

Berufspolitik

110. Deutscher Ärztetag	254
50 Jahre Sächsische Gesellschaft für Dermatologie	258
Wer hat gewählt?	
Statistische Auswertung zur Wahlbeteiligung	259
Befragung von Weiterbildungskandidaten	260



Gesundheitspolitik

Primärprävention des Diabetes mellitus	261
18. Jahrestagung des Suchtausschusses	266
Mea culpa?	268



Mitteilung der KVS

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen	269
--------------------------------------	-----

Mitteilungen der Geschäftsstelle

Fortbildungszertifizierung	270
Konzerte und Ausstellungen	270
14. Dresdner Ärzteball	270

Amtliche Bekanntmachung

Eintragung in das Partnerschaftsregister	270
--	-----

Originalie

Lyme-Borreliose – Klinik und Therapie	271
---------------------------------------	-----

Buchbesprechung

Kompaktatlas Blickdiagnosen	275
Impressum	275

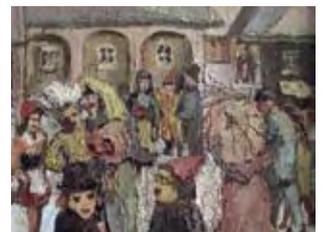


Personalia

Jubilare im Juli	276
------------------	-----

Kunst und Kultur

Ausstellung: Armin Schulze Malerei und Grafik	277
--	-----



Tätigkeitsbericht

Tätigkeitsbericht der Sächsischen Landesärztekammer 2006	278
---	-----

Mittelhefter

Fortbildung in Sachsen – August 2007	
--------------------------------------	--

110. Deutscher Ärztetag Münster 15. bis 18. Mai 2007

Auf der Eröffnungsveranstaltung des 110. Deutschen Ärztetages umschiffte die Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt zuerst die Gesundheits-



Frau Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt, Herr Prof. Dr. med. habil. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages

reform. In allgemeinen Ausführungen verwies sie auf die Bedeutung der Organspende, die notwendigen Regelungen zur Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung sowie auf den Schutz der Kinder vor Gewalt.

Ökonomische Verantwortung der Ärzte

Mit dem Hinweis, Ärzte müssten aus ökonomischen Gründen auf die Balance zwischen Qualität und Wirt-



Münster

schafftlichkeit der medizinischen Versorgung achten, kam sie dann doch auf die politische Strategie in der Gesundheitsreform zu sprechen. Danach ist weiterhin das medizinisch Notwendige für Patienten vorzuhalten. Alles Weitere müsse zusätzlich bezahlt werden. Gleichzeitig verteidigte sie die Einführung des Gesundheitsfonds. Dieser verhindere einen permanenten Krankenkassenwechsel und stärke den Budgettopf der niedergelassenen Ärzte.

Der Bürokratie in Arztpraxen will die Bundesgesundheitsministerin durch eine Änderung der Wirtschaftlichkeitsprüfung begegnen. Es sollen nur noch 5 Prozent und die letzten zwei Jahre geprüft werden. Praxisbesonderheiten werden nicht in die Prüfung einbezogen. Weiterhin sind Änderungen im Formularwesen angestrebt, um den Zettelkrieg einzudämmen. Damit hofft Frau Ulla Schmidt auf die Gunst der Ärzte. Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, ließ ihr diese nicht zuteil werden. Im Gegenteil: Das Verhältnis zwischen Bundesärztekammer und Bundesgesundheitsministerium ist arg gestört.

Marktwirtschaft zerstört Daseinsfürsorge

In seinem Referat machte er die Fehler in der Gesundheitsreform sehr deutlich und wies auf die Folgen für Patienten und Ärzte hin. Nie zuvor sei die Freiheit des Arztberufes so in Frage gestellt worden und ist es zu so einer völligen Fremdbestimmung des ärztlichen Handelns gekommen. Sachzwänge in der Großen Koalition ließen offensichtlich zu wenig Spielraum für praktische Vernunft. Durch die Finanzierung des neuen Gesundheitsfonds – im Wesentlichen lohnbezogene Beiträge von Arbeitgebern und Arbeitnehmern – fließe kein zusätzlicher Euro in das System. Die begrenzten Mittel würden lediglich neu verteilt. Fazit von Prof. Dr. Hoppe: „Das ist keine vorausschauende Gesundheitspolitik das ist im Grunde eine Bankrotterklärung“. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz werden Prinzipien der reinen und nicht der sozialen Marktwirt-

schaft eingeführt. Erst sind die Ärzte Leistungsanbieter, dann sind die Patienten Krankheitsanbieter, dann gibt es Krankheit als Geschäftsgegenstand, dann werden die Ärzte Erfüllungsgehilfen im Medizingeschäft und schließlich kommt es zu einer Fließbandmedizin für den Krankheits-träger.

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz führt die Entstaatlichung der Daseinsfürsorge und die Verstaatlichung der Versorgungsprozeduren ein. Die Rolle der Ärzte ist ebenfalls klar vorgezeichnet: Vollzug staatlicher Rationierung einerseits, Entindividualisierung der Patient-Arzt-Beziehung andererseits. Ärzte sollen rationieren und im Wettbewerb untereinander funktionieren.

Privatisierung auf Kosten der Patienten

Mit der zunehmenden Privatisierung im Kliniksektor geht auch eine Konzentration einher, oder wie es heißt, eine „Marktberreinigung“ der Krankenhauslandschaft. Wegen der zunehmenden Ökonomisierung sind auch immer weniger Krankenhäuser bereit, Ärzte, die noch keine Facharztanerkennung besitzen, einzustellen. Angesichts des jetzt schon bestehenden Ärztemangels in bestimmten Fachgebieten ist das eine erschreckende Aussicht mit fatalen Folgen für die Versorgung. Kleine, besonders kommunale Krankenhäuser können sich wegen des Investitionsstaus und des Sonderopfers allenfalls als Übernahmekandidaten empfehlen. Die Wettbewerbsstärkung ist dann nur zum Vorteil der Großen in der Krankenhauslandschaft, die Kleinen bleiben auf der Strecke, die stationäre Grundversorgung wird empfindlich getroffen. Auch im ambulanten Bereich hat sich die Ministerialbürokratie viel Mühe gegeben, die Verantwortung für Rationierung den Ärzten zuzuweisen. Denn der Staat möchte nicht mit den Folgen der Ressourcenbegrenzung identifiziert werden. Deshalb soll nun der Gemeinsame Bundesausschuss – de jure zwar noch Instrument der Selbstverwaltung, de facto aber ausführende Behörde – maßgeblich über die Verteilung der knappen Mittel entscheiden und über Maßnahmen

zur Qualitätskontrolle die Leistungsmenge und auch Leistungsinhalte steuern.

Die Alten und chronisch Kranken in strukturschwachen Gebieten haben jedoch jetzt schon Schwierigkeiten, einen Hausarzt zu finden. Sie sind angewiesen auf eine wohnortnahe Versorgung. Die Menschen werden dann aber noch längere Wege zum nächsten Krankenhaus und noch längere Wartezeiten haben.

Prof. Dr. Hoppe: „Wartezeiten, Personalabbau und Einschränkungen des Leistungsumfangs sind die Eckpunkte einer strukturellen Rationierung. Keiner weiß, ob es ihn trifft, und keiner weiß, wann es ihn trifft“.

Aspekte der Organ- und Gewebetransplantation

Nach Angaben der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) sterben täglich in Deutschland drei Patienten, die auf der über 12.000 Kranken umfassende Warteliste für ein lebensrettendes Organ vorgeordnet sind. Etwa 55 Prozent der Intensivstationen in Deutschland melden sterbende Organspender nicht. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, den endgültigen, nicht behebbaren Ausfall der Gesamtfunktion des Großgehirns, des Kleingehirns und des Hirnstammes von Patienten, die nach ärztlicher Beurteilung als Spender vermittlungspflichtiger Organe in Betracht kommen, dem zuständigen Transplantationszentrum mitzuteilen. Über 4000 Spenderorgane wurden im Jahr 2006 in Deutschland transplantiert. Deutschland kommt nur auf 15 Organspenden je 1 Million Einwohner. In Spanien dagegen werden bis zu 40 Organspenden auf 1 Million Einwohner jährlich registriert. Nur 12 Prozent der Deutschen haben einen Organspenderausweis, obwohl 80 Prozent der Bürger dem Thema Organspende positiv gegenüberstehen. Bei der Lebendspende ist im Zeitraum 2001 bis 2006 eine Steigerung von ca. 480 auf 600 Lebendspenden zu verzeichnen.

Der 110. Deutsche Ärztetag geht den vom Nationalen Ethikrat vorgezeichneten Weg für eine Widerspruchslösung bei der Organspende nicht mit, da eine Abkehr von



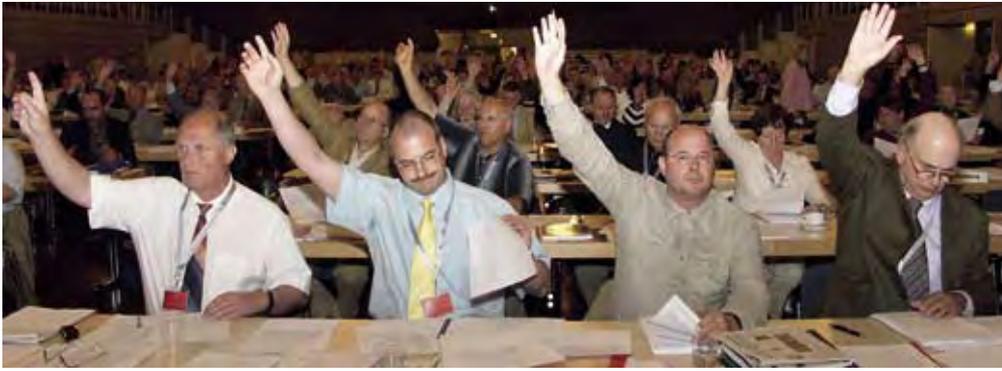
Präsidium

der geltenden erweiterten Zustimmungslösung nicht zwangsläufig zu mehr Organspenden führt.

Nicht die Zustimmung, sondern die Ablehnung sollte künftig bei der Organspende maßgeblich sein. Jeder Bundesbürger, der nicht ausdrücklich

widerspricht oder bei dem die Angehörigen kein Veto einlegen, würde dann zum Organspender.

In Deutschland soll nach dem Willen des Deutschen Ärztetages weiterhin die Zustimmungslösung gelten. In der BRD muss jeder Bürger, der zur



Die sächsischen Delegierten bei der Abstimmung

postmortalen Organspende bereit ist, vorab sein ausdrückliches Einverständnis zur Organentnahme nach einem etwaigen Hirntod geben. Der Deutsche Ärztetag plädiert dafür, zunächst auf der Basis der Zustimmungslösung die Bereitschaft zur Organspende zu stärken.

Eine wesentliche Verbesserung der Anzahl von potenziellen Organspenden kann durch einen unabhängigen Transplantationsbeauftragten der Klinik erzielt werden. Vorbild der postmortalen Organspende ist Mecklenburg-Vorpommern, wo bereits unabhängige Transplantationsbeauftragte in den Kliniken wirken und die Rate bei 30 Organspenden je 1 Million Menschen liegt.

Der 110. Deutsche Ärztetag hat zudem jede Form der Kommerzialisierung von Organ- und Gewebetransplantationen nachdrücklich abgelehnt. Kommerzialisierung als Schlüssel zur Verteilung von Gesundheitsleistungen widerspricht nicht nur dem Solidaritätsprinzip, sondern auch der ärztlicher Überzeugung, dass der menschliche Körper keine veräußerbare Ware sein kann und darf. Nach wie vor wird die Transplantationsmedizin in der deutschen Öffentlichkeit befürwortet und wertgeschätzt. Das liegt mit Sicherheit

daran, dass die Gesetzgebung auf ethische Prinzipien gründet. Dazu gehören vor allen die Freiwilligkeit der Entscheidung zur Organspende, deren Unentgeltlichkeit, das strikte Verbot jeglichen Handels mit Organen und die Chancengleichheit der Patienten durch bundeseinheitliche Wartelisten sowie Trennung von Koordinierung der Organspende und Vermittlung der Organe.

Der Deutsche Ärztetag befürwortet nachdrücklich, wesentliche Fragen der Zell-, Gewebe- und Organtransplantation mit dem Ziel der Förderung der Transplantationsmedizin wissenschaftlich aufzuarbeiten. Dazu sollten die bewährten Strukturen der Selbstverwaltung genutzt werden.

Kindergesundheit in Deutschland

„Deutschland ist auf dem Wege, die Kindergesundheit zu vernachlässigen.“ Mit diesen Worten forderte Rudolf Henke, Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer, Maßnahmen von Politik und Ärzten zum Schutz der Kinder vor Gewalt und Misshandlungen. Prof. Dr. med. Dietrich Niethammer machte in seinem Hauptreferat zum Thema Kindergesundheit in Deutschland deutlich, dass es vor allem in armen und sozial schwachen Familien zu Gewalt und Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen kommt. Verstärkt wird dies teilweise durch sozial-, familien- sowie bildungspolitische Strukturen. Aus diesen Gründen sieht Prof. Dr. Niethammer Handlungsbedarf bei der Politik in der Prävention von Kinderarmut, der Verbesserung von Bildungschancen in den ersten Lebensjahren und einer Koordination von Sozial-, Gesundheits- und Familienpolitik.



Rudolf Henke

An Kinder- und Jugendärzte werden aus seiner Sicht neue Anforderungen durch die neue Morbidität bei Kindern und Jugendlichen gestellt. Deshalb sei eine Verankerung von Kindergesundheit in der ärztlichen Fortbildung zwingend. Zugleich müssten Kooperationsmodelle zwischen Kinder- und Jugendmedizin, Geburtshilfe, Jugend- und Gesundheitsämtern etabliert werden. Ein flächendeckender Aufbau sozialpädiatrischer Zentren könne zudem die Prävention stärken. Die Betreuung von Risikofamilien müsse ebenfalls ausgebaut werden, so Prof. Dr. Niethammer. Denkbar wäre auch eine aufsuchende Gesundheitsfürsorge von Familien mit Gefährdungspotenzial.

Facharztweiterbildung „Innere Medizin“

Die 250 Delegierten thematisierten schwerpunktmäßig die rechtskonforme Gestaltung des Gebietes „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ im Hinblick auf die Europäische Richtlinie 93/16/EWG des Rates vom 5. April 1993 zur Erleichterung der Freizügigkeit für Ärzte und zur gegenseitigen Anerkennung ihrer Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise. Die Europäische Kommission hatte die Bundesrepublik Deutschland aufgefordert nachzuweisen, dass in allen 16 Bundesländern eine EU-kompatible Form für die Notifizierung der Fachbezeichnung „Innere Medizin“ vorliegt. In diesem Punkt weichen zurzeit die Regelungen in den Bundesländern voneinander ab. Dadurch ist die im EU-Recht vorgesehene Einheitlichkeit der Fachgebietsbezeichnung in den Mitgliedsländern der EU tangiert, sodass die derzeitige Notifizierung



Protest gegen den elektronischen Arztausweis

für Deutschland nicht richtlinienkonform ist. Nach ausführlichen Beratungen und intensiven Diskussionen hat der Deutsche Ärztetag beschlossen, die fünfjährige Facharztweiterbildung „Innere Medizin“ in das Gebiet „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ unter 12.2 der (Muster-)Weiterbildungsordnung aufzunehmen. Ziel der Weiterbildung ist die Erlangung der Facharztkompetenz Innere Medizin nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte einschließlich der Inhalte der Basisweiterbildung. Damit wird eine rechtskonforme Neugestaltung des Gebietes „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ im Hinblick auf EU-rechtliche Vorgaben erreicht und es den Ärztinnen und Ärzten einfacher gemacht, in den EU-Staaten beruflich tätig zu werden.

Beschlussanträge aus Sachsen

Die Delegierten der Sächsischen Landesärztekammer haben zahlreiche Anträge eingebracht, um zu verschiedenen wichtigen Themen Beschlüsse durch den Deutschen Ärztetag zu erreichen. Folgende Anträge wurden angenommen:

Ärztmangel – Tarifverträge für Ärzte

Der Ärztemangel darf durch Tarifunterschiede nicht verstärkt werden. Die politisch Verantwortlichen und Tarifpartner in Bund, Land und Kommune werden aufgefordert, die tariflichen Regelungen zur Vergütung von Ärzten so auszugestalten, dass

keine gravierenden Unterschiede in der Vergütung für Ärzte von Instituten, für Oberärzte oder Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst bestehen und dadurch Fehlanreize für eine ärztliche Tätigkeit in Deutschland geschaffen werden.

Versorgungsforschung

Der 110. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesärztekammer auf, die Arbeits- und Lebensbedingungen der Ärzte in der Versorgungsforschung als Kriterium aufzunehmen.

Bürokratie-Abbau

Der 110. Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer und die Landesärztekammern auf, eigen generierte Bürokratieprozesse abzubauen und dies unter Kontrolle zu nehmen.

Delegierbarkeit ärztlicher Leistungen

Der 110. Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, schnellstmöglich die gemeinsame Stellungnahme der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu delegierbaren ärztlichen Leistungen aus dem Jahr 1988 zu überarbeiten.

Vergütung von Arzthelferinnen/ Medizinischen Fachangestellten

Die Vergütung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ist zu erhöhen, um für Arzthelferinnen und Medizinische Fachangestellte ein Gehalt gewährleisten zu können, welches ihrer Verantwortung gerecht wird.



Dr. med. Günter Bartsch



Erik Bodendieck

Auswirkung der Diagnosis Related Groups (DRG)

Der Patient und die medizinische Qualität der Behandlung müssen auch nach der DRG-Reform trotz aller betriebswirtschaftlichen Erwägungen im Mittelpunkt der ärztlichen Tätigkeit stehen.

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

Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

50 Jahre Sächsische Gesellschaft für Dermatologie

Nach dem Zweiten Weltkrieg sind in Sachsen medizinische Fachgesellschaften wiederbelebt, aber auch neu gegründet worden. Zur ersteren Gruppe gehörte der Verein Dresdner Dermatologen, zur zweiten Gruppe zählte die 1948 ins Leben gerufene Dermatologische Gesellschaft an der Leipziger Karl-Marx-Universität, deren Vorsitzender Prof. W. Gertler war. Sie hatte eine Tochtergesellschaft ab 1950 am Stadt Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt unter dem gemeinsamen Titel Medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaft für Dermatologie. So konnte auf regionaler Ebene ein medizinisch-wissenschaftlicher Austausch organisiert werden, der den Erfordernissen der Ärzte und Ärztinnen vor Ort Rechnung trug.

Im Jahre 1957 fand die Vereinigung des Vereins Dresdner Dermatologen mit der Leipziger Dermatologischen Gesellschaft statt [1]. Diese Entscheidung, auf der Ebene des Freistaates fachspezifische Fort- und Weiterbildung zu organisieren, muss als vorausschauend bezeichnet werden. Die erste in der dermatologischen Literatur unter dem Titel „Versammlung der Sächsischen Dermatologischen Gesellschaft“ firmierte Tagung fand am 17. Oktober 1957 am Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt unter Leitung von Chefarzt Dr. Heinz Hering (Hautklinik und Hautpoliklinik des Stadt Krankenhauses Dresden-Friedrichstadt) statt. Der Plenarvortrag wurde seinerzeit von Dr. Matner (Dresden) zum Thema „Auffällige Häufung von Kontaktekzemen durch terpeninhaltige Rheumamittel“ gehalten. Die Schlussfolgerungen waren ganz und gar praktischer Natur: „Bei der relativen Häufigkeit der Terpenin-Allergie...kann man den Gebrauch terpeninhaltiger Antirheumatika nicht empfehlen. Ein Hinweis an die verantwortlichen Stellen dürfte daher angebracht sein.“[2]

In der Folge waren es die Tagungen an der Leipziger Universität, der neu gegründeten Medizinischen Akademie Dresden, aus der in den 90-er Jahren die Medizinische Fakultät an der TU Dresden hervorging, und des Krankenhauses Dresden-Friedrichstadt, die in turnusmäßigem Wechsel Vorträge, Falldarstellung und Patientendemonstrationen für die Dermatologen des Freistaates organisierten. Neben der Leipziger Frühjahrstagung erhielt bald die Tagung an der Medizinischen Akademie Dresden durch Prof. Egon Kleine-Natrop einen eigenen unverwechselbaren Titel: „Dresdner Dermatologisches Gespräch“ – DDG. Im Jahre 1977 rief Prof. Claus Seebacher die „Dresdner Dermatologische Demonstration“ als Pendant in Friedrichstadt ins Leben. In den letzten Jahren ist die 3-Kliniks-Tagung im Ostsächsischen (Chemnitz – Plauen – Zwickau) sowie die Lausitzer Dermatologen-Tagung in Görlitz hinzugekommen. Diese Entwicklung hat die Fortbildungsangebote im Freistaat vielfältiger werden lassen. Im Zentrum der Aktivitäten stand stets die praxisorientierte Fortbildung, die neue Erkenntnisse aus Forschung und Klinik in die Realität der freien Arztpraxis zu übersetzen hat. Ehrenamtliches Engagement der Mitglieder ermöglichte es, sämtliche Fortbildungen der Gesellschaft mit weit über 100 Tagungen kostenlos anzubieten. Das ist keine Kleinigkeit.

Der Vorstand hat stets die Zweieinigkeit von Dresden und Leipzig deutlich gemacht. Darüber hinaus war er stets offen für alle Mitglieder, die sich bewusst für die Dermatologie im Freistaat einbringen wollten. Prof. U.-F. (Leipzig), Prof. J. Barth (Dresden), Prof. M. Meurer (Dresden), Prof. J.C. Simon (Leipzig), aber auch die Professoren B. Knopf (Zwickau), J. Koch (Chemnitz; †) und andere mehr.

Die Sächsische Gesellschaft für Dermatologie ist ins 3. Millennium mit neuen Konzepten aufgebrochen. Zum einen widmet sie sich ganz besonders dem Nachwuchs im Fachgebiet.

Zu diesem Zwecke hat die Mitgliederversammlung im März diesen Jahres beschlossen, für Berufsanfänger bis zum Facharzt den Mitgliedsbeitrag zu erlassen. Darüber hinaus wird von der Gesellschaft ein Nachwuchspreis verliehen, für den sich Dermatologinnen und Dermatologen mit unveröffentlichten Arbeiten und publizierten Arbeiten des letzten Jahres bewerben können. Leiter der Preiskommission ist Prof. Burkhardt Knopf, Chefarzt der Hautklinik am Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau.

Zum anderen hat die Gesellschaft den kollegialen und freundschaftlichen Kontakt zu den Dermatologen im polnischen Niederschlesien an der Universität Wroclaw und im Böhmisches mit der Karls-Universität Prag gesucht. Die Auftaktveranstaltung eines regionalen 3-Länder-Symposiums konnte mit Unterstützung der International Society of Dermatology 2004 am Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt stattfinden [3]. Die Tagung wird aller zwei Jahre abwechselnd in den Partner-Regionen durchgeführt: 2006 in Prag und 2008 in Wroclaw.

Gerade in Zeiten der Globalisierung, die auch vorm Gesundheitswesen nicht halt macht, ist die regionale Identität von zunehmender Bedeutung. Deshalb werden Regionalgesellschaften wie die Sächsische Gesellschaft für Dermatologie auch in den kommenden 50 Jahren Ihre Aufgabe und Ihre Berechtigung nicht verlieren, solange wie es engagierte Ärztinnen und Ärzte gibt, die ihre Zeit und ihr Können in den Dienst der Gemeinschaft stellen.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Prof. Dr. med. Uwe Wollina
Vorsitzender der Sächsischen Gesellschaft
für Dermatologie e.V.
Klinik für Dermatologie und Allergologie
Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt
Städtisches Klinikum
Friedrichstraße 41
01067 Dresden

Wer hat gewählt? Statistische Auswertung zur Wahlbeteiligung

Im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 5/2007, wurden die Ergebnisse der Wahl zur Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer für die Wahlperiode 2007 bis 2011 veröffentlicht. Die hier vorliegende Analyse der Wahlbeteiligung soll Besonderheiten im Wahlverhalten der sächsischen Ärzte verdeutlichen.

Wahlbeteiligung

Von den 19.053 wahlberechtigten Ärztinnen und Ärzten des Freistaates Sachsen gaben 8.705 ihre Stimme ab. Das entspricht einer Wahlbeteiligung von insgesamt 45,69 (2003: 46,56 Prozent). Die Auswertung der Ergebnisse wurde ausschließlich statistisch und anonym unter Beachtung des Datenschutzes vorgenommen. Weder Namen noch Adressen waren einbezogen. Ein Rückschluss auf Personen ist deshalb nicht möglich.

Wahlbeteiligung in den Wahlkreisen

Im Mittleren Erzgebirgskreis lag die Wahlbeteiligung bei 60,6 Prozent (Tab. 1). Das war der höchste Wert in ganz Sachsen. Dagegen nutzen im Weißeritzkreis nur 38 Prozent der Ärzte die Möglichkeit zur Wahl.

Wahlbeteiligung Ärztinnen/Ärzte

51,6 Prozent aller Ärztinnen beteiligten sich an der Wahl (Abb. 1). Dagegen haben nur 48,4 Prozent aller männlichen Kammermitglieder ihre Stimmberechtigung wahrgenommen. Dieser Unterschied in der Wahlbeteiligung zwischen den sächsischen Ärztinnen und Ärzten lässt durchaus den Schluss zu, dass sich die Kolleginnen stärker für die standespolitische Arbeit und die Landesärztekammer im Freistaat Sachsen interessieren.

Wahlbeteiligung in den Altersgruppen

Die Wahlbeteiligung der Ärztinnen und Ärzte ist auch sehr stark altersabhängig. Vor allem jüngere Medizi-

ner haben eher zurückhaltend von ihrem aktiven Stimmrecht Gebrauch gemacht (Abb. 2). Ärztinnen und Ärzte bis zum 39. Lebensjahr beteiligten sich signifikant geringer an der diesjährigen Kammerwahl. Die Ursachen dafür können vielfältig sein. Neben einem geringen Interesse an einer Ärztekammer scheint vor allem der Zeitfaktor eine große Rolle zu spielen. Die jungen Kolleginnen und Kollegen bis zum Lebensalter von 34 Jahren, die in der Mehrzahl in den Kliniken und Krankenhäusern zur Facharztweiterbildung arbeiten, haben entweder auf Grund der Arbeitsbelastung in Klinik und Praxis oder familiär bedingt einen geringen Zeitfonds. Auch ein Bedürfnis ehrenamtliche Kammerarbeit zu leisten und sich für den Arztberuf als freien Beruf einzusetzen, ist scheinbar während der klinischen Tätigkeit noch nicht vorhanden. Deshalb sollten Studenten der Medizin bereits im Studium über den Nutzen einer Ärztekammer informiert und so zur Mitarbeit motiviert werden.

Die Ärztinnen und Ärzte nach dem 60. Lebensjahr sind an der Kammerarbeit besonders interessiert. Ursache dafür könnte sein, dass sie den Aufbau einer Selbstverwaltung nach der politischen Wende 1989 miterlebt haben. Sie wissen um die Freiheit nach einer Repressionszeit.

Wahlbeteiligung nach der Tätigkeit und innerhalb der Tätigkeitsgruppen

Die angestellten (59 Prozent) und niedergelassenen Ärzte (55 Prozent) haben sich an der Kammerwahl in etwa gleich beteiligt (Abb. 3). Bei den Ärzten in eigener Niederlassung bestehen dennoch Unterschiede: Die niedergelassenen Allgemeinmediziner (52 Prozent) beteiligten sich stärker als die Gebietsärzte (34,7 Prozent) an der Kammerwahl.

Wahlbeteiligung nach dem akademischen Grad des Kammermitgliedes

Interessant sind die Ergebnisse zur Wahlbeteiligung auch im Hinblick auf den akademischen Grad der Wähler (Abb. 4). Die größte Wahlbeteiligung ist mit 52,5 Prozent bei den habilitierten promovierten Ärzten

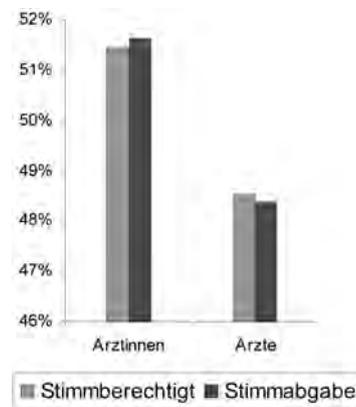


Abb. 1: Wahlbeteiligung nach Geschlecht

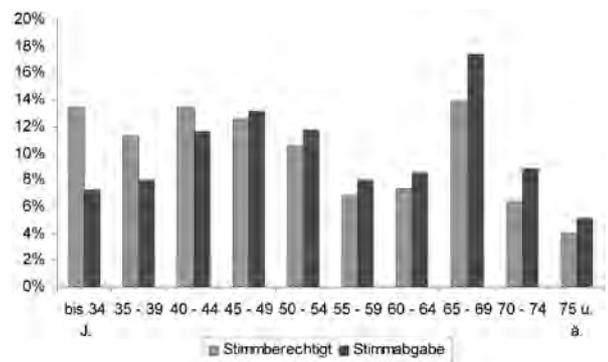


Abb. 2: Wahlbeteiligung nach Altersgruppen

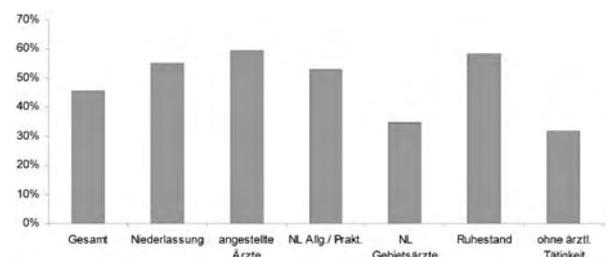


Abb. 3: Wahlbeteiligung innerhalb der Tätigkeitsgruppen

(Dr. med. habil.) und den promovierten Ärzten (Dr. med.) 51,8 Prozent zu verzeichnen. Dagegen haben nur 37,2 Prozent der Professoren (2003: 61,4 Prozent) und 32,8 Prozent der Ärzte ohne akademischen Grad von ihrem Wahlrecht Gebrauch gemacht.

In politisch unruhigen Zeiten und vor anstehenden Reformen ist eine aktive Berufsvertretung von besonderer Bedeutung. Eine solche Berufsvertretung, wie sie die Sächsische Landesärztekammer darstellt, kann die Gesamtinteressen des Berufsstandes nur durch eine aktive Mitarbeit ihrer Mitglieder wirksam vermitteln und durchsetzen. Die Alternative zur Sächsischen Landesärztekammer

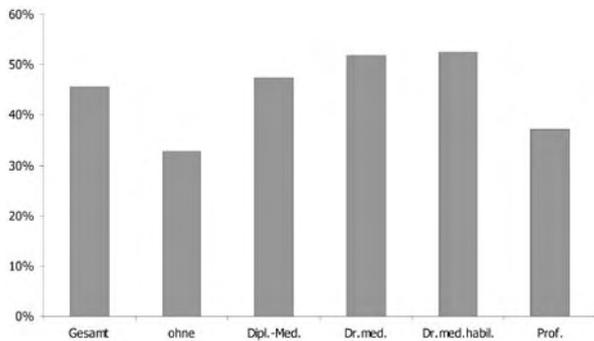


Abb. 4: Wahlbeteiligung nach akademischem Grad

wäre eine staatliche Zwangsverwaltung. Aus dieser Sicht ist eine aktive Wahlbeteiligung für die Standesvertretung zwingend und stellt dabei ein Minimum an berufspolitischer Aktivität dar. Und nur durch die Wahl können die sächsischen Ärzte ihre Vertretung bestimmen. In vier Jahren haben Sie wieder die Möglichkeit dazu.

Tabelle 1: Wahlbeteiligung nach Region

Region	Wahlkreis	Beteiligung in %	Region	Wahlkreis	Beteiligung in %			
Chemnitz	Chemnitz Stadt	47,15	Meißen-Radebeul		40,95			
	Annaberg	57,45		Niederschl. Oberlausitzkreis	50,84			
	Aue-Schwarzenberg	51,47		Riesa-Großenhain	46,02			
	Chemnitzer Land	50,92		Sächsische Schweiz	41,62			
	Freiberg	54,83		Weißeritzkreis	38,04			
	Mittlerer Erzgebirgskreis	Mittweida	60,61	Leipzig	Leipzig Stadt	42,97		
		Plauen	43,18		Delitzsch	40,19		
		Stollberg	51,98		Döbeln	44,98		
		Vogtlandkreis	51,54		Leipziger Land	50,43		
		Zwickau Stadt	49,26		Muldentalkreis	55,38		
		Zwickauer Land	47,49		Torgau-Oschatz	49,85		
		Dresden	Dresden Stadt		40,24			
			Bautzen		51,88			
			Görlitz		45,36			
Hoyerswerda			38,14					
Kamenz	45,83							
Löbau-Zittau	52,34							

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident
PD Dr. jur. Dietmar Boerner
Landeswahlleiter

Befragung von Weiterbildungskandidaten

Weiterbildung zum Facharzt ist eine der wesentlichsten qualitätssichernden Maßnahmen, welche die deutsche Ärzteschaft vornimmt. Viele Länder der Erde beneiden uns um unser System der Weiterbildungsordnungen. Mancher der Kandidaten ist sicher auch oft ob der vielen Anforderungen entmutigt. Ist die Prüfung aber geschafft, dann ist der nächste Karrieresprung meist sicher.

Die Sozialgesetzgebung schreibt für Klinik und Praxis bisher den sogenannten „Facharztstandard“ vor. Unter dem Eindruck des entstehenden Ärztemangels (im Übrigen nicht nur, aber bereits jetzt in den fünf „neuen“ Bundesländern) wird vielerorts nach Auswegen gesucht. Hier sind Modelle in den Köpfen der Protagonisten, welche „arztlastend“ oder sogar „arztersetzend“ wirken

können und werden. Ich darf nur an die „moderne Gemeindegeschwester“ erinnern.

Verpflichtend ist seit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbes in der GKV für alle Ebenen der medizinischen Betreuung in der BRD ein Qualitätsmanagement vorgeschrieben. In der Diskussion um Tätigkeiten, die dem Arzt vorbehalten sind oder delegiert werden können, werden Stimmen laut, die ärztliches Fachwissen anzweifeln, wenn es allein mit der Facharztqualifikation begründet wird. Es wird behauptet, dass qualitativ ebenso hochwertige Leistungen erbracht werden können, wenn speziell qualifizierte nichtärztliche Kräfte dies ausreichend trainiert haben. Auf welch fruchtbaren Boden dies bei Ökonomen fällt, beweisen die zum jetzigen Zeitpunkt auf Druck der ärztlichen Berufsvertretungen allerdings eingestellten Versuche von privatwirtschaftlich arbeitenden Kliniken nichtärztliche Anästhesie- oder Operationsassistenten auszubilden

und einzusetzen. Wir Ärzte mögen dabei bedenken, dass uns immer die Last der Haftungsrisiken zufällt.

Vielfach wurde seit Jahren immer wieder im Hause der Sächsischen Landesärztekammer der Vorwurf einer schlechten Facharztweiterbildung im Lande laut. Geeignete Beweise dafür, außer persönlichen Schilderungen, konnten dabei nicht herangezogen werden. Unter meiner Federführung hat der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer mit Wissen des Ausschusses Weiterbildung eine Kurzbefragung von Prüfungskandidaten vorgenommen. Die Ergebnisse sind sicher nicht repräsentativ, aber ermutigend.

Es wurden im Zeitraum 1.12.2005 bis 31.12.2005 bei 127 durchgeführten Prüfungen zum Facharzt oder Schwerpunkt 116 Fragebögen unmittelbar vor der Prüfung an die Kandidaten ausgegeben. 94 Bögen mit Fragen nach Fachgebiet, Bewertung der Weiterbildung in einer Skala von

1 (sehr unzufrieden) bis 10 (sehr zufrieden) und Möglichkeit zur schriftlichen Äußerung erhielten wir zurück. Dabei konnten von 60 im Jahr zu prüfenden Fachgebieten und Schwerpunkten 20 mit einem prozentualen Anteil auf das Jahr von ca. 10 bis 20 Prozent abgefragt werden.

Die Bewertung nach Zufriedenheit mit der Weiterbildung lag im Mittel bei 7. Am schlechtesten wurde die Weiterbildung im Fachgebiet Gynäkologie/Geburtshilfe mit 5,7 und am besten im Schwerpunkt Thoraxchirurgie mit 10 dargestellt.

Wesentliche positive schriftliche Äußerungen waren:

- gute Teams,
- eine breite Ausbildung in Theorie wie auch in der Praxis,
- Kollegialität und
- Vorbereitungskurse.

Negativ wurden angemerkt:

- die Arbeitsbelastung,
- Bürokratie,

- Ausnutzung der Arbeitskraft,
- fehlende Weiterbildungspläne und Stellenengpässe,
- fehlende Rückkopplung zum Weiterbilder,
- geringe Bezahlung.

Keiner der Kandidaten äußerte sein Unbehagen gegenüber der Befragung. Insgesamt war zumindest schlaglichtartig überwiegende Zufriedenheit mit der Weiterbildung festzustellen.

Dies veranlasste den Vorstand eine repräsentative Befragung über ein Jahr (1.1.2007 bis 31.12.2007) durchzuführen um alle Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzkompetenzen zu beleuchten. Gleichzeitig stellen wir jetzt auch Fragen zum Arbeitsumfeld. Wohl wissend, dass die Kandidaten von Prüfungsstress gekennzeichnet sind, haben wir uns verständigt die Fragebögen zur Prüfung mit der Bitte um Rückgabe, natürlich anonym, auszugeben. Die Befragung erfolgt in einer maschinenlesbaren Form, um die große Menge an Daten besser verarbeiten zu können.

Interessant wird in ein paar Jahren sein, ob und welche Veränderungen durch die neue Weiterbildungsordnung (vom 1.1.2006) spürbar werden. Ich erinnere in diesem Zusammenhang daran, dass nunmehr zum Beispiel ein regelmäßiges Gespräch mit dem Weiterbilder wie auch die Dokumentation des Weiterbildungsstandes in den als Tabelle (<http://www.slaek.de/30weiterbi/20richtlinien/richtlinneu/index.html>) erhältlichen „Richtlinien zur Weiterbildung“ erfolgt. Ich darf alle Kandidaten einer Prüfung im Rahmen der Weiterbildung in der Sächsischen Landesärztekammer herzlich bitten, diesen Fragebogen, trotz der Prüfungssituation auszufüllen.

Wir erhalten hiermit einen sicheren Hinweis auf gegebenenfalls notwendige Korrekturen und können gleichzeitig einen Nachweis über die erbrachte Qualität der Weiterbildung zusätzlich zu den Prüfungsgesprächen führen.

Erik Bodendieck
Vorstandsmitglied

Primärprävention des Diabetes mellitus – sinnvoll – effektiv – umsetzbar

P. E. H. Schwarz¹, S. R. Bornstein¹, J. Schulze¹

¹ Medizinische Klinik III, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden, Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Zusammenfassung

Wir stehen nach wie vor – bedingt durch die Zunahme der Zahl von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 – vor einem schwerwiegenden medizinischen, sozialen und ökonomischen Problem. Der beste Weg, Diabetes zu heilen, ist ihn zu verhindern. Mehrere große internationale Studien belegen, dass die Prävention des Diabetes mellitus und der Begleitkom-

plikationen erfolgreich durchführbar und kosteneffektiv ist. Internationale Studien belegen, dass Lebensstiländerungen oder frühe medikamentöse Interventionen bei Risikopersonen in 25 bis 60 Prozent einen diabetespräventiven Effekt und aller Wahrscheinlichkeit nach auch eine signifikante Reduktion des kardiovaskulären Risikos zur Folge haben. Diese Studien bilden die Evidenzbasis – entscheidend ist aber die praktische und flächendeckende Umsetzung in Programmen zur Diabetes-Prävention auf der Leistungsebene im Gesundheitssektor.

In Sachsen haben wir die Chance, ein Programm zur Prävention des Diabetes mellitus seit April umzusetzen. Um das zu realisieren, sind viele Partner nötig, die interdisziplinär und berufsgruppenübergreifend kooperieren. Unter der Schirmherrschaft des Nationalen Aktionsforums Diabetes mel-

litus (NAFDM) wurden wichtige Voraussetzungen für ein Nationales Präventionsprogramm erarbeitet. Entscheidend ist die Implementierung einer derzeit erarbeiteten Leitlinie zur Diabetes-Prävention, die Ziele und Standards für konkrete Interventionsmaßnahmen sowie Evaluationskriterien beinhaltet. Zudem sieht das Konzept in zentraler Rolle einen Präventionsmanager und eine prozessbegleitende Qualitätskontrolle vor. Die Implementierung von strukturierten Präventions-Managementprogrammen ermöglicht eine flächendeckende Realisierung der Diabetesprävention, ohne das Gesundheitsbudget stark zu belasten. Die Herausforderung bedarf der aktiven Zusammenarbeit vieler Partner und ist nur langfristig erfolgreich umzusetzen, bedeutet aber ein lohnendes Investment für Risikopersonen, die klinische und wissenschaftliche Diabe-



tologie und das Gesundheitswesen in Deutschland. In dem vorliegenden Artikel wollen wir Ihnen die Hintergründe, Notwendigkeiten und Evidenz in der Diabetesprävention nahe legen. Den konkreten Ablauf des Präventionsprogramms können Sie im Heft 5/2007 des „Ärzteblatt Sachsen“ nachlesen.

Prävention des Diabetes mellitus Typ 2

Eine der großen Herausforderungen in der Diabetologie unserer Zeit ist – neben dem täglich wachsenden Wissen um die genetischen Ursachen des Diabetes mellitus Typ 2 (T2DM) – die Analyse effektiver Strategien zur Prävention des Typ 2 Diabetes sowie deren Umsetzung in bevölkerungsweiten Programmen im öffentlichen und privaten Gesundheitswesen [1]. In den letzten Jahren haben internationale Studien eindrücklich belegt, dass die Prävention des Diabetes mellitus bei Risikopersonen möglich und erfolgreich durchführbar ist [2-8]. Es ist deshalb dringend notwendig, Programme zur Primärprävention des Diabetes mellitus in der flächendeckenden Versorgung in der Leistungsebene umzusetzen [9].

Notwendigkeit der Diabetes-Prävention

Diabetes mellitus ist eine Erkrankung, deren Krankheitslast in erster Linie auf ihrer Chronizität sowie ihren chronischen Komplikationen beruht. Verschiedene medizinische, soziale als auch ökonomische Gegebenheiten der Erkrankung machen eine frühere primärpräventive oder therapeutische Intervention zwingend notwendig [10].

1. *Die Prävalenz des Typ 2 Diabetes mit seinen kardiovaskulären Komplikationen steigt in Deutschland unvermindert an.* Wir haben in Deutschland mittlerweile rund 6,5 Millionen bekannte Diabetiker und rechnen im Jahr 2010 mit einer weiteren Million zusätzlich Betroffener. Hinzu kommen noch geschätzte ein bis 2 Millionen nicht diagnostizierter Fälle. Hochrechnungen ergeben, dass fast jeder 2. im Jahr 2000 Geborene an einem Diabetes mellitus erkranken und vor seinen Eltern

aufgrund der Komplikationen sterben wird, wenn wir unseren Lebensstil nicht grundlegend ändern [11, 12].

2. *Risikofaktoren für die Entwicklung des Typ 2 Diabetes haben substanziiell zugenommen.* Es besteht kein Zweifel daran, dass Adipositas und körperliche Inaktivität entscheidende Risikofaktoren für T2DM darstellen, wenngleich eine genetische Prädisposition eine wichtige Rolle spielt [13]. In diesem Zusammenhang beobachten wir in den letzten 20 Jahren einen kontinuierlichen Anstieg von Häufigkeit und Ausmaß der Adipositas [14], der von einer parallelen Entwicklung der Prävalenz des Typ-2-Diabetes mellitus in den USA und in Deutschland begleitet wird [15].

3. *Bei Diagnosestellung haben viele Patienten bereits schwerwiegende (kardio-) vaskuläre Komplikationen.* Ein wesentlicher Grund dafür ist, dass der T2DM in bis zu 50 Prozent der Fälle über lange Jahre unentdeckt bleibt, denn am Anfang steht häufig ein 9 bis 15 Jahre andauerndes, symptomfreies Intervall mit Hyperglykämien [9]. Der Leidensdruck der Patienten dagegen setzt sehr spät ein. „Diabetes tut ja nicht weh“. Zum Zeitpunkt der Diagnose weisen daher viele neu diagnostizierte Diabetiker bereits schwere Begleitkomplikationen auf [16, 17]. Weiterhin stellen die Vorstadien des Typ 2 Diabetes, die gestörte Glukosetoleranz (IGT) und die gestörte Nüchtern-glukose (IFG) einen signifikanten Risikofaktor für eine zukünftige kardiovaskuläre Erkrankung dar [18, 19].

4. *Die Behandlung der Erkrankung, insbesondere ihrer Komplikationen, ist ausgesprochen kostenintensiv – direkt und indirekt.* Eine Diabetesdiagnose bedeutet auch heute noch eine signifikante Verkürzung der individuellen Lebenserwartung [11, 12], Einbußen an Lebensqualität für den Betroffenen und seines sozialen Umfeldes und eine Erhöhung der Kosten für das Gemein-

wesen [20]. 17 Prozent der Kosten geben wir heute zur Behandlung des Diabetes und seiner Komplikationen aus, davon über 90 % für Erkrankungen, deren Risiken effizient behandelbar sind [21]. Neue Studien zeigen, dass die hohe Prävalenz der Erkrankung in Deutschland mittlerweile bereits zu einer 3,8%igen Reduktion des Bruttosozialproduktes führt.

5. *Immer mehr jüngere Menschen bekommen einen Typ-2-Diabetes.* Ein entscheidender Aspekt, der die Notwendigkeit der Diabetes-Prävention verdeutlicht, ist der Anstieg der Inzidenz des Typ 2 Diabetes im Kindes- und Jugendalter mit bis zu 45 % der gegenwärtig neu diagnostizierten, in der Regel adipösen kindlichen und jugendlichen Diabetiker in den USA [22]. Auch in Deutschland ist ein solcher Trend zu beobachten.

Eine erfolgreiche Prävention oder Verzögerung des Diabetes sowie verbesserte Behandlungsstrategien zu einem früheren Zeitpunkt können daher helfen, die psychosozialen und ökonomischen Belastungen durch den Diabetes zu verringern [23]. In Anbetracht der Diabetesepidemie und der fehlenden kurativen Behandlungsmöglichkeiten bleibt als ein prioritäres Ziel die Verhinderung der Erkrankung durch Primärprävention des Diabetes [24, 25].

Politische Situation

Das aktuelle europäische Engagement für die Prävention des Diabetes ist bemerkenswert. Im Europäischen Parlament wurde eine von mehr als der Hälfte der Parlamentarier unterschriebene Deklaration „European Parliament Declaration on Diabetes (N°1/2006)“ erarbeitet. Die österreichische Regierung rückte während ihrer EU-Präsidentschaft Anfang 2006 das Thema „Prävention des Typ 2 Diabetes“ in den Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Diskussion. Die Wiener Erklärung fordert landesweite Diabetes-Präventions-Managementprogramme. Auch die UNO hat Ende 2006 eine UN-Resolution zum Diabetes mellitus (Unite for Diabetes) verabschiedet,

welche neben den Deklarationen für die beiden übertragbaren Krankheiten Malaria und HIV einzigartig ist.

Den meisten Verantwortlichen im deutschen Gesundheitssystem ist die Notwendigkeit klar, dringend Maßnahmen zur erfolgreichen Diabetes-Prävention zu etablieren. Gerade in der aktuellen Diskussion um die Gesundheitsreform wird die Prävention immer wieder als allseits akzeptierter Spielball in unterschiedlichem Kontext genannt. Dabei ergeben sich im Wesentlichen folgende Fragen:

1. Wie kann man Diabetes-Risikopersonen effektiv identifizieren?
2. Wie kann man diese Risikopersonen informieren, zur notwendigen Lebensstil – Änderung motivieren und welche Art von Intervention eignet sich am besten?
3. Wie kann man die Nachhaltigkeit der Lebensstil-Änderung gewährleisten?
4. Wie kann ein effektives Qualitätsmanagement für Interventionsprogramme etabliert werden?

Nationales Präventionskonzept

Aufbauend auf den oben genannten Fragen hat die Projektgruppe Prävention des NAFDM [26] mit den Kooperationspartnern der Arbeitsgemeinschaft Prävention der Deutschen Diabetes-Gesellschaft sowie der Deutschen Diabetes-Stiftung ein 3-schrittiges Konzept entwickelt, wie ein nationales Präventionsprogramm implementiert werden sollte. Dieses Konzept eignet sich als Vorlage für ein nationales Präventionsprogramm Typ 2 Diabetes. Das 3-schrittige Konzept besteht in einem ersten Schritt aus effektiven Maßnahmen zum Screening, um Risikopersonen mit einem erhöhten Diabetesrisiko zu finden. Darauf folgt in einem 2. Schritt eine zeitlich begrenzte Intervention mit

dem Ziel, eine Motivation für eine Lebensstiländerung aufzubauen. Schließlich folgt ein dritter Schritt mit kontinuierlichen Maßnahmen, um eine Motivation zur Lebensstiländerung zu erhalten und zu verstärken und eine Umsetzung der Lebensstiländerung effektiv zu begleiten [27]. Der dritte Schritt ist dabei für die Nachhaltigkeit der Intervention entscheidend [25]. Ausschlaggebend ist dabei, dass es nicht nur ein einzelnes Programm geben wird, sondern – je nach Stadium, Zielgruppe, Alter, Präferenzen, Bildung etc. – verschiedene alternative Projekte zur Lösung gegeben soll, die nach Evaluation breit eingesetzt werden. Bei aller vorrangigen Bedeutung einer bevölkerungsbasierten Intervention zur Verbesserung des Ernährungsverhaltens sowie Steigerung der körperlichen Aktivität durch Verhältnis- und Verhaltensprävention (insbesondere bei Kindern und Jugendlichen) fokussiert das vorliegende Konzept auf Präventionsmaßnahmen bei Hoch-Risikoträgern für Typ 2 Diabetes. Dieses dreischrittige Vorgehen soll hier näher erläutert werden.

Risiko-Erkennung zur Diabetes-Prävention (Schritt 1)

Von entscheidender Bedeutung ist, wie ein erhöhtes Diabetes-Risiko ermittelt werden kann [28]. Dass ein einfaches und kostengünstiges Screening mit Risikofragen möglich ist, zeigen verschiedene Fragebögen in der Vergangenheit [6, 29-33]. Die meisten dieser Scores erfassen anthropometrische und anamnestische Angaben, aber auch Laborwerte [33].

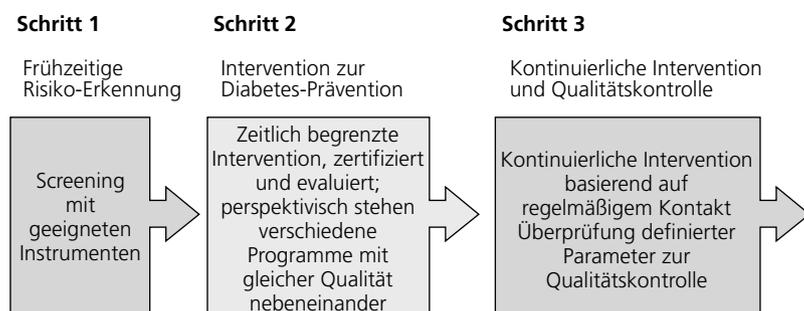
Ein Risikotest für ein primäres Präventionsprogramm muss aber noch weitergehen und zur Erkennung von Risikopersonen für einen zukünftigen Diabetes geeignet sein und nicht nur

darauf zielen, einen Diabetes zu finden [34]. Weiterhin müssen die Spezifität und Sensitivität des Testes so gut sein, dass sich Aufwand und Nutzen bei dem Risiko-Screening lohnen. Die Handhabung des Tests muss sich einfach und transparent für beide Seiten gestalten. Außerdem soll der Test flächendeckend verfügbar sein und nach Möglichkeit keine oder nur geringe Kosten hervorrufen. Das Ergebnis des Tests soll Hinweise auf ein erhöhtes Erkrankungsrisiko bei Gesunden bieten und ein diskretes Betroffenheitsgefühl erzeugen („Das geht mich etwas an“). Unter diesen Gesichtspunkten ist der FINDRISK Risiko-Fragebogen, der im Rahmen der finnischen Präventionsstudie [3] entwickelt wurde und in dem finnischen Diabetes-Präventions-Programm derzeit eingesetzt wird, am besten geeignet, da er mit acht einfachen Fragen ein Diabetes-Risiko abschätzt und ohne Labortest auskommt.

Risiko-Fragebogen FINDRISK

Die acht Fragen des Bogens sind mit unterschiedlicher Gewichtung mit Punkten bewertet. Die Punkteskala reicht von 0 bis 26 Punkten (höchstes Risiko). Dieser FINDRISK (FINNish Diabetes Risk Score) Fragebogen wurde am Public Health Institute, Helsinki, mit Hilfe multivariabler Regressionsanalysen entwickelt. Als Ergebnis eines vergleichenden Forschungsvorhabens mit Unterstützung durch die Deutsche Diabetes Stiftung und das Industrie Forum Diabetes liegt eine optimierte deutsche Version von dem Fragebogen FINDRISK als Grundlage für den Einsatz in einer Arztpraxis und im Gesundheitssektor vor.

Soeben wurde eine für Deutschland optimierte Version – eingedeutscht FINDRISK – evaluiert. Die Ergebnisse zeigen, dass auch bei Deutschen das Testergebnis des FINDRISK Risiko-Fragebogen direkt mit einem zukünftigen Diabetes-Risiko zusammenhängt. Gleichzeitig ist der FINDRISK ein gutes Instrument, eine bestehende Insulinresistenz zu erkennen. Zusätzlich ist dieser Fragebogen gut geeignet, um Personen mit einem nicht diagnostizierten, aber bestehenden Diabetes herauszufiltern. Durch die



Evaluation des Fragebogens in Deutschland kann man davon ausgehen, dass der FINDRISK Fragebogen, auch bestechend durch seine Praktikabilität, zukünftig sowohl zur Identifizierung von Hoch-Risikopersonen als auch nicht erkannten Diabetikern flächendeckend eingesetzt werden kann.

