

# Ärzteblatt Sachsen



Inhalt 4/2006

---

<b>Berufspolitik</b>	Außerordentliche Kammer- und Vertreterversammlung 8. März 2006 Protesttag der Ärzte in Berlin Drohender Regress trotz Wohlverhalten – ein Fallbericht	<b>140</b> <b>155</b> <b>156</b>
<b>Rechtsfragen</b>	Rechtsfragen in Klinik und Praxis	<b>157 – 164</b>
<b>Mitteilungen der Geschäftsstelle</b>	Berufsausbildung zum/zur Medizinischen Fachangestellten Zwischenprüfung im Ausbildungsberuf „Arzthelfer/Arzthelferin“ Arzt/Ärztin für medizinische Sachfragen gesucht Konzerte und Ausstellungen 13. Dresdner Ärzteball	<b>165</b> <b>166</b> <b>166</b> <b>167</b> <b>167</b>
<b>Leserbriefe</b>	Der Arzt zwischen Halbgott und Partner „Fortbildungspunktesammelnder Mediziner“ „Fortbildungspunktesammelnder Mediziner“	<b>167</b> <b>168</b> <b>170</b>
<b>Mitteilungen der KVS</b>	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	<b>169</b>
<b>Buchbesprechungen</b>	Zur Geschichte der deutschen Phlebologie	<b>170</b>
<b>Verschiedenes</b>	10. Sächsisches Seniorentreffen	<b>171</b>
<b>Personalia</b>	Jubilare im Mai 2006 Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Werner Johann Kleemann	<b>172</b> <b>174</b>
<b>Medizingeschichte</b>	Charlotte von Lengefeld – eine Augenoperation am Ende ihres Lebens	<b>175</b>
<b>Beilagen</b>	Fortbildung in Sachsen – Juni 2006	

---

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)

# Außerordentliche Kammer- und Vertreterversammlung

Dresden  
8. März 2006

## Resolution

Die Gesundheitspolitik in Deutschland hat in den vergangenen Jahren zu einer erheblichen Verschlechterung der Rahmenbedingungen für die ärztliche Tätigkeit und die Patientenversorgung geführt. Anwachsende Bürokratie, Reglementierung und Rationierung sowie Unterfinanzierung gekoppelt mit einer ständigen Diffamierung der Ärzteschaft gipfeln nun in einem Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG). Zudem haben weder die neuen Versorgungsformen noch die Disease Management Programme oder die Diagnoseorientierten Fallpauschalen an Krankenhäusern zu einer Verbesserung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung oder der finanziellen Entlastung der Krankenkassen beigetragen. Hauptursache dafür ist die große Unkenntnis, mit der die rechtlichen Regelungen, zum Teil unter bewusstem Ausschluss der ärztlichen Sachverständigen, entwickelt wurden.

Der eingeschlagene Weg der Bundesregierung steuert das deutsche Gesundheitssystem in ein staatliches Rationierungssystem zu Lasten der Patienten und Ärzte. Die verfasste Ärzteschaft des Freistaates Sachsen lehnt insbesondere das durch die Koalitionsmehrheit im Deutschen Bundestag verabschiedete „Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG)“ ab. Dieses Gesetz ist nicht geeignet, Ausgabenerhöhungen im Arzneimittelsektor sinnvoll zu begrenzen. Der Ausgabenanstieg ist keine Folge vom Verschreibungsverhalten der Ärzte, sondern unter anderem eine Folge der Innovation, der Gesetze und des Anstiegs der Arzneimittelpreise. Zudem ist die verfasste Ärzteschaft an der Erarbeitung dieses Gesetzes nicht beteiligt gewesen und soll es dennoch umsetzen.

■ Das geplante Bonus-Malus-System führt zur Rationierung der Versorgung der Bevölkerung, insbesondere chronisch kranker und behinderter Menschen.



Auditorium

- Das Bonus-Malus-System gefährdet die Arzt-Patienten-Beziehung in erheblichem Maße.
- Das Bonus-Malus-System wird zu einer Verschärfung des Ärztemangels führen. Dieses Gesetz ist nicht geeignet, die Finanzierung des Systems zu sichern und angemessene Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte zu schaffen.
- Das In-Kraft-Treten dieses Gesetzes muss gestoppt werden.

Forderungen der verfassten sächsischen Ärzteschaft an die Gesundheitspolitik:

- Sicherung einer patientenorientierten und individuellen Versorgungsstruktur.
- Erhalt der wohnortnahen Versorgung.
- Erhalt der wichtigen Patienten-Arzt-Beziehung.
- Sicherung der freien Arztwahl.
- Erhalt des Arztberufes als einen freien Beruf.
- Versorgungssicherheit für Patienten.
- Planungssicherheit für Ärzte.
- Leistungsbezogene Honorierung der ambulant und stationär tätigen Ärzte.
- Neustrukturierung und Modernisierung der Gebührenordnung.

- Neue Ausgestaltung der Arbeitsbedingungen und der Tarifpolitik.

Grundlage für den Erfolg einer Reform des Gesundheitswesens muss das zentrale Kriterium der Qualität der erbrachten Leistung sein. Treten dagegen ökonomische Gesichtspunkte in den Vordergrund, wie es derzeit bei leistungsbeschränkenden Budgets oder an den Risikostrukturausgleich gekoppelten Chronikerprogrammen der Fall ist, so führen die Maßnahmen nur zu einem Kampf um den niedrigsten Preis bei gleichzeitiger Rationierung der medizinischen Versorgung. Die sächsische Ärzteschaft sieht es als ihre Pflicht an, sich zum Nutzen der Patienten an der politischen Diskussion zu beteiligen. Die sächsische Ärzteschaft kann mit ihrem hohen fachlichen Wissen viele Beiträge für eine Weiterentwicklung des Gesundheitssystems leisten. In der Beantwortung der Fragen zur medizinischen Versorgung ist Ärzten Vorrang gegenüber Ökonomen einzuräumen. Ärzte sind an der Ausarbeitung weiterer Reformschritte stärker zu beteiligen und auf Landes- und Bundesebene zu hören. Es ist den immer wiederkehrenden Kampagnen gegen Ärzte entgegenzutreten.



Blick auf das Präsidium

Die Diffamierungen in der Öffentlichkeit zerstören das Arzt-Patienten-Verhältnis. Diese haben erheblich zum Verlust der beruflichen Zufriedenheit geführt und junge Ärzte zum Ausstieg aus der kurativen Medizin bewegt.

Die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer und die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen fordern die Bundesregierung nachdrücklich auf, die Vorschläge der deutschen Ärzteschaft für eine Reform des deutschen Gesundheitswesens ehrlich aufzunehmen und im weiteren der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland die Situation der gesundheitlichen Versorgung offen und sachgerecht zu vermitteln.

Das In-Kraft-Treten des Arzneimittelversorgung – Wirtschaftlichkeitsgesetzes (AVWG) ist auszusetzen.

Die sächsischen ärztlichen Körperschaften sehen sich in der Pflicht, mit allen ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln das AVWG zu Fall zu bringen.

**Diese Resolution wurde einstimmig angenommen!**

Dem Beschluss ging eine historisch bedeutsame berufspolitische Tagung

voraus. Diese fand zum ersten Mal nach der politischen Wende am 8. März 2006 im Kammergebäude der Sächsischen Landesärztekammer statt. Die sächsischen Mandatsträger der Kammerversammlung trafen sich mit der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen insbesondere wegen der geplanten Bonus-Malus-Regelung zu einer aktuellen berufspolitischen Sondersitzung.

Die Begrüßung der etwa 150 sächsischen Ärzte und der Gäste erfolgte durch den Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Herrn Professor Dr. med. habil. Jan Schulze, und dem Vorsitzenden der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, Herrn Dr. med. Stefan Windau, der gleichzeitig Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer ist. Herzlich begrüßt wurde der Staatssekretär Dr. jur. Albert Hauser vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales.

Herr Professor Dr. Schulze hatte seinen Vortrag aktuell überschrieben:

**„Ärzte zwischen den Fronten – Patientenerwartungen und Gesundheitsreform“**



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

Die Galeere „Gesundheitssystem“ steuert mit den Ärzten unter Deck in den Hafen der Rationierung. So etwa lässt sich das derzeitige Bild in Deutschland beschreiben. Doch die Proteste der letzten Wochen und diese gemeinsame Sitzung der Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer und der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen zeigen der Politik:

Wir tragen den eingeschlagenen Kurs nicht mehr mit!

Wir Ärzte haben genug von extrem schwierigen Arbeitsbedingungen und unbezahlter Mehrarbeit. Und wir wollen auch nicht länger auf dem Rücken unserer Patienten eine staatliche Rationierung durchführen müssen.

Wir wollen uns um unsere Patienten kümmern und keine Regressmedizin in Praxis und Klinik exekutieren.

Wir sind in Sorge, dass die vordergründige Ökonomisierung der Medizin eine Abwärtsspirale in Gang setzt, an deren Ende eine kommerzialisierte und seelenlose Dienstleistungsmedizin mit Kunden statt Patienten steht, die wir alle nicht gewollt haben.

Es ist ein unerhörter Vorgang, wenn auf der einen Seite unbegrenzte Leistungen

## Außerordentliche Kammer- und Vertreterversammlung

versprochen und auf der anderen Seite Überstunden der Ärzte nicht bezahlt werden und das Budget immer weiter nach unten geht.

Und wir, nicht die Politik, sollen einem kranken Menschen vermitteln, dass er nicht in vollem Umfang das bekommen kann, was medizinisch sinnvoll ist. Und wir sollen politisch verordnete Einsparungen durchführen, weil die Politiker mit Blick auf die Wählerstimmen nicht den Mut dazu haben.

Prof. Hoppe, der Präsident der Bundesärztekammer, hat kürzlich gesagt: „Die statistische Rationierung ist gleichsam das verborgene Prinzip, mit dem die nur scheinbare Beitragssatzstabilität erkaufte worden ist. Im ärztlichen Alltag aber lässt sich Rationierung nicht mehr verbergen. Da steht der Arzt ganz allein in seiner Erklärungsnot – andere Verantwortliche sind dann weit und breit nicht mehr zu finden!“

Wie recht er damit hat. Doch es muss Schluss damit sein, dass Ärztinnen und Ärzte weiterhin in diesen Rationierungskonflikt getrieben werden. Die ärztliche Therapiefreiheit darf nicht durch das Dogma der Beitragssatzstabilität begrenzt werden.

Wir haben einen medizinischen Fortschritt, wir haben eine älter werdende Gesellschaft und wir haben dadurch eine erhöhte Leistungsanspruchnahme.

Wir haben aber auch eine Ärzteflucht aus Deutschland. Und die aktuelle Gesundheitspolitik wird dazu führen, dass die Menschen schlechter versorgt werden, dass das Deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich abrutscht und wir immer mehr deutsche Ärzte im Ausland wiederfinden werden. Gute Ansätze zur Gewinnung von Ärzten werden so zunichte gemacht. Und Medizinstudenten werden an unseren Hochschulen bald mehr finnisch statt englisch lernen.

Umfragen bestätigen, dass immer mehr Medizinstudenten wegen der schlechten Arbeitsbedingungen an deutschen Krankenhäusern eine Tätigkeit im Ausland oder in medizinischen Berufsfeldern

erwägen. Rund 90 Prozent der befragten Medizinstudenten sehen eine Entlastung der Ärzte von Verwaltungsaufgaben als vordringlich an. Unbezahlte Überstunden wollen 40 Prozent der Jungmediziner auf keinen Fall leisten. Auch der Trend im Ausland zu arbeiten, hält unvermindert an. Die jungen Ärztinnen und Ärzte stimmen mit den Füßen ab.

Wir Ärzte stützen maßgeblich das Gesundheitswesen mit unbezahlten Überstunden und Mehrarbeit in Höhe von 12 Milliarden Euro. Aber wird das anerkannt? Wird das honoriert? Im Gegenteil: Es wird als selbstverständlich vorausgesetzt.

Eine staatliche „Hauptsache-Billig-Mentalität“ hat schon einigen Schaden angerichtet. Und die Politik setzt noch einen drauf: Mit staatlich verordneten Dumpingsätzen für privatärztlich erbrachte Leistungen sollen offensichtlich auch die Honorarsätze nach unten nivelliert werden. Dieser staatsmedizinische Ansatz demonstriert unser Gesundheitswesen und zementiert den Ärztemangel.

Deshalb brauchen wir wieder mehr Anerkennung und mehr Freiheit für den Arztberuf.

Wir müssen deshalb von der Politik fordern:

Weg mit der Nivellierung!

Weg mit der Malus-Regelung!

Weg mit der Bürokratie!

Weg mit der Leistungsrationierung!

Wir müssen Wege finden, dass dieser Sparwahn zu Lasten unserer Patienten nicht weitergeht. Wir müssen Wege finden, dass Ärzte nicht dafür bestraft werden, wenn sie ihre Patienten nach bestem medizinischem Wissen und Gewissen behandeln. Die geplante Malus-Regelung bei der Verordnung von Arzneimitteln wird uns aber genau dahin führen. Denn Ärzte sollen mit Honorareinbußen bestraft werden, wenn sie staatlich festgesetzte Verordnungsmargen überschritten haben. Das werden wir nicht akzeptieren: Keine Ärztin, kein Arzt darf dafür bestraft werden, dass er dem Patienten notwendige

und zweckmäßige Arzneimittel ausreichend verordnet. Alles andere ist inhuman und auch gesetzeswidrig!

Die Politik glaubt offensichtlich, Ärzte würden nicht verantwortungsvoll verordnen. Welches Arztbild, liebe Kolleginnen und Kollegen, liegt einer solchen Unterstellung zugrunde? Doch wohl ein von unerträglichem Misstrauen geprägtes Arztbild. Das ist das von Politikdefätisten über Jahre gezeichnete Bild vom schlecht qualifizierten, besser verdienenden Arzt, dem die Patienten nur mit allergrößter Skepsis begegnen dürfen. Dabei hat die Ausgabensteigerung bei Arzneimitteln trotz allem doch ganz andere Ursachen. Aber die Politik kann die Preissteigerungen für Medikamente nicht verhindern, also spart sie bei den Leistungsverursachern: Den Ärzten.

Die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit der Ärztinnen und Ärzte beträgt weit mehr als die vom Bundesministerium für Gesundheit in einem Eckpunktepapier behaupteten 46 Stunden. Die Politik ist nicht wirklich im wahren Leben angekommen, wenn Sie nach wie vor völlig ignoriert, dass die meisten unbezahlten Überstunden gar nicht registriert werden. Die Krankenhausärzte leisten pro Jahr rund 50 Millionen Überstunden im Wert von einer Milliarde Euro, die überwiegend nicht vergütet werden. Diese Wirklichkeit der Arbeitswelt sollten gerade die Vertreter der SPD nicht weiter ignorieren. Altersbedingte Abgänge machen schon heute einen Ersatzbedarf von über 40.000 Ärzten in den nächsten fünf Jahren notwendig. Hinzu tritt der bereits bestehende Nachwuchsmangel im Krankenhausbereich und in der hausärztlichen Versorgung.

Bedingt durch die Altersentwicklung unserer Gesellschaft sowie durch den medizinischen Fortschritt ist die Inanspruchnahme im ambulanten wie stationären Sektor signifikant gestiegen. Im stationären Bereich haben wir trotz einer Reduktion der Verweildauer von 12,5 Tagen auf 9,7 Tagen eine Erhöhung der Fallzahlen von 15 Mill. im Jahre 1993 auf



17 Mill. im Jahre 2000 – also eine enorme Arbeitssteigerung und Leistungsverdichtung.

Die Differenz zwischen der Soll- und Ist-Vergütung in der Gesamtheit der Kassenärztlichen Vereinigungen der vertragsärztlichen Versorgung im Jahr 2004 beträgt 7,9 Milliarden Euro. Diese Situation ist ein wesentlicher Grund für nachlassende Investitionen in moderne Medizintechnik, für Entlassungen von Praxispersonal, für Berufsunzufriedenheit und Nachwuchsmangel.

Der politische Kurs bringt uns Ärzte zwischen Patientenerwartungen, medizinischen Fortschritt und Rationierung. Die Arbeitsbedingungen in der Klinik und die Wirtschaftlichkeit einer Arztpraxis werden zunehmend schlechter. Wir können die gute Patientenversorgung, wofür Deutschland auch im Ausland bekannt ist, so nicht mehr gewährleisten. Die Patienten spüren das bereits heute.

Deshalb fordern wir die Bundesregierung auf:

- die ärztliche Tätigkeit nicht weiter zu diffamieren,
- Maßnahmen zur Entbürokratisierung einzuleiten,
- eine wirkliche Reform der GOÄ auf den Weg zu bringen,
- die Vergütung der ärztlichen Tätigkeit am Maßstab der tatsächlich erbrachten Leistungen zu bemessen,
- die Einnahmehasis der Gesetzlichen Krankenversicherung zu verbessern und
- eine Reform des Gesundheitssystems nicht allein auf dem Rücken von Ärzten und Patienten auszutragen.



Dr. med. Klaus Heckemann

Der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, Herr Dr. med. Klaus Heckemann, sprach zu dem Thema **„Harz IV und Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz Folgen für Ärzte und Patienten“**

Wäre das Gesundheitssystem ein Patient und der Gesetzgeber der behandelnde Arzt, wäre mittlerweile eines gewiss: Der Patient liegt im Koma und muss intensivtherapeutisch versorgt werden und dem Arzt schiene es nicht besser zu gehen. Einschätzungen zu beider Überlebenschancen hätten sicherlich Wahrsagerqualität. Die Angehörigen müssten sich aber wohl auf das Schlimmste gefasst machen.

Dabei hatte der Kranke sich seinerzeit lediglich mit allgemeinem Unwohlsein vorgestellt. Schnell war damals die Diagnose gestellt: Geldmangel. Ursache: Überbelastung, nicht zuletzt infolge früheren ausschweifenden Lebens. Sicherlich: Eine Tendenz zur chronischen Erkrankung war schon damals zu befürchten. Aber eine Entwicklung zum Pflegefall mit schwerwiegender pekuniärer Anämie und Kachexie sowie daraus resultierender Globalinsuffizienz?

Die Diagnose mag bezüglich der Sekundärfolge richtig gewesen sein, die zahlreichen legislativen Therapien haben jedoch bis zum heutigen Tage nicht angeschlagen, bestanden sie doch vor allem in einer Erhöhung des peripheren Widerstandes (und das in doppelter Bedeutung). Und dabei hatten die bisherigen Therapieformen eindrucksvolle Namen und hehre Ziele:

Gesundheitsreformgesetz  
Gesundheitsstrukturgesetz  
Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz.

Man muss kein Mediziner sein, um zu wissen, dass eine fehlgeschlagene Behandlung zum Überdenken des Therapieansatzes zwingen sollte. Die Bundespolitik bleibt jedoch auch aktuell dabei: Sparen um jeden Preis, Sparen auf Teufel komm raus.

Nur den betroffenen Bürgern möglichst keinen reinen Wein einschenken. Sind wir in den Augen des Gesetzgebers bereits geistig soweit retardiert, dass man meint, wir würden unliebsame Wahrheiten niemals erkennen können? Lange genug hat man dem Wahlvolk einreden wollen: Die Rente ist sicher!

Will man denn den gleichen Fehler jetzt bewusst wieder machen? Diesmal soll nach Weisung der Politik unter dem Namen „Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz“ (AVWG genannt) gespart werden. Auch wenn das Gesetz noch zahlreiche weitere Patienten, Pharmaindustrie, Kassen und Apotheker treffende Details enthält, möchte ich mich auf die Arzneimittel-Bonus-Malus-Regelung konzentrieren, da sie massiv das Verhältnis zu unseren Patienten belasten wird. Machen wir uns eines in aller Deutlichkeit bewusst: Man kann mit diesem Gesetz sparen, aber um welchen Preis! Die noch zu erlassenden Durchführungsbestimmungen werden zu einem bürokratischen Monster werden, welches kein praktisch tätiger Arzt mehr durchschauen kann.

Wie wird er also reagieren? Im günstigsten Fall gar nicht – dann aber mit der

## Außerordentliche Kammer- und Vertreterversammlung

Gefahr einer existenzbedrohenden Auswirkung für ihn. Oder aber durch generelle Verwendung hoher Dosierungen und für den Patienten nicht mehr praktikable multiple Tablettenteilungen. Im Verzweiflungsfall durch Ordnungsverweigerung. Es darf darüber spekuliert werden, welche dieser Reaktionen sich der Gesetzgeber wohl wünschen mag.

Wie Sie wissen, existieren allerdings in Sachsen Arzneimittelbonusvereinbarungen mit der AOK und der IKK. Denn auch uns war klar, dass Einfluss auf die Ausgabenentwicklung für Arzneimittel genommen werden muss. Immerhin konnten durch die Vereinbarung mit der AOK im Jahre 2004 18 Mio. EUR bei den Arzneimittelausgaben gespart werden. Dabei stand für uns von vornherein fest, dass dies nur über eine Bonusregelung erfolgen kann.

