

<b>Berufspolitik</b>	Aus der Vorstandssitzung	152	
	Die demografische Herausforderung – der Freistaat Sachsen im Jahr 2020	153	
	28. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern	159	
	10 Fragen an den Vorsitzenden des Ausschusses Notfall- und Katastrophenmedizin	162	
	Studie zum Gesundheitszustand von Ärzten in Sachsen	163	
	Impressum	163	
	<b>Gesundheitspolitik</b>	Qualitätssicherung Kardiologie 2005	164
		Eintragungen in das Partnerschaftsregister	166
		Hygiene aktuell: HPV-Impfung gegen Cervixkarzinom	167
		Richard-Merten-Preis 2007 ausgeschrieben	167
Sächsische Gesundheitsziele online		168	
Aids-Ehrenmedaille verliehen		168	
Interdisziplinärer Pflegekongress		169	
Organtransplantation – Einführung eines Curriculums für Transplantationsbeauftragte		170	
Präventionsprojekt Diabetes mellitus startet		172	
<b>Buchbesprechung</b>		Fieber unklarer Genese	171
	<b>Mitteilung der Geschäftsstelle</b>	Konzerte und Ausstellungen	172
Empfang für neue Kammermitglieder		172	
Weiterbildungskurs „Ärztliches Qualitätsmanagement“ startet im Herbst 2007		173	
Vorankündigung 14. Dresdner Ärzteball		173	
<b>Mitteilung der KVS</b>	Ausschreibung von Vertragsarztsitzen	174	
<b>Leserbrief</b>	Dr. med. Heinrich Günther	175	
<b>Tagungsberichte</b>	Tagung der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung mit dem Sächsischen Hebammenverband e.V.	176	
	Dresdner Herz-Kreislauf-Tage 2007	176	
	<b>Personalia</b>	Unsere Jubilare im Mai	178
<b>Medizingeschichte</b>	Friede oder Atomkrieg	180	
<b>Originalie</b>	Diagnostik der kutanen Arzneimittelallergie	181	
	Beilage Mittelhefter	Fortbildung in Sachsen – Juni 2007 Krankenhaustarifrecht in Sachsen	



## Aus der Vorstandssitzung

Über zwei Themen möchte ich aus dieser Vorstandssitzung berichten:

### 1. Tarife für angestellte Ärzte in Sachsen

Der Geschäftsführer des Marburger Bundes, Landesverband Sachsen, Herr Forner, stellte die unterschiedlichen Formen des Tarifvertragsrechtes dar, nach denen die ärztliche Tätigkeit in Sachsen vergütet wird.

Ausgehend vom Vorrangprinzip, bei dem Europäisches Recht vor Bundesdeutschem, Länder- und schließlich Betriebsvertragsrecht geht, wurden auch in Deutschland neue Tarifverträge ausgehandelt, nachdem BAT-Ost im Dezember 2005 auslief.

Spektakulär war ja im vergangenen Jahr die Entmachtung von Ver.di, nachdem diese Gewerkschaft einen für Ärzte inakzeptablen Flächentarif für den öffentlichen Dienst (TVöD) auf den Weg gebracht hat.

Die Hauptversammlung des Marburger Bundes widerrief im September 2005 das Verhandlungsmandat von Ver.di und nahm eigenständige Tarifverhandlungen mit den Ländern auf. Dennoch wurden ab Oktober 2005 auch in Sachsen neue Arbeitsverträge nach TVöD abgeschlossen, die einen abgesenkten Tarif vorsahen.

Wie bekannt, waren die Verhandlungen zwischen Marburger Bund und Ländervertretern erfolgreich. Die neuen Verträge machten zumindest die Absenkungen rückgängig und handelten zudem eine moderate Tarifierhöhung aus.

Diese erfolgte für West und Ost in gleicher prozentualer Höhe, wodurch wegen des unterschiedlichen Ausgangsniveaus für die nächste Zeit verstärkte Vergütungsunterschiede zementiert werden.

Dennoch ist dieser Verhandlungserfolg sehr hoch einzustufen, da die Notwendigkeit einer besonderen Tarifstruktur für Ärzte anerkannt wurde.

In Anlehnung an diesen Tarifvertrag für Ärzte (TV-Ärzte), der zunächst ab zweitem Halbjahr 2006 für die Tarifgemeinschaft deutscher Länder (TDL) und für den Verband kommunaler

Arbeitgeber (VKA) gültig war, wurden auch Verträge mit Anstalten öffentlichen Rechts (Uni-Klinikum Dresden, Leipzig), mit Konzernen (zum Beispiel Helios-Kliniken) und kommunalen Arbeitgebern ohne Mitgliedschaft im VKA Sachsen abgeschlossen.

Als Problem zeigt sich jedoch, dass in einer Einrichtung (zum Beispiel Uni-Kliniken) Ärzte nach verschiedenen Verträgen unterschiedlich bezahlt werden, so Ärzte mit überwiegendem Patientenkontakt und Ärzte ohne diesen, etwa Ärzte in der Forschung. Natürlich wird eine deutlich unterschiedliche Bezahlung in diesem Fall als ungerecht empfunden, ebenso wie manche, geradezu skandalösen personengebundenen und Haustarifverträge. Nachverhandlungen sind vorprogrammiert und notwendig! Hier ist die Kammer sehr intensiv in verschiedenen Richtungen tätig geworden.

### 2. Einführung der elektronischen Gesundheitskarte / elektronischer Arztausweis

Zu diesem unerschöpflichen (und für Beitragszahler kostspieligen) Thema wurde bisher in jeder Vorstandssitzung der letzten zwei Jahre berichtet. Da die flächendeckende Einführung wegen unterschiedlicher Probleme jedoch in weite Ferne gerückt ist, wird zukünftig nur bei besonderen

Entwicklungen berichtet. Die Testphase hat in der Region Löbau/Zittau im Dezember 2006 mit 25 Ärzten begonnen. Bis Mitte März 2007 sind alle vorgesehenen 10.000 Gesundheitskarten im sächsischen Testgebiet an Patienten ausgegeben worden. Die wirkliche Testung der eGK mit Aufgaben über die bisherige Funktion als Versichertenkarte hinaus soll im Juni 2007 beginnen, zunächst als Transportmittel für das elektronische Rezept. An eine umfassende Nutzung etwa für die Kommunikation über ein eigenständiges Gesundheitsnetz (Intranet) ist noch nicht zu denken. Dafür gibt es selbst für die Testung die notwendigen Geräte noch nicht, die Konnektoren.

Für die flächendeckende praktische Einführung gibt es keinen absehbaren Termin, deshalb für uns Ärzte auch keinen Handlungsbedarf. Aktuelle Entwicklungen werden auf der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer veröffentlicht und können dort nachgelesen werden.

Wer weitere Informationen zu diesem Thema wünscht, dem sei der Tätigkeitsbericht der Projektgruppe eGK/elektronischer Arztausweis im Juni dieses Jahres im „Ärzteblatt Sachsen“ zur Lektüre empfohlen.

Dr. med. Günter Bartsch  
Vorstandsmitglied der  
Sächsischen Landesärztekammer



Der Vorstand der  
Sächsischen Landesärztekammer  
und das Redaktionskollegium  
wünschen allen Lesern  
ein frohes Osterfest und  
erholsame Osterfeiertage.

Foto: Berthold, Dresden

## „Die demografische Herausforderung – der Freistaat Sachsen im Jahr 2020“

Auszug aus der Rede des sächsischen Ministerpräsidenten, Prof. Dr. Georg Milbradt, anlässlich der Festveranstaltung 10 Jahre AOK Sachsen am 7. Februar 2007 in Dresden:

Die Entwicklung in Sachsen ist auf allen Gebieten von Erfolgen gekennzeichnet. Wir haben es heute der Zeitung entnommen, dass Sachsen im vergangenen Jahr ein Wirtschaftswachstum von 4% verzeichnete. Sachsen hat ein Schulsystem, das, je nachdem, von welchem Ranking man ausgeht, Nummer eins oder zwei in Deutschland ist. Wir haben die zweitniedrigste Pro-Kopf-Veranschuldung in Deutschland. Wir haben die Neuverschuldung im vergangenen Jahr auf Null heruntergefahren und tilgen im Augenblick Schulden. Wir haben die höchste staatliche Investitionsquote aller Bundesländer. Wir investieren aus den Solidarpaktmitteln nur das, was aufbaugerecht ist. Wir haben hier in Dresden ein Zentrum der Mikroelektronik nicht nur Deutschlands, sondern Europas. Der Fahrzeugbau und der Maschinenbau boomen.

Mit diesen Erfolgen können wir sehr zufrieden sein. Alle diese Erfolge sind das Ergebnis soliden Wirtschaftens. Augenmaß, Realitätssinn und Sparsamkeit waren und sind die Voraussetzung nicht nur für wirtschaftlichen, sondern auch für politischen Erfolg. Von alleine kommt er nicht zustande.

Natürlich war dieser Erfolg nur möglich dank der Aufbauhilfe und der Solidarität Westdeutschlands. Aber: Wir haben nicht mehr Geld bekommen als unsere Nachbarn, man hat uns keine Extrawurst gebraten. Deswegen und aus aktuellem Anlass sage ich: Wenn man eine Sozialversicherung, eine soziale Krankenversicherung organisiert, dann gehört dazu natürlich die Solidarität. Und zwar Solidarität zwischen jung und

alt, die Solidarität zwischen gesund und krank, die Solidarität zwischen reich und arm. Aber es gehört nicht dazu die Solidarität zwischen denen, die gut wirtschaften, und denen die schlecht wirtschaften. Denn das zerstört das System.

Das gilt für alle politischen und ökonomischen Systeme, und also auch für das System der Krankenversicherung. Weil nun mal die Menschen keine Engel sind, muss man in einem solchen System denjenigen belohnen, der sich richtig verhält, und darf nicht demjenigen noch Vorschub leisten, der sich falsch verhält. Ich kann nicht verstehen, dass mit dem Vertragsärztegesetz ein zusätzlicher Solidarausgleich ins AOK-System eingebaut worden ist, der sich allein danach richtet, ob eine Kasse Überschüsse erwirtschaftet oder Verluste. Nach unseren Berechnungen wird dieser „Ausgleich“ zu 80% von der AOK Sachsen getragen werden,

obwohl hier nur fünf Prozent der deutschen Bevölkerung leben. Das allein zeigt, dass an diesem „Ausgleich“ etwas falsch ist.

Es geht bei diesem „Solidarausgleich“ ja nicht darum, die Solidarität im bisherigen System zu stärken, denn die gab es auch vorher – ich habe die verschiedenen solidarischen Beziehungen eben genannt. Daran wird sich nichts ändern. Was sich ändert ist, dass wir einen gewissen Wettbewerb unter den Kassen bekommen werden, und in diesem Wettbewerb sind natürlich jene Kassen benachteiligt, die Schulden aufgehäuft haben und deswegen höhere Beiträge verlangen müssen als die Kassen, welche Überschüsse erwirtschaften.

Ich habe mich über diesen neuen „Ausgleich“ sehr geärgert, nicht nur aus rein lokalpatriotischen Gründen, sondern weil wir einen ganz ähnlichen Fall in der Frage der Länder-

finanzen hatten, der ganz anders ausging. Ich spreche von der Klage des Landes Berlin auf unkonditionierte Bundeshilfe beim Schuldenabbau, ohne Ansehen der Tatsache, was eigentlich zu diesen exorbitanten Schulden geführt hat.

Das Bundesverfassungsgericht hat entschieden, dass Berlin keinen Anspruch auf die Solidarität von Bund und Ländern hat. Erst wenn Berlin nachweist, dass es alle Möglichkeiten des Schuldenabbaus, darunter auch die Vermögensveräußerung, genutzt hat, darf es sich in der Schlange der auf Entschuldungshilfe Klagenden wieder anstellen. Ich habe den Eindruck, dass das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes im Bereich der Krankenversicherung überhaupt nicht zur Kenntnis genommen worden ist, obwohl wir dort eine ganz ähnliche Situation haben.

Es kann doch nicht sein, dass derjenige, der sich anstrengt, der Dumme ist! Dass es leider so ist, möchte ich an einigen Beispielen deutlich machen. Sächsische Ärzte arbeiten mehr als ihre Kollegen in Westdeutschland, bekommen aber deutlich weniger Geld. Darüber haben sich unsere Ärzte uns gegenüber oft beschwert. Sie fühlen sich gegenüber westdeutschen Ärzten diskriminiert. Man hat ihnen dann gesagt, dies sei ihr Beitrag zur innerdeutschen Solidarität, schließlich haben ja auch die Arbeitnehmer nicht so viel Geld. Das haben sie dann halbwegs klaglos akzeptiert. Aber wenn wir jetzt fragen: Können wir die Ärzthonorare nicht erhöhen, um den drohenden Ärztemangel zu kompensieren – was aus den vorhandenen Mitteln ohne weiteres zu finanzieren wäre – heißt es: Nein, das erhöht die Kosten. Natürlich erhöht das die Kosten des Gesamtsystems. Aber man kann diese zusätzlichen Ausgaben nicht isoliert betrachten, sondern man muss auch das Problem des Ärztemangels sehen und lösen.

Ich finde die Haltung der Bundesregierung in beiden Punkten – beim „Solidarausgleich“ und der Anpas-



Prof. Dr. Georg Milbradt,  
Ministerpräsident

sung der Arzthonorare – sehr bedenklich, zumal sie mit der eigentlichen Gesundheitsreform nichts zu tun haben. Ich habe die Befürchtung, dass durch diese Haltung die echte Solidarität im Gesundheitssystem zerstört wird. Noch einmal: Solidarität muss sein, zwischen reich und arm, zwischen gesund und krank, zwischen jung und alt. Das ist klar, darauf beruht das System. Aber wenn man in dieses System weitere „solidarische“ Beziehungen einbaut, dann sollte man sich vorher sehr genau die langfristigen Auswirkungen anschauen.

Die erste Auswirkung wird sein, dass die Beiträge erhöht werden müssen. Das ist ärgerlich, aber gar nicht das eigentliche Problem. Schlimmer ist, dass die neue Konstruktion in der Zukunft einen Systembruch herbeiführen wird, weil solide wirtschaftende Kassen für die Schulden der anderen haften müssen: Am Ende gibt es nur noch eine Bundes-AOK mit einheitlichen Beiträgen, bei der alle Ausgaben aus einem großen Topf gezahlt werden. Es wird dann keine AOK Sachsen mehr geben, sondern nur noch eine sächsische Dependence der Bundeskasse. Das Ergebnis wird sein, dass sich das Verhalten der AOK Sachsen ändern wird, und zwar nicht zum Besseren. Nicht Realitätssinn, Augenmaß und Sparsamkeit werden das Handeln der AOK bestimmen, sondern der Wunsch, auf Kosten der Bundeskasse möglichst viel Geld auszugeben, ohne Rücksicht auf die Wirtschaft-

lichkeit. Das betrifft übrigens nicht nur die AOK, sondern auch Ihre Schwesterkasse IKK, die ja in Sachsen eine ganz ähnliche Entwicklung genommen hat.

Wenn wir – wie es bisher war und wie ich es auch für richtig halte – im Gesundheitssystem ein gewisses Maß an Wettbewerb haben, dann müssen wir die Ergebnisse dieses Wettbewerbs akzeptieren, statt sie, wie es jetzt vorgesehen ist, zu nivellieren. Man kann bestenfalls darüber diskutieren, wie man diesen Wettbewerb organisiert und trotzdem ein Mindestmaß an Solidarität sicherstellt.

Damit komme ich zum politischen Aspekt dieses neuen „Solidarausgleichs“. Ich erinnere mich noch sehr genau, wie Kollege Geisler und ich uns bemüht haben, die Kosten des sächsischen Gesundheitswesens zu senken. Zum Beispiel dadurch, dass wir die Krankenhauskosten verringert haben, indem wir Krankenhausbetten abgebaut haben. Das war damals sehr unpopulär. Jetzt erleben wir, dass unsere unpopulären, aber richtigen Entscheidungen konterkariert werden. Jene Kassen, die sich verschuldet haben, statt unpopuläre Maßnahmen zur Kostensenkung zu ergreifen, bekommen jetzt Geld, und zwar von unseren Versicherten. Ich wage zu bezweifeln, dass künftige sächsische Regierungen jemals wieder solche unpopulären Entscheidungen treffen werden. Ich werde es auch weiterhin tun, weil ich so erzo-gen bin, aber bei anderen gilt vermutlich die Redensart „Schlechte Beispiele verderben gute Sitten“.

Damit will ich nun zur Demographie kommen. Herr Rürup hat darauf hingewiesen, dass die deutsche Bevölkerung zwar allmählich altert, aber noch nicht schrumpft. In Sachsen ist das anders. Hier geht die Alterung sehr rasch voran, und die Bevölkerung schrumpft bereits seit mehreren Jahrzehnten, zum Teil wegen der Abwanderung vor und nach 1990, zum überwiegenden Teil aber wegen des immer größer werdenden Geburten-defizits. Wir in Sachsen spüren den demographischen Wandel also

sehr viel eher und sehr viel schärfer. Das gilt auch für das sächsische Gesundheitswesen. 42 Prozent der 5.600 in Sachsen niedergelassenen Ärzte gehen in den nächsten zehn Jahren in den Ruhestand.

Junge Ärzte hierherzulocken wird sehr schwer. Ältere Ärzte werden wegen ein paar tausend Euro mehr nicht von hier wegziehen. Aber ein junger Arzt, der sich für Sachsen entscheidet und vielleicht sogar für eines der ländlichen Gebiete, möchte für seine Leistung auch vernünftig bezahlt werden, sonst hält ihn hier nichts. Diesen finanziellen Anreiz können wir im Augenblick nicht bieten. Das führt zu einer paradoxen Situation: Wir halten in Sachsen zwei medizinische Fakultäten vor, die für viel Geld Ärzte ausbilden, und sind dann anschließend aufgrund eines Fehlers im System nicht in der Lage, diese Ärzte hier zu halten und mit ihnen eine vernünftige ärztliche Versorgung sicherzustellen.

Ich will für Sachsen keine Extrawurst. Ich will lediglich, dass wir das Problem des Ärztemangels zufriedenstellend lösen können. Und das können wir im gegenwärtigen System nicht, weil es hier anders als in Westdeutschland kaum Privatversicherte gibt. Wir müssen also andere Wege

finden, den niedrigeren Verdienst unserer Ärzte zu kompensieren. Wir bemühen uns darum, hier zu einer vernünftigen Lösung zu kommen. Kurzfristig wird es wohl keine geben, aber ich bin als großer Optimist zuversichtlich, dass wir langfristig eine finden.

Wenn man sich die Gesundheitsreform anschaut, stellt man fest, dass sie von den beiden Parteien in Berlin deshalb so formuliert worden ist, weil jeder hofft, dass man sie später in die jeweils gewünschte Richtung korrigieren kann. Es wird also „Nachbesserungen“ geben, und das, was jetzt beschlossen worden ist, wird auf die Dauer keinen Bestand haben.

Der Ärztemangel ist aber nur eines der demographisch induzierten Probleme, die wir lösen müssen. Ich möchte nur eine Zahl nennen, die das Ausmaß unserer Probleme viel schärfer deutlich macht: Nach unseren Berechnungen wird die Zahl der Erwerbsfähigen in der gegenwärtigen Abgrenzung – also der 16- bis 65-Jährigen – bis 2020 um 25% zurückgehen, die Bevölkerung insgesamt dagegen „nur“ um 15%.

Hinter dieser Zahl stecken zwei Befunde: erstens, die Sachsen wer-

den weniger. Zweitens, die Altersstruktur verändert sich stark. Die mittlere, also erwerbstätige Generation wird kleiner, die Zahl der Senioren wird größer. Nun könnte man einwenden, dass das in einem gesamtdeutschen System mit Risikostrukturausgleich wie in der Krankenversicherung keine Probleme macht. Die Realität sieht aber anders aus. Uns stellt sich schlicht und einfach die Frage: Wie können wir die Wachstumsrate von 4%, wie können wir die Leistungsfähigkeit dieser Volkswirtschaft aufrechterhalten? Die Arbeitnehmer werden weniger und älter, zugleich müssen sie mehr Rentner mitversorgen als heute.

Wir wissen auch, dass sich im übernächsten Jahr die Zahl der Schulabgänger und damit der neuen Azubis mehr als halbieren wird. Es geht dann also eine ganze Generation von Arbeitnehmern in Rente, während nur eine halbierte Generation nachwächst. Und zwar nicht nur im Jahr 2009, sondern mindestens während des ganzen nächsten und übernächsten Jahrzehnts. Junge Arbeitnehmer nach Sachsen zu „importieren“ wird nicht leicht und ist sicherlich keine vollständige Lösung. Wir müssen uns deshalb die Frage stellen: Wie kann unsere Gesellschaft, der die Jungen fehlen, weiterhin innovativ sein?



Bisher war es ja so, dass junge Leute voller neuem Wissen und Elan aus der Lehrlingsausbildung oder den Hochschulen in die Betriebe kamen und dort auf Ältere mit Erfahrung trafen. Das Ergebnis war ein kreativer und produktiver Prozess, in dessen Folge sich alle bessergestellt haben, die Alten wie die Jungen. Wenn nun die für diesen „Mix“ notwendigen Jungen fehlen, müssen wir die Älteren jünger machen. Was die physische Jugend betrifft, hat die Medizin ja schon allerhand Mittel parat. Entscheidend wird aber sein, dass es uns gelingt, die Älteren geistig zu verjüngen. Klar ist, dass dabei der Weiterbildung eine große Bedeutung zukommt.

Wie das genau aussehen wird, weiß ich auch noch nicht. Aber – und da kann ich Herrn Rürup nur unterstützen – eines kann man schon jetzt sagen: Wir können es uns in dieser Situation nicht länger leisten, es bei der jetzigen Lebensarbeitszeit zu belassen oder sie sogar durch Frühverrentung abzusenken. Dafür braucht es keine großen mathematischen Modelle: Wenn die Lebenserwartung zunimmt, bekommen die Rentner beim jetzigen Renteneintrittsalter länger Rente, während die Zahl der Rentenbeitragszahler immer kleiner wird. Deswegen ist es notwendig, dass die Älteren länger am Arbeitsleben teilnehmen können als bisher. Das ist von ihnen mit Blick auf die Frühverrentungspraxis ja auch durchaus gewünscht. Das setzt allerdings ein anderes Denken voraus.

Nun sind wir hier bei einem wissenschaftlichen Symposium. In politischen Veranstaltungen sagen die Leute an dieser Stelle: Der Milbradt muss doch spinnen, wir haben hier doch jede Menge Arbeitslose, sollen die noch länger auf ihre Rente warten? In der Tat bedeutet die Erhöhung des Renteneintrittsalters für Arbeitslose keine Verlängerung der Lebensarbeitszeit, sondern faktisch eine Rentenkürzung. Aber darum geht es nicht. Die Zahl der Erwerbsfähigen wird bis 2020 um rund 800.000 abnehmen, im Augenblick haben wir rund 400.000 Arbeitslose. Selbst wenn es uns gelingt, jeden

Arbeitslosen wieder in den Wirtschaftsprozess zu integrieren, werden uns 400.000 Arbeitskräfte fehlen. Das heißt: Die Produktivität und die Lebensarbeitszeit der – dann deutlich älteren – sächsischen Arbeitnehmer müssen zunehmen, zumal sie wie gesagt viel mehr Rentner mitversorgen müssen als heute.

Wir müssen deshalb umdenken. Wir müssen uns zum Beispiel überlegen, wie wir Arbeit so organisieren können, dass auch ältere Menschen, die körperlich nicht mehr so leistungsfähig sind, bis zum 65. oder 67. Lebensjahr oder in fernerer Zukunft sogar noch länger am Arbeitsleben teilnehmen können. Hier sind die Arbeitgeber gefragt. Zum anderen müssen wir uns überlegen, wie Sachsen für junge Menschen aus Sachsen und anderen Ländern so attraktiv wird, dass sie hier arbeiten und eine Familie gründen wollen. Auch hier sind die Arbeitgeber gefragt, und manche gehen bereits mit gutem Beispiel voran, indem sie Betriebskindergärten einrichten oder ein betriebliches Kindergeld zahlen.

Andererseits sind hier die Tarifparteien in der Verantwortung. Bisher herrscht in den Lohn- und Besoldungssystemen das Anciennitätsprinzip. Wer jung und leistungsfähig ist und viel Geld braucht, weil er eine Familie gründen will, verdient wenig. Wer alt, nicht mehr so leistungsfähig ist und keine Kinder mehr zu versorgen hat, bekommt viel Geld. Wäre es nicht besser und humaner, wenn man dieses Prinzip umkehrt? Die jungen Leute würden dann viel Geld verdienen, weil sie eine Doppellast tragen: Sie sind produktiv im Beruf und ziehen zugleich den Nachwuchs auf, ohne den wir aussterben, ohne den unsere Gesellschaft keinen Bestand hat. Das wäre übrigens auch gut für die bessere Integration der Älteren ins Arbeitsleben, die ja heute im Vergleich zu jungen, unter Umständen leistungstärkeren Kollegen relativ teuer sind. Ich will hier niemandem etwas vorschreiben, sondern nur einen Anstoß geben, über vermeintliche Selbstverständlichkeiten nachzudenken.

Selbst wenn es uns gelingt, das Problem von Innovation und Produktivität zu lösen, bleibt noch viel zu tun. Schauen wir uns noch einmal das Gesundheitswesen an: Hier stehen wir z.B. vor der Herausforderung, dass die Bevölkerungsdichte abnimmt. Nicht dramatisch – sie ist heute höher als im Bundesdurchschnitt und deutlich höher als in vielen europäischen Nachbarländern. Sachsen wird auch künftig kein dünn besiedeltes Land sein, anders als etwa Mecklenburg-Vorpommern. Dennoch müssen wir uns überlegen, wie wir für diese weniger dichte Bevölkerung in der Fläche eine ausreichende medizinische Versorgung sicherstellen, ohne dass die Kosten pro Kopf überproportional steigen.

Ein Lösungsansatz wird sein, stärker als bisher die Möglichkeiten der modernen Telekommunikation und Datenverarbeitung, kurz: der Telemedizin zu nutzen, um die insbesondere in ländlichen Räumen größer werdenden Entfernungen zwischen Arzt und Patient zu überbrücken. Wir müssen zweitens stärker als bisher auf Eigenverantwortung und Prävention bei den Patienten setzen. Wir wissen, dass die Hauptursachen von Krankheit Übergewicht, Bewegungsmangel, Rauchen und Alkoholkonsum sind. Wenn wir gegen diese Risikofaktoren etwas tun, dann ist das gut angelegtes Geld, denn es erspart spätere kostspielige Behandlungen. Das gilt ganz allgemein, aber umso mehr vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung. Denn mit dem Anstieg der Lebenserwartung nimmt auch die Zahl bestimmter geriatrischer Erkrankungen zu, Diabetes zum Beispiel.

Die Staatsregierung hat deshalb gemeinsam mit vielen Partnern aus dem Gesundheitsbereich einen Gesundheitszieleprozess initiiert. Beim Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“ setzt die Sächsische Staatsregierung bewusst einen Schwerpunkt auf die junge Generation. Es geht darum, vermeidbare Gesundheitsrisiken bereits im Kindesalter zu vermeiden, oder positiv formuliert: darum, gesundheitsförderliche Ver-

haltensweisen bei Kindern und Jugendlichen zu unterstützen.