Acht Fragen zum Diabetesrisiko

Der FINDRISK besteht aus acht Fragen, die das Diabetesrisiko bestimmen. Abgefragt werden: Alter, Diabetes in der Verwandtschaft, der Taillenumfang, körperliche Aktivität, Ernährungsgewohnheiten, Blutdruckanamnese, erhöhte Blutzuckerwerte in der Anamnese und der BMI. Es handelt sich um ein einfaches und kostengünstiges Instrument, mit dem sich ein persönliches Erkrankungsrisiko ableiten lässt. Das Testergebnis leistet eine dreistufige Unterscheidung danach, ob der Testteilnehmer

- mit hoher Wahrscheinlichkeit noch nicht erkannter Diabetiker ist, bei Personen mit mehr als 20 Punkten,
- ein erhöhtes Risiko besitzt, in den nächsten 10 Jahren an Diabetes Typ 2 zu erkranken, bei Personen mit 10 bis 20 Punkten, oder
- als Nichtrisikoperson zu gelten hat,

bei Personen mit weniger als 10 Punkten.

Intervention zur Diabetes-Prävention (Schritt 2)

Mehrere Interventionsstudien konnten zeigen, dass bei Personen mit einem erhöhten Diabetesrisiko (gestörte Glukosetoleranz) durch eine Veränderung des Lebensstils, die auf eine Übergewichtsreduktion und Steigerung der körperlichen Bewegung zielten, mittelfristig der Ausbruch des Diabetes erfolgreich verhindert bzw. hinausgezögert werden konnte [2-7]. Die durch eine Lebensstil-Änderung erreichbare Risikoreduktion für das Auftreten einer Diabetes-Erkrankung liegt zwischen 46% und 58% [35].

Ziele der Lebensstil-Änderung

Aus den bisherigen Studien lassen sich für die Diabetes-Prävention folgende Zielvorgaben für eine Lebensstil-Intervention ableiten:

- Gewichtsreduktion um 5 bis 7 Prozent,
- 150 Minuten körperliche Aktivität/Woche,
- 15g faserhaltige Ballaststoffe/1000 kcal Nahrungsaufnahme,
- Höchstens 30 Prozent Fettanteil in der täglichen Nahrung,

- Höchstens 10 Prozent gesättigter Fettsäuren-Anteil in der täglichen Nahrung.

Für eine erfolgreiche Diabetes-Prävention ist es erforderlich, dass die Zielvorgaben der Gewichtsreduktion und Steigerung der körperlichen Aktivität gleichermaßen umgesetzt werden. Mit der kontinuierlichen Umsetzung jedes weiteren Zielwertes steigt der Effekt in der Prävention des Diabetes. Wenn vier oder sogar alle fünf Zielvorgaben über die Studiendauer hinweg erreicht werden, ist eine fast 100%ige Prävention des Diabetes möglich [3].

Umsetzung der Lebensstil-Intervention in die Praxis

Ein Programm zur Veränderung der Lebensgewohnheiten sollte eine längerfristige Verhaltensänderung anstreben und Elemente enthalten, die sich auf unterschiedliche Phasen der Lebensstil-Änderung beziehen. Bei dieser Umsetzung von Interventionen sollten die therapeutischen Maßnahmen gleichermaßen Elemente zur Motivation und Lebensstil-Modifikation (= Schritt 2) sowie Stabilisierung und Erhaltung des veränderten Lebensstils (= Schritt 3) ent-

	Zielsetzung	Maßnahmen
Intervention zur Diabetes-Prävention (mindestens 3 Monate)	Motivation	<ul style="list-style-type: none"> • Bewusstsein für Gesundheitsrisiken schaffen • Individuelle Motivation zur Veränderung des Lebensstils erarbeiten • Individuelle, realistische Zielbestimmung
	Intervention zur Lebensstil-Änderung	<ul style="list-style-type: none"> • Erlernen von Selbstbeobachtungstechniken (z.B. Ernährungs-, Bewegungsverhalten) • Problem- und Verhaltensanalyse des bisherigen Lebensstils • Integration der neuen Verhaltensweisen im Alltag • Selbstbewertung der erreichten Lebensstil-Änderung
	Gewichtsreduktion um 5 – 7%	<ul style="list-style-type: none"> • Lebensmittel mit hohem Anteil an Zucker, gesättigten Fettsäuren und Alkohol meiden • Regelmäßige Mahlzeiten im Abstand von max. 3 – 4h • Körperliche Aktivität erhöhen
	Körperliche Aktivität > 150 Min/Woche	<ul style="list-style-type: none"> • Körperliche Aktivität in den Alltag integrieren: z.B. zu Fuß zur Arbeit, mit dem Fahrrad zum Einkaufen • Freizeitsportarten mit moderater Intensität: z.B. Nordic Walking, Aerobic, Schwimmen • Kraft-Training (z.B. Zirkeltraining) unter Anleitung
	Ernährungsmodifikation Gesamtfettanteil < 30% Gesättigte FS < 10% Ballaststoffe >15g / 1000 kcal	<ul style="list-style-type: none"> • Fettanteil der Nahrung insgesamt reduzieren: z.B. pflanzliche Margarine in Maßen, regelmäßiger Verzehr von Fischgerichten • weniger gesättigte Fettsäuren: fettarme Milchprodukte, Käse- und Fleischsorten, fettarme Zubereitung (Kochen / Backen statt Braten / Frittieren) • mehr faserhaltige Ballaststoffe: Vollkorn- statt Weißmehlprodukte, täglicher Verzehr von Obst und Gemüse

halten. Der Übergang von Schritt 2 zu Schritt 3 ist dabei fließend. Für beide Schritte sollten jeweils mehrere Monate eingeplant werden, für eine erfolgreiche Lebensstil-Intervention sollten die Teilnehmer über insgesamt 12 Monate betreut werden. Bei Gruppenangeboten sollte die Teilnehmerzahl 10 nicht übersteigen. Im Moment werden in Deutschland verschiedene Interventions-Programme, wie „PRAEDIAS“, „SCHWERTFISCH“ und M.O.B.I.L.I.S. evaluiert, und mit mehreren großen Krankenkassen werden landesweite Pilotprojekte etabliert. Im Rahmen der Studie „COMEDY“ sollen von dem NAFDM verschiedene Interventionsstrategien verglichen werden. Langfristig sollen mehrere evaluierte Programme nebeneinander umgesetzt werden, die unterschiedliche Zielgruppen, Personen in verschiedenen Risikostadien, aber auch die subjektiven Präferenzen des Einzelnen ansprechen.

Kontinuierliche Weiterbetreuung und Qualitätssicherung (Schritt 3)

Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt, dass einmalige Interventionsmaßnahmen nicht geeignet sind, langfristige Verhaltensänderungen herbeizuführen. Aus diesem Grund sollen die zum Teil sehr unterschiedlichen, zeitlich begrenzten Angebote in einen kontinuierlichen Interventionsprozess zum Zweck der Verhaltensstabilisierung übergehen. Dieser wird begleitend evaluiert und einer

Qualitätskontrolle unterzogen, um eine qualitativ hochwertige Betreuung sicherzustellen, aber auch um Non-Responder und neu manifestierte Diabetiker zeitnah zu diagnostizieren.

Maßnahmen zur Stabilisierung bzw. Erhaltung der veränderten Lebensgewohnheiten sowie zur Qualitätskontrolle könnten folgendermaßen aussehen:

Qualitätssicherung während der Intervention

Ohne strukturierte Auswertung der erzielten Effekte, sowohl bei den betreuten Personen als auch beim Präventionsmanager, wird der Erfolg eines Projekts oder Programms nicht beurteilbar sein. Deswegen sind als wichtige Programmbestandteile eine individuelle sowie prozessbegleitende Evaluation und Qualitätskontrolle vorgesehen. Die Qualitätssicherung schließt Projektverantwortliche und Teilnehmer gleichermaßen aktiv ein. Dabei ist eine kontinuierliche, zeitnahe Kontrolle vorher festgelegter Ziele und Parameter notwendig. Dieses dient insbesondere der Risikoperson, um den Verlauf des eigenen Risikoprofils zu verfolgen, aber auch zur kritischen Analyse des Erfolges der Intervention und damit der Möglichkeit zur Modifikation bei Nichterreichen von Zielen. Auf diese Art ist es möglich, den eigenen individuellen Präventionserfolg zu messen, zum anderen die Qualität ver-

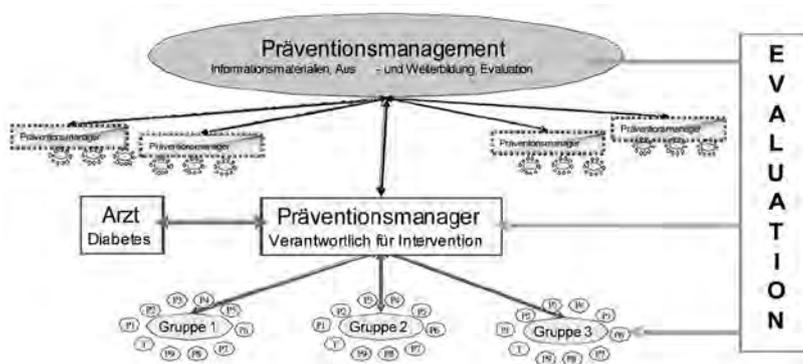
schiedener Präventions-Programme unterschiedlicher Anbieter miteinander zu vergleichen [25].

Um eine praktikable und kostengünstige Umsetzung der Qualitätskontrolle zu ermöglichen, ist es sinnvoll, nicht auf Laborparameter zurückgreifen zu müssen. Mit der regelmäßigen Auswertung von Blutdruck und Taillenumfang kann eine individuelle Erfolgsbeurteilung angeboten werden, um eine Verschlechterung der Situation möglichst früh zu erkennen und rechtzeitig intervenieren zu können. Der Blutdruck als Parameter zur Qualitätskontrolle hat sich im sächsischen Diabetesvertrag [36] als geeignet erwiesen. Dort wurde weiterhin der HbA1c als Qualitätsindikator erfasst. Dieser erweist sich aber in der Qualitätskontrolle eines Präventions-Programms als ungeeignet, da die Personen häufig bei erhöhtem Risiko noch normale Blutzuckerwerte haben.

Prozessstruktur im Überblick

Um eine landesweite Umsetzung von Interventions-Programmen zur Diabetes-Prävention zu ermöglichen, ist eine einheitliche und gut abgestimmte Prozessstruktur notwendig. Zentrale Person in diesem Konzept ist der Präventionsmanager (PM) [25]. Dieser ist vor Ort für die Durchführung der Intervention und Schulung mit verschiedenen Interventionsgruppen verantwortlich. Der Präventionsmanager kann sich aus unterschied-

	Zielsetzung	Maßnahmen
Kontinuierliche Weiterbetreuung (mindestens 9 Monate)	Stabilisierung neuer Lebensgewohnheiten	<ul style="list-style-type: none"> • Regelmäßige Protokollierung erreichter Veränderungen • Erlernen von Problemlösestrategien im Zusammenhang von Risikobedingungen und -situation der Lebensstil-Änderung • Entwickeln eines Planes („Rückfallprophylaxe“) für den Umgang mit auftretenden Schwierigkeiten bei der Veränderung der Lebensgewohnheiten • Aufbau hilfreicher sozialer Unterstützungsmöglichkeiten (z.B. Angebot einer Telefonhotline) • Strategien zur besseren Stressbewältigung
	Erhaltungsphase	<ul style="list-style-type: none"> • Entwickeln von Langzeitzielen über das Ende der Kernintervention hinaus • Analyse auftretender Schwierigkeiten bei der Beibehaltung neuer Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten • „Auffrischung“ hilfreicher Problemlösestrategien, z.B. durch regelmäßige Informationen per E-Mail oder SMS • Scoring-Systeme, die gesundheitsfördernde Aktivitäten (Bewegung, Ernährung) unterstützen und bewerten (Bonusprogramme)
	Qualitätskontrolle	<ul style="list-style-type: none"> • Regelmäßiges Monitoring und Qualitätskontrolle durch Messung der erreichten Zielparameter (Blutdruck, Taillenumfang, BMI)



lichen Berufsgruppen rekrutieren und Programme anbieten, wenn er sich einer Qualitätskontrolle im Rahmen der kontinuierlichen Verlaufsbetreuung unterzieht. Derzeit wird ein Curriculum zur Ausbildung des Präventionsmanagers erarbeitet. Der Arzt ist Partner des PM an der Schnittstelle der Diabetes-Diagnose im Verlauf des Programms. Eine übergeordnete Struktur unterstützt die PMs und bietet zentrale Programmangebote an (Informationsmaterialien, Evaluation und Qualitätskontrolle, Aus- und Weiterbildung). Um eine gleichbleibend hohe Prozessqualität sicherzustellen, wird auf allen drei Ebenen anhand der Parameter Blutdruck und Taillenumfang der Risikopersonen der Programmverlauf gemessen.

Leitfaden zur Diabetesprävention

In der wissenschaftlichen sowie politischen Diskussion um die Umsetzung von Präventionsmaßnahmen zur Diabetesprävention in Deutschland stellte sich immer wieder von Vertretern der beteiligten Gesundheitsberufe die Frage nach Standards für konkrete Interventionsmaßnahmen

men sowie danach, was jeweils die Ziele solcher Interventionsmaßnahmen sind, wie anhand medizinischer Parameter ein Erfolg gemessen werden kann sowie auch nach Evaluationskriterien solcher Interventionsmaßnahmen. Aus diesem Grund erarbeitete die Projektgruppe Prävention des Nationalen Aktionsforums für die praktische Umsetzung von Präventionsmaßnahmen im Konsens einen Leitfaden zur Diabetesprävention, der die Ziele und Maßnahmen der einzelnen Programmschritte genauer spezifiziert. Zudem sieht das im Leitfaden vorgestellte Konzept eine zentrale Rolle für den Präventionsmanager vor und beinhaltet Empfehlungen für eine zentrale Evaluation und Qualitätskontrolle. Der Leitfaden kann über das NAFDM www.nafdm.de bezogen werden.

Fazit

Angesichts der sich weltweit ausbreitenden Diabetes-„Epidemie“ müssen entscheidende Weichenstellungen erfolgen, um über eine Stärkung der primären, sekundären und tertiären Prävention des Typ 2 Diabetes und seiner Komplikationen schrittweise

zu einem Nationalen Diabetes-Präventions-Programm zu gelangen. In Deutschland stehen wir realistisch an einer Schwelle zur erfolgreichen praktischen Umsetzung dieser Programme. Zur Verwirklichung eines solchen Vorhabens sind viele Partner nötig, die sich in diesen Prozess langfristig einbringen müssen. Wichtig ist dabei die konstruktive Zusammenarbeit zwischen wissenschaftlichen Fachgremien, Standesorganisationen und Krankenkassen. Aber auch die Sportartikel-, Nahrungsmittel- und Getränkeindustrie sowie weitere wichtige Unternehmen und Organisationen werden wesentliche Partner sein müssen. Bei überzeugender Umsetzung eines solchen Programms wird dabei nicht nur die Prävention des Diabetes erfolgreich realisiert werden können, sondern gleichzeitig die Prävention des Metabolischen Syndroms und insbesondere seiner kardiovaskulären Komplikationen möglich sein. Das vorliegende Konzept ermöglicht die dezentrale Implementierung eines Programms zur primären Diabetes-Prävention inklusive eines Qualitätsmanagements und Evaluation. Von entscheidender Bedeutung aber wird es sein, langfristig Risikopersonen motiviert zu halten ihre Lebensstil-Änderungen umzusetzen, denn: Primärprävention des Typ 2 Diabetes bedeutet eine lebenslange Aufgabe.

Literatur beim Verfasser:

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Peter E.H. Schwarz, Medizinische Klinik III, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden, Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

18. Jahrestagung des Suchtausschusses

Am 25./26. Januar 2007 fand im BKH Wöllershof bei Neustadt a. d. Waldnaab die 18. Jahrestagung des Suchtausschusses der Bundesdirektorenkonferenz psychiatrischer Krankenhäuser unter der thematischen Überschrift „Suchtkrankenbehandlung in der Psychiatrie: Umbruch mit Qualität“ statt. Es trafen sich ca. 100 Klinikleiter, Leiter von Suchtabteilungen,

Suchtforscher der gesamten Bundesrepublik. Aus dem breitgefächerten Programm werden drei Themenkreise herausgegriffen und hier nochmals besprochen. Es ging um Substitutionsfragen, insbesondere um Auswirkungen des Modellprojektes zur Heroinvergabe, die psychiatrische Comorbidität von Suchtkranken mit ihren Konsequenzen für die Praxis und die Beziehung zwischen Verweildauer und Wiederaufnahmerate als Qualitätsmerkmal in der Akutbehandlung Suchtkranker.

Frau Maria Eichhorn, Mitglied des Bundestages und Drogenbeauftragte der CDU/CSU-Bundestagsfraktion griff in ihrem ausgesprochen sachkundigen Beitrag neben anderen Themen auch die Substitutionsfragen auf. Dabei begründete sie insbesondere die Position ihrer Fraktion gegen eine Etablierung der Heroinvergabe. Sie kam im Ergebnis von vielfältigen Gesprächen mit Fachleuten zu einer kritischen Beurteilung der Ergebnisse des Heroinmodellprojektes. Die angekündigte Überlegenheit der Heroin-

vergabe konnte sie nicht erkennen. Insbesondere bemerkte sie, dass das Abstinenzziel mit diesem Vorgehen keine ausreichende Förderung erfährt und weiterhin ca. 50 Prozent der Teilnehmer keine ausreichende Distanz zur Drogenszene erreichen. Weiter betonte sie, dass Heroinkonsum bundesweit rückläufig ist. Drogenabhängige haben in weiten Teilen des Landes ganz andere Behandlungsbedürfnisse. Für eine sehr kleine Gruppe würden mit der Heroingabe überaus hohe Aufwendungen eingesetzt, die an anderen Orten viel wirksamer zur Behandlung zu nutzen seien. So erfordere nach ihrer Meinung die starke Zunahme des Cannabiskonsums, insbesondere wegen der gegenüber früher erheblich gestiegenen THC-Gehalte der konsumierten Droge viel mehr Aufmerksamkeit. Jedenfalls beurteilte sie die Zulassung von Heroin auch wegen der erheblichen potenziellen Missbrauchsmöglichkeiten mehr als fragwürdig. Hier muss noch kommentierend vermerkt werden, dass der Suchtausschuss der Bundesdirektorenkonferenz selbst sich bereits vor Monaten eher skeptisch über die Heroingabe geäußert hat (siehe unter www.bdk-deutschland.de).

Frau Prof. Dr. Havemann-Reinecke (Uni Göttingen) berichtete US-Ergebnisse zur psychiatrischen Comorbidität von Suchtkranken. Grundsätzlich sieht sie bei psychiatrischer Comorbidität verschiedene Varianten. Zum einen kann es sich um ein zufälliges Vorkommen mehrerer Erkrankungen handeln, zum anderen um eine ätiopathogenetische Grundlage mehrerer Erkrankungen, weiter sind interaktionelle Effekte zwischen verschiedenen Erkrankungen denkbar. Es gab studienbezogenen Schwankungen für das Zusammentreffen von Suchterkrankungen und Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises von bis zu 50 Prozent der untersuchten Patienten, bei Borderline-Störungen in 34 bis 84 Prozent eine Kombination mit Suchterkrankungen, bei Angsterkrankungen von bis zu 25 Prozent. Affektive Erkrankungen waren bis zu 30 Prozent comorbid bei Suchtkranken anzutreffen bei einem deutlichen Überwiegen bipolar verlaufender

Erkrankungsfälle. Diese Ergebnisse verweisen sehr deutlich auf die Bedeutung der Behandlungszeit, um differenzieren zu können, um welche comorbiden Erkrankungen es sich handelt und um in einem weiteren Schritt auch angemessene Behandlung stattfinden lassen zu können.

PD Dr. Wodarz (Uni Regensburg) berichtete über den Zusammenhang von Verweildauer und Wiederaufnahmerate in der Zusammenschau eigener Daten mit anderen europäischen und außereuropäischen Untersuchungen. Aus dem europäischen Raum waren bei einer Katamnese nach einem Jahr Behandlungserfolge in einer Spanne von 12 bis 63 Prozent der Fälle mit Alkoholabhängigkeit festzustellen. Dabei gab es einen Zusammenhang zwischen der Behandlungsdauer und dem Therapieerfolg. Die Verweildauer beeinflusst den regionalen Versorgungsauftrag der Krankenhäuser und soziodemographische Variable. Es wurden auch Untersuchungen aus den USA, insbesondere der Ära der psychiatrischen DRGs von 1984 bis 1988 referiert. In dieser Zeit kam es zu einer Verkürzung der Behandlungsepisoden mit einem erheblichen Anstieg der Wiederaufnahmerate. Dabei blieben kumulierte Behandlungsdauern weitgehend gleich, hatten aber einen zusätzlichen Negativeffekt durch die Chronifizierung der Abhängigkeitserkrankungen nicht kompensieren können. Diese Ergebnisse waren replizierbar. Gerade bei Suchterkrankungen und in der Geropsychiatrie waren in den USA unter den DRGs

schlechtere Behandlungsergebnisse nachweisbar. Wodarz verwies weiter explizit auf eine von Spießl et al. 2006 veröffentlichte Untersuchung, in der die Autoren über den Zeitraum von 1995 bis 2003 die Hypothese verfolgt hatten, dass bei einem Sinken der Verweildauer die Wiederaufnahmerate steigen müsse. Dies wurde statistisch bestätigt. Bei einer Verkürzung der Verweildauer von 20 Prozent stand dem eine Steigerung der Wiederaufnahmerate von 17 Prozent gegenüber. Drastische Erhöhungen der Wiederaufnahmerate ergaben sich, wenn die Verweildauer bei Suchtkranken in einem Korridor zwischen 3 bis 14 Tagen lag. Zu den Ursachen dieser Entwicklung wurde von Wodarz ausgeführt, dass die untersuchten Patienten schwerer krank zur Behandlung kamen, und zweitens mit einer geringeren Besserung aus der stationären Behandlung entlassen wurden als das früher der Fall war. Diese Tendenz war in der im Ärzteblatt Sachsen 2006 veröffentlichten Untersuchung von Domurath ebenfalls evident. Sogenannte „Heavy-user“, referierte Wodarz, mit mehr als 3 Aufenthalten in 12 Monaten waren gekennzeichnet durch Partnerlosigkeit, den Status des Alleinlebens und die Beschäftigungslosigkeit. Prognoseverschlechternd kam noch die mangelnde Integration der Patienten in das Suchtkrankenhilfesystem außerhalb der stationären Einrichtungen hinzu. Erfolgslimitierend erwies sich besonders die Entlassung infolge individuell zu kurzer Behandlungszeit mit ungenügen-

der psychophysischer Besserung und fehlender Stabilisierung der sozialen Situation. Erfolgreiche Maßnahmen im rehabilitativen Sektor, wie bei den Entwöhnungsbehandlungen in Deutschland üblich, wiesen eine stationäre Behandlungsdauer zwischen 3 bis 6 Monaten auf, die besseren Behandlungserfolg zeigte.

Es gibt offenbar zunehmend Belege aus der psychiatrischen Praxis, dass Behandlungszeit ein Qualitätsmerkmal bei chronisch verlaufenden Erkrankungen, wie den Suchterkrankungen,

ist. Verkürzungen der Behandlung zeitigen regelhaft eine höhere Wiederaufnahmerate. Diese ist verbunden mit einer rückfallbedingten Verschlimmerung der Erkrankung.

Die einzelnen Vorträge der Tagung sind im Detail nachlesbar unter: www.bdk-deutschland.de

Dr. med. Frank Härtel
Asklepios Fachklinikum Wiesen
Kirchberger Straße 2, 08134 Wildenfels
Suchtbeauftragter der
Sächsischen Landesärztekammer

Mea culpa?

Gesetzt den Fall, Sie rammen ein Auto. Es entsteht ein Schaden, ein kleiner nur. Und gesetzt noch einmal den Fall, es wäre dunkel, die Straße absolut leer, und weit und breit kein Mensch zu sehen. Was würden Sie tun? Die Gelegenheit wäre sehr verlockend, sich schlicht aus dem Staube zu machen, nicht wahr? Sich den ganzen Ärger mit Polizei, Haftpflicht und Werkstatt einfach vom Leibe zu halten. Wegen einer kleinen Schramme! Aber Sie würden es trotzdem nicht tun, sich aus dem Staube machen, denn das wäre Fahrerflucht, und die ist eben verboten, streng verboten und wird verfolgt und bestraft. Es könnte am Ende doch einer was gesehen haben, am nächtlichen Fenster. Ja, wenn das nicht bestraft würde, wenn es nicht diese Meldepflicht gäbe, dann sähe die Sache ganz anders aus.

Szenenwechsel. Ich füge einem Menschen einen Schaden zu, keinem Auto, sondern einem lebenden Menschen. Und ich tue es auch quasi im Dunkeln, in der Klausur eines Krankenhauses, eines Operationssaales, einer Narkose. Ich habe es nicht gewollt. Aber es ist passiert. Ein ärztlicher Kunstfehler. Wie sieht es mit der Meldung aus? Fehlanzeige. Eine Meldung ist nicht vorgesehen. Bei wem auch? Und wenn der Patient nichts merkt, keinen Verdacht schöpft, volles Vertrauen in „seinen Doktor“ hat, dann ist es sogar dumm, schlafende Hunde zu wecken. Kein Arzt ist verpflichtet, sich selbst anzu-

zeigen, heißt es frech in einem renommierten medizinischen Lehrbuch. Haben wir es uns eigentlich einmal wirklich klar gemacht, was das bedeutet? Der Arzt hat in unserem Staat die legale Möglichkeit, Behandlungsfehler zu verschweigen, Schäden an Leib und Leben des Mitmenschen, die er verursacht hat, zu vertuschen. Wo gibt es das sonst noch? Ist das nicht im Prinzip unanständig, skandalös?

Natürlich gibt es Schlichtungsstellen, Gutachterkommissionen und Fehler-Statistiken. Aber die beruhen auf den Klagen der Beschädigten, nicht auf dem Eingeständnis der Verursacher. Sie legen beredetes Zeugnis vom diffusen, begründeten Misstrauen der Patienten ab, denn zwei Drittel dieser Klagen erweisen sich als unbegründet. Das eine verbliebene Drittel aber ist nur die Spitze eines anonymen Eisberges, dessen Größe keiner abzuschätzen vermag. Können, wollen wir als Ärzte mit diesem Eisberg leben, weiterleben?

Natürlich gibt es auch die rührend anmutenden, punktuellen „Goodwill-Aktionen“ der Ärzteschaft, „Chirurgen sprechen über ihre Kunstfehler“ (Berliner Zeitung, 2006), „Freiwillig aus Fehlern lernen“ (DÄ, 2006), „Medizinethik und Fehlerkultur: wie können wir lernen?“ (Arzt und Krankenhaus, 2006), aber sie lenken nur vom Grund-Dilemma der nicht vorhandenen Aufklärungs- und Meldepflicht bei Fehlern ab, der fehlenden obligatorischen Transparenz bei Verursachung von Schäden. Dieses Thema dürfen wir nicht den versier-



ten Juristen überlassen, das ist ein Thema für die Selbstverwaltung der Ärzte.

Und dabei hatten wir es doch schon einmal in Deutschland im Griff. Aber eben im Osten Deutschlands. Damals war ein ärztlicher Eingriff keine geduldete Körperverletzung, wie heute, sondern ein Heileingriff, ein Kunstfehler konnte nicht verborgen werden, wie heute, sondern musste gemeldet werden, seine Beurteilung oblag nicht dem Staatsanwalt, wie heute, sondern einer unabhängigen Ärztekommision, die zwischen Verschulden und Nicht-Verschulden unterschied, bei Verschulden den Arzt zur Rechenschaft zog und bei Nicht-Verschulden den Patienten so entschädigte, als wäre es ein Verschulden gewesen. „Erweiterte materielle Haftung (EMU)“ nannte sich das. Das ist natürlich komprimiert und vereinfacht dargestellt. Aber die Strukturen waren damals im Osten „fehlerfreundlicher“, in der Medizin jedenfalls. Die Ärzte mussten ihre Fehler melden, und die Patienten konnten sich auf diesen Selbstreinigungsmechanismus der Ärzteschaft verlassen. Aber es gibt auch heute verheißungsvolle Lösungsansätze, beispielsweise das Positionspapier der Deutschen Sektion der Internationalen Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen. Es besteht also Grund zur Hoffnung. Was dem Auto recht ist, sollte dem Menschen billig sein.

Prof. Dr. med. habil. Peter Stosiek
Walter Rathenau Straße 15,
02827 Görlitz

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 Chemnitz/Stadt

Facharzt für Innere Medizin/Pneumologie (Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis)
Reg.-Nr. 07/C045
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.06.2007

Zwickau/Stadt

Facharzt für Orthopädie
Reg.-Nr. 07/C046
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.06.2007

Zwickauer Land

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin (Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis)
Reg.-Nr. 07/C047
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.06.2007

Chemnitzer Land

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 07/C048
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.06.2007

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 07/C049
Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 09.07.2007 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 Hoyerswerda-Stadt/Kamenz

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 07/D041
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.06.2007

Löbau-Zittau

Facharzt für Anästhesiologie
Reg.-Nr. 07/D042
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.06.2007

Sächsische Schweiz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 07/D043
Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10.07.2007 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 8828-310, zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 07/L052
Facharzt für Innere Medizin-hausärztlich*)
Reg.-Nr. 07/L053
Facharzt für Innere Medizin-hausärztlich*)
Reg.-Nr. 07/L054
Facharzt für Innere Medizin-hausärztlich*)
Reg.-Nr. 07/L062
Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 07/L055
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 07/L056
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 07/L057
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 07/L058
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 22.06.2007

Leipziger Land

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 07/L059

Delitzsch

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 07/L060
Facharzt für Innere Medizin-hausärztlich*)
Reg.-Nr. 07/L061
Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 06.07.2007 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.: (0341) 243 21 54 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 Leipzig Muldentalkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: sofort
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: 09/07
Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig Tel.: (0341) 243 21 54.

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Landesgeschäftsstelle

Fortbildungs- zertifizierung

Die Verfahrensordnung zur Bewertung und Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen (Fortbildungszertifizierung) wurde durch den Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer angepasst.

Nunmehr ist zum Beispiel eindeutig geregelt, dass eigene Fortbildungsveranstaltungen in Ausnahmefällen auf Beschluss des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer oder des Vorstandes der Kreisärztekammer mit einer höheren Punktzahl bewertet werden (maximal 2 Fortbildungspunkte zusätzlich pro Fortbildungsmaßnahme) können. Hierzu zählen Fortbildungsveranstaltungen mit innovativen Ansätzen in der medizinischen Diagnostik und Therapie oder notfallmedizinischen Inhalten.

Gleichfalls wurde – im Sinne einer Vereinfachung – die Anrechnung von im Ausland erworbenen Fortbildungspunkten für das individuelle Fortbildungszertifikat dargestellt.

Die aktuelle Fassung der Verfahrensordnung ist über die Homepage der Sächsischen Landesärztekammer <http://www.slaek.de> in der Rubrik Fortbildung abrufbar.

Diese Rubrik enthält auch alle relevanten Hinweise zum Fortbildungszertifikat und zur Anerkennung von Fortbildungsveranstaltungen. Ein neu eingerichteter Link gestattet einen Zugriff auf den Online-Fortbildungskalender, der alle zukünftigen im Freistaat Sachsen zur Zertifizierung angemeldeten und anerkannten ärztlichen Veranstaltungen enthält und eine komfortable Suche nach verschiedenen Kriterien (Veranstaltungszeitraum, Veranstaltungsdatum, Veranstaltungsort und/oder Fachgebiet) gestattet. Nähere Informationen zu diesen Neuerungen wurden in der diesjährigen Mai-Ausgabe des „Ärzteblatt Sachsen“, Seite 201 – 201, veröffentlicht.

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

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

Konzerte und Ausstellungen

Sächsische Landesärztekammer

Festsaal, Sonntag, 1. Juli 2007, 11.00 Uhr
Junge Matinee
Les Adieux/Der „einsame“ Beethoven,
Spätwerk
Werke op. 81a, op. 111, op. 126
Studentinnen und Studenten der
Hochschule für Musik Carl Maria von
Weber Dresden

Sächsische Landesärztekammer

Foyer und 4. Etage
Frank Herrmann
Sonderbare Welt – Fotoarbeiten und
Mischtechniken
bis 15. Juli 2007

Gabi Keil
Malerei und Zeichnung
18. Juli bis 16. September 2007

Sächsische Ärzteversorgung

Foyer, bis 31. Oktober 2007
Malerei und Grafik
Frau Ermute Wilding stellt die Bilder
ihres verstorbenen Vaters, dem
Dresdner Maler Armin Schulze aus.

Eintragungen in das Partnerschaftsregister

**Bekanntmachung der Löschung
im Partnerschaftsregister des Amts-
gerichtes Chemnitz, Registerge-
richt**

PR 78 - 18.04.2007 : „Dipl.-Med.
Matthias Egert & Dipl.-Med. Katrin
Langel Partnerschaft Fachärzte für
Innere Medizin“ Rathausstraße 1 c,
08412 Werdau, Dipl.-Med. Katrin
Langel, *25.05.1964, Fachärztin für
Innere Medizin; Dipl.-Med. Matthias
Egert, *14.02.1962, Facharzt für
Innere Medizin, Gegenstand der
Partnerschaft: die gemeinschaftliche
Ausübung der Heilkunde im vertrags-
und privatärztlichen Bereich. Die
Partnerschaft ist aufgelöst. Die Part-
nerschaft und ihr Name sind erlos-
chen.

Ass. jur. Michael Kratz
Rechtsreferent

Lyme-Borreliose – Klinik und Therapie

R. Kaiser, M. Kaatz und P. Oelzner

Einleitung

Im Sprachgebrauch der Laien werden die Begriffe Borrelieninfektion, Borreliose und Neuroborreliose gerne synonym verwendet. Hintergrund für diese Begriffsverwirrung ist die fälschliche Annahme, dass unspezifische Allgemeinsymptome in der Regel durch eine Erkrankung des Nervensystems zu erklären seien und eine zufällig bei deren Abklärung nachgewiesene Borrelieninfektion auch kausal für die Beschwerden sei. Dabei hat die unkritische Veranlassung einer Borrelienserologie bei unspezifischer Symptomatik aufgrund der hohen Seroprävalenz von Borrelienantikörpern in der Bevölkerung eine hohe A-priori-Wahrscheinlichkeit für ein positives Ergebnis, welches jedoch nicht mehr besagt, als dass die betreffende Person sich mit dem Erreger infiziert hat. Für die Diagnose ist jedoch die typische klinische Symptomatik von ausschlaggebender Bedeutung.

Kutane Manifestationen der Lyme-Borreliose

Eine Infektion mit Borrelien kann in jedem Stadium der Erkrankung auch an der Haut klinisch manifest werden. Dabei werden in der Frühphase der Erkrankung oft klassische klinische Symptome beobachtet, die eine eindeutige Zuordnung ermöglichen und in eine sofortige Therapie münden sollten.

Stadium I (lokalisierte Frühinfektion der Haut)

Erythema chronicum migrans: Das klassische Erythema chronicum migrans (Abbildung 1) tritt etwa zwischen dem 3. Tag und 4 Wochen nach Infektion auf und verschwindet bei fehlender Therapie nach weiteren 4 bis 6 Wochen. Es ist durch ein randbetontes Erythem mit zentrifugaler Ausbreitung gekennzeichnet, wobei je nach Lokalisation auch nur ein Halbkreis sichtbar sein kann oder das Erythem bei längerem Bestehen auch nur bei Erwärmung sichtbar



Abbildung 1: Erythema chronicum migrans

wird. Allerdings konnten Borrelien auch in atypischen Erythemen etwa mit homogener Rötung, mit zusätzlich bestehender Infiltration oder auch mit vesikulösem Charakter nachgewiesen werden.

Lymphozytom: Lymphozytome (Abbildung 2) können ebenfalls in der Frühphase der Erkrankung auftreten und mit einem Erythema chronicum migrans vergesellschaftet sein. Histologisch zeigt sich ein gemischtzelliges Pseudolymphom, das klinisch durch einen rötlich-lividen Knoten imponiert und vorrangig im Bereich der Ohr läppchen, der Mamillen oder auch im Nackenbereich lokalisiert ist.

Stadium II (disseminierte Frühinfektion)

Eine disseminierte Frühinfektion ist ebenfalls bereits wenige Tage nach dem Zeckenstich möglich. Sie kann durch grippeartige Symptome bei bestehendem Erythema chronicum migrans gekennzeichnet sein. Gleichzeitig können, insbesondere bei Kindern, multiple Erythemata chronica migrantia Ausdruck einer disseminierten Frühinfektion sein. Dabei ist eine große morphologische Vielfalt mit disseminierten kleinen ovalen Erythemen oder aber auch ein urtikarrielles Exanthem möglich. In diesem Stadium läßt sich die Borrelieninfektion meist eindeutig serologisch mit sehr hohen IgM-Titern nachweisen.

Stadium III (Spätinfektion)

Nach Wochen bis Jahren können sich sehr heterogene Organmanifestationen ausprägen. Als typisches Symptom an der Haut entwickelt sich meist an der unteren Extremität die Acrodermatitis chronica atrophicans Herxheimer (Abbildung 3). Im Vollbild der Erkrankung findet sich eine starke Atrophie mit einer papierdünnen Epidermis und dem weitgehenden Verlust von Binde- und Fettgewebe sowie eine livide Verfärbung der betroffenen Extremität. Gleichzeitig ist der Verlust der Körperbehaarung zu beobachten. Die Acrodermatitis chronica atrophicans ist überwiegend einseitig lokalisiert, kann jedoch auch symmetrisch auftreten. Typische weitere Symptome sind ein Ulnarstreifen am Unterarm oder die Verdickung der Achillessehne. Die be-



Abbildung 2: Lymphozytom



Abbildung 3: Acrodermatitis chronicum atrophicans



Abbildung 4: Juxtaartikulärer Knoten

troffenen Patienten bemerken häufig eine periphere Polyneuropathie mit Kribbelparästhesien und teilweise tiefen brennenden Schmerzen. Eine Rückbildung der kutanen Symptome ist auch mit einer stadiengerechten Antibiotikatherapie nur noch eingeschränkt möglich.

Davon abzugrenzen ist das bisher nicht näher benannte der Akrodermatitis oft vorausgehende chronische ödematös-infiltrierte Stadium der Erkrankung, ebenfalls mit Prädilektion an den Extremitäten und Verstärkung bei Hypostase. Die Haut erscheint überwärmt, ist jedoch bis auf ein gewisses Schweregefühl symptomlos. Auch dem Lupus erythema-

todes ähnliche Infiltrate im Gesicht können Ausdruck einer chronischen Borreliose der Haut sein. Insbesondere bei gleichzeitig bestehender Arthritis oder Myalgien können sich zudem derbe juxtaartikuläre fibrinoide Knoten ausbilden, in denen auch nach jahrelangem Bestand noch Borrelien-DNA nachgewiesen werden kann (Abbildung 4).

Der Zusammenhang zwischen zirkumskripten Sklerodermie und einer Borreliose wird kontrovers betrachtet. Im Zusammenhang mit einer Acrodermatitis chronica atrophicans können jedoch der Morphea ähnliche ovaläre oder flächige sklerosierte Hautbezirke auftreten. Diese werden jedoch im Gegensatz zur klassischen zirkumskripten Sklerodermie stets von hohen IgG-Antikörper-Titern begleitet. In seltenen Fällen wurde die Entwicklung eines malignen B-Zell-Lymphoms im Bereich einer Acrodermatitis chronica atrophicans berichtet.

Die kutanen Manifestationen bei Frühinfektion durch Borrelien lassen sich im allgemeinen sehr gut behandeln und in den meisten Fällen ausheilen. Dazu stehen insbesondere Doxycyclin, Amoxicillin, Cefuroxim und Azithromycin zur Verfügung. In der Regel reicht eine orale Gabe aus, die jedoch bei der disseminierten Frühform über mindestens 3 Wochen durchgeführt werden sollte. Für die Spätmanifestationen wird eine intravenöse Applikation von Penicillin G, Ceftriaxon oder Cefotaxim empfohlen, die über 14 bis 21 Tage durchzuführen ist. Ist eine neurologische Beteiligung sicher ausgeschlossen, kann auch hier eine Therapie mit Doxycyclin erfolgreich sein. Allerdings ist ein Ansprechen der Therapie im atrophischen Stadium einer Acrodermatitis chronica atrophicans nur eingeschränkt zu beobachten.

Rheumatologische Manifestationen

Rheumatische Symptome können prinzipiell in allen Stadien der Lyme-Borreliose auftreten. Die Hauptmanifestation ist jedoch dem Stadium III (Monate bis Jahre nach Zeckenstich) zuzuordnen.

Im Stadium I (lokale Infektion – Erythema migrans) kann bei einigen Patienten durch hämatogene Ausbreitung der Erreger ein grippeähnliches Krankheitsbild auftreten, das durch Arthralgien, Myalgien, Fieber, Kopfschmerzen, Nackensteifigkeit sowie lokale oder generalisierte Lymphknotenschwellungen gekennzeichnet ist. Bei unbehandelten Patienten können im Stadium II (frühe disseminierte Infektion wenige Tage bis 10 Monate nach Zeckenstich) migratorische Polyarthralgien auftreten, die in der Regel nur Stunden bis Tage anhalten. Selten kann es in diesem Stadium auch zu einer Polyarthritis kommen. 60 Prozent der Patienten, bei denen primär ein unbehandeltes Erythema migrans aufgetreten war, erkrankten im Stadium III (Monate bis Jahre nach Zeckenstich) an einer Arthritis. Im Mittel tritt diese Arthritis sechs Monate nach Infektion auf.

Im typischen Fall imponiert die Lyme-Arthritis klinisch als rezidivierende Mon- oder Oligoarthritis der unteren Extremitäten. Dabei ist das Kniegelenk im Krankheitsverlauf fast immer befallen. Untypisch, aber möglich, im Stadium III sind heftige Arthralgien sowie eine symmetrische Polyarthritis der kleinen Gelenke. Demzufolge ist im Rahmen der Differentialdiagnose einer Kniegelenkarthritis bzw. eines Kniegelenkergusses eine Lyme-Borreliose grundsätzlich zu bedenken. Umgekehrt ist bei Fehlen einer Kniegelenkbeteiligung im Rahmen einer Arthritis eine Borreliose wenig wahrscheinlich, wenn auch nicht ausgeschlossen.

Aufgrund des typischen Gelenkbefallsmusters der Lyme-Arthritis (Mon-

Tabelle 1: Differentialdiagnose der Lyme-Arthritis unter den Aspekten Krankheitsbeginn, Verlauf und Befallmuster

- | | |
|----------------------------|-------------------------------|
| – Kristallarthropathien | – Hydrops intermittens |
| – Septische Arthritis | – Morbus Whipple |
| – Löfgren-Syndrom | – Seronegative Spondarthritis |
| – Rheumatisches Fieber | – Arthritis psoriatica |
| – Palindromer Rheumatismus | |

oder Oligoarthritis der unteren Extremitäten, Gonitis) müssen die in Tabelle 1 angegebenen Differentialdiagnosen bedacht werden.

Demgegenüber stellte sich die Differentialdiagnose gegenüber Erkrankungen, welche typischerweise mit einer symmetrischen Polyarthritis mit Beteiligung der Hände beginnen (rheumatoide Arthritis, systemischer Lupus erythematodes) in der Regel nicht. Zu bedenken ist allerdings, dass natürlich auch im Rahmen einer bekannten chronisch-entzündlichen Gelenkerkrankung eine Lyme-Arthritis hinzukommen kann, die erhebliche diagnostische und therapeutische Konsequenzen nach sich zieht. Insbesondere bei neu aufgetretener Kniegelenksarthritis bei bekannter rheumatologischer Grunderkrankung und Nichtansprechen dieser Arthritis auf die immunsuppressiv orientierte Therapie muss an eine Lyme-Borreliose gedacht werden.

Die Behandlung der Lyme-Arthritis besteht in einer antibiotischen Therapie mit Ceftriaxon, Cefotaxim oder Doxycyclin. Die Dosierung sowie die Dauer der Therapie sind in der Tabelle 2 angegeben. Durch adäquate antibiotische Therapie kommt es in 90 Prozent zur Ausheilung, in ca. 10 Prozent kann die Arthritis über ein Jahr

und länger persistieren oder rezidivieren. Meist kommt es auch dann zur Ausheilung.

Das Post-Lyme-Syndrom ist ein differentialdiagnostisch mehrdeutiges Syndrom, welches nach antibiotischer Therapie einer Borreliose beschrieben wird. Es ist gekennzeichnet durch Myalgien, Arthralgien, Müdigkeit, Dys- und Parästhesien sowie Stimmungs- und Gedächtnisstörungen. Differentialdiagnostisch müssen ein Chronique Fatigue-Syndrom sowie eine Fibromyalgie erwogen werden. Eine Placebo-kontrollierte Studie bei Patienten mit Post-Lyme-Syndrom ergab keine Hinweise für den Nutzen einer antibiotischen Therapie. Eine antibiotische Therapie dieser unspezifischen und differentialdiagnostisch mehrdeutigen Beschwerden kann somit gegenwärtig nicht empfohlen werden.

Neuroborreliose

Die Borrelieninfektion des Nervensystems verläuft überwiegend akut und nur selten chronisch. Eine Symptombdauer von ≥ 6 Monaten gilt als Kriterium für einen chronischen Verlauf. In Europa ist die Meningopolyradikuloneuritis (Garin-Bujadoux, Bannwarth-Syndrom) nach dem Erythema migrans die zweithäufigste klinische

Manifestationsform einer akuten Borrelieninfektion. Bei der Meningitis sind die Kopfschmerzen oft nur mäßig ausgeprägt, sie können in ihrer Intensität innerhalb weniger Tage und Wochen jedoch erheblich fluktuieren. Meningismus, Fieber, Übelkeit, Brechreiz und Schwindel sind nur selten vorhanden. Die Verdachtsdiagnose wird durch den Nachweis einer Pleozytose im Liquor und den erhöhten borrelienspezifischen Antikörper-Index bestätigt. Die Symptome der Radikulitis entwickeln sich durchschnittlich 4 bis 6 Wochen (1 – 12 Wochen) nach dem Zeckenstich. Zunächst treten nämlich betonte, an den Extremitäten radikulär, am Rumpf gürtelförmig betonte Schmerzen auf, die auf einfache Analgetika kaum ansprechen. Das Maximum der Schmerzen wird oft innerhalb weniger Stunden bis Tage erreicht. Die Schmerzen sind oft von einer solchen Intensität, wie sie von den Betroffenen bislang nie erlebt wurde, sie sind konstant vorhanden und hindern viele Patienten am Schlaf. Da in dieser Phase der Erkrankung häufig noch keine neurologischen Defizite nachweisbar sind, wird die Möglichkeit einer Borreliose oft nicht berücksichtigt. Bei den meisten Patienten treten im Verlauf weniger Wochen jedoch neuro-

Tabelle 2: Eingesetzte Antibiotika und Dauer der Behandlung

Eingesetztes Antibiotikum	Gabe	Dosierung Erwachsene	Dosierung Kinder
Penicillin V	Oral	2-3 x 1,5 Mio	0,1-0,15 Mio/kg KG
Penicillin G	i.v.	2 x 10 Mio	0,5 Mio/kg KG
Amoxicillin	Oral	3 x 500 mg	20 – 50 mg/kg KG
Cefuroxim axetil	Oral	2 x 500 mg	30 – 40 mg/kg KG
Ceftriaxon	i.v.	1 x 2 g	50 – 100 mg/kg KG
Cefotaxim	i.v.	3 x 2 g	∅
Doxycyclin	Oral	1 x 200 mg	∅

Dauer der Behandlung

Antibiotikum	Penicillin V	Penicillin G	Amoxicillin	Cefuroxim axetil	Ceftriaxon	Cefotaxim	Doxycyclin
Erkrankung							
Erythema migrans	14-21		14-21	14			14-21
Lymphozytom	14-21		14-21	14			14-21
ACA			21-28		21	21	21-28
Karditis			14-21		14	14	21
Arthritis			21-28		21	21	21-28
Akute Neuroborreliose		14	14-21		14	14	14-21
Chronische Neuroborreliose					21	21	

logische Reiz- und Ausfallserscheinungen auf. Häufiger als Sensibilitätsstörungen entwickeln sich jedoch Paresen an den Extremitäten. Die Schmerzen bei der Radikulitis bilden sich unter Antibiotikagabe meistens innerhalb weniger Tage deutlich zurück. Differentialdiagnostisch ist bei entsprechend heftigen Schmerzen und einer Pleozytose an eine Varizella-Zoster-Virus-Reaktivierung und an eine Meningeosis carcinomatosa zu denken.

Etwa 60 % der Patienten mit einem Bannwarth-Syndrom weisen Hirnnervenparesen auf. Bis auf den N. olfactorius wurden Affektionen aller Hirnnerven beschrieben. Meist treten die Paresen wenige Wochen nach dem Erythema migrans auf. Mit Abstand am häufigsten (ca. 80 Prozent) ist der Nervus facialis betroffen, wobei die Paresen in 40 Prozent bilateral auf-treten. Gelegentlich kommt die Fazialisparese bei der Neuroborreliose isoliert vor und ist dann klinisch nicht von der „idiopathischen Fazialisparese“ zu differenzieren. Die Klärung bringt in diesen Fällen die Liquoranalyse, wobei eine Pleozytose immer für eine symptomatische Verlaufsform spricht. Bei Nachweis von borrelienspezifischen IgM-Antikörpern im Serum kann trotz Fehlens einer Pleozytose und spezifischer Antikörper im Liquor eine Verursachung der Parese durch eine Borrelieninfektion nicht ausreichend ausgeschlossen werden, so dass in diesen Fällen (und insbesondere bei zusätzlich nachweisbaren borrelienspezifischen IgG-Antikörpern im Serum) eine 14-tägige orale Antibiotikatherapie (zum Beispiel 1 x 200 mg Doxycyclin oder 3 x 500 mg Amoxicillin pro die) empfohlen wird.

Eine distale **Polyneuritis** als Folge einer Borrelieninfektion wurde bei den europäischen Patienten praktisch nur in Assoziation mit einer Acrodermatitis chronica atrophicans beschrieben. Alle anderen Fälle einer „borrelieninduzierten“ Polyneuritis sind mit großer Skepsis zu betrachten, da in den meisten Publikationen Angaben über eine ausreichende Differentialdiagnostik fehlen und eine adäquate „Beweisführung“ nicht erfolgte. Bei der Mehrheit von Patienten mit einer

PNP und gleichzeitigem Nachweis von Borrelien-Antikörpern im Serum ist eher von einer zufälligen Assoziation als von einer Kausalität auszugehen. Im Rahmen eigener Studien innerhalb der letzten 15 Jahre wurde kein Fall einer gesicherten borrelieninduzierten PNP beobachtet.

Klinische Symptome von Seiten des zentralen Nervensystems werden bei der Borreliose nur selten beobachtet und dann häufiger beim chronischen als beim akuten Verlauf. Die Enzephalitis weist bei der Borreliose keine Charakteristika auf, anhand derer die Ätiologie erkannt werden könnte. Beschrieben wurden quantitative und qualitative Bewusstseinsstörungen, fokale und generalisierte Anfälle, Mono- und Hemiparesen, Hemianopsien, Aphasien und Dysarthrien, Koordinationsstörungen und in Einzelfällen auch choreatiforme und dystone Bewegungsstörungen, eine passage-re Parkinson-Symptomatik, ein Pseudotumor cerebri in Assoziation mit einer Autoimmunthyreoiditis, ein Verschlusshydrozephalus, ein passageres Psychosyndrom mit Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, ein Opso-klonus sowie ein zerebrales „Pseudolymphom“ (Lymphozyteninfiltrat als Folge einer lokalen Borrelienansammlung im Zerebrum).

Die klinische Symptomatik der seltenen akuten **Borrelienmyelitis** mit sensibler und motorischer Querschnittssymptomatik und Blasenstörung, meist begleitet von Fieber, ist nicht von derjenigen einer viralen Ätiologie zu unterscheiden. In früheren Jahren häufiger beschrieben, heutzutage jedoch eher selten ist die chronische Myelitis, welche sich meist schleichend über Monate bis Jahre entwickelt: Zunächst bemerken die Patienten eine zunehmende Ermüdung beim Gehen, ein vermehrtes Stolpern, dann eine zunehmende Reduktion der Gehstrecke und schließlich die Entwicklung einer spastisch-ataktischen Gangstörung sowie einer Blasenentleerungsstörung. Zwei Drittel der publizierten Patienten mit Para- bzw. Tetraparesen zeigten eine schwere Ausprägung der klinischen Symptomatik. Bei etwa 60 Prozent der Patienten mit einer Myelitis bestanden zusätzlich Zeichen einer

Enzephalitis, bei etwa 40 Prozent außerdem Hirnnervenparesen. Kernspintomographisch ließen sich nur selten Signalveränderungen im Rückenmark nachweisen.

In seltenen Fällen kann die zerebrale Symptomatik auch durch eine borrelieninduzierte **zerebrale Vaskulitis** verursacht sein. Der Verlauf ist meist akut, in der Mehrzahl kommt es zu Infarkten im hinteren Stromgebiet (Thalamus, Hirnstamm). Mehr als ein Drittel der publizierten Patienten war jünger als 30 Jahre. Die Diagnose ergibt sich aus der positiven Serologie, dem pathologischen Liquorbefund, der Kernspintomographie und der Kernspinalangiographie. Aufgrund der Seltenheit dieser Ätiologie ist eine regelmäßige Antikörperbestimmung bei Insulten jedoch nicht erforderlich.

Herzbeteiligung bei Lyme-Borreliose

Im Vergleich zu Manifestationen an Haut, zentralem Nervensystem und Gelenken ist die kardiale Beteiligung im Rahmen einer Lyme-Borreliose relativ selten. Die Häufigkeit von kardialen Manifestationen wird mit 2 bis 8 Prozent angeschrieben. Die kardiale Beteiligung äußert sich am häufigsten in Form von AV-Blockierungen verschiedenen Grades, seltener als Tachyarrhythmie, Perimyokarditis oder linksventrikuläre Dysfunktion mit resultierender Herzinsuffizienz. Die Arrhythmien sind meistens innerhalb von wenigen Wochen vollständig reversibel, in bis zu 30 % kann jedoch eine intermittierende Schrittmachertherapie erforderlich sein.