Hierfür sprachen im Wesentlichen folgende Gründe:

Die bonusauslösenden Sparmechanismen können nur komplex sein, denn es sind vielerlei Dinge zu berücksichtigen: Die Auswahl von Wirkstoffgruppen, die sich aufgrund ihrer Verordnungshäufigkeit überhaupt eignen. Die Bestimmung der Fachgruppen, deren Beteiligung Sinn macht. Ganz besonders schwierig erwies sich die Festlegung des Modus zur Berechnung der Boni. Die generelle rechtliche Unsicherheit der Bezugsgröße DDD war bekannt, kann aber bei einer ausschließlichen Bonusregelung hingenommen werden. Die Problematik der Preisbereinigung bei Kombinationspräparaten ist hochkomplex und letztlich nur durch sehr pragmatische – dann aber natürlich nicht mehr rechtssichere – Lösungen beherrschbar. Der vom Gesetzgeber nun noch eingeführte Indikationsbezug klingt gut, es gibt aber rein technisch dafür überhaupt keine Umsetzungsmöglichkeit und wahrscheinlich wird er der juristische Sargnagel sein. Sollte er das vielleicht?

Bei einer Bonusregelung sind all die genannten Probleme lösbar. Denn ein Bonus ist eine Sondervergütung, eine

Gutschrift, also eine außerordentliche Zuwendung für den Aufwand des Arztes, bisherige Ordnungsstrategien zu überdenken und gegebenenfalls umzustellen. Ein Bonus kann deshalb nicht ohne weiteres beansprucht werden. Eine Nichtgewährung greift nicht in bestehende Rechtspositionen ein.

Ganz anders verhält es sich bei einer Malusregelung:

Das „Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz“ (AVWG) sieht massive Sanktionen im Falle der Überschreitung der Ordnungsgrenzwerte vor.

Einzelregresse können einer juristischen Überprüfung jedoch nur standhalten, wenn

die Voraussetzungen, an die sie geknüpft sind, rechtlich wasserdicht sind. Zum anderen führt ein solcher Malus zu angstgesteuerten Reaktionen. Das heißt, dem Patienten wird unter Umständen eine für ihn notwendige teurere Therapie verweigert oder es werden für ihn weniger hilfreiche oder mit Nebenwirkungen behaftete Präparate verordnet. – Das darf nicht geschehen! Zwei Bedingungen müssen nach dem Gesetz noch erfüllt sein, damit die Malusregelung zum Tragen kommen kann: Es darf keine Vereinbarung zwischen Landes-Kassenärztlicher Vereinigung und Kassen geben, die durch eine Kollektivhaftung die Malusregelung abkauft. Davon können die sächsischen Ärzte aber

mit 100 prozentiger Sicherheit ausgehen! Außerdem muss es bis zum 30. September zu einer Vereinbarung zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Spitzenverbänden zu DDD-Zielkosten kommen. Ich bin mir recht sicher, dass dies von Seiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nicht erfolgt. Dann ist es die Aufgabe des Bundesschiedsamtes, die Zielwerte festzusetzen. Und um diese Aufgabe ist es nicht zu beneiden! Sollte die Malusregelung die zuletzt genannte Hürde nehmen, bin ich mir absolut sicher, dass die Anwendung der Malusregelung zu einer Flut von Klagen führen wird. Und ich bin mir auch sicher, dass viele der Klagen Erfolg haben werden.

Ich hatte gehofft, dass es dem Gesetzgeber bewusst ist, dass Strafaktionen gegen Ärzte nicht die Basis für rationelles Verordnen sein können. Hierauf habe ich persönlich aber auch viele Kassenvertreter, das Bundesministerium für Gesundheit und zahlreiche Mitglieder des Gesundheitsausschusses des Bundestages im Vorfeld hingewiesen. Über das Funktionieren und die Akzeptanz der sächsischen Arzneimittelbonusvereinbarungen waren zahlreiche Volksvertreter hinreichend informiert. All dies hat jedoch nichts genützt.

Der Gesetzgeber hat offenbar nicht ansatzweise Skrupel, das Arzt-Patienten-Verhältnis weiteren Restriktionen auszusetzen und es zu belasten – vielmehr scheint ihm dies wohl eher ein besonderes Bedürfnis zu sein. Wie eingangs erwähnt, sind wir seit Jahren den unterschiedlichsten politischen Vor- und Maßgaben ausgesetzt. Und wie bereits festgestellt, konnte der Geldmangel auch durch diverse Sparzwänge zulasten der Ärzteschaft nicht abgestellt und Negativentwicklungen nicht Einhalt geboten werden.

Eines hat der Normgeber allerdings erreicht:

Der Arztberuf verliert immer mehr an Attraktivität. Anders lässt es sich nicht erklären, dass trotz hoher Studentenzahlen die Nachfrage nach einer freiberufli-

chen Tätigkeit als Arzt immer weiter sinkt. Es sind nicht nur die unzureichenden Verdienstmöglichkeiten, sondern auch die Drangsalierung der Ärzte durch immer neue Zwänge, wie eben die Malusregelung.

Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen erklärt an dieser Stelle, dass sie sämtliche juristischen Möglichkeiten ausschöpfen wird, die Ärzte dabei zu unterstützen, das Gesetz juristisch zu Fall zu bringen. Seien wir also doch ein wenig optimistisch.

Leider gilt offensichtlich wieder einmal der Spruch:

„Wer die Macht hat, hat das Recht“.

Aber es gibt ja auch noch den Begriff „Pyrrhussieg“!

Herr Dr. med. Stefan Windau referierte über die Thematik

### **„Gesundheitspolitische Vorhaben des Bundesgesundheitsministeriums – Eckpunktepapier, Gesetzentwürfe“**

Ambulant wie stationär tätige Ärzte und Psychotherapeuten, Haus – und Fachärzte, hier und heute die sächsischen Ärzte, sind in großer Sorge um das Wohl der Patientenversorgung und das der ärztlichen Berufsausübung – einer Berufsausübung in Freiheit und Verantwortung. Die Politik soll diese erste gemeinsame Versammlung der Mandatsträger von Sächsischer Landesärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung Sachsen begreifen als das

was es ist, als ein Zeichen der Geschlossenheit der sächsischen Ärzteschaft und als ein Zeichen der Entschlossenheit, dass wir nicht mehr willens und bereit sind, den von der Politik beschrittenen Weg mitzugehen und die sich daraus ergebenden Folgen mitzutragen und mitzuverantworten!

Die ersten 100 Tage der schwarz-roten Koalition sind vorbei, die Konturen für die Gestaltung einer nachhaltigen, zukunftssichernden und demographiefesten Finanzierung unseres Gesundheitssystems sind bestenfalls vage erkennbar. Die führenden Koalitionspolitiker haben sich darauf geeinigt, zunächst diesbezüglich erst einmal gar nichts zu sagen – die Landtagswahlen am 26. März 2006 fest im Blick. Man verschafft sich aber nur zeitlich etwas Luft und verschleiert, dass man den Weg aus den ideologischen Bunkern – Bürgerversicherung versus Kopfpauschale – noch immer nicht gefunden hat. Derweil haben praxisunerfahrene und zweifelsfrei auch praxisuntaugliche Harvardabgänger und andere ihre Chance.

Aber auch die Bundesgesundheitsministerin nutzt die Gelegenheit, all das wieder auf die gesetzgeberische Tagesordnung zu setzen, was im Rahmen des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes (noch) nicht durchsetzbar war, als der derzeitige Koalitionspartner sich noch in der Opposition befand.

## Außerordentliche Kammer- und Vertreterversammlung



Dr. med. Stefan Windau

Zu den „Gesundheitspolitischen Vorhaben in der 16. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages“, verfasst von Frau Gudrun Schaich-Walch, Parlamentarische Staatssekretärin a. D., gehören:

Bezüglich der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung wird festgestellt: „Realistischerweise wird sich die Bürgerversicherung auch in einer großen Koalition nicht durchsetzen lassen. Bei der großen Koalition stehen sich mit Bürgerversicherung und Kopfpauschale/-prämie zwei grundsätzliche Alternativen gegenüber, die sich neutralisieren dürften. Da von allen Parteien Handlungsbedarf bei der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung gesehen wird und keines der vorgelegten Modelle bei einer großen Koalition verwirklicht werden dürfte, ist ein dritter Weg bei der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung als politischer Vorschlag notwendig“.

Dies ist sicherlich eine realistische Einschätzung, und es fällt nicht schwer anzunehmen, dass Kernelemente unseres bisherigen Funktionsprinzips der Gesetzlichen Krankenversicherung letztlich erhalten bleiben werden, da jedes andere Modell das Spannungsfeld von Demographie, medizinischem Fortschritt und ver-

fügbaren Ressourcen auch nicht wirklich auflösen kann. Leider bietet das Positionspapier ansonsten neben einigen guten Gedanken wenig erfreuliches. Es bedient alte Klischees, fordert mehr Einzelverträge, mehr de facto Preiswettbewerb und die Hebung von Wirtschaftlichkeitsreserven etc. – viel wichtiger aber, es bildet die Grundlage für das Eckpunktepapier aus dem Bundesministerium für Gesundheit, was wiederum die Leitlinie für die aktuellen Gesetzesvorhaben des Hauses Schmidt darstellt.

Ziel der Bundesgesundheitsministerin war und ist es, die Eckpunkte so in Gesetze umzusetzen, wie ursprünglich formuliert, alles andere ist nur ein taktischer Rückzug.

Die Liberalisierung des Vertragsarztrechtes wurde von der Ärzteschaft seit langem gefordert. Sie ist notwendig, um den Vertragsärzten Chancengleichheit mit den vom Bundesministerium für Gesundheit implementierten Versorgungszentren zu ermöglichen und um im Wettbewerb auch mit großen Gesundheitskonzernen etc. bestehen zu können.

Im Gegensatz aber zu dem vom Bundesministerium für Gesundheit im August 2005 vorgelegten ersten Entwurf, der viele vernünftige Ansätze hatte, schnürt Ulla Schmidt nun im Vollgefühl der erhaltenen und gestärkten Macht ein ganzes Paket, welches weit über die beabsichtigte Liberalisierung des Vertragsarztrechtes hinausgeht und bei Umsetzung schlimme Konsequenzen hätte.

So war beabsichtigt, derzeit zurückgenommen, Medizinische Versorgungszentren in Form juristischer Personen in die Kassenärztliche Vereinigung als Mitglieder aufzunehmen. Kassenärztliche Vereinigungen aber sind als ärztliche Selbstverwaltung Vertreter von Ärzten und Psychotherapeuten, nicht aber von Gesundheitskonzernen. Die Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltung wäre gefährdet, wenn gar Eigeneinrichtungen der Krankenkassen auf beiden Seiten sitzen könnten. Die weitere Demontage der Selbstverwaltung ist das beabsichtigte Ziel.

Geplant ist auch die Aussetzung der Regel, das einem Vertragsarzt die Kassenzulassung mit 68 Jahren entzogen wird, gleiches gilt für die Niederlassungsgrenze mit 55 Jahren. Dies jeweils aber nur in Bezirken mit festgestellter Unterversorgung – dies ist ordnungspolitisch unsinnig. So entstehen neue Unsicherheiten. Entweder man belässt die Altersgrenzen oder man schafft sie ab, dann aber generell!

Zur Behebung regionaler Versorgungsengpässe soll den Aufsichtsbehörden die Möglichkeit eingeräumt werden, unabhängig von einer Unterversorgungsfeststellung durch den Landesausschuss nach erfolgloser Aufforderung der Kassenärztlichen Vereinigung den Sicherstellungsauftrag auf die Kassen insoweit zu übertragen, als dass diese durch Abschluss von Einzelverträgen diese Lücken zu schließen haben – mit wem, ist nicht spezifiziert. Die Gesundheitskonzerne lassen grüßen. Es ist geradezu widersinnig, wenn eine Kassenärztliche Vereinigung erst bei der durch den Landesausschuss festgestellten Unterversorgung Stützungsmaßnahmen anwenden darf, eine Landesbehörde jedoch die Krankenkassen unabhängig von der Feststellung von Unterversorgung damit beauftragen kann.

Entscheidend aber ist etwas ganz anderes: Die den Krankenkassen durch Abschluss dieser Verträge entstehenden Kosten sind den Kassenärztlichen Vereinigungen in Rechnung zu stellen! Dies wäre ein Vertrag zu Lasten Dritter, der die Gesamtvergütung der Vertragsärzteschaft um so mehr schmälert, je mehr lukrative Einzelverträge abgeschlossen werden. Dies ist ein Schlag ins Gesicht der Vertragsärzteschaft! Ist das etwa ein Ansatz zur strukturellen Beseitigung des existierenden und entstehenden Ärztemangels? Die Politik muss endlich die Ursachen für die Frustration so vieler Kollegen beseitigen statt neue zu schaffen. Ehrliche und durchdachte Lösungen statt Flickschusterei!

Die beabsichtigte Aufhebung des Vergütungsabschlages bei privatärztlichen Leistungen in den neuen Bundesländern ist überfällig und zu begrüßen, wird aber



die Probleme der Unterfinanzierung im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung-Ost nicht ansatzweise ausgleichen können, schlicht mangels Masse. Vorbehaltlich der noch nicht abgeschlossenen verfassungsrechtlichen Zulässigkeitsprüfung sollte auch die Behandlungspflicht für privatärztliche Personen zu abgesenkten Gebührensätzen implementiert werden – was derzeit wieder zurückgenommen wurde, an sich aber eine Zumutung und das Eingeständnis einer über Jahrzehnte verfehlten und versäumten Rücklagenbildung bei den Beihilfestellen des Staates für die Beamtenversorgung ist. Die im Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG) enthaltenen Fristen zur Vergütungsreform – Erprobung der Vergütungsreform zum 1. Januar 2006 und Echteinführung zum 1. Januar 2007 – werden nach dem Eckpunktepapier „jeweils um mindestens ein Jahr nach hinten verschoben“. Das bedeutet wieder eine Verlängerung der Budgets und für niedergelassene Ärzte als Angehörige eines freien Berufes weiterhin keine Investitions- und Kalkulationssicherheit. Das Honorarbudget muss endlich abgelöst werden. Die immer weitere Verzögerung einer vernünftigen Vergütungssystematik ist gleichermaßen durchsichtig, würdelos und demütigend. Die Politik fordert immer Transparenz. Soll sie diese doch

schaffen, nämlich mit einer Vertragsgebührenordnung in Euro, nachvollziehbar für Patienten, Ärzte, Kostenträger und die Politik. Vor dieser Transparenz hat aber wohl der Angst, der sie immer fordert, nämlich die Politik selbst!

Derzeit – in Ermangelung grundsätzlicher Konzepte – opfert sie auf dem Altar der tagespolitischen Opportunität – der Beitragssatzstabilität – vieles von dem, was sich bewährt hat und nimmt billigend die weitere Belastung der Arzt-Patienten-Beziehung in Kauf. Die mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz initiierten tiefgreifenden Veränderungen in der Versorgungslandschaft wurden mit keinerlei Begleitforschung staatlicherseits flankiert – die Regierung hat dafür nicht einen Euro ausgegeben.

Im Satz 1 des Abschnittes Gesundheit des Koalitionsvertrages steht: „Wir haben ein modernes, wir haben ein leistungsfähiges Gesundheitswesen“, an anderer Stelle: „Wir haben ein qualitativ hochwertiges Gesundheitswesen, auch im internationalen Vergleich“. Dies stimmt heute noch, doch ist die Politik auf breiter Front dabei, ihrer eigenen Feststellung die Grundlage zu entziehen!

Eines soll und muss hier auch heute klar zum Ausdruck kommen: Die sächsischen Vertragsärzte kennen die Probleme und die teils sehr schwierigen Arbeitsbedin-

gungen wie auch die unzureichende Vergütung der stationär tätigen Kollegen. Die Vertragsärzte solidarisieren sich mit den Ärzten in den Universitätskliniken und in den Krankenhäusern. Sie unterstützen insbesondere ihre Forderungen nach einer gerechten und adäquaten Vergütung sowie nach menschlichen Arbeitsbedingungen.

### **Statement des Staatssekretärs des Sächsischen Ministeriums für Soziales, Herr Dr. jur. Albert Hauser**

Ich nehme aus Sicht der Staatsregierung zu einigen Punkten Stellung. Ich werde insbesondere auf folgende Bereiche eingehen:

- I. Zur ärztlichen Vergütung
- II. Zum Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (AVWG)
- III. Zum Eckpunktepapier des BMG
- IV. Zur Finanzierung der GKV
- V. Zu den Auswirkungen von „HARTZ IV“
- VI. Zur Überwindung von „Sektorengrenzen“.

#### **I. Zur ärztlichen Vergütung**

Die Mängel im ärztlichen Vergütungssystem sind mit verantwortlich für den sich abzeichnenden Ärztemangel in Sachsen. Die pauschale Fortschreibung des Budgets verhindert eine bedarfsorientierte Versorgung.

# Außerordentliche Kammer- und Vertreterversammlung



*Dr. jur. Albert Hauser, Staatssekretär des  
Sächsischen Ministeriums für Soziales*

Der Freistaat Sachsen setzt sich daher gegenüber dem Bund für die Belange der Ärzte ein und fordert die Abschaffung der pauschalen Budgetierung. Er setzt sich ein für ein gerechtes und transparentes Honorierungssystem. Das bedeutet im Einzelnen zumindest dreierlei:

- Die Honorierung muss leistungsgerecht sein, das heißt sie muss den erbrachten Leistungen entsprechen, so weit sie erforderlich sind.
- Die Honorierung muss für den einzelnen Arzt kalkulierbar sein, das heißt er muss vorab wissen, wie viele Leistungen er zu Lasten der Krankenkassen erbringen kann.
- Die Honorierung muss transparent sein, das heißt es soll nachvollziehbar sein, nach welchen Kriterien abrechenbare Leistungsmengen zugestanden werden.

Die Umstellung der Gesamtvergütung auf feste Preise und auf vorher bekannte, mit nachvollziehbaren Kriterien bestimmte Leistungsmengen bis zur Praxisebene ist bereits Gesetz. Die Bundesregierung hält trotz der bei der Umsetzung eingetretenen Verzögerung an der Konzeption fest. Der Freistaat Sachsen unterstützt sie dabei. Wir werden das Gesetzgebungsverfahren begleiten und darauf hinwirken, dass die

Transparenz gewahrt bleibt. Wir werden uns auch dafür einsetzen, dass der Gesichtspunkt der Praktikabilität und der bürokratischen Belastungen der Ärzte berücksichtigt wird.

Bei allem Verständnis für den Wunsch der Ärzte nach angemessener Entlohnung können wir allerdings nicht akzeptieren, dass viele Praxen auf eine Notversorgung zurückgefahren werden, sobald der Praxisinhaber sein Budget ausgeschöpft hat. Solche Praktiken verstoßen gegen Landesrecht. Die Gesamtvergütung ist ein Entgelt für die volle Leistung, die den Patienten nicht vorenthalten werden darf.

## II. Das Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung

Hauptprobleme beim „Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) sind aus unserer Sicht – das heißt aus Sicht des Sozialministeriums – neben der Bonus-Malus-Regelung die neuen Festbetragsregelungen und das Verbot der Naturalrabatte bei der Arzneimittelversorgung der Krankenhäuser.

Aufgrund der Bonus-Malus-Regelung könnten die Patienten den Eindruck gewinnen, dass die Verschreibungspraxis der Ärzte in erster Linie durch die gesetzlichen Vorschriften motiviert ist und nicht durch das medizinisch Erforderliche. Das Vertrauen des Patienten in seinen Arzt ist bei dieser Bonus-Malus-Regelung in besonderem Maße gefährdet, weil der verschreibende Arzt sein eigenes Einkommen direkt durch seine Verschreibung maßgeblich beeinflusst. Er verdient daran, wenn er seinen Patienten das Billigste verschreibt.

Eine Bonus-Malus-Regelung bringt den Arzt in einen moralischen Zwiespalt zwischen medizinischer Motivation für seine Patienten und ökonomischer Motivation für sein eigenes Nettoeinkommen und für die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung.

Mit den neuen Festbetragsregelungen sollen auch Natural-Rabatte für Apotheken und Krankenhäuser entfallen. Dies wird

Druck auf die DRG's in den Krankenhäusern bedeuten.

Zu begrüßen ist dagegen, dass die Krankenkassen die Möglichkeiten erhalten, durch Verzicht auf Zuzahlungen gezielt Sparanreize zu setzen. Es wäre zu prüfen, ob eine solche differenzierte Steuerung die pauschale Senkung von Festbeträgen ersetzen könnte.

Allerdings bleibt abzuwarten, wie der Bundesrat in seiner Sitzung übermorgen entscheiden wird. Das Sächsische Kabinett jedenfalls hat in seiner gestrigen Sitzung beschlossen, sich im Bundesrat bei der Frage der Anrufung des Vermittlungsausschusses der Stimme zu enthalten. Nachdem das Gesetz nicht zustimmungsbedürftig ist, hat der Bundesrat ohnehin nur eine Einspruchsmöglichkeit.

## III. Eckpunktepapier des BMG zur kassenärztlichen Versorgung

Das Eckpunktepapier enthält im wesentlichen Deregulierungsvorschriften bei der kassenärztlichen Versorgung:

So soll die Anstellung von Ärzten in Praxen ebenso erleichtert werden wie die Bildung auch überörtlicher Praxisgemeinschaften und die Flexibilisierung der beruflichen Tätigkeit von Ärzten.

Für Problemregionen sind weitere Erleichterungen vorgesehen.

Die im GKV-Modernisierungsgesetz vorgesehene, aber bisher nicht umgesetzte Reform der ärztlichen Vergütung wird weiter verfolgt. Das Verfahren wird erleichtert. Zusätzlich werden Sicherungsmaßnahmen für den Anteil der hausärztlichen Versorgung eingeführt.