In diesem Zusammenhang auch eine Anmerkung zum Rauchverbot: Es geht dabei meines Erachtens nicht nur darum, Nichtraucher vor den Gefahren des Passivrauchens zu schützen. Dies allein ist schon schlimm genug. Und dass man einer Kellnerin zumutet, den ganzen Tag lang in einer verqualmten Kneipe zu arbeiten, ist keineswegs im Sinne einer freiheitlichen Gesellschaft. Freiheit heißt ja nicht nur, dass man alles tun darf, was erlaubt ist, sondern dass man dabei auch auf andere Rücksicht nehmen muss. Ich finde, wir müssen über den Nichtraucherschutz hinausgehen. Wir müssen in Bezug auf das Rauchen auch ein Umdenken bewirken. Das geht nicht allein mit Verboten, vielleicht sogar einem straf- oder bußgeldbewehrten Rauchverbot in allen öffentlichen Einrichtungen. Rauchen muss sozial geächtet werden.

Hier haben insbesondere wir Älteren eine Vorbildfunktion. Wir müssen unseren Kindern und Jugendlichen klarmachen und vorleben, dass Rauchen nicht schick ist. Das gilt insbesondere für junge Mädchen, bei denen der Tabakkonsum im Augenblick noch zunimmt, unter anderem weil sie meinen, das sei ein Teil ihrer Emanzipation. Ich habe am Anfang über Amerika gelacht, als man dort die Raucher auf die Straße geschickt hat. Aber als ich mir angesehen habe, wie hoch die Zahl der Eintrittsraucher bei uns ist, habe ich nicht mehr gelacht. Der amerikanische Ansatz, das Rauchen sozial zu ächten, hat sehr viel für sich. Und was die Durchsetzbarkeit betrifft: Sogar mein geliebtes Urlaubsland Italien, dessen öffentliche Verwaltung und Regierung sonst so chaotisch wirken, hat es geschafft, ein Rauchverbot durchzusetzen. Wenn das dort geht, dann muss das doch auch in Sachsen oder Deutschland möglich sein, ohne dass hier der große Aufstand ausbricht! Wir nehmen aber bei der Prävention nicht nur die Jugend in den Blick. Das Sächsische Sozialministerium hat bereits mit der Vorarbeit zur Entwicklung eines Gesundheitszieles „Gesund im Alter“ begonnen.

Neben Telemedizin und Prävention brauchen wir eine bessere Vernetzung von stationären und ambulanten Einrichtungen. In diesem Zusammenhang wird in letzter Zeit häufig über das Projekt der modernen Gemeindegeschwester berichtet. Dies ist ein Modellprojekt, das die Staatsregierung, die Kassen und die KVS gemeinsam geplant haben. Ich halte dieses Projekt für sehr wichtig. Wir brauchen nicht für alles und jedes den hochqualifizierten und teuren Arzt. Die Arbeitsteilung zwischen Arzt und medizinischem Personal kann durchaus verbessert werden. Ein Blick ins Ausland zeigt, dass das durchaus möglich ist, ohne dass die Lebenserwartung dort deutlich niedriger liegt als bei uns, im Gegenteil: in manchen anderen Ländern haben die Menschen ja eine deutlich höhere Lebenserwartung als bei uns.

Die Gemeindegeschwester soll deshalb als „verlängerter Arm“ den Hausarzt in seiner Tätigkeit bei den Patienten zuhause unterstützen. Damit werden die Hausärzte von zeitraubenden Hausbesuchen entlastet, die zwar für die Patienten wichtig sind, aber eigentlich gar nicht die Anwesenheit eines Arztes erfordern. Dadurch kann sich der Arzt gewissermaßen auf sein Kerngeschäft konzentrieren, die Sicherstellung der im engeren Sinne medizinischen Versorgung.

Wir bemühen uns derzeit um eine Finanzierung des Modellprojekts aus europäischen Fördermitteln. Gleichzeitig haben wir die Kassen gebeten zu prüfen, ob und inwieweit eine Beteiligung an den nicht förderfähigen Kosten möglich ist. Ich bin sehr dankbar, dass die AOK Sachsen gemeinsam mit anderen gesetzlichen Krankenkassen inzwischen eine Beteiligung an der Finanzierung zugesagt hat.

Darüber, wie man die Potenziale der Älteren besser nutzen kann, habe ich mit Blick auf die Wirtschaft schon gesprochen. Es gibt aber auch noch einen gesundheitspolitischen Aspekt. Wir haben das Problem, dass ein wachsender Teil der Älteren keine Kinder und Enkel und damit keine

Familie hat, die für sie sorgen kann. Die von uns allen bevorzugte häusliche Pflege wird deshalb in vielen Fällen schon deshalb nicht mehr möglich sein. Hier müssen wir neue Wege finden, etwa durch betreute Wohngemeinschaften von Senioren, die sich weitgehend selbst versorgen und damit länger geistig und körperlich aktiv und fit bleiben.

Noch eine weitere Sorge verbindet sich für mich mit dem Thema Demographie: Die Auswirkungen der Alterung auf politische Entscheidungen. Zunächst einmal hat eine ältere Gesellschaft andere Bedürfnisse als eine jüngere. Neue Sportplätze werden also eine niedrigere Priorität haben als neue Seniorenclubs. Wirklich problematisch ist aber etwas anderes: Ein immer größerer Teil der älteren Generation wird weder Kinder noch Enkel haben und damit aus dem normalen innerfamiliären Generationenvertrag herausfallen. Diese Generation Enkellos wird sich bei Wahlen möglicherweise egoistischer verhalten und sich nur noch für das eigene Wohlergehen interessieren, nicht aber für das der Kinder und Enkel anderer Leute. Ein Blick nach Berlin, wo die Grauen Panther bei der Abgeordnetenhauswahl in Berlin aus dem Stand 3,8% der Stimmen bekommen haben, sollte uns zu denken geben.

Im Fernsehen wurde kürzlich der „Aufstand der Alten“ inszeniert. Ich glaube, dass die Realität eine andere sein wird: Politisch sind die Alten in der Mehrheit und die Jungen werden revoltieren. Aber sie werden das anders tun als die Alten im Fernsehen: Sie werden sich aus unserem Sozialsystem verabschieden, wenn sie den Eindruck haben, dass sie zu stark belastet werden. Deshalb müssen wir – auch im Interesse der Älteren – eine Antwort darauf finden, wie wir die Jungen vor den Alten schützen können. Denn auf die Dauer geht die Rechnung der Älteren nicht auf, sie könnten sich aus den Einsparungen bei der halbierten Enkelgeneration finanzieren. Dann stirbt irgendwann der letzte Deutsche. Es ist also auch im Interesse der

heutigen und künftigen Älteren, wenn wieder mehr Kinder geboren werden. Das bedeutet aber, dass wir mehr Ressourcen sowohl des Staates als auch der Sozialsysteme dafür einsetzen müssen, dass wieder mehr Kinder geboren werden.

Das heißt für die gegenwärtige mittlere Generation, dass sie zwei zunächst wachsende Lasten schultern muss, nämlich die Versorgung der zunehmenden Zahl von Rentnern und der hoffentlich wieder zunehmenden Zahl von Kindern. Damit das funktioniert, werden wir unsere gegenwärtigen Sozialsysteme anders konstruieren müssen. In der Rentenversicherung sind bereits Teillösungen gefunden worden, indem stärker auf Kapitaldeckung gesetzt wird. Ich könnte mir aber auch vorstellen, dass man hier die Humankapitalbildung stärker berücksichtigt, indem man die Höhe der Rente von der Zahl der Kinder abhängig macht. Im Augenblick ist der Nutzen von Kindern als künftigen Beitragszahlern sozialisiert, die Kosten sind dagegen privatisiert. Auch in der Pflegeversicherung werden wir nicht umhin kommen, die demographische Entwicklung stärker zu berücksichtigen. Im Moment ist das aber kein Thema; die Bundesministerin hat dazu erst für nächstes Jahr einen Vorschlag angekündigt. Meine Damen und Herren, Sie sehen: Veränderungen sind unvermeidlich. Unsere Gesellschaft neigt allerdings dazu, Veränderungen als Angriffe auf Besitzstände zu interpretieren. Wenn Sie sich die Zeitungen mit vielen Bildern und wenig Text ansehen, dann werden Sie feststellen, dass die Themen, die dort gesetzt werden, oft etwas mit den tatsächlichen oder vermeintlichen Ängsten der Bürger zu tun haben. Diese Themen werden nicht ins Blatt gehoben, weil sie die Bürger nicht interessieren; die Zeitung muss ja verkauft werden. Das heißt: Es gibt in unserer Gesellschaft

eine Zukunftsfurcht, die es in anderen europäischen Ländern in dieser extremen Form nicht gibt.

Hier muss uns ein Mentalitätswandel gelingen. Wir müssen lernen, die Zukunft als etwas Positives zu sehen. Ich zum Beispiel finde es gut, dass der medizinische Fortschritt es ermöglicht, länger zu leben und länger gesund zu sein. Ich will auch länger arbeiten als bis 65, ohne dass dies jetzt mit irgendwelchen konkreten Absichten verbunden wäre. (Gelächter im Publikum) Was also soll an der Zukunft schlimm sein? Wir brauchen Veränderungen nicht zu fürchten, wenn wir uns auf sie einstellen, wenn wir die Zukunft nicht als Bedrohung für das ansehen, was wir erreicht haben, sondern als eine Chance, uns weiter zu verbessern – und das gilt für alle, Alte wie Junge.

Wenn dagegen alles so bleibt, wie es ist, dann geraten wir in eine Situation, in der sich uns keine Chancen mehr bieten, weil wir sie vertan haben. Und wenn wir uns der Veränderung verweigern: der Rest der Welt wird sich auf jeden Fall verändern. Denn nichts ist so beständig wie der Wandel. Natürlich wird es uns kaum gelingen, dass alles so bleibt wie es ist. Veränderung lässt sich nicht vermeiden, und deshalb wäre es besser für uns, diese Veränderungen mutig anzupacken und zu gestalten. Hier liegt für die Politik eine wichtige Führungsaufgabe.

Das heißt nicht nur, nicht länger zur allgemein miesen Stimmung beizutragen. Es reicht auch nicht, den Bürgern Mut zur Veränderung und schöne Reformpläne zu machen. Die Politik muss auch bereit sein, sich selbst zu verändern. Das fängt damit an, dass wir aufhören, die junge Generation immer stärker zu belasten. Ich meine damit nicht nur die Sozialsysteme, sondern auch den

Staatshaushalt: Es macht doch keinen Sinn, Schulden zu machen, wenn in unserem Land faktisch nicht mehr investiert wird – sieht man von der Aufbausituation in Ostdeutschland ab – und sogar ein Verzehr öffentlichen Kapitals stattfindet wie in Westdeutschland. Jede Generation muss lernen – und das gilt auch für meine Generation, für die Generation hier im Saal – dass wir unsere Probleme selbst lösen und auch selbst dafür bezahlen müssen, statt die heutigen „Lösungen“ von künftigen Generationen bezahlen zu lassen.

Dazu gehört, dass die Politik ehrlich über die Zukunftslasten ihrer Entscheidungen informiert, und zwar nicht nur über die offizielle Staatsverschuldung, sondern auch über die impliziten Schulden, die in den Sozialsystemen stecken. Vor allem müssen wir über die Pensionen des öffentlichen Dienstes reden. Es sind einige Bundesländer in Ost wie West dazu übergegangen, Angestellte durch Beamte zu ersetzen, weil die billiger sind. Kurzfristig stimmt das sogar, aber das kann man nur machen, weil man bei der kameralistischen Rechnungslegung anders als in der kaufmännischen Buchführung keine Rückstellungen auf der Passivseite bilden muss. Wenn die Pensionen fällig werden, müssen sie trotzdem bezahlt werden, und zwar von einer kleineren Bevölkerung.

Deswegen haben wir in Sachsen – und darauf bin ich stolz – einen kapitalgedeckten Fonds eingerichtet, in dem wir Rückstellungen für die künftigen Pensionen unserer heutigen Beamten bilden. Wir hinterlassen künftigen Generationen also in dieser Hinsicht keine versteckten Schulden. Ich fände es auch fatal, wenn wir für die Zukunftslasten unserer heutigen Entscheidungen nicht selbst Vorsorge treffen würden!



## 28. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern

Der Einladung des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer zur Tagung am 24. März 2007 waren die Vorsitzenden der Kreisärztekammern, Mitglieder des Vorstandes, Mitarbeiter der Sächsischen Landesärztekammer und Gäste gefolgt.

Der Präsident, Herr Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, begrüßte zu Beginn insbesondere Frau Dr. med. Ellen Maneck, Bautzen, Dr. med. Wilmar Hubel, Stollberg und Herrn Dipl.-Med. Edwin Lehmann, Niederschlesischer Oberlausitzkreis. Sie sind neu in die Funktion des Vorsitzenden einer Kreisärztekammer gewählt wurden. Anschließend ging Prof. Dr. Schulze auf die Schwerpunkte der Tätigkeitsberichte der Kreisärztekammern ein. In der Mehrzahl der Kreisärztekammern erfolgte 2006 eine verstärkte berufspolitische Arbeit zu den Themen: Gesundheitsreform, Tarif-

verträge oder Wahl zur Kammerversammlung. Einige Kreisärztekammern hatten aktiv zur Beteiligung an den Protestveranstaltungen der Ärzteschaft in Berlin aufgerufen und Mitfahrgelegenheiten organisiert. Zugleich gab es eigene Veranstaltungen vor Ort mit Vertretern der Kommunal- und Landespolitik und Gespräche mit Bundestags- und Landtagsabgeordneten zu den Defiziten der „Gesundheitsreform“. Viele Kreisärztekammern engagieren sich auch in gesellschaftlicher Hinsicht. Es gab Kontakte mit der Jugendhilfe, dem Ordnungsamt sowie Kreistagen und Oberbürgermeistern. Dort waren regionale Probleme der Anlass für die Arbeitstreffen. Genannt wurde insbesondere die verstärkte Frequentierung der Rettungsstellen, die Umwandlung von Klinikambulanzen in 24-Stunden-Sprechstunden sowie eine Zunahme von Beschwerden durch Patienten. In den meisten Fällen handelte es sich jedoch um Kommunikationsprobleme, welche durch direkte Gespräche geklärt werden konnten.

### Aktuelle Probleme der Gesundheits- und Berufspolitik

#### Nachfolge für Kreisärztekammern

Bevor der Präsident zur aktuellen Gesundheitspolitik übergehen konnte, musste er auf zwei Kreise aufmerksam machen, in denen es große Schwierigkeiten bei der Nachbesetzung der Kreisärztekammern gibt. Dies sind die Kreisärztekammern Riesa-Großenhain und Chemnitzer Land. Trotz intensiver Bemühungen der Vorsitzenden ist es in der Vergangenheit immer seltener gelungen, die Ärzte für die Mitarbeit in der Kreisärztekammer zu gewinnen. Selbst das Interesse an berufspolitischen regionalen Veranstaltungen ging stetig zurück. Der ärztliche Zusammenhalt scheint in diesen Regionen kaum zu existieren. Besonders deutlich wurde dies auf einer Mitgliederversammlung der Kreisärztekammer Riesa-Großenhain. Von 350 eingeladenen Ärzten kamen nur 20, um über die Zukunft der ärztlichen Selbstverwaltung zu diskutieren. Wenn sich in dieser Region keine Nachfolger für den Vorstand fin-



Podium: Dr. Eberhard Huschke, Dr. Katrin Bräutigam, Dr. Giesela Trübsbach, PD Dr. jur. Dietmar Boerner, Prof. Dr. Jan Schulze, Dr. Stefan Windau, Prof. Dr. Otto Bach (v.l.)

den, dann wird es ab dem 30. Juni 2007 keine Kreisärztekammer Riesa-Großenhain mehr geben und sich die Selbstverwaltung von unten demontieren. Die regionalen Fragen und Probleme können dann nur noch unzureichend bearbeitet werden. Hier sieht der Präsident dringenden Handlungsbedarf und bittet die sehr aktiven Vorsitzenden der Kreisärztekammern um Unterstützung, damit man nicht der Politik in die Hände spielt, die eine Abschaffung der Selbstverwaltung anstrebt.

#### Gesundheitsreform

Mit Blick auf den 1. April 2007, dem Inkrafttreten der Gesundheitsreform, verdeutlichte Prof. Dr. Schulze seine Ansicht der drohenden Staatsmedizin in Deutschland. Einheitlicher Beitragsatz, Implementierung eines Risikostrukturausgleiches und die Krankenkassen als Beitragseinzugsstelle zementieren den Einfluss des Staates auf die medizinische Versorgung. Von Selbstverwaltung könne bald keine Rede mehr sein, denn Ärzte werden ohne jeden Schutz in Einzelverträge getrieben werden. Staatliche Institute bereiten den Weg in die Billigmedizin vor. Wartelisten, Kapazitätsengpässe und immer längere Wege für die Patienten auf dem Land zum Arzt werden die Folgen sein. Die finanziellen Belastungen führen zu weiteren Einsparungen bei Personal und Sachkosten im Krankenhaus und zu einer weiteren Privatisierung öffentlicher Kliniken. Positiv an der Reform seien nur die Aufhebung des Vergütungsabschlages Ost seit 1. Januar 2007 und die geplante Pflichtversicherung.

#### Vertragsarztrechtsänderungsgesetz

Neue Möglichkeiten der Berufsausübung in ambulanter Versorgung sollte das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz schaffen und in Sachsen den Ärztemangel lindern. Die Anstellung von

Ärzten in größerem Umfang und eine Tätigkeit an mehreren Orten – auch über Grenzen der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) hinweg – ist durch das Gesetz möglich. Vertragsärzte können nun Filialen bilden und sich innerhalb oder außerhalb ihres KV-Bezirks in Berufsausübungsgemeinschaften zusammenschließen. Mit Teilzulassung können Ärzte halbtags im Krankenhaus oder im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) arbeiten, die sonstige Zeit dann freiberuflich in der eigenen Praxis. Die bisherigen Altersgrenzen für die Zulassung und das Ausscheiden aus Praxis entfallen bei einer ärztlichen Unterversorgung. Doch woher will man Ärzte nehmen, die bereit sind, sich nach dem 58. Lebensjahr in die eigene Praxis zu begeben oder die sich anstellen lassen? Und die Mehrzahl der niedergelassenen Ärzte wollen vor dem 65. Lebensjahr in den Ruhestand gehen. Das Gesetz, so das Fazit des Präsidenten, löst das Problem des Ärztemangels in Sachsen nicht, weil es nicht gelingt, junge Ärzte hier zu halten.

#### Wahl zur Kammerversammlung

Prof. Dr. Schulze wies zum Abschluss seines Vortrages auf die Wahl zur Kammerversammlung hin. Es gibt insgesamt 143 Kandidaten für die 101 Sitze, sodass tatsächlich eine Wahlmöglichkeit für die Ärzte besteht. Von den Kandidaten sind 53 bereits Mandatsträger der Kammerversammlung. Es kandidieren 41 Frauen und 102 Männer um die Sitze. Davon sind 65 angestellte Ärzte und 64 in eigener Niederlassung sowie 10 im Ruhestand. Darunter befinden sich 37 Allgemeinmediziner, 38 FÄ für Innere Medizin, 12 Chirurgen und 10 Anästhesiologen. Der Präsident forderte die Ärzte auf, von ihrem Wahlrecht auch Gebrauch zu machen.

#### Stationäre und ambulante Versorgung unter DRG-Bedingungen

Dr. med. Stefan Windau, Vizepräsident  
Dr. med. Eberhard Huschke, Vorsitzender Ausschuss Krankenhaus

Die Krankenhausfinanzierung wird bis 2009 von der pflegetagorientierten Bezahlung (Selbstkostendeckung) auf eine leistungsbezogene Vergütung umgestellt. Aus einer Finanzierungsfunktion (GKV hatte die Mittel aufzubringen, um den Ressourcenverbrauch der Krankenhäuser adäquat abzudecken) wird eine Steuerungsfunktion, bei der nicht mehr Kosten, sondern Leistungen im Mittelpunkt der Vergütung stehen (GKV vergütet die in DRG-Diagnosegruppen zusammengefassten Fälle).

Vier Jahre nach Einführung des G-DRG-Vergütungssystems ist zunächst ein immenser Mehraufwand an ärztlicher Arbeitszeit für die Kodierung zur leistungsgerechten Bezahlung der am Patienten erbrachten Leistung zu beklagen. Das betrifft zunächst die exakte Einordnung des „Falles“ in eine Diagnosegruppe (wenn ich etwas vergesse – wird es nicht bezahlt). Frustrierend ist die darüber hinaus die von den Kassen geforderte Rechtfertigung dieser Abrechnung in einem hohen Anteil (2004 1,5 Mio. MDK-Begutachtungsfälle).

Die Orientierung auf diagnosebezogene Bezahlung bedeutet natürlich auch ein Umdenken jedes Mitarbeiters in der Nutzung vorhandener Ressourcen.

Die unter der fallpauschalierten Vergütung erwartete Verkürzung der stationären Verweildauer hat zu einer stärkeren Nachfrage von vertragsärztlichen Leistungen geführt, ohne dass bisher eine adäquate Anpassung der Finanzierung erfolgt ist. Die „ambulante Öffnung“ der Krankenhäuser, die Einrichtung „Medizinischer Versorgungszentren“ und die integrierte Versorgung stehen im Fokus der Gesundheitsreformgesetzgebung und werden die Schnittstelle zwischen vertragsärztlicher Versorgung und Krankenhausbehandlung nachhaltig beeinflussen. Auch die Umstellung der vertragsärztlichen Vergütung, verbunden mit einer Reglementierung durch fachgebietsbezogene Regelleistungsvolumina, werden als Einflussgrößen auf die Versorgung zu wer-

ten sein. Die derzeitige Diskussion, ambulante Versorgung unter DRG-Bedingungen, findet jedoch vorwiegend noch auf der Ebene der nicht datengestützten Meinungsäußerung statt. Soll die Medizin zukünftig nicht vorwiegend ökonomisch dominiert werden („Preis- statt Qualitätswettbewerb“), müssen kurzfristig qualifizierte Untersuchungen zum Einfluss veränderter ökonomischer Rahmenbedingungen auf die Qualität und das Angebot der Versorgung durchgeführt werden.

### Lebhafte Diskussion

Die DRG bedingte Verkürzung des stationären Aufenthaltes der Kranken führt zur Orientierung auf eine Behandlungsdiagnose und daraus folgende häufige Wiederaufnahme ins Krankenhaus, zur Verlagerung diagnostischer Maßnahmen in die Ambulanz, zur Verschiebung von Leistungen vom stationären zum Beispiel in den ambulanten Sektor mit Überlastung der Notfallaufnahmen und der Rettungsstellen der Krankenhäuser sowie zur Verlagerung einer gewissen bis 2002 von den Krankenhäusern wahrgenommenen Pflege(heim)funktion bei sozial schwieriger Situation des Patienten auf die Ambulanz. Die befürchtete „blutige Entlassung“ durch die Verweildauersenkung wird so umgangen. Es bedarf einer fundierten Versorgungsforschung, die mögliche Fehlentwicklungen und diesbezügliche Lösungsansätze anhand belastbarer Daten nachweisen und aufzeigen kann. Der Einfluss der Fallpauschalierung auf Art, Umfang und Qualität der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und diagnostischen Tiefe, auf die Versorgung chronisch kranker Patienten unter besonderer Berücksichtigung der sektorübergreifenden Behandlung muss untersucht werden. Aber auch unter Berücksichtigung der neu zu definierenden Schnittstelle zwischen Akutbehandlung (Krankenhaus) und der Vor- und Nachbehandlung (ambulante Behandlung, Rehabilitation), der Einfluss der geänderten Rahmenbedingungen auf das regionale Versorgungsangebot und die Auswirkungen auf die Patientenzufriedenheit, auf die ärztlichen Arbeitsbedingungen und auf die ärztliche Weiterbildung der Fallpauschalierung sollte wissenschaftlich abgeklärt werden.

### Fortbildung und Sponsoring

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach  
Vorstandsmitglied, Vorsitzender der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung  
Fortbildung als lebenslanger Lernprozess ist eine ärztliche Berufspflicht. Bei der Erfüllung dieser Verpflichtung ist aufgrund der gewachsenen Strukturen eine Kooperation von Ärzteschaft und Dritten in vielen Bereichen notwendig. Diese Zusammenarbeit muss so gestaltet sein, dass die Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit und das Patientenwohl als oberste Handlungsmaxime der medizinischen Versorgung in jedem Fall sichergestellt ist. Das bedeutet insbesondere, dass die Inhalte ärztlicher Fortbildung unabhängig von wirtschaftlichen Interessen Dritter und frei von kommerziellen Einflüssen auf Diagnostik und Therapie in Klinik und Praxis zu erhalten sind. Die gesetzlichen Rahmen sind die §§ 299, 331 bis 334 des Strafbuchgesetzes und die Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 24.6.1998 in der Fassung der Änderungssatzung vom 6.7.2006. Herr Prof. Dr. Bach wird diese bedeutsame Thematik „Fortbildung und Sponsoring“ der sächsischen Ärzteschaft in einem ausführlichen Beitrag in unserem Kammerorgan im zweiten Quartal 2007 darstellen.

### Online-Anmeldung von Fortbildungsveranstaltungen

Frau Dr. med. Kathrin Bräutigam  
Ärztliche Geschäftsführerin  
Eine ausführliche Darstellung der Online-Anmeldung von Fortbildungsveranstaltungen wird im Heft Mai 2007 des „Ärzteblatt Sachsen“ erfolgen.

### Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und des elektronischen Arztausweises (HPC) ab 2007 – Sachstand

Dr. med. Günter Bartsch  
Vorstandsmitglied  
Frau Dipl.-Ök. Kornelia Keller, Kaufmännische Geschäftsführerin  
Die Aktivitäten beschränken sich zurzeit vor allem auf zwei Testregionen in Deutschland: Schleswig-Holstein und Sachsen. Seit Ende September 2006 wurden in diesen Regionen die Voraussetzungen für den Beginn einer Testung durch Ausgabe der ersten elektro-

nischen Gesundheitskarte und neuer Kartenlesegeräte geschaffen. 25 Ärzte, 15 Apotheken und ein Krankenhaus sind in Sachsen in den Test einbezogen. Die geplante Ausgabe von elektronischen Gesundheitskarten an 10.000 Patienten wurde bis zum 16. 3. 2007 erreicht und in dieser Zeit auch schon über 2.700 mal in den Testpraxen bearbeitet. Eine Offline-Testung des elektronischen Rezeptes unter Einbeziehung des elektronischen Heilberufausweises ist ab Mitte des Jahres 2007 geplant. Online-Testungen sind frühestens Ende 2007 zu erwarten. Die Diskrepanz zu dem geplanten Termin der flächendeckenden Einführung der elektronischen Gesundheitskarte ab 1.1. 2006 ist offensichtlich. Konkrete Maßnahmen ergeben sich bisher weder für Arztpraxen noch für Krankenhäuser.