Das Risiko eines Patienten mit behandelter Lyme-Borreliose für eine kardiale Manifestation ist gering. Im Rahmen einer retrospektiven Studie bei 176 Patienten mit Lyme-Borreliose und 160 Kontrollen ohne Hinweise für eine frühere Lyme-Borreliose ergab sich kein Unterschied bezüglich kardialer Symptome und elektrokardiographischer Veränderungen. Bei 220 Patienten mit Erythema migrans wurde lediglich in drei Fällen ein AV-Block I. Grades beschrieben. Die Bedeutung der Lyme-Borreliose für die Entwicklung einer dilatativen Kardiomyopathie ist umstritten.

Während einerseits bei Patienten mit DCM und positiver Borrelien-Serologie unter Antibiotikatherapie eine Verbesserung der linksventrikulären Funktion beschrieben wurde, wird andererseits der Nutzen einer routinemäßigen Durchführung einer Borrelien-Serologie sowie einer Antibiotikatherapie bei DCM bezweifelt. Die Therapie der kardialen Beteiligung entspricht der bei der Gelenkmanifestation einschließlich der symptomatischen Maßnahmen zur Behandlung von Arrhythmien und Herzinsuffizienz.

Diagnostik (wird im Kapitel Diagnostik ausführlich behandelt)

Die Diagnose einer Neuroborreliose wird zunächst klinisch gestellt und anschließend durch die Serologie und die Liquoranalyse bestätigt. Der Liquor zeigt typischerweise eine lymphozytäre Pleozytose mit zahlreichen Plasmazellen und aktivierten Lymphozyten sowie eine deutliche Schrankenstörung. Zusätzlich findet sich bei der akuten Verlaufsform meist eine ausgeprägte intrathekale IgM- und bei der chronischen Verlaufsform eine IgG- und IgA-Synthese. Abgesichert wird die Diagnose durch den Nachweis einer borrelienspezifischen intrathekalen Antikörpersynthese.

Therapie s. Tabelle 2

Korrespondierender Autor:
Prof. Dr. med. Reinhard Kaiser
Klinikum Pforzheim GmbH
Neurologische Klinik
Kanzlerstraße 2 – 6
75175 Pforzheim
E-Mail: rkaiser@klinikum-pforzheim.de

Mit freundlicher Nachdruckgenehmigung des „Ärzteblatt Thüringen“, Heft 6/2006, und der Autoren.

Buchbesprechung

„Kompaktatlas Blickdiagnosen in der Inneren Medizin“ von Gunter Gruber und Andreas Hansch, Verlag Urban & Fischer (Elsevier) München, Jena 1. Auflage 2007, ISBN-13: 978-3-437-24000-3 und ISBN-10: 3-437-24000-5 Preis: 29,95 €

Nachdem Prof. Dr. med. habil. Gunter Gruber und PD Dr. med. Andreas Hansch 2005 die 2. Auflage der CD-ROM „Interaktive Blickdiagnostik in der Inneren Medizin“ herausgegeben haben, erschien jetzt von ihnen beim gleichen Verlag der „Kompaktatlas Blickdiagnosen in der Inneren Medizin“.

Durch die 400 eindrucksvollen Farbaufnahmen typischer Farb- und/oder Formveränderungen, die meisten wurden an Patienten der Medizinischen Klinik und Poliklinik IV der Universität Leipzig erstellt, sowie die 12 Tabellen im Anhang kann der klinische Blick für das Erstellen von Verdachtsdiagnosen bei internistischen Erkrankungen

geschärft werden. Außerdem wird jede Diagnose kurz definiert, es folgen stichwortartig die jeweiligen visuellen Leitsymptome sowie Hinweise auf die weiterführende Diagnostik und zur Differenzialdiagnostik.

Dieses Taschenbuch zeichnet der doppelte Zugang zu den visuellen Aspekten durch zwei Inhaltsverzeichnisse aus, einmal über die Zuordnung zu den internistischen Schwerpunkten und Randgebieten sowie zum anderen über Farb- und/oder Formveränderungen und ihren Lokalisationen.

Da das Erkennen von visuellen Leitsymptomen, das erst nach entsprechendem Wissenserwerb möglich wird, auch im Zeitalter der hochtechnisierten Medizin und unter zunehmend ökonomischen Aspekten in der Diagnostik bedeutsam bleibt, kann dieser Kompaktatlas sowohl Medizinstudenten als auch Internisten und Allgemeinmedizinern in Weiterbildung und Fachärzten zur Fortbildung sehr empfohlen werden.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug

Ärzteblatt Sachsen

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

Herausgeber:

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

Redaktionskollegium:

Prof. Dr. Jan Schulze
Prof. Dr. Winfried Klug (V.i.S.P.)
Dr. Günter Bartsch
Prof. Dr. Siegwart Bigl
Prof. Dr. Heinz Diettrich
Dr. Hans-Joachim Gräfe
Dr. Rudolf Marx
Prof. Dr. Peter Matzen
Uta Katharina Schmidt-Göhrich
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-Grüner-Straße 62, 04107 Leipzig
Telefon: 0341 710039-90
Telefax: 0341 710039-99
Internet: www.leipziger-verlagsanstalt.de
E-Mail: info@leipziger-verlagsanstalt.de

Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigendisposition: Silke El Gendy
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

Unsere Jubilare im Juli Wir gratulieren

60 Jahre

04. 07. Prof. Dr. med. Dr. med. dent.
Kirch, Wilhelm
24226 Heikendorf
07. 07. Dr. med. Panse, Rosel
04279 Leipzig
13. 07. Dipl.-Med. Eymann, Hella
01728 Possendorf
15. 07. Dr. med. Fransecky, Wolf
01324 Dresden
16. 07. Dr. med. Petzke, Renate
04316 Leipzig
17. 07. Dipl.-Med.
Holzmüller, Heidrun
08371 Glauchau

65 Jahre

03. 07. Dr. med. Paul, Wolfgang
02782 Seiffhennersdorf
05. 07. Dr. med. Seefried, Waltraud
01129 Dresden
07. 07. Dr. med. Geiskopf, Jozsef
08066 Zwickau
07. 07. Dr. med. Menzel, Helga
01129 Dresden
07. 07. Singendonk, Waltraud
02957 Weißkeißel
07. 07. Dr. med. Sudau, Gert
09306 Erlau
08. 07. Dr. med. Beier, Otmar
08134 Wildenfels
08. 07. Dr. med. Gebhardt, Astrid
01219 Dresden
08. 07. Dr. med. Kühnel, Ute
01454 Ullersdorf
08. 07. Dr. med. Popp, Maria
04109 Leipzig
08. 07. Dr. med. Schatz, Beate
08527 Plauen
08. 07. Dr. med. Uhlig, Karla
09577 Lichtenwalde
10. 07. Dr. med. Beyer, Dietrich
04668 Großbothen/
Zschetzsch
10. 07. Dr. med. Peldschus, Sigrid
04347 Leipzig
10. 07. dr/Univ. Zagreb
Trtanj-Cesljarevic, Marija
04229 Leipzig
11. 07. Dr. med. Karl, Gerlind
08058 Zwickau
11. 07. Roth, Renate
08527 Plauen
13. 07. Dr. med. Perßen, Egbert
01662 Meißen
14. 07. Dr. med. Brendel, Peter
09212 Limbach-Oberfrohna
14. 07. Dr. med. Wittig, Volker
09131 Chemnitz
15. 07. Dr. med. habil.
Wunderlich, Eckart
01067 Dresden

16. 07. Dr. med. Wenzel, Erika
01328 Dresden
17. 07. Dr. med. Günther, Gisela
04155 Leipzig
17. 07. Dipl.-Med. Lange, Dieter
01257 Dresden
17. 07. Dr. med. Reuter, Konrad
04838 Eilenburg
17. 07. Ullrich, Barbara
01855 Sebnitz
18. 07. Dr. med. Dobmaier, Bernd
04575 Neukieritzsch
19. 07. Prof. Dr. med. habil.
Schreinicke, Gert
04105 Leipzig
20. 07. MUDr. Herenz, Rosemarie
02906 Niesky
20. 07. Dr. med. Krause, Rosmarie
04275 Leipzig
20. 07. Dr. med. Witschel, Christine
01454 Ullersdorf
21. 07. Ruckebrod, Klaus
08427 Fraureuth
22. 07. Dr. med. Liebscher, Ingrid
01309 Dresden
24. 07. Dr. med. Harzbecker, Anke
09366 Stollberg
26. 07. Dr. med. Parthon, Wolfgang
08523 Plauen
26. 07. Dr. med. Steglich, Jürgen
01217 Dresden
27. 07. Dipl.-Med. Frühauf, Siegfried
01259 Dresden
27. 07. Dr. med. Funk, Wieland
02977 Hoyerswerda
27. 07. Dr. med. Koch, Michael
09629 Reinsberg
28. 07. Riedel, Gisela
01326 Dresden
30. 07. Prof. Dr. med. habil.
Barth, Joachim
04328 Leipzig
30. 07. Dr. med. Jeske, Dieter
02953 Bad Muskau
30. 07. Dr. med. Thiele, Egon
09128 Chemnitz
31. 07. Dr. med. Barth, Marita
04159 Leipzig
31. 07. Dr. med. Claus, Barbara
04860 Torgau
31. 07. Keilig, Antje
01468 Boxdorf

70 Jahre

02. 07. Helm, Gerhard A.
01169 Dresden
03. 07. Dr. med. Wuttke, Elli
04103 Leipzig
03. 07. Zenner, Eva-Maria
01097 Dresden
04. 07. Völk, Erna
01219 Dresden
05. 07. Dr. med. habil.
Bredow, Edgar
04103 Leipzig
05. 07. Dr. med. Kittler, Klaus
08371 Glauchau

08. 07. Dr. med. Petersen, Jürgen
01662 Meißen
09. 07. Dr. med. Karow, Ingrid
04229 Leipzig
09. 07. Dr. med. Selle, Gertrud
01723 Grumbach
10. 07. Dr. med. Ueckert, Elfriede
08280 Aue
11. 07. Dr. sc. med. Haase, Hans
01920 Haselbachtal
OT Reichenbach
11. 07. Dr. med. Wirsing, Annelies
01328 Dresden
13. 07. Dr. med. Köhler, Bärbel
04129 Leipzig
14. 07. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Mann, Klaus
01833 Stolpen
17. 07. Dr. med. Schneider, Volkhard
01217 Dresden
17. 07. Stumpe, Helga
01187 Dresden
20. 07. Dr. med. Neumann, Heinz
09496 Marienberg
20. 07. Dr. med. Rieger, Helmut
08451 Crimmitschau
22. 07. Dr. med. Breiter, Karl-Friedrich
02625 Bautzen
22. 07. Schneider, Otto
04279 Leipzig
23. 07. Doz. Dr. sc. med.
Fehrmann, Peter
01159 Dresden
24. 07. Dr. med. Rudeck, Maria
02977 Hoyerswerda
26. 07. Dr. med. Kumpff, Brigitta
01445 Radebeul
26. 07. Dr. med. Schindler, Brigitta
09526 Olbernhau
27. 07. Heinrich, Reiner
02906 Sproitz
27. 07. Lippstreu-Rehwagen,
Christine
09573 Leubsdorf
28. 07. Dr. med. Bach, Hartwig
04720 Döbeln
30. 07. Dr. med. Schäfer, Hermann
04159 Leipzig
30. 07. Dr. med. Schulze, Erika
08340 Schwarzenberg

75 Jahre

03. 07. Dr. med. Streitz, Ulrich
04275 Leipzig
06. 07. Dr. med. Hacker, Gertrud
01157 Dresden
06. 07. Dr. med. Otto, Henry
04288 Leipzig
07. 07. Dr. med. Schenkel, Hannelore
08412 Werdau
08. 07. Dr. med. dent.
Zschesche, Dieter
04207 Leipzig
10. 07. Auerbach, Johanna
01454 Radeberg
13. 07. Dr. med. Haberland, Elisabeth
01589 Riesa

14. 07. Prof. Dr. med. habil.
Reinhold, Dieter
01324 Dresden
19. 07. Dr. med. Meerheim, Joachim
02826 Görlitz
20. 07. Dr. med. Rothe-Horn, Ilse
04318 Leipzig
31. 07. Dr. med. Krenkel, Johannes
09577 Braunsdorf

80 Jahre

31. 07. Dr. med. Bönisch, Lothar
09306 Wiederau

81 Jahre

11. 07. Dr. med.
Dorscheid, Marie-Luise
01705 Freital

82 Jahre

22. 07. Grams, Johanna
04347 Leipzig

83 Jahre

31. 07. Dr. med. Seikowski, Gisela
08645 Bad Elster

84 Jahre

06. 07. Dr. med. habil. Böhm, Heinz
01307 Dresden
12. 07. Dr. med. Winkler, Susanne
01445 Radebeul
21. 07. Dr. med. Böricke, Erika
01324 Dresden

85 Jahre

08. 07. Dr. med. Weber, Ulrich
08645 Bad Elster
12. 07. Dr. med.
Weißbrodt, Charlotte
04157 Leipzig
14. 07. Iekar/Medizinische Hochschule
Sofia Milev, Gantscho
04209 Leipzig
20. 07. Prof. em. Dr. med. habil.
Fischer, Waltraude
04207 Leipzig
27. 07. Dr. med. Stüve, Annemarie
04668 Grimma

86 Jahre

11. 07. Dr. med. Walther, Erich
04317 Leipzig

18. 07. Prof. em. Dr. med. habil.
Paerisch, Manfred
04416 Markkleeberg
19. 07. Dr. med. Gessner, Margarete
04683 Lindhardt
30. 07. Prof. Dr. med. habil.
Günther, Otfried
01097 Dresden

87 Jahre

19. 07. Prof. em. Dr. med. habil.
Tittel, Kurt
04229 Leipzig

91 Jahre

31. 07. Oelsner, Heinz
09366 Stollberg

92 Jahre

07. 07. Dr. med. Einecker, Lisa
01705 Freital

94 Jahre

21. 07. Dr. med. Ries, Traude
04279 Leipzig

Armin Schulze Malerei und Grafik

Malerei und Grafik: Frau Erdmute Wilding stellt die Bilder ihres verstorbenen Vaters, des Dresdner Malers Armin Schulze (1906 bis 1987), im Foyer der Sächsischen Ärzteversorgung aus.

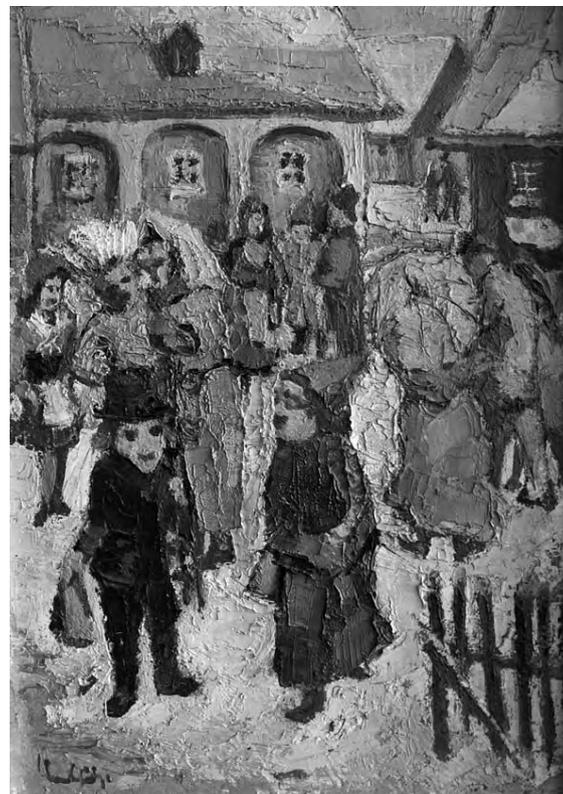
Für Freunde der sprichwörtlichen Dresdner Malkultur ist eine Entdeckung möglich. In den Räumen der Sächsischen Ärzteversorgung auf der Schützenhöhe 16 in Dresden wird seit dem 18. April 2007 mit der Ausstellung „Feier des Daseins“, 20 Jahre nach dessen Tode, die für die Stadt erste Retrospektive der Malerei von Armin Schulze (1906 bis 1987) gezeigt.

Angesichts der besonderen künstlerischen Überzeugungskraft der ausgestellten Gemälde und ihrer unerwartet engen Einbindung in die Dresdner Kunstgeschichte der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts, erscheint uns die späte Werkvorstellung unglaublich. Es war ein Dresdner Schicksal, das Armin Schulze offensichtlich aus der gemeinsamen künstlerischen Betrachtung mit seinen Zeitgenossen, zum Teil Freunden und zum Teil Studienkollegen, an

den hiesigen Akademien für Kunstgewerbe und der Bildenden Künste, wie Ernst Hassebrauk, Curt Querner, Willi Wolf, Horst Schlosser, Richard Sander, Rolf Krause oder Richard Kohlmann und anderen herauskatalysiert hatte.

In den Bombennächten des Februar 1945 verlor er Wohnung, Atelier und sein bis dahin geschaffenes Werk. Er verlässt Dresden und geht nach Ebersbach in die sächsische Lausitz. Dort setzt er seine „Dresdner“ Kunst fort. Eine schwere Kriegsverletzung hatte zu bleibender Körperbehinderung geführt. Das schränkte seine Mobilität ein. Die Verbindung zur geliebten künstlerischen Heimat brach ab.

Nun, 20 Jahre nach seinem Tode, können die äußerst sensiblen, farbkulturell meisterlichen, leisen, von innen heraus ganz spannenden und gesund lebensbejahenden Alltagsdarstellungen aus gelegentlich schwerer Zeit in großer Zahl und wohl zeitloser Qualität erlebt werden. Den Vergleich mit den bereits namhaften unter seinen Zeitgenossen muss Armin Schulze keinesfalls fürchten. Thematisch stehen seine Darstellungen von Friedhöfen, Krankenstuben, Ruinen und Kriegserinnerungen für die dunklen, die Gartenlokale, Volks-



Kinderfastnacht, Öl/Leinwand, 1955

festszenen, Familiendarstellungen und Begebenheiten aus dem Alltäglichen, etwa beim Schneider, im Laden, beim Friseur, für die schönen Seiten des Lebens.

Michel Hebecker
Galerie & Kunsthaus Hebecker Weimar

Tätigkeitsbericht der Sächsischen Landesärztekammer 2006

der 36. Kammerversammlung vorgelegt

Inhalt

1	Vorwort	279	6.4	Gesprächskreis Ethik in der Medizin	305
2	Kammerversammlung	280	6.5	Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen	305
3	Vorstand	282	6.6	Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung	307
4	Bezirksstellen und Kreisärztekammern	282	6.7	Gewalt gegen Kinder/Misshandlung Minderjähriger	307
4.1	Bezirksstelle Chemnitz	282	6.8	Kommission Transplantation	308
4.2	Bezirksstelle Dresden	283	6.9	Kommission Lebendspende gem. § 8 Abs. 3 TPG	311
4.3	Bezirksstelle Leipzig	283	6.10	Fachkommission Brustkrebs	311
4.4	Kreisärztekammern	284	6.11	Hirntoddiagnostik	312
5	Ausschüsse	285	6.12	Berufsbildungsausschuss „Medizinische Fachangestellte“	312
5.1	Satzungen	285	7	Gesundheitspolitische Arbeit und Auslandskontakte	313
5.2	Ambulante Versorgung	285	7.1	Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen	313
5.3	Krankenhaus	286	7.2	Deutsch-polnische Arbeitsgruppe	313
5.4	Schwerpunktbehandlung und Betreuung chronisch Erkrankter in Praxis und Klinik	286	7.3	Projektgruppe Elektronischer Heilberufsausweis	314
5.5	Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie	287	8	Sächsische Ärztersorgung (15. Geschäftsjahr)	314
5.5.1	Ärztliche Stelle RöV/StrSchV	287	9	Hauptgeschäftsführung	315
5.5.1.1	Fachkommission Röntgenverordnung	288	9.1	Hauptgeschäftsstelle	315
5.5.1.2	Fachkommission Strahlentherapie	288	9.1.1	Rechtsabteilung	316
5.5.1.3	Fachkommission Nuklearmedizin	289	9.1.2	Presse- und Öffentlichkeitsarbeit	318
5.5.2	Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung	289	9.2	Ärztlicher Geschäftsbereich	319
5.5.2.1	Perinatalogie/Neonatalogie	290	9.3	Kaufmännischer Geschäftsbereich	321
5.5.2.2	Chirurgie	291	10	Ärztliche Berufsvertretung der Wahlperiode 2003/2007	323
5.5.2.3	Gynäkologie	291	10.1	Vorstand	323
5.5.2.4	Orthopädie/Unfallchirurgie	292	10.2	Kammerversammlung	323
5.5.2.5	Kardiologie	293	10.3	Ausschüsse	325
5.6	Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst	293	10.4	Fachkommissionen und Arbeitsgruppen	331
5.7	Prävention und Rehabilitation	293	10.5	Gesundheitspolitische Arbeit und Auslandskontakte	333
5.8	Hygiene und Umweltmedizin	295	10.6	Sächsische Ärztersorgung	334
5.9	Arbeitsmedizin	296	10.6.1	Verwaltungsausschuss	334
5.10	Notfall- und Katastrophenmedizin	297	10.6.2	Aufsichtsausschuss	334
5.11	Ärztliche Ausbildung	297	10.7	Kreisärztekammern	334
5.12	Weiterbildung	298	10.8	Träger der Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille	336
5.12.1	Kommission Widersprüche	298			
5.13	Sächsische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung	299			
5.14	Berufsrecht	300			
5.15	Junge Ärzte	300			
5.16	Ärztinnen	301			
5.17	Senioren	301			
5.18	Sächsische Ärztehilfe	301			
5.19	Finanzen	302			
6	Kommissionen und Arbeitsgruppen	303			
6.1	Redaktionskollegium	303			
6.2	Multimedia und Gesundheitstelematik	304			
6.3	Ethikkommission	304			

Anhang

A.	Ärzttestatistik – Stand 31.12.2006	338
I.	Überblick	338
II.	Altersstruktur der Kammermitglieder	339
III.	Zu- und Abgänge von Kammermitgliedern	340
IV.	Kammermitglieder nach Facharztkompetenzen und Schwerpunkten	340
V.	Weiterbildung und Prüfungswesen	341
VI.	Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung	345
VII.	Veranstaltungsstatistik (Kammergebäude)	346
VIII.	Zusammensetzung der Kammerversammlung in der Wahlperiode 2003/2007	346
B.	Mitarbeiter der Sächsischen Landesärztekammer	347
	Mitarbeiter der Sächsischen Ärztersorgung	348
C.	Aufbau und Struktur der Sächsischen Landesärztekammer	349
D.	Kontakt	350
E.	Wegbeschreibung	350

1 Vorwort

Während die Gesundheitssystemmodernisierungsgesetze der letzten Jahre die Balance von Selbstverwaltung und Staat im Wesentlichen unangetastet ließen, so haben wir es heute mit strukturverändernden Gesetzen zulasten von Patienten, Ärzten und medizinischen Assistenzberufen zu tun: Der Anspruch der Politik, die Finanzierungsgrundlagen der GKV mittel- und langfristig zu stabilisieren, bleibt ungelöst.

Die große Koalition greift in bewährte Strukturen ärztlich medizinischer Versorgung ein und gefährdet diese in den Praxen, Kliniken und im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Damit wird das Vertrauen der Patienten in die medizinische Versorgung und in den behandelnden Arzt nachhaltig erschüttert und die Beschäftigten im Gesundheitswesen sind zunehmend demotiviert. Anstatt mehr Freiheit wagen mit dem bisherigen Slogan „Vorfahrt für die Selbstverwaltung“ heißt es jetzt der „Staat hat das Sagen“. Diese Aushebelung der Selbstverwaltung ist ein Systembruch, der auf den energischen Widerstand der Körperschaft des öffentlichen Rechts, der Verbände und der Patienten stößt.

Umso wichtiger ist eine starke Ärztekammer als öffentliche Berufsvertretung der Ärzte. Und der vorliegende Tätigkeitsbericht ist eine Leistungsbilanz einer funktionierenden Selbstverwaltung. Die Gremien der Sächsischen Landesärztekammer legen Rechenschaft ab über eine kompetente, fachlich versierte Tätigkeit zum Wohle der sächsischen Ärzte und der Allgemeinheit. Ein Dank an alle ehrenamtlich engagierten Ärzte, die sich mit einer altruistischen Grundeinstellung um die Belange der Kolleginnen und Kollegen in der Sächsischen Landesärztekammer verdient machen.

Auch in Zukunft benötigen wir aktive Mitstreiter. Die Wahl zur Kammerversammlung für die Wahlperiode 2007/2011 wird erfahrene und junge Ärztinnen und Ärzte im Einsatz um die ärztliche Selbstverwaltung zusammenführen und die Standespolitik voranbringen. Dafür wünsche ich schon heute viel Erfolg.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

2

Kammerversammlung

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

Im Jahr 2006 kamen die Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer erstmals dreimal in der Kammerversammlung zusammen. Die Kammerversammlung beschließt grundsätzliche Angelegenheiten wie Satzungen, Ordnungen sowie Haushalt und berät aktuelle Schwerpunktthemen. Als oberstes Organ der Sächsischen Landesärztekammer entlastet sie den Vorstand und die Geschäftsführung aufgrund des vorgelegten Jahresberichtes und der Jahresrechnung. Die Versammlungen fanden am 8. März, vom 23. bis 24. Juni und am 11. November 2006 statt.

Außerordentliche Kammerversammlung

Im Jahre 2006 gab es erstmals eine außerordentliche Kammerversammlung gemeinsam mit der außerordentlichen Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen. Anlass für diese Zusammenkunft war das von der Bundesregierung verabschiedete Arzneimittelverordnungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG), auch bekannt als Bonus-Malus-Regelung. Der Präsident hatte seinen Vortrag überschrieben mit „Ärzte zwischen den Fronten – Patientenerwartungen und Gesundheitsreform“. Mit dem Bild „Die Galeere ‚Gesundheitssystem‘ steuert mit den Ärzten unter Deck in den Hafen der Rationierung“ beschrieb er das Bild in Deutschland. Die Sorge, dass die vordergründige Ökonomisierung der Medizin eine Abwärtsspirale in Gang setzt, an deren Ende eine kommerzialisierte und seelenlose Dienstleistungsmedizin mit Kunden statt Patienten steht, ist nicht unbegründet. Die Kammerversammlung und die Vertreterversammlung waren sich einig, dass Ärztinnen und Ärzte nicht weiter in einen Rationierungskonflikt getrieben werden dürfen. Die ärztliche Therapiefreiheit darf nicht durch das Dogma der Beitragssatzstabilität über Bonus-Malus-Regelungen begrenzt werden. Diese Gesundheitspolitik würde dazu führen, dass die Menschen schlechter versorgt werden, dass das Deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich abrutscht und immer mehr deutsche Ärzte ins Ausland abwandern. Gute Ansätze zur Gewinnung von Ärzten würden so zunichtegemacht. Diesem Urteil schlossen sich auch die anderen Redner, wie der Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Dr. Stefan Windau, sowie der Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, Herr Dr. Klaus Heckemann, an. Einmütig wurde von der Politik gefordert: Weg mit der Malus-Regelung!

16. Sächsischer Ärztetag / 33. Kammerversammlung

Aktuelle Gesundheitspolitik

In seiner berufspolitischen Ansprache ging Prof. Dr. Jan Schulze auf die aktuellen Entwicklungen in der Gesundheitspolitik ein. Der Fortgang der Gesundheitsreform ist für die Selbstverwaltung ungewiss. Die gesundheitspolitischen Überlegungen in der Großen Koalition sind chaotisch. Statements der einen Seite folgen Dementis der anderen Seite. Sicher ist, dass es zukünftig einen Gesundheitsfonds geben wird, in den alle gesetzlich Versicherten einzahlen. Nach dem Willen der CDU sollen die privaten Krankenkassen erhalten bleiben. Die SPD möchte dagegen die private Krankenversicherung an den Kosten der Solidargemeinschaft beteiligen. Zudem werden Zusatzversicherungen für bestimmte ärztliche Leistungen von den Bürgern abgeschlossen werden müssen. Die eigentliche Reform, nämlich die Reform der Finanzierungsgrundlagen, soll durch eine massive Steuererhöhung in zweistelliger Millionenhöhe bis 2009 und geringere Beiträge auf Arbeitseinkommen erfolgen.

Ärztestreiks

Ärzte sind in den vergangenen Jahrzehnten als Demonstranten nicht sonderlich aufgefallen. Zuletzt im Jahr 1923. Umso beachtlicher ist das, was

jetzt in Deutschland zu erleben ist. Damit meinte der Präsident nicht die zu dem Zeitpunkt stattfindende Weltmeisterschaft, sondern die Proteste. Die Sächsische Landesärztekammer hatte sich mit den Protesten und Demonstrationen der Kolleginnen und Kollegen gegen diese fortwährende Ungerechtigkeit solidarisch erklärt und war vor Ort. Wenn Ärzte geschlossen auf die Straße gingen, dann wäre ganz offensichtlich eine Schmerzgrenze überschritten: Marathondienste im Krankenhaus, hochqualifizierte Leistungen zu Dumpingtarifen, Verbürokratisierung, Dokumentationswahn, Checklisten-Medizin, Honorarverfall und Störung der Patienten-Arzt-Beziehung. Die Rahmenbedingungen ärztlicher Berufsausübung stimmten einfach nicht mehr. Ärzte hätten seit Jahren das marode Gesundheitswesen in Deutschland subventioniert.

Tarifvertrag

Ein arzt-spezifischer Tarifvertrag zwischen dem Marburger Bund und der Tarifgemeinschaft der Länder konnte abgeschlossen werden. Dafür applaudierten die über 100 Anwesenden. Doch Prof. Dr. Jan Schulze machte auch darauf aufmerksam, dass auf lange Sicht die einmalige Chance einer Ost-West-Angleichung der ärztlichen Tarife verpasst wurde. Die Vergütungsunterschiede im neuen Tarifvertrag liegen zwischen 400 und 800 € im Monat. Das entspricht bei einer 42-Stunden-Woche 88 Prozent des Westgehaltes. Ostdeutsche Ärzte liegen damit auch unter den 92,5 Prozent des öffentlichen Dienstes in den neuen Bundesländern.

Vertragsarztrechtsänderungsgesetz

Ein Vertragsarztrechtsänderungsgesetz liegt als Kabinettsentwurf vor, der äußerst weitreichend in ärztliches Berufsrecht eingreift. Der Präsident ging kurz auf diesen Entwurf ein. Vordergründig vollziehe der Gesetzentwurf zwar die Änderungen der ärztlichen Musterberufsordnung nach, die vor zwei Jahren auf dem 107. Deutschen Ärztetag in Bremen beschlossen worden ist. Der Deutsche Ärztetag wollte damit mehr Freiheit für niedergelassene Ärzte schaffen. Doch das Bundesgesundheitsministerium beabsichtige einen schweren Eingriff in das ärztliche Berufsrecht. Denn der Kabinettsentwurf greife gleichermaßen Länderrecht wie auch die Rechte der ärztlichen Selbstverwaltung an, weil er die ärztliche Berufsordnung in wesentlichen Punkten einfach aushebelt.

Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz

Ganz in der Ideologie staatlicher Regulierung verhaftet ist das Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG). Das Gesetz führe die Tradition fort, durch quasi staatliche Steuerung der Medikamentenversorgung Finanzierungsprobleme der Gesetzlichen Krankenversicherung lösen zu wollen. Sachsen hat sich bedauerlicherweise im Bundesrat der Abstimmung zum AVWG enthalten.

Es stellt sich die Frage, wer eigentlich den ärztlichen Behandlungsauftrag definiert? Nach Auslegung des heutigen SGB V wird die Frage wie folgt beantwortet:

- Der Gesetzgeber mit Bestimmung des Leistungskataloges,
- der Gemeinsame Bundesausschuss durch normative Richtlinien,
- die Vertragspartner (GKV und Leistungserbringer) durch Kataloge und Verträge (zum Beispiel EBM, DRG, dreiseitige Verträge),
- die Gesetzlichen Krankenkassen bei Einzelverträgen (zum Beispiel in der integrierten Versorgung),
- der Versicherte der GKV durch seine Wahlentscheidungen,
- der Arzt im individuellen Behandlungsverhältnis.

Fazit: Während früher die Patient-Arzt-Interaktionen den Anfang des Leistungskataloges bildeten, somit an der Spitze der Entscheidungskette standen, sind diese Partner nunmehr an das Ende dieser Entscheidungskette positioniert worden.

Neue Gebührenordnung

Wie weit sich die politische Einstellung zum Arztberuf inzwischen vom Leitbild der Freiberuflichkeit entfernt hat, wird am Beispiel der privatärztlichen Gebührenordnung, der GOÄ, deutlich. Auch darauf ging der Präsident kurz ein. Die GOÄ ist im November 1982 letztmalig grundlegend überarbeitet worden. Und das auf der Basis der Ersatzkassengebührenordnung von 1978, das ist 28 Jahre her. Von den 32 Abschnitten des Leistungsverzeichnisses wurden seitdem 22 Kapitel nicht mehr grundlegend aktualisiert, die restlichen zehn Kapitel sind auch bereits mehr als 10 Jahre alt. Der rasante Fortschritt der Medizin der letzten drei Jahrzehnte ist damit an der GOÄ weitgehend spurlos vorübergegangen! Dem Arzt wurde zugemutet, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden des Jahres 2006 auf der Grundlage eines Verzeichnisses von 1978 abzurechnen.

Privatisierungstrend

Die Schließung von Krankenhäusern und Krankenhausabteilungen ist in vollem Gange. Seit der Scharfschaltung der DRG vollzieht sich der Paradigmenwechsel von der Mildtätigkeit zum knallharten Kommerz in rasantem Tempo. Es wird von einer Reduktion der Kliniken um bis zu 30 Prozent für die nächsten zehn bis 20 Jahre ausgegangen. In der Folge kommt es zu verschärftem Wettbewerb, Risikoselektion, enormer Leistungsverdichtung – und Privatisierung.

Prof. Dr. Jan Schulze ist sich bewusst, dass eine zunehmende Privatisierung kaum zu verhindern sein wird. Entscheidend sei aber, dass die Rahmenbedingungen ärztlicher Berufsausübung so definiert sind, dass sie trotz der Ausweitung der Wettbewerbsphilosophie im Gesundheitswesen eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung garantieren. Das sei die Fürsorgepflicht des Staates, und die gilt ohne Ausnahme auch für die Länder!

34. Kammerversammlung

Aktuelle Gesundheitspolitik

Wohin steuert das Gesundheitswesen? Dieser Frage widmete sich der Präsident, Prof. Schulze, in seiner Rede zur aktuellen Berufs- und Gesundheitspolitik auf der 34. Kammerversammlung. Nach seiner Auffassung erlebt Deutschland einen Systembruch in der bisherigen Parität, denn die beiden Regierungsparteien gehen unbeirrt den Weg in eine fundamentale Staatsmedizin. Aus einem ehemals freiheitlichen Gesundheitssystem, in das die ostdeutschen Ärzte 1990 mit Freude eingetreten sind, soll jetzt ein System entwickelt werden, das Patienten und Mediziner entmündigt. Der erkennbare Weg zurück in einen Top/Down gesteuerten Zentralismus löse bei den Ostdeutschen Enttäuschung, Empörung und so manches Déjà-vu Erlebnis aus.

Im Zentrum der nächsten Reformschritte steht für Prof. Schulze die Einrichtung des Gesundheitsfonds, durch den der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen intensiviert werden solle. Doch dieser Fond löse keines der anstehenden Finanzierungsprobleme in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Im Gegenteil, es bestünde durch den staatlichen Eingriff an der wichtigen Stellschraube Finanzierung des Systems die Gefahr, Gesundheitspolitik stärker als bisher je nach Kassenlage zu regulieren.

Vertragsarztrechtsänderungsgesetz

Der Bundestag hat am 27. Oktober 2006 ein Vertragsarztrechtsänderungsgesetz beschlossen. Mit den neuen Regeln wird es in Zukunft zum Beispiel möglich sein, dass ein Hausarzt aus Leipzig zwei bis dreimal in der Woche in Sachsen-Anhalt in einem unterversorgten Gebiet in einer Teilzeitpraxis arbeiten kann, so der Präsident. Vorteile ergäben sich durch das neue Gesetz auch für Ärztinnen und Ärzte, die nach der Elternzeit nicht gleich wieder in Vollzeit arbeiten wollen. Sie könnten über eine Teilzulassung

wieder in die Niederlassung einsteigen. Vertragsärzten soll es in Zukunft unter anderem erlaubt sein, zum Beispiel Filialen zu gründen, auch über die KV-Grenzen hinweg oder mit Kollegen in überörtlichen Gemeinschaftspraxen zu kooperieren.

Die Budgets aber blieben erhalten. Den Ärztemangel wird man so aber nicht beseitigen, denn die älteren Kollegen in den unterversorgten Regionen seien nicht willens über die bisherige Altersgrenze hinaus zu arbeiten, weil sie ausgebrannt sind. Und junge Ärzte bekomme man mit der jetzigen Gesundheitspolitik garantiert nicht aufs Land, weil sie ihnen keine Perspektiven sondern nur Reglementierung bietet. Dagegen sind die konkreten Förderungen, die wir in Sachsen vorhalten, effektiver.

Zugleich wäre der Aufbau nicht basisdemokratisch gewählter, sondern staatlich sanktionierter Kontroll- und Reglementierungsbehörden wie dem Gemeinsamen Bundesausschuss und dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen zu beobachten. Diese Entwicklung führt zu kostentreibenden Parallelstrukturen. Verschiedene Regelungen bewirken, dass die ärztliche Berufsausübung, die auf den Eckpfeilern der Professionalität und Therapiefreiheit beruhe, in die Enge staatsbeeinflusster Programm- und Weisungsmedizin geraten.

Maßnahmen der Selbstverwaltung

Es werden gut vorbereitete und organisierte Aktionen mit allen Leistungserbringern im Bündnis der Heilberufe benötigt, weil nur dann überhaupt eine Chance bestünde, politisches Gehör zu bekommen. Und vor allem müssten die Patienten über die fatale Entwicklung in der Gesundheitspolitik aufgeklärt werden, denn Patienten sind Wähler und die nächste Wahl komme bestimmt. Deutschland ist eine Parteiendemokratie. Und Parteien reagierten besonders empfindlich auf den Verlust von Wählerstimmen.

Wie könnten deshalb kurz-, mittel- und langfristige Maßnahmen zu dem in parlamentarischer Beratung befindlichen GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – eigentlich Schwächungsgesetz – aussehen?!

- Nutzung aller parlamentarischen und außerparlamentarischen Ebenen während des Anhörungsverfahrens, um Änderungen im Gesetz zu erreichen – einschließlich der Prüfung auf Verfassungsmäßigkeit.
- Politische Aktionen zur Übermittlung klarer Botschaften zu den Folgen der Gesundheitsreform an die Politik aber auch an die Wähler durch einen nationalen Protesttag der Heilberufe und durch Protestschreiben sowie Protestnoten an die Koalitionsparteien.
- Erarbeitung eines eigenen Gesetzesentwurfes durch die verfasste Ärzteschaft gegebenenfalls mit den Krankenkassen.

Kammerwahl 2007

Abschließend machte der Präsident auf die kommende Kammerwahl für die Wahlperiode 2007 bis 2011 aufmerksam. Dafür gelte es, Kandidaten zu gewinnen, die sich aktiv in der berufspolitischen Arbeit engagieren. Denn, was wäre, wenn Ärzte sich nicht für die eigenen Anliegen in einer Selbstverwaltung engagieren würden? Die Qualität des anerkannten Gesundheitssystems wäre um sehr vieles schlechter.

Es wird nach Einschätzung des Präsidenten einen Generationenwechsel geben, der Staffelstab wird von den erfahrenen Kollegen der ersten Stunde übergeben werden an junge Ärzte.

Absehbar liegen sehr viele Probleme vor der Ärzteschaft. Durch die Ökonomisierung des Gesundheitssystems werden weitere Fragen und Angriffe auf die ärztliche Freiberuflichkeit kommen, denen man zumeist sehr schnell begegnen müsse. An dieser Stelle wären die Ehrenamtler besonders gefordert. Die aktuelle Gesundheitspolitik mache eine aktive Mitarbeit der Ärztekammer notwendig und sie müsse Motor einer ethisch-medizinischen Debatte bleiben.

Neue Aufgaben für die Landesärztekammer

Die weitere berufspolitische Arbeit in den kommenden Jahren wird an Vielfalt und damit Umfang zunehmen. Neben der ehrenamtlichen Tätigkeit in den seit Jahren etablierten Ausschüssen, Kommissionen und Arbeitsgruppen ist auf die Einführung des elektronischen Arztausweises, die elektronische Erfassung der Fortbildungspunkte oder die neue Rolle der Ethikkommission hinzuweisen. Dazu braucht die Sächsische Landesärztekammer engagierte Ärzte aus allen Bereichen, Ärzte, die das erhaltene Mandat ernst nehmen und in der Kammerversammlung aktiv mitwirken.

3 Vorstand

(Dr. Stefan Windau, Leipzig, Vizepräsident)

Die Vorstandssitzungen waren im Berichtsjahr von gesundheitspolitischen Themen geprägt. Gerade die mutmaßlichen Auswirkungen der verschiedenen Gesundheitsreformgesetze wurden ausführlich erörtert und strategische Handlungskonzepte für die Sächsische Landesärztekammer entwickelt und auch in der Bundesärztekammer eingebracht. Die Positionen des Vorstandes wurden an die Entscheidungsträger auf Landes- und Bundesebene versandt, um so Einfluss auf die Gesundheitspolitik zu nehmen. Zudem waren einzelne Vorstandsmitglieder bei den vier nationalen Protesttagen in Berlin und bei den Streiks der angestellten Ärzte in Sachsen präsent. Zum Jahresende verfassten die Präsidenten der ostdeutschen Ärztekammern auf Initiative der Sächsischen Landesärztekammer ein Schreiben an die Bundeskanzlerin Angela Merkel, um die Position der ostdeutschen Ärzteschaft im Reformprozess deutlich zu machen. Dieses Schreiben war im Ärzteblatt Sachsen, Heft 1/2007, abgedruckt.

Unterstützt wurde der Vorstand in seinen vielfältigen Entscheidungen von der fachlichen Kompetenz der einzelnen Fachausschüsse. Durch das jährliche Treffen der Ausschussvorsitzenden war eine Abstimmung der Gremien effektiv möglich. Auf Initiative des Vorstandes konnte so auch die Zusammenarbeit der Ausschüsse innerhalb der Kammer enger verzahnt werden. Zudem wurden vielfältige Beschlussvorlagen, vor allem aus dem Ausschuss Berufsrecht, dem Ausschuss Widersprüche und aus der Weiter- und Fortbildung ausführlich beraten und abgestimmt. Zu einigen Vorstandssitzungen wurden Ausschussvorsitzende eingeladen, um über aktuelle Arbeitsschwerpunkte des jeweiligen Ausschusses zu berichten.

Die Arbeit des Bündnisses Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen ist auch im Jahre 2006 wesentlich vom Vorstand der Kammer begleitet worden. Das Zusammenwirken der Bündnispartner ist als sehr konstruktiv zu bewerten. Die sechs Treffen im Jahr 2006 dienten vor allem auch dem Informationsaustausch über Belastungen der einzelnen Berufsgruppen durch die Reformmaßnahmen.

Wie immer beteiligten sich Mitglieder des Vorstandes an Pressegesprächen, Foren von Parteien, Verbänden, Kostenträgern sowie an parlamentarischen Veranstaltungen auf Landes- wie auf Bundesebene.

Der 109. Deutsche Ärztetag 2006 in Magdeburg hat weit reichende Grundsatzbeschlüsse gefasst, die wesentliche Auswirkungen auch auf die sächsische Ärzteschaft haben werden. Es sind in Zusammenarbeit mit den Gremien unserer Kammer die entsprechenden Regelungen umgesetzt worden. Der 109. Deutsche Ärztetag hat sich zudem mit den Fragen der Entbürokratisierung und der Versorgungsforschung gewidmet. Der Präsident und der Vizepräsident hatten dazu die Einführungsreferate übernommen und begleiten die Auswahl der Projekte zur Versorgungsforschung über das Jahr 2005 hinaus. Für den Bereich der Entbürokratisierung wurden konkrete Gespräche mit der Bundesärztekammer geführt, um ein Modellprojekt in Sachsen auf den Weg zu bringen.

Die Umsetzung der Musterberufsordnung in Landesrecht erfolgte in Sachsen vollständig, die Voraussetzungen dafür wurden im Heilberufekammergesetz geschaffen. Die Novellierung des Gesetzes trat zum 1. Januar 2006 in Kraft.

Der Ärztemangel in Sachsen war ein Dauerthema in den Vorstandssitzungen. Der Vorstand hat 2006 auf Bundes- wie auf Landesebene vielfältige Initiativen in kontinuierlicher Fortsetzung weiter entwickelt. Der Versuch der Sächsischen Landesärztekammer, Ärzte für die Patientenversorgung in Sachsen auch aus Österreich mit derzeit ärztlichem „Überangebot“ zu gewinnen, ist zum Teil kritisch begleitet worden. Aber erfreulicherweise konnten über 40 Ärzte aus diesem Land nach Sachsen vermittelt werden und so in einigen Kliniken den Personalengpass abhelfen. Überwiegend handelt es sich dabei um Ärzte in Weiterbildung, welche in Österreich keine Weiterbildungsstelle erhalten konnten und die Chance in Sachsen nutzen. Diese Maßnahme soll durch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen auch auf den niedergelassenen Bereich ausgedehnt werden. Bei der steigenden Zahl von freien Praxen und den vielen hilfeschreitenden Briefen an die Sächsische Landesärztekammer bei der Frage um Nachfolger wäre es wünschenswert, wenn man Ärzte aus diesem Nachbarland für eine Niederlassung in Sachsen gewinnen könnte.

Nicht nur die Situation in Deutschland und Sachsen ist wichtig – wie auch in den vergangenen Jahren hat der Vorstand die Kontakte zu unseren Nachbarn ausgebaut. Vorstandsmitglieder nahmen an Arbeitstreffen der Polnisch-Niederschlesischen Ärztekammer in Breslau teil. Dort wurden Fragen der Europäischen Erweiterung und der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit besprochen.

Die Kontakte zur Bundes- und Landespolitik wurden weiter ausgebaut. Es gab ein Treffen mit den gesundheitspolitischen Sprechern des Sächsischen Landtages in der Sächsischen Landesärztekammer und zwei Gespräche mit den sächsischen Bundestagsabgeordneten der SPD und der CDU. Zusammen mit den anderen Sächsischen Heilberufekammern wurden aktuelle gesundheitspolitische Fragen erörtert. Dabei konnten Informationsdefizite bei den Abgeordneten über Zusammenhänge und Strukturen im Gesundheitssystem ausgeräumt werden. Zur Verbesserung der Zusammenarbeit sollen diese Gespräche im Jahr 2007 eine Fortsetzung finden.

Vieles von dem, was der Vorstand in der Vergangenheit auf den politischen Ebenen erreichen wollte, konnte nicht immer umgesetzt werden. Die Politik agiert nach anderen Regeln als medizinische Logik. Mit Sachargumenten erreicht man manchmal weniger als mit medienwirksamen Auftritten. Grund für Selbstzufriedenheit besteht aus diesem Grund nicht. Wir werden aber nicht nachlassen, den eingeschlagenen Weg im Sinne der sächsischen Ärzteschaft fortzusetzen und uns Mitstreiter zu suchen.

4 Bezirksstellen und Kreisärztekammer

4.1

Bezirksstelle Chemnitz

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

Auch im Jahr 2006 wirkte die Bezirksstelle Chemnitz als Service- und Kontaktstelle für Ärzte und Patienten. Die Kammermitglieder wurden durch Beglaubigungen, Zusendungen von Unterlagen, Hilfe bei Anmeldeformalitäten sowie Beantwortung und Weiterleitung von Anfragen bei der Bewältigung der unvermeidlichen bürokratischen Anforderungen unterstützt. Patienten konnte bei zahlreichen Anrufen entweder direkt geholfen oder ein kompetenter Ansprechpartner vermittelt werden. Zusätzlich erreichten

elf schriftliche Beschwerden bzw. Anfragen die Bezirksstelle. Neun davon wurden an die zuständigen Stellen weitergeleitet, der Rest konnte direkt geklärt werden.

Die Sachbearbeiterin der Bezirksstelle unterstützte wie auch in den letzten Jahren die Seniorenausfahrt der Sächsischen Landesärztekammer mit der Organisation der Einladungen und Rückmeldungen für den Regierungsbezirk Chemnitz und stand den Teilnehmern als Reiseleiterin bei den einzelnen Veranstaltungen zur Verfügung.

Um die bundesweiten Protesttage gegen die Gesundheitspolitik in Berlin zu unterstützen, organisierte die Bezirksstelle Zubringerbusse, die allen Teilnehmern (nicht nur Ärzten) gegen einen Unkostenbeitrag zur Nutzung angeboten wurden.

Sehr umfangreich war die Arbeit an den Internetseiten der Sächsischen Landesärztekammer. Die ständigen Aktualisierungen und notwendigen Erweiterungen erfolgten in enger Zusammenarbeit mit allen Fachbereichen der Sächsischen Landesärztekammer.

Wie seit vielen Jahren, so auch 2006, wurden den Vorsitzenden der Kreisärztekammern des Regierungsbezirkes ein Geburtstagsgruß gesendet, zu Weihnachten und zum Jahreswechsel entsprechende Grüße zugestellt. Auf diese Art und Weise wollen wir die Verbundenheit der Bezirksstelle mit den einzelnen Kreisärztekammern des Regierungsbezirkes bekunden. Leider konnte ein Zusammentreffen aller Kreiskammerer auch 2006 nicht realisiert werden. Die Hoffnung ist aber nicht aufgegeben.

Die bundesweiten Protestkundgebungen 2006 haben eindeutig bewiesen, dass die Einheit aller Kolleginnen und Kollegen – gleich ob angestellt oder niedergelassen – ein unschätzbare Gut ist, das wir nicht leichtfertig verpielen dürfen. Und hier sind wir als Bezirksstelle gefordert!

4.2

Bezirksstelle Dresden

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

Gesundheitspolitische Aktivitäten

Hier ist an erster Stelle die Arbeit im Sächsischen Bündnis 2000 zu nennen. Schon im Juli 2000 wurde es notwendig, dass sich die sogenannten Leistungserbringer in dem Gesundheitssystem zusammen schließen. Es sind über 30 Teilnehmer im Bündnis. Es wurden gemeinsam Positionen erarbeitet und zur Teilnahme an den Protestveranstaltungen aufgerufen. Es wurden Aktionstage unterstützt, Pressekonferenzen gegeben und Politiker auf Landesebene und Bundesebenen kontaktiert. Die Arbeit wird auch 2007 fortgeführt.

Eine weitere Zusammenarbeit besteht mit der Kreisärztekammer Dresden. Hier ist die Bezirksvorsitzende im Vorstand tätig. So besteht ein Bindeglied zwischen dem Vorstand der Landesärztekammer, des Bezirkes und der Kreisärztekammer Dresden.

Mit den Kreisärztekammern erfolgt der Kontakt in den zweimal jährlich stattfindenden Arbeitstagungen und natürlich Zwischenkontakte durch Teilnahme an Arbeitstagungen und telefonischen Beratungen.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Mitarbeit und Teilnahme an interdisziplinären Stammtischen Dresden Süd und einem Ärztinnenstammtisch. Hier wird jeweils ein Fachthema behandelt und im Anschluss daran sehr ausführlich die Berufspolitik diskutiert. Neben Resignation wird Wut deutlich, aber auch der Wille, mit gestalten zu wollen.

Qualitätssicherung

Mitarbeit in der Zusammenarbeit der Ärztlichen Stelle Röv/StrSchV der Sächsischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung

Sachsen bei der Beurteilung der Qualität der eingeforderten Aufnahmen einschließlich Indikation und Befundung.

Vorsitz in der Radiologiekommission der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen. Hier erfolgt die Abnahme der Kolloquien für Teilradiologie.

Seniorenbetreuung

Begleitung und Betreuung der Seniorenarbeit im Rahmen des Seniorenausschusses der Sächsischen Landesärztekammer. Hier ist die engagierte Arbeit der Vorstandsvorsitzenden Frau Dr. Unger hervorzuheben. Ebenfalls sehr engagiert ist die Arbeit in der Kreisärztekammer Dresden durch Frau Schmidt-Göhrisch und Herrn Dr. Nitschke.

Die Seniorenbetreuung nimmt in unserer Kammer gegenüber anderen Landesärztekammern einen erfreulich großen Raum ein.

Ausblick auf zukünftige Aufgaben

Hier ist das Augenmerk besonders auf den bestehenden Ärztemangel zu richten. Gleichzeitig arbeiten wir weiter daran, Einfluss auf die notwendige Reformpolitik im Gesundheitswesen zu nehmen, zum Wohle der Gemeinschaft und unserer Patienten.

4.3

Bezirksstelle Leipzig

(Prof. Dr. Eberhard Keller, Vorsitzender der Kreisärztekammer Leipzig Stadt, Verantwortlicher für den Regierungsbezirk Leipzig)

Im Berichtszeitraum 2006 legten wir den größten Wert in unserer Arbeit auf das Angebot eines umfangreichen Services und des unmittelbaren Kontaktes für unsere Kammermitglieder.

Zu den Sprechzeiten erschienen täglich bis zu fünf Kolleginnen und Kollegen, um sich bei der leitenden Sachbearbeiterin, Frau Will, anzumelden oder umzumelden sowie sich zu den Schwerpunkten Weiterbildung, Fortbildung, Zertifizierung und Versorgungswerk beraten zu lassen. Sehr dankbar wurde die Möglichkeit der Beglaubigung von Berufsurkunden und der Weiterleitung von Anträgen in Anspruch genommen. Zum Service der Bezirksstelle Leipzig gehörte auch der Versand der Übersichten über die weiterbildungsermächtigten Ärzte und Institutionen in Sachsen auf Anforderung auch aus anderen Bundesländern. Täglich waren bis zu 30 Anrufe zu verzeichnen.