Die Haftung für Verbindlichkeiten bei der Schließung von Krankenkassen wird generell auf die Spitzenverbände verlagert. Diese Regelung ist problematisch, weil dies Anlass gibt zum Aufbau einer zentralen Überwachung und Steuerung. Faktisch sind aber nur die Betriebskrankenkassen betroffen, weil sonst überall Kasse und Landesverband übereinstimmen. Trotz vieler problematischer Einzelfragen weist das Eckpunktepapier für Sachsen in die richtige Richtung, weil wir auch

positive Effekte einiger Neuregelungen zur Bewältigung der Problematik des drohenden Ärztemangels erwarten. Wir müssen allerdings im einzelnen die Entwicklung beobachten.

#### IV. Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung

Leider ist bei der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung beim Bund (noch) keine klare Richtung zu erkennen.

Auch die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vorgelegte Konzeption bietet wenig konkrete Alternativen. Es ist für eine Organisation von Leistungserbringern legitim, ausreichende Kapazitäten und angemessene Entlohnung zu fordern. Es wird auch richtig erkannt, dass die Bereitstellung der Mittel die Versicherten nicht überfordern soll und auch der nachfolgenden Generation keine Schuldenberge aufbürden soll – wobei letzteres wohl nirgends droht. Der Verweis auf das eher nachrangige demographische Problem und die Worthülse „Abkopplung vom Erwerbseinkommen“ sind für eine zukunftsweisende Konzeption zu wenig. Der Forderung nach Stärkung der gemeinsamen Selbstverwaltung und die Kritik an planwirtschaftlichen Kostendämpfungsinstrumenten gehen in die richtige Richtung. Allerdings ist nicht zu erkennen, wie die Kassenärztliche Vereinigung mit alternativen Angeboten umgeht, zum Beispiel mit der Integrierten Versorgung. Wir begrüßen aber die Einführung eines Vertragssystemwettbewerbs, in dem der Kollektivvertrag den Vergleich mit anderen Vertragsformen um eine flächendeckende, wohnortnahe und qualitativ hochwertige Versorgung offensiv einfordert. Im Freistaat Sachsen sind wir naturgemäß in Finanzierungsfragen noch stärker involviert als die Kassenärztliche Vereinigung. Eine Finanzierungsreform soll die Finanzierung der Krankenkassen stabilisieren und die Qualität sichern; sie soll auch im Einklang mit den Erfordernissen des Arbeitsmarkts und des Staatshaushalts stehen.

Ich will aber warnen vor der Vorstellung, dass eine Finanzierungsreform alle Steuerungs- und Rationierungsmechanismen überflüssig machen und dazu noch neue Wachstumsmärkte öffnen könnte. Eine Finanzierungsreform kann bestenfalls einige Reibungsverluste vermeiden, das Problem der Knappheit wird sie nicht aus der Welt schaffen.

Wir erwarten jetzt konkrete Schritte in mindestens folgenden drei Punkten:

- die Abkopplung der Krankenversicherungsbeiträge vom Arbeitslohn
- ein klares Signal in Richtung auf Nachhaltigkeit durch Steuerfinanzierung der Kosten für Kinder in der Krankenversicherung;
- und wir erwarten, dass auf die nicht nur finanziell zu verstehende Selbstverantwortung der Versicherten hingewirkt wird.

#### V. Auswirkungen von „HARTZ IV“

Der Übergang zahlreicher bisher selbstversicherter Arbeitslosenhilfebezieher in die Familienversicherung belastet die ärztliche Vergütung zusätzlich. Aber auch die Krankenkassen sind durch den Wegfall von Beiträgen belastet. Im Moment ist noch unklar, inwieweit das geltende Recht eine Kompensation des Effekts ermöglicht. Die unklare Rechtslage gibt den Aufsichtsbehörden allerdings einen Interpretationsspielraum bei der Bewertung von Vergütungsvereinbarungen. Dies hat auch das Sozialministerium bei den Abschlüssen der landesunmittelbaren Kassen genutzt. Grundsätzlich ist jedoch eine gesetzliche Korrektur wünschenswert.

#### VI. Überwindung der Sektorengrenzen

Die medizinische Versorgung entwickelt sich derzeit in Richtung „Auflösung bisheriger Regeltypen“. Die Gesetzgebung des Bundes hat richtige Schritte eingeleitet hin zur stärkeren Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung, zur Öffnung der Betriebsformen und zu den Medizinischen Versorgungszentren.

Solche Formen sind schon im Hinblick auf die Sicherung der Versorgung in strukturschwachen und dünn besiedelten Regionen absolut notwendig.

Für nicht sinnvoll halten wir allerdings den Vorschlag der Bundesregierung, den Medizinischen Versorgungszentren als Institution die Mitgliedschaft in der Kassenärztlichen Vereinigung einzuräumen und die in den Medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte davon auszuschließen.

Der Grundgedanke ist nachvollziehbar: Wer an der Versorgung teilnimmt, und das sind als fachliche Verantwortliche und als finanziell Betroffene die Institutionen und nicht deren Angestellte, soll auch in der Selbstverwaltung mitwirken. Allerdings kommt es im Zug der Auflösung überkommener Versorgungsformen sehr schnell zu Interessenskonflikten. Nicht nur, dass Gesellschafter in ganz anderem Umfang mit niedergelassenen Ärzten konkurrieren als diese untereinander; auch die in der Kassenärztlichen Vereinigung auszugleichenden Interessen würden inhomogener und damit die Arbeit der Kassenärztlichen Vereinigung schwieriger. Vor allem aber besteht die Gefahr, dass solche Institutionen auf verschiedenen Sektoren aktiv sind und damit fremde Interessen in die Kassenärztlichen Vereinigung hereintragen. So wie der Gesetzgeber verhindert, dass Leistungsanbieter im Gesundheitswesen Betriebskrankenkassen gründen, so muss er auch verhindern, dass Anbieter, die nicht an Sektorgrenzen gebunden sind, in der Selbstverwaltung beteiligt werden.

Wir erwarten jedoch von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen Neutralität bei der Umsetzung der Integrierten Versorgung. Das ist nicht der Fall, wenn niedergelassene Ärzte, die an der IV teilnehmen, durch eine von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen initiierte Regelung deswegen ihr Regelleistungsvolumen gekürzt bekommen.

# Außerordentliche Kammer- und Vertreterversammlung



Torsten Granzow



Dr. med. Hans-Jürgen Schuster



Erik Bodendieck

Ich habe Ihnen die Position der Staatsregierung zu einigen aktuellen Punkten erläutert.

Ich habe Ihnen zum einen einige Impulse geben wollen zu aktuellen Themen; zum anderen möchte ich jetzt Ihren Diskussionen zuhören.

Was ich Ihnen verspreche, ist: Wir werden gemeinsam versuchen, den richtigen sächsischen Weg zu finden. Als Beweis dieser Partnerschaft bin ich heute Abend gerne gekommen.



Dr. med. Thomas Lipp

Diesem Referat folgte eine lebhafte Diskussion.

**Die Schwerpunktthemen waren:**

- Sicherung der Unabhängigkeit und der Freiberuflichkeit der niedergelassenen und angestellten Ärztinnen und Ärzte und der ärztlichen Mitarbeiter im öffentlichen Dienst,
- normale Arbeitszeit und international konkurrenzfähige Gehälter für alle Ärzte,
- Abschaffung des monströsen und überflüssigen Bürokratismus,
- Sicherung einer hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung in allen Bundesländern,
- Ende der Budgetierung ärztlicher Leistungen,
- Ablehnung einer staatlich diktierten Listenmedizin,
- Ablehnung jeglicher Kopplung des Ordnungsverhaltens der Ärzte an ihre Vergütung,
- strikte Ablehnung der Bonus-Malus-Regelung, dagegen Einführung für Politiker,
- die Ärzteschaft fordert die Einführung eines EU-konformen Kostenerstattungssystems im deutschen Gesundheitswesen,
- die sächsische Ärzteschaft ist sich berufspolitisch einig und beschloss

einstimmig die aktive Teilnahme an der berufspolitisch entscheidenden Großdemonstration am 24. März 2006 in Berlin,

- die sächsische Ärzteschaft fordert ehrliche, präziserte und perspektivisch aussagekräftige Antworten von der Politik!

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug

Knut Köhler M.A.  
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## Frohe Ostern



Das Redaktionskollegium „Ärzteblatt Sachsen“ wünscht ein frohes Osterfest.



## Protesttag der Ärzte in Berlin

24. März 2006



Eine historisch einmalige Demonstration von Ärzten mit über 30.000 Teilnehmern bildete am 24. März 2006 in Berlin den vorläufigen Höhepunkt der ärztlichen Proteste in Deutschland. Auslöser der hohen Beteiligung war die geplante Einführung einer Bonus-Malus-Regelung im Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG). Dieses Vorhaben der Bundesregierung, Ärzte bei so genannten unwirtschaftlichen Verordnungsverhalten in Regress zu nehmen, brachte das Fass zum Überlaufen. Neben den Gehaltsverlusten der letzten Jahre, der ständig steigenden Bürokratie und den schwierigen Arbeitsbedingungen bewirkt dieses Gesetz eine Bestrafung der Ärzte, wenn sie nach medizinischem Stand zum Wohle der Patienten Medikamente verschreiben. Diesen Zustand wollen weder Ärzte noch andere Heilberufe oder Patienten hinnehmen. Deshalb haben sich Arzthelferinnen, Physiotherapeuten und Pflegekräfte mit den Ärzten solidarisiert und protestierten ebenfalls in Berlin. Prof. Dr. Jörg-Diet-

rich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer, bezeichnete die aktuelle Situation als „Ausnahmestand im Gesundheitswesen“. Er forderte Ehrlichkeit in der Gesundheitspolitik und keine Lippenbekenntnisse. Für ihn ist die Bonus-Malus-Regelung der Versuch, ordentliche Medizin kaputt zu sparen. Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem das Bundesgesundheitsministerium im Vorfeld der Demonstration einen Maulkorb verpassen wollte, machte deutlich, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung durchaus Überlegungen anstellt, den Sicherstellungsauftrag abzugeben. Er kündigte an, mit allen Mitteln gegen Budgetierung und Drangsalierung zu Felde zu ziehen. Auf dem Weg vom Roten Rathaus zum Brandenburger Tor sagten die Demonstranten ihre Meinung zur aktuellen Gesundheitspolitik. Sie skandierten in Sprechchören „Ulla go home“ oder „Alle Spritzen stehen still, wenn unser starker Arm es will“. Viele der Teilnehmer sind

nicht mehr bereit, die immer schlechter werdenden Arbeitsbedingungen und Patientenversorgung durch Selbstaussbeutung auszugleichen. Auf den Transparenten fanden sich Meinungen wie „Keine Staatsmedizin“, „Erst stirbt die Praxis, dann der Patient“ oder „Wollt ihr uns zu Tode sparen“.

Zu dem Protesttag waren auch zahlreiche Teilnehmer aus ganz Sachsen angereist. Unter anderem fuhrn Sammelnbusse aus Dresden, Leipzig, Chemnitz, Hoyerswerda, Aue, Kamenz und Zwickau nach Berlin. Das Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen hatte die jeweiligen Berufsangehörigen wie Orthopäden, Physiotherapeuten und Pflegekräfte ebenfalls zur Demonstration aufgerufen, weil sich die Gesundheitsreform nicht nur auf Ärzte sondern auch auf alle anderen Heilberufe und vor allem Patienten negativ auswirkt. Gespannt sein darf man nun auf die Reaktionen der Politik. Erste Signale deuten darauf hin, dass sie sich nicht auf die Forderungen der Ärzte einlassen will. Inhaltliche Gespräche zum Fortgang der Gesundheitsreform zwischen Bundesgesundheitsministerium und Bundeskanzlerin haben in der Woche nach dem Protesttag stattgefunden. Ergebnisse sind nicht bekannt geworden.

Um den politischen Druck aufrecht zu erhalten, ist am **19. Mai 2006 ein weiterer Protesttag in Berlin.**

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug  
Knut Köhler M.A.  
Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit



## Drohender Regress trotz „Wohlverhalten“ – ein Fallbericht

Am 1. Juni 2000 habe ich eine Vertragsarztpraxis übernommen und bin seitdem als hausärztlicher Internist tätig. Von Seiten der Patienten wird unsere Praxis angenommen, haben sich doch die abgerechneten Behandlungsausweise seither mehr als verdoppelt. Nachdem die ersten Erfahrungen in der Niederlassung gesammelt waren, habe ich mich in wachsendem Maße darum bemüht, dem Gebot der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimitteltherapie zu entsprechen. Natürlich gibt es auch in diesem Bereich eine Lernkurve. Auch verordnet man mitunter unter ungünstigen Umständen, wie zum Beispiel im Hausbesuch ohne Computerunterstützung. Insgesamt bin ich aber der Überzeugung, indikationsgerecht, modern und, im Rahmen des dann Möglichen, sparsam zu verordnen.

Obwohl nun diese Bemühungen um Wirtschaftlichkeit von Anfang an erheblich und darauf gerichtet waren, die Patienten unter den gegebenen Bedingungen optimal medikamentös zu behandeln, bekam ich mit jedem Honorarbescheid und der beigefügten Arzneimittelfrühinformation den Hinweis, dass ich das entsprechende Budget in aller Regel deutlich überschreite, zuletzt in der Größenordnung von etwa 80 Prozent. Daraufhin sah sich meine zuständige KV-Bezirksstelle Chemnitz im Jahr 2002 erstmalig veranlasst, mich zu einer Arzneimittelberatung einzuladen. Dem bin ich gefolgt und habe die dort gegebenen Anregungen durchaus in die Tat umgesetzt. Es handelte sich ausnahmslos um Empfehlungen, die die Versorgung der Patienten nach meiner Meinung nicht zwangsläufig verschlechtern. Sie bezogen sich insbesondere auf den Einsatz von Generika und Reimporten; auch die so genannten Analog-Präparate waren ein Thema, wenngleich ich hier persönlich der Meinung bin, dass häufig Äpfel mit Birnen verglichen werden. Nicht alle Analog-Präparate verursachen nur höhere Kosten, sie tun dies teilweise bei gleicher Wirkung mit einem wesentlich geringeren Nebenwirkungsprofil. Ich nahm trotzdem die Hinweise offen auf und setzte um, was aus meiner Sicht mit einer zeitgemäßen und indikationsgerechten Behandlung meiner Patienten vereinbar war.

Nichtsdestotrotz änderte sich an den Informationen über mein Ordnungsverhalten nichts. Weiterhin und teilweise sogar zunehmend zeigten sich deutliche Überschrei-

tungen. Erklärt werden könnte das zum einen durch einen hohen Anteil Diabetiker in meiner Praxis – relativ gesehen behandle ich doppelt so viele Diabetiker wie der „Fachgruppendurchschnitt“. Die große Zahl an Diabetikern wurde zuletzt noch einmal deutlich erhöht, nachdem der am Ort ansässige Schwerpunkt-Diabetologe ohne Nachfolger in Rente ging (nunmehr allein 100 Insulin spritzende Diabetiker, auch Pumpenträger). Zum anderen kommen viele Patienten mit Morbus Crohn und Colitis ulcerosa zu uns. Dies ergibt sich aus meiner vormaligen Tätigkeit in einer gastroenterologisch geprägten Klinik.

Im Jahr verordne ich für ca. 650.000 Euro Medikamente (Stand 2005). Rechnet man jetzt eine Überschreitung von 180 Prozent, und weiß dabei, dass normalerweise die Differenz zwischen 125 und 180 Prozent nach dem Wortlaut des Gesetzes vom Vertragsarzt als Regress zu entrichten ist, so versteht man sicher, dass ich angesichts dieser Zahlen Angst bekam. Das würde ja bedeuten, dass ich in einem Jahr allein 200.000 Euro an die Kassen für die Medikamente meiner Patienten zurückzahlen müsste. Also meldete ich mich in eigener Initiative Ende 2005 in meiner KV-Bezirksstelle zu einem neuerlichen Beratungsgespräch an, welches am 14. Dezember 2005 in Chemnitz stattfand. Es empfingen mich eine Mitarbeiterin der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und eine Beratungsapothekerin der AOK. Das Gespräch von über zweieinhalb Stunden lässt sich natürlich nicht im Detail wiedergeben. Jedoch folgende Kernsätze daraus:

Von Seiten der Kassenärztlichen Vereinigung wurde nach Herunterrechnung aller „Ausnahmetatbestände“ und „Praxis-Besonderheiten“ eine Regresssumme für das Jahr 2004 von 36.000 Euro für realistisch gehalten. Diese Zahl wird mit hoher Wahrscheinlichkeit Ausgangspunkt der Betrachtung des Ausschusses für die Prüfung der Richtgrößen sein. Dieser hälftig aus Kassenvertretern und Ärzten besetzte Ausschuss wird dann darüber befinden, ob sich diese Summe durch das besondere, in meiner Praxis behandelte Klientel noch begründen lässt. Solange aber habe ich damit zu rechnen, eine Summe in dieser Größenordnung erstatten zu müssen. Als Kontrapunkt wurde mir von der Beratungsapothekerin wörtlich attestiert: „Ich weiß eigentlich nicht, warum

Sie hier sind und was ich Ihnen sagen soll: Sie machen alles richtig“(!). Zum Beispiel verordne ich 10 Prozent mehr Generika und ebenso viel mehr Reimporte als der Arztgruppendurchschnitt, andererseits weniger sogenannte Analogpräparate. Insgesamt wurde in der Betrachtung für 2005 1 (ein) fälschlich verordnetes „OTC-Präparat“ und ein mögliches Einsparpotenzial von ca. 1.000 Euro bei einer Sondennahrung (wer weiß da schon noch, was gerade verordnungsfähig ist!) bei einer Gesamtverordnungssumme von größenordnungsmäßig ca. 300 T € (anteilig AOK-Patienten) festgestellt. Systematische Defizite in meiner Ordnungsweise konnten nicht erkannt werden.

Ich musste unter anderem mit Erstaunen zur Kenntnis nehmen, dass bei Insulin spritzenden Diabetikern lediglich das Insulin aus dem Budget herausgerechnet wird, während die Begleitmedikation der meistens polymorbiden Patienten völlig unberücksichtigt bleibt und sich dann zum Problem für den Behandler entwickelt.

Betrachtet man alle diese Gesichtspunkte im Überblick, so muss man feststellen, dass der deutsche Vertragsarzt, welcher sich bemüht, seine Patienten nach den modernen Grundsätzen, auch den Leitlinien, zu behandeln, dies nur tun kann, indem er seine finanzielle Existenz und das Bestehen seiner Praxis gefährdet. Selbst die Ausnutzung aller von den Kassen und der Politik propagierten Einsparpotenziale führt nicht dazu, dass das Überschreiten der engen und völlig willkürlichen Budgets vermieden werden kann.

Im Kontext zu den vom Bundesgesundheitsministerium geplanten gesetzlichen Neuordnungen, insbesondere im Arzneimittelbereich, muss gesagt werden, dass Ärzte, welche multimorbide, und damit „teure Patienten“ behandeln, die Verlierer sind und bleiben werden. Die Politik riskiert damit, dass sich die Versorgung solcher Patienten und damit letztlich ihre Lebenssituation deutlich verschlechtern kann, da der Vertragsärzteschaft wohl nicht ernsthaft zugemutet werden kann, die medikamentöse Behandlung solcher Patienten selbst zu finanzieren.

Dr. med. Steffen Liebscher, Aue  
Vorstandsmitglied der Sächsischen  
Landesärztekammer

---

# Rechtsfragen in Klinik und Praxis

## Inhaltsverzeichnis

1. Organisationsverschulden in Klinik und Praxis
2. Datenschutz im nicht-öffentlichen Bereich
3. Aufbewahrung von Patientenunterlagen und Einsichtsrecht in die Patientendokumentationen

---

## Organisationsverschulden in Klinik und Praxis

### Ärztliche Standards bei strukturellen und organisatorischen Veränderungen

#### Einbecker-Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht (DGMR) e.V.

Die Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht (DGMR) e.V. hat gemeinsam mit der Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen am 02. und 03. Dezember 2005 das 31. Symposium für Juristen und Ärzte veranstaltet. Als Ergebnis dieser Tagung wurden die nachstehenden Empfehlungen verabschiedet:

#### I. Problemstellung

Die Verrechtlichung und Ökonomisierung der ärztlichen Tätigkeit in Klinik und Praxis schreitet mit zunehmender Geschwindigkeit voran. Einerseits zwingen beschränkte wirtschaftliche und personelle Ressourcen zu Reglementierungen der ärztlichen Berufsausübung; andererseits werden ständig neue Qualitätsanforderungen gestellt. In dieser Zwickmühle sehen sich die Ärzte in Klinik und Praxis neuerdings weiteren Herausforderungen ausgesetzt, die auf gesetzlich und ökonomisch bedingte Struktur- und Organisationsveränderungen zurückgehen. Auch die Verantwortung für eine sachgemäße Organisation der ärztlichen Behandlungsabläufe unterliegt derzeit vielfältigen Neuordnungen. Modulares Großkrankenhaus, Medizinische Versorgungszentren (MVZ), integrierte Kooperationsstrukturen zwischen ambulanten und stationären Behandlungseinheiten, fachgebietsübergreifende Dienste, Behandlungspfade, Scoresysteme und die Zentralisierung von Behandlungseinheiten sind Beispiele neuer Strukturen und Organisationsformen im Gesundheitswesen, mit denen die ärztliche Diagnostik und Therapie und das vertrauensvolle Arzt-Patienten-Verhältnis in Wettbewerb stehen. Handlungs- und Therapiefreiheit der Ärzte in Klinik und Praxis sind berührt; eine Erhöhung der Risiken für die Patienten und ein erhöhtes Risiko juristischer Haftung wird befürchtet.