### Erstellung eigener Homepages der Kreisärztekammern

Dr. med. Lutz Pluta  
Vorsitzender der AG Multimedia und Gesundheitstelematik  
Die regionale Präsentation der Kreisärztekammern durch eigene Homepages ist zu begrüßen, weil sie in besonderer Weise die Beziehung zu den Ärzten vor Ort pflegen und regionale Informationen besser darstellen können. Damit wird ein Zusammenhalt der Ärzte in den kreisfreien Städten und Landkreisen des Freistaates Sachsen gefördert. Die Kreisärztekammern sind gemäß der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer sowie der ihrer Tätigkeit zugrunde liegenden Geschäftsordnungen rechtlich unselbstständige Untergliederungen der Sächsischen Landesärztekammer und unterstehen deren Aufsicht. Da die Veröffentlichung von Internetseiten mit zivil- und strafrechtlichen Risiken verbunden ist, für deren Verletzung letztendlich der Präsident haftet, hatte der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer am 7. März 2007 verbindliche Regelungen für die Erstellung von Homepages der Kreisärztekammern beschlossen. Dr. Pluta stellte diese Regelungen zu den Inhalten, der Freigabe und der grafischen Gestaltung ausführlich vor.

Prof. Dr. med. Winfried Klug  
Knut Köhler M.A.

Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## Zehn Fragen an: Herrn Dr. med. Michael Burgkhardt



Dr. med. Michael Burgkhardt  
Vorsitzender des Ausschusses  
Notfall- und Katastrophenmedizin

**1. Seit wann leiten Sie den Ausschuss?**  
Ich leite den Ausschuss Notfall- und Katastrophenmedizin seit September 1990.

**2. Was hat Sie bewogen, im Ausschuss mitzuarbeiten?**

Ich habe mich seit früher Jugend für die Notfallmedizin interessiert, habe vor dem Studium und während des Studiums als „SMH-Krankentransporteur“ gearbeitet, war mehrfach hauptamtlich als Notarzt tätig und habe in der DDR an verschiedenen notfallmedizinischen Bildungsmodellen für Ärzte und nichtärztliche Mitarbeiter mitgewirkt. Diese Bildungsarbeit und die Umsetzung in neue Strukturen nach der politischen Wende fand ich jederzeit spannend und wichtig. Ich halte es unverändert für notwendig, dass ärztlicher Sachverstand in die breite Palette von Notfall- und Katastrophenmedizin eingebracht wird.

**3. Wie viele Mitarbeiter aus welchen Fachgebieten hat der Ausschuss?**

Der Ausschuss besteht aus drei ambulant tätigen Kollegen und sieben Krankenhausärzten: drei Allgemeinmedizinern, vier Anästhesisten, zwei Chirurgen und einem Internisten.

**4. Was sind die aktuellen Schwerpunkte der Ausschussarbeit?**

Zu den aktuellen Schwerpunkten des Ausschusses gehören: Vorbereitung und Auswertung der notfallmedizinischen Kurse – Kompaktkurse Notfallmedizin, Ärztlicher Leiter Rettungsdienst, Leitender Notarzt, Refresherkurse für Leitende Notärzte und Intensivtransportkurse. Weiterhin die Richtlinien für Intensivtransport im Freistaat Sachsen, die Sanitätsmittelbevorratung für den Katastrophenfall, Stellungnahmen zur Leitstellenproblematik und aktuelle Probleme aus der Notfallversorgung. Außerdem stellt der Ausschuss die Mitglieder für die Prüfungskommission Notfallmedizin zur Abnahme der Prüfungen für die Zusatzbezeichnung.

**5. Was war die bisher interessanteste Fragestellung/Aufgabe?**

Die interessanteste Fragestellung war das bereits zu Beginn der Ausschussarbeit gesetzte Ziel, eine komplexe notfallmedizinische Bildung durch vielschichtige Kurse zu entwickeln. Die sächsischen Kurse genießen ein hohes Ansehen, das sich durch den Besuch zahlreicher Ärztinnen und Ärzte auch aus anderen Bundesländern zeigt. Das Kursprogramm Ärztlicher Leiter Rettungsdienst wird von anderen Kammern als Vorbild angesehen; Referenten unserer Kurse sind auch in anderen Bundesländern zu finden. Innerhalb der Bundeskonferenz Rettungsdienst konnten die eigenen Erfahrungen erfolgreich eingebracht werden.

**6. Warum würden Sie jungen Ärzten die Mitarbeit im Ausschuss empfehlen und was würden Sie ihnen mit auf den Weg geben?**

Ich empfehle jungen Kolleginnen und Kollegen, die sich für die komplexe Problematik der Notfallversorgung in Deutschland interessieren die Mitarbeit, wenn sie bereit sind, sich allumfassend zu informieren und aktiv im Gremium mitzuarbeiten. Wünschenswert ist auch, wenn sich künftige Interessenten für die Referiertätigkeit in den unterschiedlichen notfallmedizinischen Bildungsveranstaltungen anbieten würden.

**7. Was würden Sie gern ändern?**

Die Arbeitsweise hat sich im wesentlichen während der vergangenen Wahlperioden bewährt. Die Zusammenarbeit zwischen den Ausschussmitgliedern ist kollegial und fruchtbar. Erwägenswert wäre es, die Vertreter in den Bereichsbeiräten Rettungsdienst zur regelmäßigen Berichterstattung und zum Erfahrungsaustausch in die Sitzungen des Ausschusses einzuladen.

**8. Welche Unterstützung benötigen Sie für die Tätigkeit im Ausschuss?**

Der Ausschuss erfährt eine gute und angenehme Unterstützung durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle insbesondere bei der Vorbereitung und Durchführung von Kursen und Bildungsveranstaltungen. Weiterhin gestaltet sich die Zusammenarbeit mit der Rechtsabteilung bei der Erarbeitung von Stellungnahmen im Rahmen von Anfragen zu notfallmedizinischen Problemen und Verordnungen oder Satzungsänderungen völlig komplikationslos. Eine weitergehende Unterstützung durch Andere ist nicht erforderlich.

**9. Welche Schwerpunkte sehen Sie in der Zukunft?**

In der Zukunft sehe ich die folgenden Schwerpunkte: Fortschreibung und Aktualisierung der Bildungsinhalte der Kompaktkurse Notfallmedizin, Vorbereitung und Durchführung der unterschiedlichen Bildungsveranstaltungen an den Kursorten Leipzig, Dresden und Oberwiesenthal, Aktenprüfung und Prüfungsabnahme für Fachkunden und Zusatzbezeichnung, kritische Bewertungen der sächsischen Leitstellenkonzeption und Mitwirkung bei der Umsetzung des neuen Rettungsassistentengesetzes.

**10. Wie würden Sie die aktuelle Gesundheitspolitik in einem Satz beschreiben?**

Das Ende der Fahnenstange ist erreicht!

## Studie zum Gesundheitszustand von Ärzten in Sachsen

Es besteht kein Zweifel an Zusammenhängen von Gesundheitszustand und Berufszufriedenheit der Ärzte sowie der Versorgungsqualität der sich ihnen anvertrauenden Patienten. Die Ärzteschaft trägt nicht nur eine hohe Verantwortung für ihre Patienten, sondern auch für die eigene Gesundheit.

Zum Gesundheitszustand und der Berufszufriedenheit von Ärzten existieren nur wenige aktuelle Studien. Die ärztliche Berufspolitik schwebt auf diesem Gebiet über einem für sie gefährlichen Evidenzvakuum. In Wahrnehmung ihrer Verantwortung für die sächsische Ärzteschaft hat die Sächsische Landesärztekammer eine Studie entwickelt, dieses Vakuum durch systematisch erhobene Informationen aufzufüllen. Die Studie wurde unter Federführung von Frau Dr. med. Brigitte Güttler, Vorsitzende des Ausschusses Ärztinnen bei der Sächsischen Landesärztekammer, in Zusammenarbeit mit den Instituten für Arbeits- und Sozialmedizin sowie für Medizinische Informatik und Biometrie der Medizinischen Fakultät der TU Dresden entwickelt.

Bei der Studie handelt es sich um eine anonymisierte standardisierte Befragung einer repräsentativen Stichprobe beruflich aktiver sächsischer Ärztinnen und Ärzte mit weitestgehend validierten Instrumenten. Die Stichprobenmethode wurde gewählt, um methodische Standards einzuhalten und erhebliche Kosten für den Postversand und die Datenaufbereitung zu sparen. Die Stichprobe umfasst 25 Prozent der sächsischen beruflich aktiven Ärzteschaft und wird auf der Basis der Ärztedatei

bei der Sächsischen Landesärztekammer gezogen.

Die primären Ziele der Studie umfassen:

- die Erhebung beruflicher Belastungsfaktoren und deren Beziehungen zur subjektiven Gesundheit und zu Risikofaktoren des Arztes,
- die individuelle Bewertung der beruflichen Tätigkeiten und der wahrgenommenen beruflichen Anerkennung,
- die Erfassung von beruflicher Zufriedenheit und Zukunftsorientierung sächsischer Ärztinnen und Ärzte.

Die Abhängigkeit dieser Aussagen von ausgewählten beruflichen und individuellen Einflussfaktoren soll untersucht werden.

Mit der Studie sollen Basis- und Vergleichsdaten gewonnen und eine gesamtgesellschaftliche Wertung ermöglicht werden.

Die Aussendung der Fragebögen wird in der 17. Kalenderwoche (23. und 24. April 2007) erfolgen. Um die Rücksendung der beantworteten Fragebögen wird bis spätestens 18. Mai 2007 gebeten.

Die Ziele der Studie können zuverlässig nur durch eine hohe Beteiligung der sächsischen Ärztinnen und Ärzte an der Befragung erreicht werden. Davon hängt auch die Wirksamkeit dieser Ergebnisse in der politischen Diskussion ab. **Deshalb bitten wir alle Kolleginnen und Kollegen, die Studie durch ihre Teilnahme aktiv zu unterstützen.**

Prof. Dr. med. Jan Schulze  
Dr. med. Brigitte Güttler  
Prof. Dr. med. Hildebrand Kunath  
Prof. Dr. med. Klaus Scheuch

### Ärzteblatt Sachsen

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

### Herausgeber:

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

### Redaktionskollegium:

Prof. Dr. Jan Schulze  
Prof. Dr. Winfried Klug (V.i.S.P.)  
Dr. Günter Bartsch  
Prof. Dr. Siegwart Bigl  
Prof. Dr. Heinz Diettrich  
Dr. Hans-Joachim Gräfe  
Dr. Rudolf Marx  
Prof. Dr. Peter Matzen  
Uta Katharina Schmidt-Göhrich  
PD Dr. jur. Dietmar Boerner  
Knut Köhler M.A.

**Redaktionsassistent:** Ingrid Hüfner

### Anschrift der Redaktion:

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden  
Telefon 0351 8267-161  
Telefax 0351 8267-162

### Grafisches Gestaltungskonzept:

Hans Wiesenhütter, Dresden

### Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb:

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

Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe  
Anzeigendisposition: Silke El Gendy  
*Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste Nr. 10 vom 1.1.2007 gültig.*  
Druck: Druckhaus Dresden GmbH,  
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

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

### Bezugspreise/Abonnementpreise

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

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

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

ISSN: 0938-8478



# Qualitätssicherung Kardiologie 2005

## 1. Ergebnisse im Modul 21/3 Koronarangiographie und PTCA [percutaneous transluminal catheter coronary angioplasty]:

Die Anzahl der abgerechneten Prozeduren hatte im Jahr 2005 nochmals sprunghaft zugenommen (Abb. 1). Die Ursache dürfte wahrscheinlich in der Verfügbarkeit der Drug Eluting Stents (DES) zu suchen sein, die auch noch komplexe und lange Koronarstenosen als geeignetes Ziel erscheinen ließen.

Hinsichtlich der Komplikationsraten (vaskuläre Komplikationen, Myokardinfarkte, Todesfälle) lagen die Durchschnittswerte in Sachsen ausnahmslos im Bereich der bundesweit und international ermittelten Werte. Alle Todesfälle wurden im Rahmen eines strukturierten Dialogs aufgearbeitet; aufgrund der schriftlichen Antworten ergaben sich keine Auffälligkeiten, die weitere Diskussionen notwendig erscheinen ließen.

Die Darstellung der Altersverteilung zeigt, dass schon innerhalb eines ein-

zigen Jahres eine deutliche Anhebung des Altersdurchschnitts festgestellt werden kann. Während es bei der Altersgruppe 60 – 69 zu einer Abnahme um ca. 5% kam, wurde bei der Altersgruppe 70 – 79 ein Zuwachs in gleicher Höhe beobachtet.

Im Freistaat Sachsen lag die Rate der Todesfälle bei ca. 0,9% im Vergleich zu 0,8% im Jahr 2004. Besonders gefährdet waren Patienten mit akutem Koronarsyndrom (ACS), eingeschränkter LV-Funktion, Diabetes mellitus, Z.n. Bypass-Operation und kardiogenem Schock.

Im Bundesdurchschnitt (Median) lag die Mortalität bei 0,4% und damit deutlich niedriger als in Sachsen. Die Ursachen für diesen Unterschied sind auf Anhieb nicht eindeutig erkennbar. Zieht man jedoch andere Register zum Vergleich heran (Abb. 4), so stellt man fest, dass die Mortalitätsrate in Österreich und beim ALKK genau dieselbe Höhe erreicht wie in Sachsen. Erwartungsgemäß liegt die Mortalitätsrate beim QuLK-Register deutlich niedriger, da es sich hier-

bei mehrheitlich um elektive Interventionen handelte. Es muss deshalb befürchtet werden, dass die Mortalitätsrate im gesamten BQS-Bereich mit einem Medianwert von 0,4% aufgrund unvollständiger Erfassung falsch niedrig ist; dafür spricht die Tatsache, dass einzelne Abteilungen im Bundesgebiet ein Mortalität von 0% angegeben haben.

Verglichen werden das Österreichische Register, QuLK (Niedergelassene Kardiologien in Hessen), ALKK (Arbeitsgemeinschaft Leitender Krankenhaus Kardiologen) und Gesamt-BQS.

### Drug Eluting Stents

Eine überraschende Entwicklung im Bereich der interventionellen Kardiologie betraf die unerwartet hohe Komplikationsrate nach Implantation eines medikamenten-beschichteten Stents (Drug Eluting Stent). In den letzten Jahren erreichte die Penetrationsrate der DES in manchen Ländern nahezu 90%, da in allen großen Studien eine statistisch relevante Reduktion der Restenoserate erreicht werden konnte. Nachdem auch in



Abb. 1: Leistungszahlen inn der BRD

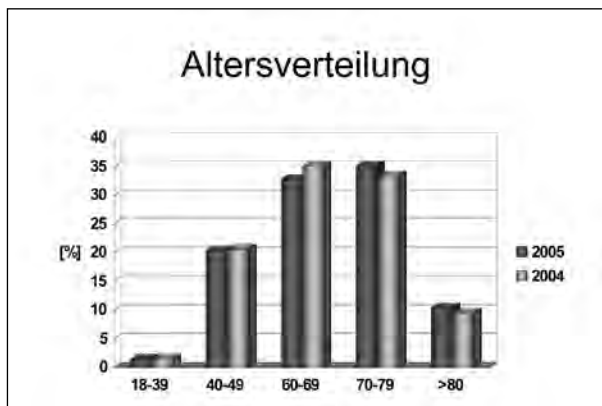


Abb. 2: Altersverteilung

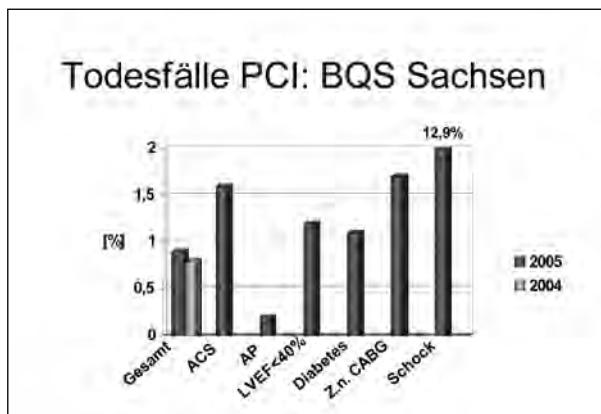


Abb. 3: Todesfälle nach PCI (percutaneous catheter intervention)

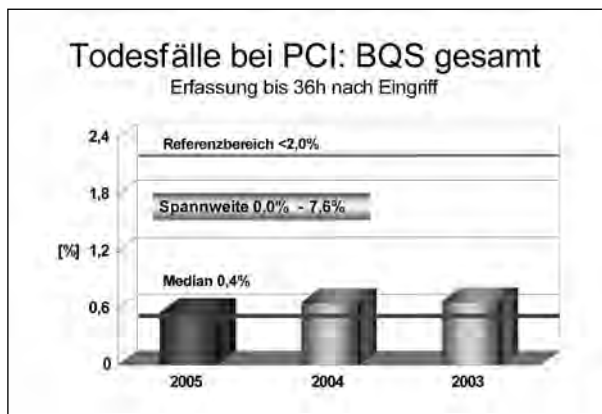


Abb. 4: Todesfälle nach PCI (BQS insgesamt)

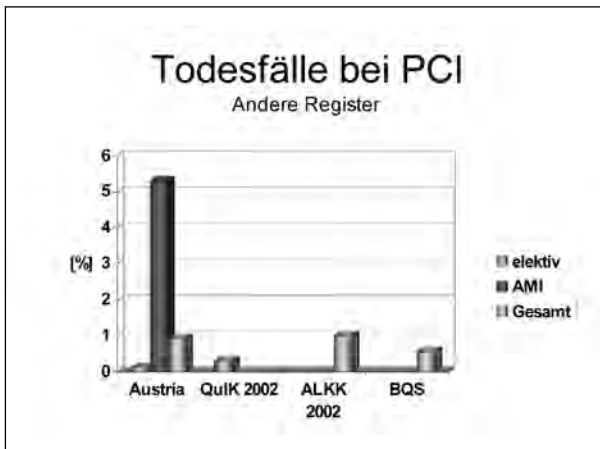


Abb 5: Mortalität in anderen Registern.

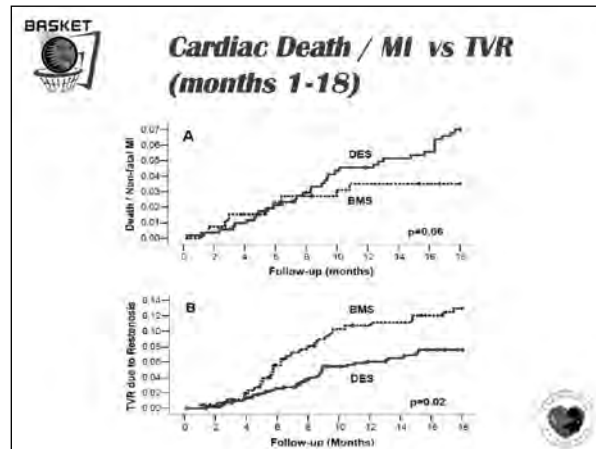


Abb 6: Basket Late Studie, Dr. C. Kaiser, Universitätsspital Basel

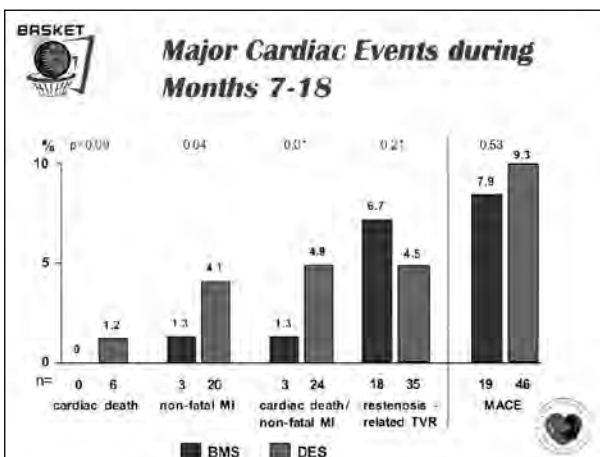


Abb 7: Basket Late Studie, Dr. C. Kaiser, Universitätsspital Basel

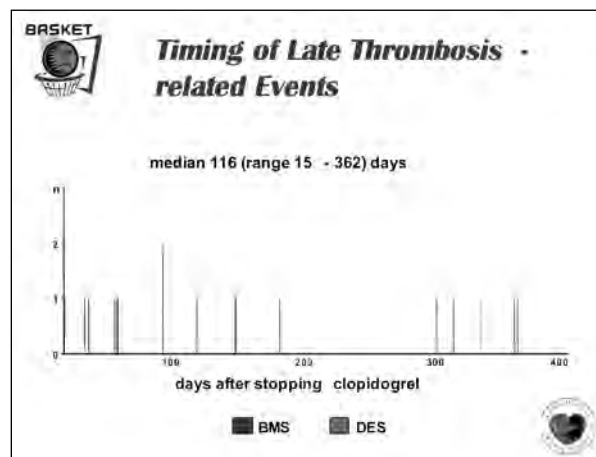


Abb 8: Basket Late Studie, Dr. C. Kaiser, Universitätsspital Basel

der Laienpresse dieses Thema ausgiebig besprochen wurde, kamen auch viele Patienten mit dem Wunsch in die Klinik, dass im Bedarfsfalle nur ein DES zum Einsatz kommen sollte.

Bei der Analyse von Langzeitverlaufsdaten stießen jedoch zwei Arbeitsgruppen unabhängig voneinander auf eine unerwartet hohe Komplikationsrate in Form von Spätthrombosen nach Implantation eines DES. Im Rahmen des Klinikärztetreffens im Dezember 2006 wurden die Ergebnisse der Basket Late Studie von Herrn Dr. C. Kaiser aus Basel vorgestellt. Die nachstehenden Abbildungen wurden von ihm freundlicherweise zur Verfügung gestellt. Diese Spätthrombosen gingen mit einer hohen Mortalität von >30% einher und beschränkten sich nicht auf ein bestimmtes Stent-Fabrikat. In früheren Untersuchungen von Renu Virmani wurde schon der Verdacht geäußert, dass als Folge der cytostati-

schen Wirkung von Sirolimus und Paclitaxel eine unvollständige Endothelialisierung der Stent-Streben zu befürchten war. Auch Monate und Jahre nach Implantation wurden völlig nackte Stent-Streben entdeckt, ein Phänomen, das nach Implantation von bare-metal nicht beobachtet wurde. In der Regel wurde die anti-thrombocytäre Medikation in Form von ASS und Clopidogrel nach einem Zeitraum von 6-9 Monaten unter der Annahme abgesetzt, dass die Endothelialisierung des DES abgeschlossen sei; beim Zusammentreffen dieser beiden Faktoren war das Risiko für eine Stent-Thrombose stark erhöht.

Abbildung 6A zeigt die Kaplan-Meyer-Kurven für Tod/nicht-tödlichen Myokardinfarkt zwischen DES und Bare Metal Stent (BMS). Nach Absetzen der anti-thrombocytären Medikation kommt es zu einer Überschneidung der beiden Kurven bedingt durch eine Zunahme der Spätthrom-

bosen. In Abbildung 6B ist der aus früheren Studien bekannte Verlauf der Restenose-Rate dargestellt.

Diese Ergebnisse werden in Abb 7 nocheinmal aufgeschlüsselt dargestellt. Nach Implantation eines BMS kommt es zwar zu einer deutlich höheren Revaskularisationsrate des dilatierten Gefäßes (TVR); die Vermeidung der Restenose wird jedoch nach Implantation eines DES mit einer signifikant erhöhten Infarkt- und Mortalitätsrate bezahlt.

Dieser Prozess setzt sich auch nach Ablauf eines Jahres fort, wie dies in Abb. 3 dargestellt wird. Es ist deshalb zu befürchten, dass nach Implantation eines DES mit einer sehr langen anti-thrombocytären Therapie gerechnet werden muss.

#### Qualitätssicherung Herzschrittmacher in Sachsen – Jahresauswertung 2005

Die Qualitätssicherung für den Be-

reich Herzschrittmacher wurde nach 2003 und 2004 2005 zum dritten mal verpflichtend durchgeführt. Die Qualitätssicherungsverfahren wurden für die Bereiche Herzschrittmacher-Erstimplantation, Herzschrittmacher-Revision/-Explantation und Herzschrittmacher Aggregatwechsel vorgenommen. Im Folgenden werden die wesentlichen Ergebnisse der Auswertung für die drei Bereiche zusammenfassend dargestellt.

### 1. Herzschrittmacher-Erstimplantation

Insgesamt wurden 4.866 Datensätze (im Jahr 2004: 4.856) zur Herzschrittmacher-Erstimplantation übermittelt. Etwa 60% der Aggregate wurden bei Patienten in der Altersgruppe 60 – 79 Jahre implantiert. Das Qualitätssicherungsverfahren hält sich bei der Beurteilung der Indikationsstellung zur Schrittmacherimplantation sowie der Systemauswahl eng an den gültigen Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie, Herz- und Kreislaufforschung. Bei 95% der Patienten bestand eine absolute oder relative Indikation gemäß den aktuellen Leitlinien. Die Gesamtkomplikationsrate betrug in Sachsen 2,9% (2004: 4,9%). Wesentliche chirurgische Komplikationen (Pneumothorax, Hämatom, Tamponade) traten bei 1% der Patienten auf (2004 1,6%). Im Vergleich zu den Daten der Vorjahre ergibt sich für 2005 erstmalig ein leichter Rückgang der gemeldeten Datensätze. Bei den Qualitätsindikatoren „Indikationsstellung“ und „Systemwahl“ zeigte sich auch im Vergleich zu den Vorjahren weiterhin eine zufriedenstellende Qualität.

## Eintragungen in das Partnerschaftsregister

Bekanntmachung der Eintragung in das Partnerschaftsregister des Amtsgerichtes Leipzig, Registergericht:

Tabelle 1: Laufzeiten der Herzschrittmacheraggregate in Sachsen für Einkammer- (AAI / VVI) und Zweikammerschrittmacher (VDD / DDD) (n= 1155, Angaben in %).

	<4	4 – 6	7 – 8	9 – 12	> 12 Jahre
<b>AAI / VVI</b>	1,8%	8,3%	29%	46,7%	14,2%
<b>VDD / DDD</b>	1,7%	25,4%	47,6%	23,5%	1,7%

Erfreulich ist der deutliche Rückgang der Gesamtkomplikationen auf 2,9%.

### 2. Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Insgesamt wurden 1.155 Datensätze (im Jahr 2004: 1.018) übermittelt. Bei 1127 Patienten (97,6%) war eine reguläre Batterieerschöpfung die Indikation zum Aggregatwechsel. Von besonderem Interesse im diesem Qualitätssicherungsverfahren waren die Laufzeiten der Schrittmacheraggregate. Ausreichende, aber nicht in jedem Einzelfall zufrieden stellende Laufzeiten sind 5 bis 6 Jahren für Zweikammersysteme und von 7 bis 8 Jahren für Einkammersysteme. Die für Sachsen ermittelten Laufzeiten sind in der Tabelle 1 zusammengefasst.