Es ist festzustellen, dass im vergangenen Jahr die Anzahl verunsicherter Patienten stark zugenommen hat. Fast täglich erreichten uns telefonische Anfragen oder die Patienten erschienen in der Bezirksstelle.

Der Bezirksstelle Leipzig kommt in der Universitätsstadt Leipzig eine wesentliche Bedeutung im Zusammenhang mit der Aufnahme des größten Teiles der Absolventen der Universität in die Sächsische Landesärztekammer zu. Dies beansprucht im jeweiligen Zeitraum der Anmeldungen einen recht erheblichen Zeitaufwand. Damit ist nicht nur die Frequentierung im jeweiligen Anmeldezeitraum gemeint. Den jungen Ärzten wurden die gesetzlichen Grundlagen wie Heilberufekammergesetz, Berufsordnung, Meldeordnung usw. erläutert und Anfragen ausführlich besprochen.

Um die Medizinstudenten der Universität Leipzig ausführlicher über die Aufgaben und den Wirkungsbereich der Sächsischen Landesärztekammer zu informieren, wurde in Zusammenarbeit mit der KVS Leipzig im Juli 2006 eine Informationsveranstaltung mit den Medizinstudenten des 4. und 5. Studienjahres durchgeführt. In einem die Studenten ansprechenden Rahmen (Freisitz, Live-Musik) konnten Mitglieder der Vorstände beider Körperschaften in persönlichen Gesprächen Aspekte des zukünftigen Berufslebens nahe bringen. Aufgrund des Erfolges werden wir 2007 versuchen, auch die Studenten des 6. Studienjahres mit einzubeziehen.

In Zusammenarbeit mit dem Landesausschuss Senioren wurde das jährliche zentrale Seniorentreffen (September/Oktober 2006: Besuch des „Neuen Grünen Gewölbes“ und der Nachmittagsveranstaltung im Kammergebäude in Dresden im Rahmen des 11. Sächsischen Seniorentreffens, 179 Teilnehmer) für den Regierungsbezirk Leipzig in Abstimmung mit den Vorsitzenden der Kreisärztekammern durch Frau Will organisatorisch vorbereitet (Versand der Einladungen, Koordinierung der Rückmeldungen) und zur Freude vieler Senioren begleitet.

Um den Kontakt zu den Kreisärztekammern Delitzsch, Döbeln, Leipziger Land, Muldentalkreis und Torgau-Oschatz zu intensivieren, erfolgten Einladungen zu den Fortbildungsveranstaltungen als auch zum berufspolitischen Forum der Kreisärztekammer Stadt Leipzig.

Eingegangene berufsrechtliche Anfragen wurden den jeweils zuständigen Kreisärztekammern zur weiteren Bearbeitung übermittelt. Ungelöste Probleme sind nicht bekannt.

Durch ihr hohes persönliches Engagement und ihre sehr große Einsatzbereitschaft hatte Frau Will entscheidenden Anteil bei der Lösung der anstehenden Aufgaben der Bezirksstelle.

Für das Jahr 2007 haben wir uns das Ziel gesetzt, unsere Kolleginnen und Kollegen weiterhin mit einem umfangreichen Service entsprechend zu betreuen und zu unterstützen.

4.4

Kreisärztekammern

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

Die engagierte Tätigkeit der Kreisärztekammern wird in den vielfältigen Berichten aus den Regionen deutlich. 2006 erfolgte in allen Kreisen eine verstärkte berufspolitische Arbeit. Die geplante Gesundheitsreform, die Tarifverträge des Marburger Bundes für Landes- und Kommunalkrankenhausärzte und die Wahl zur Kammerversammlung 2007/2011 waren die Themen der berufs- und gesundheitspolitischen Veranstaltungen und der Sitzungen der Vorstände. Auch die Beteiligung an den Protestveranstaltungen der Ärzteschaft in Berlin und eigene Veranstaltungen vor Ort mit Vertretern der Kommunal- und Landespolitik waren wichtige Ereignisse des Jahres 2006. Zudem fanden Gespräche mit Bundestags- und Landtagsabgeordneten statt, wobei insbesondere auf die Defizite der „Gesundheitsreform“ und auf die Auswirkungen für Patienten und medizinisches Personal hingewiesen wurde. Die Zusammenarbeit mit örtlichen und kommunalen Vertretungen hat größtenteils eine gute Basis. Durch die Einbeziehung der Amtsärzte in die Arbeit der Kreisärztekammern ist ein guter Informationsaustausch gewährleistet. Es gab aber auch Kontakte mit Jugendhilfe, Ordnungsamt sowie eine Teilnahme an einer Sitzung eines Kreistages und am Bürgerempfang eines Oberbürgermeisters, der im Zeichen der Ärzteschaft stand. Bei der Zusammenarbeit mit örtlichen und kommunalen Vertretern zu Gesundheitsfragen ist zu erwähnen, dass mit manchen Gymnasien in Sachsen regionale Kooperationsverträge bestehen, wobei insbesondere auf die Werbung zukünftiger Medizinstudenten durch das Auftreten von jungen Ärzten an den Gymnasien Wert gelegt wird. Görlitzer Ärzte organisierten einen Malwettbewerb für Kinder dieser Stadt mit einer Festveranstaltung im Stadttheater. Dadurch kommt die Jugend auch in den Kontakt mit dem ärztlichen Beruf. Gemeinsam mit dem Gesundheitsamt Kamenz beteiligten sich Ärzte an der Organisation des Aktionstages „Gegen Gewalt“, wobei die Kollegen in den Praxen aufgerufen waren, sich als erste Ansprechpartner für dieses Thema zu sensibilisieren.

Im Rahmen der geplanten Gesundheitsreform und den daraus erwachsenden „Streitigkeiten“ wird eine Verschärfung der Situation der verstärkten Frequentierung der Rettungsstellen befürchtet. Weitere Probleme bei der

ambulanten fachärztlichen Versorgung sind durch den Entzug von Facharztstellen durch MVZ-Bildungen im ländlichen Umfeld aufgetreten. Und es erfolgt eine zunehmende Umwandlung von Klinikambulanzen in 24-Stunden-Sprechstunden ohne Wartezeiten, insbesondere an Wochenenden, Feiertagen und sogenannten „Brückentagen“. Großen Zulauf verzeichnet die Ombudsstelle der Kreisärztekammer Görlitz. Es wenden sich verstärkt Patienten an diese Ombudsstelle mit Problemen des ambulanten Bereichs (Ärztmangel, Budgetierung der ärztlichen Arbeit).

Es ist für das Jahr 2006 eine Zunahme der Beschwerden und Streitigkeiten bei den Kreisärztekammern zu verzeichnen. In den meisten Fällen handelt es sich jedoch um Kommunikationsprobleme, welche entstehen, wenn Ärztinnen und Ärzte zunehmend durch Ihre Tätigkeit infolge „burn out“ überfordert sind. Es ist aber auch festzustellen, dass die Patienten sensibler geworden sind und das Anspruchsverhalten weiterhin, nicht zuletzt politisch impliziert, zugenommen hat. Die überwiegende Anzahl der Beschwerden konnte im Gespräch geklärt werden, was dem Engagement der Kreisärztekammern zu verdanken ist.

Die Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen ist, soweit darüber berichtet wird, gut. Nur im Bereich Kamenz scheint ein Informationsaustausch über Ermächtigungen von Krankenhausärzten oder über andere Probleme nicht zu erfolgen. Gemeinsam organisierte Qualitätszirkel bestehen ebenfalls nicht. Und im Dienstbereich Krauschwitz und Bad Muskau liegen derzeit aktuelle Probleme in der Besetzung des kassenärztlichen Notdienstes vor.

Bei der Vergabe von KV-Zulassungen zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus über den KV-Zulassungsausschuss scheint sich der Trend zu weiteren Einschränkungen der auszuführenden Leistungen bis zur teilweisen Aufhebung der Zulassungsberechtigung einzelner Ärzte fortzusetzen. Ein Widerspruch in sich, denn der Gesetzgeber wünscht die weitere Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlungen, andererseits werden Kassenzulassungen den Krankenhausärzten entzogen.

Im Bereich der Fortbildungsaktivitäten ist das Vorgehen der Kreisärztekammern sehr differenziert. In vielen Regionen gibt es eine große Zahl an Fortbildungsveranstaltungen. Im Bereich Zwickau wurde mit einer Fortbildungsreihe begonnen, die im Sinne von Hospitationen ambulant tätigen Kollegen die Gelegenheit bietet, den aktuellen Stand der Diagnostik und Therapie im stationären Bereich kennen zu lernen. Diese „Klinischen Visiten“, bisher durchgeführt in einer Hautklinik und einer endoskopischen Abteilung, wurden sehr gut angenommen. Die Fortsetzung in weiteren Fachdisziplinen ist geplant. In der Kreisärztekammer Sächsische Schweiz werden die regelmäßig stattfindenden Sonntagsvorlesungen im Klinikum von der Bevölkerung gut angenommen.

Die Tätigkeit der Sächsischen Akademie für Weiter- und Fortbildung spielt bei der Fortbildungsplanung der Ärzte in den Regionen zum Teil eine nur untergeordnete Rolle, weil die Veranstaltungen meist in Dresden stattfinden und die Entfernung erheblich ist.

Große Schwierigkeiten in fast allen Kreisärztekammern bereitet die Suche nach einem Praxisnachfolger. Die Stimmung, insbesondere unter den niedergelassenen Ärzten ist deshalb gedämpft. Die Sorgen über die Zukunft, das Praxisbudgets und die Versorgungsmöglichkeiten der Patienten belasten die sächsischen Ärzte. Das Interesse an der Kammerarbeit und an berufspolitischen Problemen ist in vielen Regionen durch die Proteste des Jahres 2006 angestiegen. Die Wahrnehmung der Sächsischen Landesärztekammer hat sich verbessert. Insgesamt ist eine zunehmende innerärztliche Solidarisierung nach den vielbeachteten Arbeitskämpfen und Aktivitäten zu beobachten. Doch ist eine engagierte Mitarbeit in einigen Regionen immer noch gering. Während der Vorbereitungen der Wahl fällt auf, dass mit der anhaltenden schwierigen politischen und wirtschaftlichen Situation der ärztlichen Kollegen eine Abnahme bei der aktiven Mit-

wirkung an der ärztlichen Standespolitik zu verzeichnen ist, weil der von der Politik verursachte notwendige Mehraufwand an Finanzen und Personal bei der Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes kaum zeitliche Ressourcen lässt. Es geht nicht nur um eine quantitative, sondern auch um eine fachärztliche Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes bei weiterem harten Sparskurs. Wie im Schichtbetrieb noch eine vernünftige Weiterbildung der ärztlichen Kollegen stattfinden soll, bleibt fraglich.

Die immer weiter wachsende Bürokratie und zu bewältigende Papierfluten lassen an der eigentlichen ärztlichen Aufgabe zweifeln. Auch die geplante Einführung der elektronischen Gesundheitskarte wird mit Skepsis und Argwohn betrachtet. Diese Entwicklungen führen nicht zuletzt auch dazu, dass mancher Kollege schon eher in Rente geht, um den modernen „Segnungen“ zu entkommen, obwohl er eigentlich noch einige Zeit seine Praxis behalten wollte.

5 Ausschüsse

5.1

Satzungen

(Prof. Dr. Wolfgang Sauermann, Dresden, Vorsitzender)

Der Ausschuss Satzungen wird mit der neuen Wahlperiode 2007/2011 nicht neu berufen. Allen bisherigen Ausschussmitgliedern sei für ihre ehrenamtliche Tätigkeit für die sächsische Ärzteschaft herzlich gedankt! Berufsordnungen und Satzungen – geliebte oder ungeliebte – aber wichtige „Kinder“ eines freien Arztberufes – können die Möglichkeiten und Grenzen unserer Berufsausübung aufzeigen, soweit sie der Gesetzgeber als sächsische aufsichtsführende Behörde oder als Bundesgesetzgeber im Rahmen der Gesetze zulässt.

Zur Gestaltung dieser Möglichkeiten hatte sich die Kammerversammlung und der Vorstand den in 16 Jahren gewachsenen Sachverstand der Ausschussmitglieder zur Seite geholt. Das letzte Jahr diente der Umstrukturierung der Tätigkeitsfelder. Nun haben wir ein novelliertes Heilberufekammergesetz in Sachsen.

Wir Ärzte in Sachsen haben uns bei der Gestaltung unserer Berufsordnung auch zunehmend der gemeinsam diskutierten Musterberufsordnung der Bundesärztekammer angenähert. Der Ausschussvorsitzende und weitere juristische Kompetenz brachten und bringen weiter die sächsischen Interessen in die Vorschläge zur Musterberufsordnung und deren Auslegungsregeln in die ständige Konferenz „Zur Beratung der Berufsordnung für die deutschen Ärzte“ bei der Bundesärztekammer ein.

Die Gestaltung der einzelnen Satzungen gelingt in den konkreten Tätigkeitsfeldern unter Hilfe der juristischen Kompetenz nun auch ohne weitere ärztliche „allround“ Spezialisten.

Leider wird die ärztliche Tätigkeit aber auch durch die immer engeren staatlichen gesetzlichen Vorgaben in der eigenen Selbstbestimmung begrenzt. Für manche Entscheidungen findet ärztlicher Sachverstand aus den Kammern keine Akzeptanz mehr. Für jüngere Kollegen erscheint besonders ehrenamtliche Tätigkeit auf den „Restschollen“ nicht reizvoll.

Es ist richtig und verständlich, dass sich das bisherige Tätigkeitsfeld der noch aktiven Ausschussmitglieder mit ihren Kompetenzen neu strukturiert. Hoffen wir, dass die geborenen „Kinder“ gut sein werden und erneuernden Ärztegenerationen beim Gestalten und Anwenden gut dienen mögen!

5.2

Ambulante Versorgung

(Dr. Bernhard Ackermann, Zwickau, Vorsitzender)

Schwerpunkte der Ausschussarbeit waren:

1. Der Stand der ambulanten Versorgung durch Vertragsärzte sowie die Honorarsituation nach Einführung des EMB 2000plus.
2. Die Auswertung des am 1. April 2006 in Kraft getretenen Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) und des am 1. April 2007 in Kraft tretenden Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG).

Zu 1. Zum aktuellen Stand der häuslichen Versorgung wird eine drohende Unterversorgung in Döbeln, Leipzig-Mockau, Rosswein, im Mittleren Erzgebirgskreis und im Niederschlesischen Oberlausitzkreis festgestellt. Eine augenärztliche Unterversorgung droht in Aue.

Trotz Förderung des Weiterbildungsassistenten im Fall Allgemeinmedizin mit 600 Euro zusätzlich zu dem Betrag von 2.040 Euro, mit den Bedingungen der Weiterbildung in einer unterversorgten Region und der Verpflichtung des Weiterbildungsassistenten, noch mindestens drei Jahre nach Abschluss der Ausbildung in einer solchen Region zu verbleiben, hat sich die Situation noch nicht wesentlich verändert.

Entlastungsmöglichkeit wird vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales durch das Modell einer „Gemeindegewerkschaft“ gesehen. Das uns aus der ehemaligen DDR bekannte Modell war ein Teil des staatlichen Gesundheitswesens und wurde vom Staat auch bezahlt. Die Aufgaben waren die gleichen wie die der heutigen Sozialstation, die flächendeckend in ganz Deutschland arbeiten. Das Projekt beginnt im Jahr 2007 in Modellregionen mit drohender ärztlicher Unterversorgung. Die Bezahlung der Gemeindegewerkschaft soll über eine Förderung durch den Europäischen Sozialfonds zunächst erfolgen. Der Ausschuss betont die Notwendigkeit einer direkten Einbindung dieser Schwester in die Hausarztpraxis. Nur unter diesen Bedingungen kann das Projekt befürwortet werden. Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege haben das Modell scharf kritisiert. Die Krankenkassen tragen das Projekt nur mit, sofern keine Leistungsausweitungen damit verbunden sind. Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen schließt eine Honorierung ihrerseits aus.

Zur Einschätzung der Verdienstsituation der niedergelassenen Ärzte in den neuen Ländern wird aus Sicht des Bundesministeriums für Gesundheit dargelegt, dass sich die Vergütungssituation der Ärzte in den neuen Bundesländern in den vergangenen Jahren verbessert und zu einer Annäherung an die Vergütung in den alten Ländern geführt habe. Bei der Beurteilung der verbleibenden Unterschiede im Ost-West-Vergleich müsse beachtet werden, dass es auch deutliche regionale Unterschiede innerhalb der alten und neuen Länder gibt. Die Vergütungsunterschiede bei den Arzteinkommen dürfen auch nicht unabhängig von den generellen Einkommensunterschieden im Ost-West-Vergleich betrachtet werden. So sei die Gesamtvergütung um ca. 20 Prozent deutlich angestiegen, die Anzahl der Versicherten dagegen um 6,6 Prozent gesunken. Das Arztdurchschnittseinkommen gegenüber dem in den alten Ländern liege derzeit bei 92,1 Prozent. Vergleicht man das durchschnittliche Arbeitnehmerinkommen (Grundlohn) der neuen Länder mit dem in den alten Ländern, so liege dieses bei 77,9 Prozent. Daraus schlussfolgert das Ministerium, dass die Einkommenssituation der Ärzte-Ost zu Ärzten-West deutlich besser geworden sei. Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen führte dagegen aus, dass die angebliche deutliche Verbesserung der finanziellen Situation der niedergelassenen Ärzte in den neuen Bundesländern mit veralteten Daten und ohne Kenntnis aktuell laufender Vorgänge festgestellt wurde. Es entstehe der Eindruck, dass sich die vertragsärztliche Vergütung in den neuen Ländern merklich verbessert haben soll. Darüber hinaus ist nicht berücksich-

tigt worden, dass ca. 20 Prozent des Einkommens in den alten Ländern durch Privatliquidationen gegenüber ca. 2 Prozent in den neuen Ländern erwirtschaftet werden.

Zu 2. Die Gesetzesvorlagen im Rahmen der großen Gesundheitsreform wurden im Ausschuss eingehend beraten. Da große berufspolitische Probleme auf die Ärzteschaft und ihre Standesvertretungen zukommen, gegen die wir uns zur Wehr setzen müssen, beschloss der Ausschuss einstimmig, dem Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer zu empfehlen, eine außerordentliche Kammerversammlung, die sich ausschließlich mit den neuen Gesundheitsreformgesetzen befasst, einzuberufen. Diese fand am 8. März 2006 als außerordentliche Kammerversammlung gemeinsam mit einer außerordentlichen Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen statt.

5.3

Krankenhaus

(Dr. Eberhard Huschke, Löbau, Vorsitzender)

Schwerpunkte der Ausschussarbeit:

- der Arbeitskampf des Marburger Bundes und die Umsetzung der Ergebnisse in den sächsischen Krankenhäusern,
- Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in sächsischen Krankenhäusern bei weiterer Verschlechterung der Attraktivität des Berufes des Krankenhausarztes,
- DRG-System und seine ständige Weiterentwicklung – ist 100 Prozent DRG machbar und wünschenswert?

Weitere Themen:

- Bericht von den Sitzungen des Krankenhausplanungsausschusses,
- Bericht von der Ständigen Kommission „Krankenhaus“ der Bundesärztekammer,
- Zulassung von Krankenhäusern zur Weiterbildung.

Der Arbeitskampf des Marburger Bundes wurde von den Mitgliedern des Krankenhausausschusses begrüßt, mit Interesse verfolgt und in einzelnen Krankenhäusern unterstützt. Die konkrete Umsetzung der Ergebnisse erscheint bisher infolge der unterschiedlichen Trägerschaft der Krankenhäuser und ihrer zum Teil fehlenden Bindung an die tariflichen Festlegungen äußerst schwerfällig. Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern ist die Gehaltssituation von Ärzten an deutschen Krankenhäusern weiterhin schlecht, somit ist weiterhin ein Abwandern junger Ärzte in andere Länder oder in andere Arbeitsbereiche zu erwarten. In diesem Zusammenhang ist auch die uns seit Jahren beschäftigende Umsetzung des EUGH-Urteils und des Arbeitszeitgesetzes mit den vorhandenen Ärzten nur mit opt-out und anderen Ausnahmeregelungen möglich. Die Forderung nach einer Umsetzung des Arbeitsschutzes auch für Ärzte und die leistungsgerechte Vergütung ärztlicher Arbeit ohne Zuhilfenahme von Gehalt für Mehrarbeit bleibt damit ein zentrales Anliegen des Ausschusses.

In den meisten Krankenhäusern Sachsens ist die Besetzung freier ärztlicher Stellen mit Absolventen unserer Universitäten nicht gesichert, glücklicherweise können Lücken mit Kollegen aus den Nachbarländern geschlossen werden. Diese Kollegen sind hoch motiviert und nach Überwindung sprachlicher Hürden eine echte Hilfe. Leider ist jedoch die Hilfe oft nur von kurzer Dauer und damit keine Stabilität der Abteilung zu erreichen. In Zusammenarbeit mit dem Ausschuss „Junge Ärzte“ wurde die Überlegung nach einer breiteren Einbeziehung von peripheren Krankenhäusern in den Kreis der akademischen Lehrkrankenhäuser diskutiert und für erstrebens-

wert befunden. Bei einem weiteren Abbau des sozialen Gefälles innerhalb der EU zu unseren östlichen Nachbarn werden die jetzt bei uns tätigen ausländischen Ärzte bald in ihre Heimatländer zurückkehren bzw. gar nicht mehr in deutsche Krankenhäuser kommen.

Das DRG-System hätte für viele Krankenhäuser ohne Konvergenzphase zum ökonomischen Ende geführt; ständige Veränderungen in der Wichtung einzelner DRG's und ihrer Schweregrade machen das System immer unüberschaubarer und erhöhen ständig den bürokratischen Aufwand für den Krankenhausarzt.

Darüber hinaus gibt es einige Fälle, die sich nicht im DRG-System abbilden lassen, woraus für das Krankenhaus eine unzureichende Vergütung resultiert. Das Ziel, in Deutschland 100 Prozent der Krankenhausfälle in DRG's abzubilden, ist – wie in anderen Ländern längst erkannt – unrealistisch.

Ungelöste Probleme:

Die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in den sächsischen Krankenhäusern bleibt unter den derzeitigen Arbeitsbedingungen weiterhin ein Schwerpunkt der Arbeit unseres Ausschusses. Mit der bevorstehenden Verabschiedung der Gesundheitsreform werden die Probleme nicht gelöst, sondern eher verschärft.

Aufgaben des Ausschusses Krankenhaus für die folgenden Jahre:

Wie kann die Attraktivität des Berufsbildes des Krankenhausarztes erhöht werden?

Sind die sächsischen Krankenhäuser nach der Konvergenzphase wirtschaftlich lebensfähig?

Wie können wir stärker ärztliche Kompetenz in die Führungsstruktur der Krankenhäuser einbringen?

5.4

Schwerpunktbehandlung und Betreuung chronisch Erkrankter in Praxis und Klinik

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

Als Konsequenz von offenen Fragen im Zusammenhang mit den DMP KHK ist durch den Ausschuss versucht worden, Patientenzugänge als Anleitung für die behandelnden Ärzte zu beschreiben. Dies sollte in der Verantwortung von führenden Vertretern der Kardiologie, insbesondere gemeinsam mit Frau Prof. Dr. Strasser, sowie dem Berufsverband der Hausärzte in Zusammenarbeit erstellt werden.

Ein Vertrag zur integrierten Versorgung zur Zusammenarbeit von Hausärzten und Kardiologen ist abgeschlossen worden.

Der Ausschuss hat sich auch bemüht, gemeinsam mit der Fachkommission Diabetes Sachsen das Problem der besseren Erfassung des Gestationsdiabetes voranzubringen und die Bemühungen sowohl der Arbeitsgruppe Perinatalogie/Neonatalogie sowie dem Berufs- und Fachverband der Gynäkologen zu unterstützen. Es sollte insbesondere durch die AOK, aber auch mit anderen in Sachsen vertretenen Kassen, versucht werden, ein generelles Glukosetoleranz-Screening für alle Schwangeren einzuführen. Nach anfänglichen positiven Signalen versagte die AOK vorerst die Beförderung des Projektes.

In den Vertragsverhandlungen zur Einführung eines DMP Typ 1, die zwischen den in Sachsen vertretenen Kassen und der KVS Sachsen erfolgreich abgeschlossen worden sind, sind auch Initiativen des Ausschusses eingeflossen. Dies trifft insbesondere für die erneute Akzeptanz der dualen Betreuung für Typ-1-Diabetiker zu.

Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer beabsichtigt, im Rahmen der Neuordnung einiger Ausschüsse auch eine Neubestimmung der

Aufgaben für den Ausschuss Betreuung chronisch Erkrankter in Klinik und Praxis vorzunehmen. Unter diesem Gesichtspunkt werden vorerst die Bemühungen um die Lösung der Erfassung von Patientinnen mit einem Gestationsdiabetes fortgesetzt werden.

5.5

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

Qualitätsrelevante Fragen gewinnen zunehmend an Bedeutung. Dabei stellt nicht nur der Gesetzgeber klare Anforderungen an die nachvollziehbare Qualität medizinischer Leistungserbringung, sondern auch Patienten fordern zunehmend Transparenz im Hinblick auf eine verständliche Information bis hin zur Integration in den Behandlungsprozess.

Die Arbeit des Ausschusses „Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie“ hat verschiedene Dimensionen; so gilt es einerseits, Beschlüsse des Gesetzgebers kritisch zu prüfen, zu hinterfragen und für die ärztlichen Kolleginnen und Kollegen verständlich aufzubereiten. Darüber hinaus erarbeiten die Ausschussmitglieder Stellungnahmen für die Weiterentwicklung des Themas „Qualität – Qualitätssicherung – Qualitätsmanagement“ im Gesundheitswesen und dies insbesondere für den Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer sowie den Präsidenten im Hinblick auf die Arbeit in den Gremien der Bundesärztekammer. Schließlich hat sich der Ausschuss die Aufgabe gestellt, die ärztlichen Kolleginnen und Kollegen dahingehend zu informieren, leichter mit den Anforderungen umzugehen und neutrale Empfehlungen zur Einführung eines internen Qualitätsmanagementsystems zu geben. Weiterhin erachten die Ausschussmitglieder die interne Diskussion und die Kontaktpflege mit weiteren Ausschüssen der Sächsischen Landesärztekammer als evident, um das Thema „Qualität – Qualitätssicherung – Qualitätsmanagement“ breit zu platzieren.

Schwerpunkte im Berichtsjahr 2006

- Auswertung und Diskussion einer Befragung zur Qualitätssicherung in der Labormedizin im Freistaat Sachsen.
- Informationen über aktuelle Entwicklungen der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V mit Diskussion und Bewertung, insbesondere hinsichtlich der Einführung neuer Module, Anforderungen an den strukturierten Dialog mit den Einrichtungen, Stand der Dokumentation im Freistaat Sachsen bis hin zu Auswertungen der Facharbeitsgruppen auf Landesebene.
- Qualitätsbericht § 137 SGB V und die Notwendigkeit der Weiterentwicklung.
- Qualitätsbericht der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern, angefangen von der Entstehung bis zur Veröffentlichung.
- Bewertung der Befragung im Freistaat Sachsen zu Ansichten im Arztberuf unter Studenten der Medizinischen Fakultät.
- Diskussion der „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren“. In diesem Zusammenhang Durchführung einer Fortbildungsveranstaltung für niedergelassene Kolleginnen und Kollegen am 25. Oktober 2006.
- Neuauflage der „Richtlinie Freiwillige Qualitätskontrolle – Pathologie“ durch Beschluss des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer am 1. Februar 2006.
- Mitarbeit an der Novellierung des Sächsischen Bestattungsgesetzes (Initiative des Sächsischen Sozialministeriums).
- Regelmäßige Treffen der Sächsischen Qualitätsexperten unter dem Dach des Ausschusses „Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie“.

Erreichte Ergebnisse und Teilergebnisse

Durch die konstruktive Diskussion des Ausschusses „Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie“ konnte maßgeblich Einfluss an der Weiterentwicklung des Qualitätsberichtes gemäß § 137 SGB V genommen werden. Weiterhin wurde die „Richtlinie freiwillige Qualitätskontrolle – Pathologie“ maßgeblich durch den Ausschuss mitgestaltet und hat zur weiteren Verbindlichkeit des Verfahrens in ganz Sachsen geführt.

Bei der Novellierung des Sächsischen Bestattungsgesetzes hat der „Ausschuss Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie“ maßgeblich mitgewirkt und Verbesserungspotenziale aufgezeigt.

In der Runde der sächsischen Qualitätsexperten wurde die Diskussion zur vergleichenden Messung und Bewertung von Qualitätsindikatoren konkretisiert.

Ungelöste Probleme

Die Position der klinischen Obduktion als ältestes Qualitätssicherungsinstrument bleibt auch im Rahmen der Novellierung zum Sächsischen Bestattungsgesetz offen.

Der Einfluss zur Gestaltung eines Konzeptes zur sektorübergreifenden Qualitätssicherung bleibt ebenfalls offen. Auch wird die Sensibilisierung für die systematische Messung und Bewertung der eigenen (ärztlichen) Qualität zunehmend schwieriger und führt häufig zu kontrovers geführten Diskussionen mit den Kolleginnen und Kollegen.

Ausblick

„Qualität – Qualitätssicherung – Qualitätsmanagement“ können nur „überleben“, wenn sie als Führungsaufgabe verstanden werden. Hier wird sich der Ausschuss „Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie“ weiter und intensiv einsetzen.

Das Thema Qualität ist aus verschiedensten Gründen für Patienten zunehmend interessant. Damit hat die Ärzteschaft die Aufgabe, Patienten zu informieren und in den Behandlungsprozess zu integrieren. Wer sonst sollte ihnen diese Aufgabe abnehmen? Im Gegenteil, es wäre fatal, wenn andere Berufsgruppen, die Selbstverwaltungsverbände oder gar die Krankenkassen hier federführend würden.

Das Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ wird neu aufgelegt und maßgeblich auch durch die Mitglieder des Ausschusses „Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie“ mitbestimmt.

Die Initiative der sächsischen Qualitätsexperten zur Definition eines sächsischen Qualitäts-Indikatorensets wird vom Ausschuss „Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie“ maßgeblich unterstützt.

Die Thematik „Patientensicherheit und Risikomanagement“ ist bundesweit aktuell und brisant und sollte auch auf sächsischer Ebene in die Kammerarbeit verstärkt integriert werden. Diesbezüglich ist eine Veranstaltung im November 2007 geplant.

5.5.1

Ärztliche Stelle (Dipl.-Phys. Klaus Böhme, Dresden, Leiter der Ärztlichen Stelle RÖV/StrlSchV)

Im Zeitraum 2006 wurde durch die Fachkommission Nuklearmedizin und die Fachkommission Strahlentherapie die erste Überprüfungsrunde der entsprechenden Einrichtungen abgeschlossen. Die Fachkommission Röntgen überprüfte 209 radiologisch tätige Ärzte in Niederlassung und 45 stationäre Einrichtungen hinsichtlich der Einhaltung von Qualitätskriterien.

5.5.1.1

Fachkommission Röntgenverordnung (Dr. Volkmar Hänig, Pirna, Vorsitzender)

Im Jahr 2006 wurden von 254 Einrichtungen in acht Kommissionssitzungen 7.502 Patientenaufnahmen hinsichtlich der Einhaltung der Leitlinien der Bundesärztekammer begutachtet.

Die Unterlageneinreichung erfolgte in zunehmendem Maße in digitaler Form (54 Einrichtungen, das entspricht 21,3 Prozent), zum Vergleich 2005: 12,2 Prozent, 2004: 6,4 Prozent. Ohne Mängel waren 84,1 Prozent der eingereichten Aufnahmen (2005: 80,3 Prozent). Geringe Beanstandungen, die keine Bedeutung für die diagnostische Auswertung hatten, traten bei 5,5 Prozent der Patientenaufnahmen auf. Schwerwiegende Mängel bestanden lediglich bei 19 der 7.502 Patientenaufnahmen. Die Bildqualität hat sich damit weiter verbessert und die erfreuliche Tendenz der letzten Jahre setzte sich fort.

Hinsichtlich der Aufnahmetechnik war wie in den vergangenen Jahren mangelhafte Einblendung häufigster Beanstandungsgrund (4,1 Prozent der eingereichten Aufnahmen).

18 Aufnahmen zeigten fehlenden oder mangelhaften Gonadenschutz. Bei neun Aufnahmen wurde ein nicht geeignetes Film-Folien-System verwendet. Über den erforderlichen Einsatz von Zusatzfiltern bei pädiatrischen Aufnahmen besteht auch weiterhin Beratungsbedarf.

Gegenüber dem Jahr 2005 erfolgten 2006 die Angaben zur rechtfertigenden Indikation überwiegend korrekt, sieben Einrichtungen machten keine Angaben. Die Betreiber wurden auf die aufgetretenen Mängel hingewiesen und zu deren Beseitigung beraten. 43 Einrichtungen wurden aufgefordert die fristgemäße Mängelbeseitigung der Ärztlichen Stelle rückzumelden, was in allen Fällen erfolgte.

Eine Praxis muss wegen erheblicher Mängel in der Bildqualität im verkürzten Zeitabstand erneut einreichen.

Die zuständige Behörde entzog einem Betreiber wegen Qualitätsmängeln und der Nichteinreichung von Unterlagen an die Ärztliche Stelle die Betriebsgenehmigung.

Eine Praxis, die trotz mehrfacher Mahnung keine Unterlagen einreichte, wurde entsprechend der Richtlinie Ärztliche und Zahnärztliche Stellen der zuständigen Behörde gemeldet.

Die Einhaltung technischer Standards wurde entsprechend der Normenreihe DIN 6868 und PAS 1054 überprüft. Im Überprüfungszeitraum wurden Unterlagen von 24 analogen Mammographiegeräten eingereicht. Die Qualitätssicherung erfolgte bei 15 Betreibern nach der neugefassten Norm. Die anderen Betreiber wurden darauf hingewiesen, dass die Qualitätssicherung künftig nach dieser Normfassung durchzuführen ist. Von den sieben angeforderten digitalen Mammographieanlagen arbeiteten bisher nur zwei nach PAS 1054. Auch hier erfolgten die entsprechenden Mitteilungen an die anderen Betreiber.

Wie in den vorangegangenen Jahren wurden bei Strahlenschutzkursen Ärzten und Arzthelferinnen die Grundlagen der Qualitätssicherung nach Röntgenverordnung und Strahlenschutzverordnung durch die Mitarbeiter der Ärztlichen Stelle nahegebracht.

5.5.1.2

Fachkommission Strahlentherapie (Prof. Dr. Friedrich Kamprad, Leipzig, Vorsitzender)

Die Tätigkeit der Fachkommission Strahlentherapie der Ärztlichen Stelle bestand im Jahr 2006 im Abschluss der ersten Begehungsrunde in den strahlentherapeutischen Einrichtungen, in einer Analyse festgestellter Mängel,

der Erarbeitung eines aktualisierten Begehungsprotokolls für den zweiten Begehungszyklus ab 2007 sowie der Erarbeitung von Stellungnahmen zur 125-Jod-Applikation für die Aufsichtsbehörde.

Aktivitäten innerhalb des Zuständigkeitsbereichs der Sächsischen Landesärztekammer

Die erste Begehungsrunde bei den strahlentherapeutischen Einrichtungen im Zuständigkeitsbereich wurde im Januar 2006 mit Besuchen an der Universitätsklinik Carl Gustav Carus der TU Dresden, Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie und am Krankenhaus St. Joseph-Stift Dresden abgeschlossen.

Die Analyse aller Begehungsprotokolle zeigte bei keiner der Einrichtungen gravierende Mängel der Kategorie III. Die Fachkommission wurde bei ihren Besuchen durch die kollegiale Kooperation der Mitarbeiter der besuchten Einrichtungen unterstützt, vereinzelt festgestellte Mängel der Kategorie II wurden termingerecht behoben, sodass eine Verkürzung des Überprüfungsintervalls in keinem Fall erforderlich war. Im Herbst 2006 wurden alle Strahlenschutzverantwortlichen zu einer Überprüfung eingeleiteter langfristiger Verbesserungsmaßnahmen aufgefordert, gegenwärtig finden hierzu mit einigen Einrichtungen klärende Gespräche statt.

Für den nachfolgenden Begehungszyklus ab 2007 ist ein aktualisierter Fragebogen unter Berücksichtigung des Einsatzes von Spezialmethoden (IMRT, stereotaktische Radiotherapie, Ganzkörperbestrahlung, konventionelle Orthovoltbestrahlung) fertiggestellt. Die Veröffentlichung über die Internetdarbietung der Sächsische Landesärztekammer erfolgte im Januar 2007. Weiterhin wurde eine Stellungnahme zur Qualitätssicherung für die manuelle Brachytherapie mit 125-Jod-Seeds bei Prostatakarzinom erarbeitet.

Aktivitäten außerhalb des Zuständigkeitsbereichs

Berufung der Mitglieder der Fachkommission Strahlentherapie der Ärztlichen Stelle RöV/StrlSchV der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. rer. nat. Wolf, Dipl.-Phys. Kaufmann und Prof. Dr. Kamprad in die Arbeitsgruppe „Physikalisch-Technische Qualitätssicherung in der Strahlentherapie“ beim Bundesamt für Strahlenschutz. Leitung der Sitzungen Strahlentherapie des Zentralen Erfahrungsaustauschs Ärztlicher Stellen (ZÄS), (Prof. Dr. Kamprad). Wiederwahl zum stellvertretenden Sprecher des ZÄS für den Bereich Radiotherapie für die kommenden zwei Jahre (Prof. Dr. Kamprad).

02.05.2006 Vortrag über Bewertungskategorien festgestellter Mängel (Prof. Dr. Kamprad)

02.05.2006 Auswertung der Begehungen der Jahre 2004/2005 in Sachsen (Prof. Dr. Kamprad)

13.11.2006 Vorstellung des neuen Frageprotokolls einschließlich der Bewertung für Spezialmethoden für Einrichtungen in Sachsen (Prof. Dr. Kamprad)

13.11.2006 Vortrag: Zuordnung festgestellter Mängel in Kategorien (Prof. Dr. Kamprad)

Einschätzung

Der Stand und das Niveau der Tätigkeit ärztlicher Stellen in den einzelnen Bundesländern sind zurzeit noch sehr unterschiedlich, sodass eine Harmonisierung der Tätigkeit ärztlicher Stellen und der jeweiligen Fachkommissionen voraussichtlich einen längeren Zeitraum erfordern wird, zumal sowohl die Einrichtungen als auch deren Struktur beträchtliche Unterschiede aufweisen. Die konzeptionelle Tätigkeit der Fachkommission Strahlentherapie der Ärztlichen Stelle Sachsen wird positiv eingeschätzt, einige Kommissionen anderer Bundesländer haben wiederum Interesse zur Übernahme der in Sachsen erstellten aktuellen Begehungsprotokolle signalisiert.

Hervorzuheben ist die kontinuierlich gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen der Aufsichtsbehörde und der Fachkommission Strahlentherapie der Ärztlichen Stelle bei der Sächsischen Landesärztekammer.

5.5.1.3

Fachkommission Nuklearmedizin

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

Die Tätigkeit der Fachkommission Nuklearmedizin nach § 83 der StrlSchV wurde im Jahr 2006 kontinuierlich fortgesetzt. Der erste Zyklus der Überprüfungen aller inzwischen 27 nuklearmedizinischen Einrichtungen in Sachsen wurde abgeschlossen und der 2. Zyklus mit der ersten Gruppe von sechs Einrichtungen begonnen.

Die Ergebnisse des 1. Überprüfungszyklus werden in Tabelle 1 dargestellt. Da es sich für alle Beteiligten um Neuland für die Nuklearmedizin handelt, wurden Nachforderungen von fehlenden Unterlagen innerhalb eines vorgegebenen Intervalls von zwei bis vier Wochen ohne Einfluss auf das Ergebnis akzeptiert.

Die normalen Prüfungsintervalle betragen zwei bis (drei) Jahre.

Die Beurteilungen erfolgten nach folgendem Schema:

Stufe Ia – keine Mängel

Stufe Ib – geringfügige Mängel, Hinweise erforderlich

Stufe II – Mängel, verkürztes Intervall zur Wiedereinsendung der Unterlagen nach sechs Monaten (erneut gebührenpflichtig)

Stufe III – erhebliche Mängel oder Nichteinsendung trotz mehrfacher Anforderung, verkürztes Intervall zur Wiedereinsendung der Unterlagen nach drei Monaten (erneut gebührenpflichtig). Gegebenfalls bei schweren Mängeln, die Patienten gefährden oder Verweigerung der Unterlagenzusendung Meldung an die zuständige Behörde.

Die Qualität der Mehrheit der nuklearmedizinischen Einrichtungen in Sachsen ist als gut und sehr gut einzustufen. Bei den wenigen II und III Beurteilungen handelt es sich meist um wiederholt fehlende Unterlagen oder ignorierte Hinweise.

Tabelle 1: Ergebnisse der 1. Prüfungsrunde Nuklearmedizin von 27 Einrichtungen

Beurteilung	Anzahl	weiterer Ablauf
Ia	2	
Ib ohne Nachforderungen von Unterlagen	8	
Ib mit Nachforderung fehlender Unterlagen	12	
II	3	nach sechs Monaten 1 x wieder II 2 x Ib
III	2	nach drei Monaten 1 x Meldung an die Behörde notwendig 2 x Ib mit Nachforderungen

Aktivitäten außerhalb Sachsens im Rahmen der Ärztlichen Stelle:

Teilnahme an den Treffen des Zentralen Erfahrungsaustauschs Ärztlichen Stellen im Mai in Düsseldorf und im November in Berlin mit Berichten zum Stand der Arbeit der Fachgruppe Nuklearmedizin in Sachsen.

Seitens der Nuklearmedizin wird eine möglichst einheitliche Bewertungsstruktur in Deutschland angestrebt. Die Grundanforderungen wurden schon am 30.11.2004 in Münster festgelegt. Es wurden Homogenisie-

rungskommissionen für die Komplexe Qualitätskontrollen und einzelne Organuntersuchungen gebildet. Dies wurde im April 2005 in Berlin auf einer Sondersitzung der Ärztlichen Stellen Nuklearmedizin beschlossen.

Es soll in den einzelnen Bundesländern trotz Landeshoheit möglichst ein gemeinsamer Nenner gefunden werden.

Sachsen arbeitet in der Schilddrüsengruppe, vertreten durch Dr. habil. Angelika Wünsche und in der Strahlenphysik, vertreten durch Dipl.-Phys. Michael Andreeff, mit. Es gibt aber noch Differenzen zwischen den Bundesländern, die 2007 weiter diskutiert und bearbeitet werden.

5.5.2

Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung

(Leiter: Dr. Torsten Schlosser)

Die Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung (PGS) setzt die Beschlüsse des Lenkungsgremiums nach dem „Vertrag gem. § 137 i. V. mit § 112 Abs. 2 Nr. 3 SGB V über die Durchführung externer Qualitätssicherungsmaßnahmen in der stationären Versorgung“ organisatorisch und fachlich um und organisiert den strukturierten Dialog mit auffälligen Krankenhäusern. Besagtes Lenkungsgremium ist auf Landesebene verantwortlich für Planung, Koordinierung und Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 137 SGB V.

Die personelle Situation der Projektgeschäftsstelle sah im vergangenen Jahr wie folgt aus: 1,5 Ärzte, 0,75 Informatikerin, 1,5 Sachbearbeiterinnen. Von der Projektgeschäftsstelle wurden – neben der Geschäftsführung des Lenkungsgremiums – im Jahr 2006

- 84 allgemein-, unfall- und kinderchirurgische Abteilungen,
- 28 gefäßchirurgische,
- 53 geburtshilfliche,
- 32 neonatologische,
- 63 gynäkologisch-operative,
- 27 orthopädische,
- 43 kardiologische und
- 61 internistische und geriatrische Abteilungen resp. Kliniken betreut.

Vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 91 SGB V, der unter anderem auch das zentrale Steuerungsorgan der externen Qualitätssicherung ist wurde festgelegt, dass – in Fortsetzung des Vorjahres – auch in 2006 bei zahlreichen operativen Leistungen der Krankenhäuser Daten für die externe Qualitätssicherung zu erfassen und an die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung zu übermitteln sind. Dazu zählen: alle Herzschrittmacherprozeduren sowie Koronarangiografien / PTCA, Karotis-Rekonstruktionen, Cholezystektomien, operative Gynäkologie und Mammachirurgie, Geburtshilfe, Schenkelhalsfrakturen, Hüft-TEP-Implantationen und Hüft-TEP-Wechsel, Knie-TEP-Implantationen und Knie-TEP-Wechsel sowie auch wieder die ambulant erworbenen Pneumonien.

Weiterhin wird in Sachsen auch die Neonatalerhebung (Erfassung und Auswertung QS-relevanter Daten bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 10 Lebenstage in eine Kinderklinik aufgenommen werden) durchgeführt. Auch im vergangenen Jahr wurde in Sachsen wieder eine hundertprozentige Erfassung aller Geburten mit vollständigen und validen Datensätzen erreicht. Die direkte Datenentgegennahme und -pflege in der Projektgeschäftsstelle schafft die Voraussetzungen für eine sinnvolle Auswertung. Erfahrungen anderer Bundesländer, die die Erfassung und Auswertung der Perinataldaten an Fremdfirmen abgegeben haben, zeigen einen deutlichen Akzeptanzverlust des Verfahrens in den Krankenhäusern, was zu niedrigeren Erfassungsraten und durch das rein maschinelle Prozedere auch zum selektiven Wegfall komplizierter Eingriffe und der Totgeburten führte.

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

Nach den langjährigen guten Erfahrungen im strukturierten Dialog mit auffälligen Abteilungen in Peri- und Neonatologie wurde im vergangenen Jahr in allen anderen Leistungsbereichen dieses Verfahren weiter konsolidiert.

Trotz der nunmehr vorhandenen Ausfüllanleitungen für alle Erfassungsbögen gab es in vielen Einrichtungen weiterhin Missverständnisse und systematische Fehler beim Ausfüllen einzelner Items, insbesondere die histologische Untersuchung von OP-Präparaten betreffend. So sollte beispielsweise bei der Cholezystektomie im Feld „Histologischer Befund“ nur erfasst werden, ob eine derartige Untersuchung durchgeführt wurde oder nicht. Viele Kollegen verwechselten dies jedoch mit „pathologischem Befund“ und trugen in dieses Feld folgerichtig „nein“ ein, was zu vielen unnötigen Anfragen bei denjenigen Abteilungen führte, in denen sich diese Fehlannahme häufte.

Zu Beginn des Jahres wurde der neu gestaltete Internetauftritt der Projektgeschäftsstelle freigeschaltet. Der Aufbau dieser Webseiten hatte in 2005 und 2006 einen nicht unerheblichen Ressourcenanteil in Anspruch genommen. Wachsende Zugriffszahlen zeigen zunehmende Akzeptanz und Bekanntheitsgrad dieser Informationsplattform.

Erstmals wurde in 2006 die sogen. Datenvalidierung durchgeführt. Auf Betreiben des Gemeinsamen Bundesausschusses muss nunmehr stichprobenartig in den beteiligten Krankenhäusern in mehreren Leistungsbereichen anhand der Krankenakten überprüft werden, ob die dokumentierten Daten auch tatsächlich der Realität entsprechen. Außerdem werden mittels der Rohdaten mögliche statistische Auffälligkeiten ermittelt wie beispielsweise weit unter den Erwartungswerten liegende Komplikationsraten oder offensichtlich vorbelegte Feld-Einträge in den Erfassungsprogrammen. Auffällige Kliniken werden auch im Rahmen der Datenvalidierung in den strukturierten Dialog einbezogen.

5.5.2.1

Perinatalogie/Neonatologie

(Prof. Dr. Christoph Vogtmann, Taucha, Vorsitzender)

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe Perinatalogie/Neonatologie bei der Sächsischen Landesärztekammer haben im Jahre 2006 sechs gemeinsame und zwei getrennte Sitzungen sowie am 14. Juni das jährliche Klinikärztertreffen durchgeführt, worüber im Sächsischen Ärzteblatt bereits berichtet wurde. Eine kommentierte Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse der Sächsischen Peri- und Neonatalerhebung ist im Ärzteblatt Sachsen, Heft 1/2007, erschienen und ausführlich im Internet unter www.slaek.de, Rubrik Qualitätssicherung, abrufbar.

Gestaltung des strukturierten Dialogs zur externen Qualitätssicherung

Grundlage dafür ist die Bewertung der klinikspezifischen Kennzahlen und Qualitätsindikatoren gemäß den Empfehlungen der BQS zu den perinatalogischen Qualitätsindikatoren. Die Ergebnisse wurden den Kliniken mitgeteilt und um Erläuterungen zu Abweichungen vom Referenzbereich gebeten. Mit den Vertretern einer Klinik wurde aufgrund mehrerer Auffälligkeiten ein konstruktives Gespräch geführt. Da es für die Neonatologie noch keine bundesweit verpflichtende Qualitätsberichtserstattung gibt, existieren für diese auch keine bundesweit einheitlich vorgegebenen Kriterien zur Qualitätssicherung. Das wird sich ändern, da auch die Neonatalerhebung in den Status einer Pflichtleistung erhoben worden ist. In Sachsen wird aber seit Jahren mit eigenen Qualitätsindikatoren gearbeitet, um deren Präzisierung die Arbeitsgruppe mit der Projektgeschäftsstelle ständig bemüht ist.

Die Ergebnisse fanden auch in diesem Jahr ihren Niederschlag in Briefen an die zuständigen Kinderkliniken. Es gibt gewichtige Gründe dafür, dass die neonatologischen Bewertungen nicht eine gleich gute Aussagekraft haben wie die Ergebnisse der perinatalogischen Erhebung. Die Neonatalerhebung enthält keine Daten zum primären Anpassungszustand und wenig Informationen zur Struktur- und Prozessqualität. Die Anforderungen an die Qualität des strukturierten Dialogs werden in Zukunft größer. Es wird nicht nur von Patientenvertretungen die Erwartung geäußert, dass mit dem strukturierten Dialog überprüfbare Korrekturen angestoßen werden.

Datenzusammenführung und Risikoadjustierung

Die Optimierung der Leistungsbewertung einer Klinik erfordert die Berücksichtigung ihres spezifischen Risikoprofils. Die Machbarkeit und Sinnhaftigkeit solchen Vorgehens wurde im Ergebnis der Zusammenarbeit mit Professor Dr. R. Koch des Instituts für Medizinische Informatik und Biometrie der TU Dresden in einer Publikation belegt. Eine Validierung dieses Vorgehens als Voraussetzung für die Übernahme als bundesdeutscher Standard wurde in Zusammenarbeit mit einem Vertreter des Arbeitskreises der Neonatalerhebungen der Bundesländer in Angriff genommen. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist die verlässliche Zusammenführung der Daten von Peri- und Neonatalerhebung.

Vereinbarung des gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Seitens der Arbeitsgruppe wurden mit Blick auf die Regionalisierungskonzeption in Sachsen und die aktuelle Versorgungssituation sowie die Einstufungsvorstellungen der Kliniken zwei Stellungnahmen für die Kassen bzw. Krankenhausgesellschaft erarbeitet. Es besteht Einigkeit darin, dass Veränderungen in Richtung Dezentralisierung nicht qualitätsfördernd sein können.

Zusammenarbeit mit der Fachkommission Diabetes

Im Interesse einer Verbesserung von Diagnostik und Betreuung des Schwangerschaftsdiabetes wurde diese Zusammenarbeit initiiert. Im Rahmen einer Pilotstudie soll die tatsächliche Häufigkeit des Gestationsdiabetes in Sachsen und seiner Folgen für das Neugeborene ermittelt werden. Die Konzepte für Durchführung und Auswertung wurden erarbeitet. Noch nicht gelöst ist das Problem der Datenzusammenführung.

Zusammenarbeit mit dem Hebammenverband

Die notwendige Zusammenarbeit hat konkrete Formen angenommen. Ende Januar 2007 wird eine erste gemeinsame Tagung zu aktuellen Problemen in der Geburtshilfe stattfinden.

Unterstützung von Screeningprogrammen

Mit Unterstützung durch die Projektgeschäftsstelle wurden sowohl das Hörscreening wie auch die postnatale Pulsoximetrie zur Früherkennung zyanotischer Vitien befördert.

Anpreisende Werbung

Erscheinungen im Grenzbereich von Information und Werbung hat die Arbeitsgruppe zur Kenntnis genommen und an die Rechtsabteilung der Sächsischen Landesärztekammer weitergeleitet.

Aufgaben im Jahr 2007

Das angekündigte Ausscheiden einiger Mitglieder der Arbeitsgruppe erfordert die rechtzeitige Suche und Einführung neuer ehrenamtlicher Mitarbeiter, um die Kontinuität der Arbeit zu sichern. Spezielle Aufgaben werden die Vorbereitung der Festschrift zum 15. Jahrestag der Peri- und Neonata-

Erhebung, die Weiterentwicklung neonatologischer Qualitätsindikatoren und der risikoadjustierten Qualitätsbewertung sowie die Bearbeitung der Studie zum Gestationsdiabetes sein.

5.5.2.2

Chirurgie

(Dr. Henry Jungnickel, Dresden, Vorsitzender)

Auch im Jahr 2006 hat die Arbeitsgruppe Viszeral- und Gefäßchirurgie ihre Arbeit im Rahmen der externen Qualitätssicherung erfolgreich fortgesetzt. Es fanden vier Arbeitsgruppensitzungen statt, des Weiteren gab es einen regen Schriftverkehr zwischen den einzelnen Arbeitsgruppenmitgliedern und vor allem mit der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung der Sächsischen Landesärztekammer, um anfallende Aufgaben zeitnah zu lösen. Zunächst wurden nochmals die Ergebnisse des Erhebungsjahres 2004 analysiert und der Bericht an das Lenkungsgremium vorbereitet. Eine Einladung zu einer Lenkungsgremiumssitzung erfolgte jedoch nicht, sodass kein entsprechender Vortrag gehalten werden konnte.