Diese tiefgreifenden strukturellen und organisatorischen Veränderungen im Medizinbetrieb erfordern kontinuierlich eine juristische Neubewertung.

### II. Gegenwärtiges rechtliches Verständnis des Organisationsverschuldens

Das Organisationsverschulden bildet eine zentrale Kategorie des modernen Zurechnungs- und Haftungsrechts. Gerade im klinischen Alltag gewinnen Organisationspflichten immer mehr an Gewicht. Je größer die Zahl der an Diagnose und Therapie beteiligten Ärzte, Techniker und Hilfskräfte, je komplizierter und gefährlicher die apparativen und medikamentösen Mittel, je komplexer das arbeitsteilige medizinische Geschehen in einem großen Betrieb und je größer der ökonomische Erfolgsdruck, desto mehr Umsicht und Einsatz erfordern die Planung, die Koordination und die Kontrolle der klinischen Abläufe.

#### 1. Gesetzliche Anknüpfungspunkte des Organisationsverschuldens

Auswahl-, Überwachungs- und Anleitungspflichten bilden zusammen mit der Pflicht zur Ausstattung des ärztlichen und pflegerischen Personals mit adäquaten technischen Hilfsmitteln einen umfangreichen Pflichtenkatalog des Krankenhausträgers und Praxisinhabers. Dieser umfasst auch ausreichende personelle und infrastrukturelle Ressourcen (zum Beispiel IT-Ausstattung und Festlegung von Handlungsanleitungen).

Krankenhäuser oder in der Form der juristischen Person betriebene Arztpraxen sind für den Schaden verantwortlich, den ein leitender Mitarbeiter (Chefarzt, Oberarzt) einem Patienten zufügt. Primär verantwortlich ist daher der Träger der jeweiligen medizinischen Einrichtung. Eine Verantwortung der leitenden Mitarbeiter im Übrigen kommt in Betracht, wenn der Träger nachweisen kann, dass er die ihm obliegenden Organisationspflichten wahrgenommen hat, sog. **Entlastungsbeweis** i. S. v. § 831 Abs. 1 Satz 2 BGB. Es genügt für eine solche Haftungsfreistellung allerdings nicht, dass der Träger den Nachweis sorgfältiger Auswahl und Überwachung des von ihm eingesetzten, für den fraglichen Bereich verantwortlichen höheren Angestellten führt. Vielmehr trifft ihn darüber hinaus die Pflicht, den gesamten Ablauf der Betriebsvorgänge und die Tätigkeit des Personals durch geeignete organisatorische Vorkehrungen so einzurichten und zu überwachen, dass Dritte nicht geschädigt werden.

## 2. Prozessuale Anknüpfungspunkte

Die Rechtsprechung geht bereits dann von einem **pflichtwidrigen Verhalten** des Krankenhauspersonals aus, wenn feststeht, dass der Patient „im Organisationsbereich des Krankenhauses“ zu Schaden gekommen ist (zum Beispiel durch Transport, unsterile Infusionsflüssigkeit oder defekte medizinische Apparaturen). Wie im Produkthaftungsrecht wird von einem objektiven Mangel oder verkehrswidrigen Zustand auf ein pflichtwidriges Verhalten geschlossen.

## 3. Organisationspflichten in der Rechtsprechung

**Folgende Kardinalpflichten lassen sich der Rechtsprechung entnehmen:**

(1) **Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten** im Krankenhaus müssen durch Einsatzpläne und Vertreterregelungen deutlich abgegrenzt und insbesondere Sonntags-, Nacht- und Bereitschaftsdienste gesichert sein. Auch für die Patientenaufklärung und die ärztliche Erstversorgung von Unfallopfern bedarf es besonderer Anweisungen.

(2) Die ärztlichen und die nichtärztlichen Mitarbeiter müssen **sorgfältig ausgewählt, angelernt und überwacht** werden. In jeder Behandlungsphase muss ein qualifizierter Arzt bereit stehen, um die erforderlichen Maßnahmen durchzuführen, zu delegieren und zu überwachen.

(3) Das Krankenhaus muss die **ärztlichen und pflegerischen Standards** in personeller, fachlicher und apparativer Hinsicht gewährleisten.

(4) Die **Sicherheit der Patienten** muss gewährleistet sein. Besonderen Anfälligkeiten von Kindern oder von verletzungs- oder suizidgefährdeten Personen ist Rechnung zu tragen. Darüber hinaus müssen die hygienischen Verhältnisse und die Funktionsfähigkeit aller medizinischen Geräte und Apparate sichergestellt sein.

## III. Veränderung der äußeren Rahmenbedingungen

Die Organisationspflichten in Klinik und Praxis werden zunehmend von folgenden geänderten äußeren Rahmenbedingungen bestimmt:

1. Die **demografische Entwicklung** und die **Fortschrittsfalle in der Medizin** erfordern ein gemeinsames, koordiniertes Vorgehen derer, die Verantwortung für das Gesundheitswesen tragen. Ohne geeignete Anpassung des Krankenversicherungssystems an die feststellbaren Veränderungen und voraussehbaren Anforderungen ist die Versorgung der Patienten gefährdet.

2. Aktuelle Erkenntnisse zur zukünftigen **Arztzahlentwicklung** belegen, dass die sich bereits jetzt abzeichnende Personalverknappung im ärztlichen Dienst in den kommenden Jahren zunehmen wird.

3. Durch eine **stärkere Leistungsverdichtung** wird sich der Anteil der sog. „sprechenden Medizin“ weiter verringern – mit negativen Konsequenzen für die individuelle **Arzt-Patienten-Beziehung**. Die seit Jahren zunehmenden **bürokratischen Anforderungen** im Klinik- und Praxisalltag verschlechtern diese Situation zusehends.

4. Auch die diskutierte Einführung der **Bachelor- und Master-Studiengänge** führt zu heterogenen Qualifikationsmaßstäben in der medizinischen Versorgung, die haftungsrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen kann. Dies gilt auch für die zunehmende Übertragung ärztlicher Aufgaben auf nichtärztliche Berufe.

5. Das Missverhältnis zwischen leistungsrechtlichem Versorgungsanspruch und der erforderlichen **Finanzausstattung** der gesetzlichen Krankenversicherung ist trotz der bisherigen Reformversuche eine weiter bestehende Herausforderung.

6. Das **Krankenhausvergütungssystem** der diagnosebezogenen Fallpauschalen (**DRG**) führt zu neuen Konfliktlagen zwischen betriebswirtschaftlichen und medizinischen Gesichtspunkten der Krankenbehandlung.

7. Die von den medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften entwickelten **Leitlinien** werden zunehmend nicht mehr nur als Handlungskorridor für den behandelnden Arzt im Einzelfall verstanden, sondern in Form von Behandlungsschemata und -pfaden sowie Versorgungsanweisungen zur „Programmmedizin“.

## IV. Struktur- und Organisationsveränderungen in Klinik und Praxis

Als Reaktion auf diese geänderten äußeren Rahmenbedingungen in Klinik und Praxis seien folgende Beispiele genannt:

### 1. Interdisziplinäre Behandlungseinheiten im modularen Großklinikum

Es gibt Bestrebungen, die bisherige Struktur des Krankenhauses in Form der Zuordnung der Patienten nach bestimmten Krankheiten zu fachgebietsbezogenen Abteilungen des Krankenhauses durch ein modulares Krankenhaus zu ersetzen, in dem Patienten scoregesteuert entsprechend dem jeweiligen Schweregrad des Behandlungsgeschehens in interdisziplinären Funktionskliniken mit den Bereichen **Intensive Care, Intermediate Care** und **Standard-Care** behandelt werden. Die Klinikdirektoren der einzelnen operativen Fachkliniken sollen dort für die Versorgung der Patienten in den interdisziplinären Bereichen schriftlich vereinbarte Behandlungsschemata entwickeln, nach denen eine gleichförmige und qualitätsgesicherte Patientenversorgung im Standardverfahren erfolgen soll.

Den damit verbundenen Veränderungen der Aufteilung von Verantwortung und Risiken ist durch vorausschauende Konzeption zu begegnen, neu entstehende Risiken sind zu neutralisieren. Als solche Risiken müssen beispielsweise die Unterberechnung der persönlichen **Verantwortungskontinuität** und **Kommunikationsdefizite** gelten. Gerade im Hinblick auf die Interdisziplinarität dieser Versorgungsstruktur ist der **Facharztstandard** einzuhalten.

Geeignete **Risikomanagement**-Verfahren sollten die Einführung veränderter Strukturen und Organisationsformen stets begleiten. Soweit Ärzte in solchen Versorgungsformen die Voraussetzungen für eine Behandlung nach dem anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft nicht mehr gewährleistet sehen, können sie in schwerwiegende Konflikte zwischen berufsrechtlichen und ethischen Verpflichtungen einerseits und arbeitsrechtliche und dienstrechtliche Konsequenzen andererseits geraten. In derar-



tigen Situationen ist eine patientenorientierte Konfliktauflösung zugunsten der ärztlichen Therapiefreiheit geboten. Gleiches gilt für die teilweise bereits eingeführten **fachgebietsübergreifenden Bereitschaftsdienste**. Auch für diese ist der Facharztstandard sicherzustellen.

## 2. Schichtdienste

Die Anwendung des Arbeitszeitgesetzes auf den Medizinbetrieb führt in einigen Bereichen zwangsläufig zu Schichtdiensten. Die Einordnung des Bereitschaftsdienstes als Arbeitszeit hat darüber hinaus zur Folge, dass die gesetzlichen Maximalarbeitszeiten früher erreicht werden als bisher. Dies bedingt einen höheren Bedarf an verfügbarem Personal, vermehrte Anzahl von Übergeben mit der damit zwangsläufig erhöhten Gefahr von damit verbundenen Kommunikationsdefiziten. Es sind organisatorische Maßnahmen zu treffen, welche diese Risiken ausschalten.

## 3. MVZ und integrierte Versorgung

Der Betreiber eines **Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)** hat durch gezieltes Risikomanagement und Maßnahmen der Qualitätssicherung die Möglichkeit, die so genannten „**Schnittstellen**“ im Rahmen der arbeitsteiligen Medizin miteinander zu verzahnen und damit die Kommunikation und Kooperation zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu gewährleisten. Ein einheitliches Risikomanagement zwischen medizinischem Versorgungszentrum und Krankenhaus bei demselben Betreiber steigert die Effizienz in der Krankenversorgung, vermeidet unnötige Kontroll- und Mitarbeitspflichten und schützt die Patienten davor, dass sie durch Zuständigkeits- oder Informationslücken Schaden erleiden oder dadurch, dass ein an der Behandlung Beteiligter notwendige Maßnahmen in der unbegründeten Vermutung unterlässt, ein anderer werde schon das Nötige veranlassen. Diese Anforderungen an die haftungsrechtliche Koordination müssen auch für die poststationäre Versorgung gelten.

In der **integrierten Versorgung** nach § 140 b SGB V bestehen ähnliche Risiken der Haftung und Qualitätssicherung wie beim MVZ. Das Ziel der integrierten Versorgung, die Trennung der einzelnen Leistungsbereiche zu überwinden, Substitutionsmöglichkeiten über die verschiedenen Leistungssektoren hinweg zu nutzen und Schnittstellenprobleme zu beherrschen, wird befördert, wenn die Qualitätssicherungsmaßnahmen Bestandteil des Integrationsvertrages werden. Hierzu kann ein **verbindliches Behandlungsmanual** dienen, in dem strukturierte Versorgungsabläufe, Behandlungspfade, Leitlinien und Standards, Basisdokumentationen und Qualitätsindikatoren für die Struktur- und Prozessqualität vertraglich fixiert werden, ohne allerdings die individuelle Behandlungsfreiheit und -verantwortung des Arztes zu ersetzen. Diese Qualitätssicherungsmaßnahmen – wie die Entwicklung projektbezogener Dokumentationsformulare, die Schulung von externen Partnern und die Validierung der dokumentierten Daten – können allerdings nur dann das Ziel erreichen, wenn sich die einzelnen Beteiligten innerhalb der integrierten Versorgung mit den Chancen dieser neuen Versorgungsformen identifizieren.

## 4. Verstärkung der Arzt-Patienten-Beziehung

Um Gefahren in organisatorischer Hinsicht bei Einführung solcher oder ähnlicher Organisationsstrukturen von Patienten abzuwenden, muss eine **ausreichende personelle Besetzung mit genügend Zeit für Gespräche und Behandlung** zur Verfügung

gestellt werden. Ein Patient will von verantwortungsbewussten und vertrauten Ärzten und Pflegepersonal behandelt werden, und nicht in einen anonymen, artifiziellen und gleichförmigen Behandlungsprozess eingebunden sein. Maßnahmen hierfür könnten zum Beispiel sein, ein **critical incident reporting system (CIRS)**, um vorhersehbare Fehler zu vermeiden und Leitlinien in sachgerechter Anwendung einzuführen. Das aus personellen und finanziellen Einschränkungen sich ergebende Haftungsrisiko im Sinne eines Organisationsverschuldens darf nicht ausschließlich den vor Ort verantwortlichen Ärzten überlassen bleiben. Vielmehr ist es notwendig, den jeweiligen Träger eines Krankenhauses verstärkt in die **sächliche Organisationsverantwortung** einzubinden.

## V. Rechtliche Bewertung

### 1. Zivilrechtlicher Sorgfaltsmaßstab

Eine Anpassung des zivilrechtlichen Sorgfaltsmaßstabs im formellen Sinne an eingetretene Veränderungen ist nicht erforderlich. Die Gesetzeslage lässt der Rechtsprechung genügend Raum, die Kriterien festzulegen, nach denen ein Pflichtenverstoß anzunehmen und die im Verkehr erforderliche Sorgfalt gemäß § 276 Abs. 2 BGB nicht beachtet ist, wobei Veränderungen der tatsächlichen Umstände oder anderweitig verfügbarer Pflichtenkataloge unschwer berücksichtigt werden können. Haftungsrechtlich wird das zu beurteilende Tun oder Unterlassen unverändert daran gemessen, ob die im Verkehr erforderliche Sorgfalt gewahrt ist. Auch definitorisch bleibt der rechtliche Sorgfaltsmaßstab unverändert. Anknüpfungspunkt für die verkehrserforderliche Sorgfalt der an der Behandlung beteiligten Ärzte ist (und bleibt) der **medizinische Standard des betroffenen Fachgebiets**, wobei der objektiv-typisierende Maßstab gilt.

In der Rechtsordnung gilt der Grundsatz der **Deckungsgleichheit des rechtlichen und des medizinischen Sorgfaltsmaßstabs**. Dieser Grundsatz erfährt aber nur dann eine Ausnahme, als es das Haftungsrecht unbeanstandet lässt, wenn die konkrete Behandlung hinter dem Stand der medizinisch-naturwissenschaftlichen Erkenntnisse zurückbleibt, weil Grenzen der Finanzierbarkeit oder der Wirtschaftlichkeit dies bedingen. Dies kann dann Auswirkungen auf den zu fordernden Standard haben. Allerdings darf in keinem Fall der Bereich des medizinisch zwingend Notwendigen verletzt werden. Dies gilt ebenso für den Fall, dass sich die diskutierten strukturellen und organisatorischen Veränderungen im Medizinbetrieb tatsächlich in nennenswertem Umfang einstellen sollten. Diese dürfen den medizinischen Standard beeinflussen, jedoch nicht zu einer Unterschreitung der unverzichtbaren Basisschwelle führen. Schließlich ist es auch dem Sozialgesetzgeber verwehrt, in diesen Kernbereich des medizinisch zwingend Notwendigen regelnd (zum Beispiel durch DMP – disease management program) einzugreifen. Dies kann haftungsrechtlich nicht akzeptiert werden und würde einer verfassungsrechtlichen Prüfung wegen Verstoßes gegen das Sozialstaatsprinzip nicht standhalten.

### 2. Haftung leitender Ärzte

Forderungen nach einer **Beschränkung der Außenhaftung** angestellter Krankenhausärzte werden auch hierzulande zunehmend erhoben. Dies sei angezeigt zum Zwecke einer Vereinfachung der überaus komplizierten Haftungsverhältnisse im Krankenhaus, zumal für die Schadenskompensation die Einstandspflicht des

---

Trägers völlig ausreiche. Eine derartige Regelung führte zu einem haftungsrechtlichen Rückzug vor allem leitender Ärzte hinter die Anonymität des Klinikträgers. Ärztliches Ethos, Berufs- und Standesrecht und das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient weisen jedoch auf eine strenge persönliche Haftung des Arztes hin. Die Vorschläge einer Beschränkung der Außenhaftung verdienen daher keine Unterstützung.

### 3. Strafrechtliche Beurteilung

Bei der **strafrechtlichen** Beurteilung des Organisationsverschuldens gelten zum objektiven Sorgfaltsmaßstab zunächst dieselben Kriterien wie bei der zivilrechtlichen Betrachtung. Eine Verantwortlichkeit wird daher angenommen, wenn der Patient im Organisationsbereich des Krankenhauses zu Schaden kommt. Im Gegensatz zur zivilrechtlichen Bewertung ist bei der strafrechtlichen Bewertung des Organisationsverschuldens darüber hinaus auch der **subjektive Sorgfaltsmaßstab** zu berücksichtigen. Dieser orientiert sich neben der dem Einzelnen möglichen Erkennbarkeit der Gefahr an der tatsächlichen Fähigkeit, die Gefahr abzuwenden, das heißt an der persönlichen Vermeidbarkeit eines schadensverursachenden Organisationsfehlers. Die bei der Realisierung eines Organisationsrisikos besonders relevante **Übernahmefahrlässigkeit** wird durch die Frage der Vorwerfbarkeit begrenzt.

Wenn das Sozialrecht über die Finanzierung dem ärztlichen Handeln gewisse Grenzen setzt, so kann die Übernahme eines von der Allgemeinheit – durch das Sozialrecht in Gesetzesbuchstaben formuliert – erwünschten Verhaltens innerhalb dieser Grenzen nicht als vorwerfbar angesehen werden. Daneben kann ein derartiges Verhalten als innerhalb der **Sozialadäquanz** liegend und damit als nicht strafbar gelten.

Wie das Bundesverfassungsgericht festgestellt hat, ist die Sicherung der finanziellen Stabilität der Krankenversicherung

ein Gemeinwohlbelang von überragendem Gewicht. Sie dient insgesamt der Aufrechterhaltung eines funktionierenden Gesundheitssystems und damit der Gesundheit aller Versicherten. Es bietet sich daher an, die finanziellen Rahmenbedingungen, die sich den Leistungserbringern im Gesundheitssystem darstellen, dem Prinzip des überwiegenden Interesses im Rahmen des **erlaubten Risikos** zu unterschreiben. Dies scheint insbesondere deshalb geboten, weil sich damit Wertungswidersprüche zwischen den einzelnen Sparten der Rechtsordnung, hier dem Haftungs- bzw. Strafrecht und dem Sozialrecht, auflösen lassen. Bei der Standardunterschreitung liegt der Schwerpunkt der Vorwerfbarkeit auf dem Unterlassen des gebotenen Handelns. Die Erfolgsabwendungspflicht des Garanten, das heißt die Pflicht des Arztes, das medizinisch Erforderliche zu tun, wird durch die **Zumutbarkeit und Möglichkeit** begrenzt. Es ist zu bedenken, dass dem einzelnen Arzt häufig nur die Alternative bliebe, die medizinische Versorgung unter den (den Standard unterschreitenden) Gegebenheiten gänzlich abzulehnen. Hierdurch kann aber die Gefahr für die zu schützenden Rechtsgüter wachsen, weil zum Beispiel der Weg zur nächsten alternativen Behandlungseinheit ein nicht mehr hinzunehmendes Maß erreicht oder neue weitere Risiken eröffnet

### 4. Medizinische Sachverständige

Die **medizinischen Sachverständigen** sollten bei der gutachtlichen Bewertung einzelner Behandlungsgeschehen die veränderten äußeren Rahmenbedingungen und die geänderten Versorgungsstrukturen sowie neue organisatorische Behandlungsabläufe zukünftig stärker berücksichtigen.

Berlin im Dezember 2005

Das Präsidium der DGMR e.V.

---

# Datenschutz im nicht-öffentlichen Bereich

## **Auszug aus dem 2. Tätigkeitsbericht des Sächsischen Staatsministeriums des Innern für den Datenschutz im nicht-öffentlichen Bereich**

Das Sächsische Staatsministerium des Innern informiert mit dem 2. Tätigkeitsbericht für den Datenschutz im nicht-öffentlichen Bereich (Berichtszeitraum: 2003 bis 2004) die Öffentlichkeit über die Tätigkeit der hierfür zuständigen Aufsichtsbehörden, die Regierungspräsidien im Freistaat Sachsen. Der Bericht gibt insbesondere Auskunft über die Aufgaben der Aufsichtsbehörden sowie die Schwerpunkte der Kontrolltätigkeit.