### 3. Herzschrittmacher-Revision / Herzschrittmacher-Explantation

Da eine Verlaufsbeobachtung nach Herzschrittmacher-Erstimplantation im Rahmen einer externen Qualitätssicherung zurzeit nicht möglich ist, wurden die Herzschrittmacher-Revisionen bzw. Explantationen ersatzweise zur Qualitätssicherung herangezogen. Insgesamt wurden 725 Datensätze übertragen. Die prozentuale Häufigkeit von Herzschrittmacherfehlfunktionen zu ermitteln, wurde die Indikation zur Revision

oder Explantation angegebene Indikation auf die Gesamtzahl der Erstimplantationen bzw Aggregatwechsel der meldenden Institutionen bezogen (insgesamt 5.981 Datensätze). Bei 60 Patienten (1,0%) ergab sich die Revision auf Grund der Notwendigkeit zur Systemumwandlung. Ein wesentliches Qualitätsmerkmal ist die Häufigkeit von Infektionen im Bereich der Schrittmachertasche und der Sonden, da Infektionen eine schwerwiegende Komplikation darstellen. Insgesamt wurden 22 Infektionen gemeldet. Hieraus ergibt sich bezogen auf die Grundgesamtheit eine prozentuale Häufigkeit von 0,4%. Pectoraliszucken (n=1, 0,1%), Taschenhämatom (n=10, 0,2%), Aggregatperforation (n=8, 0,1%) sowie andere Taschenprobleme (n=17, 0,3%) stellten weitere Indikationen zur Revision bzw. Explantation dar.

Prof. Dr. med. habil. Gerhard Schuler  
Vorsitzender der fachspezifischen  
Arbeitsgruppe Kardiologie der Sächsischen  
Landesärztekammer

Prof. Dr. med. Gerhard Hindricks  
Mitglied der fachspezifischen  
Arbeitsgruppe Kardiologie der Sächsischen  
Landesärztekammer  
Herzzentrum Leipzig GmbH  
Strümpellstraße 39  
04289 Leipzig

### Veränderungen

PR 82 08.12.2006: Labor Dr. Reising-Ackermann und Partner Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, Humangenetik, Innere Medizin, Fachbiologe der Medizin, Leipzig (Strümpellstraße 40, 04289 Leipzig). Eingetreten: Partner: Dr. Graf, Dagmar, Fachärztin für Transfusionsmedizin, Leipzig, \*30.06.1967,

vertretungsberechtigt gemeinsam mit einem der Partner Dr. Gisela Reising-Ackermann, Dr. Wolfgang Voerkele oder Dr. Jörg Leupold. Berichtigung zur Eintragung unter lfd. Nr. 3: Wohnort geändert: Partner: Dr. Scholz, Ute, Fachärztin für Innere Medizin, Markkleeberg, \*08.09.1970.

Ass. jur. Michael Kratz  
Rechtsreferent

## Hygiene aktuell:

### HPV-Impfung gegen Cervixkarzinom ab 1.4.2007 als Standardimpfung

Die Sächsische Impfkommision (SIKO) hat in Übereinstimmung mit den Voten der Ständigen Impfkommision (STIKO) beschlossen, die Impfung gegen humane Papillomviren (HPV-Impfung) zur Prophylaxe des Cervixkarzinoms bereits ab 1.4.2007 als Standardimpfung zu empfehlen. Damit wird deutschlandweit eine einheitliche Vorgehensweise angestrebt und es werden die Voraussetzungen für eine hohe Durchimpfungsrate geschaffen, da mit diesem Datum die Vorauszahlung des Impfstoffes durch den Probanden und die Privatliquidation entfallen. Damit wird diese Impfung jedem Berechtigten über die gesetzlichen Krankenkassen zugänglich; die Impfstoffbeschaffung erfolgt durch den Arzt in gewohnter Weise über Sammelrezept (auf dem Rezeptvordruck Muster 16 im Feld 8 diese 8 nachschreiben, keinen Namen in das Personalfeld sondern „Impfstoffbestellung“ eintragen usw.).

Die einheitliche Empfehlung hat folgenden Wortlaut:

**Standardimpfung für alle Mädchen/weiblichen Jugendlichen zwischen dem 13. bis 18. Lebensjahr (= ab 12. Geburtstag bis zum 18. Geburtstag – die STIKO gibt vollendete Lebensjahre ohne Kommentar an, also 12 bis 17). Die Impfserie sollte vor Aufnahme des Geschlechtsverkehrs abgeschlossen sein.**

Für Frauen nach dem 18. Geburtstag, die bisher keine HPV-Impfung erhalten haben, kann eine Impfung zu diesem späteren Zeitpunkt ebenfalls von Nutzen sein. Es liegt in der Verantwortung des Arztes, seine Patienten auf der Basis der Impfstoffzulassung darauf hinzuweisen. Eine Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen erfolgt in der Regel zurzeit nicht.

Die zeitgleiche Gabe anderer Impfstoffe (Simultanimpfung) wurde bisher nur für Hepatitis-B untersucht. Diese hemmt die Immunantwort auf die HPV-Typen nicht; gegen HBV (Anti-HBs) wurden aber niedrigere Antikörperkonzentrationen beobachtet. Seitens der Ärzte ist zum Impfzeitpunkt eine umfassende Aufklärung erforderlich (Wirkung nur gegen die im Impfstoff enthaltenen Hochrisikotypen 16 und 18, trotz Impfung also weiter konsequente Inanspruchnahme der gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen erforderlich, Verhaltensbedingte Risikofaktoren usw.).

Es sind seitens der SIKO die Verhandlungspartner für die Erweiterung der bestehenden Impfvereinbarungen (Gesetzliche Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigung Sachsen) informiert worden. Es sind festzulegen:

Abrechnungsnummer nach EBM und Honorarkosten für die ärztliche Leistung der Impfung.

Vertreter der GKK haben zugesagt, dass in der Regel eine vor dem 18. Lebensjahr begonnene Impfserie (= 1. oder 1. und 2. Impfung) nach dem 18. Geburtstag auf Kassenkosten komplettiert werden kann.

Die Impfstoffkosten der HPV-Impfung sind enorm. Die Ausgaben für alle Impfstoffe erhöhen sich mit dieser Standardimpfung um über 100 Prozent = um über 100 Mill. € jährlich allein in Sachsen. Die Dauer der Immunität nach Verabreichung der drei Impfdosen (Schema 0, 2, 6 Monate) ist bisher nur über etwa fünf Jahre nachgewiesen; die Frage der Notwendigkeit eventuell Booster kann also derzeit nicht beantwortet werden. Wegen der Kürze der bisherigen Beobachtungsdauer liegen naturgemäß bisher nur indirekte Beweise der protektiven Wirkung der Impfung vor: Reduzierung der virusassoziierten Genitalwarzen und der Präkanzerosen CIN 1 bis 3, nicht aber der direkte Beweis der Reduzierung oder Verhinderung des Cervixkarzinoms. Dies alles begründet die zwingend notwendigen Erfolgskontrollen (Vergleich mit dem Krebsregister und anderen) in 10 bis 20 Jahren.

Alle Impfarzte werden deshalb auf ihre Pflicht der sorgfältigen Dokumentation der Impfungen nach IfSG § 22 hingewiesen. (Im Sächsischen Impfausweis unter „Weitere Schutzimpfungen“ Seite 25, in den Neuauflagen wird die HPV-Impfung gesondert aufgeführt sein). Seitens der SIKO war dies unter anderem ein aktueller wichtiger Grund, beim SMS die Errichtung einer EDV-„Impfdatenbank Sachsen“ unter staatlicher Regie zu beantragen.

Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl  
Vorsitzender der Sächsischen Impfkommision  
Ludwigsburgstraße 21, 09114 Chemnitz

## Richard-Merten-Preis 2007 ausgeschrieben

Im Jahr 2007 wird wieder der mit 10.000 Euro dotierte Richard-Merten-Preis zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin mit dem Thema: „Qualität heilberuflichen Handelns“ ausgeschrieben. Die Stiftung zeichnet Arbeiten aus, die unter Nutzung moderner EDV eine Verbesse-

rung des medizinischen/pharmazeutischen Handelns ermöglichen.

Die zur Bewertung vorgelegten Arbeiten dürfen nicht länger als 32 Manuskriptseiten sein und müssen samt Anschreiben, Abstract, Lebenslauf und Foto des Bewerbers sowie der Versicherung, die Arbeit für keine andere Auszeichnung eingereicht zu haben, bis zum 31. Mai 2007 bei der Geschäftsstelle des Kuratoriums Richard-Merten-Preis eingegangen

sein. Material auf elektronischen Datenträgern ist nicht zugelassen.

Der Richard-Merten-Preis 2007 wird im Herbst im Rahmen des Deutschen Apothekertages verliehen. Weitere Informationen sowie die genauen Ausschreibungsinhalte finden sie unter: [www.richard-merten-preis.de](http://www.richard-merten-preis.de) oder bei der Geschäftsstelle des Kuratoriums Richard-Merten-Preis, c/o MCS AG, Im Kappelhof 1, 65343 Eltville.





## Sächsische Gesundheitsziele online

Prävention von Erkrankungen und die Gesundheitsförderung sind entscheidende Ansätze, die gesundheitliche Situation der Menschen in Sachsen zu verbessern. Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen stellen dabei einen Schwerpunkt dar. Im Koalitionsvertrag der Sächsischen Staatsregierung sind als Gesundheitsziele vereinbart worden:

- Gesund Aufwachsen,
- Verringerung des Tabakkonsums in öffentlichen Einrichtungen,
- Gesundheitsförderung von Arbeitslosen mit dem Ziel des Erhalts der Erwerbsfähigkeit,

- Brustkrebs – Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen“ und
- Diabetes mellitus – Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh behandeln.

An „Gesund Aufwachsen“ und den beiden letztgenannten Gesundheitszielen beteiligt sich die Sächsische Landesärztekammer mit verschiedenen Projekten. Und der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze ist Mitglied des Steuerungskreises. Im Dresdner Hygienemuseum wurde am 26. Februar 2007 nun eine Wort-Bild-Marke, mit der ab sofort die Sächsischen Gesundheitsziele be-

kannt gemacht werden, präsentiert. Gleichzeitig wurde ein neues Themenportal vorgestellt. Unter [www.gesunde.sachsen.de](http://www.gesunde.sachsen.de) sind ab sofort Informationen zu den Sächsischen Gesundheitszielen und zum Thema Gesundheit in Sachsen sowie zu den beteiligten Partnern und Projekten generell zu finden. Interessierte erhalten beispielsweise Auskünfte über das sächsische Gesundheitswesen, die Arzneimittelversorgung, die medizinische Versorgung, zum gesundheitlichen Verbraucherschutz oder zum Veterinärwesen.

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

## Aids-Ehrenmedaille des Freistaates Sachsen verliehen

Am 5. 2. 2007 verlieh Frau Staatsministerin Orosz erstmalig an vier Personen bzw. Vereine, die auf dem Gebiet der Aids-Prävention oder der Betreuung HIV-Infizierter und Aidskranker vorbildhaft aktiv sind, die Ehrenmedaille „Für hervorragende Leistungen im Kampf gegen HIV und Aids“. Die Verleihung der Aids-Ehrenmedaille soll als öffentliche Anerkennung von herausragenden Leistungen auf dem Gebiet der HIV/Aids-Prävention und Betreuung Betroffener dienen und zeigen, dass das Engagement auf diesem Gebiet in der Politik der Sächsischen Staatsregierung ein hohes Ansehen genießt.



Sozialministerin Frau Helma Orosz und Frau Dr. Ute Oesen

Zu den Geehrten gehört Frau Dr. med. Ute Oesen, Chemnitz. Sie ist seit vielen Jahren in der HIV-Ambulanz des Klinikums Chemnitz –

Krankenhaus Küchwald für die medizinische Betreuung der HIV-Infizierten und Aids-Kranken zuständig.

# Sachsen impft!

vorbeugen  
durch  
Schutzimpfungen

1. April bis  
30. April 2007



## Interdisziplinärer Pflegekongress

Für eine Ausweitung berufsübergreifender Konzepte in der Patientenversorgung werben die Veranstalter des 13. Interdisziplinären Pflegekongresses, der vom **25. bis 27. April 2007 in Dresden** stattfindet. „Eine enge Kooperation zwischen der Ärzteschaft und nichtärztlichen Gesundheitsberufen unter dem Arztvorbehalt und bei Beachtung des Delegationsverfahrens birgt Chancen für die ambulante Versorgung multimorbider Patienten“, betont der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze. Die bisherige Qualität der medizinischen Versorgung müsse dabei unbedingt aufrechterhalten werden.

Der Interdisziplinäre Pflegekongress findet in diesem Jahr zum 13. Mal statt. Eingeladen sind Pflegefachkräfte aus Krankenhäusern, Heimen und ambulanten Diensten, außerdem Ärztinnen und Ärzte, Arzthelferinnen und Arzthelfer sowie Angehörige weiterer Gesundheitsberufe. Der Kongress gilt inzwischen als wichtiger Treffpunkt für den Austausch der Gesundheitsberufe untereinander – in Sachsen und darüber hinaus.

### Fortbildung für den Arzt und sein Team

Angegliedert an den Kongress ist auch in diesem Jahr wieder die Fortbildung [PLUS] – Der Tag für den Arzt und das Team. Auf dem Programm steht hier Fehlermanagement in der (Haus-)Arztpraxis – gemäß der Einsicht: „Irren ist menschlich – auch in Arztpraxen treten Fehler auf“. Diskutiert wird auch die Frage, was eigentlich ein Fehler ist, wie sich daraus sinnvoll und schnell lernen lässt und wie typische Fehlerquellen in der Arztpraxis lokalisiert werden können, bevor es überhaupt zu einem Schaden kommt. Außerdem geht es um die Behandlung von HNO-Erkrankungen – insbesondere Allergien – durch Akupunktur. Dabei werden verschiedene alternative Verfahren vorgestellt – von TCM bis zur Mikrosystemakupunktur in Ohr, Mund und Schädel. Ein weiteres Thema ist der

Umgang mit Depression und Suizidalität. Die „Diagnose Depression“ musste zuletzt deutlich häufiger gestellt werden. Hausärzte sind hier als Ansprechpartner besonders gefragt. Aktuelle Themen wie das Impfen nach Plan (Impfkalender der SIKO und STIKO), Patientensicherheit, Mangelernährung von Patienten und Heimbewohnern sowie Fragen zur Organspende werden ebenfalls aus medizinischer Sicht vertieft. Eine öffentliche Podiumsdiskussion widmet sich der künftigen Zusammenarbeit von Ärzten, Pflegenden und anderen Gesundheitsfachberufen in der ambulanten Versorgung. Die Workshops und Seminare im Rahmen der Fortbildung [PLUS] werden von der Sächsischen Landesärztekammer mit drei Fortbildungspunkten honoriert.

### 2. Sächsischer Altenhilfe-Kongress am 25. April 2007

Erstmals veranstaltet das Sächsische Sozialministerium am Rande des Interdisziplinären Pflegekongresses den 2. Sächsischen Altenhilfe-Kongress, der sich aktuellen Fragen zur sächsischen Altenhilfepolitik widmet und nach den Konsequenzen des demografischen Wandels und einer veränderten Lebenszeit fragt. Dazu erklärt Sachsens Staatsministerin für



Soziales, Frau Helma Orosz: „Unsere Gesellschaft befindet sich mitten in einem rasanten Wandlungsprozess. Wir stehen vor großen Herausforderungen. Mit der sächsischen Altenhilfepolitik wollen wir neue Gestaltungsmöglichkeiten aufzeigen und durchaus zukunftsweisende Zeichen setzen. Der Kongress soll uns helfen, Kompetenzen zu bündeln und Orientierung geben“.

Information und Anmeldung:

Andrea Tauchert

Ehrenbergstraße 11 – 14,  
10245 Berlin

Telefon: 030 2045 60-3

E-Mail: tauchert@urban-vogel.de

www.heilberufe-kongresse.de

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

## Organtransplantation – Einführung eines Curriculums für Transplantationsbeauftragte

12.000 Kranke stehen in Deutschland aktuell auf der Warteliste für eine Organtransplantation, zwölf Kranke werden täglich operiert und trotzdem: Jeden Tag sterben in Deutschland drei Menschen, die auf ein Spenderorgan warten. Nicht etwa finanzielle Defizite der Krankenkassen sind der Grund für ihr Schicksal, sondern fehlende Spender. Im vergangenen Jahr stieg die Anzahl der durchgeführten Transplantationen in Deutschland von 3.910 (2005) auf über 4.000 (2006). Auf die Einwohnerzahl in Deutschland bezogen, haben 15,3 Menschen pro eine Million Einwohner im Bundesdurchschnitt ihre Organe nach dem Tod gespendet. Die Entscheidung für eine Organspende bleibt oft in der Verantwortung der Angehörigen des Verstorbenen, denn noch immer haben nur ca. 12 Prozent der Bürger einen Organspendeausweis, obwohl in Umfragen etwa 80 Prozent der Befragten einer Organspende zustimmen würden.

Der Fachbeirat Ost (Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen), dem auch ein Vertreter der Sächsischen Landesärztekammer angehört, ist trotz verbesserter Transplantationszahlen der mitteldeutschen Transplantationszentren 2006 (Tabellen 42 – 46, DSO 02/07) auch in diesem Jahr angehalten, intensiv nach Verbesserungen bezüglich der Spenderzahlen nachzusuchen.

Neben der Zunahme der Spenderbereitschaft der Bürger, kommt im Ablauf der Organspende den Krankenhäusern eine herausragende Rolle zu. Ärzte und Schwestern leisten auf den Intensivstationen mit hohem persönlichen Einsatz engagierte Arbeit für das Leben. Sie sind es, die zum gegebenen Zeitpunkt als Transplantationsbeauftragte als Erste die Option einer Organspende erkennen und Kontakt mit der DSO aufnehmen.

Es ist wohl unbestritten, dass durch die hervorragende Arbeit der Koordi-

Transplantierte* Organe 2001 - 2006 nach Region und Bundesland						
Region Ost (Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen)						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Niere	132	129	169	177	181	194
Herz	44	45	40	38	35	45
Leber	44	49	49	43	69	97
Lunge	4	24	13	14	28	25
Pankreas	16	12	14	14	13	14
Inselzellen	0	0	0	0	0	0
Dünndarm	0	0	0	0	0	0
	<b>240</b>	<b>259</b>	<b>285</b>	<b>286</b>	<b>326</b>	<b>375</b>

\* ohne Transplantationen nach Lebendspenden, ohne Dominotransplantationen  
Quelle: DSO; 02/07; Tab. 42

Transplantierte* Organe 2001 - 2006 nach Region und Bundesland						
Sachsen						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Niere	56	56	64	71	67	77
Herz	30	27	30	28	24	27
Leber	27	32	36	31	33	46
Lunge	1	11	7	8	19	15
Pankreas	11	8	14	12	11	10
Inselzellen	0	0	0	0	0	0
Dünndarm	0	0	0	0	0	0
	<b>125</b>	<b>134</b>	<b>151</b>	<b>150</b>	<b>154</b>	<b>175</b>

\* ohne Transplantationen nach Lebendspenden, ohne Dominotransplantationen  
Quelle: DSO; 02/07; Tab. 44

Transplantierte* Organe 2001 - 2006 nach Region und Bundesland						
Sachsen-Anhalt						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Niere	38	26	45	42	46	52
Herz	1	2	1	1	1	3
Leber	5	6	10	6	13	13
Lunge	0	0	0	0	0	0
Pankreas	0	0	0	0	0	0
Inselzellen	0	0	0	0	0	0
Dünndarm	0	0	0	0	0	0
	<b>44</b>	<b>34</b>	<b>56</b>	<b>49</b>	<b>60</b>	<b>68</b>

\* ohne Transplantationen nach Lebendspenden, ohne Dominotransplantationen  
Quelle: DSO; 02/07; Tab. 45

Transplantierte* Organe 2001 - 2006 nach Region und Bundesland						
Thüringen						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Niere	38	47	60	64	68	65
Herz	13	16	9	9	10	15
Leber	12	11	3	6	23	38
Lunge	3	13	6	6	9	10
Pankreas	5	4	0	2	2	4
Inselzellen	0	0	0	0	0	0
Dünndarm	0	0	0	0	0	0
	<b>71</b>	<b>91</b>	<b>78</b>	<b>87</b>	<b>112</b>	<b>132</b>

\* ohne Transplantationen nach Lebendspenden, ohne Dominotransplantationen  
Quelle: DSO; 02/07; Tab. 46

natoren der DSO hierfür beste Voraussetzungen gegeben sind. Damit aber eine weitere Steigerung der Transplantationszahlen erreicht werden kann, erarbeitet die Bundesärztekammer mit der DSO im Jahr 2007 ein Curriculum für die transplantationsbeauftragten Schwestern und Ärzte der Krankenhäuser, welches in Kursen in den Landesärztekammern umgesetzt werden soll. Damit ist für die Transplantationsbeauftragten der

Kliniken eine effektivere Unterstützung ihrer Tätigkeit voraussehbar.

Es ist deshalb besonders lobenswert, dass der Bundesfachbeirat der DSO am 24. 1. 2006 auf einer Sitzung in Neu-Isenburg die Initiative übernommen hat, gemeinsam mit dem Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung sowie dem Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer ein „Curriculum Organspende für Transplantationsbeauftragte“ zu erarbeiten.

Ziel dieser Zusatz-Weiterbildung ist die Qualifizierung von Ärzten und Pflegekräften aus dem Bereich der Intensivmedizin. Damit sollte es uns gelingen, in den Krankenhäusern Verbesserungen der Handlungssicherheit des Personals durch interne Festlegungen mit den Krankenhausleitungen zu gewährleisten und krankenhausinterne Leitlinien für die Organspende festzulegen.

Das Curriculum wird neben der Darstellung der rechtlichen Rahmenbedingungen der Organspende, den Ablauf des Organspendeprozesses und die Zusammenarbeit von Koordinatoren und Transplantationsbeauftragten zum Inhalt haben. Die Kammern erhalten damit ab 2008 eine neue Aufgabe.

Schon jetzt sei darauf hingewiesen, dass am **17.4.2007** die regionale **Jahresveranstaltung für Transplantationsbeauftragte** der Region Ost in der Landesärztekammer in Dresden stattfindet.

Prof. Dr. med. habil. Heinz Diettrich  
für die Transplantationskommission der  
Sächsischen Landesärztekammer

**Werner Handrick**  
**Fieber unklarer Genese**  
**Definitionen, Hinweise,**  
**diagnostisches Vorgehen**

Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH Stuttgart 2007  
148 Seiten, Softcover  
ISBN: 978-3-8047-2287-3  
Preis: 24,00 Euro

Bei Fieber unbekannter Ursache (fever of unknown origin, FUO) handelt es sich eher um eine atypische Manifestation einer häufigen Krankheit als um eine typische Manifestation einer seltenen Erkrankung. In jedem Fall erfordert die Betreuung eines Patienten mit FUO sehr große klinische Erfahrung, Geduld und die Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit Vertretern anderer medizinischer Disziplinen. Ziel muss es sein, die Fieberursache möglichst schnell und dabei mit minimalem Aufwand zu finden. Leider werden bei FUO meist viele – oft auch überflüssige – diagnostische Maßnahmen ergriffen.

In dem vorliegenden Taschenbuch wird ein klarer Weg aufgezeigt, trotz aller anstehender Probleme bei dem Symptom FUO, mit herkömmlichen klinischen und labordiagnostischen Maßnahmen ohne aufwändige und kostspielige Verfahren rasch zu einer Diagnose zu gelangen. Dies wird ausführlich erläutert mit einem Algorithmus ganz üblicher Kriterien, die teilweise heutzutage viel zu wenig

beachtet werden: Anamnese und Patientendaten, Fieberbild und Dauer des Fiebers, klinische Symptome und sog. paraklinische Befunde. Dabei werden Laborparameter aus differenzialdiagnostischer Sicht interpretiert, z. B. muss bei erhöhtem Ferritin u.a. an Mb. Still, Hämophagozytose-Syndrom (MAS), Medikamenten-Unverträglichkeit, Aneurysma dissecans oder Sarkoidose gedacht werden. Selbst die Therapie kann als diagnostische Maßnahme in Betracht kommen, was anhand verschiedener Beispiele erörtert wird. Für alle Diagnosen gibt es ausführliche Literaturhinweise. Das Literaturverzeichnis umfasst 371 Zitate, die den einzelnen Kapiteln thematisch zugeordnet sind. In einem Glossar (S. 81–108) sind bislang bekannte fieberverursachende seltene Erkrankungen (sog. periodische Fiebersyndrome) prägnant beschrieben. Die Möglichkeiten für eine molekularbiologische Diagnostik dieser Erkrankungen werden in den nächsten Jahren mit Sicherheit weiter zunehmen.

Das Taschenbuch ist durch seine übersichtliche Gliederung überaus anwenderfreundlich. Es kann jedem klinisch tätigen Arzt empfohlen werden, aber auch für den praktischen Arzt eine wertvolle Hilfe für diagnostische Entscheidungen sein. Es kann somit, auch im Hinblick auf seinen moderaten Preis, ohne Einschränkungen empfohlen werden.

M. Borte, Leipzig

## Gesundheitsziel aktuell Präventionsprojekt Diabetes mellitus startet



Der beste Weg Typ 2 Diabetes zu heilen, ist ihn zu verhindern. Ab Mitte April 2007 beginnt dazu die Umsetzung eines Programms zur Prävention des Diabetes mellitus Typ 2 in Sachsen. Damit wird erstmalig ein Gesundheitsziel in der Versorgung praktisch umgesetzt. Ziel des Programms ist es, bei Risikopersonen für einen Typ 2 Diabetes die Erkrankung vor Ausbruch erfolgreich zu verhindern.

In der Arbeitsgruppe „gesundheitsziele-sachsen“ wurden die entscheidenden Voraussetzungen für ein Sächsisches Präventionsprogramm erarbeitet. Es ist geplant, ein dreischnittiges Programmkonzept zu etablieren, welches in eine kontinuierliche Betreuung von Risikopersonen mündet.

Bestimmung des Diabetesrisikos mit einem Fragebogen FINDRISK, mit acht einfachen Fragen kann ein Diabetes-Risiko erkannt werden. Siehe <http://www.tumaini.de> oder <http://www.diabetes-risiko.de/risikotest.html>

Personen mit einem Punktwert von 11 bis 20 Punkten haben ein erhöhtes kardiovaskuläres und Diabetes-spezifisches Risiko. Diese Risikopersonen sollten damit unbedingt an dem Interventionsprogramm (Kursprogramm mit zwei Kursen) zur Diabetesprävention teilnehmen (Anmeldung unter der Telefon-Nr.: 01805 529 110). Dieses setzt sich aus einer kontinuierlichen Intervention und einem intensiven zeitlich begrenzten Schulungsprogramm (8 Kursstunden) zusammen. Es beginnen beide Kurse überlappend, so dass die Risikoperson nach Ende der intensiven Interventionsphase „kontinuierlich“ in die Weiterbetreuung übergeht.