Hauptaufgabe war wiederum die Bewertung des Ergebnisses des Vorjahres (2005). Die Verpflichtung zur Qualitätssicherung wurde durch den QS-Filter ausgelöst, wie im Vorjahr stand auch diesmal die notwendige Software rechtzeitig zur Verfügung, sodass die Datenlage in beiden Jahren vollständig und ein Vergleich gut möglich war. Die Auswertung erfolgte für die verpflichtend zu erfassenden Module 10/2 (Carotisrekonstruktion) und 12/1 (Cholezystektomie). Für die auf freiwilliger Basis erfassten Module 12/2 (Appendektomie) und 12/3 (Leistenhernienchirurgie) konnte erwartungsgemäß keine Auswertung durchgeführt werden. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass die Software den einzelnen Abteilungen eine Möglichkeit bietet, ihre Daten klinikintern zu bewerten. Es wurden alle von der BQS festgelegten Qualitätsindikatoren überprüft, für alle Indikatoren wurden die Referenzbereiche der Bundesebene übernommen. Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung wurden bereits im Ärzteblatt Sachsen veröffentlicht und können dort nachgelesen werden. Insgesamt sind landesweit die vorgegebenen Referenzbereiche alle eingehalten worden, sodass von einer guten Versorgungsqualität ausgegangen werden kann.

Wie im Vorjahr wurden alle Kliniken, auch wenn sie nur in einem Qualitätsmerkmal außerhalb des Referenzbereiches lagen, angeschrieben und um eine Stellungnahme gebeten. Somit waren 57 Klinikanschriften notwendig, bis Anfang Januar lagen nahezu alle Antwortschreiben vor. Häufig lagen Dokumentationsfehler vor, die dokumentierte schlechtere Qualität entsprach somit nicht der Realität, eine nachträgliche Änderung der Ergebnisse ist jedoch nicht möglich. Die Kliniken haben bemerkenswert ausführlich und offen die Anschriften beantwortet und waren für die gegebenen Hinweise dankbar. Eine weitere Verbesserung der Dokumentationsqualität ist für die nächsten Jahre zu erwarten. Die beiden Kliniken, welche trotz mehrfacher Mahnungen nicht im Rahmen des strukturierten Dialoges geantwortet haben, wurden als auffällig eingestuft und werden im nächsten Jahr besonders kritisch betrachtet.

Der Leiter der Arbeitsgruppe, Dr. Henry Jungnickel, ist gleichzeitig Mitglied der Arbeitsgruppe Viszeralchirurgie in der BQS (Vertreter der Bundesärztekammer). Er hat an allen Beratungen in Düsseldorf im Jahr 2006 teilgenommen. Der Kontakt auf Bundes- und Landesebene ist somit unmittelbar gewährleistet. Ausblick: Die Cholezystektomie wird seit 1992 im Rahmen der externen Qualitätssicherung im Freistaat Sachsen erfasst und zeigt in den letzten Jahren einen nahezu unveränderten Standard. Hier ist eine Fortsetzung der Qualitätssicherung zu überdenken. Dafür könnten andere Krankheitsbilder, zum Beispiel die operative Behandlung des Rektum- und Kolonkarzinoms in die Qualitätssicherung neu aufgenommen werden.

Entsprechende Vorschläge wurden bereits im Vorjahr unsererseits auf Bundesebene unterbreitet. Des Weiteren strebt die Arbeitsgruppe die verpflichtende Wiederaufnahme des Moduls 12/3 (Leistenhernienchirurgie) auch unter Einbezug des ambulanten Sektors und einer Longitudinalbeobachtung (welche Voroperation führte zum Rezidiv) an. Trotz Einführung vieler neuer Operationsmethoden und Implantate liegt die Rezidivrate hier weiterhin konstant bei 10 Prozent.

5.5.2.3

Gynäkologie

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

Die fachspezifische Arbeitsgruppe Gynäkologie bestand aus drei Chefarzten gynäkologisch-geburtshilflicher Abteilungen, einem Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie, einer Gynäkologin vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen und einem Vertreter der Krankenhausgesellschaft. Zum Jahresende schied einer der Kollegen aus der Arbeitsgruppe aus. Im vergangenen Jahr traf sich die Arbeitsgruppe zu vier Sitzungen.

Schwerpunkte der Beratungen waren:

- Bewertung der Ergebnisse der statistischen Erhebung zur externen Qualitätssicherung in der stationären Versorgung für die Leistungsbereiche: Gynäkologische Operationen und Mammachirurgie für das Jahr 2005.
- Auswahl relevanter Qualitätsindikatoren für den strukturierten Dialog in beiden Leistungsbereichen, Darlegungen zum Zweck des strukturierten Dialoges.
- Alle an der Erhebung beteiligten sächsischen Einrichtungen wurden angeschrieben und um eine Stellungnahme zu Auffälligkeiten in zehn (2004: zehn) Qualitätsindikatoren (Leistungsbereich Gynäkologische Operationen) bzw. acht (2004: 16) Qualitätsindikatoren (Leistungsbereich Mammachirurgie) gebeten, um einen möglichst umfassenden Überblick im Rahmen des Strukturierten Dialogs zu erhalten.
- Beurteilung der Antworten und die Einstufung in den Bericht zum Strukturierten Dialog für den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Im Rahmen des strukturierten Dialoges war es den einzelnen Kliniken möglich, ausführliche Begründungen bei Abweichungen von den vorgegebenen Qualitätsindikatoren auch anhand des Einzelfalles zu geben. Oftmals war es hierdurch möglich, realistische und auch akzeptable Gründe zu definieren. Hierbei wurden, wie bereits oben erwähnt, sowohl Qualitätsindikatoren aus den gynäkologischen Modulen (Modul 15/1) als auch dem Mammachirurgie-Modul (18/1) ausgewertet.

Auffällig war auch in diesem Jahr im Leistungsbereich „Gynäkologische Operationen“ die Vielfalt an Begründungen beim Qualitätsindikator „Organerhaltung bei Ovarieingriffen“. Die Kliniken führten im Einzelfall Begründungen an, die gegen eine mögliche Organerhaltung sprachen.

Auch gaben viele Kliniken immer wieder den „Wunsch der Patienten“ oder des ambulanten Einweisers als Indikation zur Organentfernung an. Ebenso gab es eine Reihe an begründeten Indikationen für einen fehlenden postoperativen pathologischen Histologiebefund bei Ovarieingriffen. Beim Qualitätsindikator „Hysterektomie bei benignem Befund – Patientin jünger als 35 Jahre“ konnten ebenfalls in den meisten Fällen eindeutige Gründe für eine Hysterektomie bei jungen Frauen dargeboten werden.

Für den Leistungsbereich „Mammachirurgie“ gab es Auffälligkeiten beim Qualitätsindikator „Angabe des Sicherheitsabstandes“, wobei hier weiterhin oftmals EDV-Probleme, Dokumentationsfehler bzw. Fehler in den Bezeichnungen zur Histologie (zum Beispiel die Angabe: „weit im Gesunden“) angegeben werden.

Insgesamt konnten mittels des strukturierten Dialoges generelle Probleme deutlich erfasst werden. So beziehen sich die Kliniken im Rahmen der Brustkrebschirurgie immer wieder auf fehlerhafte bzw. unvollständige Angaben durch Pathologen.

Insgesamt kann eingeschätzt werden, dass durch den strukturierten Dialog eine deutliche Verbesserung der Qualitätssicherung erreicht werden konnte, vor allem hinsichtlich der Verringerung fehlerhafter Dokumentation. Im Vergleich zum Vorjahr konnten angeführte EDV-Probleme deutlich reduziert werden. Oftmals ist der strukturierte Dialog allein dadurch sinnvoll, da bestimmte Dinge in Worten besser zu erklären waren als es streng vorgegebene Computereingaben es ermöglichten.

Zudem müssen in Zukunft auch Eingabeoptionen, wie „Wunsch der Patienten“ bzw. eine präoperative Dignitätseinschätzung unbedingt geschaffen werden.

Am jährlich stattfindenden Treffen der Chefärzte gynäkologisch-geburtshilflicher Abteilungen aus Gesamtsachsen nahm 2006 in Leipzig die Vertreterin der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung teil.

Mitglieder der Arbeitsgruppe nahmen an der 24. Münchner Konferenz für Qualitätssicherung Geburtshilfe – Neonatologie – operative Gynäkologie am 23./24. November 2006 und an der BQS-Ergebniskonferenz „Externe stationäre Qualitätssicherung“ am 07. November 2006 teil. Der Austausch mit Fachvertretern anderer Bundesländer und der Bundesebene unterstützt die Tätigkeit der Arbeitsgruppe.

5.5.2.4

Orthopädie/Unfallchirurgie

(Prof. Dr. Rüdiger Franz, Dresden, Vorsitzender)

Verlauf und inhaltliche Schwerpunkte

In den Bemühungen um eine möglichst frühe Analyse der erbrachten Leistungen war ein weiterer Zeitgewinn zu verzeichnen. Die Auswertungen der Dialoge mit den in diversen Datensätzen auffälligen Krankenhäusern konnten gegenüber dem Berichtsjahr 2004 um 4-6 Wochen früher erfolgen, das heißt, der Stichtag war der 23.08.2006. Zu diesem Zeitpunkt waren allerdings von den Anschreiben an 59 Krankenhäuser trotz erfolgter Mahnungen immer noch 12 offen, darunter 6 erbetene Stellungnahmen. Die Chefärzte von 5 Krankenhäusern baten um Terminverlängerung. Die Qualitätsindikatoren im Krankenhaus nur ein Signal des gesamten Geschehens, das im biologischen Sinne wesentlich komplexer ist.

In der folgenden Auswertung wurden für Sachsen alle zentral bearbeiteten Qualitätsindikatoren der oben genannten Module berücksichtigt.

Trends zur Form der Berichte

Von der Arbeitsgruppe „Qualitätsberichte in Krankenhäusern gem. § 137 SGB V“ der Ständigen Konferenz „Qualitätssicherung der Bundesärztekammer“ wurde im Mai 2006 in einem Positionspapier betont, dass der Schwerpunkt der Berichterstattung auf eine Information für die Zielgruppe „Patienten, Angehörige, Bevölkerung“ zu legen ist.

Dies bedeutet eine allgemein verständliche Sprache und ggf. den Verweis auf medizinische Lexika. Eine zweite Version für Ärzte, Krankenhäuser, Krankenkassen und Organisationen des Gesundheitswesens wird nicht empfohlen. Der patientenorientierte Qualitätsbericht diene gleichfalls dieser ärztlich-medizinischen Zielgruppe.

Wer nicht detailgenau berichtet, der wird in Zukunft nicht nur weniger erwirtschaften, er wird auch in der Gunst der Patienten hinten anstehen müssen.

Von der Fachgruppe Orthopädie / Unfallchirurgie an der BQS wird eine verpflichtende Veröffentlichung von ausgewählten QS-Ergebnissen in den

Qualitätsberichten der Krankenhäuser unter den derzeitigen Bedingungen als sehr kritisch angesehen.

Strukturierter Dialog

Der Dialog mit den Krankenhäusern verzögerte sich durch den erheblichen Arbeitsaufwand, der für die Krankenhäuser in der Beantwortung der von der Arbeitsgruppe abverlangten Stellungnahmen entstand. Die Vorgangsnummern konnten in vielen Krankenhäusern nicht ohne weiteres den in den Archiven katalogisierten Nummern beigeordnet werden, so wurde viel Zeit mit der Rekonstruktion der Fälle vertan.

Eine Aufstellung der Art der Beantwortung mit der allfälligen Konsequenz von Korrekturen und der Einstufung dieses Dialogs durch die Arbeitsgruppe enthält die folgende Auflistung.

Insgesamt wurden 195 Stellungnahmen zu Auffälligkeiten von Qualitätsindikatoren erbeten.

Darüber hinaus erfolgten 40 Hinweise (nicht beantwortungspflichtig).

Orthopädie / Unfallchirurgie Module 17/1 17/2 17/3 17/5 17/7 Qualitätsindikatoren des Berichtsjahres 2005 im Dialog mit 51 Krankenhäusern *

Aufschlüsselung nach der Art der Antwort / Begründung des Ergebnisses	
Abweichendes Ergebnis durch gut begründete, ganz besondere Einzelfälle	65
Falsche Dokumentation	56
Korrekte Dokumentation vom Krankenhaus bestätigt	31
Vom Krankenhaus wird kein Grund für die Auffälligkeit benannt	1
Softwareprobleme	1
Das Krankenhaus beruft sich darauf, dass das Ergebnis nicht signifikant vom Referenzwert abweicht	1
Das Krankenhaus hat keinen Grund für die Auffälligkeit genannt	1
Das Krankenhaus kann die Gründe der Auffälligkeiten nicht mehr analysieren	1
Einstufung im Ergebnis des Dialogs	
Das Krankenhaus wird nach Prüfung als unauffällig eingestuft	111
Das Krankenhaus wird für das Erhebungsjahr als unauffällig eingestuft, im Folgejahr werden die Ergebnisse erneut kontrolliert	36
Das Krankenhaus wird ggf. trotz Begründung in dieser Kennzahl erstmals als qualitativ auffällig eingestuft	1

* Stand vom 24.08.2006.

Die Auffälligkeiten konnten in den verspätet eingegangenen Antworten nur in einem weit geringeren Umfange plausibel erklärt werden als in den rechtzeitig eingegangenen Schreiben.

Die in den hier nach den Häufigkeiten aufgeführten Prädikate für Art, Konsequenzen und Einstufung der im Dialog erreichten Konsense resp. Diskrepanzen spiegeln die aktuelle Situation wieder, die immer noch hauptsächlich in Dokumentations- und Akzeptanzproblemen und manchenorts in kleinen Fallzahlen vorliegen. Letztere lassen zu Zeit oft keine gesicherten Aussagen zu, was die Häufigkeit der Einschätzung „im Folgejahr werden die Ergebnisse erneut kontrolliert“ erklärt.

Insgesamt ist für alle Beteiligten ein sehr hoher Arbeitsaufwand entstanden, der leider nicht zu einer diesem Aufwand angemessenen besseren Validierung der Daten geführt hat.

Daher sind die jetzt üblich gewordenen Stichproben in einzelnen Kliniken das einzige Mittel der Überprüfung einer fraglichen Dokumentation.

5.5.2.5

Kardiologie

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

Die Arbeitsgruppe Kardiologie besteht seit Kurzem aus zehn Mitgliedern. Vertreten sind klinisch tätige und niedergelassene Kardiologen, eine Vertreterin des MDK im Auftrag der Krankenversicherungen und ein Vertreter der Krankenhausgesellschaft.

Im vergangenen Jahr fanden drei Arbeitsgruppensitzungen statt. Bei den Sitzungen am 8. März 2006 und 27. Juni 2006 wurden insbesondere die eingegangenen Antworten zum strukturierten Dialog mit einzelnen Kliniken besprochen. Es wurde festgestellt, dass eine Reihe von Auffälligkeiten durch Missverständnisse und Fehldokumentationen verursacht worden waren. In einem geringeren Anteil waren die Abweichungen durch Software-Probleme verursacht worden. Die Todesfälle bei diagnostischen Angiographien und Koronarinterventionen waren in der großen Mehrzahl der Fälle einem akuten Koronarsyndrom zuzurechnen. In Einzelfällen musste jedoch von einem technischen Fehler ausgegangen werden, der entsprechende Korrekturmaßnahmen erforderlich machte.

Weiterhin wurde ein Schreiben an den Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen verfasst mit dem Vorschlag, dass die ambulant tätigen Ärzte auf freiwilliger Basis an der Qualitätssicherung teilnehmen sollten. Daraufhin wurde bisher leider nur ein erster telefonischer Kontakt über die Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung aufgenommen. Konkrete Vereinbarungen zur Zusammenarbeit stehen noch aus.

Die Sitzung am 1. November 2006 diente der Vorbereitung des Klinikärztertreffens. Es wurde Wert darauf gelegt, dass neben der Präsentation der Auswertungsergebnisse für das Jahr 2005 auch aktuelle fachliche Fragen durch kompetente Fachleute besprochen werden sollten. Von besonderer Bedeutung für die Weiterentwicklung der interventionellen Kardiologie wurde das Sicherheitsproblem der Drug Eluting Stents (DES) gesehen, das auf dem Europäischen Kardiologiekongress in Barcelona zum ersten Mal angesprochen wurde. Als Referent konnte Herr PD Dr. C. Kaiser vom Kantonsspital Basel gewonnen werden, der maßgeblich an der BASKET LATE Studie mitgewirkt hat.

Das Klinikärztertreffen fand am 6. Dezember 2006 statt und wurde wie auch in den letzten Jahren überraschend gut angenommen. Mehr als 60 Teilnehmer nahmen an diesem Treffen teil und repräsentierten damit nahezu alle invasiv tätigen Abteilungen und Praxen in Sachsen. Der Vortrag von Herrn PD Dr. Kaiser stieß auf besonderes Interesse und verdeutlichte die Problematik, die mit den Drug Eluting Stents gegenwärtig verbunden ist.

5.6

Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst

(Dipl.-Med. Petra Albrecht, Meißen, Vorsitzende)

2006 fanden drei Sitzungen des Ausschusses „Ärzte im Öffentlichen Dienst“ statt. Die Ausschussvorsitzende und ein weiteres Mitglied sind gleichzeitig Mitglieder im Ausschuss „Hygiene und Umweltmedizin“. Bestimmte Zielstellungen können so durch Kooperation beider Ausschüsse effizienter umgesetzt werden, wie Impfprophylaxe und Infektionsschutz. Ebenso bestehen Kooperationen zum Ausschuss „Prävention und Rehabilitation“ bezüglich der Gesundheit von Schulkindern.

An der Vorbereitung der Aktion „Sachsen impft“ für April 2007, die ein gemeinschaftliches Vorhaben der Sächsischen Landesapothekerkammer und der Sächsischen Landesärztekammer unter Schirmherrschaft der Sächsischen Staatsministerin für Soziales ist, beteiligt sich auch der Landesverband der Ärzte und Ärztinnen im Öffentlichen Dienst.

Der Vertreter des Sozialministeriums im Ausschuss, Herr Dr. Oettler, berichtete regelmäßig über den Fortgang der Sächsischen Influenza-Pandemie-Katastrophenplanung; es wurden die Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes diskutiert sowie Hinweise erarbeitet.

Auf Wunsch von Frau Sozialministerin Orosz wurde im Frühjahr 2006 in der Sächsischen Landesärztekammer eine Arbeitsgruppe zum Thema „Borreliose“ gegründet, in die zwei Mitglieder des Ausschusses berufen wurden. In dieser Arbeitsgruppe wird von einem fachkundigen Gremium der Handlungsbedarf in dieser aktuellen Problematik ermittelt und befördert. Das Thema „Borreliose“ soll in die Schulungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes aufgenommen werden.

Frau Dr. Krause-Döring referierte am 29. November 2006 auf einer Informationsveranstaltung der Sächsischen Landesärztekammer mit dem Thema „Chancen und Perspektiven im sächsischen Gesundheitswesen“ für Medizinstudenten und junge Ärzte an der Medizinischen Fakultät der TU Dresden über die Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, die Spezifika dieses ärztlichen Tätigkeitsfeldes und die aktuelle Situation der Gesundheitsämter in Sachsen.

Im Anschluss an die Veranstaltung haben etliche Veranstaltungsteilnehmer persönliches Interesse an einer Tätigkeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst bekundet, nicht zuletzt wegen der Arbeitszeitregelungen, die einer Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Familie entgegen kommen und für die heutige junge Ärzteschaft ein nicht unwesentliches Entscheidungskriterium für den weiteren Berufsweg ist. Der Ausschuss hofft, damit einen Schritt zum künftigen Abbau des ständigen Mangels an ärztlichem Personal in den Gesundheitsämtern geleistet zu haben.

Eine für das Jahr 2006 geplante Zusammenkunft von Vertretern des Sächsischen Hebammenverbandes mit dem Ausschuss musste wegen Terminschwierigkeiten verschoben werden und findet Anfang Februar 2007 statt.

5.7

Prävention und Rehabilitation

(PD Dr. Uwe Häntzschel, Bad Schandau, Vorsitzender)

Schwerpunkte im Berichtsjahr 2006 waren:

- Weiterführung, Konkretisierung und praktische Umsetzung des Programms „Gesundheitsförderung/Gesundheitserziehung in Vorschulen und Schulen“,
- Ausbau der Aktivität „Antiraucherkampagne in Sachsen“ mit dem Modellprojekt „Rauchfreie Krankenhäuser und Rehakliniken in der Sächsischen Schweiz“,
- Unterstützung des Diabetespräventionsprogramms in Sachsen,
- Neuaufnahme des Programms „Gesundheitsförderung bei Senioren“ auch im Hinblick auf die Alterspyramide,
- Herrn Dr. Müller mit der Funktion als Verantwortlicher für die Zertifizierung von Kurorten und Bädern im Auftrag der Sächsischen Landesärztekammer zu betrauen (nach Ausscheiden von Frau Dr. Maurer),
- Vorbereitung eines Programms „Verhalten bei Konflikten; Seele in Not“,
- Fortführung und Intensivierung der Zusammenarbeit mit der ständigen Konferenz „Prävention und Gesundheitsförderung“ der Bundesärztekammer.

Erreichen der Ergebnisse und Teilergebnisse

Sport pro Gesundheit

Das Programm „Sport pro Gesundheit“ hat eine erfreuliche Entwicklung genommen. Der Landessportbund Sachsen hat unter Kontrolle und Anleitung des Sportärztesbundes und Hoheit unseres Ausschusses ein Netzwerk zertifizierter Sport- und Trainingszentren für ganz Sachsen etabliert, die

mit den Qualitätssiegel „Sport pro Gesundheit“ ausgestattet sind. Diese sind über das Internet www.sport-fuer-sachsen.de, Rubrik Breitensport/ Sport und Gesundheit, abrufbar und werden auch von vereinzelt Krankenkassen empfohlen und sollten der Sächsischen Ärzteschaft mehr bekannt und den Patienten und der Bevölkerung mehr zugänglich gemacht werden.

Der Ausschuss führte im Berichtszeitraum vier Ausschusssitzungen durch. Der Hauptschwerpunkt der Legislaturperiode war die bereits im Jahr 2005 ins Leben gerufene Aktivität Gesundheitsförderung und -erziehung von Kindern und Jugendlichen bzw. in Vorschulen und Schulen. Seit August 2005 existiert hierfür eine Kooperation mit dem Sächsischen Kultusministerium in Absprache mit Herrn Minister Dr. Steffen Flath.

Diesbezüglich versuchten wir zunächst alle Aktivitäten der Sächsischen Ärzteschaft zu registrieren. Hierfür wurde ein Aufruf im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 7/2006, Seite 366, wie auch im KV-Blatt veröffentlicht.

Wir bedanken uns bei Herrn Köhler für seine Unterstützung und bei den wenigen Kollegen, die unserem Aufruf gefolgt sind.

Wir nutzten das bestehende Netzwerk der Sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung (SLfG) und versuchten, dieses zu komplettieren bzw. auszubauen und fachliche Schwerpunkte zu setzen. Dabei wurde neben der Sächsischen Ärzteschaft und dem Hausärzterverband auch der öffentliche Gesundheitsdienst mit seinem kinder- und jugendärztlichen Dienst einbezogen.

Die bestehenden Aktivitäten des Diabetespräventionsprojektes (Dr. Peter Schwarz, Prof. Dr. Jan Schulze), die Antiraucherkampagne in Mittelschulen und das Projekt Gesundheitsziele in Sachsen sollten eingebunden werden. Neben einer Gesundheitserziehung, Förderung und Prävention war vorgesehen, auch eine Risikoerfassung gefährdeter Kinder über die Kinder- und Jugendmedizin (Prof. Kiess) vorzunehmen. Diesbezüglich wurde unter organisatorischer Leitung der SLfG (Vorsitzender Herr Koesling, e-mail: gesunde-schule@sifg.de) unter Mitorganisation durch unseren Ausschuss eine Netzwerktagung am 23.09.06 im Deutschen Hygiene-Museum vorbereitet und durchgeführt mit dem Hauptthema „Psychische Gesundheit und chronische Erkrankungen im Schulalltag“. Hier kamen chronische Erkrankungen und deren Bewältigung im Schulalltag und die Möglichkeit der Zusammenarbeit zwischen kinder- und jugendärztlichem Dienst und Schule zur Sprache und es wurden Seminare angeboten. Auf dieser interessanten Netzwerktagung waren neben Lehrkräften, Eltern und Schülern, Psychologen, ärztliche Kollegen, Mitarbeiter der Krankenkasse auch die Vertreter zweier Ministerien (Herr Hegewald vom Kultusministerium, Frau Dr. Eberhard vom Sozialministerium) anwesend.

Über die SLfG wurde eine Netzwerkmappe erstellt, in welcher die einzelnen Partner aufgeführt sind. Es existieren bereits 51 Netzwerkschulen als Modellprojekte und es bedarf der Ausweitung dieser auf alle anderen Schulen und Vorschulen. Dieses Programm muss durch das Sozialministerium unteretzt werden und ist mit den Gesundheitszielen in Sachsen in Übereinstimmung zu bringen. Hier sieht sich unser Ausschuss der Sächsischen Landesärztekammer in die Pflicht genommen, zwischen den vielen Anbietern auszuwählen, zu differenzieren und aus medizinischer Sicht die Inhalte mit festzulegen. Die Gesundheitsförderungsprogramme seitens des Kultusministeriums sind über www.sachsen-macht-schule.de abrufbar.

Prävention und Behandlung der Tabakabhängigkeit in Sachsen

Während es nicht gelungen ist, konkrete Vereinbarungen mit dem Kultusministerium für rauchfreie Schulen zu erzielen, wurde über Herrn Dr. Altmann die Initiative „Rauchfreie Krankenhäuser und Rehakliniken in der Sächsischen Schweiz“ ins Leben gerufen und es konnten die ersten Zertifikate erteilt werden.

1. Das Schnittstellen-Projekt in Zusammenarbeit mit den Wohlfahrtsverbänden, der AOK Sachsen und dem Sozialministerium wurde im Jahr 2006 durchgeführt und im Wesentlichen erfolglos abgeschlossen. Auch gelang es nicht, die Suchtberatungsstellen trotz einer Ausbildungskampagne zu motivieren, sich engagiert für die Raucherentwöhnung zu öffnen.

In abschließenden Gesprächen im Sozialministerium haben wir beantragt, das Projekt weiterzuführen, aber jetzt mit professioneller Personalausstattung.

2. Gesundheitsregion Sächsische Schweiz:

Es wurde modellhaft versucht, in einer Region alle stationären Krankeneinrichtungen im Netzwerk rauchfreier Krankenhäuser zumindest mit der Bronze-Medaille zu zertifizieren. Die Aktion stieß auf großes Interesse, von den sieben Einrichtungen wurden vier mit Bronze zertifiziert, inzwischen hat die Klinik Bad Gottleuba auch das Silber-Zertifikat erhalten. Das Ziel, alle sieben stationären Einrichtungen im Jahre 2006 zu zertifizieren, wurde noch nicht erreicht, weitere Bemühungen sind im Gange. Im Zuge dieser Kampagne haben auch Pflegeeinrichtungen im Landkreis sowie das Landratsamt Sächsische Schweiz Interesse geäußert, auch rauchfrei zertifiziert zu werden. Eine Kommission (der Arbeitskreis Niehrauchen) wurde beauftragt, die Grundlagen für eine Zertifizierung von Behörden zu erarbeiten.

Projekt rauchfreie Mittelschulen Dresden

In Zusammenarbeit mit dem Jugendärztlichen Dienst der Stadt Dresden, dem Stadtschulamt der Stadt Dresden, dem Regionalschulamt und der AOK Sachsen wurde ein Wettbewerb konzipiert, um die Mittelschulen der Stadt Dresden auf dem Weg zur rauchfreien Schule zu begleiten. Das Projekt wurde den Schulleitern im August 2006 in einer gemeinsamen Sitzung vorgestellt. Die Beteiligung am Projekt ist mäßig, das Projekt wird in regelmäßigen Sitzungen vom Lenkungsausschuss begleitet (ärztliche Leitung Frau Dr. Siegert und Dr. Altmann, beide Ausschuss Prävention und Rehabilitation der Sächsischen Landesärztekammer).

Rückblick

Die Aktivitäten des Ausschusses Prävention und Rehabilitation der Sächsischen Landesärztekammer auf dem ersten nationalen Präventions-Kongress in Dresden im Herbst 2005 wurden in mehreren Publikationen im Jahre 2006 unter organisatorischer Leitung von Herrn Dr. Michael Nitschke, Herzzentrum Dresden, dargestellt. Darüber hinaus wurde im Juni 2006 auf dem Deutschen Kongress für kardiologische Rehabilitation ein Sächsisches Projekt zur Erhebung des Rauchverhaltens von Teilnehmern des Rehabilitationssportes in Herzgruppen als Vortrag und in schriftlicher Form publiziert. 2.3. Das laufende Diabetespräventionsprogramm in Sachsen wurde in die Aktivitäten des Ausschusses aufgenommen und soll perspektivisch besonders auch auf Kinder und Jugendliche ausgeweitet werden.

Gesundheitsförderung bei Senioren

Das Programm Gesundheitsförderung bei Senioren wurde durch den Ausschuss nicht realisiert. Hier existieren bereits viele Aktivitäten und es wurde versucht, diese über den Sächsischen Landesseniorenbeirat sowie die Sächsische Landesvereinigung der Seniorenvertretung der Kommunen und den Sächsischen Seniorentag zu bündeln.

Herr Dr. Müller nahm seine Tätigkeit für die Zertifizierung von Kurorten und Bädern auf.

Konferenz für Prävention

Erfreulich war die Zusammenarbeit mit der ständigen Konferenz für Prävention und Gesundheitsförderung der Bundesärztekammer, wo ein wertvoller Informationsaustausch stattfindet und die Aktivitäten der einzelnen Ausschüsse der Landesärztekammern koordiniert werden können. Diesbe-

zöglich leiten sich auch Schwerpunktaktivitäten für unseren Ausschuss ab. Das Programm der Ärztekammer Nordrhein zur Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung in Schulen „Gesund macht Schule“ ist hier exemplarisch zu erwähnen.

Welche Probleme gab und gibt es für unsere Ausschussarbeit

Durch Ausscheiden von Mitgliedern war der Ausschuss zahlenmäßig dezimiert und die Aktivitäten waren auf wenige Kollegen konzentriert. Diesbezüglich haben wir bei der ärztlichen Geschäftsführung und dem Präsidenten neue Ausschussmitglieder gewinnen und in den Ausschuss kooptieren lassen können. So konnten bereits Frau Dr. Eberhardt vom Sozialministerium und Frau Dr. Siegert als Schul- und Amtsärztin aktiv und die Kooperation zur SLfG wieder hergestellt werden.

Für unseren Hauptschwerpunkt 2006 „Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche“ konnten wir trotz größter Mühen nur kleine Fortschritte erzielen.

Die Problematik liegt hier einerseits in den ungezählten Angeboten und Programmen, die auf Kinder und Jugendliche bzw. Vorschulen und Schulen zum Teil auch mit kommerziellen Hintergründen ausgerichtet sind.

Das eigentliche Problem liegt in der praktischen und effizienten Umsetzung, wo es viele Hindernisse zu überwinden gilt. Dies zeigte eine private Initiative zwischen dem Schillergymnasium Pirna und dem Rotary-Club Pirna-Sächsische Schweiz.

Hierfür dürfte eine enge Kooperation zwischen Kultusministerium und Sozialministerium und die Verabschiedung gesetzlicher Verfügungen unabdingbar sein. Alle Vorschulen und Schulen sollten die notwendigen Strukturen aufweisen und Zertifikate erwerben. Eigeninitiativen der Ärzteschaft und anderer Netzwerkpartner sind von großer Wichtigkeit. Die fehlgeschlagene Initiative „Rauchfreie Schulen“ ist besonders bedauernd. Auch hier bedarf es fester Vorgaben durch das Kultusministerium, da sonst die Aktivitäten der Ärzteschaft und auch unseres Ausschusses zum Scheitern verurteilt sind. Die sehr wertvollen Aktivitäten der SLfG sollten weiter genutzt und die Kooperationen ausgebaut werden. Dafür sind direkte Einflussnahmen durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales und unseres Ausschusses notwendig. Die Initiative unseres Sächsischen Staatsministeriums für Soziales mit der Formulierung und Realisierung von „Gesundheitszielen in Sachsen“ ist auch im Hinblick auf das bisher nicht zustande gekommene Präventionsgesetz nicht hoch genug einzuschätzen. Hierbei hat unser Ausschuss an einem Positionspapier des Präsidenten an die Bundesärztekammer mitgewirkt.

Ausblicke auf die künftigen Aufgaben

Auch unser Ausschuss wird sich auf die Neuwahlen der Sächsischen Landesärztekammer vorbereiten und auch mithilfe neuer aktiver Mitglieder das große Aufgabengebiet besser bewältigen können.

Hauptschwerpunkt für das Jahr 2007 bleibt die Gesundheitsförderung und -erziehung in Vorschulen und Schulen bzw. bei Kindern und Jugendlichen. Das vorhandene Netzwerk der SLfG wird hierfür genutzt. Neue eigene Strukturen, insbesondere die Kooperation zwischen Kultus- bzw. Sozialministerium müssen intensiviert werden mit dem Ziel, dass alle Vorschulen und Schulen ein Qualitätssiegel erwerben und entsprechende Strukturen aufweisen. Ein verbessertes Angebot von Schulspeisen und Getränken, ein Ausbau des Schulsports, Programme gegen das Rauchen und Drogenmissbrauch sind vordergründig.

Das Diabetespräventionsprogramm und das Programm zum Schutz vor Depressionen muss auf diese Zielgruppe ausgedehnt werden. Gleichzeitig sollte mithilfe der Schulärzte und der Kinder- und Jugendmedizin eine Risikoerfassung gefährdeter Kinder erfolgen, wobei sozial schwach gestellte Kinder hier besonders gefährdet sind.

Wiederum werden wir uns an der Netzwerktagung der SLfG im Oktober beteiligen.

Anlässlich des 2. Nationalen Präventionskongresses vom 24. – 27.10.2007 im Hygienemuseum wird der Ausschuss einen Workshop durchführen mit den Hauptthemen „Prävention von Adipositas und Diabetes“ und „Schutz vor Depressionen bei Kindern und Jugendlichen“.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich allen Ausschussmitgliedern für ihre umfangreiche Arbeit im vergangenen Jahr danken. Unser Dank gilt dem Präsidenten für seine unbürokratischen Hilfen und Aktivitäten insbesondere auf dem Gebiet der Prävention.

5.8

Hygiene und Umweltmedizin

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

Der Ausschuss Hygiene und Umweltmedizin kam im Berichtsjahr zu 3 Sitzungen zusammen und organisierte und gestaltete am 11. Oktober 2006 das 22. Dresdner Kolloquium „Umwelt und Gesundheit“.

Schwerpunkte der Arbeit

1. Bemühungen um notwendige Maßnahmen zur Sicherung der wissenschaftlichen Grundlagen der Arbeit der Sächsischen Impfkommision (Briefe an die Sächsische Staatsministerin für Soziales),
2. Mitarbeit an der Novellierung der „Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision zur Durchführung von Schutzimpfungen im Freistaat Sachsen (Impfkalender / E 1)“,
3. Erstellung von insgesamt sieben Beschlusanträgen für den 109. Deutschen Ärztetag 23.05. – 26.05.2006 in Magdeburg bzw. für 16. Ärztetag / 34. Kammerversammlung 23./24. Juni 2006 in Dresden,
4. Aktuelle Zustandsbeschreibung und Zielvorstellungen des „Managements von Schutzimpfungen durch die Gesundheitsämter“ auf dem 22. Dresdner Kolloquium „Umwelt und Gesundheit“,
5. Auseinandersetzungen mit Impfgegnern in Dresden.

Erreichte Ergebnisse und Teilergebnisse

Zu 1. Impfeempfehlungen sind ohne adäquate epidemiologische, mikrobiologische und klinische Begleitprogramme einschließlich Herdbekämpfungsprogrammen nicht zu etablieren, zu kontrollieren und zu optimieren. Da diese Voraussetzungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und dem wissenschaftlichen Institut für den ÖGD, der Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen in den letzten Jahren infolge der kritiklos umgesetzten Sparprogramme nicht mehr oder nur sehr mangelhaft gegeben sind, hat sich der Ausschuss mit einem diesbezüglichen Brief am 13.01.2006 an die Staatsministerin für Soziales gewandt. Der Brief enthielt auch eine Liste der notwendigen Meldepflichtergänzungen, serologischer Surveillance und mikrobiologischer/molekularbiologischer Untersuchungen mit dem Ersuchen um Unterstützung.

„Die Maßnahmen gegen gemeingefährliche und übertragbare Krankheiten bei Menschen und Tieren“ sind nach Artikel 74 Punkt 19 des Grundgesetzes Staatsaufgaben und entsprechend der förderativen Struktur der Bundesrepublik Deutschland. Trotzdem wurden im Freistaat Sachsen die Voraussetzungen zur Durchführung dieser Maßnahmen so stark eingeschränkt, dass die diesbezüglichen Arbeiten nur noch sporadisch durchgeführt werden können. Konkret sind dies: die Schließung der Abteilung Humanmedizin der Landesuntersuchungsanstalt am Standort Leipzig und der Medizinischen Mikrobiologie am Standort Chemnitz, eine enorme Personalreduzierung, hochqualifizierte Mitarbeiter in der Humanmedizin, die beim Ausscheiden nicht ersetzt werden und anderes mehr. Die Gesund-

heitsämter sind oft nicht mehr in Lage, aus Personalmangel ihren gesetzlich fixierten Pflichten nachzukommen. Ohne Behebung dieser Mängel sind anstehende Entscheidungen über neue Impfungen und Modifikation des Impfkalenders wie: Rotavirusimpfung, 2. Varizellenimpfung, Impfung gegen Herpes Zoster, generelle Boosterimpfung gegen Hepatitis A und B nach 10 Jahren usw. wissenschaftlich begründet nicht mehr möglich. Eine offizielle Antwort seitens des Sozialministeriums auf diesen Brief ist nicht erfolgt.

Zu 2. Der Ausschuss „Hygiene und Umweltmedizin“ hat die Novellierung des Impfkalenders unterstützt und die Praxisüberführung der neuen Impfung im ÖGD beschleunigt.

Seit 2006 sind die Pneumokokkenimpfung für alle Säuglinge und Kinder vom vollendeten 2. Lebensmonat bis zum 2. Lebensjahr, die Meningitis-C-Impfung bis zum 18. Lebensjahr und die Hepatitis A- und B-Impfung für alle empfänglichen Kinder und Erwachsenen in Sachsen dank der Kostenübernahme durch die Gesetzlichen Krankenkassen in breitem Maße realisiert. Sachsen ist diesbezüglich Vorbild für alle Bundesländer. Die Einzelheiten sind unter „Hygiene aktuell“ im Ärzteblatt Sachsen, Heft 7/2006, S. 367-368, publiziert.

Zu 3. Es wurden nachstehende Beschlussanträge für den 109. Ärztetag in Magdeburg und den 16. Sächsischen Ärztetag am 23. und 24. Juni 2006 in Dresden formuliert, die alle angenommen wurden:

- Masernimpfung als Pflichtimpfung in Deutschland,
- Aufnahme in einen Kindergarten nur mit vollständigem Impfstatus,
- Diszipliniernmaßnahmen gegen Ärzte, Hebammen und anderes medizinisches Personal, die explizit und wiederholt gegen staatlich empfohlene Impfungen opponieren,
- Impfmeldepflicht für alle Ärzte und Dokumentation durch den ÖGD in Sachsen,
- internes Qualitätsmanagement für Gesundheitsämter.

Zu 4. Das 22. Dresdner Kolloquium „Umwelt und Gesundheit“ fand am 11. Oktober 2006 unter dem Thema „Management von Schutzimpfungen durch den ÖGD im Freistaat Sachsen“ statt. Bei sehr guter Beteiligung wurden die umfangreichen Aufgaben der Gesundheitsämter von allen Seiten beleuchtet. Das Gesundheitsamt muss seine Schlüsselposition im gesamten Management konsequent erkennen, akzeptieren und wahrnehmen. Dies betrifft das Aufspüren und Schließen von Impflücken bei den Reihenuntersuchungen des Jugendärztlichen Dienstes, die Dokumentation und den Auswertungen aller Impfungen des betreffenden Kreises, die Aufgaben bei der Meldung eines atypischen Impfverlaufs oder Impfschadens, die Impfungen im Rahmen von Herdbekämpfungsprogrammen und die Durchführung von speziellen Impfsprechstunden. Auch dafür bedarf es der gesamtstaatlichen Unterstützung zur Schaffung und Erhaltung der personellen und materiellen Voraussetzungen. Der leider negative Entwicklungstrend sei durch einen Zahlenvergleich belegt: 1990 zur Wiedervereinigung führten die Gesundheitsämter etwa 10 Prozent aller Schutzimpfungen in ihrem Kreis selbst durch, 2005 waren es noch reichlich 1 Prozent. Alle Vorträge sind im Internet veröffentlicht unter [www.lv-oegd-sachsen.de/fortbildungen/22. Dresdner Kolloquium](http://www.lv-oegd-sachsen.de/fortbildungen/22_Dresdner_Kolloquium).

Zu 5. Im Deutschen Hygienemuseum Dresden soll am 17. und 18.3.2007 ein „1. Dresdner Impfsymposium“ stattfinden. Veranstalter ist ein Verein „Efi Dresden“, der sich „Interessengemeinschaft Eltern für Impfaufklärung“ nennt. In Wirklichkeit sind es militante Impfgegner, die sich dort eingemietet haben. Von den dubiosen Absichten dieses Vereins kann sich jeder selbst durch einen Blick in die Homepage (www.efi-Dresden.de) überzeugen. Inhaltlich ist das Programm darauf abgestimmt, bei den Zu-

hören Skepsis und Angst zu erzeugen und sie gegen jede Impfung emotional zu motivieren.

Das Thema „Zum Wesen infektiöser Erkrankungen, ihrer homöopathischen Prophylaxe und Heilung“ ist in Deutschland rechtswidrig; es wird zudem von einem Tierarzt vorgetragen, der sich als Heilpraktiker selbständig gemacht hat. Für Heilpraktiker bestand und besteht Behandlungsverbot für Infektionskrankheiten (§ 24 IfSG).

Das Thema „Homöopathische Behandlung von Impfschäden“ suggeriert ebenfalls die Gefährlichkeit von Schutzimpfungen. Tatsache ist, dass im Freistaat Sachsen von jährlich 2,4 Mill. durchgeführter Schutzimpfungen lediglich durchschnittlich 16 Anträge auf Impfschadensfallanerkennung bei dem Landesamt für Familie und Soziales (Versorgungsamt) gestellt werden, von welchen in den Jahren 2001-2004 nur 10 insgesamt (= 2,5 pro Jahr im Durchschnitt) anerkannt wurden. Alle Referenten sind bundesweit als Impfgegner bekannt.

Da es vonseiten ärztlicher Kollegen mehrfach dazu Anfragen an die SIKO, die Sächsische Landesärztekammer und auch direkt an das Deutsche Hygiene-Museum Dresden (DHM) gab, hat der Ausschuss je einen Brief an das Mitglied des Stiftungsrates des DHM, Herrn G. Sippel, vom Sozialministerium am 19.10.2006 und an den Direktor und Vorsitzenden des Stiftungsrates des DHM, Herrn Vogel, am 28.11.2006 gesandt, mit der Bitte, den Mietvertrag mit dem Veranstalter „Efi Dresden“ zu kündigen. Beide Briefe blieben unbeantwortet.

Darstellung und Begründung ungelöster Probleme

Die Aktivitäten von Fachleuten in ehrenamtlichen Funktionen werden durch mangelhafte Gesprächsbereitschaft und Kooperation der verantwortlichen Politiker besonders stark negativ beeinflusst, ferner durch fehlende materielle und personelle Voraussetzungen. Dies ist unter Punkt 1 beispielhaft dargestellt. Möglichkeiten zur Beeinflussung im positiven Sinne sehe ich nur durch Erhöhung des politischen Druckes auf die Verantwortlichen durch Einbeziehung aller Landtagsfraktionen und breiter Bevölkerungskreis über die Medien.

Die Defizite der Wahrnehmung staatlicher Aufgaben in der Peripherie werden durch die avisierte Kreisstrukturreform (Verringerung von zur Zeit 29 GÄ auf 8-10 (?)) erheblich zunehmen.

Künftige Aufgaben

Erarbeitung von Vorschlägen mit praktischen Details zur Ausführung und Errichtung einer „Sächsischen Impfdatenbank“ und die Analyse des Hygienestatus in Alters- und Pflegeheimen sowie der ambulanten Pflege.

5.9

Arbeitsmedizin

(Dr. Norman Beeke, Chemnitz, Vorsitzender)

Die Arbeitsmedizin ist eine vorwiegend präventive Disziplin der Medizin, die sich mit der Wechselbeziehung zwischen Arbeit und Gesundheit beschäftigt. Die Berufsfelder für Arbeitsmediziner sind vielgestaltig. Nach der Weiterbildung zum Facharzt für Arbeitsmedizin oder zur Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ ist der überwiegende Teil als Betriebsarzt tätig. Die Einsatzmöglichkeiten eines Arbeitsmediziners können mit vielfältigen Aufgabenstellungen in allen Bereichen der Arbeitswelt liegen. Deshalb braucht der Arbeitsmediziner ein breites Grundlagenwissen. Die Entwicklung und Veränderung der Rahmenbedingungen betriebsärztlicher Tätigkeiten macht eine Überarbeitung der Weiterbildungsordnung notwendig. Ein Redaktionskollegium führender Arbeitsmediziner hat ein (Muster-) Kursbuch Arbeitsmedizin zur Beschlussfassung der Bundesärztekammer

vorgelegt. Spätestens durch die Weiterentwicklung der Qualifizierungswege in der Arbeitsmedizin war das Ermächtigungsverfahren in Frage zu stellen. Durch Novellierung der Gefahrstoff-, Biostoff- und Gentechnikverordnung ist das Ermächtigungsverfahren für diese Regelungen abgeschafft worden.

Die Weiterbildung zur Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ war auch mit Zustimmung des Ausschusses Arbeitsmedizin für Sachsen nicht mehr vorgesehen. Der Bundesärztekongress hat jeweils 2003 und 2004 der Abschaffung der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ nicht zugestimmt. Die gegenwärtige Situation stellt sich nun so dar, dass fünf Bundesländer die Zusatzbezeichnung abgeschafft haben, die übrigen Bundesländer ermöglichen zum Teil mit unterschiedlichen Anforderungen die Weiterbildung zur „Betriebsmedizin“.

Unser Ausschuss schlägt vor, im Freistaat Sachsen die Weiterbildung zur Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ wieder einzuführen. Eine uneinheitliche Gestaltung einer solch wichtigen Form einer Zusatzbezeichnung in der BRD in einem Feld komplexer betriebsärztlicher Aufgaben halten wir für ausgesprochen ungünstig. Auch scheint die Umsetzung gesetzlicher Regelungen mit den derzeit zur Verfügung stehenden ärztlichen Kapazitäten gefährdet, da der Altersdurchschnitt der aktiven Betriebsärzte in Sachsen bei 53 Jahren liegt.

Die Wiedereinführung sollte an bestimmte Bedingungen gebunden sein. Die Musterweiterbildung sollte übernommen werden. Für die Gestaltung des Weiterbildungssteiles bei einem Weiterbildungsleiter sollten bestimmte Rahmenbedingungen festgelegt werden, die es dem Weiterzubildenden ermöglichen, auch den niedergelassenen Ärzten eine arbeitsmedizinische/betriebsmedizinische Weiterbildung zu gewähren. Die Zusatzweiterbildung wird durch eine Prüfung abgeschlossen.

Seit Gründung der Sächsischen Landesärztekammer gibt es einen Ausschuss Arbeitsmedizin. Auch zukünftig wird die Arbeitsmedizin in der Prävention eine entscheidende Rolle spielen. Das kommende Präventionsgesetz wird dem Setting Betrieb eine wesentliche Rolle zuordnen. Die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit in unserer Gesellschaft wird eine größere Rolle spielen. Die Anforderungen an das ärztliche Beurteilungsvermögen werden steigen. Die Arbeitsmedizin ist unmittelbar vor Ort bei der Umsetzung einer solchen Aufgabenstellung. Die Bedeutung eines Ausschusses Arbeitsmedizin im Rahmen der Ärzteschaft kann und muss sowohl nach innen als auch nach außen nicht nur die Interessen eines Fachgebietes, sondern ein ärztliches Verantwortungsfeld wahrnehmen.

5.10

Notfall- und Katastrophenmedizin

(Dr. Michael Burgkhardt, Leipzig, Vorsitzender)

Notfallmedizinische Bildungsmaßnahmen

Die Kurse zur Erteilung der Fachkunde Rettungsdienst bzw. Zusatzbezeichnung Notfallmedizin konnten auch im Jahr 2006 an den Standorten Leipzig und Dresden fortgeführt werden. Der große Zulauf zu den Notfallmedizinikursen in Sachsen hält ungebrochen an.

An beiden Kursstandorten wurden die Kompaktkurse Notfallmedizin nach den neuen Vorgaben der Bundeskonsensus Rettungsdienst abgehalten. Dazu ist festzustellen, dass sich das neue Curriculum und die Bündelung sogenannter „kleiner Fächer“ im Lehrplan bewährt haben. Für die nunmehr verstärkten praktischen Übungen wurden neue Lehrmaterialien angeschafft. Die Lehrrettungsassistenten, die zu den Kursen eingesetzt werden, wurden durch die notfallmedizinischen Kursleiter in den neuen Richtlinien zur kardiopulmonalen Reanimation unterwiesen.

Der für den November 2006 geplante 5. Seminarkurs „Ärztlicher Leiter Rettungsdienst“ musste kurzfristig wegen zu geringer Beteiligung abgesagt werden. Für den November 2007 ist ein neuer Kurs geplant.

Der 17. Seminarkurs „Leitender Notarzt“ konnte im Juni 2006 in Oberwiesenthal erneut für Notfallmediziner aus ganz Deutschland veranstaltet werden. Dieses ärztliche Führungsseminar wurde mit einer Großübung in einem Bundeswehrobjekt mit Beteiligung des Rettungsdienstes Annaberg und der Freiwilligen Feuerwehr Oberwiesenthal beendet.

Zum 14. Mal wurde vom 27. bis 29. Oktober 2006 ebenfalls in Oberwiesenthal der Refresherkurs für Leitende Notärzte mit nahezu 60 Teilnehmern durchgeführt. Die ungewöhnlich große Teilnehmerzahl spricht für das große Interesse von den aus ganz Deutschland angereisten ärztlichen Führungskräften für die angebotenen Vorträge und Gesprächskreise.

Aktenprüfungen im Rahmen der Erlangung der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin und der Fachkunde Leitender Notarzt

Ab dem 01.01.2006 fanden die ersten Prüfungen für die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin statt. Der Ausschuss möchte auch an dieser Stelle nochmals nachdrücklich empfehlen, dass sich diejenigen unbedingt zur Prüfung stellen, die im Falle von Bewerbungen oder notärztlichen Tätigkeiten außerhalb Sachsens die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin nachweisen müssen.

Erarbeitung von Stellungnahmen und Empfehlungen

Die im Herbst 2005 zwischen der Arbeitsgemeinschaft Sächsischer Notärzte e.V. und dem Staatsministerium des Innern (SMI) unter Mitwirkung der Sächsischen Landesärztekammer erzielte Übereinkunft bezüglich eines einheitlichen Sächsischen Notarztprotokolls konnte nicht zu einem guten Ende geführt werden. So wurde der Ausschuss Notfall- und Katastrophenmedizin nicht – wie vereinbart – durch das Staatsministerium des Innern des Freistaates rechtzeitig vor Einführung des Protokolls informiert, um durch einen Artikel im Ärzteblatt Sachsen auf die Besonderheiten hinzuweisen. Somit sind die Verunsicherungen unter sächsischen Notärzten groß. An dieser Stelle sei ausdrücklich darauf hingewiesen, dass bei der Erstellung des Protokolls der von der DIVI (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensivmedizin e.V.) geforderte MIND (Minimaler Notarztdatensatz) berücksichtigt wurde. Es soll auch nochmals – wie wiederholt in den vergangenen Jahren geschehen – darauf aufmerksam gemacht werden, dass das Protokoll in zahlreichen Tagungen und Kursen diskutiert und vorgestellt wurde.

In gleicher Weise sind die kurzfristig auf Anforderung des Staatsministeriums des Innern durch den Ausschuss erstellten „Richtlinien für den Intensivtransport“ nicht in den Landesrettungsdienstplan eingegangen und finden dort auch keine Erwähnung.

Da auch die vom Ausschuss erarbeitete Empfehlung für die einheitliche „Bestückung von Rettungsmitteln mit Medikamenten“ vom SMI nicht aufgenommen wurde, kann der Ausschuss zu seiner Gremienarbeit keine erfolgreiche Bilanz ziehen.

5.11

Ärztliche Ausbildung

(Dr. Antje Bergmann, Dresden, Vorsitzende)

Der Ausschuss kam in diesem Jahre statt zweimal nur einmal planmäßig zu einer Beratung zusammen, am 11.10.2006. Grund hierfür waren personelle Veränderungen, Herr Prof. Wunderlich trat gesundheitsbedingt von seinem Amt zurück.

In dieser Beratung wurde satzungsgemäß eine neue Ausschussvorsitzende gewählt, Frau Dr. Antje Bergmann, wurde in diesem Amt begrüßt und wird die Arbeit in diese Legislaturperiode fortsetzen.

Als neue kooptierte Mitglieder sind Frau Prof. Thea Koch, Studiendekanin, 2. Abschnitt der Ausbildung in Dresden, sowie Herr Prof. Hans Eilers aus Leipzig dem Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer vorgeschlagen und bestätigt worden.

An dieser Beratung nahm als Gast Herr Erik Bodendieck vom Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer teil.

Es wurde die aktuelle Hochschulpolitik diskutiert und die Umsetzung der neuen Approbationsordnung an beiden Medizinischen Fakultäten vorgestellt.

Frau Prof. Thea Koch berichtete über die aktuelle Dresdner Situation: 2006 wurden 227 Medizinstudenten immatrikuliert, die größtenteils über ein Auswahlverfahren ausgesucht wurden. Es gab 7,6 Bewerber pro Studienplatz (Bundesdurchschnitt 4,0). Eine Reformierung des DIPOL®-Curriculum (Dresdner Integratives Problemorientiertes Lernen) ist vorgesehen, begonnen wird hier mit im 3. Studienjahr. Die mit der Novellierung der Ärzteapprobationsordnung erforderlichen Veränderungen in der Lehre, die eine schrittweise horizontale Verzahnung der Fächer und eine Verstärkung des „bed side teaching“ zum Ziel hat, werden kontinuierlich umgesetzt. Eine Zustimmung des Fakultätsrats zu einer Neuordnung des 5. Studienjahres (Verlängerung des Wintersemesters, vorlesungsfreies Sommersemester, im Sommersemester lediglich Blockpraktika) steht noch aus.