Zum nicht-öffentlichen Bereich zählen auch die Praxen niedergelassener Ärzte und Privatkrankenhäuser. Anlasskontrollen sind daher auch in der Arztpraxis und in Privatkliniken möglich. Sie werden im Gegensatz zu Regelkontrollen immer dann durchgeführt, wenn der Aufsichtsbehörde konkrete Anhaltspunkte für eine Datenschutzverletzung vorliegen. In den meisten Fällen ergeben sich derartige Anhaltspunkte aus Beschwerden Betroffener. In der Regel können diese Vorgänge schriftlich bearbeitet werden. Wenn dies jedoch nicht zweckmäßig oder nicht ausreichend ist, wird eine Vor-Ort-Kontrolle durchgeführt.

Anlasskontrollen finden ihren Abschluss in einer datenschutzrechtlichen Würdigung des untersuchten Sachverhalts, die sowohl der verantwortlichen Stelle als auch dem Betroffenen bzw. dem Petenten zur Kenntnis gegeben wird. Werden dabei Verletzungen materiell-rechtlicher Datenschutzbestimmungen festgestellt, kann dies der Betroffene dann als Grundlage für weitere rechtliche Schritte (zum Beispiel Schadenersatzforderungen) nehmen.

Aus dem genannten Tätigkeitsbericht werden Arztpraxen betreffende Feststellungen wiedergegeben:

### **4.3.6 Ärztliche Schweigepflicht gegenüber Ehepartnern**

Ein Ehemann hatte erhebliche gesundheitliche Probleme, woraufhin seine Frau einige Medikamente in der Apotheke besorgen wollte. Dort wurde ihr nach Schilderung des Krankheitsbildes geraten, sofort einen Arzt aufzusuchen. Auf Nachfrage der erst kürzlich zugezogenen Frau wurde ihr ein Arzt in der Nähe empfohlen, der kurzfristig Hausbesuche durchführen würde. Nach Darstellung der Ehefrau weigerte sich der Arzt nach der Namensnennung des Patienten, einen Hausbesuch durchzuführen. Auf Nachfrage der Ehefrau gab er den Namen des Ehemanns in seinen PC ein und begann, der Frau aus dessen Krankheitsgeschichte zu berichten. Dies betraf Informationen über vor mehreren Jahren erfolgte Behandlungen und Befindlichkeiten des Ehemannes (Selbstmordversuche, weiterbehandelnde Ärzte, Trunkenheit, Unberechenbarkeit, Arbeitslosigkeit, psychische Störungen etc.). Diese Sachverhalte waren der Ehefrau bislang nicht bekannt und ihr von ihrem Mann verschwiegen worden.

Nach dieser Darstellung bestand Grund zu der Annahme, dass der Arzt gegen die in § 203 Strafgesetzbuch (StGB) verankerte Schweigepflicht verstoßen hat. Ein Verstoß gegen die ärztliche Schweigepflicht wird gem. § 205 StGB nur auf Antrag verfolgt.

Den Betroffenen hat die Aufsichtsbehörde empfohlen, umgehend Strafanzeige bei der Polizei zu stellen, was anschließend erfolgt ist.

Ungeachtet des durch die Staatsanwaltschaft eingeleiteten Ermittlungsverfahrens beurteilt die Aufsichtsbehörde den Sachverhalt abschließend wie folgt:

Schutzzweck der ärztlichen Schweigepflicht ist die Geheim- und Individualsphäre des Einzelnen. Vom umfassenden Schutzbereich werden nicht nur Details einer ärztlichen Behandlung, wie Diagnosen, Behandlungsmaßnahmen oder Ähnliches erfasst. Auch Informationen zu einer ärztlichen Behandlung als solche dürfen nicht unbefugt an Dritte weitergegeben werden. Hierzu gehören insbesondere Umstände, die sich auf den persönlichen Lebensbereich beziehen wie zum Beispiel Erkenntnisse und Informationen über familiäre und partnerschaftliche Probleme. Ausnahmen bedürfen einer besonderen Begründung und Rechtfertigung.

Dies können sein:

- die ausdrückliche Einwilligung des Patienten,
- bestimmte, ansteckende Krankheiten, die der gesetzlichen Meldepflicht unterliegen,
- Fälle, in denen plötzlich ermittelt werden muss (Kapitalverbrechen) und
- im Sozialrecht verankerte Mitwirkungs- und Auskunftspflichten.

Die ärztliche Schweigepflicht gilt umfassend. Demnach dürfen Dritte (auch Ehepartner) nicht ohne weiteres über Patientendaten informiert werden. Anders verhält es sich, wenn der Patient die Anwesenheit eines Verwandten bei einem ärztlichen Gespräch ausdrücklich wünscht oder zu erkennen gibt, dass eine Entbindung von der Schweigepflicht gewollt ist.

Vor diesem Hintergrund war die Information der Ehefrau durch den Arzt unzulässig und stellt eine Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht dar. Es ist nicht erkennbar, dass einer der oben genannten Ausnahmetatbestände erfüllt ist. Soweit geltend gemacht worden war, dass zur Klärung der Akutsituation Fragen zu stellen waren, begründet dies weder die Notwendigkeit noch die Zulässigkeit dieser derart umfassenden Unterrichtung der Ehefrau.

Die Familie stellte Strafanzeige, so dass die Aufsichtsbehörde von weiteren Schritten in dieser Angelegenheit absah.

### **4.3.7 Umgang mit Patientendaten in einer ärztlichen Gemeinschaftspraxis**

In einem von der Aufsichtsbehörde zu untersuchenden Fall vermutete die Betroffene einen Verstoß gegen die ärztliche Schweigepflicht.

Die Betroffene war bei ihrem Hausarzt, der zusammen mit seiner Frau eine Gemeinschaftspraxis betreibt, in Behandlung. Der Hausarzt hatte die Betroffene zur weiteren Untersuchung in ein

---

Krankenhaus überwiesen. Wenige Tage später war die Betroffene von einer Bekannten daraufhin angesprochen worden, wie es ihr gehe und warum sie ins Krankenhaus musste. Da die Betroffene niemandem davon erzählt hatte, hätte die Bekannte gar nichts davon wissen dürfen. Die Bekannte hatte auf entsprechende Nachfrage bestätigt, dies von ihrer Ärztin, der Frau des Hausarztes der Betroffenen, erfahren zu haben.

Die beiden Ärzte der Gemeinschaftspraxis bestritten, derartige Gespräche mit bzw. über jeweils andere Patienten geführt und auf diese Weise unbefugt personenbezogene Daten weitergegeben zu haben.

Die Aufsichtsbehörde hat den Vorgang jedoch zum Anlass genommen, die Arztpraxis einer allgemeinen datenschutzrechtlichen Kontrolle zu unterziehen.

Es wurde zunächst festgestellt, dass in der Arztpraxis entgegen der gesetzlichen Pflicht kein Datenschutzbeauftragter (§ 4f BDSG) bestellt war.

Des Weiteren wurde festgestellt, dass die Beschäftigten der Arztpraxis nicht auf das Datengeheimnis gemäß § 5 BDSG verpflichtet worden waren, obwohl diese mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Patientendaten betraut sind. Die in den Arbeitsverträgen enthaltene Bestimmung zur Geheimhaltungs- bzw. Verschwiegenheitspflicht, auf die sich die Ärzte beriefen, ersetzt die Verpflichtung gemäß § 5 BDSG nicht, da das Datengeheimnis eine wesentlich größere Reichweite als die Verschwiegenheitspflicht besitzt.

Die Ärzte wurden aufgefordert, einen (gemeinsamen) Datenschutzbeauftragten für die Gemeinschaftspraxis zu bestellen und die erforderlichen Belehrungen und Verpflichtungen auf das Datengeheimnis durchzuführen. Diese Maßnahmen wurden seitens der Arztpraxis umgesetzt.

Darüber hinaus hat die Aufsichtsbehörde beide Ärzte gebeten, in ihrer Praxis zukünftig dafür Sorge zu tragen, dass nur der aus medizinischer Sicht erforderliche Informationsaustausch erfolgt. Die Aufsichtsbehörde hat in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass die ärztliche Schweigepflicht auch gegenüber anderem medizinischen Personal, das seinerseits der ärztlichen Schweigepflicht unterliegt, also auch gegenüber dem anderen

Arzt der Gemeinschaftspraxis, der nicht in die Behandlung des Patienten eingebunden ist, gilt.

Aber auch weitere Leistungserbringer im Gesundheitssystem, hier eine Betriebskrankenkasse, sind dem Datenschutz im nicht-öffentlichen Bereich unterworfen:

#### **4.3.14. Auskunftersuchen einer Betriebskrankenkasse an eine Klinik**

Der externe Datenschutzbeauftragte einer Klinik informierte die Aufsichtsbehörde darüber, dass die Klinik zunehmend Auskunftersuchen von einer Betriebskrankenkasse erhält, die nicht mit den Vorgaben des § 301 SGB V vereinbar sind.

§ 301 Abs. 1 SGB V regelt, dass die Krankenhäuser verpflichtet sind, den Krankenkassen bei Krankenhausbehandlung die in der Vorschrift genannten Daten zu übermitteln. Die Betriebskrankenkasse verlangte jedoch auch darüber hinausreichende Daten. Die Aufsichtsbehörde hat die Betriebskrankenkasse darauf hingewiesen, dass die Krankenkassen grundsätzlich nicht berechtigt sind, zur Überprüfung ihrer Leistungspflicht im Einzelfall von den Krankenhäusern Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen bzw. die Übermittlung der betreffenden Versichertendaten zu verlangen. Vielmehr ist in den §§ 275, 276 SGB V geregelt, dass sich die Krankenkassen in derartigen Fällen an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zu wenden haben. Ein eigenständiges Datenerhebungsrecht sehen die den Umgang mit Sozialdaten abschließend regelnden Bestimmungen des SGB nicht vor (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 23. 7. 2002, DuD 4/2003, 244 ff).

Die Betriebskrankenkasse wurde aufgefordert, die gesetzlichen Bestimmungen einzuhalten.

Der gesamte Tätigkeitsbericht ist auf der Homepage des Sächsischen Staatsministeriums des Innern, [www.smi.sachsen.de](http://www.smi.sachsen.de), abrufbar.

Ass. jur. Michael Kratz  
Datenschutzbeauftragter  
der Sächsischen Landesärztekammer



---

# Aufbewahrung von Patientenunterlagen und Einsichtsrecht in die Patientendokumentationen

## 1. Aufbewahrung von Patientenunterlagen

Ärztliche Aufzeichnungen sind gemäß § 17 Abs. 2 und 3 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes\* in Verbindung mit § 10 Abs. 3 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer\* mindestens für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach gesetzlichen Vorschriften eine längere Aufbewahrungspflicht besteht. Aufzeichnungen auf elektronischen Datenträgern oder anderen Speichermedien bedürfen besonderer Sicherungs- und Schutzmaßnahmen, um deren Veränderung, Vernichtung oder unrechtmäßige Verwendung zu verhindern. Der Arzt hat hierbei die Empfehlungen der Ärztekammer zu beachten (§ 10 Abs. 5 der Berufsordnung). Bitte beachten Sie hierzu die „Empfehlungen zu ärztlicher Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis“ der Bundesärztekammer, Deutsches Ärzteblatt, 25. Okt. 1996, S. 2809\*.

Aufzeichnungen über Röntgenbehandlungen sind gemäß § 28 Abs. 3 der Röntgenverordnung\* dreißig Jahre lang nach der letzten Behandlung aufzubewahren. Die Aufzeichnungen und Röntgenbilder über Röntgenuntersuchungen sind zehn Jahre lang nach der letzten Untersuchung aufzubewahren. Die Aufzeichnungen von Röntgenuntersuchungen einer Person, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, sind bis zur Vollendung des 28. Lebensjahres dieser Person aufzubewahren.

Einzelne vertragsärztliche Formulare fallen nicht unter die zehnjährige Aufbewahrungsfrist. Die Durchschriften von *Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen* sind nur zwölf Monate, gerechnet vom Tag der Ausstellung an, aufzuheben.

Bei *Früherkennungsuntersuchungen* beträgt die Aufbewahrungsfrist für zytologische Befunde sowie Objektträger zehn Jahre und für die Durchschriften der Berichtsvordrucke fünf Jahre. Erfolgt die *vertragsärztliche Abrechnung mittels EDV*, ist die Sicherungskopie der Abrechnungsdatei des Arztes acht Quartale aufzubewahren (§ 42 Abs. 6 Bundesmantelvertrag-Ärzte [BMV/Ä] \*).

Führt ein Arzt *spezielle arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen* im Sinne der Berufsgenossenschaftlichen Vorschrift - *Arbeitsmedizinische Vorsorge A4 (BGV A4) -\** durch, so ergeben sich abweichende Aufbewahrungsfristen für Krankenunterlagen. Werden Ärzte von der Berufsgenossenschaft oder der zuständigen Behörde zu einer Vorsorgeuntersuchung im Sinne des § 2 Abs. 1 BGV A4 ermächtigt, so hat der Arzt darüber eine Gesundheitsakte zu führen. Diese hat der Arzt gemäß § 14 Abs. 2 BGV A4

1. bis zum Ablauf des Jahres aufzubewahren, in welchem der Versicherte 75 Jahre alt geworden ist oder geworden wäre, oder
2. der Berufsgenossenschaft zu übergeben, wenn er sie nicht selbst aufbewahren kann.

Nummer 2 gilt auch, wenn der Versicherte bei seinem Ausscheiden aus dem Unternehmen die Aufbewahrung der Gesundheitsakte bei der Berufsgenossenschaft ausdrücklich wünscht.

*Weitere spezialgesetzliche Regelungen zur Aufbewahrung von Unterlagen* entnehmen Sie bitte dem Artikel „Aufbewahrungsfristen für Patientenunterlagen in Arztpraxen“ aus den KVS-Mitteilungen, Heft 7-8/2001, Seite XIV\*. Beachten Sie bitte bei der Lektüre dieser Artikel, dass die regelmäßige Verjährungsfrist gemäß § 195 BGB nur noch drei Jahre, beginnend mit Kenntnis der Anspruchsvoraussetzungen (§ 199 BGB), beträgt.

*Nach Aufgabe seiner Praxis* hat der Arzt gemäß § 10 Abs. 4 der Berufsordnung seine ärztlichen Aufzeichnungen und Untersuchungsbefunde selbst aufzubewahren oder dafür Sorge zu tragen, dass sie in gehörige Obhut gegeben werden. Der Arzt kann der Aufbewahrungspflicht grundsätzlich durch folgende Maßnahmen nachkommen:

- Aufbewahrung in den eigenen Räumen,
- Aufbewahrung in angemieteten Räumen (nur dann unproblematisch, wenn dem Arzt im Mietvertrag ein alleiniges Zugriffsrecht eingeräumt wird und dies durch organisatorische Maßnahmen abgesichert ist),
- Übergabe der Aufzeichnungen an einen Praxisnachfolger bzw. einen anderen Praxisinhaber, wobei der Arzt, dem bei einer Praxisaufgabe oder Praxisübergabe ärztliche Aufzeichnungen über Patienten in Obhut gegeben werden, diese Aufzeichnungen unter Verschluss halten muss und sie nur mit Einwilligung des Patienten einsehen oder weitergeben darf,
- ausnahmsweise Übergabe der Unterlagen an ein privates Archivunternehmen, wenn dessen Mitarbeiter vertraglich zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und die Auskunftserteilung aus den Arztaufzeichnungen einem Arzt vorbehalten ist; dies ist jedoch dann unzulässig, solange dem Arzt selbst die Aufbewahrung zumutbar ist oder eine Übergabe an einen Praxisnachfolger möglich ist.

Im Einzelfall ist auch die Herausgabe der Originalunterlagen an den jeweiligen Patienten möglich. Doch ist hierbei darauf zu achten, dass dies nur gegen Erteilung eines Empfangsbekanntnisses, welches sorgfältig dokumentiert wird, erfolgen sollte.

*Patientenakten aufgelöster Polikliniken*, ehemaliger staatlicher Arztpraxen und betrieblicher Sanitätsstellen befinden sich nach Auskunft des Sächsischen Datenschutzbeauftragten bei den Kreisarchiven. Hinsichtlich der Benutzung der Patientenakten zum Zwecke der von Betroffenen selbst gewünschten Auskunftersuchen sind die Bediensteten des Archivs gehalten, die entsprechenden Unterlagen heraus zu suchen und dem Gesundheitsamt des Landkreises zu übersenden. Das Gesundheitsamt kann dann die gewünschten Informationen erteilen. Ausführungen hierzu finden Sie im 12. Tätigkeitsbericht des Sächsischen Datenschutzbeauftragten (2005), S. 130 bis 133\*.

Die Vernichtung von Patientenunterlagen nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist muss datenschutzgerecht erfolgen. Gemäß § 35 Abs. 2 Nr. 3 Bundesdatenschutzgesetz\* und § 20 Abs. 1 Nr. 2 Sächsisches Datenschutzgesetz\* sind personenbezogene Daten zu vernichten, wenn ihre Kenntnis für die Aufgabenerfüllung des Arztes nicht mehr erforderlich ist. Die Vernichtung kann deshalb erst nach Ablauf der jeweiligen Aufbewahrungsfristen erfolgen. Patientenunterlagen werden dann datenschutzgerecht entsorgt, wenn alle Unterlagen mit Patientenbezug erfasst sind und gewährleistet wird, dass bei Vernichtung durch den Arzt selbst oder durch Einschaltung von Entsorgungsunternehmen das Patientengeheimnis nicht verletzt wird. Die Kontrolle obliegt dem Arzt.

## 2. Einsichtsrecht in die Patientendokumentationen

Der Arzt ist gemäß § 17 Abs. 2 und 3 des Sächsischen Heilberufesgesetzes\* in Verbindung mit § 10 Abs. 2 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer\* verpflichtet, dem Patienten auf dessen Verlangen grundsätzlich in die objektiven Teile der ihn betreffenden Krankenunterlagen, wie zum Beispiel Anamnese, Labor- und Untersuchungsbefunde, Ergebnis der Behandlung, Zwischenfälle, Überweisungsempfehlungen u. ä., Einsicht zu gewähren. Von der Akteneinsicht ausgenommen sind diejenigen Teile, welche subjektive Eindrücke oder Wahrnehmungen des Arztes, etwa im Hinblick auf den Charakter des Patienten, enthalten. Darüber hinaus sind dem Patienten auf Verlangen Kopien der Unterlagen gegen Erstattung der Kosten herauszugeben.

Ärzte sind gemäß § 203 Abs. 1 Strafgesetzbuch (StGB)\* bzw. § 9 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer\* verpflichtet, über das, was ihnen in ihrer Eigenschaft als Arzt anvertraut oder bekannt geworden ist – auch über den Tod des Patienten hinaus – zu schweigen. Der Arzt ist zur Offenbarung befugt, soweit er von der Schweigepflicht entbunden worden ist oder soweit die Offenbarung zum Schutz eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist. Gesetzliche Aussage- und Anzeigepflichten bleiben unberührt. Schließlich ergibt sich eine Offenbarungsbefugnis noch aus dem so genannten Güterabwägungsprinzip. Nach dem so genannten rechtfertigenden Notstand gemäß § 34 StGB darf der Arzt immer dann ein Patientengeheimnis offenbaren, wenn das Interesse, das dem Straftatbestand der ärztlichen Schweigepflicht zu Grunde liegt, nämlich das Vertrauen des Patienten in die Verschwiegenheit seines Arztes, geringerwertig gegenüber einem anderen Rechtsinteresse ist.

Hausärzte und den Patienten mit- bzw. weiterbehandelnde Leistungserbringer, z. B. Fachärzte, können gemäß § 73 Abs. 1 b

Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)\* mit schriftlicher Einwilligung des Versicherten die den Versicherten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung anfordern. Die Einwilligung kann vom Patienten auch widerrufen werden.

Bei Anfragen von privaten Krankenversicherungen, Lebensversicherungen und Haftpflichtversicherungen ist vom Patienten eine Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht einzuholen. Dies gilt ebenso für die Einschaltung privatärztlicher Verrechnungsstellen durch den Arzt. Das Recht des Patienten auf Einsicht in die ihn betreffenden Krankenunterlagen kann somit in Form der Herausgabe, Einsichtsgewährung und Auskunft an den Patienten selbst oder einen von ihm Bevollmächtigten, etwa einen anderen Arzt, einen Rechtsanwalt oder Angehörigen, wahrgenommen werden. Der Arzt sollte sich dann jedoch stets eine schriftliche Bevollmächtigung und eine schriftliche Erklärung des Patienten über die Entbindung von der dem Arzt obliegenden ärztlichen Schweigepflicht vorlegen lassen.

Nach dem Tod des Patienten können Angehörige den Arzt von der Schweigepflicht nicht wirksam entbinden. Die Erteilung von Auskünften an Erben, Angehörige oder Dritte oder die Herausgabe von Krankenunterlagen Verstorbener verstößt also gegen die ärztliche Schweigepflicht, es sei denn, der Arzt kommt zu dem Ergebnis, dass die Offenbarung des Patientengeheimnisses im so genannten mutmaßlichen Interesse des Verstorbenen ist. Die Entscheidung über die Offenbarung obliegt in jedem Fall dem Arzt, der hierbei als Sachwalter der Interessen des verstorbenen Patienten zu sehen ist. Der Arzt muss sich stets fragen, ob der Patient, wäre er noch am Leben, seine Einwilligung zur Offenbarung geben würde.