Die Risikopersonen mit über 20 Punkten im FINDRISK-Bogen und damit einem sehr hohen Risiko, dass

bereits ein unentdeckter Diabetes vorliegt, sollten sich unbedingt einer ärztlichen Kontrolle unterziehen. Diese Personen könnten sich also bei Ihnen in der Praxis melden, damit ein Diabetes diagnostiziert oder ausgeschlossen wird. Wenn sich die Diabetesdiagnose nicht stellt, können diese Personen an dem Interventionsprogramm teilnehmen (Anmeldung unter der Telefon-Nr.: 01805 529 110).

Wir haben die Chance als erstes Bundesland flächendeckend ein Diabetespräventionsprogramm umzusetzen. Sachsen wird damit zu einem Piloten, der Auswirkungen auf die präventive Versorgung von Risikopersonen bundesweit aber auch in der EU hat.

Im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft Mai 2007, erfahren Sie den genauen Ablauf des Programms. Fragen zum Projekt richten Sie bitte an Dr. med. Peter Schwarz, [peter.schwarz@uniklinikum-dresden.de](mailto:peter.schwarz@uniklinikum-dresden.de).

Dr. med. Peter Schwarz  
Universitätsklinikum Dresden

## Konzerte und Ausstellungen

### Sächsische Landesärztekammer

Festsaal, Sonntag, 6. Mai 2007, 11.00 Uhr  
Junge Matinee  
Beethoven – Pastorale/Natur, Der Romantiker, Werke op. 28, 27/2, 31/2  
Studentinnen und Studenten der Hochschule für Musik Carl Maria von Weber Dresden

### Sächsische Landesärztekammer

Foyer und 4. Etage  
bis 13. Mai 2007  
Michael Schwill  
Halbe Halbe – Malerei

### Sächsische Ärzteversorgung

Foyer, 18. April bis 31. Oktober 2007  
**Vernissage:** Mittwoch, 18. April 2007, 19.00 Uhr  
Malerei und Grafik  
Frau Erdmute Wilding  
stellt die Bilder ihres verstorbenen Vaters, dem Dresdner Maler Armin Schulze, aus.

## Empfang für neue Kammermitglieder

Umzug, Arbeitsaufnahme oder ähnliche Gründe führen erfreulicherweise dazu, dass es unter den Ärzten in Sachsen immer wieder neue Gesichter gibt. Jährlich können deshalb in der Sächsischen Landesärztekammer neue Mitglieder begrüßt werden.

Der erste Kontakt zur Landesärztekammer kommt zumeist durch die

Anmeldeformalitäten zustande. Doch die Sächsische Landesärztekammer bietet sehr viel mehr, als nur Verwaltung. Zahlreiche Aufgaben werden in verschiedenen Gremien von rund 1.000 ehrenamtlich tätigen Ärzten zum Wohle des Berufsstandes und des freien Berufes wahrgenommen. Zu nennen sind die Kammerversammlung, die Ausschüsse und die Fachkommissionen.

Der Präsident lädt nun am **25. April 2007, 18.15 Uhr**, bereits zum dritten Mal, neue Kammermitglieder in den

Festsaal der Sächsischen Landesärztekammer ein, um über die Arbeit der Selbstverwaltung zu informieren und um sich bei einem Empfang im Foyer kennenzulernen. Es wird ein anspruchsvolles Programm mit interessanten Vorträgen sowie ein Fachvortrag im Rahmen des interdisziplinären Fortbildungssemesters angeboten. Die neuen Kammermitglieder erhalten zu der Veranstaltung eine persönliche Einladung.

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

## Weiterbildungskurs „Ärztliches Qualitätsmanagement“ startet im Herbst 2007

Zum nunmehr vierten Mal bietet die Sächsische Landesärztekammer den 200 Stunden Weiterbildungskurs „Ärztliches Qualitätsmanagement“ nach dem aktuellen Curriculum der Bundesärztekammer (Stand Januar 2007) als Kompaktkurs an. Die Teilnahme am Kurs ist eine Voraussetzung für den Erwerb der in der neuen Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (WBO 2006) enthaltenen Zusatzweiterbildung „Ärztliches Qualitätsmanagement“. Dabei werden alle drei Stufen des Curriculums absolviert. Die drei intensiven Wochen der Präsenzphase (bisher waren fünf Wochen erforderlich) werden durch ein Selbststudium und die Erstellung einer Projektarbeit ergänzt.

Fachärzte, die Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer sind, können nach dem Absolvieren des Kurses und dem erfolgreichen Ablegen einer Prüfung vor der Prüfungskommission der Sächsischen Landesärztekammer die Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ erwerben.

Die wissenschaftliche Leitung des Kurses liegt in bewährter Weise in den Händen von Herrn Prof. Dr. med. habil. Otto Bach, Vorsitzender der Sächsischen Akademie für ärztliche Fortbildung und Mitglied des Vorstands der Sächsischen Landesärztekammer, Herrn Professor Dr. med. habil. Hildebrand Kunath, Direktor des Instituts für medizinische Informatik und Biometrie der Medizinischen Fakultät der TU Dresden und Frau Dr. med. Maria Eberlein Gonska, Leiterin des zentralen Bereichs Qualitätsmanagement des Universitätsklinikums der TU Dresden und Vorsitzende des Ausschusses Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie der Sächsischen Landesärztekammer.

Für eine vertrauensvolle Arbeitsatmosphäre und der effektiven Beteiligung jedes Einzelnen ist die Teilnehmerzahl auf 25 begrenzt. Das methodisch-didaktische Konzept der Ver-

staltungsreihe sieht eine Ausrichtung der theoretischen Inhalte auf die praktischen Erfahrungen der Teilnehmer vor.

Im Kurs werden wesentliche Kenntnisse über die Steuerungselemente in Gesundheitssystemen, ökonomische Modelle und Theorien und deren wirksame Anwendung vermittelt. Die Teilnehmer werden in die Lage versetzt, die strategische Bedeutung des Faktors Qualität in Gesundheitssystemen einzuschätzen und mit den im Kurs vorgestellten Instrumenten der Qualitätsplanung, Qualitätsregelung, Qualitätsmessung, Qualitätsverbesserung und Qualitätspolitik Projekte im Rahmen der Qualitätssicherung methodisch zu bearbeiten.

Das überarbeitete Curriculum berücksichtigt neue Schwerpunkte wie Fragen in der Organisationslehre, zur Patientensicherheit und zum Risikomanagement

Die Kursgebühren (einschließlich Kursunterlagen, Projekt- und Mentorenbetreuung und Pausenversorgung, Mittagessen) für den 200-Stundenkurs liegen bei 2.400 EURO.

In den drei Präsenzphasezeiten findet der Kurs jeweils montags ab 13 Uhr, dienstags bis freitags täglich von 9 bis 18 Uhr und samstags 9 bis 13 Uhr statt.

Termine:

12. bis 17. November 2007,  
21. bis 26. Januar 2008,  
31. März bis 5. April 2008.

Interessenten können sich unter der E-Mail: qmkurs2007@slaek.de melden, Informationen zu organisatorischen Fragen erhalten Sie telefonisch unter 0351 8267329, inhaltlich-fachliche Fragen werden unter 0351 8267310 beantwortet.

Dr. med. Katrin Bräutigam  
Ärztliche Geschäftsführerin  
E-Mail: aegf@slaek.de

## Vorankündigung 14. Dresdner Ärzteball

Die Kreisärztekammer Dresden erlaubt sich einzuladen zum

### 14. Dresdner Ärzteball

**am 25. August 2007,  
um 19 Uhr in die  
Orangerie Schloss Pillnitz**

Um Kartenreservierung wird höflich gebeten bei Frau Riedel, Sächsische Landesärztekammer, Postfach 10 04 65, 01074 Dresden, Tel. 0351 8267131, Fax 0351 8267132  
E-Mail: kaek-dd@slaek.de

Der Preis einer Ballkarte beträgt:  
65,00 € für Mitglieder der  
Kreisärztekammer Dresden,  
80,00 € für Nichtmitglieder der  
Kreisärztekammer Dresden



## Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

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

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

Bitte geben Sie bei der Bewerbung die betreffende Registrierungs-Nummer (Reg.-Nr.) an.

Wir weisen außerdem darauf hin, dass sich auch die in den Wartelisten eingetragenen Ärzte bei Interesse um den betreffenden Vertragsarztsitz bewerben müssen.

### **Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz Plauen-Stadt/Vogtlandkreis**

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Reg.-Nr. 07/C022

### **Zwickau/Stadt**

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Reg.-Nr. 07/C023

### **Stollberg**

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Reg.-Nr. 07/C024

### **Chemnitzer Land**

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich\*)

Reg.-Nr. 07/C025

### **Annaberg**

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

Reg.-Nr. 07/C026

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.04.2007

### **Plauen-Stadt/Vogtlandkreis**

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Reg.-Nr. 07/C027

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 07/C028

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

Reg.-Nr. 07/C029

### **Chemnitz-Stadt**

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 07/C030

### **Stollberg**

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

Reg.-Nr. 07/C031

### **Freiberg**

Facharzt für Augenheilkunde

Reg.-Nr. 07/C032

### **Chemnitzer Land**

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

Reg.-Nr. 07/C033

### **Aue-Schwarzenberg**

Facharzt für Chirurgie (Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 07/C034

### **Mittlerer Erzgebirgskreis**

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Reg.-Nr. 07/C035

### **Zwickau-Stadt**

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Reg.-Nr. 07/C036

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 09.05.2007 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel.: (0371) 27 89-406 oder 27 89-403 zu richten.

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 09.05.2007 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel.: (0371) 27 89-406 oder 27 89-403 zu richten.

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 09.05.2007 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel.: (0371) 27 89-406 oder 27 89-403 zu richten.

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 09.05.2007 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel.: (0371) 27 89-406 oder 27 89-403 zu richten.

### **Bezirksgeschäftsstelle Dresden**

#### **Dresden-Stadt**

Facharzt für Augenheilkunde

Reg.-Nr. 07/D025

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 07/D030

#### **Bautzen**

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

Reg.-Nr. 07/D026

Facharzt für Chirurgie

Reg.-Nr. 07/D027

#### **Löbau-Zittau**

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 07/D028

#### **Meißen**

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

(Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 07/D029

Schriftliche Bewerbungen sind bis

zum 10.05.2007 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 8828-330, zu richten.

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

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

Reg.-Nr. 07/L031

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

Reg.-Nr. 07/L032

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

Reg.-Nr. 07/L033

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

Reg.-Nr. 07/L034

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich\*)

Reg.-Nr. 07/L035

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich\*)

Reg.-Nr. 07/L036

Facharzt für Innere Medizin – fachärztlich

Reg.-Nr. 07/L037

### **Leipziger Land**

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

(Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 07/L038

### **Delitzsch**

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Reg.-Nr. 07/L039

### **Muldentalkreis**

Facharzt für Orthopädie

Reg.-Nr. 07/L040

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 04.05.2007 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16,

04347 Leipzig, Tel.: (0341) 243 21 53 zu richten.

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 04.05.2007 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.: (0341) 243 21 53 zu richten.

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 04.05.2007 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.: (0341) 243 21 53 zu richten.

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 04.05.2007 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.: (0341) 243 21 53 zu richten.

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 04.05.2007 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.: (0341) 243 21 53 zu richten.

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 04.05.2007 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.: (0341) 243 21 53 zu richten.

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 04.05.2007 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.: (0341) 243 21 53 zu richten.

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 04.05.2007 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.: (0341) 243 21 53 zu richten.

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 04.05.2007 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.: (0341) 243 21 53 zu richten.

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 04.05.2007 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.: (0341) 243 21 53 zu richten.

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 04.05.2007 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.: (0341) 243 21 53 zu richten.

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 04.05.2007 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.: (0341) 243 21 53 zu richten.

## Abgabe von Vertragsarztsitzen

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

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

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

geplante Praxisabgabe: sofort

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe: Januar 2008  
**Freiberg**

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe: 01.07.2007  
Interessenten wenden sich bitte an  
die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen,  
Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz,  
Postfach 11 64, 09070 Chemnitz,  
Tel.: (0371) 27 89-406 oder 27 89-403.

**Bezirksgeschäftsstelle Dresden  
Dresden-Stadt**

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe: ab 07/2008  
Facharzt für Innere Medizin –  
hausärztlich\*)

geplante Praxisabgabe: II/2008  
**Hoyerswerda-Stadt/Landkreis Kamenz**  
Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
(in Radeberg)  
geplante Praxisabgabe: Ende 2007  
Facharzt für Innere Medizin –  
hausärztlich\*)  
(Vertragsarztsitz in Gemeinschafts-  
praxis in Großröhrsdorf)  
geplante Praxisabgabe: Mitte 2007  
Interessenten wenden sich bitte an  
die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen,  
Bezirksgeschäftsstelle Dresden,  
Schützenhöhe 12, 01099 Dresden,  
Tel.: (0351) 88 28-330.

**Bezirksgeschäftsstelle Leipzig  
Leipziger Land**

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe: Mitte 2007  
Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe: III/2007

**Döbeln**

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe: 2007  
Interessenten wenden sich bitte an  
die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen,  
Bezirksgeschäftsstelle Leipzig,  
Braunstraße 16, 04347 Leipzig Tel.:  
(0341) 243 21 53.

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen  
Landesgeschäftsstelle

**Leserbrief**

Dr. med. Heinrich Günther  
Lönsstraße 12, 01259 Dresden  
29. Januar 2007

Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident der  
Sächsischen Landesärztekammer

Sehr geehrter Herr Professor,  
gestatten Sie bitte eine Wortmel-  
dung zum Brief an Frau Bundeskanz-  
lerin Merkel, der in der Ausgabe  
1/2007 des „Ärzteblatt Sachsen“ ver-  
öffentlicht wurde. Als Repräsentant  
der sächsischen Ärzteschaft haben  
Sie ihn mit unterzeichnet und sicher  
wesentlich mitgestaltet – obwohl ich  
natürlich die Etappen seines Entsteh-  
ens nicht kenne.

Aus diesem Brief sprechen Enttäu-  
schung und die deutliche Analyse der  
Gesundheitsreform und ihrer negati-  
ven Folgen für Patienten, Ärzte und  
das Gesamtsystem.

Meines Erachtens fehlt ein wesent-  
licher Punkt der Analyse:

Jede Reform allein finanziell-betriebs-  
wirtschaftlicher Regularien kann die  
Krise nicht beseitigen (siehe auch  
Leserbrief Dr. Kerner „Ärzteblatt  
Sachsen“, 12/2006, S. 613). Für den  
Gesundheitszustand der Bevölkerung  
sind die Lebensbedingungen und  
deren Analyse entscheidend – für die  
Stabilität des Gesamtsystems müssen  
also dort Ansätze erfolgen.

Arbeitslosigkeit, Lohndumping, Tren-  
nung der Generationen durch arbeits-  
marktpolitische Maßnahmen und  
viele andere führen zu einer großen  
Zahl chronischer Krankheiten und

sind quasi Sabotage am Gesund-  
heitszustand der Bevölkerung. Zahl-  
lose Biografien von Menschen in  
jungem und mittlerem Lebensalter  
bleiben so irreparabel geknickt und  
perspektivlos. Armut führt erwiese-  
nermaßen sogar zur Lebenszeitver-  
kürzung in einem Ausmaß, das weit  
größer ist als die Lebenszeitverlänge-  
rung, die als Erfolg manch teurer  
Therapie verbucht wird.

Hier wäre ein klares Statement der  
Ärzeschaft und ein Signal an die  
Politik geboten.

Die Verpflichtung der Politik, die sich  
aus solchen Dokumenten wie  
Ottawa-Charta oder jüngst dem Biele-  
felder Memorandum ergibt, muss  
angemahnt werden.

Gesundheit muss verloren gehen,  
wenn zum Beispiel volle Erwerbstätig-  
keit nicht gewährleisten kann, dass  
die Lebenshaltung des Werktätigen  
und seiner Familie gesichert bleibt.

Wo der Mensch zum Kostenfaktor  
der Wirtschaft mutiert, wo Kinder  
Armutrisiko sind, wo – wie gerade  
in manchen sächsischen Regionen –  
alte und kranke Menschen extrem  
überrepräsentiert sind, kann auch die  
beste Medizin keine Zukunft haben.  
Viele ältere Arbeitnehmer sehnen  
das Rentenalter herbei – welch  
schlimmes Symbol für unsere Arbeits-  
welt und ein Anachronismus für den  
Lebenslauf des Einzelnen!

Sie beklagen im Brief die Verdrän-  
gung der Selbstverwaltung und ver-  
kennen dabei, dass die Ärzteschaft  
das Gesundheitssystem nicht stabil  
erhalten kann, wenn sie sich einseitig  
auf die reparativen medizinischen  
Aktivitäten konzentriert.

In der täglichen Arbeit erfahre ich  
oft, wo die dringend gebotene sozi-  
almedizinische Kompetenz mit pati-  
entenbezogenem Engagement am  
besten vorhanden ist: bei Hausärzten,

die mit Empathie den Patienten in seinem Lebensumfeld stehend erleben und begleiten – aber sie sind oft mit Routine und Bürokratie überlastet und haben wenig Lobby.

Hier ist es meines Erachtens geboten, dass die Ärzteschaft der Politik gegenüber verdeutlicht, was Hausärzte tagtäglich an krankmachenden Faktoren wie Existenzangst, Disstress am Arbeitsplatz, soziale Einsamkeit etc. erleben und welche Folgen dies hat. Schließlich ist der Lebensalltag in den Haushalten dieses Landes für das Gesundheitssystem entscheidender als alle monetären Veränderungen durch das sog. Gesundheitsreformgesetz.

## Gemeinsame Tagung

Erste gemeinsame Tagung der Arbeitsgruppe Perinatalogie/Neonatalogie und der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung mit dem Sächsischen Hebammenverband e. V.

Ausgangspunkt für diese Tagung am 31. Januar 2007 war die Tatsache, dass zur guten geburtshilflich-neonatalogischen Ergebnisqualität in Sachsen neben Ärzten, Schwestern und Anderen auch die Hebammen wesentlich beitragen. Bereits 2004 waren über deren Hebammenverband Kontakte mit unserer Arbeitsgruppe aufgenommen worden.

Daher war es naheliegend, durch direkte wechselseitige Information über Detailergebnisse und Schwerpunkte der Versorgung in Geburtshilfe und Neonatalogie auf aktuelle Probleme aufmerksam zu machen und durch Fortbildung die Betreuungsqualität weiter zu verbessern.

## Dresdner Herz-Kreislauf-Tage 2007

26. 1. bis 28. 1. 2007

Ein Herz für die kontinuierliche ärztliche Weiterbildung gepaart mit kardiologischem Sachverstand sind gute Voraussetzungen um der wachsenden – teils kontrovers diskutierten – Informationsflut aus kardiovaskulärer

Aufgrund dieser Zusammenhänge sollten Ärzteschaft und Politik gemeinsam an wirklichen Reformen arbeiten, die am Lebensalltag der Menschen ansetzen – dort, wo hochwertige soziale Arbeit ohne Geldtransfer im Privathaushalt geleistet wird. Nur Familienarbeit sichert primär den Fortbestand unseres Gemeinwesens – und nicht die Wirtschaft.

Den Menschen „Existenzsicherheit“, Perspektive, Chancen im Leben zu eröffnen und sich auch wirtschaftspolitisch auf die anthropologischen Werte der sozialen Marktwirtschaft bei Müller-Armack, Erhard etc. zu besinnen, wäre ein wichtiger Dienst an der Gesundheit des Volkes.

Im Sinne solch eines Dialogs wurden Beiträge sowohl von Ärzten wie auch von Hebammen gehalten.

Auf der gut besuchten, von Frau Grit Kretschmar-Zimmer (Vorsitzende des Sächsischen Hebammenverbandes e. V.) und Prof. Dr. med. Christoph Vogtmann (Vorsitzender der Arbeitsgruppe Perinatalogie/Neonatalogie) geleiteten Veranstaltung in der Sächsischen Landesärztekammer, berichteten Frau Prof. Dr. med. Brigitte Viehweg sehr anschaulich über den Wandel in der stationären Geburtshilfe und Herr Dr. med. Reinhold Tiller über Ergebnisse der neonatalogischen Qualitätskontrolle und Tendenzen, die sich zum Beispiel als ständig zunehmende Aufnahmezahlen von Neugeborenen von zu Hause belegen lassen. Aus der Sicht der Hebamme stellte Frau Jana Fischer die sich aus der Frühentlassung von Wöchnerinnen ergebenden Betreuungsaufgaben dar. Grosses Interesse fand Frau Kristin Rammel mit der

Wissenschaft und Forschung Herr zu werden. Jedoch war es selten so schwierig wie in diesen Monaten unter den aktuellen Entwicklungen in der Therapie der arteriellen Hypertonie oder der Herzinsuffizienz, bei den Empfehlungen zu medikamentenbeschichteten versus unbeschichteten Koronarstents oder in der Diskussion von Progenitor- und Stammzellen gesicherte Empfehlungen,

Der Dimension Ihres Briefes und der Problematik der Gesundheitsversorgung in Deutschland könnte man natürlich weitere, gesundheitlich höchst relevante Probleme hinzufügen: so die schwerwiegende weltweite soziale Asymmetrie und die globalen ökologischen Probleme wie Klimawandel etc. Zweifellos sind sie wegen globaler Vernetzung ungleich schwieriger angebar, aber wir sollten auch über die Grenzen Deutschlands sehen, um unser Denken und Handeln nicht nur durch inländische Perspektive zu begrenzen.

Mit freundlichen Grüßen  
Dr. med. Heinrich Günther

Vorstellung der brandaktuellen Ergebnisse von 10.003 außerklinischen Geburten (das entspricht ca. 1,4 Prozent aller Geburten in Deutschland) des Jahres 2005. 4.267 davon waren Hausgeburten. Allein der Bericht belegt schon den Willen und den Wunsch der außerklinisch tätigen Hebammen, sich an der landesweiten Qualitätssicherung in der Geburtshilfe zu beteiligen. Schließlich ging Prof. Dr. med. Christoph Vogtmann praxisorientiert auf die Probleme der Früherkennung von Allgemeininfektionen, kardiovaskulären Störungen, die Hyperbilirubinämiegefährdung sowie die Gefahr der Hypernatriämie bei ungenügender Stilleistung ein.

Die Diskussion und die Resonanz auf die Veranstaltung sollten als Auftrag zur Fortsetzung aufgegriffen werden.

Prof. Dr. Christoph Vogtmann  
Vorsitzender der Arbeitsgruppe  
Perinatalogie/Neonatalogie

tragfähige Konzepte und gerechtfertigte Hoffnungen für unsere Patienten zu entdecken. Frau Prof. Dr. Ruth H. Strasser, Ärztliche Direktorin des Herzzentrums Dresden – Universitätsklinik an der Technischen Universität Dresden und Direktorin der Klinik für Innere Medizin, Kardiologie und Intensivmedizin hat die wissenschaftliche Leitung der Dresdner Herz-Kreislauf-Tage als Vorsitzende

des Förderkreises der Dresdner Herz-Kreislauf-Tage e.V. und hat diese Tagung auch in diesem Jahr zu einem konzentrierten Höhepunkt des Dialogs zwischen Wissenschaft und Praxis zu einem sehr wichtigen Zirkel der Fortbildung in der kardiovaskulären Medizin gemacht.

Der Kongress erstreckt sich mit seinem breit gefächerten Spektrum von Freitag bis Sonntag, wie in den vergangenen 16 Jahren in den imposanten Räumlichkeiten des Hotel Bellevue mit nahezu Canaletto-Blick auf die prächtige Dresdner Altstadt-Silhouette. Die jährlich steigenden Teilnehmerzahlen bei größer werdendem Zustrom von Teilnehmern auch von außerhalb Sachsens sind der gewohnt hohen Qualität des Fortbildungsprogramms zu verdanken und mit inzwischen mehr als 1.000 Teilnehmern hat dieser Kongress einen festen Stellenwert in der kardiovaskulären Medizin. Er ist neben den beiden jährlichen Tagungen der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie als drittgrößtes Weiterbildungsforum in der kardiovaskulären Medizin unter der Schirmherrschaft der Fachgesellschaft in diesem Jahr auch unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin etabliert.

Zum zweiten Mal kann in diesem Jahr ein um einen praktischen Workshop ergänztes Fort- und Weiterbildungsforum für das Pflege- und Assistenzpersonal den Dresdner-Herz-Kreislauf-Tagen hinzugefügt werden. In Kooperation mit der Akademie für Aus-, Fort- und Weiterbildung des Assistenzpersonals in der Kardiologie wurde nach Kongress-Eröffnung am Freitag von kompetenter Seite über die neuen Leitlinien zur kardiopulmonalen Reanimation, über periinterventionelles Patientenmanagement und über Kommunikationsstrategien bei „komplexen Patienten“ referiert. In der Eröffnung des Hauptprogramms des Kongresses sprach das Grußwort das Ministerium für Soziales, Frau Jessen, das Grußwort der Technischen Universität Dresden sowie die Preisverleihungen über der Rektor, Herr Professor Kokenge, und

den Einführungsvortrag zur integrierten Versorgung, Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer.

Der Anspruch der Kongressorganisation war es, mit Ihrer Auswahl der Symposien und Referate den Dialog zwischen universitär-wissenschaftlicher und praktisch-täglicher Medizin zu fördern. Inhaltlich umfassten die diesjährigen Dresdner Herz-Kreislauf-Tage daher Themen der Prävention und Risikostratifizierung, das sehr aktuell und kontrovers diskutierte Feld der medikamentenbeschichteten Koronarstents und Neuerungen auf dem Gebiet der interventionellen Therapie, wie die perkutane Implantation von Aortenklappen über einen arteriellen Zugang in der Leiste oder die Platzierung von Stents in der Aorta bei Dissektionen. Professor Dr. Grube aus Siegburg präsentierte sehr vielversprechende Ergebnisse mit der inzwischen dritten Generation von perkutan zu implantierenden Aortenklappen bei Patienten mit einem sehr hohen herzchirurgischen Operationsrisiko. Prof. Dr. Nienaber aus Rostock propagierte, basierend auf den guten, inzwischen multizentrisch erhobenen Studien-Ergebnissen, bei Patienten mit komplizierendem Verlauf einer Stanford Typ B-Dissektionen, die Implantation eines Aortenstents. Bei dem in den vergangenen Monaten sehr kontrovers diskutierten Für und Wieder von medikamentenbeschichteten Stents, kristallisierte sich der Konsens einer beschichteten Stentimplantation bei einem Patientenkollektiv mit längerstreckigen, dünnkalibrigen Gefäßstenosen, insbesondere bei Diabetikern heraus. Themen, welche die Zuhörerschaft gewissermaßen wieder auf den Boden der täglichen Praxis brachten, waren bspw. neue Perspektiven in der Herzinsuffizienztherapie oder der arteriellen Hypertonie, bevor die Rolle von Progenitor- und Stammzellen im akuten Infarkt oder die elektromagnetische Navigation zur Vorhofflimmerablation das Auditorium wieder auf eine rasante Fahrt durch die Neuerungen der kardiovaskulären Medizin nahm. Der Euphorie der Stammzelltherapie in der Kardiologie

folgt, wie von Prof. Dr. Hambrecht aus Bremen geschildert, bei der Betrachtung der Langzeitergebnisse die Phase der Ernüchterung. Eine Verbesserung der linksventrikulären Funktion nach einem Myokardinfarkt konnte nach intrakoronarer Gabe von Stammzellen nur marginal mit allenfalls grenzwertiger statistischer Signifikanz nachgewiesen werden.