Prof. Hans Eilers informierte über die Entwicklung der Studentenzahlen an der medizinischen Fakultät Leipzig: 312 Studenten wurden immatrikuliert, auch werden hierzu geführte gerichtliche Auseinandersetzungen nicht mehr abgelehnt (finanzielle Rückstellungen sind erfolgt). Die in der Vorklinik eingeführten KIM (Klinikintegrierende Module) waren nicht erfolgreich und sollen ggf. wieder abgeschafft werden. Für die Infektiologie und die Notfallmedizin sowie für den Komplex „Der alternde Mensch“ wurden Module, die auf problemorientiertem Lernen basieren, entwickelt. Die Module finden eine sehr positive Resonanz.

Ziel der nächsten Wochen und Monate ist es, ein Thesenpapier zur Ausbildung in der Allgemeinmedizin zu erarbeiten. Ziel ist die Institutionalisierung der Allgemeinmedizin durch Einrichtung eines C4-Lehrstuhls an den medizinischen Fakultäten der beiden Sächsischen Universitäten. Da ein (Haus-) Ärztemangel zu verzeichnen ist, sollten die Medizinstudenten frühzeitig mit der Allgemeinmedizin vertraut gemacht und für sie begeistert werden. Die bisher existierenden Konzepte (Dresden: kein Lehrstuhl für Allgemeinmedizin, Realisierung der Ausbildung über Lehrpraxen; Leipzig: eine halbe C3-Professur mit einem Sekretariat und wissenschaftlichen Mitarbeitern in Teilzeit) sind ausbaufähig und bedürfen der Anpassung an aktuelle Anforderungen. Eine klare Positionierung der Sächsischen Landesärztekammer zu diesem Problem ist für weitere Diskussionen mit Entscheidungsträgern wichtig.

Ein weiterer Punkt war die Diskussion um Akkreditierungsrichtlinien für Allgemeinmedizinische Lehrpraxen. Diese existieren an beiden sächsischen Fakultäten. An der Medizinischen Fakultät Dresden werden derzeit Akkreditierungsrichtlinien für weitere Fächer (Neurologie, Orthopädie, HNO) erarbeitet. In Leipzig werden nur akademische Lehrkrankenhäuser, keine weiteren Lehrpraxen (außer oben Genannte) in die Lehre involviert.

Ziele der nächsten Monate ist eine weiter enge Zusammenarbeit der beiden Medizinischen Fakultäten und als Arbeitsgrundlage soll unter anderem das Thesenpapier zur Allgemeinmedizinischen Ausbildung an den Hochschulen in Sachsen dienen.

5.12

Weiterbildung

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

Wie bereits in den vergangenen Jahren standen Anfragen zu Weiterbildungsproblemen aus dem Kreis sächsischer Ärzte und die Begutachtungen der Anträge zur Weiterbildungsbefugnis auf der Tagesordnung jeder Sitzung. Jedes Ausschussmitglied begutachtete dazu Anträge mehrerer Gebiete, Schwerpunkte, Fakultativer Weiterbildungen oder Zusatzbezeichnungen. Bei Problemfällen wurde zusätzlich die Einschätzung der zuständigen Prüfungskommission eingeholt. In den Ausschusssitzungen wurden dann diese bearbeiteten Anträge beraten und als Vorschläge für die Beschlussfassung durch den Vorstand eingebracht.

Außerdem wurde regelmäßig zur Anerkennung von Arztbezeichnungen bzw. zur Zulassung zur Prüfung, zur gleichzeitigen Führbarkeit von Arztbezeichnungen, zur Anerkennung von Teilzeittätigkeiten als Weiterbildung, über die Zugehörigkeit von speziellen ärztlichen Tätigkeiten zu bestimmten Fachgebieten bzw. deren Schwerpunkten unter Berücksichtigung des Weiterbildungsrechtes sowie Anfragen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und von Fachgesellschaften beraten und entsprechende Entscheidungen getroffen.

Inhaltliche Schwerpunkte im Berichtsjahr waren die Umsetzung der neuen Weiterbildungsordnung und der zugehörigen „Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung“. So galt es zum Beispiel zusätzlich Prüfungen für neu eingeführte Arztbezeichnungen zu organisieren und dazu erste Prüfungskommissionen zu berufen (zum Beispiel für Notfallmedizin, Akupunktur, Orthopädie und Unfallchirurgie, Hämostaseologie, Innere Medizin und Allgemeinmedizin, Schlafmedizin, Diabetologie). Außerdem wurde die Zusammenarbeit mit der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung, die Probleme mit befristeten Arbeitsverträgen für Ärzte in Weiterbildung, die Anerkennung von Forschungstätigkeiten als Weiterbildungszeiten und sogar mehrfach die Forderung des Landesverbandes Geriatrie Sachsens auf Einführung eines Schwerpunktes Geriatrie im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin, zuletzt mit Anhörung von Dr. Zwingenberger und Frau Dipl.-Med. Vodenitscharov im November 2006, beraten.

Nach Ausscheiden von Prof. Dr. Olthoff wurde im Januar 2006 Prof. Dr. König in den Ausschuss Weiterbildung kooptiert.

Für den Ausschuss Weiterbildung und das Referat Weiterbildung/Prüfungswesen war es ein sehr arbeitsreiches Jahr. So wurden, um nur ein Beispiel zu nennen, im Vorjahr mit über 1000 mündlichen Prüfungen deutlich mehr realisiert als im Jahr 2005 mit ca. 700.

In der Ständigen Konferenz ärztliche Weiterbildung der Bundesärztekammer vertrat wie in den vergangenen Jahren Herr Prof. Dr. Gunter Gruber die sächsischen Interessen in Weiterbildungsfragen auf der Bundesebene.

5.12.1

Kommission Widersprüche

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

Im Berichtszeitraum vom 01.01. bis 31.12.2006 trat die Widerspruchskommission 6mal zu Beratungen zusammen, und es wurden insgesamt sechs Widersprüche gegen Entscheidungen von Ausschüssen der Sächsischen Landesärztekammer behandelt.

Drei Widersprüche betrafen die Erteilung der Weiterbildungsbefugnis für ein Gebiet und in einem Fall für einen Schwerpunkt. Gegen diese vier Entscheidungen des zuständigen Ausschusses wurde vom jeweiligen Antragsteller Widerspruch eingelegt, da in drei Fällen die beantragten Weiterbildungszeiten gekürzt wurden und in einem Fall die Weiterbildungsbefugnis

nicht genehmigt wurde. In zwei Fällen wurde die Entscheidung des zuständigen Ausschusses nach eingehender Prüfung der eingereichten Unterlagen und der Begründung des Widerspruchs durch den Beschwerdeführer bestätigt und damit der Widerspruch zurückgewiesen. In einem Fall kam die Kommission Widersprüche zu der Überzeugung, dass die Weiterbildungszeit unter Berücksichtigung der neuen Weiterbildungsordnung vom 26. November 2005 um sechs Monate verlängert werden sollte, womit allerdings die beantragte Zeit nicht voll befürwortet und dem Widerspruch teilweise stattgegeben wurde. In einem weiteren Fall wurde die ursprüngliche Ablehnung der Weiterbildung, auch im Hinblick auf die neue Weiterbildungsordnung, nochmals eingehend geprüft und eine 6monatige Weiterbildung in der beantragenden ambulanten Einrichtung empfohlen. Bei allen diesen Entscheidungen war zu prüfen, ob die personellen und fachlichen Voraussetzungen für die Erteilung der Weiterbildungsbescheinigung im beantragten Umfang gegeben sind. Dabei spielte auch eine Rolle, ob in der jeweiligen Klinik die erforderliche Anzahl von Operationen und Eingriffen und/oder die Anzahl der behandelten Patientinnen/Patienten nach Diagnosen, eine der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer entsprechende Weiterbildung zulässt.

In einem Fall wurde gegen die nicht bestandene Prüfung zur Anerkennung einer Zusatzbezeichnung Widerspruch eingelegt. Weder aus dem Prüfungsprotokoll noch die Anhörung des Vorsitzenden dieser Prüfung ergaben Hinweise auf Unregelmäßigkeiten im Prüfungsablauf. Die erteilten Auflagen, die bis zum Zeitpunkt der Wiederholungsprüfung zu erfüllen sind, waren in der Gesamtsicht wohl begründet. Dieser Widerspruch musste daher zurückgewiesen werden.

Schließlich wurde der Fall der Nichtgewährung einer Bescheinigung nach EU-Recht in der Kommission Widersprüche behandelt. Nach eingehender Prüfung des gegebenen juristischen Sachverhalts musste die Kommission feststellen, dass die Sächsische Landesärztekammer hier korrekt gehandelt und auch keinen Ermessensspielraum für eine Kulanzregelung hatte. Trotzdem konnte in diesem Fall ein Weg aufgezeigt werden, der eine gesetzeskonforme Regelung des Problems ermöglicht, ohne das für die betroffene Person berufliche Nachteile entstehen.

Alle angeführten Beratungsergebnisse der Kommission Widersprüche wurden dem Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer als Beschlussvorlage zugeleitet. Auf der jeweils nächsten Vorstandssitzung wurden die Beschlussempfehlungen vom Vorsitzenden der Kommission Widersprüche und vom jeweiligen Fachvertreter dem Vorstand begründet und dort diskutiert. Alle Beschlussvorlagen wurden vom Vorstand beschlossen.

Die Arbeit der Widerspruchskommission wäre ohne die Mitwirkung der Fachberater/innen, die an den Sitzungen teilgenommen haben, nicht sach- und fachgerecht möglich. Hierfür gebührt den Damen und Herren großer Dank. Einen besonderen Dank schuldet die Kommission Widersprüche den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des juristischen Geschäftsbereichs und des Bereichs Weiterbildung/Prüfungswesen der Sächsischen Landesärztekammer, die alle Beratungen vorbildlich vorbereitet hatten.

5.13

Sächsische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung (Prof. Dr. Otto Bach, Leipzig, Vorstandsmitglied, Vorsitzender)

Die Akademie hat im vergangenen Jahr drei Sitzungen durchgeführt. Inhaltlich waren die Veranstaltungen bestimmt von Vorbereitungen fortbildender Veranstaltungen, die direkt von der Akademie initiiert oder mitwirkend begleitet wurden. Tabelle 1 zeigt dazu eine Übersicht der wichtigsten Unternehmungen. Daneben fanden in der Ärztekammer eine Fülle von Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen statt (zum Beispiel 80-Stunden-

Kurs Allgemeinmedizin, Psychosomatik in der Frauenheilkunde, Arbeits- und Betriebsmedizin, Spezielle Schmerztherapie, Verkehrsmedizinische Begutachtung). Die Akademie hat auch schon für das Jahr 2007 wichtige Vorbereitungen diesbezüglich getroffen. So stehen schon die Themenkomplexe des fachübergreifenden Fortbildungssemesters im Frühjahr (Notfallmedizin) und im Herbst (Labormedizin) im Detail fest. Neue Kurse wurden vorbereitet (zum Beispiel Grundlagen der medizinischen Begutachtung).

Die Sitzungen hatten sich des Weiteren mit methodischen Fragen der Fort- und Weiterbildung zu befassen (zum Beispiel Dialogsysteme, formale Aspekte der zwischen der Fort- und Weiterbildung angesiedelten curricularen Fortbildungsangebote nach Vorgaben der Bundesärztekammer). Dabei handelt es sich um strukturierte Maßnahmen der Kompetenzerweiterung mit interdisziplinären Inhalten, die einen bestimmten Zeitumfang (80 Stunden) nicht übersteigen dürfen und zu führungsfähigen Zusatzbezeichnungen führen (zum Beispiel Reisemedizinische Gesundheitsberatung, Verkehrsmedizinische Begutachtung). Es mussten Verfahrensordnungen für die „strukturierten curricularen Fortbildungen“ und zur Bewertung (Bepunktung) von Fortbildungsangeboten erarbeitet werden, um einheitliche Kriterien des Handelns zu sichern.

Im Mittelpunkt der Arbeit stand natürlich auch die Entwicklung der Aushängung von Fortbildungszertifikaten als Folge der Forderungen durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (Tabelle 2). Die Zahlen sind vor dem Hintergrund der Tatsache, dass erstmals 2011 (für angestellte Ärzte) und 2009 (für Vertragsärzte) eine Vorlage der Qualifikationsmaßnahme zu erfolgen hat, als sehr positiv zu interpretieren.

Die sächsischen Kreisärztekammern haben – wie in jedem Jahr – eine Fülle von Fortbildungsangeboten organisiert. Aus den Tätigkeitsberichten wurden beispielhaft aufgeführt: zehn Veranstaltungen der Kreisärztekammer Vogtland, sieben Veranstaltungen der Kreisärztekammer Stollberg, sechs Veranstaltungen der Kreisärztekammer Leipzig, die regelmäßig einen großen Zuhörerkreis erreichten.

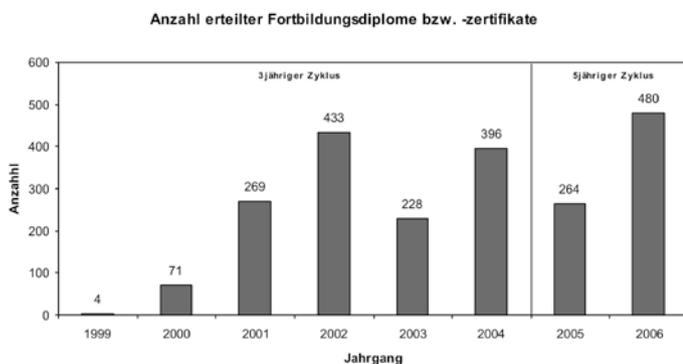
Die letzte Sitzung der Akademie hatte sich auch mit den Vorbereitungen der Neuwahlen 2007 zu befassen. Der Unterzeichner nimmt das bevorstehende Ende der Wahlperiode zum Anlass, den Akademiemitgliedern, die sechs Jahre intensiv und interessiert sowie gestaltend mitgewirkt haben, herzlich für ihr Bemühen zu danken.

Tabelle 1: Wichtige Akademieveranstaltungen (Auszug) einschließlich der Teilnehmerzahlen

Kurs	Zeitumfang	Teilnehmer
Frühjahrscurriculum		
„Psychiatrische und neurologische Alterserkrankungen“	22 h	206
Herbstcurriculum		
„Bildgebende Diagnostik“	18 h	287
Fortbildungscurriculum für Weiterbildungsassistenten		
Psychiatrie/Psychotherapie	8 h je Block	64
2 Blöcke		
Suchtmedizinische Grundversorgung	50 h	23
Ärztliches Qualitätsmanagement		
in fünf Blöcken	200 h	22
Basisseminar Reisemedizinische Gesundheitsberatung		
2 Teile (jeweils 16 Stunden)	32 h	39

Tabelle 2: Übersicht der erteilten Fortbildungsdiplome bzw. -zertifikate

Jahr	Anzahl
1999	4
2000	71
2001	269
2002	433
2003	228
2004	396
2005	264
2006	480



5.14 Berufsrecht (Dr. Andreas Prokop, Döbeln, Vorsitzender)

Entsprechend der gesetzlichen und satzungsrechtlichen Grundlagen arbeitete der Ausschuss Berufsrecht im Jahr 2006 als ehrenamtliches Gremium eng mit dem Vorstand sowie vor allem mit der Rechtsabteilung zusammen. Auch 2006 arbeitete der Ausschuss in gleicher personeller Besetzung. Der Trend der vergangenen Jahre, nämlich die Zunahme der zu bearbeitenden Vorgänge, setzte sich auch im Berichtsjahr nicht fort, blieb aber auf hohem Niveau. Insgesamt wurden mit Beteiligung des Ausschusses Berufsrecht 710 Fälle bearbeitet (Vorjahr 763). Es fanden dazu acht Ausschusssitzungen statt, in denen ausgiebig beraten sowie Beschlussempfehlungen für den Vorstand erarbeitet wurden. Es ist deshalb nicht verwunderlich, dass die zeitliche Inanspruchnahme der Ausschussmitglieder wiederum enorm war. Die umfangreichen Vor- und Nachbereitungsarbeiten der Ausschusssitzungen wurden wie bisher mit großem Engagement durch die Damen und Herren der Rechtsabteilung erledigt. Dafür sei an dieser Stelle ausdrücklich gedankt.

Die übergroße Mehrzahl der Kammermitglieder, die von uns gebeten wurden, durch ihre Sachverhaltsdarstellung zur Aufklärung von Vorwürfen beizutragen, kam dem nach. Es gibt aber auch eine (geringe) Zahl von Kolleginnen und Kollegen, welche die Arbeit der Kammer nicht unterstützten. Diese Einzelnen verursachten einen unverhältnismäßig hohen Verwaltungsaufwand. Letztlich wurde dem Vorstand in einzelnen Fällen empfohlen, ein Rügeverfahren durchzuführen. Der Ausschuss benötigt die Stellungnahmen als Grundlage für die Diskussion des Vorganges. Keinesfalls wird das Kammermitglied „vorverurteilt“!

Trotz der hohen „Fallzahl“ wurden weniger Rügeverfahren durchgeführt. Es war auch kein Anstieg der berufsgerichtlichen Verfahren zu beobachten. Wir sehen die Vielzahl der berufsrechtlichen Vorgänge unter anderem als eine Folge der schlechteren Rahmenbedingungen unseres ärztlichen Handelns an.

In 324 Fällen musste sich der Ausschuss mit Vorwürfen wegen Verstößen gegen die allgemeinen Berufspflichten beschäftigen. Beschwerden über Verstöße gegen spezialgesetzliche Regelungen beschäftigten den Ausschuss 69mal. 66 Fälle der Behandlungsablehnung waren zu prüfen. Von Einzelnen angestrebte Kommerzialisierung des Arztberufs spiegelte sich in entsprechender Werbung wider. 60 Vorgänge dazu bekam der Ausschuss zur Beratung vorgelegt. Der Verkauf von Waren (insbesondere Nahrungsergänzungsmittel als „Medikamente“) in 21 Fällen ist möglicherweise auch ein Hinweis darauf, sich ein „zweites Standbein“ sichern zu müssen. In 32 Fällen musste sich der Ausschuss mit dem Vorwurf der unterlassenen Hilfeleistung befassen. 18 Fälle betrafen Vergütungs- bzw. Honorarfragen. Von den Justizbehörden erhielten wir 23 „Mitteilungen in Strafsachen“. Dabei wird durch den Ausschuss geprüft, ob noch ein „berufsrechtlicher Überhang“ besteht. In 19 Fällen stellte sich die Herausgabe von Patientenunterlagen als konfliktbehaftet dar. Weitere einzelne Vorgänge ergaben sich aus anderen mutmaßlichen Verstößen gegen die Berufsordnung.

Die vom Ausschuss vorgeschlagenen Beschlussvorlagen wurden durch den Vorsitzenden im Vorstand erläutert. Darüber hinaus beteiligte sich der Ausschussvorsitzende an Beratungen der „Fachkommission zur Abgabe von approbationsrechtlichen Stellungnahmen“. Es erfolgte eine Zusammenarbeit vor allem mit dem Ausschuss „Satzungen“. Darüber hinaus wurden einzelne Problemfelder mit dem Weiterbildungsausschuss, der Ethikkommission sowie der Sächsischen Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung beraten. Wöchentliche Telefonkonferenzen mit der Rechtsabteilung und dem Vorsitzenden trugen zu einer optimierten Bearbeitung der vielen Vorgänge bei.

Der Ausschuss wurde umfassend durch die Juristen der Rechtsabteilung beraten. Die Unterstützung durch die Geschäftsführung der Sächsischen Landesärztekammer sowie die angenehme Atmosphäre während der Ausschusssitzungen erleichterten uns die Arbeit. Durch die nun schon vielen Jahre der engagierten ehrenamtlichen Tätigkeit im Ausschuss Berufsrecht haben die Mitglieder des Ausschusses große Erfahrungen gesammelt und sahen sich auch deshalb in der Lage, sachgerechte Beschlussempfehlungen vorlegen zu können.

5.15 Junge Ärzte (Dr. Friedemann Reber, Dresden, Vorsitzender)

Schwerpunkte der Ausschusstätigkeit im Berichtsjahr 2006 waren: die Qualität der Weiterbildung unter dem Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz, angemessene Vertragsbedingungen für junge Ärzte, die Begeisterung junger Ärzte für die Kammerarbeit, das Selbstverständnis der Kammer als Interessenvertreter ihrer in Weiterbildung befindlichen Mitglieder, das problematische Image der Kammer (welches auch der Grund für den Mangel an Nachwuchs in der Kammerarbeit sein könnte), die Zusammenarbeit zwischen Haupt- und Ehrenamt, das veränderungsbedürftige Layout des Sächsischen Ärzteblattes, die Beförderung der Arbeit am Leitbild und die Stärkung des innerärztlichen Zusammenhaltes. Die langfristigen Ziele unserer Kammerarbeit waren der Erhalt der Selbstverwaltung und der Freiberuflichkeit, die Stärkung der Ärzteschaft gegenüber laienhafter, fachfremder Bevormundung, fachlich kompetente Interessenvertretung und der Kampf um zeitgemäße familienkompatible Berufsausübung. Um diesen Zielen näher zu kommen, wurden geeignete Maßnahmen entwickelt und mit dem Angebot zur Mitarbeit an den Vorstand eingereicht. Inhalt des Vorstandsantrages waren hauptsächlich Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeit der Kammer für die Ärzteschaft. An der entsprechenden

Vorstandssitzung nahmen Mitglieder des Ausschusses teil. Die interessanteste Aufgabe war und ist trotzdem, den innerärztlichen Zusammenhalt über Hierarchie- und Altersgrenzen hinweg zu stärken, um Patienten optimal zu versorgen und auch die Familien der Kollegen stärken zu können. Es wurden daher wiederum gemeinsame Sitzungen mit anderen Ausschüssen durchgeführt. Bei der Teilnahme an Sitzungen der Ausschussvorsitzenden mit Diskussion zum Nachwuchsmangel und Auswege aus dem stagnierenden Kammerzuspruch und in einem Interview des Ausschussvorsitzenden im Sächsischen Ärzteblatt wurden die Standpunkte des Ausschusses kommuniziert.

Die Werbung neuer Mitglieder für die Kammerarbeit war leider nicht erfolgreich. Das in 15 Jahren gewachsene wenig vorteilhafte Image hätte nur durch eine wirkungsvolle „Kommunikationsoffensive“ so gestaltet werden können, dass sich ein Jahr vor der Wahl nennenswert viele an der Mitarbeit interessierte Ärzte bei der Kammer einfinden. Die oben aufgeführten ungelösten Probleme stehen für die nächste Wahlperiode auf der Agenda der Kammerarbeit. Die Probleme sind jedoch nicht nur Probleme der jungen Ärzte, sondern der gesamten Ärzteschaft.

Das Layout des Sächsischen Ärzteblattes sollte frischer werden und schon auf dem Deckblatt ausreichend Anregung bieten. Es sollte eine Diskussion der Leserschaft zu Auftreten und Inhalt des Sächsischen Ärzteblattes angestoßen werden. Um auch jüngere Ärzte an die Kammer heranzuführen, sollten in lockerer Folge niedergelassene Ärzte verschiedener Fachrichtungen zu Wort kommen (oder vorgestellt werden), die zum Beispiel in ihrem Berufsalltag mit einem bestimmten berufspolitischen Problem besonders konfrontiert sind. Mit ihrem Statement könnten sie jüngeren niederlassungswilligen Kollegen Mut zur Freiberuflichkeit und zur innerärztlichen Solidarität geben.

Der Ausschuss wird in der Periode 2007/2011 seine Arbeit nicht weiterführen, sondern die Mitarbeit in anderen Ausschüssen verstärken.

5.16

Ärztinnen

(Dr. Brigitte Güttler, Aue, Vorsitzende)

Eine Intensivierung der Zusammenarbeit des Ausschusses Ärztinnen mit den Herren Professoren Kunath, Institut für Medizinische Information/Biometrie, Herrn Prof. Scheuch, Institut für Arbeitsmedizin der Universität Dresden brachte den Fragebogen zum Projekt „Gesundheitszustand und Bedarfszufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte im Freistaat Sachsen“ zur Reife.

Das Projekt wird erstmals wissenschaftlich belastbare Daten über Ärztinnen und Ärzte zu ihrem eigenen Gesundheitszustand und zu ihrer Berufswelt und Arbeitszufriedenheit erstellen. Vergleichbare Studien liegen im europäischen und deutschsprachigen Raum bisher nicht vor.

2006 wurde der Fragebogen noch einmal unter den sich rasant entwickelnden gesellschafts-politischen Veränderungen neu überarbeitet und den politischen/gesundheitspolitischen Erfordernissen angepasst. Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer hat die Verantwortung für das Projekt übernommen. Eine Arbeitsgruppe zur Arbeit des gesamten Ablaufplanes bis hin zur Publikation der wissenschaftlichen Ergebnisse wurde gegründet.

In zwei Arbeitstagungen ist die Durchführung dieser wissenschaftlichen Studie zwischen den wissenschaftlichen Instituten Prof. Kunath und Prof. Scheuch mit der Sächsischen Landesärztekammer garantiert. Regelmäßig durchgeführte Sitzungen des Ausschusses wurden durchgeführt in enger Zusammenarbeit mit der Ständigen Konferenz und Ausschuss Ärztinnen der Bundesärztekammer mit den aktuell gesundheitspolitischen Themen.

Der Schwerpunkt der Arbeit des Ausschusses Ärztinnen war und ist weiterhin die Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Kinderbetreuung unter dem Aspekt neuer Tätigkeitsformen im ambulanten als auch stationären Bereich unter Berücksichtigung des Arbeitszeitgesetzes.

5.17

Senioren

(Dr. Gisela Unger, Dresden, Vorsitzende)

Nach dem freiwilligen Ausscheiden eines Mitglieds besteht der Seniorenausschuss noch aus neun Mitgliedern. Im Berichtszeitraum fanden vier Ausschusssitzungen statt.

Unsere Hauptaufgabe war wiederum die sehr aufwändige Vorbereitung und Durchführung des landesweiten 11. Sächsischen Seniorentreffens. An vier Terminen kamen 627 „ältere“ Seniorenärzte und deren Angehörige zusammen. Die Vormittagsgestaltung war dem Stadtjubiläum Dresdens mit dem geführten Besuch des Neuen Grünen Gewölbes gewidmet. Im Kammergebäude erfolgte eine kurze Begrüßung durch je ein Mitglied des Vorstandes und des Ausschusses. Die musikalische Einstimmung „Zwischen Archaik und Moderne – Musikinstrumente und Spielformen aus den Weltkulturen“ durch Herrn Hannes Heyne leitete über zu dem Diavortrag von Herrn Dr. Klaus Schiller (ehemals Chefarzt der Augenklinik Glauchau), der über seine 4maligen freiwilligen unentgeltlichen Einsätze in Uganda und Tansania berichtete. Eine ausführlichere Darstellung kann im Ärzteblatt Sachsen nachgelesen werden.

Folgende Themen wurden in den Ausschusssitzungen behandelt:

- Berichte von der außerordentlichen Kammerversammlung, dem 16. Sächsischen Ärztetag sowie von den nationalen Protesttagen der Ärzte in Berlin,
- Reflektion des 10. Sächsischen Seniorentreffen 2005 mit Schlussfolgerungen für künftige Veranstaltungen (Zahlungsmodus),
- Auswertung des 11. Sächsischen Seniorentreffen 2006,
- Vorbereitung des 12. Sächsischen Seniorentreffen 2007 mit vorangehendem Schriftverkehr, persönlicher Vor-Ort-Erkundung und Vereinbarung zum Besuch von Görlitz und Kloster Marienthal,
- Teilnahme an der gemeinsamen Sitzung aller Ausschussvorsitzenden,
- Erneute Teilnahme am Seniorenteil der Arztwoche Thüringen in Weimar,
- Teilnahme am 8. Seniorentag der BAGSO in Köln mit dem Motto „Alter als Chance“ mit Bericht und Bilddokumentation im Ärzteblatt Sachsen,
- Erläuterungen zu Alterseinkünftegesetz und Patientenverfügung,
- Anteilnahme am Tod unseres langjährigen verdienten Ausschussmitglieds, Herrn Dr. med. habil. Heinz Brandt; wunschgemäß wurde eine Spende an das Diakonische Werk Torgau-Oschatz überwiesen.

In Vorausschau auf das Jahr 2007 mit anstehender Kammerwahl äußerten alle Ausschussmitglieder ihre Bereitschaft zu erneuter Kandidatur und weiterer Mitarbeit. Unser Bemühen gilt der Gewinnung jüngerer Kollegen für die künftige Mitarbeit im Ausschuss.

5.18

Sächsische Ärztehilfe

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

Die Arbeit des Ausschusses verlief auch im Jahr 2006 eher unspektakulär. Nur wenige Kolleginnen und Kollegen waren in eine solche materielle Not geraten, dass sie sich an den Ausschuss wegen materieller Unterstützung wenden mussten.

Der Ausschuss traf sich vier Mal zu Beratungen in Dresden. Auch am Rande der Kammerversammlungen konnten Probleme mit den anwesenden Ausschussmitgliedern und der Hauptgeschäftsführerin, Frau Dr. jur. Diefenbach, schnell geklärt werden.

Die Zusammenarbeit mit dem Finanzausschuss gestaltete sich problemlos, sodass immer ein Überblick über gezahlte Unterstützung bestand.

Rückschauend konnte der Ausschuss feststellen, dass alle ausgereichten Darlehen im Rahmen der Flutopferhilfe rückgezahlt worden sind, sodass man davon ausgehen kann, dass alle Kolleginnen und Kollegen mit ihren Praxen wieder Fuß gefasst haben.

Auch wenn nur wenige Fälle zu bearbeiten waren, gab es doch zwei Fälle, die ein Schicksal der betroffenen Kolleginnen und Kollegen widerspiegeln.

Ein Fall war nur durch einen persönlichen Besuch zu lösen, den der Ausschussvorsitzende gemeinsam mit Dr. Marx durchführte.

Aufgrund des geringen Arbeitsanfalls ist es sicher sinnvoll, dass der Ausschuss in der kommenden Wahlperiode seine Arbeit einstellt und die Aufgaben vom Finanzausschuss übernommen werden.

Bedanken möchte ich mich bei allen Ausschussmitgliedern und den Mitarbeitern der Geschäftsstelle, die die Ausschussarbeit wie in jedem Jahr tatkräftig unterstützt haben.

5.19

Finanzen

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

Der Ausschuss Finanzen hat im Jahr 2006 acht Sitzungen durchgeführt. Der Jahresabschluss 2005 und der Haushaltsplan 2007 mit dem Stellenplan und Investitionsplan wurden intensiv analysiert und diskutiert.

Der Bau des Parkplatzes wurde kritisch begleitet und mit vielen guten Ideen unterstützt.

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

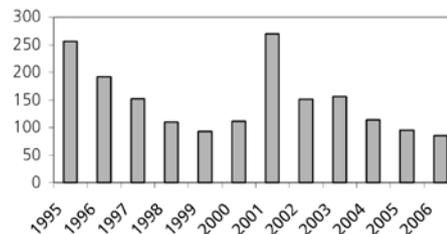
Weiterhin hat sich der Finanzausschuss mit Anträgen nach § 9 der Beitragsordnung (Stundung, Ermäßigung oder Erlass von Beiträgen) sowie mit Widersprüchen zu den ergangenen Beitragsbescheiden befasst. Eingereicht wurden 85 Anträge nach § 9 der Beitragsordnung, das waren 10 Anträge weniger als im Jahr 2005. Von den vorliegenden Anträgen entschied der Finanzausschuss nach gründlicher Prüfung:

- 2 Antragstellern Stundung,
- 27 Antragstellern Beitragserlass,
- 12 Antragstellern Dauererlass und
- 18 Antragstellern Beitragsermäßigung (davon 2 auf den Mindestbeitrag) zu gewähren. Für 26 Antragsteller wurde der Kammerbeitrag gemäß Beitragstabelle festgesetzt, da bei ihnen keine unzumutbaren Härten wegen besonderer persönlicher, beruflicher oder familiärer Umstände erkennbar waren.

Unter den Bedingungen der im Jahr 2006 geltenden Beitragsordnung zahlten:

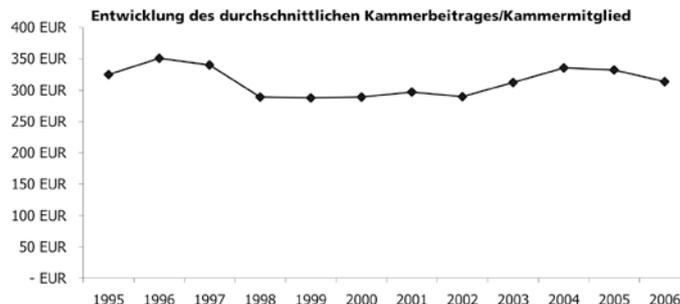
- 3.449 Ärzte den Mindestbeitrag, davon 2.182 Rentner,
- 1.327 Ärzte erhielten einen Beitragserlass, davon 1.288 Kammermitglieder über 70 Jahre und
- 18 Ärzte erhielten eine Beitragsermäßigung.

Entwicklung der § 9 - Anträge



Damit wurden im Jahr 2006 bei 4.794 Ärzten aus Altersgründen sowie aus sozialen, beruflichen und familiären Gründen eine Beitragsermäßigung beziehungsweise ein Beitragserlass oder die Zahlung des Mindestbeitrages wirksam. Der durchschnittliche Kammerbeitrag im Jahre 2006 betrug pro Kammermitglied 313,54 EUR.

Entwicklung des durchschnittlichen Kammerbeitrages/Kammermitglied



Der Finanzausschuss behandelte im Jahr 2006 insgesamt neun Widersprüche zu Bescheiden über Kammerbeiträge. Ferner beurteilte der Finanzausschuss in fünf Fällen, ob die ausgeübte Tätigkeit eine ärztliche Tätigkeit gemäß § 2 Abs. 3 der Beitragsordnung ist.

Aufgrund der stärkeren Fluktuation insbesondere ausländischer Ärzte und steigender Insolvenzfälle in der Ärzteschaft musste sich der Finanzausschuss auch in diesem Jahr mit der Ausbuchung uneinbringlicher Forderungen zum Kammerbeitrag befassen. Insgesamt wurden der Sächsischen Landesärztekammer bisher 36 Insolvenzfälle von Kammermitgliedern bekannt. Der Finanzausschuss ist bemüht, eine für die betroffenen Ärzte akzeptable Lösung zu finden.

Der Beitrag zum Fonds Sächsische Ärztehilfe wurde auch im Jahr 2006 nicht erhoben, da der Bestand des Fonds ausreicht, die eingehenden Anträge auf Unterstützung zu finanzieren. Der Fonds Sächsische Ärztehilfe dient dazu, bedürftige Ärzte und deren Familienangehörige sowie Hinterbliebene von Ärzten vor dringender Not zu schützen und dabei unbillige Härten zu vermeiden. Dem Fonds wurden im Jahr 2006 finanzielle Mittel in Höhe von 565,75 EUR aus der Erstattung von Kosten für die Berufsgenossenschaft zugeführt. Im Jahr 2006 wurden fünf zinslose Darlehen komplett und ein zinsloses Darlehen teilweise zurückgezahlt sowie ein Darlehen in Höhe von 1.200,00 EUR ausgereicht und ein nicht rückzahlbarer Zuschuss in Höhe von 2.500,00 EUR gewährt.

Der Haushaltsplanentwurf 2007 wurde eingehend beraten, der 35. Kammerversammlung am 11. November 2006 vorgelegt und durch diese bestätigt.

Nach § 11 Abs. 3 der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer vom 7. Oktober 1994 ist die Kassen- und Buchprüfung nach Ablauf des Rechnungsjahres durch einen Wirtschaftsprüfer oder vereidigten Buchprüfer vorzunehmen. Die Prüfung der Kassen- und Buchführung für das Jahr 2006 erfolgte in der Zeit vom 12. bis 23. März 2007. Der Finanzausschuss und der Vorstand nahmen den Bericht über die Prüfung der Rechnungslegung für das Rechnungsjahr 2006 der Sächsischen Landesärztekammer entgegen, diskutierten ihn und stimmten ihm vollinhaltlich zu. Die Ergebnisse der Buchprüfung, einschließlich der Einnahmen-/Ausgabenrechnung, sind jährlich der Kammerversammlung vorzulegen. Nach Abschluss der Kassen- und Buchprüfung für das Haushaltsjahr 2006, deren Ergebnisse der Kammerversammlung vorgelegt wurden, ergeben sich folgende Zahlen:

Einnahmen gesamt	8.320.574,31 EUR
davon Kammerbeiträge	6.014.235,29 EUR
Gebühren laut Gebührenordnung	799.334,99 EUR
Gebühren für Fortbildung	344.290,00 EUR
Gebühren für externe Qualitätssicherung	378.694,52 EUR
Kapitalerträge	289.242,46 EUR
Erträge „Ärzteblatt Sachsen“	12.000,00 EUR
Sonstige Erträge	482.777,05 EUR
Ausgaben gesamt	7.254.101,41 EUR
davon Personalaufwendungen für	
hauptamtliche Mitarbeiter	3.014.273,29 EUR
Entschädigungen für ehrenamtlich	
tätige Ärzte (einschließlich Reise- und Über-	
nachtungskosten, Kammerversammlung,	
Vorstand, Ausschüsse)	1.019.852,50 EUR
Honorare, fremde Lohnarbeit,	
Telefon, Porto, Büroaufwand	1.097.793,00 EUR
Betriebsaufwand, Miete, Reinigung,	
Energie	677.903,19 EUR
Unterstützung Kreisärztekammern	
(Rückführung von Beitragsgeldern)	225.036,00 EUR
Beiträge zur Bundesärztekammer	505.419,67 EUR
Abschreibungen	608.071,03 EUR
Zinsaufwand für Darlehen	0,00 EUR
Zuführung zu Rücklagen	105.752,73 EUR

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

Vorstand, Kammerversammlung, Ausschüsse	8,1 %
Weiterbildung, Fortbildung	17,4 %
Qualitätssicherung	7,3 %
Medizinische Fachangestellte	1,9 %
Allg. Rechtsfragen, Gutachterstelle, Ethikkommission,	
Berufsrecht	9,4 %
Beitragswesen, Rechnungsführung und Finanzen,	
Berufsregister	10,5 %
Geschäftsstellen Dresden, Leipzig, Chemnitz	32,9 %
Öffentlichkeitsarbeit/Ärzteblatt Sachsen	2,4 %
Beiträge zur Bundesärztekammer	7,0 %
Unterstützung der Kreisärztekammern	3,1 %

Der Jahresüberschuss wird für die Zuführung zu den Rücklagen „Gebäude“ und „Elektronischer Arztausweis“ verwendet sowie auf neue Rechnung vorgetragen.

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

6 Kommissionen und Arbeitsgruppen

6.1

Redaktionskollegium

(Prof. Dr. Winfried Klug, Grünberg, Vorsitzender)

Das „Ärzteblatt Sachsen“ ist das offizielle Mitteilungsblatt der Sächsischen Ärztekammer. Auch im Jahr 2006 nahm unser Kammerorgan die wichtige Mittlerfunktion zwischen der Landesärztekammer und der sächsischen Ärzteschaft wahr. Das Hauptanliegen unserer Zeitschrift war, im Jahr 2006 über die Berufspolitik und Gesundheitspolitik aktuell zu informieren, amtliche Bekanntmachungen zu veröffentlichen und auf gesetzliche Vorschriften hinzuweisen sowie medizinisch wissenschaftliche Originalien zu publizieren, Beiträge zur Medizingeschichte zu veröffentlichen und unseren Jubilaren zu gratulieren. Die 12 Mitglieder des ehrenamtlich besetzten Redaktionskollegiums haben im Jahr 2006 durch ihr fachliches Wirken das Profil und die berufspolitische Aussage unseres Kammerorgans vervollständigt. Das Redaktionskollegium beriet in zwölf Sitzungen die grundsätzlichen Inhalte und die fachspezifischen Beurteilungen der zur Veröffentlichung eingereichten Beiträge, besprach Fragen der formalen und visuellen Gestaltung der Zeitschrift und legte die Inhalte der 12 Monatshefte des „Ärzteblatt Sachsen“ nach sachlicher Diskussion fest. Allen Mitgliedern des Redaktionskollegiums ist für ihre kontinuierliche und konstruktive Tätigkeit sowie kritische Diskussion und der Redaktionsassistentin Frau Ingrid Hüfner für ihre organisatorische Unterstützung besonders zu danken.

Themenschwerpunkte der standespolitischen, ärztlich berufspolitischen und gesundheitspolitischen Veröffentlichungen im „Ärzteblatt Sachsen“ waren im Jahr 2006:

- das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz und seine negativen Prognosen für die Bürger in der Bundesrepublik Deutschland, für die Ärzteschaft, für die Beschäftigten im Gesundheitswesen und für die ärztliche Selbstverwaltung,
- der Streik der Ärzte an den Universitäten und an den kommunalen Krankenhäusern,
- die nationalen Protesttage der deutschen Ärzteschaft und der nicht ärztlichen Berufe,
- die gesetzeswidrige Befristung von Weiterbildungsverträgen,
- die Eignung der Weiterbildungsbefugten,
- die Fortbildungspflicht der angestellten und niedergelassenen Ärzte,
- die Vorbereitung der Wahl zur Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer für die Wahlperiode und 2007/2011,
- die zehn Fragen an die Vorsitzenden der Ausschüsse der Sächsischen Landesärztekammer,
- die Perspektiven für Medizinstudenten,
- die Studie über nicht ärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte in Sachsen,
- der Tätigkeitsbericht der Sächsischen Landesärztekammer 2005,
- der 109. Deutsche Ärztetag,
- der Außerordentliche Deutsche Ärztetag 24.10.2006,

- Sächsischer Ärztetag und Kammerversammlungen,
- die 26. und 27. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern.

Im Jahr 2006 wurden 14 medizinische Originalarbeiten von Ärztinnen und Ärzten aus sächsischen Hochschulen und Krankenhäusern sowie von Ärzten in eigener Niederlassung in unserem Ärzteblatt veröffentlicht.

Das „Ärzteblatt Sachsen“ erschien im Berichtsjahr 2006 regelmäßig am 10. eines Monats mit einem durchschnittlichen Umfang von 32 redaktionellen Seiten. Der 17. Jahrgang unseres Kammerorgans umfasste insgesamt 384 Druckseiten ohne Addition der Anzeigen und der wissenschaftlichen Beilagen. Ohne Zweifel beeinträchtigt die in jedem Heft integrierte Werbung häufig die Kontinuität des Lesens und stört zum Teil das Erscheinungsbild unserer Zeitschrift, insbesondere auf dem Titelblatt. Aber die Werbung im „Ärzteblatt Sachsen“ ermöglichte und ermöglicht auch weiterhin die kostenneutrale Herstellung und den Versand des Ärzteblattes durch die Leipziger Verlagsanstalt GmbH.

Die Zusammenarbeit mit der Leipziger Verlagsanstalt GmbH war konstruktiv und im guten Einvernehmen. Der Druck des „Ärzteblatt Sachsen“ erfolgte wie bisher in der Druckhaus Dresden GmbH.

2006 erschien das „Ärzteblatt Sachsen“ wie bereits seit 1999 mit einer Onlineausgabe unter <http://www.slaek.de>.

Das Gesamtinhaltsverzeichnis vom 17. Jahrgang (2006) erscheint im Heft 1/2007 übersichtlich gegliedert als herausnehmbare Heftbeilage.

Die Zielstellungen des Redaktionskollegiums „Ärzteblatt Sachsen“ im Jahr 2007 sind:

- berufspolitische Artikel gegen den geplanten zentralistischen Umbau des Gesundheitswesens, gegen die Fortschreibung der Budgetierung in der ambulanten ärztlichen Versorgung, gegen die Einführung eines völlig überflüssigen bürokratischen Gesundheitsfonds und gegen die Angleichung der eigenständigen privatärztlichen Gebührentaxe an die budgetierte Vertragsgebührenordnung zu protestieren,
- erneut einen aktiven Beitrag für die ärztliche Geschlossenheit zu leisten und ärztliche Gemeinsamkeiten herzustellen,
- das Sprachrohr des „Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen“ zu sein,
- die Ergebnisse der umfangreichen Arbeit und der Entscheidungen der sächsischen Kreisärztekammern und der Sächsischen Landesärztekammer den sächsischen Ärzten bekannt zu machen,
- die Veröffentlichung der Schwerpunktthemen und der erzielten Ergebnisse der Ausschüsse der Sächsischen Landesärztekammer durchzuführen,
- die Publikation von praxisrelevanten wissenschaftlichen Artikeln aus den sächsischen medizinischen Einrichtungen und Praxen zu ermöglichen.

Der Beginn des 18. Jahrganges (2007) wird für das Redaktionskollegium Anlass sein, einige visuelle und gestalterische Veränderungen am Kammerorgan vorzunehmen, um ein frischeres und zeitgerechtes Erscheinungsbild zu erzielen. Dabei findet der Wiedererkennungswert des Heftes in seinem Gesamterscheinungsbild eine entsprechende Berücksichtigung. Die redaktionellen Inhalte mit den Rubriken Berufspolitik, Gesundheitspolitik, Amtlichen Bekanntmachungen, Mitteilungen der Geschäftsstelle und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, medizinisch wissenschaftliche Originalarbeiten, Leserbriefe, Medizingeschichte, Personalien, Kunst und Kultur werden fortgesetzt.

6.2

Multimedia und Gesundheitstelematik (Dr. Lutz Pluta, Leipzig, Vorsitzender)

Im Jahr 2006 erweiterte die Arbeitsgruppe „Multimedia in der Medizin“ ihren Tätigkeitsbereich. Eine ausschließliche Konzentration auf die Inter-

netpräsentation erschien nicht mehr sinnvoll, die Neuerarbeiten waren weitgehend abgeschlossen, die Betreuung der kontinuierlichen Pflege konnte die Arbeitsgruppe nicht auslasten. Sie beschäftigte sich daher auch mit dem Themengebiet Gesundheitstelematik und änderte zur Kenntlichmachung ihres erweiterten Aufgabengebietes ihren Namen in Arbeitsgruppe „Multimedia und Gesundheitstelematik“.

Mit der Einführung der Pflichtfortbildung für alle berufstätigen Ärzte wurde die Vereinfachung der dazu notwendigen Prozesse erforderlich. Die Anmeldung zertifizierter Veranstaltungen und die Erteilung der Fortbildungszertifikate an die Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer erforderte einen immensen und ständig weiter wachsenden Arbeitsaufwand der Mitarbeiter der beteiligten Referate, verbunden mit einer unüberschaubaren Papierflut. Dieser Aufwand wäre in Kürze nicht mehr mit den vorhandenen Ressourcen zu bewältigen gewesen.

Abhilfe schaffen sollten hier zwei Neuerungen: Erstens die Einführung eines persönlichen elektronischen Punktekontos für jeden sächsischen Arzt, das auch online einsehbar sein sollte. Zweitens die Online-Anmeldung von Fortbildungsveranstaltungen durch alle Anbieter solcher Veranstaltungen. Außerdem sollten bundesweit alle Organisatoren die erworbenen Fortbildungspunkte der teilnehmenden Ärzte online an die entsprechenden Kammern melden.

Durch den hohen persönlichen Einsatz aller beteiligten Mitarbeiter standen die Arbeiten an der Einführung der zu nutzenden Programme zum Jahreswechsel kurz vor der Vollendung. Nach einer Eingewöhnungsphase werden die eingeführten Programme zu einer wesentlich effektiveren Arbeit beitragen. Auch das leidige „Papiersammeln und -fortschicken“ der fortbildungspflichtigen Ärzte wird nach einer gewissen Übergangszeit der Vergangenheit angehören.

Um die Arbeit der Bezirksstellen effektiver zu gestalten, stimmte die Arbeitsgruppe der Online-Anbindung dieser beiden Außenstellen an das Hausnetz der Hauptgeschäftsstelle zu, da nun alle Anforderungen in Bezug auf die Sicherheit der Daten erfüllt werden konnten.

Die Arbeitsgruppe beteiligte sich auch weiterhin an den Vorbereitungen zur Einführung des elektronischen Arztausweises. Außerdem wurde die dazu im Jahr 2005 gestartete Umfrage über die technische Ausstattung der sächsischen Arztpraxen mit Computertechnik intensiv ausgewertet. Im Ergebnis dieser Auswertung veröffentlichte die Arbeitsgruppe im Ärzteblatt Sachsen 2/2006 einen entsprechenden Artikel.

6.3

Ethikkommission

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

Das Jahr 2006 war gekennzeichnet von einer hohen Sitzungsfrequenz. Dabei wurde der im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben notwendige Sitzungsrhythmus, 3-Wochen-Abstand, ganz streng eingehalten. Die 17 Sitzungen fanden mit hoher Beteiligung der Mitglieder (elf ordentliche Mitglieder und zwei ständige Vertreter) statt.

Die Beteiligung der Sitzungsmitglieder lag bei 70 bis 75 Prozent. Im vorgegebenen Zeitraum wurden 22 Studien komplett bearbeitet, bei denen wir federführend waren (19 mit zusätzlichen beteiligten Ethikkommissionen in anderen Ländern und drei bei ausschließlicher Vergabe der Studien an Zentren in Sachsen). Daneben waren wir in 189 Fällen als beteiligte Ethikkommission tätig, 19 Studien betrafen das alte Recht, berufsrechtlich zu bearbeitende Studien waren 38mal Sitzungsgegenstand und Studien nach dem Medizinproduktegesetz wurden in 12 Fällen bearbeitet. Insgesamt nahm die Zahl der bewerteten Studien gegenüber 2005 von 267 auf 280 zu.

In Sachsen sind neben großen Kliniken und zahlreichen Praxen auch eine größere Zahl von Studienzentren beteiligt, die sowohl als federführende Einrichtungen als auch als beteiligte Studienprüfzentren von Bedeutung sind.

Inhaltlich beschäftigten sich zahlreiche Studien mit Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems (besonders dem Hochdruckleiden) und mit Untersuchungen zur Wirkung von Chemotherapeutika bei Tumorkrankheiten.

Daneben nahmen einen breiten Raum Studien zur Behandlung des Diabetes mellitus, besonders Typ 2, ein, Studien, die sich mit neurogenen und psychischen Erkrankungen beschäftigen, wie Parkinson- und Demenzerkrankungen. Daneben spielte eine große Rolle die erektile Dysfunktion für Männer sowie zahlreiche Studien im Bereich des Berufsrechts, die sich mit Analysen von Krankheitsergebnissen und damit mit Qualitätsfragen beschäftigen.

Es deutet sich außerdem eine Zunahme von Studien an Kindern an. Dieses Gebiet wird zukünftig eine noch größere Rolle spielen, da für viele Arzneimittel eine spezielle Untersuchung im Kindesalter noch nicht erfolgt ist.

Für alle Studien konnten die vorgegebenen Fristen eingehalten werden. Ein besonderer Dank gilt somit den Mitarbeitern der Geschäftsstelle, die in bewährter Weise ihre Erfahrungen in der Bearbeitung von Anträgen und Studien einbrachte.

Die Ethikkommission arbeitete eng zusammen mit dem Arbeitskreis der Vorsitzenden der Ethikkommissionen. Beide Sitzungen im Sommer und Spätherbst 2006 wurden von Mitgliedern unserer Kommission wahrgenommen, sodass ein direkter Informationsfluss von Beschlüssen und Empfehlungen aus diesem Kreis an die Mitglieder weiter gegeben werden konnte.

Zukünftig deutet sich eine noch intensivere Bearbeitung von Studien im Rahmen der Röntgenverordnung auch durch die Ethikkommissionen an. In diesem Fall würde die Kommission im Kreise der sächsischen Ärzte Sachverständigenarbeit erbitten.

Neben der somit umfangreichen Arbeit an den Studien selbst kam im Jahr 2006 eine erhebliche Steigerung der Anzahl von bearbeitenden Amendements zum Tragen. Dabei handelt es sich um Ergänzungen zu bereits genehmigten Studien, die zum Teil Studienzentren und dort tätige Prüfarzte betreffen, zum anderen aber auch neue Erkenntnisse in die Studien einbringen, die sich aus toxikologischen Untersuchungen zum Medikament ergeben haben oder die sich mit der Zulassung eines bislang noch nicht zugelassenen Medikamentes auf dem deutschen Arzneimittelmarkt beschäftigen. Diese Amendements betreffen außerdem eine Vielzahl von formellen Ergänzungen zu Studien. Hier ist die Zahl gegenüber 2005 (339 Amendements) deutlich angestiegen; im Jahr 2006: 437 Amendements. Über diese ergänzenden Bewertungen hinaus findet ein sehr umfangreicher Schriftwechsel der Ethikkommission bezüglich der Berichte über unerwartete und unerwünschte Nebenwirkungen bei Medikamenten statt. Die SUSAR-Berichte sind zum Teil als gebündelte jährliche und halbjährliche Berichte zu bewerten, darüber hinaus aber auch in vielen Fällen als Einzelmitteilungen.

6.4

Gesprächskreis Ethik in der Medizin

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

Der Gesprächskreis Ethik in der Medizin beschäftigte sich im Jahr 2006 mit den Schwerpunkten Beschneidung in Deutschland sowie Patientenautonomie und Strafrecht in der Sterbegleitung.