In Zweifelsfällen sollte die Rechtsabteilung der Sächsischen Landesärztekammer  
(Tel.: 03 51 - 82 67-421, Fax: 03 51 - 82 67-422,  
E-Mail: ra@slaek.de) kontaktiert werden.

Dr. jur. Alexander Gruner  
Rechtsreferent

---

\* Diesen Artikel finden Sie auf der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer ([www.slaek.de](http://www.slaek.de)) unter der Rubrik „Informationen“; alle in dem Artikel genannten Veröffentlichungen und spezialrechtlichen Vorschriften wurden hier anwendungsfreundlich mit der entsprechenden Internetfundstelle verlinkt.

## Berufsausbildung zum / zur Medizinischen Fachangestellten

### Neue Ausbildungsinhalte

(unter Verwendung des Artikels von Rosemarie Bristrup, Bundesärztekammer, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt 102, Ausgabe 44 vom 4. 11. 2005)

Die neue Ausbildungsverordnung zum/ zur Medizinischen Fachangestellten wird zum 1. 8. 2006 in Kraft treten und damit den Ausbildungsberuf Arzthelfer/Arzthelferin ablösen. Der Reformbedarf wurde beim Berufsbild und im Ausbildungsrahmenplan, der die verbindlichen Lern- und Ausbildungsinhalte im Sinne eines Mindeststandards festschreibt, umgesetzt.

Nicht nur in der Berufsbezeichnung spiegelt sich das Selbstverständnis eines modernen Gesundheitsfachberufes wider, sondern auch in der inhaltlichen Ausgestaltung ist das Berufsbild, ohne die bewährte Konstruktion einer gleichgewichtigen Bedeutung von medizinischen und verwaltungsbezogenen Inhalten zu verlassen, deutlich modernisiert worden. Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten in den Bereichen Kommunikation sowie Patientenorientierung, Gesundheitsförderung und Prävention erhalten einen deutlich höheren Stellenwert. Diese Inhalte, die bisher schon vermitteln wurden, werden zukünftig quantitativ und qualitativ erheblich ausgeweitet.

Die bisherigen Berufsbildpositionen „Organisieren der Praxisabläufe“ sowie „Durchführen des Abrechnungswesens und der Verwaltungsarbeiten“ sind in die Lernbereiche „Betriebsorganisation und Qualitätsmanagement“ sowie „Verwaltung und Abrechnung“ umgewandelt worden. Der völlig neue Inhalt „Qualitätsmanagement“ soll eine frühzeitige Einbindung von Mitarbeitern in diesen Bereich ermöglichen, der seit Januar 2004 durch das Gesundheitsreformgesetz auch für den ambulanten Bereich verpflichtend vorgeschrieben ist. Das Thema Zeitmanagement – von der Terminplanung über das Selbstmanagement bis hin zu den Rahmenbedingungen und Erfordernissen einer zeitgemäßen Teamarbeit – setzt ebenfalls moderne Akzente, auch unter Marketing-

aspekten. Information und Dokumentation einschließlich Datenschutz sind zu einem expliziten Lerninhalt geworden, da dies in den Arztpraxen und anderen medizinischen Einrichtungen ein wichtiges Aufgabenfeld darstellt.

Ein weiterer Schwerpunkt des Berufsbildes ist und bleibt das Durchführen von Maßnahmen bei Diagnostik und Therapie unter Anleitung und Aufsicht des Arztes oder der Ärztin. An dieser neuen Formulierung wird deutlich, dass sich die Medizinische Fachangestellte weiterhin im Rahmen des geltenden Rechts zulässiger Delegationsmöglichkeiten bewegt. Aufgewertet werden die Bereiche Prävention und Rehabilitation mit einer Betonung der Motivations- und Informationsaufgaben. Einen höheren Stellenwert bekommt auch das Handeln bei Not- und Zwischenfällen.

Der Ausbildungsrahmenplan ist wesentlicher Bestandteil der Verordnung. Dort sind die Ausbildungsinhalte in Form von Beschreibungen des erwünschten Endverhaltens formuliert. Das macht die Zielbeschreibung im Vergleich zur alten Verordnung sehr viel umfassender und komplexer, und entspricht gleichzeitig auch den realen Handlungen und Verhaltensweisen. Die Form der zeitlichen Gliederung des Ausbildungsrahmenplans, die bisher durch mehr oder weniger starre Wochenrichtwerte gekennzeichnet war, wird durch die neue Zeitrahmenmethode abgelöst. Es gibt nur noch zwei große Ausbildungsblöcke vor und nach der Zwischenprüfung, die jeweils rund 18 Monate umfassen. Diese werden in jeweils vier große Ausbildungsabschnitte gegliedert, die Zeiträume von mehreren Monaten umfassen, in denen schwerpunktmäßig bestimmte Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten zu vermitteln sind, die sich aus den Lernzielen verschiedener Berufsbildpositionen zusammensetzen. Der ausbildende Arzt/ die ausbildende Ärztin hat innerhalb dieses Zeitrahmens Spielraum für Gewichtsmöglichkeiten. Die Bedingungen in den Arztpraxen sollen realer nachgebildet werden und diesen in der Vermittlung sehr

viel stärker als bisher Rechnung getragen werden.

Auch der schulische Rahmenlehrplan, der parallel zur Ausbildungsverordnung entwickelt wurde, trägt der handlungsorientierten Didaktik Rechnung. Das „klassische“ Fächerprinzip ist zu Gunsten von Lernbereichen aufgelöst worden.

Der Anspruch und das Niveau der Ausbildung und des Ausbildungsberufes lässt sich auch an den Prüfungs- und Bestehensregelungen für die Abschlussprüfung ablesen.

Der praktische Prüfungsteil nimmt nunmehr einen 50 %igen Stellenwert bei der Gesamtleistungsbewertung in der Abschlussprüfung ein. Damit wird langjährigen Forderungen der Ärzteschaft und der zuständigen Stellen, hier einen dem Berufsbild entsprechenden deutlichen neuen Akzent zu setzen, Rechnung getragen. Rückwirkungen auf die Vermittlungsqualität der Lerninhalte in den ausbildenden Praxen müssen allerdings von dieser Aufwertung ausgehen.

Die Umsetzung der neuen Ausbildungsverordnung obliegt im Wesentlichen den niedergelassenen ausbildenden Ärzten und den Ärztekammern; die Umsetzung des schulischen Rahmenlehrplans den berufsbildenden Schulen.

Medizinische Fachangestellte – ein Berufsbild mit einem modernen Ausbildungsprofil, praxisnah, angepasst an die veränderten Erfordernisse der Patientenversorgung und an den Wandel im Gesundheitswesen. Arztpraxen und andere Einrichtungen der medizinischen Versorgung werden zukünftig mehr denn je auf qualifiziertes Personal angewiesen sein, das den medizinischen und organisatorischen Anforderungen an eine hochwertige Patientenversorgung gerecht wird – auch und gerade bei knapper werdenden Ressourcen.

Marina Hartmann  
Leitende Sachbearbeiterin  
Referat Arzthelferinnenwesen

## Zwischenprüfung im Ausbildungsberuf „Arztshelfer/Arztshelferin“

Die Sächsische Landesärztekammer führt die nächste Zwischenprüfung im Ausbildungsberuf „Arztshelfer/Arztshelferin“ an folgendem Termin durch:

**Montag, den 3. Juli 2006, 8.00 – 10.00 Uhr**  
Folgende Prüfungsorte für die Zwischenprüfung wurden festgelegt:

### **Regierungsbezirk Chemnitz**

Berufliches Schulzentrum für  
Gesundheit und Sozialwesen  
An der Markthalle 10, 09111 Chemnitz  
Berufliches Schulzentrum für  
Wirtschaft und Gesundheit  
Wielandstraße 51, 08525 Plauen

### **Regierungsbezirk Dresden**

Sächsische Landesärztekammer  
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden  
Berufliches Schulzentrum für  
Wirtschaft und Soziales  
Carl-von-Ossietzky-Straße 13 – 16,  
02826 Görlitz

### **Regierungsbezirk Leipzig**

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

Teilnehmer/innen an der Zwischenprüfung sind Auszubildende des zweiten Ausbildungsjahres und Umschüler/innen, die in diese Fachklassen integriert sind.

Anmeldeformulare und Gebührenbescheide für die Prüfungsgebühren erhalten alle Ausbilder von der Sächsischen Landesärztekammer.

### **Die Anmeldung zur Zwischenprüfung hat bis zum 31. Mai 2006 zu erfolgen.**

Die Freistellung zur Zwischenprüfung umfasst nur den Zeitraum der Prüfung (§ 15 Berufsbildungsgesetz). Die Auszubildenden und Umschüler/innen gehen anschließend wieder in die Arztpraxis oder zum Unterricht.

Auszubildende, deren 18. Lebensjahr zum Ende des ersten Ausbildungsjahres noch

nicht vollendet war, sind verpflichtet, eine ärztliche Bescheinigung über die erste Nachuntersuchung nach § 33 Jugendarbeitsschutzgesetz spätestens am Tage der Anmeldung zur Zwischenprüfung bei der Sächsischen Landesärztekammer vorzulegen, soweit dies noch nicht erfolgt ist. Anderenfalls ist die Eintragung des/der Auszubildenden aus dem Verzeichnis der Auszubildenden nach § 35 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz zu löschen.

Die Teilnahme an der Zwischenprüfung ist nach dem Berufsbildungsgesetz und der Verordnung über die Berufsausbildung zum Arztshelfer/zur Arztshelferin eine der Zulassungsvoraussetzungen für die Teilnahme an der Abschlussprüfung.

Marina Hartmann  
Leitende Sachbearbeiterin  
Referat Arztshelferinnenwesen

## In eigener Sache

## Mitteilung der Bezirksstelle Leipzig

**Die Sächsische Landesärztekammer möchte zum nächstmöglichen Termin die Stelle**

### **Arzt/Ärztin für medizinische Sachfragen**

neu besetzen. Die Stelle bietet eine vielfältige, interessante und verantwortungsvolle Tätigkeit für die Aufgabengebiete Gesundheits- und Berufspolitik, Ambulante/Stationäre/Integrierte Versorgung, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Prävention, Umwelt, Sucht, Drogen und anderes.

Die Bewerberin/der Bewerber sollte Fachärztin/Facharzt und promoviert sein. Wir erwarten die Fähigkeit zur selbständigen, teamorientierten Arbeit, Engagement, Flexibilität, Belastbarkeit, Organisationstalent sowie PC-Erfahrung.

Die Aufgaben und Arbeitsbedingungen möchten wir gern in einem persönlichen Gespräch besprechen. Die Stelle ist zunächst für ca. ein Jahr befristet wegen Mutterschutz/Erziehungsurlaub. Teilzeittätigkeit ist möglich.

Bitte richten Sie Ihre Bewerbung mit tabellarischem Lebenslauf, Zeugnissen und Lichtbild an:

Sächsische Landesärztekammer,  
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden.

Die Bezirksstelle Leipzig der Sächsischen Landesärztekammer ist wegen Urlaub in der Zeit vom 2. 5. bis 12. 5. 2006 nicht besetzt.

In dringenden Angelegenheiten steht Ihnen die Hauptgeschäftsstelle in Dresden, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, Telefon: 0351 8267411, zur Verfügung.

## Konzerte und Ausstellungen

### Konzerte

Sonntag, 7. Mai 2006, 11.00 Uhr

#### Junge Matinee

##### Schumanns Klavier-Welten

Fünf Konzerte anlässlich des 150. Todestages des Komponisten im Jahr 2006 mit Studierenden der Fachrichtung Klavier der Hochschule für Musik Carl Maria von Weber Dresden.

#### Weitere Konzerte:

11. Juni und 2. Juli 2006

### Ausstellungen

#### Inundauslandschaften

Almut Zielonka, Karen Graf,  
Dieter Beirich, Hans Kutschke,  
Peter Graf

15. März bis 14. Mai 2006

### Ausstellungen

#### Konkrete Illusion in Zeichnung und Malerei

Karl-Heinz Adler

17. Mai bis 16. Juli 2006

Vernissage:

Donnerstag, 18. Mai 2006, 19.30 Uhr

Einführung:

Dr. phil. Reinhild Tetzlaff,  
Kunsthistorikerin, Dresden

#### Britta Kayser

Mensch – Tier – Natur

Malerei und Grafik

12. April bis 30. September 2006

Vernissage:

Mittwoch, 12. April 2006, 19.00 Uhr

## 13. Dresdner Ärzteball

Die Kreisärztekammer Dresden erlaubt  
sich einzuladen zum

### 13. Dresdner Ärzteball

am 26. August 2006 um 19 Uhr in die  
Orangerie Schloss Pillnitz

Um Kartenreservierung wird höflich  
gebeten bei Frau Riedel,  
Sächsische Landesärztekammer,  
Postfach 10 04 65, 01074 Dresden,  
Telefon 8267131,  
E-Mail: kaek-dd@slaek.de

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

## Leserbriefe

### Der Arzt zwischen Halbgott und Partner

Stellungnahme zum Schreiben des Kollegen Herrn Dr. med. Michael Schäfer zum Thema „Vom Halbgott zum Volltrottel oder ab jetzt wird zurückgelächelt“

Sehr geehrter Herr Kollege Schäfer, in meiner Funktion als Vorsitzende des Ausschusses „Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie“ bei der Sächsischen Landesärztekammer, als Vollblutpathologin und als Qualitätsbeauftragte des Universitätsklinikums Dresden danke ich Ihnen für den Mut, Ihre Meinung zur Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements in niedergelassenen Praxen offen zu äußern. So fehlt es oft an der Bereitschaft, eine ganz persönliche Auffassung zu vertreten und sich gegebenenfalls mit anderen Kollegen zu verbünden, um gemeinsam für diese Position einzutreten. Sie beziehen sich in ihrem Leserbrief ganz eindeutig auf die seit 1. Januar 2006 gültige „Richtlinie des

Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren“ (Fassung vom 18.10.2005). Seien Sie versichert, auch die Mitglieder des Ausschusses „Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie“ beobachten mit Sorge die zunehmend „zentralistische“ Entwicklung qualitätsrelevanter Themen, und mehrfach haben wir deshalb versucht, durch Positionspapiere, Veröffentlichungen zum Beispiel im „Ärzteblatt Sachsen“ und Stellungnahmen für Beschlussfassungen bei der Bundesärztekammer Einfluss zu nehmen. Gleichwohl, die Bemühung um Qualität und auch die diesbezügliche Anforderung ist nicht neu, so hat Billroth im Jahr 1860 bereits in Zürich gefordert:

„Bald wird die Zeit kommen, wo auch unsere Kollegen und Schüler strengere Anforderungen an uns und unser handeln

legen, wo man sich nicht mehr mit allgemeinen Bemerkungen über die Erfolge dieser oder jener Operation begnügen wird, sondern jeden Arzt für einen Charlatan hält, der nicht imstande ist, seine Erfahrungen in Zahlen auszudrücken.“

Auch vor der Einführung von Prozessmanagement, der Erarbeitung klinischer Pfade, der Diskussion um Standards und Leitlinien, Durchführung von Audits und Assessments belegen die schon seit vielen Jahren von Ärzten der verschiedenen Fachdisziplinen durchgeführten Mortalitätskonferenzen, die Erfassung von Komplikationen und Nebenwirkungen bis hin zur regelmäßigen Durchführung von Fallkonferenzen die Wirksamkeit etablierter Instrumente der Qualitätssicherung. Hierfür gibt es auch klare Forderungen, die in der Berufsordnung der jeweiligen Landesärztekammern festgelegt sind; so habe ich mir einmal die Mühe gemacht, die relevanten Anforderungen aus der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer von Juni 1998 auszugsweise darzustellen:



*B - Regeln zur Berufsausübung*

*I. Grundsätze*

*§ 2 Allgemeine Berufspflichten*

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

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

*§ 5 Qualitätssicherung*

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

*§ 10 Dokumentationspflichten*

*(1) Der Arzt hat über die in Ausübung seines Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu fertigen. Diese sind nicht nur Gedächtnisstütze für den Arzt, sie dienen auch dem Interesse des Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation.*

*§ 11 Ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden*

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

*C. Verhaltensregeln (Grundsätze korrekter ärztlicher Berufsausübung)*

*Nr. 2 Behandlungsgrundsätze*

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

Es besteht damit kein Zweifel, dass das Bemühen um Qualität keine neue „Erfindung“ des Qualitätsmanagements und des ausgehenden 20. Jahrhunderts ist, sondern vielmehr integraler Bestandteil des Arztberufes bleibt und auf eine Jahrhunderte lange Tradition zurückblickt. Natürlich ist in den vergangenen 10 Jahren das Gesundheitswesen neuen Herausforderungen ausgesetzt, und hier hat sich der Gesetzgeber, aber auch die Gesellschaft oder die Patienten und ihre Angehörigen das Thema „Qualität auf die Fahne geschrieben“. Inwieweit deshalb in der Berufsordnung verankerte Regelungen einer weiteren Fixierung in einer Richtlinie seitens des gemeinsamen Bundesausschusses bedürfen, ist kritisch zu hinterfragen. Gleichwohl behaupte ich, wer seine Praxis gut aufgestellt hat, hat mit den Anforderungen im vertragsärztlichen Bereich keine Probleme. Die Forderungen betreffen die Patientenversorgung mit ihrer Ausrichtung an fachlichen Standards und Leitlinien bis hin zur Strukturierung von Behandlungsabläufen. Hinsichtlich der Praxisführung sollen Verantwortlichkeiten geregelt sein und bezüglich einer Mitarbeiterorientierung zum Beispiel die Anforderungen des Arbeitsschutzes bis hin zur Gewährleistung von Fort- und Weiterbildungen sowie die Sicherstellung des Datenschutzes gewährleistet sein. Neu und ungewohnt mögen Anforderungen wie die Definition von Qualitätszielen, nicht aber regelmäßige Teambesprechungen innerhalb der Praxis, Festlegungen zum Umgang mit Beschwerden und darüber hinaus zum Risiko- und Notfallmanagement sein. Neu ist sicher das Korsett eines Zeitrahmens, so soll inner-

halb von zwei Jahren eine Selbstbewertung der Praxis durchgeführt werden mit Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen, die dokumentiert und damit nachweisbar werden sollen. Inwieweit es hierfür bei den KV-en Qualitätskommissionen mit Stichprobenprüfungen braucht, ist eine ganz andere Frage. Immerhin ist die Anforderung an eine Zertifizierung zum jetzigen Zeitpunkt bzw. bis zum Jahr 2011 offen, da innerhalb dieses Zeitraumes der Gemeinsame Bundesausschuss die weitere Entwicklung beobachten bzw. evaluieren will.

Sehr geehrter Herr Kollege Schäfer, Ihre dargelegte Position ist leidenschaftlich und entspricht ganz meinem leidenschaftlichen Engagement für die Verbesserung der Qualität im Dienst und zum Wohl unserer Patienten. Die Ärzte, gemeinsam mit den weiteren Gesundheitsberufen, sollten dies allerdings selbst in der Hand haben und halten können und sich hierfür nicht nur leidenschaftlich, sondern auch mit Zahlen und Fakten einsetzen. Nur wenn wir im Sinne Billroths harte Zahlen für die geleistete Arbeit sowohl im niedergelassenen, als auch im stationären Bereich vorweisen können, besteht unter Umständen die Möglichkeit, auf weitere zentralistische Vorgaben der Gesundheitspolitik einwirken zu können. In diesem Sinne hoffe ich auf Ihre Verbundenheit und Unterstützung.

Dr. med. Maria Eberlein-Gonska  
Vorsitzende des Ausschusses  
Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie

**Leserbrief zum Artikel „Fortbildungspunktesammelnder Mediziner“  
Heft 3/2006, Seite 102**

Vielen Dank, Herr Kollege Schäfer, für die Aufmunterung zum zivilen Ungehorsam. Spätestens bei der Arbeitsmedizinischen und Sicherheitstechnischen usw.,

für die ich, in ich weiß nicht welchen Abständen, eine mir nicht in Erinnerung haftende, aber ich glaube nicht ganz kleine Summe für eine nicht näher definierbare und vermutlich nie erbrachte Leistung überweise, kam mir ein Anflug von Auflehnung. Ich hätte es aber nicht in so schöne und aufrüttelnde Worte fas-

sen können. Jetzt ist der Zeitpunkt gekommen: QMS – NICHT MIT UNS. Wir brauchen keine Flow-Charts, die uns sagen, wierum die Haustür aufgeht. Wir, Herr Kollege Schäfer, schließen uns Ihrem Aufruf an und machen – nichts.

Dipl.-Med. Inez und Dr. med. Gunter Dickopf  
Salzstraße 22, 01640 Coswig



## Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenzahnärztlichen 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 Chemnitzer Land**

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 06/C016

### ■ **Zwickauer Land**

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 06/C017

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 24.04.2006 an die Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel.: (0371) 27 89-406 oder 27 89-403 zu richten.

### ■ **Chemnitzer Land**

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie  
Reg.-Nr. 06/C018

### ■ **Chemnitz-Stadt**

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
Reg.-Nr. 06/C019

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 07.05.2006 an die Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel.: (0371) 27 89-406 oder 27 89-403 zu richten.