Rhythmologische Schwerpunkte dieses Kongresses waren die Kriterien und Erfolge der Resynchronisationstherapie mittels Drei-Kammer-Herzschrittmacher bei Patienten mit schwerer Herzinsuffizienz, referiert von Prof. Dr. Klein aus Magdeburg und neue Optionen der Ablationsstrategie unter anderem bei Patienten mit Vorhofflimmern.

Als immer noch aktuell und von durchaus samstagsabendlichem Unterhaltungswert haben sich eine pro und contra-Sitzung über Lyse des akuten Myokardinfarktes versus Notfall-Koronarintervention erwiesen. Prof. Dr. Andresen aus Berlin und Prof. Dr. Hamm aus Bad Nauheim gelang es auf exzellente Weise, Ihre Sicht auf das Thema gewürzt mit kollegial hochachtungsvollen Seitenhieben darzustellen.

Universitär-wissenschaftlicher Aspekt der Dresdner-Herz-Kreislauf-Tage ist die jährliche Vergabe eines Wissenschafts-Stipendiums für herausragende Arbeiten auf kardiovaskulärem Forschungsgebiet. Der mit 20.000 Euro dotierte Preis, gespendet vom Förderkreis der Dresdner-Herz-Kreislauf-Tage und überreicht vom Rektor der Technischen Universität Dresden, Herrn Professor Kokenge, ging in diesem Jahr zu gleichen Anteilen an zwei junge Wissenschaftlerinnen: Dr. med. Dorette Raaz, Universitätsklinikum Erlangen mit dem Thema „Einfluss von C-reaktivem Protein (CRP) und Fcγ-Rezeptor (FcγR) – Interaktion in der Pathogenese der Atherosklerose“ und Frau Stephanie J. M. Reis, Universitätsklinik St. Josef-Hospital, Bochum mit dem Thema „Einfluss der FHC-verursachenden Mutation cTnl-R145G auf die isotonische Kontraktion adulter Kardiomyocyten“.

Es würde den bescheidenen Rahmen dieses Beitrags sprengen all die vielseitigen inhaltlichen Facetten der Dresdner-Herz-Kreislauffage zu beleuchten, dem Interessierten sei zur Nachbetrachtung des Kongresses das Programm nochmals unter [www.dhkt.de](http://www.dhkt.de) angeraten. Stolze 16 CME-Punkte darf derjenige sein eigen

nennen, der am Samstag und Sonntagmorgen dem Kongress beiwohnte. Wer das winterliche Wochenende zu anderen (Fortbildungs-) Aktivitäten genutzt hat, kann sich auf obiger Webseite über das Programm der Dresdner-Herz-Kreislauf-Tage im Jahr 2008 vom 25. bis 27. Januar informieren.

Korrespondenz:  
 Dr. med. Steffen Schön  
 Klinik für Innere Medizin / Kardiologie und  
 Intensivmedizin  
 Herzzentrum Dresden, Universitätsklinik  
 Technische Universität Dresden  
 Fetscherstr. 76, 01307 Dresden  
[kardiologie@email.de](mailto:kardiologie@email.de)

## Unsere Jubilare im Mai Wir gratulieren

### 60 Jahre

- 01. 05. Prof. Dr. med. habil. Schubert, Stefan  
04107 Leipzig
- 03. 05. Dr. med. Fischer, Doris  
01156 Dresden
- 03. 05. Dr. med. Lohr, Evelyn  
08432 Steinpleis
- 05. 05. Prof. Dr. med. habil. Hauss, Johann  
04229 Leipzig
- 05. 05. Dr. med. Meinking, Michael  
01309 Dresden
- 08. 05. Dr. med. Böttger, Gesine  
01189 Dresden
- 08. 05. Dr. med. Neuber, Wolfgang  
09599 Freiberg
- 09. 05. Wolf, Michael  
02929 Rothenburg
- 10. 05. Dr. med. Biesold, Günther  
01877 Putzkau
- 10. 05. Dipl.-Med. Schwarz, Hans  
04808 Thallwitz
- 13. 05. Renger, Erika  
02727 Neugersdorf
- 15. 05. Gorth, Alex  
01307 Dresden
- 15. 05. Dr. med. Hofmann, Margot  
09221 Neukirchen
- 16. 05. Priv.-Doz. Dr. med. habil. Frey, Günter  
08280 Aue
- 18. 05. Dr. med. Kerner, Uwe  
09114 Chemnitz
- 21. 05. Dr. med. Jugel, Gerd  
09376 Oelsnitz
- 23. 05. Dr. med. Fuß, Malinka  
01279 Dresden
- 24. 05. Dipl.-Med. Billig, Stefan  
04288 Leipzig

- 24. 05. Dr. med. Hoeges, Franz  
08112 Wilkau-Haßlau
- 25. 05. Prof. Dr. med. habil. Müller, Heidrun  
04129 Leipzig
- 28. 05. Dr. med. Härtel, Frank  
08060 Zwickau
- 29. 05. Dipl.-Med. Teichert, Dagmar  
08340 Schwarzenberg
- 30. 05. Edelmann, Barbara  
01917 Kamenz
- 30. 05. Epperlein, Claus  
08645 Bad Elster
- 30. 05. Dr. med. Wolz, Dieter  
03048 Cottbus

### 65 Jahre

- 01. 05. Dr. med. Pohl, Annelies  
04229 Leipzig
- 03. 05. Dr. med. Gros, Hans-Peter  
08396 Waldenburg
- 04. 05. Dr. med. Haß, Siglinde  
08547 Jöbnitz
- 04. 05. Dr. med. Madai, Irma  
09599 Freiberg
- 04. 05. Dipl.-Med. Sommer, Karl  
01705 Freital
- 04. 05. Dr. med. Wildführ, Dietmar  
04509 Delitzsch
- 05. 05. Dr. med. Ebert, Hans-Peter  
02730 Ebersbach
- 05. 05. Dr. med. Franke, Karin  
09456 Annaberg-Buchholz
- 05. 05. Dr. med. Röhrborn, Helmut  
08349 Erlabrunn
- 05. 05. Dr. med. Schaller, Hermann  
04668 Großbothen
- 06. 05. Dr. med. Borrmann, Brigitte  
09599 Freiberg
- 06. 05. Bräunig, Peter  
01279 Dresden
- 06. 05. Dr. med. Kießig, Christel  
08547 Jöbnitz
- 07. 05. Dr. med. Doyé, Achim  
08606 Oelsnitz

- 07. 05. Dr. med. Fengler, Angela  
04736 Waldheim
- 07. 05. Dr. med. Nietzschmann, Ute  
04316 Leipzig
- 08. 05. Dr. med. Becker, Helga  
01689 Weinböhla
- 08. 05. Dr. med. Brändel, Volker  
09496 Marienberg
- 08. 05. Dr. med. Pohl, Wilgard  
01099 Dresden
- 08. 05. Dr. med. Schnurrbusch, Hermann  
09212 Limbach-Oberfrohna
- 09. 05. Dr. med. Tüllmann, Uta  
08236 Ellefeld
- 11. 05. Dr. med. Härtel, Theo  
01662 Meißen
- 11. 05. Dr. med. Löffler, Helga  
08321 Zschorlau
- 11. 05. Martinsohn, Heidemarie  
02943 Weißwasser
- 11. 05. Roth, Jens  
02827 Görlitz
- 13. 05. Dr. med. Oehme, Gisela  
09131 Chemnitz
- 14. 05. Georgi, Klaus  
08393 Meerane
- 14. 05. Dr. med. Thoß, Ulla  
04207 Leipzig
- 17. 05. Michailow, Sawa  
04155 Leipzig
- 18. 05. Dr. med. Kupetz, Eva  
08280 Aue
- 19. 05. Dr. med. Lüdicke, Rolf  
04155 Leipzig
- 20. 05. Hembus, Rainer  
02906 Niesky
- 21. 05. Dr. med. Kafka, Gudrun  
01454 Seifersdorf
- 24. 05. Gampert, Elke  
02779 Großschönau
- 24. 05. Dr. med. Haufe, Klaus  
01454 Radeberg
- 24. 05. Dr. med. Jurke, Rolf  
01187 Dresden



26. 05. Dr. med. Eschemann, Birgit  
04157 Leipzig
27. 05. Dr. med. Kowalsky, Elisabeth  
08496 Neumark
27. 05. Dr. med. Kunze, Eva-Maria  
04158 Leipzig
27. 05. Dr. med. Mocek, Frank  
04416 Markkleeberg
28. 05. Dr. med. Lamla, Monica  
01465 Langebrück
28. 05. Dr. med. Mahn, Gudrun  
01219 Dresden
28. 05. Dr. med. Schmid, Christoph  
09244 Lichtenau b. Chemnitz
28. 05. Thun, Uwe  
01796 Pirna
31. 05. Prof. Dr. med. habil.  
Dr. med. dent. Päßler, Lutz  
01454 Wachau

**70 Jahre**

02. 05. Dr. med. Pauli, Waltraud  
04155 Leipzig
03. 05. Dr. med. Hofmann, Gerhard  
04105 Leipzig
08. 05. Prof. Dr. med. habil.  
Geißler, Ursula  
01279 Dresden
09. 05. Hesselbarth, Rolf  
02997 Wittichenau
10. 05. Dr. med. Kleemann, Beate  
02906 Niesky
13. 05. Dr. med.  
Heidel, Hans-Jochen  
04158 Leipzig
15. 05. Dr. med. König, Renate  
04179 Leipzig
15. 05. Dr. med.  
Schwarz, Wolfgang  
09244 Lichtenau
16. 05. Dr. med.  
Morgenstern, Dieter  
02763 Zittau
19. 05. Dr. med. Voges, Garlef  
01099 Dresden
21. 05. Prof. Dr. med. habil.  
Bach, Otto  
04109 Leipzig
24. 05. Dr. med. Jänchen, Maria  
01097 Dresden
24. 05. Dr. med. Möckel, Rolf  
08115 Lichtentanne
28. 05. Dr. med. Palmer, Sabine  
04155 Leipzig
30. 05. Dr. med. Glaß, Heinz  
02999 Uhyst

**75 Jahre**

06. 05. Dr. med.  
Hermann, Annemarie  
08468 Reichenbach
09. 05. Dr. med. Bloß, Helmut  
01734 Rabenau
21. 05. Dr. med. habil.  
Görisch, Isolde  
04103 Leipzig
21. 05. Dr. med. Lorenz, Volker  
08062 Zwickau
21. 05. Dr. med.  
Steingrüber, Günter  
04103 Leipzig
23. 05. Dr. med. Garbe, Charlotte  
04416 Markkleeberg
27. 05. Dr. med. Brähmig, Ruth  
01454 Radeberg
30. 05. Dr. med.  
Strauzenberg, Gisela  
1731 Kreischa OT Saida

**80 Jahre**

03. 05. Dr. med. Wiesner, Waltraud  
01324 Dresden
12. 05. Dr. med. Aust, Margot  
01157 Dresden
12. 05. Dr. med. Klemm, Kurt  
08371 Glauchau
19. 05. Dr. med.  
Rothermundt, Annemarie  
01705 Freital
29. 05. Dr. med. Schietzelt, Heinz  
01279 Dresden

**81 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

**82 Jahre**

08. 05. Prof. em. Dr. med. habil.  
Walther, Heinz  
04317 Leipzig
24. 05. Dr. med. Burkhardt, Edith  
09122 Chemnitz

**83 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

**84 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

**85 Jahre**

10. 05. Dr. med. Jahr, Klaus  
01662 Meißen
16. 05. Dr. med. Trefftz, Friederike  
01099 Dresden
20. 05. Dr. med. Rangs, Erika  
08685 Bad Elster

**86 Jahre**

14. 05. Dr. med.  
Seyffarth, Annemarie  
01796 Pirna
15. 05. Dr. med. Roßberg, Christa  
09648 Mittweida
30. 05. Dr. med. Schwandt, Roland  
01558 Großenhain
31. 05. Dr. med.  
Neumann, Johann-Gottfried  
01156 Dresden

**88 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

**89 Jahre**

30. 05. Dr. med.  
von Gebhardi, Eberhard  
08523 Plauen

**95 Jahre**

10. 05. Dr. med. Nauer, Dorothea  
02826 Görlitz
15. 05. Dr. med. Lorenz, Hannchen  
08529 Plauen

## Friede oder Atomkrieg

### 50. Jahrestag der Anti-Atomkriegsappelle Albert Schweitzers (23. April 1957 und 28., 29., 30. April 1958).

Angesichts wachsender Bedrohung der Menschheit durch Ausweitung des Kreises der Atommächte sowie mehr oder weniger deutlicher Drohung mit deren Anwendung sind die Warnungen Albert Schweitzer von genauso hochaktueller Bedeutung wie die von ihm vorgelebte ethische Maxime der „Ehrfurcht vor dem Leben“, und zwar vor allem Leben, Mensch wie Tier und Pflanze! Als der „Urwald doktor“, der eigentlich ein führender Philosoph des 20. Jahrhunderts war, im Jahre 1954 den ihm 1953 rückwirkend für 1952 verliehen Friedensnobelpreis entgegennahm, trat er erstmals öffentlich politisch für den Weltfrieden ein mit seiner Rede im Rathaus zu Oslo über „Das Problem des Friedens in der heutigen Welt“. Ehrfurcht vor dem Leben sei gerade auch von denen zu fordern, die über die Geschicke ganzer Völker oder sogar des gesamten Lebens unserer Erde zu befinden haben. Als nach dieser Rede Atomrüstung und Atomwaffenversuche rasant zunahmen und nach den Atombombenabwürfen von 1945 über Japan, nun auch diese Testanwendungen Menschenleben zerstörten und unübersehbare ökologische Schäden anrichteten, erhob Schweitzer im Gleichklang mit Albert Einstein und einer Erklärung von weiteren über 9.000 Wissenschaftlern aus aller Welt, die Linus Pauling dem UNO-Generalsekretär überreichte, erneut seine Stimme. Radio Oslo strahlte 1957 einen ersten „Appell an die Menschheit“ und ein Jahr später drei weitere aus, die sich sowohl an die „Machthaber“ richteten als auch alle Menschen über diese heimtückische, weil nicht unmittelbar sicht- und greifbare Gefährdung, aufklären wollten. Damit, wie er es auch für seine Ethik erhoffte, die „Öffentliche Meinung“ wachse, dass es „böse ist“, Leben zu schädigen oder in seiner Entwicklung zu behindern, ganz gleich wodurch, und erst recht mit den jetzt entstandenen Möglichkeiten der „Massenvernichtung“.

Damals versuchte man ihn unglaublich zu machen als hinterwäldlerischen Spinner, der von Politik genauso wenig verstehe, wie von moderner Medizin, denn sein „Spital“ im Urwald sei nicht nur unmö- dern, sondern auch in hohem Maße unhygienisch. Da laufen ja sogar Hunde und Hühner herum. Ja, er hatte mit über 80 Jahren einen eigenen, aber erfreulicherweise auch einen klaren Kopf. Nicht nur emotional, nicht nur ethisch-philosophisch begründete er seine Warnungen, sondern mit naturwissenschaftlichen und strahlenbiologischen Erkenntnissen, die er sich unter großen Mühen angeeignet hatte. Tschernobyl hat leider bewiesen, wie selbst ein Reaktorunfall diese Erkenntnisse grausam bestätigte. Eine „Morgenröte“ nannte Schweitzer das Anfang der 60er Jahre erwirkte weltweite Verbot überirdischer Kernwaffentestexplosionen. Hoffnung begann er zu schöpfen, bevor er starb.

Leider vergebens. Und welche Weitsicht bewies er im Zweiten der Appelle von 1958 unter Berücksichtigung des damaligen Kräfteverhältnisses, wenn er sagte: „Die strategische Wichtigkeit des Mittleren Ostens bringt es mit sich, dass sowohl die Sowjetunion als auch Amerika sich dort Völker zu verpflichten suchen, indem sie für sie eintreten, sie mit Geld unterstützen und ihnen Waffen (vorerst gewöhnliche) zukommen lassen. In allen dort entstehenden Streitigkeiten treten sie offen oder versteckt gegeneinander auf. So können die Geschehnisse im mittleren Orient für das Weiterbestehen des Friedens verhängnisvoll werden. Der mittlere Orient hat die Rolle übernommen, die vor dem Ersten Weltkrieg der Balkan innehatte.“ Schweitzer zeigt schonungslos auf, wie nahe die Welt einem Kernwaffeneinsatz, nicht nur in der Zeit des sogenannten „Kalten Krieges“ war, sondern auch künftig sein kann, wenn nicht endlich ein Verzicht auf Atomwaffen von allen Staaten erklärt wird. In diesem zweiten Appell über „Die Gefahr eines Atomkrieges“ sagt er unter anderem: „Wenn ... der Besitz dieser Waffen sich auf andere Regierungen ausdehnt, ist das Risiko

des durch die Tat eines verantwortungslosen Machthabers verursachten Ausbruchs eines Atomkriegs größer .... Eine merkwürdige Haltung in der Frage des Verzichts auf Atomwaffen nimmt Amerika ein ...“. Stattdessen wurden diese in anderen Ländern stationiert, ja sogar geduldet, dass bestimmte den U.S.A. genehme Staaten selbst die Produktion dieser Waffen aufnehmen, während andere dafür verteufelt werden, wie wir das gegenwärtig erleben müssen.

Schweitzer weiter: „Es wäre von großer Bedeutung, wenn Amerika in dieser Schicksalsstunde der Menschheit sich entschließen könnte, einzig an die Notwendigkeit des Verzichts auf Atomwaffen und an die nur dadurch ermöglichte Vermeidung eines Atomkrieges zu denken. Die Theorie der Aufrechterhaltung des Friedens durch Abschreckung des Gegners mittels atomarer Aufrüstung kann für die heutige Zeit der so gesteigerten Kriegsgefahr nicht mehr in Betracht kommen“

Dem wäre auch fünfzig Jahre später nichts hinzuzufügen, außer, dass es völlig unverzeihlich ist, wenn die Persönlichkeit Albert Schweitzers in Vergessenheit gerät! Gerade wir Deutschen hätten allen Grund, mit der Stimme unseres Landsmannes aus dem so oft umstrittenen elsässischen Grenzgebiet (Schweitzer wurde als Deutscher geboren und starb als Franzose) der Friedenserhaltung oberste Priorität einzuräumen. Ein kleiner Lichtblick ist die Kritik der beiden großen Kirchen an der Bundesregierung wegen der expansiven Rüstungspolitik, dem steigenden Kriegswaffenexport (für 1,6 Milliarden € im Jahr 2005) und besonders dessen Zunahme in Entwicklungsländer.

Wir besonders der Erhaltung von Leben Verpflichteten sollten allerorts mit dafür Sorge tragen, dass die „Öffentliche Meinung“ jede Form von Gewalt zwischen Menschen und zwischen Staaten als verabscheuenswürdig verurteilt und damit etwas zum Vermächtnis Albert Schweitzers beiträgt.

Literatur beim Verfasser

Dr. med. Horst-Peter Reichardt  
Albert-Schweitzer-Freundeskreis Dresden  
Moritz-Richter-Straße 2, 01471 Radeburg

# Diagnostik der kutanen Arzneimittelallergie

R. Treudler, JC Simon

## Einleitung

Der Begriff Arzneimittelallergie wird nicht selten als Oberbegriff für unerwünschte Arzneimittelwirkungen verwendet. Ebenso vielfältig wie die klinischen Bilder sind die pathogenetischen Vorstellungen, die sich einerseits auf pharmakologische Wirkungen, andererseits auf Überempfindlichkeitsreaktionen bedingt durch eine immunologische Sensibilisierung (Allergie im engeren Sinne) und/oder durch pharmogenetische Besonderheiten beziehen. Der Allergologe wird häufig zur Abklärung einer unerwünschten Arzneimittelwirkung konsultiert. Im Folgenden sollen daher aktuelle Aspekte zu Indikationen und Durchführung möglicher In vivo- und In vitro-Tests in einer Übersicht zusammengefasst werden.

## I. Arzneimittelallergie: Definition, klinische Bilder und Pathogenese

Unerwünschte Arzneimittelreaktionen (UAW) treten bei ca. 5 Prozent der medikamentös behandelten Patienten auf, von stationär aufgenommenen Patienten erleiden ca. 6 Prozent eine UAW. (Arzneimittelkommission 2005, Gomes E 2005) Diese können sich auf vielfältige Art und Weise äußern, die häufigsten betroffenen Organsysteme sind das zentrale und vegetative Nervensystem (z. B. Schwindel, Müdigkeit), der Verdauungstrakt (zum Beispiel Übelkeit, Erbrechen, Leber- und Gallenveränderungen), das Blut (zum Beispiel Leukopenie, Anämie) und die Haut- und Hautanhangsgebilde. Eine universell akzeptierte Klassifikation unerwünschter Arzneimittelwirkungen existiert bis heute nicht. Nach der Vorhersagbarkeit der Reaktionen wird häufig unterschieden in

- Typ A: Dosis abhängige, vorhersehbare und
- Typ B: nicht Dosis abhängige, nicht vorhersehbare Reaktionen.

In letzter Zeit wurden auch zunehmend weitere Reaktionstypen differenziert (Tabelle 1, Edwards I et al. 2000).

Die zugrunde liegenden Mechanismen für UAW sind vielfach unklar, einerseits kann es sich um pharmakologische Wir-

kungen handeln, andererseits liegt vielfach eine spezifische Bereitschaft auf Seiten des Patienten vor, die sich in einer Überempfindlichkeit äußert.

Der Begriff Arzneimittel-, „Allergie“ wird häufig als Oberbegriff für unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) des Typs B verwendet, obwohl die meisten dieser Reaktionen nicht immunologisch vermittelt sind. Die Reaktionen lassen sich aus den bekannten pharmakologischen Eigenschaften des Präparates nicht ableiten, sie treten unerwartet und dosisunabhängig auf. Pathogenetisch kann es sich neben echten Allergien mit zum Beispiel Nachweisbarkeit von IgE-Antikörpern um nicht-immunologisch vermittelte Reaktionen handeln, die auf einem genetisch bedingten Defekt bzw. einer Mutation entweder im Stoffwechsel der Arzneimittel oder an den entsprechenden Rezeptoren zurückzuführen sind (Merk H 2000, Yawalkar N et al. 2004). Im klinischen Alltag ist die Einteilung in Sofort- und Spättypreaktionen hilfreich. Auch kann der Zeitverlauf Hinweise für die Pathogenese und die somit sinnvollen diagnostischen Maßnahmen geben.

## Soforttyp-Reaktionen

Soforttypreaktionen treten innerhalb von einer Stunde – nach anderen Definitionen auch bis zu 72 Stunden – nach Applikation auf und können sich äußern sich in Form von

- Urtikariellen Hautveränderungen
- Haut-/Schleimhautschwellungen (Quincke-Ödem)
- Atemnot
- Diarrhoen
- Kreislaufbeschwerden mit Tachykardien, Blutdruckabfall bis zum Kollaps
- Subjektiven Beschwerden wie Juckreiz, innerer Unruhe, Palpationen, Globusgefühl, Schwindel, Todesangst etc.

Folgende Pathomechanismen können zu Soforttyp-Reaktion führen

- IgE – vermittelte Freisetzung von Überträgerstoffen aus Mastzellen (zum Beispiel Penicillin, Suxamethonium)
- Nicht – IgE vermittelte Freisetzung von Überträgerstoffen aus Mastzellen (zum Beispiel Morphinderivate, Narkotika, ASS)
- Eingriff in den Arachidonsäure –Metabolismus (zum Beispiel NSAIDs)
- Hemmung des Bradykinin-Abbaus (ACE-Hemmer)

Auch können psychovegetative Faktoren, zum Beispiel mit Hyperventilation, Symptome hervorrufen, die klinisch schwer von anaphylaktischen Symptomen zu unterscheiden sind.

## Spättyp-Reaktionen

Spättypreaktionen treten später als eine Stunde nach Applikation der Medikamente auf – nach anderen Definitionen auch erst nach 72 Stunden; Das klinische Bild zeigt sich mit Exanthenen in vielfältiger Morphe, zum Beispiel urtikariell, makulopapulös, pustulös, bullös. Besondere klinische Bilder werden abgegrenzt, zum Beispiel bei Beugenbetonung, das Symmetrical drug induced flexural Exanthema (SDRIFE, früher auch Baboon Syndrom, Abbildung 1, Treudler R 2006). Als ausgedehntes pustulöses Exanthem kann sich die akute generalisierte exanthematische Pustulose (AGEP) manifestieren; beim Drug induced rash with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS), früher auch als Hypersensitivitätssyndrom bezeichnet, treten zusätzlich zum Exanthem Allgemeinbeschwerden auf. Das medikamentös induzierte Erythema exsudativum multiforme (EEM) wird zu den bullösen Exanthenen gezählt, deren schwere Ausprägungen als: Stevens Johnson Syndrom

- |   |   |   |
|---|---|---|
| A | Dosis abhängig, oft vorhersehbar (augmented)      | • z. B. Xerosis bei Retinoid, Met-Hb Erhöhung bei DADPS       |
| B | Nicht Dosis-abhängig (nicht-vorhersehbar, bizarr) | • z. B. Anaphylaktische Reaktionen o. Exantheme bei Antibiose |
| C | Dosis- und Zeit-abhängig (cumulative)             | • z. B. Cushing bei Steroiden                                 |
| D | Zeit(-punkt)-abhängig (date)                      | • z. B. Teratogenität der Retinoide, Kanzerogenität           |
| E | Entzugserscheinungen (end of use)                 | • z. B. NNR-Insuffizienz nach Steroiden                       |
| F | Unerwartetes Therapieversagen (failure)           | • z. B. Versagen der Kontrazeption durch Komedikation         |

Tabelle 1: Einteilung unerwünschter Arzneimittelreaktionen (Edwards I et al. 2000)

(SJS), toxische Epidermale Nekrolyse (TEN) oder als Übergangsbilder zwischen SJS und TEN in Erscheinung treten können. [Merk H 2000, Mockenhaupt M. 2005) Pathogenetisch sind die meisten Spättyp-Reaktionen nicht abschließend geklärt. Bei vielen Reaktionen ist die zelluläre Immunantwort involviert, insbesondere T-Lymphozyten sind bei der Entwicklung vieler Krankheitsbilder beteiligt. Bei den schweren bullösen Exantheme kommt es zur Apoptose der Keratinozyten, wobei CD8 positive T-Lymphozyten, Perforin, Granzym sowie TNF-alpha, Fas-Ligand und TRAIL eine Rolle spielen. Auch das humorale Immunsystem oder parainfektöse Mechanismen (erhöhtes IFN-gamma) sind bei einigen klinischen Bildern beteiligt. (Yawalkar N et al. 2004).

## II. Indikation zur Testung bei Arzneimittelallergie

Die Diagnostik einer UAW ist nicht selten sehr aufwändig. Bei vermuteter Unverträglichkeit eines Präparates muss überlegt werden, ob eine dauerhafte Meidung problemlos möglich ist oder dieses zu wesentlichen Einschränkungen bei der Versorgung des Patienten führt. Für die Durchführung einer gezielten Diagnostik sprechen:

- Die notwendige Identifizierung eines verantwortlichen Präparates bei anamnestischer Unklarheit.
- Der Ausschluss einer Unverträglichkeit bei V.a. psychovegetative Reaktion.
- Die Identifizierung sicherer Ausweichpräparate, zum Beispiel auch zum Ausschluss möglicher Kreuzreaktionen.