Ausgelöst wurde das Thema Beschneidung von Jungen und Mädchen in Deutschland durch ein Urteil eines deutschen Gerichtes und einer Umfrage von UNICEF, Terres de Femmes und dem Berufsverband der Frauenärzte

e.V. vom April 2005. Der Gesprächskreis diskutierte zunächst die rechtliche Dimension. Nach einer kritischen Darlegung der Rechtslage durch Prof. Dr. jur. Rüdiger Kern, wonach in eine Beschneidung ohne medizinische Indikation nur der Betroffene selbst einwilligen kann – was bei Kindern unter 14 Jahren grundsätzlich nicht möglich ist – und der ausführende Arzt daher eine Körperverletzung begehen würde, stellte sich die Frage, ob die religiöse Beschneidung durch das Grundrecht der Religionsfreiheit gedeckt sein könnte. Zur Religionsfreiheit gehört auch die Freiheit der Religionsausübung. Davon umfasst ist nach herrschender Meinung zum Beispiel die Taufe oder Konfirmation der Kinder. Zu diesem Aspekt wurde eine kompetente Wissenschaftlerin von der Universität Leipzig eingeladen, welche die religiöse Dimension der Beschneidung in den Glaubensrichtungen darstellte. Bei einer Abwägung der widerstreitenden Grundrechtspositionen kam der Gesprächskreis zu dem Schluss, dass die Religionsfreiheit der Eltern hinter das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit des Kindes zurücktreten müsse. Es könne letztlich nicht darauf ankommen, ob die Beschneidung in der jeweiligen Religion verankert sei oder wie gravierend die Folgen des Eingriffs sind. Das Recht des Kindes auf körperliche Unversehrtheit stelle gleichwohl das höhere Rechtsgut dar. Zudem greife die Fürsorgepflicht der Eltern.

Der Gesprächskreis Ethik in der Medizin vertrat nach einer abschließenden Diskussion die Ansicht, dass Ärzte, die entsprechende religiöse Gruppen betreten, um die Problematik wissen und das Gespräch mit den Eltern suchen sollten, damit den in Deutschland geborenen oder aufwachsenden Mädchen und Jungen die Möglichkeit einer eigenständigen Entscheidung ermöglicht wird. Zum Umgang mit bereits beschnittenen Frauen und Mädchen hat die Bundesärztekammer im Februar 2006 eine entsprechende Empfehlung veröffentlicht (Deutsches Ärzteblatt 103, 3.2.2006, A-285). Die Empfehlungen richten sich an behandelnde Ärzte beschnittener Patientinnen.

Patientenautonomie und Strafrecht in der Sterbegleitung war Gegenstand des deutschen Juristentages. Der Juristentag spiegelt mit dem Thema den Zeitgeist wieder und reagiert auf Unsicherheiten der Ärzte in den Problemkreisen Sterbegleitung und Patientenverfügung. Der Gesprächskreis nahm die Beschlüsse des Juristentages zur Grundlage der Diskussion und machte deutlich, dass im Vordergrund einer Sterbegleitung die Aufklärung des Patienten und der Angehörigen stehen müsse. Grundsätzlich können Gesetze zudem keine Standardlösungen eröffnen, sondern nur einen Rahmen dafür schaffen. Die Beschlüsse des Juristentages zur Patientenverfügung und zur Sterbegleitung haben deshalb nur Empfehlungscharakter an den Gesetzgeber und sollten Einfluss in die rechtlichen Regelungen zur Patientenverfügung finden. Als Fazit will der Gesprächskreis über die Sächsische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung Themen zur ärztlichen Ethik anbieten.

Für das Jahr 2007 möchte der Gesprächskreis vorerst wieder zwei Themen bearbeiten. Zum einen die ethischen Folgen der medizinischen Rationierung und zum anderen die Rolle von Ethikkomitees an Kliniken. Für dieses Thema werden Prof. Haupt, Prof. Bach sowie Prof. Oehmichen eine Umfrage unter den sächsischen Kliniken vorbereiten, um den IST-Stand vorhandener Ethikkomitees festzuhalten.

6.5

Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen

(Dr. Rainer Kluge, Kamenz, Vorsitzender)

Vor der Analyse unserer Tätigkeit und dem Zahlenmaterial hat auch im Jahre 2006 der Dank an unsere Gutachter zu stehen, die uns mit hohem Einsatz qualitativ hochwertige Gutachten liefern, ohne die unsere Tätigkeit nicht möglich wäre.

Nach einem deutlichen Rückgang der Eingänge im Jahr 2005 hat sich dieser Trend, wenn auch deutlich abgeschwächt, im Jahr 2006 fortgesetzt. Im Jahresverlauf ergibt sich jedoch dabei ein deutlich differenzierter Verlauf. Waren die Eingangszahlen in den Quartalen I und II des Berichtszeitraumes weiterhin deutlich rückläufig, so war im III. Quartal wiederum ein leichter, im IV. Quartal ein deutlicher Anstieg der Anzahl der Begutachtungsanträge zu verzeichnen. Eine verlässliche Begründung für diese Entwicklung, die im Übrigen auch in Gutachterkommissionen/Schlichtungsstellen anderer Bundesländer zu verzeichnen war, können wir wiederum nicht benennen. In der Ständigen Kommission der Gutachterstellen der Bundesärztekammer wird diese Entwicklung im Zusammenhang mit der Tätigkeit der Behandlungsfehlermanagementzentren der Krankenkassen gesehen.

Wir haben die Zahlen unserer Gutachterstelle in den angefügten Tabellen und Grafiken in der gewohnten Weise dargestellt. Dem aufmerksamen Leser wird nicht entgehen, dass für den Abschnitt 3, der die Ergebnisse der Begutachtungen darstellt, eine etwas andere Darstellungsform gewählt wurde, die das juristische Ergebnis der Begutachtung in den Vordergrund stellt.

Wer das Zahlenmaterial mit den Angaben aus den Vorjahren vergleicht, wird feststellen, dass es geringfügige Differenzen gibt. Diese erklären sich aus der Tatsache, dass bis 2005 die Statistik lediglich durch Addition des jeweils neuen Jahrganges zu dem bisherigen Zahlenmaterial fortgeschrieben wurde und demzufolge im Verfahrensverlauf auftretende Veränderungen statistisch nicht mehr berücksichtigt werden konnten. Leider spielte gelegentlich auch der Fehlerleufel bei den relativ einfachen Additionen mit. Die diesjährigen Zahlen sind nicht aus einer Fortschreibung entstanden, sondern ergeben sich aus einer komplett neuen Aufbereitung des Gesamtmaterials der Gutachterstelle, sind also genauer.

Diese Zahlen liefern das bereits bekannte Bild bzgl. der Anerkennungsquote wie auch bzgl. der Verteilung auf die verschiedenen medizinischen Fachdisziplinen.

Die Anerkennungsquote von etwa 25 Prozent ist nunmehr über fast 15 Jahre stabil, gleichermaßen die Feststellung, dass die „schneidenden Disziplinen“ deutlich häufiger mit Forderungen konfrontiert werden als die eher konservativ bestimmten Fächer.

Weiterhin auffällig ist die zunehmende Schärfe, mit der solche Auseinandersetzungen geführt werden. Häufig genug wird offenbar keine Begutachtung erwartet, sondern eher eine Bestätigung erhobener Ansprüche.

Die Zusammenarbeit mit den Haftpflichtversicherern, die in jedem Fall in das Verfahren eingebunden sind, ist überwiegend problemlos, wenngleich nicht zu verkennen ist, dass in einer steigenden Zahl von Fällen die Zustimmung des Versicherers zu einem solchen Verfahren verweigert wird. Die Gründe hierfür können nur gemutmaßt werden.

Neben der Bewältigung der laufenden Arbeiten werden im kommenden Jahr folgende Aufgaben unsere Tätigkeit bestimmen:

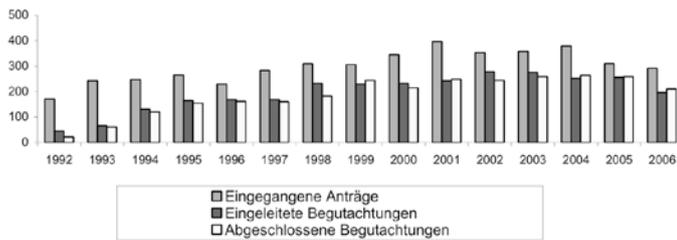
- Ausbau des Gutachterstammes, in einigen Fachdisziplinen auch über die sächsischen Landesgrenzen hinaus.
- Mit der Neuwahl zur Kammerversammlung im Jahre 2007 wird auch der Sachverständigenrat der Gutachterstelle neu zu berufen sein.
- Gegenwärtig laufende Auswertungen unseres Gutachtenmaterials in den Fachgebieten Innere Medizin, Anästhesiologie/Intensivmedizin und Allgemeinmedizin werden planmäßig fortgeführt und sollen nach Möglichkeit in 2007 zum Abschluss kommen. Mit diesen Untersuchungen soll eine Aussage getroffen werden, ob sich in unserem Gutachtenmaterial Hinweise für systematische Fehlerquellen finden.

Die dezentralisierte Arbeitsweise der Gutachterstelle verlangt eine gute und straffe Organisation der Geschäftsstelle, um den umfangreichen Schriftverkehr und die Aktenführung zu ermöglichen.

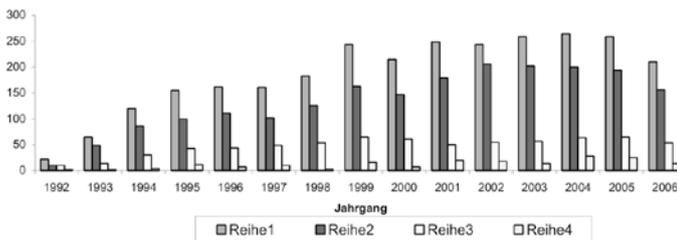
Jahresstatistik 2006

	kumulativ 1992-2005	2005	2006
1. Gesamtmaterial			
1.1. eingegangene Anträge	4211	311	292
1.2. eingeleitete Begutachtungen	2719	257	196
1.3. abgeschlossene Begutachtungen	2597	259	210
1.4. am Ende des Berichtszeitraumes offene Begutachtungsverfahren		121	122
2. Gliederung nach Einrichtungen (Bezugsgröße: im Berichtsjahr in Auftrag gegebene Gutachten)			
n	2719	257	196
2.1. Klinik	1800	154	116
2.2. Klinikambulanz	139	14	12
2.3. Praxis	780	89	68
3. Gliederung nach Entscheidungen (Bezugsgröße: im Berichtsjahr abgeschlossenen Begutachtungen)			
n	2597	257	210
3.1. Anspruch anerkannt:	667	63	54
3.1.1. Behandlungsfehler ursächlich für Körperschaden (Anerkennung)	655	60	52
3.1.2. Anspruch anerkannt wegen unzureichender Aufklärung	12	3	2
3.2. Anspruch abgewiesen	1930	194	156
3.2.1. kein Behandlungsfehler festgestellt	1770	169	142
3.2.2. Behandlungsfehler festgestellt aber nicht ursächlich für Körperschaden	160	25	14
3.3. Anerkennungsquote	25,74 %	24,51 %	25,71 %
4. Gliederung nach Fachrichtungen (Bezugsgröße: im Berichtsjahr in Auftrag gegebene Gutachten)			
n	2719	256	196
Allgemeinmedizin	140	14	14
Anästhesiologie	72	3	5
Augenheilkunde	63	4	6
Chirurgie (gesamt)	1145	100	74
Allgemeine Chirurgie		48	28
Unfallchirurgie		46	40
Gefäßchirurgie		1	1
Herzchirurgie		3	4
Kinderchirurgie		1	1
Thoraxchirurgie		1	
Gynäkologie/Geburtshilfe	339	26	12
HNO	77	6	4
Haut- und Geschlechtskrankheiten	23	4	4
Innere Medizin	253	26	32
Kinderheilkunde	38	4	6
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	15	1	2
Neurochirurgie	43	2	3
Neurologie/Psychiatrie	70	5	7
Orthopädie	328	51	23
Pathologie	5	1	
Radiologie (Diagnostik und Therapie)	25		4
Urologie	83	5	4

Gutachterstelle - Gesamtmateriale



Gutachterstelle - Ergebnisse der Begutachtung



Reihe 1: abgeschlossene Begutachtungen

Reihe 2: kein Behandlungsfehler festgestellt (Anspruch abgewiesen)

Reihe 3: Behandlungsfehler als ursächlich für Schaden festgestellt (Anspruch anerkannt)

Reihe 4: Behandlungsfehler festgestellt, aber nicht ursächlich für Schaden (Anspruch abgewiesen)

6.6

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

Die Kommission „Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“ tagte im Jahr 2006 viermal.

Im ersten Halbjahr nahm die Erarbeitung einer Geschäftsordnung der Kommission breiten Raum ein. Diese war erforderlich, da das Sächsische Staatsministerium für Soziales im Rahmen des Abbaus von Verwaltungsvorschriften die Verantwortung für die Genehmigung und Kontrolle von künstlichen Befruchtungen der Sächsischen Landesärztekammer übertragen hat.

In diesem Zusammenhang wurden auch die Anlage 1 „Richtlinie zur Genehmigung von Maßnahmen zur Durchführung künstlicher Befruchtungen durch Vertragsärzte, ermächtigte Ärzte, ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen und zugelassene Krankenhäuser“ und die Anlage 2 „Richtlinie zur Durchführung künstlicher Befruchtungen“ überarbeitet.

Es wurde die (Muster-)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion der Bundesärztekammer vom 17.02.2006 in unsere Berufsordnung eingearbeitet. Die Sächsische Landesärztekammer war damit bundesweit eine der ersten Kammern, die diese (Muster-)Richtlinien umgesetzt hat.

Es folgte eine Abstimmung der Entwürfe mit dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales. Die Geschäftsordnung machte eine Satzung zur Änderung der Berufsordnung und der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer erforderlich. Diese Änderungen wurden bei der Kammerversammlung im Juni 2006 beschlossen.

Weiterhin wurden Anträge von nicht verheirateten Paaren zur Durchführung der assistierten Sterilitätstherapie von der Kommission entschieden.

Insgesamt wurden 136 Anträge neu gestellt.

17 Anträge waren aus dem Jahr 2005 noch in Bearbeitung,

153 Anträge wurden im Jahr 2006 bearbeitet,

77 Anträge konnten davon genehmigt werden,

51 Anträge wurden zurückgezogen,

25 Anträge sind noch in Bearbeitung.

Im Rahmen des Antragsverfahrens von Frau Dr. Gabert aus Leipzig erfolgte eine Praxisbegehung vor Ort. Da alle Voraussetzungen für die Durchführung künstlicher Befruchtungen gegeben waren, konnte hier die Genehmigung erteilt werden.

Weiterhin gab es 2006 die ersten Diskussionen zur Umsetzung der EU-Richtlinie 2004/23/EG durch ein Gesetz über Qualität und Sicherheit von menschlichen Geweben und Zellen (Gewebebesetz).

Da die gesetzliche Umsetzung in der Bundesrepublik bisher noch nicht erfolgte, bleibt abzuwarten, inwieweit sich daraus Konsequenzen für die ärztliche Tätigkeit, im Bereich der künstlichen Befruchtung, ergeben.

6.7

Gewalt gegen Kinder/Misshandlung Minderjähriger (PD Dr. Christine Erfurt, Dresden, Vorsitzende)

Die Fachkommission „Gewalt gegen Kinder/Misshandlung Minderjähriger“ kann auf eine über 10jährige erfolgreiche Arbeit zurückblicken. Insbesondere sind hier die Öffentlichkeitsarbeit und die Einbringung in ein landesweites Netzwerk zum Schutz von Gewaltopfern zu erwähnen.

An dieser Stelle gedankt sei Herrn Dr. V. Jähig, Kinderarzt in Limbach-Oberfrohna, der durch seine engagierte und fachkompetente Mitarbeit wesentlich zum Gelingen der gestellten Aufgaben der Kommission beigetragen hat. Wir wünschen ihm weiterhin beste Gesundheit und auch Zeit für Entspannung und Hobbys.

Als neue Mitglieder der Kommission konnten Frau Dr. med. Inge Weigl (Kinderärztin in Freiberg) und Herr Dr. med. Uwe Schmidt, Facharzt für Rechtsmedizin am Dresdner Institut, gewonnen werden.

Im Jahre 2006 konzentrierte sich die Tätigkeit der Fachkommission auf folgende Schwerpunkte:

Broschüre „Gewalt gegen Kinder/Misshandlung Minderjähriger“

Bereits im Jahre 1997 hatte die Kommission drei Artikel für das Ärzteblatt Sachsen erarbeitet. 2002 erschien dann die Broschüre „Gewalt gegen Kinder/Misshandlung Minderjähriger“ als Beilage im „Ärzteblatt Sachsen“. Die 2. überarbeitete Auflage konnte 2006 veröffentlicht werden. Hier finden sich insbesondere geänderte gesetzliche Regelungen, Hinweise auf das Schütteltrauma und das Münchhausen-by-proxy-Syndrom und ein deutlich verbesserter Bildanhang. Nach dem Erscheinen konnte ein besonderes Interesse nicht nur bei Kinder- und Jugendärzten, sondern auch bei den verschiedensten anderen medizinischen Fachrichtungen (Hausärzte, Gynäkologen, Radiologen, Zahnmediziner) sowie bei Mitarbeiter von Schutzeinrichtungen beobachtet werden. Aus diesem Grunde wurden bereits mehrere Vorträge gehalten und weitere vereinbart.

Leitfaden „Häusliche Gewalt“

Unter Leitung der Fachkommission wurde in Zusammenarbeit mit einer Psychologin/Supervisorin der „Sächsische Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt“ am Sächsischen Staatsministerium für Soziales erstellt. Dieser Leitfaden wird 2007 erscheinen und der Ärzteschaft auf Weiterbildungstagungen erläutert und zur Verfügung gestellt. Diese Tagungen werden gemeinsam von den Autoren und Mitarbeitern des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales sowie von Schutzein-

richtungen durchgeführt werden. Hierbei soll zum einen der Leitfaden vorgestellt und zum anderen weitere Hilfestellungen und Anleitungen für das ärztliche Vorgehen beim Verdacht auf Gewaltstraftaten gegeben werden. Insbesondere wird auf die unterschiedlichen juristischen Gegebenheiten beim Vorgehen bei erwachsenen und kindlichen Opfern hinzuweisen sein.

Problembegleitende Vorträge

Das Thema Kindesmisshandlung und sexueller Missbrauch stößt in den verschiedensten Berufsgruppen auf ein breites Interesse. Dies ist nicht nur den in den Medien dargestellten spektakulären Fällen geschuldet, sondern auch den in unserem Einzugsgebiet immer häufiger festgestellten Verdachtsfällen. Jeder Arzt kann unabhängig von seiner Fachrichtung mit diesem Problem konfrontiert werden. Aber auch Mitarbeiter von Jugendämtern und Schutzeinrichtungen, in der Pflege tätige Personen, Krankenschwestern und Personen aus völlig anderen Professionen treten dem Problem der Misshandlung und dem sexuellen Missbrauch von Kindern immer bewusster entgegen.

Im Januar 2006 wurde eine Vortragsreihe „Häusliche Gewalt – sinnvoll helfen“ am Deutschen Hygiene-Museum Dresden von Mitgliedern der Fachkommission gestaltet. Es wurde drei Vorträge (Dr. med. U. Schmidt: Häusliche Gewalt erkennen – Untersuchungsmöglichkeiten der Rechtsmedizin, Dr. med. U. Schmidt: Häusliche Gewalt erkennen und was dann? Möglichkeiten der Hilfe für Opfer, Priv.-Doz. Dr. med. Ch. Erfurt: Kinder als Opfer häuslicher Gewalt) gehalten. Hierbei wurden neben den juristischen Grundlagen und der Befunddokumentation insbesondere über die Möglichkeiten des Handelns sowohl von Ärzten als auch von Opfern und ihren Helfern bei dem Verdacht auf oder der Feststellung von Gewaltstraftaten informiert. Die Mitglieder der Kommission sehen es als ihre vorrangige Aufgabe an, die Ärzteschaft und die Bevölkerung vor einem Überreagieren zu bewahren, aber ihnen niederschwellige Hilfsangebote vorzustellen.

Weitere Vorträge folgten: 26. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern, Fachtagung Jugendämter Dresden, 15. Jahreskongress der Sächsischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin, Fortbildung der niedergelassenen Ärzte und Schutzeinrichtungen des Weißeritztalkreises am 14.06.2006, Elternseminar, Anhörung der LF PDS zur Großen Anfrage „Häusliche und Beziehungs- sowie sexualisierte Gewalt im Freistaat Sachsen“, 11. Frankfurter Notarztweiterbildung, 6. Bautzener Kinderärztliche Fortbildung und 3. Görlitzer Notfalltag.

In der Folge der Veröffentlichungen und der Vorträge sind zahlreiche Nachfragen von Ärzten der verschiedensten Fachrichtungen sowie von Mitarbeitern von Jugendämtern, Kinder- und Jugendnotdiensten und Kinderheimen zu verzeichnen, die sich auf konkrete Fälle von Kindesmisshandlungen bzw. sexuellem Missbrauch bezogen. Hier konnte oft zum weiteren Vorgehen beratend unterstützt werden. Das Angebot zur Konsultation wird auch in der Zukunft weiter bestehen.

Teilnahme an Fachtagungen

Im November 2006 fand in Bremen das 3. Interdisziplinäre Forum Forensik „Macht-Sexualität-Gewalt“ statt. Hierbei standen die Themen des sexuellen Missbrauchs und der Pädophilie im Vordergrund. Insbesondere durch die Darstellung verschiedenster an dieser Problematik arbeitenden Berufsgruppen (Mediziner, Psychologen, Juristen, Kriminalisten) gestaltete sich diese Tagung zu einem wichtigen interdisziplinären Erfahrungsaustausch, aus dem sich bereits Pläne für die weitere Zusammenarbeit und weitere Tagungen ergeben haben.

Aufbau eines Netzwerkes zur Bekämpfung von Gewalt

Seit November 2005 arbeiten Mitglieder der Fachkommission in dem seit mehreren Jahren bestehenden Lenkungsausschuss der Staatsregierung zur

Bekämpfung häuslicher Gewalt mit. Und seit Dezember ist die Fachkommission auch in der Gruppe „Bündnis gegen Gewalt“ der Stadt Dresden vertreten. Hierbei arbeiten Vertreter der Sächsischen Staatsministerien für Inneres, Soziales und Justiz, Mitarbeiter von Opfer- und Täterberatungsstellen, Frauenhäusern, Kinder- und Jugendnotdiensten, Interventionsstellen, Schulämtern, Jugendämtern, Staats- und Rechtsanwälte, Polizeibeamte und Rechtsmediziner zusammen. Die regelmäßig stattfindenden Zusammenkünfte dienen der Fortbildung der einzelnen Berufsgruppen und insbesondere der Schaffung eines funktionierenden Netzwerkes innerhalb des Freistaates Sachsen bzw. der Stadt Dresden.

Das Netzwerk innerhalb der Ärzteschaft am Universitätsklinikum Dresden und an anderen Krankenhäusern und ärztlichen Praxen des Freistaates Sachsens kann als bereits bestehend und überwiegend gut funktionierend angesehen werden.

Fallspezifische Sprechstunde am Universitätsklinikum Dresden und der Medizinischen Fakultät der TU Dresden

Die am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden und an der Medizinischen Fakultät vor vielen Jahren aufgebaute interdisziplinäre Fallsprechstunde musste sich auch im Berichtsjahr mit zahlreichen Fällen von Kindesmisshandlung und sexuellem Missbrauch beschäftigen. Hierbei erfolgte eine Einbeziehung weiterer Fachdisziplinen. So arbeiten je nach Fallkonstellation Kinderärzte, Kinderchirurgen, Rechtsmediziner, Kinder- und Jugendpsychiater, Gynäkologen, Dermatologen, Ophthalmologen und Kinderradiologen eng zusammen.

Einbezogen in das weitere Vorgehen werden sehr häufig auch Mitarbeiter von Jugendämtern und Schutzeinrichtungen. An dieser Stelle werden von den Kommissionsmitgliedern jedoch noch viele zu lösende Probleme zu bearbeiten sein.

Erweiterung des Aufgabengebietes

Zahlreiche Studien zur Epidemiologie der Kindesmisshandlung und zum sexuellen Missbrauch von Kindern zeigen, dass diese Gewalttaten eng mit der sog. häuslichen Gewalt verknüpft sind. So sind in ca. 60 Prozent der Fälle häuslicher Gewalt auch Gewalttaten gegen Kinder zu beobachten. Aus diesem Grunde ist eine Erweiterung des Aufgabengebietes der Fachkommission geplant. Es sollen nicht nur Gewalttaten gegen Kinder sondern auch gegen Frauen und Männer Berücksichtigung finden.

6.8

Kommission Transplantation (Prof. Dr. Johann Hauss, Leipzig, Vorsitzender)

Die Fachkommission Transplantation hat sich 2006 wieder intensiv mit zahlreichen Problemen der Organspende und -transplantation im Freistaat Sachsen befasst, insbesondere standen die Bemühungen um eine Steigerung der Organspende im Freistaat Sachsen und in der „Region Ost“ (Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen) im Vordergrund. Weiterhin wurde intensiv daran gearbeitet, die Richtlinien der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer adäquat in die klinische Praxis umzusetzen. Personell gab es wiederum eingreifende Veränderungen, da die Ständige Kommission der Bundesärztekammer neu besetzt wurde. Zum 1. Vorsitzenden wurde nunmehr Herr Professor Lillie/Halle gewählt, der Herrn Prof. Schreiber/Göttingen ablöste. Herr Prof. Vilmar wurde sein Vertreter. Es bleibt abzuwarten, ob sich die „juristische Überlagerung“ vieler Probleme noch verstärkt oder ob diese sich möglicherweise in Zukunft limitieren lässt. Im vergangenen Jahr ist die Anzahl der durchgeführten Transplantationen in Deutschland von 3.910 im Jahr 2005 auf 4.032 angestiegen. Dies war

möglich, weil 1.259 Menschen bundesweit nach dem Tod ihre Organe gespendet haben, das waren 3,2 Prozent mehr als im Jahr zuvor. Die Anzahl der Organspender hat im Jahr 2006 ihren bisher höchsten Stand erreicht. Auf die Einwohnerzahl in Deutschland bezogen, bedeutet dies, dass 15,3 Menschen pro 1 Million Einwohner im Bundesdurchschnitt ihre Organe nach dem Tod gespendet haben. Insgesamt wurden aus Deutschland 3925 Organe für Transplantationen zur Verfügung gestellt, das waren 3,9 Prozent mehr als im Jahr zuvor. Trotz teilweise schwieriger Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem hat sich der positive Trend der vergangenen Jahre auch 2006 weiter stabilisiert. Diese positiven Zahlen dürfen jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass nach wie vor ein großer Mangel an Spenderorganen besteht.

In Tabelle 1 sind die unterschiedlichen Bundesländer bzw. Regionen dargestellt mit den entsprechenden Organspende- und Transplantationsraten. Auffallend ist wiederum, dass sowohl die Region Ost als auch der Freistaat Sachsen „Organexporteure“ bleiben, das heißt, es werden mehr Organe – vor allem Nieren – hier gespendet und entnommen als transplantiert. Bei zahlreichen Gelegenheiten wurde auf dieses Missverhältnis hingewiesen, korrigierende Maßnahmen sind bisher trotz aller Bemühungen nicht erfolgt.

In den Tabellen 2 bis 5 sind die gespendeten Organe im Jahresvergleich nach Region und Bundesland sowie die transplantierten Organe im Jahresvergleich dargestellt. In den Tabellen 6 und 7 sind die Zahlen der Organspender pro 1 Million Einwohner der Jahre 2005 (Grafik 1) und 2006 (Grafik 2) zusammengestellt. Der Bundesdurchschnitt ist von 14,8 auf 15,3 pro 1 Million Einwohner angestiegen, in der „Region Ost“ stieg die Anzahl von 16,7 auf 19,2 Organspender pro 1 Million Einwohner.

In der Region Ost wurden im vergangenen Jahr besonders erfolgreiche Spenderkrankenhäuser ausgezeichnet. Dazu fanden mehrere gemeinsame Aktionen mit der Deutschen Stiftung Organtransplantation und den zuständigen Landesministerien statt.

Die insgesamt positive Weiterentwicklung im Jahr 2006 ist für alle Beteiligten eine große Motivation, die Gemeinschaftsaufgabe Organspende und Organtransplantation weiter konsequent zu fördern und noch bestehende kritische Details zu korrigieren.

Die Transplantationskommission befasste sich außerdem mit aktuellen Problemen der Umsetzung von weiteren Richtlinien zum Transplantationsgesetz sowie den Konsequenzen der EU-Richtlinie „Zellen und Gewebe“ auf die bundesdeutschen Verhältnisse.

Die Richtlinien für die Zellen- und Gewebetransplantation werden uns auch in Zukunft noch intensiv beschäftigen, da zur Zeit Bestrebungen bestehen, dieses gesamte wichtige Gebiet dem Arzneimittelgesetz zu unterstellen. Dies würde bedeuten, dass die heute hocheffizient arbeitenden Hornhaut-, Herzklappen-, Gefäß- oder Knochenbanken nicht mehr wie bisher arbeiten könnten, vielmehr müssten außerordentlich aufwändige Produktionsmethoden und Kontrollverfahren entwickelt werden. Es besteht weiterhin die sehr konkrete Gefahr, dass eine „Kommerzialisierung“ dieses Gebietes eingeleitet wird, was ebenfalls unseres Erachtens erhebliche Nachteile brächte. Zurzeit finden in sämtlichen wichtigen Gremien in Deutschland intensive Verhandlungen zu dieser Thematik statt. Die Bundesärztekammer hat bereits eine detaillierte Stellungnahme erarbeitet. Endgültige Festlegungen sind noch nicht erfolgt.

Ein weiteres wichtiges Thema wird die Kommission auch in diesem Jahr beschäftigen, nämlich die Aufwandserstattung für die Spenderkrankenhäuser. Im Januar 2004 war eine Regelung in Kraft getreten, die eine modifizierte Aufwandserstattung beinhaltete. Herr Professor Diettrich, unser Ehrenpräsident hatte sich insbesondere für diese Änderung engagiert und war schließlich erfolgreich. In Tabelle 8 sind die geltenden Aufwandserstattungen zusammengefasst. Die weitere Entwicklung hat jedoch gezeigt,

dass auch diese Zahlungen heutzutage unrealistisch sind, da deutlich höhere Beträge nötig wären. Mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft wurden bereits Gespräche geführt, eine aktuelle Kostenberechnung durchzuführen und die Aufwandserstattungen anzupassen. Unseres Erachtens ist diese Maßnahme in der heutigen, ökonomisch geprägten Zeit absolut notwendig.

Tabelle 2: Gespendete* Organe 2001-2006 nach Region

Region Ost	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Niere	226	208	298	257	268	316
Herz	47	44	43	28	36	60
Leber	61	59	78	75	83	97
Lunge	8	17	17	11	18	37
Pankreas	20	15	28	18	16	15
Dünndarm	0	0	2	1	1	0
	362	343	466	390	422	525

*ohne Lebendspenden, ohne Dominospenden

Quelle: DSO; 02/07; Tab. 20

Tabelle 3: Gespendete* Organe 2001-2006 nach Bundesland

Sachsen	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Niere	109	94	132	118	151	150
Herz	19	22	20	19	23	29
Leber	27	26	37	39	48	47
Lunge	4	3	6	10	11	15
Pankreas	9	7	13	11	10	8
Dünndarm	0	0	1	1	0	0
	168	152	209	198	243	249

*ohne Lebendspenden, ohne Dominospenden

Quelle: DSO; 02/07; Tab. 21

Tabelle 4: Transplantierte* Organe 2001-2006 nach Region

Region Ost	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
	240	259	285	286	326	375

*ohne Lebendspenden, ohne Dominospenden

Quelle: DSO; 02/07; Tab. 42

Tabelle 5: Transplantierte* Organe 2001-2006 nach 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
	125	134	151	150	154	175

*ohne Lebendspenden, ohne Dominospenden

Quelle: DSO; 02/07; Tab. 44

Tabelle 1: Postmortale Organspende in Deutschland 2006 vorläufig*

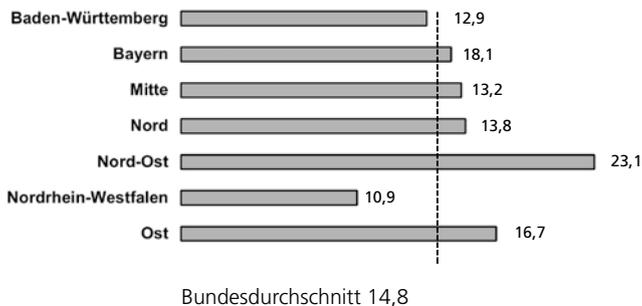
Region	Bundesland meld. KH	Bevölkerung Stand 30.06.06	Anzahl realisierte Organspender	Realisierte Organ- spender pro Mio. Einwohner	Anzahl gespendete** Organe	Gespendete** Organe pro Mio. Einwohner	Anzahl Transplan- tationen***	Transplanta- tionen*** pro Mio. Einwohner
Nord	Bremen	0,664	18	27,1	53	79,8	43	64,8
	Hamburg	1,747	45	25,8	126	72,1	164	93,9
	Niedersachsen	7,997	103	12,9	339	42,4	579	72,4
	Schleswig-Holstein	2,832	47	16,6	142	50,1	150	53,0
Nord Gesamt		13,24	213	16,1	660	49,8	936	70,7
Nord-Ost	Berlin	3,400	65	19,1	213	62,6	459	135,0
	Brandenburg	2,553	45	17,6	155	60,7		
	Mecklenburg-Vorpommern	1,701	51	30,0	154	90,5	59	34,7
Nord-Ost Gesamt		7,65	161	21,0	521	68,1	518	67,7
Ost	Sachsen	4,262	80	18,8	249	58,4	175	41,1
	Sachsen-Anhalt	2,457	43	17,5	128	52,1	68	27,7
	Thüringen	2,323	51	22,0	148	63,7	132	56,8
Ost Gesamt		9,04	174	19,2	525	58,1	375	41,5
Bayern		12,48	184	14,7	564	45,2	559	44,8
Baden-Württemberg		10,74	165	15,4	551	51,3	529	49,3
Mitte	Hessen	6,077	69	11,4	192	31,6	180	29,6
	Rheinland-Pfalz	4,054	56	13,8	179	44,2	134	33,1
	Saarland	1,047	21	20,1	68	64,9	42	40,1
Mitte Gesamt		11,18	146	13,1	439	39,3	356	31,8
Nordrhein-Westfalen		18,04	216	12,0	664	36,8	759	42,1
Deutschland gesamt		82,37	1259	15,3	3925	47,7	4032	48,9

* Stand 31.01.07, Quelle: DSO

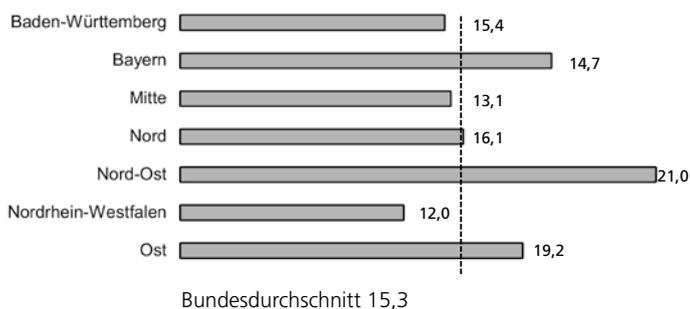
** Entnommen und transplantiert; ohne Lebendspende; ohne Dominospende; ohne Pankreas-Inseln

*** Ohne Lebendspende, ohne Dominospende

Grafik 1: Zahl der Organspender* pro eine Mio. Einwohner 2005



Grafik 2: Zahl der Organspender* pro eine Mio. Einwohner 2006



* ohne Lebendspende

Region Mitte: Rheinland-Pfalz, Saarland

Region Nord: Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein

Region Nord-Ost: Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern

Region Ost: Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen

Quelle: DSO 26.01.2007 (vorläufige Zahlen)

Tabelle 6:

Aufwandsentschädigung: Zur Zeit gelten für den Aufwand im Rahmen der Meldung eines potentiellen Organspenders bzw. der durchgeführten Organentnahme gemäß der Vereinbarung zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der Krankenkassen Pauschalen für folgende Module:

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

6.9

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

§ 8 des Transplantationsgesetzes (TPG) regelt die Zulässigkeit der Entnahme von Organen bei lebenden Organspendern. § 8 Abs. 3 S. 2 TPG fordert als zwingende Voraussetzung für die Organspende bei Lebenden, dass die nach dem Landesrecht zuständige Kommission vor der Organspende gutachtlich dazu Stellung nimmt, ob begründete tatsächliche Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Einwilligung in die Organspende nicht freiwillig

erfolgt oder das Organ Gegenstand verbotenen Handelstreibens nach § 17 TPG ist.

Im siebten Jahr des Bestehens der Kommission ist der Arbeitsanfall im Verhältnis zum Vorjahr wieder deutlich angestiegen und erreicht mit 18 Anhörungen nahezu den bisherigen Höchststand von 19 Anhörungen im Jahre 2004. Insgesamt hat die Kommission in unterschiedlicher Besetzung elf Anhörungstermine wahrgenommen und dabei 18 Spender und Empfänger für Nierenspenden gehört. Im Gegensatz zu fast allen Vorjahren fielen Leberspenden nicht an. Bei den Spendern handelte es sich weithin um enge Familienangehörige, dreimal um einen Elternteil für ihr Kind, achtmal um Ehepaare und zweimal um Geschwister. Hinzu kommen zwei Personen, die dem Spender in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahe stehen.

Wie in den vorangegangenen Jahren wurden auch die Vertreter der Mitglieder der Kommission in die Kommissionsarbeit einbezogen. Damit hat sich die Praxis erhalten, der zu Folge die Sächsische Landesärztekammer nunmehr drei Lebendspendekommissionen vorhält, was der Entwicklung in den übrigen Bundesländern entspricht. Die Kommissionsmitglieder werden dabei je nach Termin auch untereinander ausgetauscht. Diese Praxis fand Eingang in § 3 Abs. 1 der Geschäftsordnung der Kommission Lebendspende der Sächsischen Landesärztekammer.

Einige weitere interessante statistische Fakten seien mitgeteilt. Bei dem Geschlechterverhältnis hat sich eine bemerkenswerte Entwicklung verfestigt. Während es bisher bei den Empfängern in der Regel deutlich weniger Frauen gab, hat sich im Berichtsjahr das Verhältnis umgekehrt. Zwölf weiblichen Empfängern stehen nur sechs männliche gegenüber. Auch bei den Spendern überwiegen die Frauen nicht mehr so deutlich, wie das bis 2004 der Fall war. Zehn weiblichen Spendern stehen acht männliche Spender gegenüber.

Bei der Verteilung der gestellten Anträge zeigte sich erstmals ein deutliches Überwiegen der Anträge aus Dresden. Zwölf Anträge wurden von dem Transplantationszentrum der Universitätsklinik Dresden gestellt, nur sechs kamen aus Leipzig.

Im Berichtsjahr wurden wiederum zwei außerordentliche Sitzungen der Lebendspendekommission durchgeführt. An ihnen nahmen die Mitglieder und deren Stellvertreter sowie Vertreter der Transplantationszentren und des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales teil. In diesen Sitzungen wurden grundsätzliche Probleme besprochen, um eine einheitliche Vorgehensweise der unterschiedlich besetzten Kommissionen zu gewährleisten.

6.10

Fachkommission Brustkrebs

**(Prof. Dr. Hildebrand Kunath, Dresden, Vorsitzender,
Dipl.-Med. Annette Kaiser, Ärztlicher Geschäftsbereich)**

Die Fachkommission Brustkrebs der Sächsischen Landesärztekammer hat 18 Mitglieder. Neben Frauenärzten aus Klinik und Praxis sind Radiologen, ein Pathologe, das Fachgebiet Humangenetik und das der Plastischen und Ästhetischen Chirurgie, der Berufsverband der Allgemeinärzte Sachsens, die Sächsische Krebsgesellschaft, eine Krankenkasse und die KV Sachsen vertreten. Sprecher der Fachkommission ist Prof. Dr. med. Hildebrand Kunath, Direktor des Institutes für Medizinische Informatik und Biometrie der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden.

Im Jahr 2006 traf sich die Fachkommission Brustkrebs zu einer Sitzung. Die Staatsministerin Frau Helma Orosz war an die Sächsische Landesärztekammer mit der Bitte um Unterstützung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales (SMS) bei der Entwicklung und Umsetzung ausgewählter Gesundheitsziele herangetreten. Das Konzept zur Entwicklung und Um-

setzung der Gesundheitsziele Brustkrebs in Sachsen wurde von den Gästen der Beratung, Herrn Professor Resch und Herrn Dr. Kramer (SMS) vorgebracht.

Fazit der Beratung war, die gebotene Chance zu nutzen, als Ärzteschaft den Prozess der Umsetzung der Gesundheitsziele mitzugestalten.

Der Stand der Zertifizierung von Brustzentren wurde dargestellt, Fortschritte und Probleme diskutiert. Die Fachkommission schlug vor, die Evaluierung der Versorgung voranzubringen und Strukturfragen zurückzustellen.

Wesentliche Punkte der Beratung und der Arbeit der Fachkommission Brustkrebs wurden als Anliegen an die Projektgruppe Gesundheitsziele in Sachsen beim SMS herangetragen und werden in die Arbeit von Kommissionsmitgliedern in dortigen Projekt- und Arbeitsgruppen einbezogen.

Zum Stand und zu Problemen der Umsetzung des Mammografiescreening in Sachsen wurde von den Vertretern des Bereiches Screening informiert.

Die Leiterin der Techniker Krankenkasse (TK) Sachsen, Frau Hartmann, stellte die Brustkrebsinitiative Sachsen vor. Sie bat die Fachkommission Brustkrebs um Unterstützung für das Programm. Das von Senologen in Schleswig-Holstein entwickelte und dort erfolgreich erprobte Programm ist ein umfassender Ansatz zur Implementierung einer vollständigen Versorgungskette für Patientinnen mit Brustkrebs. Es wird von der Fachkommission als innovatives Versorgungsmodell für Sachsen unterstützt.

6.11

Hirntoddiagnostik

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

Die Arbeitsgruppe besteht seit August 2002. Sie wurde wegen der in Sachsen alarmierend absinkenden Spendermeldungen gegründet (1998: 133; 2002: 104). Seit ihrer Gründung ist viel erreicht worden. Kontinuierlich haben sich seitdem die Spendermeldungen erhöht:

2003: 127; 2004: 129; 2005: 157; 2006: 163 (im Vergleich Region Ost: Sachsen-Anhalt 2006: 96; Thüringen 2006: 99). Erreicht wurde das sicherlich auch dadurch, weil für alle sächsischen Krankenhäuser mit Intensivtherapiestationen Mitarbeiter dieser Arbeitsgruppe als Mentoren fest zugeordnet wurden, die in kollegialer Weise den örtlichen Kollegen zeitnah zur Seite stehen, falls im Vorfeld einer Hirntoderklärung oder in der Durchführung von Hirntoddiagnostik, Angehörigenführung, Konditionierung und Organentnahme offene Fragen bestehen oder entstehen. In vielen Krankenhäusern sind durch die Mentoren in Zusammenarbeit mit der DSO (Deutsche Stiftung Organtransplantation, Region Ost) Schulungen und Fortbildungen durchgeführt worden, die jeden Arzt auf einer Intensivtherapiestation befähigen sollten, das Frühstadium des Hirntodsyndroms zu erkennen und die klinische Untersuchung der Hirntoddiagnostik durchzuführen. Es wurde zudem ein Arbeitsblatt mit strukturierten Abläufen zur Hirntoddiagnostik und Organspendemeldung erarbeitet, welches den Kliniken zur Verfügung gestellt wurde (im Sinne eines patient pathway). Ferner hatte sich die Arbeitsgruppe auch der Frage einer besseren Finanzierung der Spenderkrankenhäuser gewidmet, einem Problem, das inzwischen gelöst werden konnte. Zwar ist auch in Zukunft die zielbewusste Organconditionierung anstelle der häufig ergriffenen palliativmedizinischen Maßnahmen bei Patienten mit drohendem oder eingetretenem Hirntodsyndrom zu verbessern, aber hinsichtlich der weiteren Tätigkeit steht die Arbeitsgruppe vor einem Scheideweg: – entweder Auflösung der Arbeitsgruppe Hirntoddiagnostik mit der Option der Kooptierung eines AG-Mitglieds in die Arbeitsgruppe Transplantation oder Fortsetzung der AG Hirntoddiagnostik mit einem konsentierten konkreten Arbeitsprogramm. Ursprünglich war eine zeitliche Begrenzung der AG bis zum Erreichen besserer Organspendezahlen vorgesehen. Momentan bestehen keine

kommissionsbedürftigen Handlungsfelder für eine solche Arbeitsgruppe der Ärztekammer.

6.12

Berufsbildungsausschuss „Medizinische Fachangestellte“ (Dr. Kerstin Strahler, Görlitz, Vorsitzende)

Der Berufsausbildungsausschuss „Arzthelferinnen“ befasste sich in seiner zweiten Sitzung der Beruungsperiode 2005/2008 am 18. November 2006 mit folgenden Tagesordnungspunkten:

- Auswertung der Ergebnisse der Zwischenprüfung und der Abschlussprüfungen 2006
- Umbenennung des Berufsbildungsausschusses „Arzthelferinnen“ in Berufsausbildungsausschuss „Medizinische Fachangestellte“
- Beschlüsse des Berufsbildungsausschusses – Gültigkeit auch für den Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten
- Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlussprüfungen im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten
- Satzung über die Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse zur Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten
- Fortbildung „Ambulantes Operieren für Arzthelferinnen“

Tabelle 1: Ergebnisvergleich der Zwischenprüfung der Jahre 2003 bis 2006

Jahr	2003	2004	2005	2006
Teilnehmer	267	285	275	247
Durchschnitt	4,0	3,8	4,0	3,6

Tabelle 2: Ergebnisvergleich der Abschlussprüfungen der Jahre 2003 bis 2006

Jahr	2003	2004	2005	2006
Teilnehmer	305	297	336	322
Durchschnitt – Prüfungsfach Medizin	3,2	3,5	3,7	3,3
Durchschnitt – Prüfungsfach Verwaltung	3,6	3,6	3,8	3,5
Durchschnitt – Prüfungsfach Wirtschafts- und Sozialkunde	3,6	3,9	3,9	4,1
Durchschnitt – Prüfungsfach Praktische Übungen	2,9	3,2	3,1	3,0
Durchschnitt – Gesamtprädikat	3,5	3,7	3,6	3,6
Nichtbestandene Prüfung in Prozent	9,2	14,8	12,2	11,2

Für die wiederholt schlechten Ergebnisse der Abschlussprüfungen bestätigen die Mitglieder des Berufsbildungsausschusses die bereits in den vergangenen Jahren ermittelten Ursachen:

- mangelnde Grundeinstellung der Auszubildenden zum Lernen und zum Beruf,
- die Zugangsvoraussetzungen werden immer schlechter, Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten, die Grundvoraussetzungen sind, die bereits in den allgemein bildenden Schulen vermittelt werden, sind nicht anwendungsbereit,
- das Verhalten der Auszubildenden entspricht nicht den Grundnormen,
- Verhaltensnormen und Anforderungen, die im Umgang mit Menschen selbstverständlich sind, müssen erst noch vermittelt werden,

- viele Auszubildende sind ausbildungsfähig, aber für die Berufsausbildung zur Arzthelferin nicht geeignet,
- der fehlende Stellenwert der Zwischenprüfung,
- die Attraktivität des Berufes fehlt.

Table 3: Zahl der registrierten Ausbildungs- und Umschulungsverhältnisse für die Berufsbildung zur Arzthelferin/zum Arzthelfer (ab 01.08.2006 zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten)

Jahr	Auszubildende	Umschüler	Gesamt
2003	266	49	315
2004	230	54	284
2005	193	25	218
2006	226	13	239

Erfreulicherweise wurden demnach im Jahr 2006 9,6 Prozent mehr Ausbildungs- und Umschulungsverhältnisse in Sachsen abgeschlossen als im Vorjahr. Im Vergleich zu den anderen Kammern der Freien Berufe in Sachsen ist nur im Zuständigkeitsbereich der Sächsischen Landesärztekammer eine Zunahme der registrierten Auszubildenden zu verzeichnen.

Zum 1. August 2006 trat die Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten in Kraft. Gleichzeitig trat die Verordnung über die Berufsausbildung zum Arzthelfer/zur Arzthelferin vom 10. Dezember 1985 außer Kraft.

Der Berufsbildungsausschuss „Arzthelferinnen“ wurde deshalb in den Berufsbildungsausschuss „Medizinische Fachangestellte“ umbenannt. Die vom Berufsbildungsausschuss „Arzthelferinnen“ erlassenen Beschlüsse vom 10. Dezember 2005:

- Anzahl der Auszubildenden,
- Eignung der Ausbildungsstätte,
- Verkürzung der Ausbildungs- und Umschulungszeit

gelten auch für den Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten und den Ausbildungsberuf des Tiermedizinischen Fachangestellten/der Tiermedizinischen Fachangestellten.

Der Beschluss – Verkürzung der Ausbildungs- und Umschulungszeit wird unter 2.3 Umschüler mit Fachberuf – Fachberufe im Sinne des Beschlusses – um den Beruf „Rettungsassistent/Rettungsassistentin“ ergänzt.

Die Beschlüsse des Berufsbildungsausschusses sind auf unserer Homepage unter www.slaek.de/Arzthelferinnen veröffentlicht.

Zur Beschlussfassung lagen dem Berufsbildungsausschuss die Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlussprüfungen im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten und die Grundsätze für die Durchführung der Zwischenprüfung im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten sowie die Satzung über die Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse zur Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten vor.

Im weiteren Verlauf wird die Prüfungsordnung und die Satzung über die Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse zur Vorabprüfung bei der Rechtsaufsichtsbehörde, dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales, sowie zur Beschlussfassung beim Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer und der Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer vorgelegt werden.

Der Berufsbildungsausschuss hat sich nach dem Vorliegen eines Angebotes für die Durchführung eines Lehrgangs – Fortbildung „Ambulantes Operieren“ für Arzthelferinnen – im Fort- und Weiterbildungszentrum des Universitätsklinikums Dresden ausführlich mit dieser Thematik befasst.

7 Gesundheitspolitische Arbeit und Auslandskontakte

7.1

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

Das Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen, das einzige aktive Bündnis in Deutschland, hat im Jahr 2006 die vier stattgefundenen Aktionstage der Heilberufe gegen die Gesundheitsreform maßgeblich unterstützt. Dazu gab es jeweils Abstimmungsgespräche mit den 30 Partnern in der Sächsischen Landesärztekammer. Vor dem Hintergrund der laufenden Gesundheitsreform waren die Abstimmungsgespräche von großer Bedeutung, um die Auswirkungen auf die verschiedenen Bereiche der Heilberufe diskutieren und gegenüber der Öffentlichkeit wirksam darstellen zu können. Zum Jahresende beteiligten sich die Bündnispartner mit einzelnen Protesten am Protesttag am 4. Dezember 2006. Gleichzeitig wurde ein Plakat über die Bündnispartner verteilt und im Rahmen einer Pressekonferenz in der Sächsischen Landesärztekammer die Öffentlichkeitsarbeit über die Aktionen informiert.

Das Anliegen des Bündnisses Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen ist es, unter Beibehaltung des Solidarprinzips zwischen Gesunden und Kranken, Alten und Jungen, Armen und Reichen, den Patienten eine qualitativ hochwertige, wohnortnahe, nach individuellen Gesundheitszielen ausgerichtete medizinische Versorgung zukommen zu lassen. Es setzt sich berufsgruppenübergreifend für ein Gesundheitswesen ein, das nicht auf staatlicher Reglementierung beruht.

Nachdem zum Jahresende 2006 im Gesetzentwurf der neuen Bundesregierung weitere gravierende Einschnitte im Gesundheitsbereich enthalten waren, plant das Bündnis auch für 2007 Aktionen zur Aufklärung der Öffentlichkeit über die Folgen der Gesundheitsreform.

7.2

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

Die Arbeitsgruppe hat im Jahr 2006 ihre Arbeit auf den direkten Austausch von Themen und Problemen zwischen der Sächsischen Landesärztekammer und der polnisch Niederschlesischen Ärztekammer konzentriert. Ein zentrales Element bildete dabei der Ärztemangel in Sachsen und die Anstellung von Ärzten aus den osteuropäischen Ländern. Zudem erfolgte über die Arbeitsgruppe der fachliche Austausch über die Weiterbildung, die Fortbildung und die Berufsordnung in den beiden Nachbarländern. Dadurch konnten wichtige Erkenntnisse über die jeweiligen Gesundheitssysteme gewonnen und Fragen der Anpassung erörtert werden.

Eine Delegation der polnischen Ärztekammer aus Warschau informierte sich bei der Hauptgeschäftsführung eingehend über die Wahlordnung und das Wahlverfahren zur Kammerversammlung, mit dem Ziel, Regelungen für Polen zu übernehmen.

Ein von der Stadt Dresden initiiertes und von der Europäischen Union gefördertes Projekt „EuMedEast“ konnte Ende 2006 abgeschlossen werden. Die Sächsische Landesärztekammer, insbesondere die Deutsch-Polnische Arbeitsgruppe, hat dieses trinationale Projekt über den gesamten Zeitraum von drei Jahren mit fachlicher Kompetenz unterstützt und bei Einzelprojekten, wie der dreisprachigen Notfallfibel, mitgewirkt.

Ein weiterer Schwerpunkt der Arbeit galt der Vorbereitung der 3. Deutsch-Polnischen Vorstandssitzung, welche vom 30. März bis 1. April 2007 in

Szklarska Poreba (Polen) stattfinden wird. Zusammen mit den Vertretern der befreundeten Polnisch-Niederschlesischen Ärztekammer gelang es, ein umfangreiches Programm zu entwickeln.

7.3

Projektgruppe Elektronischer Heilberufeausweis (Dr. Günter Bartsch, Chemnitz, Vorsitzender)

Die Arbeitsgruppe wurde auf Beschluss des Vorstandes gebildet, um eine rechtzeitige Ausstattung aller sächsischen Ärzte mit dem elektronischen Arztausweis (health professional card oder HPC) vor der flächendeckenden Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) zu gewährleisten. Hierzu verweise ich auf den Tätigkeitsbericht des vergangenen Jahres, veröffentlicht in unserem Ärzteblatt Heft 6/2006.

Die eGK sollte ja ursprünglich ab Januar 2006 für alle Versicherten zur Verfügung stehen. Wir berichteten im vergangenen Jahr, dass die Kammer auf die Ausgabe des Arbeitsmittels HPC an alle Ärzte vorbereitet ist.