### ■ **Bezirksgeschäftsstelle Dresden Weißeritzkreis**

Facharzt für Innere Medizin/Pneumologie  
Reg.-Nr. 06/D023

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 21.04.2006 an die Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 8828-330, zu richten.

### ■ **Dresden-Stadt**

Facharzt für Chirurgie  
Reg.-Nr. 06/D024

### ■ **Görlitz-Stadt/Niederschlesischer Oberlausitzkreis**

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

Reg.-Nr. 06/D025

### ■ **Hoyerswerda-Stadt/Landkreis Kamenz**

Facharzt für HNO-Heilkunde  
Reg.-Nr. 06/D026

### ■ **Meißen**

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 06/D027

### ■ **Sächsische Schweiz**

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 06/D028

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 06/D029

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 05.05.2006 an die Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 8828-330, zu richten.

### ■ **Bezirksgeschäftsstelle Leipzig**

#### ■ **Leipzig Stadt**

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten  
Reg.-Nr. 06/L015

verkürzte Bewerbungsfrist bis 21.04.2006

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie  
Reg.-Nr. 06/L016

#### ■ **Leipziger Land**

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

Reg.-Nr. 06/L017

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

Reg.-Nr. 06/L018

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 06/L019

verkürzte Bewerbungsfrist bis 21.04.2006

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Reg.-Nr. 06/L020

#### ■ **Delitzsch**

Facharzt für Orthopädie

Reg.-Nr. 06/L021

#### ■ **Muldentalkreis**

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

Reg.-Nr. 06/L022

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

Reg.-Nr. 06/L023

#### ■ **Döbeln**

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten  
Reg.-Nr. 06/L024

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 12.05.2006 an die Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.: (0341) 243 21 53 zu richten.

## Abgabe von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Sachsen werden für Gebiete, für die keine Zulas-

sungsbeschränkungen angeordnet sind, folgende Vertragsarztsitze in den **Planungsbereichen** zur Übernahme veröffentlicht.

### ■ **Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz Chemnitz-Stadt**

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe: 2006

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe: 2007

### ■ **Aue-Schwarzenberg**

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe: sofort

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

### ■ **Bezirksgeschäftsstelle Dresden Dresden-Stadt**

Facharzt für Allgemeinmedizin\*) Dresden-Mitte

geplante Praxisabgabe: Dezember 2006

### ■ **Sächsische Schweiz**

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

geplante Praxisabgabe: ab sofort oder nach Vereinbarung

### ■ **Weißeritzkreis**

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten  
geplante Praxisabgabe: ab III/2006

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

### ■ **Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Leipzig-Stadt**

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe: I/2007

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe: II/2006

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe: 2006

Facharzt für Innere Medizin\*)

(hausärztlicher Versorgungsbereich)

geplante Praxisabgabe: Anfang 2007

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

Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen  
Landesgeschäftsstelle

Dr. med. Heidrun Höhne  
Dr. med. H.-B. Höhne  
Leipziger Straße 23  
08412 Werdau

15. 3. 2006

**Betrifft: Meinungsäußerung zum Artikel „Fortbildungspunktesammelnder Mediziner“ von Dr. med. Michael Schäfer im „Ärzteblatt Sachsen“ 3/2006**

Sehr geehrter Herr Kollege Schäfer, nicht nur weil Schwarzenberg die Stadt unsrer Jugend ist (Besuch der damaligen EOS „Bertolt Brecht“), oder weil in Schwarzenberg schon einmal eigene Wege beschritten worden sind – siehe „Republik Schwarzenberg“ – sondern weil Ihr Beitrag uns zu einhundert Prozent aus der Seele gesprochen hat, möchten wir darauf etwas erwidern – nicht zuletzt, um

Sie wissen zu lassen, dass Sie mit Ihrer Meinung nicht allein dastehen.

Wir haben uns in unserer Praxisgemeinschaft (zwei Kinderärzte, ein Internist) schon wiederholt gefragt, was wohl passiert, wenn wir den von Ihnen trefflich beschriebenen Schwachsinn einfach nicht mitmachen und sind der Überzeugung, dass in nicht mehr allzu ferner Zeit die jetzt so willfährig nach den Vorgaben der Politik Handelnden froh sein werden, wenn es überhaupt noch genügend Ärzte zur ambulanten Versorgung gibt – ob mit oder ohne Zertifikat.

Wir fragen uns schon seit geraumer Zeit, warum unsere Ständesvertretungen sich nicht vor uns stellen und einfach „Nein“ sagen und damit unsere Interessen wirklich vertreten. Aber mittlerweile gilt es, recht einträgliche Ämter in der Selbstverwaltung aufrecht zu erhalten und da

behält wohl das Sprichwort „Jeder ist sich selbst der Nächste“ weiterhin seine Gültigkeit. Auch wir fühlen uns fatal an die Zeiten der Reglementierung in der DDR zurückerinnert und begreifen einfach nicht, wieso wir nicht alle zusammen „Nein“ sagen. Da bedarf es nicht einmal eines Streiks mit der Problematik der Sicherstellung der Patientenversorgung. Wenn keiner ein derartiges Qualitätsmanagement einführt – was nicht heißen soll, dass wir in unseren Praxen die Qualität unserer Arbeit und Arbeitsorganisation nicht sicher stellen wollen – was wollen uns dann Frau Schmidt und Co. anhaben? Für alle Kolleginnen und Kollegen: Nicht vergessen – gemeinsam sind wir stark! In diesem Sinne – mit freundlichen kollegialen Grüßen

Drs. Heidrun und Hans-Bodo Höhne

## Buchbesprechung

O. Petter, K. Holzegel  
**Zur Geschichte der deutschen Phlebologie**  
2005, 372 Seiten  
ISBN-Nr 3-00-016562-2

In Ihrem Geleitwort schreiben die Autoren: „In unserer schnelllebigen Zeit kommt der Geschichte der Medizin, hier der Phlebologie, nur eine begrenzte Bedeutung zu.“ Wenn auch viele Kolleginnen und Kollegen, durch die Vielzahl von Informationen, die sie täglich empfangen und verarbeiten müssen, diesen Satz als zutreffend empfinden, sollte das zeitlich Vergangene nicht völlig vergessen werden, schon gar nicht, wenn sich darin ein Stück deutscher Zeitgeschichte widerspiegelt. Das vorliegende Buch beschreibt die Geschichte der Phlebologie in Europa und Deutschland, den Schwerpunkt der Ausführungen bildet aber die Entwicklung dieses Fachgebiets in der ehemaligen DDR.

Der Leser erfährt zunächst Interessantes zu den Anfängen der Kompressionsbehandlung der chronisch venösen Insuffizienz, danach werden die ersten Versuche zur Sklerosierung von Krampfadern und die im Laufe der Zeit erzielten Fortschritte in der Diagnostik und Therapie der Beinvenenleiden dargestellt.

Eine Besonderheit des Buches sind die Curricula der handelnden Personen, nicht nur die der an Hochschulen wirkenden Wissenschaftler, sondern auch die der vielen in Krankenhäusern, Polikliniken und Praxen tätigen Phlebologen. Die in der früheren DDR auf diesem Spezialgebiet tätigen Kolleginnen und Kollegen dürften in diesem Buch nahezu vollständig erfasst worden sein. Bemerkenswert ist das Literaturverzeichnis, das 790 Titel ausweist.

Einen breiten Raum nimmt die Beschreibung der Situation der phlebologischen Betreuung der Bevölkerung in der DDR ein und die davon abgeleitete Notwendig-

keit eine effektive Betreuungsstruktur zu organisieren. Auf Initiative des Vorstands der Dermatologischen Gesellschaft der DDR wurde schließlich 1978 in Leipzig die Sektion Phlebologie der Dermatologischen Gesellschaft der DDR gegründet. In dieser Sektion fanden sich neben Dermatologen, Chirurgen, Allgemeinmediziner, Internisten, Radiologen und Vertreter anderer Fachrichtungen zusammen. Der nun folgende Text liest sich wie ein sehr detaillierter Rechenschaftsbericht einer Gesellschaft. Für den Rezensent war es eine durchaus interessante Erinnerung an Umstände, die das Arbeitsleben eines Arztes in Ostdeutschland begleiteten. Neben der Benennung zahlreicher Mängel und Unzulänglichkeiten, waren es aber auch das Engagement, die Kreativität und das Improvisationsvermögen der Kolleginnen und Kollegen, das hier herausgestellt wird. Die Sektion Phlebologie hatte 1988 210 Mitglieder, die in 7 Arbeitsgruppen tätig waren. In einer

Übersichtskarte der früheren DDR wird aufgezeigt, dass es dieser Zusammenschluss engagierter Kolleginnen und Kollegen tatsächlich geschafft hat flächendeckend die phlebologische Beratung und Betreuung der Bevölkerung zu organisieren, wenn auch mit materiellen Defiziten. Aus heutiger Sicht ist die an verschiedenen Stellen des Buches hervorgehobene interdisziplinäre Zusammenarbeit beispielgebend, da nur sie, unter den Mangelbedingungen der DDR, das respektable Ergebnis ermöglicht hat.

Wer das Gesundheitswesen in der DDR nicht selbst erlebt hat und sich ohne Vorurteile dafür interessiert, lese dieses Buch. Hier erhält er einen Einblick in die realen Gegebenheiten am Beispiel eines kleinen Fachgebiets. Die Autoren haben es ver-

standen die objektiven Gegebenheiten sachlich darzustellen und mit vielen Dokumenten oder Quellenhinweisen zu belegen. An keiner Stelle des Buches gewinnt man den Eindruck eventueller DDR-Nostalgie. Medizinhistoriker werden den Autoren dankbar sein, dass sie hier Dokumente im Wortlaut nachlesen können, die sonst nur schwer zugänglich sind, sofern sie überhaupt archiviert wurden. Als Beispiele seien Reiseberichte, wie sie nach jeder dienstlichen Auslandsreise von vorgeschetzten Dienststellen gefordert wurden, oder das Grußwort des Direktors des Generalsekretariats der Medizinischen Gesellschaften am Ministerium für Gesundheitswesen der DDR bei der Eröffnung einer Tagung genannt. Auch das waren typische, staatlich verordnete Dinge, die nun Geschichte sind.

Im letzten Abschnitt wird die Wiedervereinigung Deutschlands und damit die Vereinigung der Phlebologen aus dem Osten mit der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie und Proktologie sowie dem Berufsverband der Phlebologen beschrieben. Ausführlich erfolgt hier die Würdigung der Unterstützung durch die namentlich genannten Kolleginnen und Kollegen bei der Neuorganisation der Arbeit in den Neuen Bundesländern. Auch dieser Abschnitt ist Teil unserer, wenn auch neueren Geschichte. Dieses Buch besticht durch seine Authentizität, denn es wurde von Zeitzeugen geschrieben, die diesen Prozess aktiv mitgestaltet und viel Insiderwissen eingebracht haben, das man in dieser Form aus Archiven niemals gewinnen kann.

Prof. Dr. med. Claus Seebacher

## 10. Sächsisches Seniorentreffen

An jeweils vier zur Auswahl gestellten Terminen im September und Oktober 2005 haben der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer und der Ausschuss Senioren ärztliche Ruheständler und ihre Lebenspartner zum 10. Sächsischen Seniorentreffen eingeladen.

Anders als in den vergangenen Jahren waren nicht kulturhistorische Sehenswürdigkeiten oder Ereignisse in unserer sächsischen Heimat das Ziel der Busse aus Dresden, Chemnitz und Leipzig sondern die Natur im „Forstbotanischen Garten Tharandt“ bzw. im „Forstpark Tharandt“. Die schöne herbstliche Laubfärbung zeigte sich zu den Terminen im Oktober besonders beeindruckend. Die überwiegend jungen Führer der Gruppen liessen die Gäste an ihrer Begeisterung für die Anliegen des Forstparks teilhaben und würzten ihre Erläuterungen mit kleinen Anekdoten oder einer Kostprobe des Sirups des nordamerikanischen Zuckerahorns.

Die Besucher erfuhren, dass der „Forstbotanische Garten Tharandt“ 1811 von

dem berühmten deutschen Forstmann Johann Heinrich Cotta begründet wurde und damit als eines der ältesten Arboreten der Erde gilt. Erst in jüngster Vergangenheit wurde er um das Projekt „Forstpark Tharandt“ erweitert.

In letzterem wurden Landschaftsformationen Nordamerikas mit der jeweils typischen Vegetation (überwiegend Gehölzflora) nachgestaltet. So konnten die „Rocky Mountains“ erklommen werden, die mit dem Aushub der nahen Autobahn aufgeschüttet wurden, oder der „Große Salzsee“ bewundert werden. Anpflanzungen von Mammutbäumen, nordamerikanischem Zuckerahorn oder Tulpenbäumen wurden mühevoll aus gesammelten Samen gezogen und stecken noch in den Kinderschuhen. Zu sehen waren aber auch bei uns bekannte Pflanzen wie zum Beispiel die weitverbreitete Schneebeere, die eigentlich in Nordamerika beheimatet ist.

Aus diesem Bereich führte der Weg in Serpentinafen abwärts in den älteren Teil vorbei an großen schlanken Douglasien,

Scheinzypressen, herbstlich gefärbten Roteichen, Gurkenmagnolien und Esskastanien in den Zeisiggrund über die interessant gestaltete Zeisiggrundbrücke in den alten „Forstbotanischen Garten Tharandt“. Vom Cottaplatz eröffnete sich ein schöner Ausblick auf die Stadt Tharandt und das Weißeritztal. Allen in Erinnerung wird der Schneeglöckchenbaum bleiben, der um diese Jahreszeit nicht die Blüten aber seine Früchte zeigte.

Insgesamt beherbergt der Forstbotanische Garten 1700 verschiedene Pflanzenarten und 1300 Sorten. Biologische Vielfalt zu bewahren, gefährdeten Arten Schutz zu gewähren und Naturwissen zu vermitteln sind die erklärten Ziele der Anlage. Zugleich ist sie Ort der Lehre und Forschung für Studierende der Technischen Universität Dresden.

Nach dem erfrischenden Ausflug konnten die Senioren auch in diesem Jahr den gut organisierten gastronomischen Service im Gebäude der Landesärztekammer nutzen. Das Nachmittagsprogramm wurde mit der Begrüßung durch einen Vertreter des





Seen im Forstpark Tharandt

Kammervorstandes eröffnet. Danach erfreute der Seniorenchor der vor 120 Jahren gegründeten Singakademie Dresden unter Leitung von Herrn Matthias Herbig die Hörer mit einem gefächerten Programm von Volks-, Kunst- und Sakralliedern. Im Anschluss hielt Herr Ordinariatsrat Christoph Pötzsch einen Vortrag zu „Schicksalen auf Dresdens Friedhöfen“. Ausgehend von den Grabmalen ließ er sowohl bekannte als auch heute in Vergessenheit geratene Persönlichkeiten des Dresdener Bürgertums lebendig wer-

den. Er skizzierte Eckpunkte ihrer Biographien anrührend, spannend und mitunter kriminalistisch atemberaubend. Da faszinierten die Lebensgeschichten von Caspar David Friedrich mit den dramatischen Kindheitserlebnissen und vom Universalgenie Carl Gustav Carus ebenso wie Ausführungen zum Werdegang eines Kunstfälschers oder des Begründers der noch heute in Dresden existenten Pfunds Molkerei.

Ein gemeinsames Kaffeetrinken beschloss einen interessanten, abwechslungsreichen

Tag, der auch Gelegenheit zu vielen kollegialen Begegnungen und Gesprächen geboten hatte.

Die Seniorentreffen blicken inzwischen auf eine 10-jährige Tradition zurück. Ein solches Jubiläum ist Anlass, der Sächsischen Landesärztekammer, insbesondere ihrem Präsidenten und dem Vorstand, für die Unterstützung und die wohlwollende Begleitung zu danken. Auch wenn die konzeptionelle und organisatorische Vorbereitung der Ausfahrten vom Seniorenausschuss der Landesärztekammer geleistet wurden, ergaben sich bei der praktischen Durchführung Aufgaben, die von den Mitarbeiterinnen der drei Bezirksstellen mit Umsicht und Verantwortungsbereitschaft gemeistert wurden. Auch dafür soll herzlich gedankt werden.

Die Zahl der an den Seniorentreffen interessierten Teilnehmer ist über die vergangenen Jahre stetig gewachsen. Der Seniorenausschuss konnte mit unterschiedlichen Maßnahmen diesem wachsenden Interesse entsprechen. In diesem Jahr kam es nochmals zu einer sprunghaften Zunahme der Anmeldungen. Sie werden für den Seniorenausschuss Herausforderung sein, auch weiterhin so vielen ärztlichen Kollegen wie möglich dieses schöne interessante Angebot machen zu können.

Dr. med. Ute Göbel  
 Rosentalgasse 19, 04105 Leipzig

## Unsere Jubilare im Mai

Wir gratulieren

**60 Jahre**  
 03. 05. Jähnichen, Eva-Maria  
 01454 Radeberg  
 04. 05. Doz. Dr. med. habil. Schuster, Rolf  
 01445 Radebeul  
 05. 05. Priv.-Doz. Dr. med. habil. Rink, Christoph  
 06128 Halle  
 06. 05. Priv.-Doz. Dr. med. habil. Schmidt, Heiner  
 01723 Mohorn  
 10. 05. Prof. Dr. med. habil. Schwarz, Reinhold  
 69221 Dossenheim  
 22. 05. Dr. med. Seydlitz, Lutz  
 04155 Leipzig  
 27. 05. Dipl.-Med. Hager, Eva  
 04289 Leipzig  
 29. 05. Dipl.-Med. Fiedler, Christina  
 04416 Markkleeberg

31. 05. Dr. med. Neumann, Sibylle  
 04329 Leipzig  
 31. 05. Dr. med. Wagner, Hannelore  
 09599 Freiberg

**65 Jahre**  
 01. 05. Drozd, Gerda  
 04179 Leipzig  
 01. 05. Dr. med. Ischt, Eva  
 08328 Stützengrün  
 02. 05. Dr. med. Schober, Ekkehard  
 04860 Süptitz  
 02. 05. Dipl.-Med. Zochert, Gerd  
 04105 Leipzig  
 03. 05. Dr. med. Takev, Brigitte  
 09599 Freiberg  
 04. 05. Conrad, Ludwig  
 04643 Frankenhain

04. 05. Dr. med. Klemm, Sigrid  
 01324 Dresden  
 05. 05. Dr. med. Kohlschmidt, Bärbel  
 02994 Bernsdorf  
 05. 05. Dr. med. Vogt, Klaus  
 09661 Hainichen  
 05. 05. Dr. med. Weise, Roland  
 04279 Leipzig  
 06. 05. Dr. med. Pohl, Hannelore  
 04275 Leipzig  
 09. 05. Dr. med. Hempel, Heidemarie  
 08134 Wildenfels  
 09. 05. Schreiber, Angelika  
 04821 Waldsteinberg  
 09. 05. Dr. med. Schwarze, Ingrid  
 01796 Pirna  
 09. 05. Dr. med. Wittig, Heidi  
 04178 Leipzig