Gegen eine Diagnostik sprechen

- Häufiges Fehlen von validen Testverfahren
- Begrenzte Aussagekraft der Testverfahren
- Risiko für den Patienten
- Aufwand
- Kosten

Insofern ist es erforderlich, für jeden Patienten die Abwägung von Nutzen und Risiko einer Testung vorzunehmen. Für eine Testung wird man sich häufig bei folgenden Situationen entscheiden:

- Polyvalente Unverträglichkeit
- Unklarheit bezüglich der auslösenden Medikamente bei Multimedikation
- Unklarheit bezüglich der Alternativenmedikation (Ausschluss Kreuzreaktionen)

- Dringende Notwendigkeit der Medikation (Immunsupprimierte/Tumortherapie, Endokarditis-Prophylaxe, etc.)

## III. Praktisches Vorgehen zur Testung von Arzneimittelallergien

Der Testzeitpunkt sollte bei der Indikationsstellung, Durchführung und Bewertung berücksichtigt werden. Zur Aufklärung eines verantwortlichen Medikamentes ist eine positive Testreaktionen am wahrscheinlichsten in einem Zeitraum von drei Wochen bis drei Monate nach der klinischen Reaktion zu erwarten. Geht es um die Frage einer aktuellen Sensibilisierung so kann selbstverständlich jederzeit getestet werden, sofern keine störenden Grunderkrankungen (zum Beispiel instabile Angina pectoris) oder eine interferierende Medikation (zum Beispiel Betablocker bei Soforttypreaktionen, Antiallergika) dem entgegenstehen.

Bei den Soforttyp-Reaktionen weiß man im Falle der Penicillinallergie, dass die Reaktivität später als zwei Jahre nach der letzten klinischen Reaktion deutlich abnimmt. Bei den Spättypreaktionen dagegen blieb die Reaktivität im Test dagegen bei Penicillinallergikern über > 6 Jahre konstant (Romano A et al. 2004). Es empfiehlt sich ein stufenweises Vorgehen (Abbildung 2). Grundlegend für jede Testung ist eine eingehende Anamnese, die alle eingenommenen Medikamente und den zeitlichen Zusammenhang mit der fraglichen Reaktion berücksichtigt. Wichtig ist insbesondere, ob

- das Präparat wiederholt mit den Beschwerden in Verbindung gebracht wurde,
- ein Auslassen zu einer Besserung führte,
- Alternativpräparate zur Verfügung stehen.

Es wurden spezielle Anamnesebögen entwickelt, die sich allerdings im klinischen Alltag nicht immer bewähren [Demoly P et al. 1999]. Ist die Anamnese wegweisend, so wird man sich für ein stufenweises diagnostisches Vorgehen entscheiden, bei dem zunächst In vitro- und bei Negativität In vivo-Tests zum Einsatz kommen sollten.

Leider stehen nur wenige In vitro-Testverfahren zur Verfügung. Für die Soforttypreaktionen kann das spezifische IgE (z. B. mittels CAP-FEIA) bestimmt werden, sofern ein solcher immunologischer

Mechanismus nachgewiesen ist (zum Beispiel für Penizilline, andere Betalaktam-Antibiotika, Suxamethonium). Bei den Penizillinen liegt die Sensitivität dieses Testes für die Aufdeckung von Soforttypreaktionen zwischen 38 und 57 Prozent, die Spezifität zwischen 87 und 100 Prozent. Die Bestimmung des spezifischen IgG sowie der Histaminfreisetzungstest können nicht empfohlen werden. Inwieweit der Cellular Antigen Stimulationstest (CAST) oder der Flow Cytometry Stimulationstest (FAST) in der Diagnostik sinnvoll sind, ist noch Gegenstand von Untersuchungen. Zur Zeit sollten sie nur bei besonderen Fragestellungen und in Studien eingesetzt werden. Bei schweren anaphylaktischen Reaktionen hat sich in letzter Zeit die Bestimmung der Tryptase im Serum zur Aufdeckung einer zugrunde liegenden Mastozytose bewährt. Der Einsatz des Lymphozytentransformationstestes (LTT) zur Aufklärung von Spättypreaktionen ist umstritten (Romano A et al. 2004, Brockow K et al. 2002).

Die In vivo-Testung wird in der Regel zunächst an der Haut begonnen. Da selten kommerziell erhältliche Präparate verfügbar sind, sollten vorzugsweise Präparate zur I.v.-Applikation zum Einsatz kommen. Bei den Soforttypreaktionen finden Pricktest und Intrakutantest (ICT) Anwendung. Diese sollen am volaren Unterarm durchgeführt werden. Für die Aufklärung von Spättypreaktionen werden der ECT und der Intrakutantest mit Spätablesung eingesetzt (Abbildung 3). Für den ECT empfiehlt sich ein analoges Vorgehen zur Testung von Kontaktallergenen. Inwieweit der Scratch-Patch Test bei der Testung hilfreich sein kann, ist Gegenstand aktueller Untersuchungen (Hug K et al. 2003). Die Testkonzentrationen sind meist nicht standardisiert und können sich allenfalls an Vorschlägen aus der Literatur orientieren: Häufig werden zur Epikutantestung Konzentrationen von 5 Prozent (0.5 – 20 Prozent) in NaCl o. Vaseline, zur Pricktestung Konzentrationen von 1/100 bis 1/1 und für die Intrakutantestung Konzentrationen von 1/100 der Prick-Konzentration bis 1/1 empfohlen (Barbaud A et al. 2001, Brockow K et al. 2002). Auch die Ablesung der Testverfahren ist nicht standardisiert. Beim Pricktest wird in letzter Zeit empfohlen eine Quaddel > 3mm als positiv zu werten, beim ICT





Abbildung 1: Das Symmetrical drug induced flexural Exanthema (SDRIFE, früher auch Baboon Syndrom) manifestiert sich mit Betonung der Beugenregionen.

wird häufig eine Zunahme der Quaddel nach 15 Minuten um mindestens 3mm im Vergleich zur Ursprungsquaddel zum Applikationszeitpunkt als positiv gewertet. Da die Präparate nicht selten ein irritatives Potential besitzen, wird die Ablesung erschwert. Das früher praktizierte Vorgehen, gesunde Kontrollpersonen zum Vergleich zu testen, ist aufgrund des Risikos einer Sensibilisierung aus ethischen Gründen nicht praktikabel. Die Durchführung eines Hauttests ist aussichtsreich bei Exanthemen folgender Morphe: makulo-papulöses, pustulös, beim Hypersensitivitätssyndrom/DRESS sowie beim fixen Arzneimittel-Exanthem. Der Hauttest verläuft häufig negativ bei bullösen Exanthemen (EEM, SJS, TEN) und bei verzögerter Urtikaria/Angioödem (Brockow K et al. 2002).

Wenn In vitro-Tests und Hautteste nicht zur Klärung der fraglichen Arzneimittelreaktion führen können, so kann über die Indikation zur Expositionstestung nachgedacht werden: Eine Indikation hierfür besteht zum Beispiel

- zur Bestätigung bei negativen Haut-/In-vitro Tests,
- zum Ausschluss einer Hypersensitivität, zum Beispiel zur differenzialdiagnostischen Abklärung einer vasovagalen Reaktionen auf Lokalanästhetika,
- zur Suche nach Alternativen, z. B. andere Antibiotika bei Penizillen-Allergie,
- zum Ausschluss von Kreuzreaktionen, zum Beispiel NSAID.

Die Bedeutung einer Expositionstestung zeigt sich zum Beispiel auch bei Patienten mit Soforttyp-Reaktionen auf Penizillin, von denen 15 bis 20 Prozent trotz Negativität der In vitro- und In vivo-Tests bei der Exposition reagieren (Romano A et al 2004).

Nicht durchgeführt werden sollte eine potentiell gefährliche Expositionstestung bei

- Schwangerschaft
  - erhöhtem Komorbiditätsrisiko (zum Beispiel instabile Angina pectoris)
  - schwersten Reaktionen auf verdächtiges Medikament (zum Beispiel TEN)
- Ist die Risiko-Nutzen-Abwägung zugunsten einer Expositionstestung getroffen, so sind alle Maßnahmen zu treffen, um das Risiko für den Patienten möglichst gering zu halten. Hierzu sollten interferierende Medikamente, die die Notfalltherapie behindern würden ebenso wie Präparate, die die Testreaktion möglicherweise verfälschen (insbesondere Antiallergika, Immunsuppressiva, Betablocker), um- oder abgesetzt werden. Gerade bei Soforttypreaktionen aber häufig auch bei Spättypreaktionen wird man sich für die Überwachung des Patienten unter stationären Bedingungen mit engmaschiger klinischer Kontrolle (Monitoring) entschließen (Aberer W et al. 2003).

Die Testung selber sollte Placebo-kontrolliert (einfach oder gegebenenfalls doppelblind) erfolgen, die Applikation des zu testenden Präparates erfolgt vorzugsweise oral, gegebenenfalls kann bei guter Verträglichkeit über eine weitere parenterale Applikationsweise nachgedacht werden. Bei den Testpräparaten sollten vorzugsweise kommerziell erhältliche Medikamente eingesetzt werden, gegebenenfalls können bei positiver Testreaktion und entsprechendem Verdacht Additiva getrennt getestet werden.

Zum Zeitpunkt der Expositionstestung sollte die ursprüngliche Reaktion komplett abgeklungen sein. Die Startdosis richtet sich nach der Schwere der anamnestischen Unverträglichkeitsreaktion. Es sollte mit einer niedrigen Dosis begonnen werden (zum Beispiel bei schweren anaphylaktischen Reaktionen 1/10 bis 1/100 der Einmaldosis, die Höchstdosis sollte mindestens einer

Tagesdosis entsprechen. Bei Soforttypreaktionen sollte die nächst höhere Dosis frühestens nach 30 Minuten gegeben werden, bei Spättypreaktionen muss das Applikationsintervall gegebenenfalls bis auf einige Tage ausgedehnt werden (Aberer W et al. 2003).

Die Beurteilung der Reaktionen bei einer Expositionstestung ist nicht selten schwierig. Als positiv zu werten ist die Testung, wenn Originalsymptome reproduziert werden können. Objektivierbare, zum Beispiel kutane Symptome wie Exantheme oder Schwellungen sind hierbei leichter zu bewerten als subjektive unspezifische Symptome wie Schwindel, Missempfindungen und Unwohlsein. Diese können nicht immer auf eine Überempfindlichkeit gegen das Präparat zurückgeführt werden können.

Gründe für falsch positive Testergebnisse können sein:

- psychovegetative Reaktionen,
- vorexistierende Symptome anderer Genese,
- Induktion/Verschlimmerung vorheriger Symptome,
- Einbildung.

Falsch negative Befunde können in Zusammenhang stehen mit

- fehlenden Kofaktoren (Licht, Virusinfekt, körperliche Belastung),
- zu kurzer Exposition/Beobachtung,
- zu kurzer/langer Zeitabstand zur ursprünglichen klinischen Reaktion,
- zu geringer Dosis,
- einer möglichen Desensibilisierung durch die Testung.

Im Anschluss an jede durchgeführte Diagnostik sollte dem Patienten eine schriftliche Dokumentation (Allergiepass) mitgegeben werden, in dem Folgendes genau dokumentiert wird:



Abbildung 2: Bei der Diagnostik kutaner unerwünschter Arzneimittelreaktionen wird ein stufenweises Vorgehen empfohlen. Die Basis bildet eine gründliche Anamnese. Die Durchführung von Expositionstestungen müssen strenge Anforderungen gestellt werden.



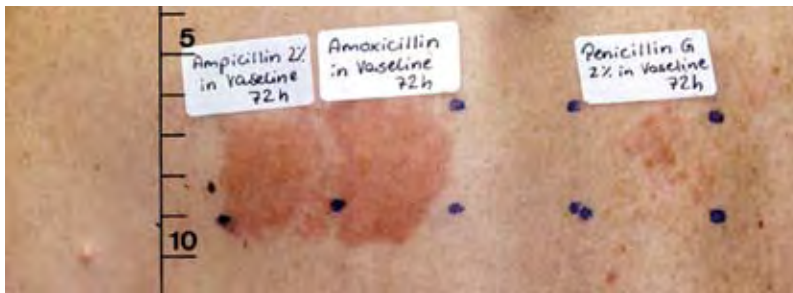


Abbildung 3: Bei makulopapulösen Exanthenen, insbesondere auf Aminopenicilline, lässt sich bei einem Teil der Patienten eine positive Testreaktion im Epikutantest nachweisen.

- Welches Präparat genau führte zur anamnestischen Reaktion?
- Welche Darreichungsform wurde gewählt?
- Welche Reaktion trat genau auf?
- Wie war der zeitliche Zusammenhang (Sofort/Spättyp?)
- War eine Behandlung nötig? Wenn ja, welche?
- Beruht die Reaktion auf Angaben des Patienten oder wurde sie ärztlicherseits dokumentiert?
- Welche Testbefunde konnten erhoben werden (In-vitro, Hauttest, Exposition)?
- Welche Alternativpräparate wurden vertragen?
- In welcher Dosis wurden die Alternativpräparate appliziert?

#### IV Ausblick

Aktuell bleiben zum Thema der Arzneimittelallergie noch eine Reihe von Fragen offen. Um zukünftig eine Verbesserung dieser Situation zu erzielen, wurden in den letzten Jahren Netzwerke von Kompetenzzentren gegründet, die darauf abzielen, die Qualität und die Relevanz der Forschung zur Medikamenten-Allergie zu verbessern. Hierbei handelt es sich um das im Rahmen der European Academy for Allergy and Clinical Immunology (EAACI) tätigen Euro-

pean Network for Drug Allergy (ENDA), das auch Mitglied von GA2LEN (Global Allergy and Asthma European Network) ist, sowie um das World Network for Drug Allergy (WONDA).

Neben der Bearbeitung epidemiologischer, klinischer und pathogenetischer Fragestellungen sollen auch Diagnostik und Therapie (einschließlich möglicher Desensibilisierungen) zu den Themenfeldern gehören. Insbesondere soll ein einheitliches Vorgehen durch Standardisierung von Testverfahren erreicht werden (Brockow K et al. 2005). Nicht zuletzt besteht das Ziel auch darin, das Bewusstsein in der Öffentlichkeit und der Politik für die Problematik der unerwünschten Arzneimittelreaktionen zu schärfen und darüber langfristig die Belastungen für die betroffenen Patienten zu vermindern.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Regina Treudler

Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Universitätsklinikum Leipzig A.ö.R. Philipp-Rosenthal-Straße 23–25, 04103 Leipzig

# Krankenhaustarifrecht in Sachsen

Steffen Forner<sup>1</sup>

Die Tariflandschaft in Deutschland wird durch eine zunehmende Zersplitterung geprägt, von der auch die angestellten Ärztinnen und Ärzte in den sächsischen Krankenhäusern betroffen sind. Begriffe wie BAT, TdL, VKA, KAV, TV-Ä, TV-Ü, TVöD, TV-L, HausTV, MB, DAG, Ver.di, EuGH, Opt-Out oder ArbZG sind immer wieder Inhalt aktueller Diskussionen. Wer nicht die Möglichkeit hat, sich regelmäßig mit den Entwicklungen im Tarif- und Arbeitsrecht zu beschäftigen, sieht sich bei der Gestaltung der eigenen Arbeitsbedingungen dem Arbeitgeber gegenüber häufig einem Informations- und damit einem Verhandlungsnachteil ausgesetzt. Mit dem folgenden Beitrag soll eine Bestandsaufnahme der aktuellen Entwicklungen im Krankenhaustarifrecht vorgenommen werden.

Nach einem Rückblick auf die tarifpolitischen Ereignisse seit Februar 2005 (unter I) werden die verschiedenen Tarifbereiche in Sachsen vorgestellt (unter II). Abschließend (unter III) erfolgt ein Überblick über die wesentlichen Inhalte der vom Marburger Bund (MB) im vergangenen Jahr abgeschlossenen Flächentarifverträge mit der Tarifgemeinschaft deutscher Länder (TdL) und der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA).

## I) Rückblick

Um die aktuellen Entwicklungen im Tarifrecht der angestellten Ärztinnen und Ärzte beurteilen zu können, ist es erforderlich, ins Jahr 2005 zurückzublicken. Anfang des Jahres 2005 hatten sich die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (Ver.di) und die VKA sowie Vertreter der Bundesregierung darauf verständigt, den seit 1961 im öffentlichen Dienst geltenden Bundesangestelltentarifvertrag (BAT)<sup>2</sup>, der für nicht mehr zeitgemäß gehalten wurde, durch ein neues modernes Tarifrecht zu ersetzen, welches den Anforderungen der Arbeitswelt im 21. Jahrhundert gerecht werden sollte. Die TdL war an diesen Tarifverhandlungen nicht beteiligt.<sup>3</sup>

In Tarifverhandlungen auf Bundesebene handelte Ver.di bis zum Herbst 2005 mit Vollmacht für den Marburger Bund.<sup>4</sup> Hintergrund hierfür war eine Kooperationsvereinbarung zwischen dem Bundesverband des Marburger Bundes und der Deutschen Angestellten Gewerkschaft (DAG) aus dem Jahr 1950, auf deren Grundlage es der DAG gestattet war, Tarifverhandlungen zugleich im Namen des MB mit den Arbeitgebern zu führen. Nachdem sich die DAG und vier weitere Einzelgewerkschaften<sup>5</sup> im März 2001 zur Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (kurz: Ver.di) zusammengeschlossen hatten, ging die der DAG erteilte Verhandlungsvollmacht auf Ver.di über.

Von Februar 2005 bis September 2005 wurden zahlreiche Verhandlungsrunden zwischen der Bundesregierung, der VKA und Ver.di geführt. Je weiter die Verhandlungen

fortschritten, umso deutlicher wurde allerdings, dass das neue Tarifrecht – der Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) – den Vorstellungen der im Marburger Bund organisierten Ärztinnen und Ärzten nicht gerecht werden kann. Ver.di war zwar bereit, die Arbeitszeiten flexibel zu gestalten und auch die Öffnungsklauseln<sup>6</sup> des Arbeitszeitgesetzes (ArbZG) zu nutzen, eine gleichzeitige Verbesserung der Vergütung der von diesen Öffnungsklauseln hauptsächlich betroffenen Ärzteschaft war aber nicht vorgesehen. Trotz intensiver Bemühungen war es den Vertretern des MB, die in den Verhandlungen wegen der Verhandlungsvollmacht für Ver.di kein Stimmrecht hatten, nicht möglich, die Inhalte des neuen Tarifrechts entscheidend zu verändern. Als sich abzeichnete, dass der TVöD zu einer Verschlechterung der Vergütungsbedingungen für die Ärzteschaft führen wird, kamen am 10. September 2005 Delegierte des Marburger Bundes zu einer außerordentlichen Hauptversammlung in Berlin zusammen. Auf dieser Veranstaltung wurde die tarifpolitische Situation ausführlich und kontrovers diskutiert. Im Ergebnis lehnten die Delegierten den TVöD ab. Um eine Anwendbarkeit des neuen Tarifrechts auf die Mitglieder des MB zu verhindern, wurde noch am gleichen Tag die Verhandlungsvollmacht gegenüber Ver.di widerrufen. Am 13. September 2005 wurde der TVöD von den Vertretern der Bundesregierung, der VKA und Ver.di unterzeichnet. Da zu diesem Zeitpunkt die Vollmacht, für den Marburger Bund zu handeln, widerrufen war, konnte der TVöD grundsätzlich nur auf Arbeitsverhältnisse von Ärztinnen und Ärzten Anwendung finden, die Mitglied bei Ver.di waren oder der Anwendung des neuen Tarifrechts einzelvertraglich zugestimmt hatten.<sup>7</sup>

Der Marburger Bund trat nach Beendigung der Kooperation mit Ver.di erstmals als selbständige Tarifvertragspartei mit dem Ziel auf, die Absenkungen der durch Ver.di ausgehandelten Tarifverträge auszugleichen und ein neues arzt spezifisches Tarifrecht einzuführen. Vor diesem Hintergrund hatten weder die Arbeitgeber noch Ver.di Interesse daran, dass sich der Marburger Bund zu einer selbständigen Krankenhausesgewerkschaft entwickelt. Das Jahr 2006 wurde deshalb durch historische Arbeitskämpfe der Ärzteschaft geprägt. Ziel der Auseinandersetzung war es, die Arbeitgeber (die parallel mit Ver.di verhandelten, was die Verhandlungen des Marburger Bundes erschwerte) zum Abschluss arzt spezifischer Tarifverträge zu bewegen. Im Ergebnis stehen der Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an Universitätskliniken (TV-Ä/TdL) und der Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an kommunalen Krankenhäusern (TV-Ä/VKA). Weitere Tarifabschlüsse mit privaten Klinikkonzernen folgten.

Aufgrund der schwierigen Rahmenbedingungen der Tarifverhandlungen konnten zwar nicht alle Ziele erreicht werden, die mit den Arbeitskämpfen verbunden waren. Gleichwohl ist es aber erstmals gelungen, für die angestellten Ärztinnen und Ärzte ein eigenständiges Tarifrecht einzuführen und damit die Verschlechterungen, die im nicht-

ärztlichen Bereich durch TV-L<sup>8</sup> und TVöD eingetreten sind, abzuwenden.<sup>9</sup> Die arzt spezifischen Tarifverträge sind das Fundament für die kommenden Tarifrunden zur weiteren Verbesserung der Arbeits- und Vergütungsbedingungen der Ärzteschaft im Krankenhaus.

## II) Aktuelles Tarifrecht in Sachsen

Das in Sachsen aktuell anwendbare Tarifrecht ist durch verschiedene Tarifbereiche gekennzeichnet. Welcher Tarifvertrag auf das eigene Arbeitsverhältnis Anwendung findet, hängt davon ab, ob und in welcher Form der Arbeitgeber tarifgebunden ist. Grundsätzlich kann man zwischen Flächentarifverträgen, Konzerntarifverträgen und Haustarifverträgen unterscheiden. Während Flächentarifverträge zwischen dem Marburger Bund und einem Arbeitgeberverband (Zusammenschluss mehrerer Arbeitgeber oder kleinerer Arbeitgeberverbände) abgeschlossen werden, spricht man bei Tarifabschlüssen zwischen dem Marburger Bund und einzelnen Krankenhäusern von Haustarifverträgen. Konzerntarifverträge werden mit privaten Klinikkonzernen verhandelt. Flächentarifverträge sind für alle Arbeitgeber verbindlich, die in dem Arbeitgeberverband organisiert sind, der den Tarifvertrag abgeschlossen hat. Die wichtigsten Arbeitgeberverbände im Öffentlichen Dienst sind die Tarifgemeinschaft deutscher Länder (TdL) und die Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA).

Der Freistaat Sachsen ist Mitglied in der TdL, weshalb der Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an Universitätskliniken (TV-Ä/TdL), der zwischen MB und TdL abgeschlossen wurde, für die an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig und der TU Dresden angestellten Ärztinnen und Ärzte gilt, die einen Arbeitsvertrag mit dem Freistaat Sachsen geschlossen haben. Der Kommunale Arbeitgeberverband Sachsen (KAV) ist Mitglied der VKA. Im KAV Sachsen sind wiederum verschiedene sächsische Krankenhäuser organisiert, weshalb die in diesen Häusern angestellte Ärzteschaft grundsätzlich Anspruch auf Anwendung des Tarifvertrages für Ärztinnen und Ärzte an kommunalen Krankenhäusern (TV-Ä/VKA) hat.

Neben den im KAV Sachsen organisierten Krankenhäusern und dem Freistaat Sachsen gibt es in Sachsen auch private Krankenhausarbeitgeber. Da diese in Konzernstrukturen eingebunden sind, die bundesweit agieren, führt insoweit der MB-Bundesverband die Tarifverhandlungen zum Abschluss arzt spezifischer Konzerntarifverträge. Daneben gibt es Krankenhäuser in Sachsen, die in der Vergangenheit aus dem KAV Sachsen ausgetreten sind und deshalb den TV-Ä/VKA nicht anwenden müssen. Mit diesen Arbeitgebern kann der MB Sachsen Haustarifverträge abschließen, wie dies z.B. für die Oberlausitz-Kliniken gGmbH, die Klinikum Hoyerswerda gGmbH, die Städtisches Klinikum Görlitz gGmbH und die Kreiskrankenhaus Weißwasser gGmbH erfolgt ist.

Vom Tarifrecht der Fakultätsärzte (an der Universität Leipzig und der TU Dresden) mit Arbeitsvertrag zum Freistaat Sachsen (hier gilt der TV-Ä/TdL) ist das Tarifrecht zu unter-

scheiden, welches für die direkt an den beiden sächsischen Unikliniken angestellten Ärztinnen und Ärzte gilt. Auf der Grundlage des Gesetzes über die Hochschulmedizin im Freistaat Sachsen vom 6. Mai 1999 sind das Universitätsklinikum Leipzig (UKL) und das Universitätsklinikum Dresden (UKD) als Anstalten öffentlichen Rechts (AöR) organisierte und gegenüber den Universitäten rechtlich verselbständigte Arbeitgeber. Diese gesetzliche Konstruktion führt dazu, dass die Ärztinnen und Ärzte, die an den Universitätsstandorten Leipzig und Dresden arbeiten, zwar in weiten Teilen die gleichen Tätigkeiten ausüben, durch die Anstellung bei verschiedenen Arbeitgebern (einerseits Freistaat Sachsen und andererseits UKL bzw. UKD) aber verschiedenem Arbeits- und Tarifrecht unterworfen sind. Während also für den Freistaat Sachsen der TV-Ä/TdL gilt, sind UKL und UKD nicht an diesen Tarifvertrag gebunden. Als einzelne Arbeitgeber haben UKL und UKD aber die Möglichkeit, mit dem MB Sachsen einen Haustarifvertrag abzuschließen. Für beide Anstalten hat der MB Sachsen im letzten Jahr arzt spezifische Haustarifverträge verhandelt, die ab 2007 gelten sollen und sich eng an den TV-Ä/TdL anlehnen.<sup>10</sup>

Da der TV-Ä/TdL in seinem Geltungsbereich nur auf die an den Universitäten tätigen Ärztinnen und Ärzte mit Arbeitsvertrag zum Freistaat Sachsen anwendbar ist, werden andere ärztliche Beschäftigte im Landesdienst bisher nicht erfasst. Für diese kann der MB Sachsen mit den zuständigen Staatsministerien Landestarifverhandlungen führen. Für die vier psychiatrischen Landeskliniken hat der MB Sachsen im Januar und Februar 2007 einen arzt spezifischen Tarifvertrag mit dem Sächsischen Finanzministerium verhandelt, der sich in weiten Teilen an den TV-Ä/TdL anlehnt.