10. 05. Dr. med. Brückner, Daghild  
08228 Rodewisch
10. 05. Dr. Schoch, Dimitrina  
01326 Dresden
11. 05. Dr. med. Eckel, Frieder  
02763 Bertsdorf
11. 05. Dr. med. Heß, Gisela  
04416 Markkleeberg
11. 05. Dr. med. Völkl, Christina  
09232 Hartmannsdorf
12. 05. Dr. med. Clar, Ursula  
04347 Leipzig
12. 05. Franck, Volker  
01855 Sebnitz
12. 05. Dr. med. Herrmann, Gert  
01097 Dresden
13. 05. Dr. med. Brux, Hans-Joachim  
01844 Neustadt/Sa.
13. 05. Dr. med. Stein, Manfred  
04279 Leipzig
14. 05. Dr. med. Rothe, Ute  
01737 Oberhermsdorf
14. 05. Dr. med. Schubert, Klaus  
01445 Radebeul
15. 05. Dr. med. Matzig, Barbara  
09128 Chemnitz
16. 05. Dr. med. Vogel, Brigitte  
01609 Frauenhain
16. 05. Zenker, Brigitte  
01904 Steinigtwolmsdorf
17. 05. Dr. med. Nestler-Wutzig, Brigitte  
04249 Leipzig
17. 05. Dr. med. Picek, Adolf  
02730 Ebersbach
17. 05. Dr. med. Unger, Christl  
01187 Dresden
18. 05. Dr. med. Oldenburg, Fritz  
01187 Dresden
19. 05. Dr. med. Friedrich, Monika  
04289 Leipzig
19. 05. Dr. med. Schindler, Rita  
01833 Stolpen
19. 05. Trautmann, Ute  
08468 Reichenbach
19. 05. Dr. med. Zieger, Bernd  
01796 Pirna
21. 05. Horn, Helga  
09648 Mittweida
23. 05. Dr. med. Bartzsch, Antje  
01468 Reichenberg
24. 05. Dr. med. Diebel, Gerlinde  
04157 Leipzig
25. 05. Dr. med. Dimter, Erika  
04451 Panitzsch
27. 05. Gärtner, Dieter  
02745 Herrnhut
28. 05. Dr. med. Lempert-Tscharaktschiewa, Christa  
09111 Chemnitz
29. 05. Dr. med. Troll, Klaus  
09122 Chemnitz
30. 05. Dr. med. Müller, Frank  
09128 Kleinolbersdorf-Altenhain
31. 05. Dr. med. Hochmuth, Walter  
08328 Stützengrün
31. 05. Dr. med. Horn, Annemarie  
01326 Dresden
- 70 Jahre**
01. 05. Dr. med. Helbig, Brigitte  
04277 Leipzig
01. 05. Dr. med. Hengst, Roland  
09577 Braunsdorf
01. 05. Dr. med. habil. Kammel, Horst  
02694 Malschwitz
01. 05. Säger, Christa  
01309 Dresden
01. 05. Dr. med. Steinhöfel, Hildegard  
09130 Chemnitz
02. 05. Dr. med. Schedel, Friedhold  
04509 Delitzsch
03. 05. Dr. med. Schweigert, Christoph  
08280 Aue
04. 05. Dr. med. Schlünz, Gisela  
09456 Annaberg-Buchholz
07. 05. Dr. med. Hartung, Ingrid  
04318 Leipzig
07. 05. Dr. med. Köhler, Hans-Heinrich  
08064 Zwickau
08. 05. Dr. med. Neustadt, Fritz  
01069 Dresden
10. 05. Klosterknecht, Sigrid  
09423 Gelenau
10. 05. Dr. med. Koitschew, Charlotte  
01309 Dresden
11. 05. Pankow, Ruth  
02977 Hoyerswerda
11. 05. Dr. med. Schmidt, Christine  
09130 Chemnitz
11. 05. Zinke, Roland  
09599 Freiberg
14. 05. Dr. med. Müller, Dieter  
08209 Auerbach
15. 05. Dr. med. Börnig, Christine  
01705 Freital
15. 05. Dr. med. Bredemeyer, Inge  
01187 Dresden
15. 05. Dr. med. Brückner, Götz  
04889 Langenreichenbach
17. 05. Prof. Dr. med. habil. Haupt, Rolf  
04129 Leipzig
17. 05. Dr. med. Scholz, Adolf  
01900 Kleinröhrsdorf
17. 05. Dr. med. Steinert, Sabine  
04779 Wermisdorf
18. 05. Dr. med. Körner, Lothar  
08112 Wilkau-Haßlau
18. 05. Prof. Dr. sc. med. Müller, Erich  
01069 Dresden
20. 05. Böhm, Ingrid  
04357 Leipzig
20. 05. Dr. med. Heinecke, Maria  
01796 Pirna
20. 05. Weise, Dieter  
09366 Stollberg
21. 05. Hohlfeld, Ludwig  
02730 Ebersbach
24. 05. Dr. med. Hesse, Irmgard  
01277 Dresden
24. 05. Dr. med. Röber, Wolfgang  
09212 Limbach-Oberfrohna
25. 05. Prof. Dr. med. habil. Jaroß, Werner  
01734 Rabenau
28. 05. Dr. med. Wulfmeyer, Albrecht  
09579 Borstendorf
30. 05. Dr. med. Friedrich, Jochen  
01108 Dresden
- 75 Jahre**
01. 05. Dr. med. Kluttig, Günther  
02779 Hainewalde
06. 05. Stopat, Wilfried  
09573 Leubsdorf
09. 05. Dr. med. Stein, Ursula  
01187 Dresden
15. 05. Dr. sc. med. Wallrabe, Dieter  
01328 Dresden
25. 05. Dr. med. Taraben, Abdulnur  
04317 Leipzig
- 80 Jahre**
02. 05. Prof. Dr. med. habil. Fleißner, Horst  
04299 Leipzig
21. 05. Dr. med. Raasch, Gerhard  
01307 Dresden
21. 05. Prof. Dr. med. habil. Schmidt, Helga  
04279 Leipzig
- 81 Jahre**
08. 05. Prof. em. Dr. med. habil. Walther, Heinz  
04317 Leipzig
24. 05. Dr. med. Burkhardt, Edith  
09122 Chemnitz
- 82 Jahre**
07. 05. Dr. med. Arendt, Maja  
04109 Leipzig
19. 05. Dr. med. Tischer, Hans-Christian  
02943 Weißwasser
30. 05. Dr. med. Halaris, Hildegard  
02826 Görlitz
- 83 Jahre**
05. 05. Dr. med. Görner, Liselotte  
01809 Dohna
05. 05. Dr. med. Seyferth, Thea  
09573 Leubsdorf
22. 05. Lossnitzer, Gerhard  
09116 Chemnitz
30. 05. Dr. med. habil. Popp, Wolfgang  
09130 Chemnitz
- 84 Jahre**
04. 05. Dr. med. Küchenmeister, Ursula  
01587 Riesa
10. 05. Dr. med. Jahr, Klaus  
01662 Meißen
16. 05. Dr. med. Trefftz, Friederike  
01099 Dresden
20. 05. Dr. med. Rangs, Erika  
08258 Markneukirchen
- 85 Jahre**
14. 05. Dr. med. Seyffarth, Annemarie  
01796 Pirna
15. 05. Dr. med. Roßber, Christa  
09648 Mittweida
29. 05. Dr. med. Knappe, Otto  
01809 Heidenau
30. 05. Dr. med. Schwandt, Roland  
01558 Großenhain
31. 05. Dr. med. Neumann, Johann-Gottfried  
01156 Dresden
- 86 Jahre**
02. 05. Dr. med. Abdank, Renate  
09337 Hohenstein-Ernstthal
- 87 Jahre**
04. 05. Dr. med. Viererbl, Adda  
01326 Dresden
09. 05. Dr. med. Schumann, Adelheid  
04808 Dornreichenbach
18. 05. Dr. med. Thomas, Karl  
01259 Dresden
23. 05. Dr. med. Mährlein, Wolfgang  
09366 Stollberg
- 88 Jahre**
30. 05. Dr. med. von Gebhardi, Eberhard  
08523 Plauen
- 94 Jahre**
10. 05. Dr. med. Nauer, Dorothea  
02826 Görlitz
15. 05. Dr. med. Lorenz, Hannchen  
08529 Plauen

# Nachruf für Herrn Prof. Dr. med. habil. Werner Johann Kleemann

\* 17. 4. 1953  
† 22. 2. 2006



Am 22. Februar 2006 verstarb Professor Dr. Werner Johann Kleemann, Ordinarius für Rechtsmedizin und Direktor des Institutes für Rechtsmedizin an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig. Professor Dr. Werner Johann Kleemann wurde am 17. 4. 1953 in Ihrhove geboren. 1972 beendete er eine Ausbildung als Kaufmann im Groß- und Außenhandel. 1977 legte er das Abitur am Gymnasium in Leer ab und nahm 1979 das Studium der Humanmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover auf. Dieses schloss er 1985 ab und erhielt im gleichen Jahr die Approbation.

1985 begann er seine berufliche Tätigkeit am Institut für Rechtsmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover als wissenschaftlicher Mitarbeiter. 1986 promovierte er in der Abteilung Sport- und Arbeitsphysiologie im Zentrum Physiologie der MHH zum Thema: „Die Hämoglobin-Sauerstoff-Affinität bei Patienten mit arterieller Verschlusskrankheit der

Beine“. Nach Absolvierung der Ausbildungsabschnitte klinische Psychiatrie und Pathologie in den Jahren 1990 und 1991 erfolgte 1992 die Ernennung zum Oberarzt. Im gleichen Jahr erwarb er die Anerkennung als Facharzt für Rechtsmedizin. 1996 habilitierte er sich zum Thema: „Der plötzliche Kindstod“. 1996 erhielt er den Ruf auf eine C3-Professur am Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg, den er aber nicht annahm. 1997 stand er primo loco im Berufungsverfahren zur C4-Professur am Institut für Rechtsmedizin der Universität Kiel. Das Verfahren wurde von der Fakultät nicht zu Ende geführt. Im Wintersemester 1998/99 übernahm er die Funktion als Lehrbeauftragter an der Philipps-Universität in Marburg.

Am 19. März 2000 erhielt er den Ruf auf die C4-Professur am Institut für Rechtsmedizin der Universität Leipzig. Die Ernennung zum außerplanmäßigen Professor an der MHH erfolgte drei Tage später. Sein Dienstantritt am Leipziger Institut erfolgte am 12. 10. 2000.

Das wissenschaftliche Werk widmet sich schwerpunktmäßig seit Beginn seiner Tätigkeit am Institut für Rechtsmedizin der MHH dem plötzlichen Kindstod, der Pathogenese, den epidemiologischen Aspekten sowie prä- und perinatalen Risikofaktoren. Die Ergebnisse dieser Forschungen flossen in verschiedene Empfehlungen zur Prophylaxe des plötzlichen Kindstodes zum Beispiel bezüglich Schlafhaltung und Schlafumgebung ein. Während seiner Tätigkeit am Leipziger Institut widmete er sich außerdem der Diagnostik von Kindesmisshandlung. Seine ausgewiesene Fachkompetenz auf dem Gebiet des Münchhausen-Stellvertreter-Syndroms war bei den Justiz-Behörden in ganz Deutschland hoch geschätzt.

Zahlreiche Mediziner promovierten unter seiner Anleitung. Während des leider viel zu kurzen Ordinariats führte er dennoch einen wissenschaftlichen Mitarbeiter zur Habilitation.

Professor Dr. Werner Johann Kleemann war Mitglied zahlreicher nationaler und internationaler Fachgesellschaften und arbeitete in verschiedenen akademischen Gremien, zum Beispiel Promotionskommission, Ethikkommission etc.

Die Erfahrungen, welche er bei Organisation verschiedener wissenschaftlicher Fachtagungen erwarb (zum Beispiel 17. Spuren-Workshop der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin oder 77. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin), konnte er bei der Ausrichtung des 23. Spurenworkshops der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin im Jahr 2003 oder bei der Jahrestagung der Gesellschaft der Sachverständigen für Abstammungsbegutachtungen 2004 als Ausrichter einbringen.

Trotz seiner schweren Erkrankung hat er sich in den Jahren seiner Tätigkeit mit all seiner Kraft für das Leipziger Institut eingesetzt, es zu einer nicht nur in Deutschland anerkannten Einrichtung geführt und zahlreiche Projekte initiiert. Er war in dieser Zeit nicht nur für die Mitarbeiter immer ein Vorbild, sondern genoss auch die Bewunderung der Kolleginnen und Kollegen aus dem In- und Ausland. Seine ehemaligen und heutigen Mitarbeiter werden ihn in dankbarer Erinnerung behalten und ihm ein ehrendes Andenken bewahren.

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Rüdiger Lessig  
Stellvertretender Institutsdirektor

## Charlotte von Lengefeld – eine Augenoperation am Ende ihres Lebens

Als Ehefrau des deutschen Dichters Friedrich Schiller (1759 bis 1805) ist Charlotte von Lengefeld vielen Menschen bekannt.

Geboren wurde sie am 22. November 1766 in Rudolstadt in Thüringen.

Erst 11 Jahre war sie alt, da starb ihr Vater. Die Familie war nicht sehr vermögend. Ihre um drei Jahre ältere Schwester Caroline wurde später standesgemäß verheiratet, die Mutter war als Prinzessinnen-Erzieherin im Rudolstädter Schloss tätig. Ein Glücksumstand war es, dass Frau von Stein aus Weimar, Goethes Freundin, Charlottes Patentante war und sich sehr um die Zukunft ihres Patenkindes sorgte. Frau von Stein setzte sich ein, dass Charlotte als Hofdame der jungen Großherzogin in Weimar angenommen wurde. Da am Hofe aber meist französisch gesprochen wurde, reiste Charlotte mit Mutter, Schwester Caroline und deren Mann einige Monate in die französisch sprechende Schweiz, um die Sprache zu erlernen.

Charlotte und Caroline von Lengefeld lernten Schiller 1787 in Rudolstadt kennen, alle drei verspürten eine Zuneigung füreinander.

Schiller schrieb in freundschaftlichen Briefen immer gleich an beide Schwestern gemeinsam.

„Wir haben einander gefunden. In mir lebt kein Wunsch, den meine Caroline und Lotte nicht unerschöpflich befriedigen können.“ (25. August 1789). „Diesen Kuß bringe euch der gute Engel unserer Liebe!“ (1. 9. 1789).

Vielleicht hatte er anfangs mehr für die kokettere Caroline übrig, aber sie war bereits verheiratet.

Schiller hatte die Absicht einen Hausstand zu gründen, aber bei einer ehelichen Gemeinschaft der damaligen Zeit war das Materielle vordergründig entscheidend. Zum Heiraten brauchte man Geld, eine Position und am Besten noch einen Titel. Mehr als die Hoffnung auf diese Grundfesten einer bürgerlichen Existenz konnte aber Schiller nicht vorweisen. Wieder war es Frau von Stein zusammen mit Goethe und dem Großherzog Karl August von Sachsen-Weimar-Eisenach die erwirkten, dass Schiller eine Professur in Jena mit kleinem Gehalt erhielt.

Im Februar 1790 wurde Charlotte von Lengefeld Schillers Gattin. Die Hochzeit fand am 22. 2. 1790 in einer kleinen Dorfkirche bei Jena statt. 15 Jahre lang war sie mit ihrer nachgiebigen Sanftheit seine glückliche Lebensgefährtin. Ein Zeitabschnitt, in dem der größte und bedeutendste Teil seines dichterischen Werkes entstanden ist, eine Energieleistung

bei der chronisch wiederkehrenden Atemwegserkrankung, die ohne Charlotte wohl nicht möglich gewesen wäre. Schiller arbeitete nicht mehr nur für den eigenen Ruhm, sondern auch für seine Familie. Die festen Einkünfte reichten zum Lebensunterhalt nicht aus, er war zu literarischen „Brotarbeiten“ gezwungen.

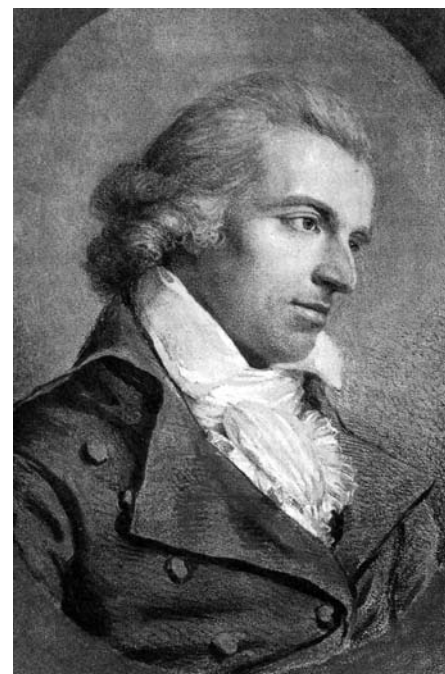
Immer wiederkehrende Sorge um die Gesundheit Friedrich Schillers und die meist vorhandenen Geldnöte trübten das Dasein. Charlotte lebte ganz in Schiller und nur für ihn. Ein sicherer Geschmack in ihren Ansichten war ihr in der ehelichen Harmonie angeboren. Das Gefühl dieser gebildeten Frau ward nicht selten ein bestimmendes Urteil für ihn. Der Widerwillen gegen alles Gemeine lag in ihr wie in ihm. Schillers waren ein Paar, das miteinander und nicht nebeneinander lebte. Ihr Mann, seine Arbeit und ihre Kinder, die beiden Knaben Karl und Ernst, die Mädchen Caroline und zuletzt Emilie waren der Mittelpunkt ihres Lebens. 1802 hatte der Großherzog von Weimar Schiller geadelt; damit hatte Charlotte wieder Zugang zum Hofe. Als Schiller im Winter 1803 zu 1804 am Wilhelm Tell arbeitet, unterstützt ihn seine Frau durch Schilderungen von Land und Leuten der Schweiz aus eigener Anschauung und der ihr zur Verfügung stehenden Literatur. Schiller selbst hatte



Charlotte von Lengefeld  
(Gemälde von Ludovika Simanowitz, um 1794)



Caroline von Lengefeld  
(Pastell von unbekannter Hand)



Friedrich Schiller  
(Pastellbildnis von Ludovika Simanowitz, 1793)





Prof. Philipp Franz von Walther 1782 – 1849  
Chirurg und Augenarzt  
(Zeichnung von Ernst Förster)

nie die Schweiz besucht. Vom 1. Mai bis 21. Mai 1804 hält sich die ganze Familie Schiller in Berlin auf, wo einige seiner Dramen mit riesigem Erfolg aufgeführt werden. Friedrich Schiller wird triumphierend gefeiert.

Das preußische Königspaar empfängt Schillers und Königin Luise hätte es gern gehabt, wenn Schillers ihren Wohnsitz in Berlin genommen hätten. Aber Charlotte fühlte, dass sie in Berlin nicht heimisch geworden wäre. Der große Durchbruch für Schillers Werke war gekommen. Der Großherzog in Weimar verdoppelte Schillers Gehalt. Durch die enormen literarischen Erfolge hatte Schiller größere Einnahmen, das Weimarer Haus, kürzlich gekauft, wird verschönt und neu eingerichtet. Aber nur kurze Zeit dauert diese glückliche Epoche.

Im Spätsommer 1804 überfällt Friedrich Schiller eine schwere Erkältung, die lange anhält, es folgte ein sehr strenger Winter, Schiller litt an katarrhalischem Nervenfieber mit heftigen Fieber-Attacken bis Ende April und er stirbt am 9. Mai 1805.

Nach Schillers Tod lebte Charlotte für die Erziehung ihrer vier talentvollen Kinder. Trotz ihrer Bemühungen war es später nicht möglich, dass ihre beiden Söhne am Hofe von Sachsen-Weimar eine Anstellung erhielten,



Grabstele, Charlotte von Schiller und ihr Sohn Ernst von Schiller, auf dem alten Friedhof in Bonn.

unklare Intrigen am Hofe wussten es zu verhindern. Darüber war Charlotte sehr betrübt. Der ausgebildete Jurist ging nun in die Kurfürstliche Residenz nach Köln, der Forstfachmann nach Württemberg in sehr gute Stellungen.

Die Tochter Caroline gründet in Rudolstadt eine Mädchenschule, das Schillerinstitut, Emilie, die jüngste Tochter, erwarb sich große Verdienste um die Schiller-Forschung durch die Herausgabe und Förderung von Quellen und Werken aus dem Nachlass ihrer Eltern.

Seit etwa 1823 schreitet bei Charlotte die Schwäche ihrer Augen merklich voran. Sie kann nicht mehr zu jeder Tageszeit lesen und schreiben. Gegen die Blendung trägt sie einen grünen Lichtschutz über den Augen. 1825 reist sie nach Köln, um ihren Sohn zu besuchen, und um sich bei dem berühmten Augenarzt, Professor Dr. Walther in Bonn behandeln zu lassen.

Wer war der berühmte Augenarzt, zu dem man eine tagelange Reise von Weimar nach Bonn mit der Postkutsche unternahm?

Professor Philipp Franz von Walther war Professor für Chirurgie und Augenheilkunde in Bonn von 1818 bis 1830. Er studierte in Hei-

delberg, lernte in Wien bei dem Augenarzt Georg Joseph Beer. Er war Professor und Direktor in Landshut, gab mit Carl Ferdinand von Graefe 1820 das Journal für Chirurgie und Augenheilkunde heraus.

König Ludwig I. von Bayern berief von Walther 1830 nach München und ernannte ihn zu seinem Leibarzt. Von Walther gab zwischen 1833 und 1852 ein sechsbändiges Riesenwerk über die Chirurgie heraus und veröffentlichte in vier Bänden Berichte über Augenkrankheiten.

Er bemüht sich sehr um eine Reform des Medizinalwesens in Deutschland.

Professor Walther wird als Schöpfer der neuen Chirurgie und ihres nun zur selbständigen Wissenschaft heranwachsenden Zweiges der Augenheilkunde bezeichnet.

1825 konsultiert Charlotte von Schiller den Augenarzt von Walther, dieser stellt Grauen Star fest und rät zur Operation im Frühjahr.

Während dieser Zeit wird über die Herausgabe des Briefwechsels zwischen Schiller und Goethe verhandelt. Der Verleger Cotta will dafür 8.000 Taler zahlen, wovon Schillers die Hälfte zusteht. Also wirtschaftlich war Frau von Schiller einigermaßen abgesichert.

Charlotte bleibt im Herbst und Winter bei ihrem Sohn Ernst in Köln und bezieht eine Wohnung in der Fürstenstraße 1 in Bonn, auch die Operation führt Prof. Walter am 4. Juli 1826 dort durch. Ohne Komplikationen verlief die Operation, nach drei Tagen wurde der Verband abgenommen, Charlotte sah wieder gut und ein neuer Verband wurde angelegt, alles ohne Besonderheiten. Am 8. Juli war sie sehr unruhig, klagte über Schwindel und war sehr schwach, später verlor sie die Besinnung und verstarb friedlich an einem Nervenschlag, wie es Professor Walther erklärte, am 9. Juli 1826. Auf dem alten Friedhof in Bonn wird sie begraben.

Später wird hier auch ihr Sohn beigesetzt. Auf einer Gedenktafel stehen Worte Friedrich Schillers aus seinem Gedicht „Der Genius“: „Muß ich wandeln den nächtlichen Weg, mir graut, ich bekenn es. Wandeln will ich ihn gern, führt er zu Wahrheit und Recht.“

Literatur beim Verfasser

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

Fotos: Korzer, Zweinaundorfer Straße 11,  
0418 Leipzig