Neben diesen verschiedenen Tarifpartnern auf Arbeitgeberseite sind auch auf Arbeitnehmerseite mehrere Gewerkschaften in den sächsischen Krankenhäusern tätig. Während der Marburger Bund Tarifverträge nur für die angestellten Ärztinnen und Ärzte abschließt, tritt Ver.di mit dem Anspruch auf, für alle Angestellten im Krankenhaus (einschließlich der Ärzteschaft) Tarifverträge abzuschließen.<sup>11</sup> Dies führt dazu, dass in vielen tarifgebundenen Krankenhäusern ein Tarifvertrag mit Ver.di für alle Beschäftigten und (soweit die Ärztinnen und Ärzte dies durchgesetzt haben) ein Tarifvertrag mit dem Marburger Bund besteht, der wegen seines spezielleren Anwendungsbereiches den Tarifvertrag von Ver.di hinsichtlich der Ärzteschaft verdrängt. Im Umkehrschluss führt diese Tarifkonkurrenz aber auch dazu, dass in den Krankenhäusern, in denen sich die Ärztinnen und Ärzte nicht dafür einsetzen, einen arzt spezifischen Tarifvertrag zu erhalten, grundsätzlich der Tarifvertrag mit Ver.di angewendet wird. Da diese Tarifverträge auf alle Beschäftigten zugeschnitten sind, können sie zwangsläufig die besonderen Interessen der Ärzteschaft nicht in dem Maße abbilden, wie dies in den arzt spezifischen Tarifverträgen des Marburger Bundes der Fall ist.

### III) Überblick zu den Inhalten der MB-Tarifverträge

Im Jahr 2006 konnten mit den wichtigsten Arbeitgebern des Öffentlichen Dienstes – der TdL (unter A) und der VKA (unter B) – arzt spezifische Tarifverträge ausgehandelt werden.

#### A) Tarifvertrag zwischen Marburger Bund und TdL (TV-Ä/TdL)

Der Tarifvertrag ist am 1. November 2006 in Kraft getreten. Die Vergütungstabelle war bereits rückwirkend zum 1. Juli 2006 anzuwenden.

#### 1. Geltungsbereich

Der TV-Ä/TdL gilt für Ärztinnen und Ärzte einschließlich Zahnärztinnen und Zahnärzte, die an einer Universitätsklinik überwiegend in der Patientenversorgung tätig sind. Eingeschlossen sind die in ärztlichen Servicebereichen in der Krankenversorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte.<sup>12</sup> Der Tarifvertrag gilt nicht für Chefärztinnen und Chefärzte, geringfügig Beschäftigte und Ärzte, die ein über die höchste Entgeltgruppe hinausgehendes Entgelt erhalten. Die Übertragung des Tarifvertrages auf andere Ärzte im Landesdienst ist auf Landesebene zu verhandeln. Dies ist Anfang 2007 für die Ärztinnen und Ärzte in den psychiatrischen Landeskliniken erfolgt. Auch die an den Medizinischen Instituten der Universität Leipzig und der TU Dresden beschäftigten Ärztinnen und Ärzte, die überwiegend in der Patientenversorgung tätig sind, werden vom Geltungsbereich des Tarifvertrages erfasst, was aber bisher vom Freistaat Sachsen noch nicht anerkannt wird.<sup>13</sup>

#### 2. Arbeitszeit, Bereitschaftsdienst, Rufbereitschaft

Die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit ist auf 42 Stunden festgelegt. Dabei hat der Einzelne das Recht, weiterhin eine regelmäßige Wochenarbeitszeit von 40 Stunden zu wählen. Hierfür wird dann das entsprechende zeitanteilige Entgelt gezahlt. Bewertung und Bezahlung von Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft sind bei Beibehaltung der alten Definition in einem neuen System geregelt. Künftig gibt es nur noch zwei Bereitschaftsdienststufen. Dabei wird die Stufe I (Arbeitsbelastung von 0% bis 25%) mit 60% als Arbeitszeit bewertet. Die Stufe II (Arbeitsbelastung von mehr als 25% bis maximal 49%) wird mit 95% als Arbeitszeit bewertet. Diese Bewertung erhöht sich an Feiertagen um 25%. Für die als Arbeitszeit bewertete Zeit wird das individuelle Stundenentgelt gezahlt. Die Rufbereitschaft wird zukünftig mit einer täglichen Pauschale vergütet, welche für Wochentage das Zweifache und für Samstage, Sonn- und Feiertage das Vierfache des individuellen Stundenentgelts<sup>14</sup> beträgt. Ist die Rufbereitschaft kürzer als zwölf Stunden, wird für jede angefangene Stunde eine Pauschale von 12,5% des individuellen Stundenentgelts gezahlt. Die Zeit der Inanspruchnahme mit einem Einsatz am Arbeitsplatz einschließlich erforderlicher Wegezeiten wird auf eine volle Stunde gerundet. Für jede Inanspruchnahme während der Rufbe-

reitschaft wird die Überstundenvergütung gezahlt.

Unter Ausnutzung der Öffnungsklauseln des Arbeitszeitgesetzes wird die Möglichkeit einer Verlängerung der täglichen Arbeitszeit mit Bereitschaftsdienst über acht Stunden eröffnet. Die tägliche Arbeitszeit kann durch die tarifvertragliche Regelung mit Bereitschaftsdienst auf bis zu 24 Stunden verlängert werden. Dabei muss mindestens die acht Stunden überschreitende Zeit als Bereitschaftsdienst abgeleistet werden. Pro Woche sind über einen Ausgleichszeitraum von einem Jahr bis zu 58 Stunden in Verbindung mit der Bereitschaftsdienststufe I und bis zu 54 Stunden in Verbindung mit der Bereitschaftsdienststufe II zulässig. Voraussetzung für diese Arbeitszeitverlängerung ist die individuelle Zustimmung (Opt-Out) des Einzelnen zur Verlängerung der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit über 48 Stunden. Weitere Voraussetzungen sind die Prüfung alternativer Arbeitszeitmodelle, eine Belastungsanalyse sowie sich daraus ergebende Maßnahmen zur Gewährleistung des Gesundheitsschutzes der betroffenen Ärztinnen und Ärzte. An Samstagen, Sonn- und Feiertagen kann Bereitschaftsdienst bis zu 24 Stunden geleistet werden.

Die tägliche Arbeitszeit kann im Schichtdienst auf bis zu 12 Stunden ausgedehnt werden, wobei unmittelbar hintereinander nicht mehr als vier und innerhalb von zwei Wochen nicht mehr als acht dieser Schichten abgeleistet werden dürfen. Solche Schichten dürfen nicht mit Bereitschaftsdienst kombiniert werden.

Die Möglichkeit, einen wöchentlichen Arbeitszeitkorridor von bis zu 45 Stunden und eine tägliche Rahmenzeit von bis zu 12 Stunden zwischen 6 bis 20 Uhr einzuführen, besteht ausschließlich durch Regelung in einem Landestarifvertrag. Ebenso kann eine generelle Abweichung von den Regelungen des Arbeitszeitgesetzes aus dringenden betrieblichen bzw. dienstlichen Gründen nur in einem Landestarifvertrag geregelt werden. Ohne die Zustimmung des MB Sachsen kann der Freistaat Sachsen damit von diesen Arbeitszeitelementen keinen Gebrauch machen.

Die Arbeitszeiten sollen in Zukunft objektiv dokumentiert werden. Hierzu wird die Anwendung von Zeiterfassungssystemen zunächst in Pilotprojekten geprüft werden.

#### 3. Eingruppierung, Vergütung

Die neue Entgeltordnung bildet in vier Entgeltgruppen Ärzte, Fachärzte, Oberärzte und ständige Vertreter des Chefarztes ab. Oberarzt ist derjenige Arzt, dem die medizinische Verantwortung für Teil- oder Funktionsbereiche der Klinik beziehungsweise Abteilung vom Arbeitgeber übertragen worden ist. Oberarzt ist ferner der Facharzt, der in einer durch den Arbeitgeber übertragenen Spezialfunktion tätig ist, für die dieser eine erfolgreich abgeschlossene Schwerpunkt- oder Zusatzweiterbildung nach der Weiterbildungsordnung fordert. In einer Niederschriftserklärung zum Überleitungstarifvertrag (TV-Ü/TdL) wurde festgehalten, dass Ärzte, die bisher die Bezeichnung Oberarzt geführt haben, diese auch weiterhin führen

dürfen, auch wenn sie die Voraussetzungen für eine Eingruppierung in die Entgeltgruppe 3 nicht erfüllen. Nachdem die Arbeitgeber die Eingruppierung der Oberärzte sehr restriktiv durchführen, ist in der näheren Zukunft mit einer Vielzahl von Eingruppierungsklagen zu rechnen. Der Marburger Bund wird seine Mitglieder bei der Durchsetzung ihrer Rechte unterstützen.

Ständiger Vertreter des Chefarztes im Sinne der Entgeltgruppe 4 ist der Arzt, der den leitenden Arzt in der Gesamtheit seiner Dienstaufgaben vertritt. Das Tätigkeitsmerkmal kann daher innerhalb einer Klinik nur von einem Arzt erfüllt werden.

Überschreiten Ärzte in der Weiterbildung die Mindestweiterbildungszeit, ohne dass sie dies zu vertreten haben, erhalten sie eine monatliche Zulage in Höhe der Differenz zur Stufe 1 der Entgeltgruppe 2.

Bedauerlicherweise war es dem Marburger Bund trotz intensiver Bemühungen nicht möglich, den Tabellenunterschied zwischen den Tarifgebieten Ost und West auszugleichen. Die Arbeitgeber konnten im Ergebnis durchsetzen, dass die Ost-West-Angleichung erst Ende 2009 in einem Schritt erfolgt. Der Bemessungssatz für Entgeltbestandteile beträgt deshalb für das Tarifgebiet Ost 92,5%. Unabhängig von der Frage der Ost-West-Angleichung wird die Vergütung zum 1. Mai 2008 im Tarifgebiet Ost um 2,9% erhöht.

Bezüglich der Anrechnung von Vorzeiten ärztlicher Tätigkeit werden bei der Stufenzuordnung Zeiten einschlägiger Berufserfahrung als förderliche Zeiten berücksichtigt. Dabei können auch Zeiten nichtärztlicher Tätigkeit berücksichtigt werden. Anders als die TdL, vertritt der Marburger Bund nach wie vor die Auffassung, dass die Tätigkeit als Arzt im Praktikum bei der Stufenzuordnung als einschlägige Berufserfahrung berücksichtigt werden muss. Auch insoweit ist vermutlich die individuelle arbeitsgerichtliche Geltendmachung nicht zu vermeiden.<sup>15</sup>

Mit der Vorweggewährung eines bis zu zwei Stufen höheren Entgelts kann von der tarifvertraglichen Einstufung abgewichen werden. Ärzte, die ein Entgelt der Endstufe beziehen, können bis zu 20% der Stufe 2 ihrer jeweiligen Entgeltgruppe zusätzlich erhalten. Bei Wissenschaftlern kann eine Zulage von 25% gewährt werden, wenn sie besondere projektbezogene Anforderungen erfüllen oder um eine besondere Personalbindung bzw. -gewinnung zu ermöglichen. Im Drittmittelbereich können Ärzte eine Sonderzahlung von bis zu 10% ihres Jahrestabellenentgelts erhalten, wenn entsprechende Erträge verbleiben und sie besonders zur Einwerbung der Mittel bzw. der Erstellung der Leistung beigetragen haben.

#### 4. Verbesserung der Arbeitsbedingungen

Verbesserungen gibt es insbesondere im Bereich der Befristungen. Der erste Arbeitsvertrag bei Befristung nach dem Hochschulrahmengesetz zum Zweck der Weiterbildung soll nun möglichst für zwei Jahre abgeschlossen werden. Der Anschlussarbeitsvertrag soll dann mindestens bis zum Ende der

Mindestweiterbildungszeit laufen.<sup>16</sup> Für die Fortbildung werden zukünftig bis zu drei Tage Arbeitsbefreiung gewährt.

#### B) Tarifvertrag zwischen Marburger Bund und VKA (TV-Ä/VKA)

Der Tarifvertrag ist mit Wirkung vom 1. August 2006 in Kraft getreten.

##### 1. Geltungsbereich

Der TV-Ä/VKA gilt für Ärztinnen und Ärzte einschließlich Zahnärztinnen und Zahnärzte, die in Krankenhäusern oder in sonstigen Einrichtungen und Heimen tätig sind, in denen die betreuten Personen in teilstationärer oder stationärer ärztlicher Behandlung stehen, wenn die ärztliche Behandlung in den Einrichtungen selbst stattfindet. Der Tarifvertrag gilt nicht für Chefärztinnen und Chefärzte, wenn deren Arbeitsbedingungen einzelvertraglich vereinbart worden sind. Er gilt ferner nicht für Ärztinnen und Ärzte, die sich am 1. August 2006 in der Arbeits- bzw. Freistellungsphase eines Altersteilzeitarbeitsverhältnisses befunden haben.

##### 2. Arbeitszeit, Bereitschaftsdienst, Rufbereitschaft

Die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit ist auf 40 Stunden festgelegt. Bewertung und Bezahlung von Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft sind bei Beibehaltung der alten Definition in einem neuen System geregelt.

Künftig gibt es nur noch drei Bereitschaftsdienststufen. Dabei wird die erste Stufe (Arbeitsbelastung von 0% bis 25%) mit 60% und die zweite Stufe (Arbeitsbelastung von 25% bis 40%) mit 75% als Arbeitszeit bewertet. Die Stufe 3, die mit einer Arbeitsbelastung von 40% bis zu 49% der bisherigen Stufe D entspricht, wird mit 90% als Arbeitszeit bewertet. Für die so ermittelte Arbeitszeit<sup>17</sup> wird in Abhängigkeit von der individuellen Entgeltgruppe ein im Tarifvertrag festgelegtes Stundenentgelt gezahlt. Für Feiertage wird ein Zeitzuschlag in Höhe von 25% gezahlt.

Die Rufbereitschaft wird künftig mit einer täglichen Pauschale vergütet, welche für Wochentage das Zweifache und für Samstage, Sonn- und Feiertage das Vierfache des individuellen, Stundenentgelts beträgt. Ist die Rufbereitschaft kürzer als zwölf Stunden, wird für jede angefangene Stunde eine Pauschale von 12,5% des individuellen Stundenentgelts gezahlt. Die Zeit der Inanspruchnahme mit einem Einsatz am Arbeitsplatz einschließlich erforderlicher Wegezeiten wird auf eine volle Stunde gerundet. Für jede Inanspruchnahme während der Rufbereitschaft wird das Entgelt zuzüglich eines Überstundenzuschlags von 15% des auf eine Stunde entfallenden Anteils des Tabellenentgelts der Stufe 3 (bei Oberärzten und leitenden Oberärzten der höchsten Stufe) gezahlt. Das Entgelt für die Überstunde selbst richtet sich nach der individuellen Entgeltstufe, höchstens jedoch nach der Stufe 4. Die tägliche Arbeitszeit kann mit Bereitschaftsdienst der Stufen I und II auf bis zu 24 Stunden verlängert werden. Dabei muss mindestens die acht Stunden überschreitende Zeit als Bereitschaftsdienst abgeleistet

werden. Bei Bereitschaftsdienst der Stufe III kann die tägliche Arbeitszeit auf bis zu 18 Stunden – bei Abschluss einer Dienst- bzw. Betriebsvereinbarung bis auf 24 Stunden – verlängert werden, wobei mindestens die acht Stunden überschreitende Zeit als Bereitschaftsdienst abgeleistet werden muss. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit der Verlängerung der täglichen Arbeitszeit mit Bereitschaftsdienst über acht Stunden, wobei die wöchentliche Arbeitszeit über einen Ausgleichszeitraum von einem Jahr bis zu 60 Stunden betragen darf. Voraussetzung hierfür ist die individuelle Zustimmung (Opt-Out) des Einzelnen zur Verlängerung der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit über 48 Stunden. Weitere Voraussetzung der beschriebenen Verlängerungsmöglichkeit sind die Prüfung alternativer Arbeitszeitmodelle, eine Belastungsanalyse sowie sich daraus ergebende Maßnahmen zur Gewährleistung des Gesundheitsschutzes. Die tägliche Arbeitszeit darf bei Ableistung von Bereitschaftsdienst an Samstagen, Sonn- und Feiertagen maximal 24 Stunden betragen, wenn dadurch für die betroffenen Ärztinnen und Ärzte mehr Wochenenden oder Feiertage frei sind.

Die tägliche Arbeitszeit kann im Schichtdienst auf bis zu 12 Stunden ausgedehnt werden, wobei unmittelbar hintereinander nicht mehr als vier und innerhalb von zwei Wochen nicht mehr als acht dieser Schichten abgeleistet werden dürfen. Solche Schichten dürfen nicht mit Bereitschaftsdienst kombiniert werden.

Die Möglichkeit durch Dienst- oder Betriebsvereinbarung einen wöchentlichen Arbeitszeitkorridor von bis zu 45 Stunden, eine tägliche Rahmenzeit von bis zu 12 Stunden zwischen 6 bis 20 Uhr einzuführen sowie generelle Abweichungen vom Arbeitszeitgesetz vorzunehmen, steht unter dem Vorbehalt, dass der jeweilige MB-Landesverband der Dienst- oder Betriebsvereinbarung nicht widerspricht.

Die Arbeitszeiten sind in Zukunft durch elektronische Verfahren oder auf andere Art in geeigneter Weise objektiv zu erfassen und zu dokumentieren. Für die Fortbildung wird Arbeitsbefreiung unter Fortzahlung der Vergütung an bis zu drei Arbeitstagen gewährt.

##### 3. Eingruppierung, Vergütung

Die neue Entgeltordnung bildet in vier Entgeltgruppen Ärzte, Fachärzte, Oberärzte und ständige Vertreter des Chefarztes ab. Oberarzt ist derjenige Arzt, dem die medizinische Verantwortung für selbstständige Teil- oder Funktionsbereiche der Klinik bzw. Abteilung vom Arbeitgeber ausdrücklich übertragen worden ist. In einer Niederschriftserklärung zum Überleitungstarifvertrag (TV-Ü/VKA) wurde festgehalten, dass Ärzte, die bisher die Bezeichnung Oberarzt geführt haben, diese auch weiterhin führen dürfen, auch wenn sie die Voraussetzungen für eine Eingruppierung in die Entgeltgruppe „Oberarzt“ nicht erfüllen. Eine materielle Eingruppierung in diese Entgeltgruppe ist damit allerdings nicht verbunden.

Leitender Oberarzt, ist derjenige Arzt, dem die ständige Vertretung des leitenden Arztes (Chefarzt) vom Arbeitgeber ausdrücklich



übertragen worden ist. Leitender Oberarzt ist nur derjenige Arzt, der den leitenden Arzt in der Gesamtheit seiner Dienstaufgaben vertritt. Das Tätigkeitsmerkmal kann daher innerhalb einer Klinik in der Regel nur von einem Arzt erfüllt werden.

Zwar konnte auch im TV-Ä/VKA keine vollständige Ost-West-Angleichung erreicht werden. Anders als im Tarifvertrag mit der TdL (TV-Ä/TdL) wurde aber eine Stufenregelung vereinbart, wonach die Vergütungen im Tarifgebiet Ost bis Ende 2009 schrittweise an das Niveau im Tarifgebiet West angepasst werden. Im Juli 2007 erfolgt die Anpassung auf 97 %.

Bei der Anrechnung von Vorbeschäftigungen werden in der Entgeltgruppe I Zeiten ärztlicher Tätigkeit angerechnet. Eine Tätigkeit als Arzt im Praktikum gilt im TV-Ä/VKA als zu berücksichtigende ärztliche Tätigkeit. In der Entgeltgruppe II werden Zeiten fachärztlicher Tätigkeit in der Regel angerechnet. Zeiten einer vorhergehenden beruflichen Tätigkeit können angerechnet werden, wenn sie für die vorgesehene Tätigkeit förderlich sind.

Mit der Vorweggewährung eines bis zu zwei Stufen höheren Entgelts kann von der tarifvertraglichen Einstufung abgewichen werden. Ärzte, die ein Entgelt der Endstufe beziehen, können bis zu 20% der Stufe 2 ihrer jeweiligen Entgeltgruppe zusätzlich erhalten.<sup>18</sup>

Bei Leistungen, die erheblich über oder unter dem Durchschnitt liegen, kann die erforderliche Zeit für das Erreichen der Stufen 2 bis 5 verkürzt oder verlängert werden. Für die Beratung schriftlich begründeter Beschwerden gegen eine Verlängerung der Stufenlaufzeit ist eine betriebliche Kommission, die zur Hälfte aus Ärztinnen und Ärzten besteht, zuständig. Der Arbeitgeber entscheidet auf Vorschlag der Kommission darüber, ob und in welchem Umfang der Beschwerde abgeholfen werden kann.

#### 4) Bewertung des Tarifabschlusses

Vertreter der VKA verkündeten nach Abschluss des TV-Ä/VKA, dass durch die erheblichen Gehaltszuwächse im ärztlichen Dienst tarifgebundene Kliniken in ihrer Existenz bedroht wären oder zumindest gezwungen sind, erhebliche Einsparmaßnahmen bei den anderen Beschäftigten durchzuführen. Diese Darstellung zeichnet bei näherer Betrachtung der einschlägigen Tarifverträge ein fehlerhaftes Bild von der aktuellen Tarifsituation in den betroffenen Krankenhäusern.

Der TVöD wurde von den Arbeitgebern der VKA seit Oktober 2005 auch auf die Mitglieder des Marburger Bundes angewendet.

Für Ärztinnen und Ärzte mit Altverträgen aus der Zeit des BAT-O gestaltete sich die Überleitung in den TVöD für die Arbeitgeber durch den tarifvertraglichen Besitzstand in den meisten Fällen kostenneutral. Für Neueinstellungen, die seit Oktober 2005 gemäß TVöD erfolgten, wurde die ärztliche Arbeit für die Arbeitgeber allerdings billiger. Seit August 2006 gilt der TV-Ä/VKA, der im Vergleich zum BAT-O sehr moderate Tabellensteigerungen enthält. Gegenüber dem TVöD sind die von den Arbeitgebern dargestellten 2-stelligen Gehaltszuwächse zum Teil vorhanden. Es bleibt deshalb festzuhalten, dass der Marburger Bund mit dem TV-Ä/VKA die erheblichen Tarifaufhebungen ausgeglichen hat, die durch den TVöD eingeführt wurden. Da die betroffenen Arbeitgeber für das Wirtschaftsjahr 2005 noch die Vergütungsstrukturen gemäß BAT-O zugrunde gelegt hatten, ab August 2006 aber bereits der TV-Ä/VKA maßgeblich war, liegt eine nahezu gleich bleibende Tarifstruktur vor. Die angeführten Existenzprobleme einiger Kliniken sind damit nicht auf den Tarifabschluss des Marburger Bundes zurück zu führen.

#### IV) Ausblick

Der Marburger Bund hat 2006 Tarifgeschichte geschrieben. Zum ersten Mal konnten arzt spezifische Tarifverträge mit Arbeitgebern des Öffentlichen Dienstes ausgehandelt werden. Neben der TdL wurde auch die VKA durch mehrwöchige Arbeitskämpfe zum Abschluss eines neuen Tarifrechts bewegt, wodurch die Arbeits- und Vergütungsbedingungen der angestellten Ärztinnen und Ärzte auf eine neue Grundlage gestellt werden konnten.<sup>19</sup> In der Zukunft werden sich alle Tarifabschlüsse des Marburger Bundes an diesem neuen Tarifrecht orientieren.

<sup>1</sup> Der Autor ist Jurist und leitet die Geschäftsstelle des Marburger Bundes im Landesverband Sachsen.

<sup>2</sup> Der BAT-O ist die seit 1990 im Beitrittsgebiet geltende, vom BAT geringfügig abweichende, Fassung „Ost“ des BAT.

<sup>3</sup> Die TdL hat 2006 mit Ver.di den Tarifvertrag der Länder (TV-L) abgeschlossen, der neben dem TV-Ä/TdL des MB steht.

<sup>4</sup> Für Tarifverhandlungen im Freistaat Sachsen bestand dagegen keine Verhandlungsvollmacht.

<sup>5</sup> Deutsche Postgewerkschaft (DPG), Gewerkschaft für Handel, Banken und Versicherungen (HBV), Industriegewerkschaft Medien (IG Medien) und Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr (ÖTV)

<sup>6</sup> Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hatte 2003 festgestellt, dass der Grundsatz Bereit-

schaftsdienst = Arbeitszeit auch in Deutschland gelten muss, weshalb das ArbZG 2004 neu gefasst wurde. Die Öffnungsklauseln des Gesetzes ermöglicht, dass die zulässige werktägliche Arbeitszeit durch Tarifverträge verlängert werden kann.

<sup>7</sup> In der Praxis wurde der TVöD durch viele Arbeitgeber entgegen dieser Rechtslage auch auf Mitglieder des MB angewendet.

<sup>8</sup> TV-L steht für Tarifvertrag der Länder, den die TdL 2006 mit Ver.di abgeschlossen hat.

<sup>9</sup> Weiterführende Informationen finden Sie auf den Internetseiten des Marburger Bundes ([www.marburger-bund.de](http://www.marburger-bund.de)).

<sup>10</sup> Eine vollständige Vereinheitlichung des Tarifrechts war in der aktuellen Tarifrunde noch nicht möglich.

<sup>11</sup> Neben Ver.di tritt aktuell auch der DHV (Deutscher Handels- und Industrieangestellten-Verband) in einigen sächsischen Kliniken auf.

<sup>12</sup> Im Tarifvertrag werden Pathologie, Labor und Krankenhaushygiene beispielhaft genannt.

<sup>13</sup> MB Sachsen und Sächsische Landesärztekammer bemühen sich intensiv um eine Einbeziehung der Institutsärzte in den TV-Ä/TdL.

<sup>14</sup> Das individuelle Stundenentgelt ist das nach der jeweiligen Entgeltgruppe und Stufe errechnete Entgelt.

<sup>15</sup> Für MB-Mitglieder kann der Arbeitsgerichtsprozess über den Marburger Bund geführt werden.

<sup>16</sup> Diese Regelungen waren erforderlich, weil eine Befristung von Arbeitsverträgen nach dem Hochschulrahmengesetz (HRG) nicht von den Vorschriften des Weiterbildungsbefristungsgesetzes erfasst wird, welches grundsätzlich für alle Arbeitsvertragsbefristungen zum Zwecke der Facharztweiterbildung (außerhalb des HRG) eine Mindestbefristungsdauer vorschreibt, die die Zeit der Weiterbildungsbefugnis des für die Weiterbildung zuständigen Chefarztes nicht unterschreiten darf.

<sup>17</sup> Diese Faktorisierung zum Zwecke der Vergütung des Bereitschaftsdienstes kann nicht auf die Arbeitszeiterfassung im Sinne des ArbZG übertragen werden. Bezüglich der Ermittlung der Arbeitszeit nach dem ArbZG ist Bereitschaftsdienst zu 100% als Arbeitszeit zu bewerten.

<sup>18</sup> Solche Zulagen können aufgrund regionaler Differenzierung, Personalbedarf oder zum Zwecke der Personalbindung gewährt werden.

<sup>19</sup> Die Tarifverträge des Marburger Bundes sind im Internet eingestellt ([www.marburger-bund.de](http://www.marburger-bund.de)).