Wie bekannt, haben erhebliche Schwierigkeiten bei der konkreten Ausgestaltung und Einführung der eGK zu erheblichen Verzögerungen geführt. Nur um 2006 noch etwas Fassbares vorweisen zu können, drängte das Bundesgesundheitsministerium darauf, in den Testregionen die ersten Gesundheitskarten auszugeben und formal mit der Erprobung zu beginnen. Sachsen gehört mit Löbau/Zittau ebenfalls zu den acht Testregionen in Deutschland. Die Sächsische Landesärztekammer hat die Herausgabe der HPC für die an dem Test beteiligten Ärzte in der Testregion vorbereitet.

Erst eine spätere Testphase, nämlich die Erprobung des elektronischen Rezeptes, wird diesen elektronischen Arztausweis voraussetzen. Eine Speicherung des e-Rezeptes übernimmt der Mikroprozessorchip der eGK. Die Eingabe einer Patienten-PIN ist bei dieser geplanten Pflichtanwendung der eGK nicht erforderlich.

Die Zugriffsberechtigung des Arztes und dessen Signatur werden durch die HPC gewährleistet, wobei die Signatur nur einmal bei Sprechstundenbeginn als Stapelsignatur erzeugt und bei dem jeweiligen Rezept nur abgerufen wird.

Vorerst erfolgt Anfang 2007 nun die Erprobung des Einsatzes der neuen Gesundheitskarte mit dem Bild des Versicherten und einer bundesweit einheitlichen neben der regionalen Patientennummer in den Testpraxen. Das geschieht mit neuen Kartenlesegeräten und deren Einbindung in die Praxissoftware. Später wird das praxisinterne Kartenmanagement durch ein weiteres neues Gerät übernommen, dem Konnektor. Dieser wird danach auch die Verbindung mit dem geschützten Gesundheitsnetz gewährleisten. Die Online-Anbindung wird aber selbst in den Testpraxen nicht vor 2008 erfolgen.

Erst wenn der Beschluss des Deutschen Ärztetages und der Sächsischen Kammerversammlung „Einführung der elektronischen Gesundheitskarte nur mit sicherer und funktionsfähiger Telematikinfrastruktur“ erfüllt ist, dadurch also der Arbeitsablauf in der Arztpraxis und der Klinik nicht deutlich gestört wird, kann die Ärztekammer der Anwendung der eGK zustimmen.

Eine praxisreife Anwendung wird noch Jahre dauern, deshalb hat die Ausstattung aller Ärzte mit der HPC keine Eile, es wird aber erwogen, diese Karte unabhängig von der eGK für die mediale gesicherte Kommunikation zwischen den Ärzten zu verwenden. Die Ausgabe musste aber vorbereitet werden, um den Ärzten den Vorwurf zu ersparen, die Entwicklung der Infrastruktur hinausgezögert zu haben.

Wegen der Verzögerungen der Erprobung und des Einsatzes der eGK hat es also auch Zeit mit der Einführung der HPC, es machten sich 2006 deshalb nur zwei Sitzungen unserer Projektgruppe erforderlich.

Wichtig ist dennoch die Begleitung der Erprobung in der Testregion Löbau/Zittau, weshalb Konsultationstermine dort und in der Kammer durch Mitglieder der Projektgruppe HPC der Sächsischen Landesärztekammer und dem Projektleiter in Zittau, Herrn Seibt, sowie beteiligten Ärzten wahrgenommen wurden.

Aus diesem Grunde lud die Projektgruppe auch Anfang 2006 das Lenkungs-gremium für die Testung und Einführung der eGK in Sachsen zu einer Absprache über die Begleitung der Testregion ein. Auf die flächendeckende Ausgabe der elektronischen Arztausweise ist die Sächsische Landesärztekammer bestens vorbereitet.

8 Sächsische Ärzteversorgung (15. Geschäftsjahr)

(Dr. Steffen Liebscher, Aue, Vorsitzender des Verwaltungsausschusses)

Das Geschäftsjahr 2006 war ein gutes und erfolgreiches Jahr. Die Kapitalerträge sowie die Mitgliederanzahl und die Beitragseinnahmen wuchsen mehr als erwartet. Diese Tatsache sowie ein umsichtiges Kapitalanlagemanagement festigten das Fundament der Sächsischen Ärzteversorgung und stärkten die Position als sicheres und zuverlässiges Versorgungswerk.

Zur Wahrnehmung der satzungsgemäß vorgegebenen Aufgaben trafen sich die Mitglieder des Verwaltungsausschusses im Jahresverlauf zu elf Beratungen. In den monatlichen Sitzungen diskutierten sie über die jeweils aktuelle wirtschaftliche Situation des Versorgungswerkes, informierten sich über die Bedingungen am Kapitalmarkt, legten Anlagestrategien fest, besprachen die Beitragssituation, den Stand der Leistungsgewährung und weitere aktuelle Probleme. Die Ausschussmitglieder berieten über Anträge zur Berufsunfähigkeit bzw. zur Rehabilitation, über Widersprüche und waren darüber hinaus bei Beratungen in den einzelnen Kapitalanlageausschüssen tätig. Wie inzwischen langjährige Tradition kam der Verwaltungsausschuss dem Informationsbedarf der Mitglieder auf verschiedenen Informationsveranstaltungen nach. Veröffentlichungen im Ärzteblatt Sachsen und die Präsentation im Internet unter www.saev.de ergänzten die Bemühungen um eine sachliche Information der Mitglieder.

Der Aufsichtsausschuss nahm als überwachendes Organ seine Aufgaben gemäß § 4 Absatz 8 SSÄV in drei Sitzungen wahr und informierte sich zusätzlich durch die Teilnahme jeweils eines Mitgliedes an den Verwaltungsausschusssitzungen über die Geschäftstätigkeit der Sächsischen Ärzteversorgung.

Am 24. Juni 2006 fand die 18. Sitzung der Erweiterten Kammerversammlung als höchstem Organ der Sächsischen Ärzteversorgung statt. Die Mandatsträger fassten Beschlüsse zum Jahresabschluss 2005, zum Geschäftsbericht und zur Festlegung der Rentenbemessungsgrundlage und Dynamisierung der laufenden Renten und Anwartschaften zum 1. Januar 2007.

Die Rechenschaftslegung ergab auch für 2005, dass die Mittel der Sächsischen Ärzteversorgung entsprechend § 7 Absatz 1 SSÄV nur zur Bestreitung der satzungsgemäßen Leistungen und der notwendigen Verwaltungskosten verwendet wurden. Die Erweiterte Kammerversammlung erteilte dem Aufsichtsausschuss und dem Verwaltungsausschuss Entlastung.

Neben der Rechenschaftslegung über das vergangene Jahr standen der Haushaltsplan 2007 und eine Änderungssatzung, in der Hauptsache die Erneuerung der Organstruktur betreffend, auf der Tagesordnung. Die aktuelle Satzung kann auf der Homepage der Sächsischen Ärzteversorgung unter www.saev.de (Rechtsgrundlagen) abgerufen werden.

Vorrangige Aufgabe des Versorgungswerkes ist nach wie vor die Vermehrung und Sicherung des Kapitalvermögens als Grundlage für eine stabile Leistungsgewährung. Um die Versorgungszusagen weiter stabil zu sichern,

ist die stetige Analyse der Entwicklungen am Kapitalmarkt, die Einbeziehung ausgewiesener Fachleute, die Zusammenarbeit mit anderen Versorgungswerken und der Arbeitsgemeinschaft Berufsständischer Versorgungseinrichtungen e.V. (ABV) sowie die Beobachtung des rechtlichen und berufspolitischen Umfeldes unverzichtbare Voraussetzung. Eine weitsichtige, primär sicherheitsorientierte Anlagepolitik erbrachte eine positive Performance, übertraf die gestellten Zielvorgaben deutlich und trug zu einer wesentlichen Steigerung der Kapitalerträge bei. Die wirtschaftliche Haushaltsführung und eine konsequente und weitsichtige Anlagepolitik unterstützen langfristig eine kontinuierliche Entwicklung des Versorgungswerkes zum Nutzen seiner Mitglieder. Die implementierte Masterfondsstruktur trägt einer ausgewogenen Risikoverteilung Rechnung und erleichtert die Analyse, Überwachung und Steuerung der einzelnen Fondsmandate.

Im Immobilienbereich hält die Sächsische Ärzteversorgung im wesentlichen Engagements in geschlossenen Fondsbeteiligungen und seit Beginn des Jahres auch einen eigenen Immobilienfonds. Der Anteil an Immobilien beträgt aktuell 9 Prozent des Gesamtvermögens.

Das Vermögen der Sächsischen Ärzteversorgung wird aufgrund der Mitgliederstruktur auch in den folgenden Jahren weiter dynamisch wachsen. Im Jahr 2006 verzeichnete die Sächsische Ärzteversorgung einen Nettozugang von 366 Mitgliedern und erreichte zum Jahresende einen Mitgliederbestand von insgesamt 13.776 Aktiven. Das Beitragsvolumen des Geschäftsjahres in Höhe von 119,5 Millionen EUR liegt mit einer Steigerung von ca. 6 Prozent über dem Wert des Vorjahres.

Bis zum Ende des 15. Geschäftsjahres gewährte die Sächsische Ärzteversorgung insgesamt 71,5 Millionen EUR für Leistungen in den Bereichen Hinterbliebenen-, Alters- oder Berufsunfähigkeitsversorgung, davon allein rund 17,5 Millionen EUR im Jahr 2006. Zum 31. Dezember 2006 zahlte die Versorgungseinrichtung an 347 Hinterbliebene, an 81 Berufsunfähige und an 1.731 Altersruhegeldempfänger Renten nach den Bestimmungen der Satzung.

Vorausschauend und zur Sicherung der Rechnungsgrundlagen der Versorgungswerke hat die Arbeitsgemeinschaft Berufsständischer Versorgungseinrichtungen e.V. die Heubeck-Richttafeln GmbH beauftragt, die demografische Entwicklung der freien Berufsstände erneut zu überprüfen. Aus der prognostizierten Längerlebigkeit der Mitglieder der berufsständischen Versorgungswerke ergibt sich die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Anpassung der versicherungsmathematischen Grundlagen. Mit der bevorstehenden Einführung von Generationentafeln, anstelle der bisher verwendeten Periodentafeln, werden die demografischen Annahmen des versicherungsmathematischen Gutachtens auf eine neue Basis gehoben. Im Ergebnis der für Februar 2007 erwarteten Untersuchung wird die Sächsische Ärzteversorgung ihre versicherungsmathematischen Grundlagen prüfen und gegebenenfalls notwendige Anpassungen diskutieren.

Zum 01. Januar 2007 konnten alle Anwartschaften und laufenden Versorgungsleistungen um 0,5 Prozent dynamisiert werden.

(Detaillierte Angaben zum Geschäftsverlauf und zum Ergebnis enthält der „Geschäftsbericht 2006 – Sächsische Ärzteversorgung“. Er kann von Mitgliedern der Sächsischen Ärzteversorgung nach Beschlussfassung durch die 19. Erweiterte Kammerversammlung am 23. Juni 2007 eingesehen bzw. angefordert werden.)

9 Hauptgeschäftsführung

9.1

Hauptgeschäftsstelle

(Ch. Evely Körner, Sekretariat)

In der Hauptgeschäftsstelle werden die ehrenamtlichen Tätigkeiten der Ärztinnen und Ärzte sehr engagiert und mit qualifizierten Fachkenntnissen durchgeführt. Unterstützt werden sie dabei von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Hauptgeschäftsstelle mit einer funktionell, effizient und flexibel arbeitenden Verwaltung.

Per 31. Dezember 2006 sind 69 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Hauptgeschäftsstelle Dresden beschäftigt, davon jeweils eine Mitarbeiterin in den Bezirksstellen Chemnitz und Leipzig. In der Verwaltung der Sächsischen Ärzteversorgung waren per 31. Dezember 2006 insgesamt 30 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die ärztlichen und tierärztlichen Mitglieder tätig.

Nachfolgende Zahlen verdeutlichen die im vergangenen Jahr geleistete umfangreiche Verwaltungsarbeit der Sächsischen Landesärztekammer.

Bearbeitung, Erteilung bzw. Ausstellung von:

408	Weiterbildungsbefugnissen
1.187	Anerkennungen nach der Weiterbildungsordnung
267	Fachkundebescheinigungen
480	Fortbildungszertifikate
11.693	Zertifizierungen von Fortbildungsveranstaltungen
920	Arztausweisen (mit Gebühr)
450	Arztausweisen (Verlängerung)
64	Schilder „Arzt-Notfall“
292	Anträgen an die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen
399	Patientenbeschwerden/-anfragen
85	Anträgen auf Beitragsermäßigung, -stundung oder -erlass

im Arzthelferinnenwesen:

226	registrierte Ausbildungsverhältnisse
13	Umschulungsverhältnisse
247	Teilnehmerinnen an Zwischenprüfungen
322	Teilnehmerinnen an Abschlussprüfungen

Der tägliche Postein- und -ausgang ist im Vergleich zum Vorjahr weiter angestiegen. Die zu bearbeitenden Sendungen lagen bei durchschnittlich 850 Stück pro Tag einschließlich elektronischer Posteingang.

In den Räumlichkeiten der Sächsischen Landesärztekammer wurden 545 Veranstaltungen (u.a. Sitzungen der Ausschüsse, Vorstandssitzungen, Kammerversammlungen, Fortbildungsveranstaltungen) mit 24.172 Teilnehmern durchgeführt. Zusätzlich fanden 21 Kurse mit 1.106 Teilnehmern statt. Alle Veranstaltungen wurden von den verantwortlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Sächsischen Landesärztekammer organisatorisch vorbereitet und betreut.

Die nutzbaren Räumlichkeiten werden optimal auch an den Wochenenden ausgelastet.

Zehn Konzerte der „Jungen Matinee“ der Dresdner Musikschulen und der Musikhochschule „Carl Maria von Weber“ mit einer Besucherzahl von 897 sowie sechs Vernissagen von Künstlern, vorrangig aus Sachsen, mit insgesamt 584 Besuchern konnten zu den kulturellen Höhepunkten des vergangenen Jahres gezählt werden. Auch hierbei engagierten sich Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Hauptgeschäftsstelle zusätzlich zu ihren Dienstaufgaben bei der Vorbereitung, Organisation und Betreuung der Veranstaltungen.

Allen in der Sächsischen Landesärztekammer und der Sächsischen Ärzteversorgung tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gebührt für ihr akti-

ves Mitwirken und Engagement im Dienste der sächsischen Ärzteschaft, ihre Einsatzfreude sowie ihr freundliches Auftreten bei allen Anfragen und Belangen ein besonderer Dank.

9.1.1

Rechtsabteilung

(Dr. jur. Alexander Gruner, Kommissarischer Leiter der Rechtsabteilung; Ass. jur. Michael Kratz)

Das Tätigkeitsspektrum der Rechtsabteilung umfasst die Beratung der Kammerversammlung, des Vorstandes und der Hauptgeschäftsführung in allen rechtlichen Fragestellungen, die Bearbeitung berufsrechtlicher und berufsethischer Angelegenheiten, die Bearbeitung aller Rechtsangelegenheiten einschließlich Widersprüche gegen Bescheide der Sächsischen Landesärztekammer, die Beantwortung gebührenrechtlicher Anfragen, gesundheits- und sozialrechtliche Auskünfte, die Prozessführung in berufsrechtlichen Angelegenheiten, die Koordinierung der Zusammenarbeit mit Berufsgerichten, ordentlichen Gerichten, Staatsanwaltschaften und anderen Einrichtungen der Justiz- und Vollzugsorgane, arbeits- und tarifrechtlichen Vorgänge sowie Insolvenzanangelegenheiten.

Berufsrechtliche Angelegenheiten

Berufsrechtliche Angelegenheiten werden auf der Grundlage des Sächsischen Heilberufekammergesetzes und der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer bearbeitet und bewertet. Der Ausschuss Berufsrecht ist bei komplexen berufsrechtlichen Sachverhalten und berufsbezogenen Streitigkeiten unter Kammermitgliedern beteiligt. Entlastet wird der Ausschuss Berufsrecht, indem bspw. auf Entscheidungen des Ausschusses Berufsrecht in ähnlich gelagerten Sachverhalten zurückgegriffen und der Vorsitzende des Ausschusses Berufsrecht in wöchentlich erfolgenden Telefonkonferenzen einbezogen wird oder eine fachliche Abstimmung mit dem Ärztlichen Geschäftsbereich erfolgt.

Dem gesetzlichen Auftrag im Sächsischen Heilberufekammergesetz entsprechend wurden im Jahre 2006 insgesamt 1.910 Angelegenheiten mit berufsrechtlichem Bezug bearbeitet. Bei berufsbezogenen Streitigkeiten unter den Mitgliedern wirkt die Rechtsabteilung auf ein gedeihliches Verhältnis der Mitglieder zueinander hin. Zwischen Mitgliedern und Dritten wird stets eine befriedende Lösung des Beschwerdegegenstandes angestrebt. Einen Schwerpunkt stellen Beschwerden von Patienten über die Verletzung allgemeiner ärztlicher Berufspflichten dar, wie der Vorwurf der unterlassenen Hilfeleistung, der nicht gewissenhaften Ausübung des ärztlichen Berufes oder der Nichtherausgabe von Patientenunterlagen. Hinsichtlich der berufsrechtlich zulässigen Außendarstellung nutzen die Mitglieder verstärkt die Möglichkeiten der Beratung durch die Rechtsabteilung für eine berufsrechtskonforme Werbung. Die Anzahl der Anträge auf Erteilung von berufsrechtlichen Unbedenklichkeitsbescheinigungen (good standing) ist auf 136 im Jahre 2006 angestiegen. Bei insgesamt 8 Sitzungen des Ausschusses Berufsrecht wurden juristisch und ärztlich abgestimmte Ergebnisse erzielt, die stets geeignet waren, Streitigkeiten zu befrieden und zu beenden. Schwerpunkt war hier die Beratung berufsrechtlich unzulässiger Verquickung ärztlicher und gewerblicher Tätigkeit von Ärzten.

Berufsrechtliche Angelegenheiten

	ohne Beteiligung des Ausschusses Berufsrecht	mit Beteiligung des Ausschusses Berufsrecht
Allgemeine ärztliche Berufspflichten/Beschwerden, gewissenhafte Berufsausübung (§§ 1, 2 BO)	54	324
Vorwurf der unterlassenen Hilfeleistung	0	32
Abgabe/Verkauf von Produkten bzw. Dienstleistungen – gewerbliche Tätigkeit von Ärzten (§ 3 Abs. 2 i. V. mit § 34 Abs. 5 BO)	3	21
Fortbildungs- und Qualitätssicherungspflicht (§§ 4, 5 BO)	0	2
Behandlungsgrundsätze – Ablehnung der Behandlung (§ 7 BO)	18	66
Aufklärungspflicht (§ 8 BO)	4	0
Anfragen bzw. Verdacht hinsichtlich der Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht (§ 9 BO)	15	13
Dokumentationspflicht (§ 10 Abs. 1 BO)	3	3
Aufbewahrung bzw. (Nicht-)Herausgabe von Patientenunterlagen (§ 10 Abs. 2 BO)	49	19
Honorar- und Vergütungsabsprachen (§ 12 BO)	5	18
Niederlassung und Ausübung der Praxis (§ 17 BO)	43	10
Beschäftigung angestellter Praxisärzte (§ 19 BO)	1	2
Haftpflichtversicherung (§ 21 BO)	9	4
Berufliche Kooperation (§§ 18, 18a, 23b, 23c, 23d BO)	21	4
Verträge über ärztliche Tätigkeit (§ 24 BO)	32	0
Anfragen bzw. Verstöße bei der Erstellung von Zeugnissen und Gutachten (§ 25 BO)	30	18
Werbung/Verzeichnisse (§§ 27, 28 BO)	87	60
Unkollegiales Verhalten (§ 29 BO)	1	7
Zusammenarbeit des Arztes mit Dritten (§ 30 BO)	1	0
Verordnungen, Empfehlungen und Begutachtung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln (§ 34 BO)	0	3
Praxisaufgabe, -verkauf, -bewertung etc.	3	1
Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit (§§ 31, 32, 33, 35 BO)	1	11
Anfragen zur Gründung einer Ärztesgesellschaft (§ 16 Abs. 4 SächsHKaG)	4	0
Allgemeine Anfragen und Auskünfte (z.B. Zusendung von Unterlagen, insbesondere Patientenverfügungen)	312	0
Auskunftsersuchen zu Meldedaten	77	0
Erteilung von „good standing“	136	0
Anträge auf Befürwortung einer IVF-Behandlung	153	0
Mitteilungen der Staatsanwaltschaft	0	23
Weiterbildungsrechtliche Anfragen und Auskünfte	43	0
Spezialgesetzliche Regelungen (SGB, Datenschutz u.a.)	95	69
Gesamt	1200	1910

Berufsrechtliche Angelegenheiten von 2000 bis 2006

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
mit Ausschuss Berufsrecht	289	360	428	468	734	763	710
ohne Ausschuss Berufsrecht	609	776	1009	1151	1189	1188	1200
Gesamt	898	1136	1437	1619	1923	1951	1910

Berufsrechtliche Verfahren

Die Zahl der Verstöße gegen das ärztliche Berufsrecht, die mit einer Rüge oder einem Berufsgerechtsverfahren zu ahnden waren, ist erfreulicherweise gesunken. Die Rügen wurden hauptsächlich wegen der Nichtäußerung von Mitgliedern gegenüber der Sächsischen Landesärztekammer ausgesprochen.

Eingeleitete Rüge- und berufsgerechliche Verfahren von 2000 bis 2006

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Rügeverfahren	21	17	20	16	9	13	7
berufsgerechliche Verfahren	5	8	4	4	1	4	1
Gesamt	26	25	24	20	10	17	8

Verwaltungsrechtliche Angelegenheiten

Widersprüche gegen Verwaltungsakte der Sächsischen Landesärztekammer

Die Anzahl der zu bearbeitenden Widersprüche gegen Entscheidungen nach der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer ist konstant geblieben, die zur Kammerbeitragsveranlagung gesunken. Es gab kein Widerspruchsverfahren im Berufsrecht, was die hohe Akzeptanz der berufsrechtlichen Entscheidungen verdeutlicht.

Ausgang der Widerspruchsverfahren

	Stattgabe/ teilweise Stattg.	Ab- lehng.	Rück- nahme	Berich- tigung	Ge- richtl. Vergleich	in Be- arbei- tung	Ge- sam
Weiterbildung	3	5	2	0	1	1	12
Arzthelferinnenwesen	0	1	0	0	0	1	2
Beiträge	12	4	2	2	0	3	23
Gebühren	2	0	3	0	0	3	8
Gesamt	17	10	7	2	1	8	45

Widerspruchsverfahren von 2000 bis 2006

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Berufsrecht	2	4	1	2	3	1	0
Weiterbildung	24	7	5	5	8	12	12
Arzthelferinnenwesen	3	0	1	1	1	2	2
Beiträge	198	199	97	44	33	50	23
Gebühren	4	4	6	5	3	4	8
Gesamt	231	214	110	57	48	69	45

Verwaltungsgerichtliche Verfahren

Im Jahr 2006 war lediglich ein neues verwaltungsgerichtliches Verfahren zu verzeichnen. Ein weiteres Verfahren aus dem Referat Weiterbildung wurde durch Klageabweisung zu Gunsten der Sächsischen Landesärztekammer beendet.

Verwaltungsgerichtliche Verfahren von 2001 bis 2006

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Zugänge	8	3	2	1	1	1

Allgemeine Rechtsangelegenheiten

Nachfolgende Aufzählung verdeutlicht die sonstige im Jahr 2006 geleistete Arbeit der Rechtsabteilung mit berufsrechtlichem Bezug:

- 185 Vorgänge zur Klärung von allgemeinen Rechtsfragen von Mitgliedern, Patienten und Partnern im Gesundheitswesen (z.B. haftungsrechtliche Fragen, Qualitätssicherung, berufspolitische Stellungnahmen),
- 27 Anfragen zu Maßnahmen der künstlichen Befruchtung,
- 8 Stellungnahmen zu Gesetzesvorhaben des Bundes (z.B. Justizvollzugs- und Entschädigungsgesetz, Gewebegesetz),
- 3 Stellungnahmen zu Gesetzesvorhaben des Freistaates Sachsen (z.B. Sächsisches Bestattungsgesetz),
- 3 Stellungnahmen zu Mustersatzungen der Bundesärztekammer,
- 7 Satzungsänderungen der Sächsischen Landesärztekammer (z.B. Weiterbildungsordnung, Geschäftsordnungen)
- 8 Vorgänge aus dem Arzthelferinnenwesen/Medizinische Fachangestellte (z.B. Delegationsfähigkeit ärztlicher Leistungen, tarifvertragliche Anfragen),
- 23 allgemeine beitragsrechtliche Anfragen,
- 10 Rechtsinformationen zu Insolvenzverfahren von Kammermitgliedern.

Die Rechtsabteilung unterstützt zudem Ausschüsse und Kommissionen der Sächsischen Landesärztekammer bei auftretenden Rechtsfragen und arbeitet eng mit allen anderen Geschäftsbereichen und Referaten der Sächsischen Landesärztekammer zusammen. In Zusammenarbeit mit dem Kaufmännischen Geschäftsbereich (Berufsregister) wurden 38 Vorgänge zur Feststellung der ärztlichen/nicht ärztlichen Tätigkeit geführt.

Anträge nicht verheirateter Paare auf Durchführung einer IVF-Behandlung

Mit 136 eingegangenen Anträgen auf Befürwortung einer IVF-Behandlung (künstliche Befruchtung) wurden ca. 40 Prozent mehr Anträge als im Vorjahr gestellt.

Anträge zur Durchführung einer IVF-Behandlung von 2002 bis 2006

	2002	2003	2004	2005	2006
Anträge zurückgezogen	5	39	18	32	51
Anträge zur Beratung der Kommission	8	36	59	71	77
davon genehmigt	8	36	57	71	77
davon abgelehnt	0	0	2	0	0
Anträge noch in Bearbeitung	0	0	34	17	25
Gesamt	13	75	111	120	153

Anfragen zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Die Anzahl von Liquidationsanfragen ist leicht gesunken. Die teilweise sehr komplexen Vorgänge erfordern oft die Einbeziehung der jeweiligen Berufs- und Fachverbände auf Landes- und Bundesebene sowie der Bundesärztekammer, deren Stellungnahmen in die Beantwortung der Anfragen eingehen.

Liquidationsrechtliche Anfragen von 2000 bis 2006

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Rechnungsprüfungen	66	65	76	72	73	82	81
Allgemeine Anfragen	87	95	137	175	185	195	181
Gesamt	153	160	213	247	258	277	262

Stellungnahmen zu approbationsrechtlichen Angelegenheiten

Gemäß § 3 Abs. 3 Satz 3 Sächsisches Heilberufekammergesetz in der seit 12. November 2005 geltenden Fassung erfolgt die Entscheidung über die Rücknahme, den Widerruf und die Anordnung des Ruhens von Approbationen und Berufserlaubnissen im Benehmen mit der Sächsischen Landesärztekammer. Für Fragen der Rücknahme und des beabsichtigten Widerrufs von Approbationen und Berufserlaubnissen gab die Sächsische Landesärztekammer gegenüber den Approbationsbehörden im Freistaat Sachsen, den Regierungspräsidien, drei Stellungnahmen ab.

Stellungnahmen zu approbationsrechtlichen Angelegenheiten von 2000 bis 2006

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Anzahl	2	10	3	3	1	0	3

Die Rechtsabteilung dankt allen ehrenamtlich tätigen Ärzten, welche in den Ausschüssen und Kommissionen die Tätigkeit der Rechtsabteilung mit Engagement und Einsatzfreude unterstützen.

9.1.2

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

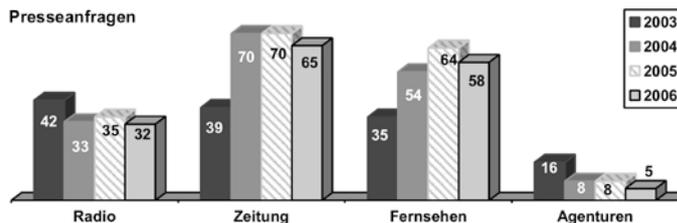
Die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der Sächsischen Landesärztekammer ist als das Bindeglied zwischen den Kammermitgliedern, also der verfassten Ärzteschaft, und der allgemeinen Öffentlichkeit zu verstehen. Die Tätigkeit agiert an einer auf Transparenz und Glaubwürdigkeit ausgerichteten Informations- und Kommunikationspolitik. Zu den Aufgaben der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit gehört es auch, die Sichtweisen, Fragen und Erwartungen der Medienvertreter sowie der Öffentlichkeit innerhalb der Kammergremien und -mitglieder zu transportieren und zu kommunizieren. Gleichzeitig vermittelt sie wichtige Themen und Meinungen des ärztlichen Berufsstandes zur aktuellen Gesundheits- und Berufspolitik nach außen und bringt diese auf die Agenda der medialen Berichterstattung.

Die Arbeit des Referates war im Jahr 2006 im Vergleich zu den Vorjahren verstärkt von den gesundheitspolitischen Entwicklungen geprägt. Dies spiegelte sich vor allem in dem erhöhten organisatorischen und inhaltlichen Aufwand für Aktionstage und Sonderveranstaltungen wieder.

Pressearbeit

Wichtigstes Instrument der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit sind die Pressemitteilungen. Mit deren Hilfe wird, neben den aktuellen tagespolitischen Standpunkten, auch die Arbeit der Ausschüsse, der Arbeitsgruppen und des Vorstandes weitergegeben. Im Jahre 2006 wurden 52 Pressemitteilungen durch die Sächsische Landesärztekammer den verschiedenen Mediengattungen zielgruppengerecht zur Verfügung gestellt. Sie führten nach einer Stichprobenanalyse entweder zu einer direkten Veröffentlichung in den Medien oder zur Anregung für die Bearbeitung des Themas durch Journalisten. Durch die Pressestelle erfolgte durch sehr effektive Redaktionsgespräche auch die Anregung oder Vermittlung von ca. 40 Interviews mit dem Präsidenten, dem Vizepräsidenten, den Mitgliedern des Vorstandes oder der Ausschüsse sowie weiteren Ärzten in Sachsen. Die Themen reichten von der allgemeinen Gesundheitspolitik, Aids und Fortbildung, über den Ärztemangel in Sachsen bis hin zu Disease-Management-Programmen, Patientenverfügungen und Prävention. Weitere 160 (2005: 177) Presseanfragen von Medienvertretern aus dem In- und Ausland wurden

ebenfalls bearbeitet. Alle Pressemitteilungen, zum Beispiel von der Bundesärztekammer oder der Arzneimittelkommission, und sonstige relevante Informationen wurden zudem per Email an alle Vorsitzenden der Kreisärztekammern sowie an Vorstandsmitglieder und Mandatsträger versendet. Vor allem Tageszeitungen und das Fernsehen haben den Kontakt zur Pressestelle der Sächsischen Landesärztekammer gesucht (Abbildung).



Die häufigsten Medienkontakte kamen dabei erwartungsgemäß mit sächsischen Medienvertretern zustande. Sie sind am stärksten an Informationen der Sächsischen Landesärztekammer interessiert. Daneben gab es auch internationale Kontakte mit dem schwedischen Fernsehen sowie dem tschechischen und dem österreichischen Ärzteblatt.

Veranstaltungen

Wie bereits im Vorjahr konnte 2006 eine Veranstaltungsreihe in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Hygiene-Museum in Dresden erfolgreich durchgeführt werden. Diese Reihe stand unter dem Thema „Gewalt gegen Kinder – Misshandlung Minderjähriger“. Insgesamt konnten rund 600 Gäste, darunter Ärzte, Lehrer, Therapeuten sowie interessierte Bürger, zu dieser Veranstaltung begrüßt werden. Für das Jahr 2007 konnte eine neue Veranstaltungsreihe im Rahmen der Ausstellung „Tödliche Medizin – Rassenwahn im Nationalsozialismus“ unter der zentralen Überschrift „Ethik und Verantwortung in der modernen Medizin“ langfristig vorbereitet werden. In Vorbereitung der Wahl zur Kammerversammlung für die Wahlperiode 2007/2011 wurden vier Veranstaltungen bei den Kreisärztekammern und die außerordentliche Kammerversammlung am 8. März 2006 zusätzlich begleitet.

Internet

Auch im Jahr 2006 wurden vom Referat wieder zahlreiche aktuelle berufspolitische Beiträge für die Homepage der Sächsischen Landesärztekammer verfasst. Und auch das Gesundheitsinformationssystem für Ärzte und Patienten in Sachsen „www.gesundheitsinfo-sachsen“ wurde kontinuierlich bekannt gemacht. Zur weiteren Bekanntmachung des Portals ist für 2007 unter zu Hilfenahme von Werbeträgern (Postkarten, Plakate) eine weitere Bewerbung vorgesehen.

Veröffentlichungen

Die Veröffentlichung von Schriften ist ebenfalls ein wichtiger Bestandteil der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. 2006 erschien eine aktualisierte Neuauflage der Informationsbroschüre mit einer Kurzdarstellung der Aufgaben, den Gremien sowie der Geschichte der Sächsischen Landesärztekammer. Diese Broschüre erhalten alle Ärzte, die sich neu bei der Ärztekammer anmelden sowie alle Interessierten. Gegen Ende des Jahres wurde eine zweite, aktualisierte Auflage der Broschüre „Gewalt gegen Kinder – Misshandlung Minderjähriger“ herausgegeben. Diese Broschüre hat dem Ärzteblatt Sachsen, Heft 11/2006, beigegeben. Für das Ärzteblatt Sachsen wurden monatlich verschiedene Beiträge aus der Berufs-, Gesundheits- und Sozialpolitik sowie zu den Veranstaltungen im Kammergebäude und bei den Kreisärztekammern verfasst.

Die Tätigkeitsberichte der Kreisärztekammern und der Sächsischen Landesärztekammer wurden ebenfalls vom Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit zusammengestellt und redaktionell bearbeitet.

Gremienarbeit

Der Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit ist als Vertreter der Sächsischen Landesärztekammer in der Ständigen Konferenz Öffentlichkeitsarbeit und in der Zentralen Redaktionskonferenz der Bundesärztekammer sowie im Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen sowie in einer studienbegleitenden Gruppe des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales tätig. Er betreut auch den Gesprächskreis Ethik in der Medizin und die Deutsch-Polnische Arbeitsgruppe.

9.2

Ärztlicher Geschäftsbereich

(Dr. Katrin Bräutigam, Ärztliche Geschäftsführerin)

Dem Ärztlichen Geschäftsbereich gehören die Referate Weiterbildung/Prüfungswesen, Fortbildung, Medizinische Sachfragen, das Referat Ethikkommission sowie die Ärztliche Stelle RÖV/StrlSchV, das Referat Qualitätssicherung und die Projektgeschäftsstelle Externe Qualitätssicherung an.

Das Aufgabengebiet des Ärztlichen Geschäftsbereichs beinhaltet insbesondere die Themenkomplexe: ambulante Versorgung, Krankenhaus, Schwerpunktbehandlung und -betreuung chronisch Erkrankter in Praxis und Klinik, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Public Health, Infektionskrankheiten, Impfprogramme, Prävention und Rehabilitation, Hygiene und Umweltmedizin, Arbeitsmedizin, Notfall- und Katastrophenmedizin, Häusliche Gewalt, Arzneimittel, Sucht und Drogen, Transplantation, Förderung der Organspendebereitschaft, Betreuung der Angelegenheiten junger Ärzte und Medizinstudenten, Ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, besondere medizinische Verfahren, individuelle Gesundheitsleistungen.

Das umfangreiche Aufgabenspektrum erfordert zum einen die fachliche und organisatorische Betreuung der entsprechenden Ausschüsse, Fachkommissionen und Arbeitsgruppen, zum anderen auch die Erarbeitung einer Vielzahl von Stellungnahmen aus ärztlicher Sicht zu Fragen wie zum Beispiel individuelle Gesundheitsleistungen, Suchttherapie und Drogenproblematik, Prävention, spezifische medizinische Anforderungen bei der Versorgung spezieller Patientengruppen und vieles mehr.

Des Weiteren erfolgte eine umfangreiche telefonische Beratung von Ärzten, Institutionen, Vereinen und Bürgern, die sich mit ihren Anliegen an die Sächsische Landesärztekammer gewandt hatten. Für einen Teil der Anfragenden wurden Ansprechpartner außerhalb der Aufgabenbereiche der Sächsischen Landesärztekammer vermittelt, dies betraf insbesondere die Weitermittlung an Träger von psychosozialen Leistungen und Selbsthilfegruppen.

Die Situation der Weiterbildungsassistenten in Sachsen besonders im Hinblick auf die Laufzeit von Arbeitsverträgen in der Weiterbildung stand im Mittelpunkt zahlreicher Erörterungen in den Gremien der Sächsischen Landesärztekammer, auf dem 16. Sächsischen Ärztetag und auf dem 109. Deutschen Ärztetag. Im Ergebnis wurde unter anderem festgestellt, dass kurze und ultrakurze Laufzeiten von Arbeitsverträgen interkollegialem ärztlichen Verhalten widersprechen und eine Weiterbildung entsprechend der Weiterbildungsordnung nicht gewährleisten. Weiterbildungsbefugte Ärzte und Ärztliche Direktoren wurden in einem Informationsschreiben über diese Beschlüsse informiert und auf die rechtlichen Bedingungen beim Abschluss von Arbeitsverträgen in der Weiterbildung aufmerksam gemacht. Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer beschloss auf Vorschlag des Weiterbildungsausschusses in seiner Sitzung am 6. Septem-

ber 2006 eine Ergänzung der „Kriterien fehlender persönlicher und/oder fachlicher Eignung von Weiterbildungsbefugten“ nach der Weiterbildungsordnung um den Passus „Überprüfung der persönlichen Eignung durch die Landesärztekammer bei Nachweis der Verletzung des Arbeitszeitgesetzes und/oder des Gesetzes über die Befristung von Arbeitsverträgen zum Zwecke der Weiterbildung“.

Für 2007 ist eine Befragung von ärztlichen Weiterbildungsassistenten, die Aufschluss über die Rahmenbedingungen in der Weiterbildung Sachsen geben soll, vorbereitet sowie deren Durchführung und Auswertung konzipiert.

Die hierzu eingehenden Anfragen von Weiterbildungsassistenten wurden durch die Ombudsfrauen beantwortet.

Auf Einladung des Internationalen Büros der Österreichischen Ärztekammer stellten vom 30. März bis 2. April 2006 Vertreter der Neuen Bundesländer aus Ärztekammern, Krankenhausgesellschaften und Kassenärztlichen Vereinigungen auf Stellenbörsen in Innsbruck, Wien und Graz die Arbeitsmöglichkeiten und Lebensbedingungen in den Neuen Bundesländern vor. Diese Aktivitäten verfolgten das Ziel, österreichische Ärzte für eine Tätigkeit in den Neuen Bundesländern zu gewinnen und damit Engpässe in der medizinischen Versorgung insbesondere in den von Unterversorgung bedrohten Gebieten zu mildern.

Eine Veranstaltung zur Information von Medizinstudenten und jungen Ärzten über „Chancen und Perspektiven im Sächsischen Gesundheitswesen“ am 29. November 2006 im Universitätsklinikum der TU Dresden fand in enger Zusammenarbeit mit dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales, der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und der Sächsischen Krankenhausgesellschaft statt. Neben einer Vorstellung der Sächsischen Landesärztekammer und einer Einführung in die Möglichkeiten der Weiterbildung stellten Vertreter der Mitveranstalter die Tätigkeit in der Niederlassung, im Krankenhaus und im öffentlichen Gesundheitsdienst dar. Darüber hinaus wurden die Möglichkeiten der Finanzierung der eigenen Praxis beleuchtet. Die Veranstaltung mit circa 120 Teilnehmern und anschließenden persönlichen Beratungsgesprächen fand reges Interesse und wird auch 2007 wiederholt durchgeführt.

Am 8. November 2006 führten die Sächsische Landesärztekammer in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen ein Therapiesymposium durch. Im Mittelpunkt der Fortbildungsveranstaltung standen neue Therapieempfehlungen zum Diabetes mellitus Typ II und zur kardiovaskulären Risikoprävention. Des Weiteren wurde ein Überblick zu neuen Arzneimitteln gegeben. In der abschließenden konstruktiven Diskussion tauschten sich die circa 200 Teilnehmer zur Veränderung der Richtlinien von oralen Antidiabetika und deren praktische Auswirkungen aus.

Im April 2006 wurde in der Sächsischen Landesärztekammer die Arbeitsgruppe Borreliose gegründet. Im Vordergrund der Arbeit stehen die Antragstellung für die Entwicklung einer S-3-Leitlinie für alle Borreliose-Stadien, die Durchsetzung von Qualitätsstandards in der Diagnostik, die Anregung von Therapiestudien, die Förderung der ärztlichen Fortbildung zum Themenkomplex Borreliose und durch Zecken hervorgerufene Erkrankungen. Enge Kooperationsbeziehungen wurden mit dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales zur Umsetzung der „Gesundheitsziele Sachsen“ und der Sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung im Rahmen des Netzwerkes „Gesunde Schule“ sowie zu anderen Akteuren im Gesundheitssektor ausgebaut.

Ein Vertreter des Ärztlichen Geschäftsbereiches arbeitet in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe des Pilotprojektes „Sanitätsmittelbevorratung für den Einsatz im Katastrophenfall“, das vom Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe 2005 gestartet wurde, mit.

Das Referat Weiterbildung / Prüfungswesen fungiert als Ansprechpartner und berät Weiterbildungsassistenten während der Weiterbildungszeit, bereitet die Zulassung zu den Prüfungen und die Prüfungen organisatorisch vor. Die Novellierung der Weiterbildungsordnung und das Inkrafttreten zum 1. Januar 2006 bedeuten, dass sowohl nach dieser neuen Weiterbildungsordnung (WBO2006) und nach der vorher gültigen Weiterbildungsordnung (WBO1994) die Zulassung zu den Prüfungen und die Erteilung der Weiterbildungsbefugnisse sowie die Zulassung der Weiterbildungsstätten erfolgte. Nach der neuen Weiterbildungsordnung (WBO2006) müssen nunmehr für den Erwerb aller Gebiets-, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen und Zusatzweiterbildungen Prüfungen abgelegt werden.

Im Zeitraum vom 01.01.2006 bis 31.12.2006 konnten somit insgesamt 721 Anerkennungen für Gebiete, Schwerpunkte und fakultative Weiterbildungen erteilt werden. 17 Prüfungen wurden nicht bestanden. Darüber hinaus wurden insgesamt 466 Anerkennungen für den Erwerb von Zusatzbezeichnungen ausgesprochen. Die Weiterbildung zum Facharzt und in den Schwerpunkten sowie in der Regel auch in den Zusatz-Weiterbildungen muss bei einem von der Sächsischen Landesärztekammer Weiterbildungsbefugten in einer zugelassenen Weiterbildungsstätte erfolgen. Im Berichtszeitraum wurden insgesamt 356 Befugnisse für Gebiets-, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen und 52 Weiterbildungsbefugnisse für Zusatz-Weiterbildungen erteilt sowie 20 Weiterbildungsstätten zugelassen. Detaillierte Informationen hierzu und eine Übersicht über genehmigte Fachkundenachweise Strahlenschutz nach der Röntgenverordnung und nach der Strahlenschutzverordnung sind dem im Anhang enthaltenen Abschnitt Weiterbildung und Prüfungswesen zu entnehmen.

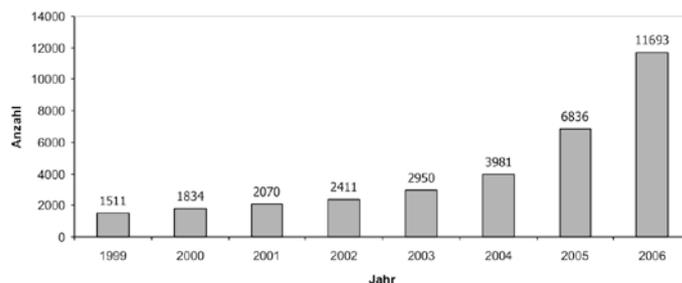
Die Aufgabengebiete des Referats Fortbildung lagen in der Organisation und Durchführung von Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen für Ärzte, der Anerkennung von Fortbildungsveranstaltungen, der Erteilung von individuellen Fortbildungszertifikaten für Kammermitglieder, der Betreuung und Begleitung von Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen externer Veranstalter in den Räumen der Sächsischen Landesärztekammer und die inhaltliche Gestaltung der Fortbildungsseiten als monatliche Beilage im Kammerblatt „Ärzteblatt Sachsen“.

Einen Überblick über das Spektrum und die Anzahl der durchgeführten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen gibt der entsprechende Abschnitt im Anhang.

Für die Evaluation der von der Sächsischen Landesärztekammer angebotenen Fort- und Weiterbildungskurse wurde ein einheitlicher Evaluationsbogen entwickelt, der ab dem III. Quartal 2006 zum Einsatz kam. Die Auswertung der Fragebögen erfolgt mittels eines hierfür entwickelten elektronischen Evaluationssystems. Mit dem Evaluationsbogen wird durch die Befragung der Teilnehmer unter anderem die Themen- und Referentenauswahl, das methodisch-didaktische Vorgehen der Referenten, die Präsentation, die Qualität der ausgegebenen Unterlagen sowie die der organisatorischen Vorbereitung (zum Beispiel Anmeldemodalitäten) und Begleitung systematisch und kontinuierlich erfasst. Die Evaluationen der Veranstaltungen ergaben eine hohe Akzeptanz des Angebots.

Die Anerkennung von Fortbildungsveranstaltungen gehört zu den Regelaufgaben der Sächsischen Landesärztekammer. Auf Grundlage der von der Kammerversammlung verabschiedeten Satzung Fortbildung und Fortbildungszertifikat erfolgt die Kategorisierung und Bewertung beantragter Fortbildungsveranstaltungen. Auch im Jahre 2006 wurde ein Anstieg der Anzahl der beantragten Fortbildungsveranstaltungen verzeichnet. So konnten 2006 circa 11.700 Fortbildungen durch die Sächsische Landesärztekammer anerkannt werden, dies bedeutete eine nochmalige Zunahme um circa 70 Prozent im Vergleich zum Vorjahr (siehe Abbildung). Durch das eigens für das Zertifizierungsverfahren entwickelte EDV-System ist eine zeitnahe Zertifizierung der Veranstaltungen möglich.

Anzahl zertifizierter Veranstaltungen seit 1999



Mit der Einführung der Fortbildungsverpflichtung für Vertragsärzte und Fachärzte im Krankenhaus liegt die inhaltliche Ausgestaltung und Durchführung des Fortbildungsnachweises in den Händen der ärztlichen Selbstverwaltung. Für eine weitere Vereinfachung der umfangreichen organisatorischen Abläufe wurden seit Anfang 2006 Fortbildungspunkte auf dem persönlichen Fortbildungspunktekonto, das für jeden sächsischen Arzt eingerichtet wurde, registriert. Die Sächsische Landesärztekammer hat deshalb bereits im Januar 2006 für jedes ihrer Mitglieder einen persönlichen Fortbildungsausweis und Klebeetiketten mit Barcodes sowie eine Benutzerkennung für das Online-Fortbildungspunktekonto bereitgestellt. Das Fortbildungspunktekonto erleichtert nicht nur die kontinuierliche und zeitnahe Erfassung der erworbenen Fortbildungspunkte, es bietet den Vorteil, dass jeder sächsische Arzt jederzeit von seinem PC über einen technisch gesicherten Zugang einen Überblick über die von ihm seit Anfang 2006 besuchten und erfassten Fortbildungen erhalten und den Stand seines Fortbildungspunktekontos mit Beginn des Jahres 2006 erfahren kann. Dieser Service des Online-Zugangs zu dem individuellen Fortbildungspunktekonto ist für alle sächsischen Ärzte eingerichtet, die mit ihrer schriftlichen Einwilligungserklärung ihr Einverständnis hierfür erteilt haben.

Die Einrichtung einer Ethikkommission an der Sächsischen Landesärztekammer ist durch das Heilberufekammergesetz geregelt. Die Ethikkommission übernimmt die Beratung der Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer und anderer Stellen in berufsethischen Fragestellungen und nimmt bundesrechtlich vorgesehene Aufgaben für Ethikkommissionen wahr. Die Tätigkeit der Ethikkommission ist durch die von der Kammerversammlung (Stand vom 26.11.2005) beschlossene Geschäftsordnung der Ethikkommission bei der Sächsischen Landesärztekammer festgelegt. Das Referat Ethikkommission gewährleistet die administrative Begleitung der Tätigkeit der Ethikkommission. Darüber hinaus erfolgt durch das Referat die Betreuung der Lebendspendekommission. Bei der Anzahl der zu begutachtenden Studien ist ein Anstieg um 5 Prozent, bei den nachträglichen Änderungen des Prüfplans (Amendements) um 25 Prozent gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen.

Hauptarbeitsschwerpunkt in der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung ist die organisatorische und fachliche Durchführung externer Qualitätssicherungsmaßnahmen in der stationären Versorgung sowie die Organisation des strukturierten Dialogs mit auffälligen Krankenhäusern. Von der Projektgeschäftsstelle wurden insgesamt 391 allgemein-, unfall- und kinderchirurgische Abteilungen, gefäßchirurgische, geburtshilfliche, neonatologische, gynäkologisch-operative, orthopädische, kardiologische, internistische und geriatrische Abteilungen resp. Kliniken hinsichtlich Qualitätssicherung betreut. Wie schon 2005 waren auch 2006 bei zahlreichen operativen Leistungen der Krankenhäuser weitere Daten ergänzend für die externe Qualitätssicherung zu erfassen und an die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung zu übermitteln.

Die Novellierung der Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie) gemäß §§ 12 und 18 des Transfusionsgesetzes zum 5.11.2005 bedeutet, dass

nunmehr von allen medizinischen Einrichtungen, die Blut bzw. Blutprodukte anwenden, jeweils bis 1. März Qualitätsberichte anzufertigen sind. Aus den vorliegenden Ergebnissen ergeben sich keine Hinweise auf ernsthafte Qualitätsmängel.

Die oben genannte Richtlinie fordert nunmehr auch eine spezielle Qualifikation für die Tätigkeit als Qualitätsbeauftragter für Hämotherapie in einer medizinischen Einrichtung. Die Sächsische Landesärztekammer hat den für die Qualifikation erforderlichen 40-Stunden-Kurs in ihr Fortbildungsprogramm aufgenommen und im Jahr 2006 erstmalig durchgeführt.

Die Ärztliche Stelle RöV/StrlSchV begleitet und unterstützt die Arbeit der Fachkommissionen Röntgen, Nuklearmedizin und Strahlentherapie. Die Fachkommission Röntgen überprüfte 254 Einrichtungen, die Fachkommission Nuklearmedizin 14 und die Fachkommission Strahlentherapie drei Einrichtungen hinsichtlich der Einhaltung von Qualitätskriterien. Es wurden weitreichende Beratungsleistungen bei aufgetretenen Mängeln und deren Beseitigung durchgeführt, ebenso zu den zusätzlichen Erfordernissen bei pädiatrischen Aufnahmen sowie zu künftigen Normen und technischen Standards unter anderem. Eine ausführliche und detaillierte Darstellung ist den entsprechenden Berichten der Fachkommissionen zu entnehmen.

9.3

Kaufmännischer Geschäftsbereich

(Dipl.-Ök. Kornelia Keller, Kaufmännische Geschäftsführerin)

Finanz- und Rechnungswesen

Durch die weitere Zunahme von gebührenpflichtigen Vorgängen in den Fachreferaten, insbesondere die Zertifizierung von Fortbildungsveranstaltungen, die gestiegene Anzahl von Prüfungen im Referat Weiterbildung und die Neueinführung von Gebührentatbeständen musste in der Buchhaltung wiederum ein steigender Belegumfang bearbeitet werden.

Der Jahresabschluss für das Jahr 2006 wurde durch das Referat Finanz- und Rechnungswesen wie in jedem Jahr sehr gut vorbereitet, sodass die Kassen- und Buchprüfung sowie die Erstellung der Jahresabschlussunterlagen durch die Wirtschaftsprüfer reibungslos innerhalb des geplanten Zeitrahmens verlief. Die Übersicht zur Haushaltansprache wurde dem Finanzausschuss und dem Vorstand monatlich vorgelegt und erläutert. Vierteljährlich erfolgte die Übergabe der aktuellen Haushaltansprache für die einzelnen Kostenstellen an die Geschäftsbereiche und Referate. Bei eventuellen Abweichungen erfolgte eine Bewertung und Klärung der Ursachen mit den verantwortlichen Mitarbeitern.

Die Haushalts- und Investitionsplanung für das Jahr 2007 wurde langfristig unter Einbeziehung aller Geschäftsbereiche und Referate vorbereitet. Der Haushaltsplan 2007 wurde nach gründlicher und kritischer Diskussion im Finanzausschuss und im Vorstand durch die 35. Kammerversammlung am 11. November 2006 beschlossen.

Die verzinsliche Anlage liquider Mittel der Sächsischen Landesärztekammer erfolgte in Festgelder und sichere Inhaberschuldverschreibungen, welche neben einer hohen Sicherheit eine Durchschnittsrendite im Jahr 2006 von 3,7 Prozent gewährleisteten.

Im Jahr 2006 wurden ca. 4.100 Reisekostenabrechnungen bearbeitet. Die Gesamtübersichten über die einzelnen Reisen gingen den etwa 700 ehrenamtlich tätigen Kammermitgliedern im Februar des Folgejahres zu.

Beitragswesen

Im Beitragsjahr 2006 konnten bis zum 30. Juni 2006 13.612 Kammermitglieder zum Kammerbeitrag veranlagt werden, da die ordnungsgemäßen Nachweise vorlagen. Bis zum 31. Dezember 2006 betrug die Zahl der zum Kammerbeitrag veranlagten Kammermitglieder 17.219.

Die Einnahmen aus Kammerbeiträgen betragen zum 31. März 60,2 Prozent und zum 30. Juni 89,1 Prozent des Haushaltsplanes.

Bis zum Ende des Jahres hatten 37 Kammermitglieder nicht reagiert, sie erhielten gemäß der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer einen Festsetzungsbescheid zum Höchstbeitrag in Höhe von 2.500 EUR. Aufgrund vorheriger telefonischer Erinnerung der säumigen Kammermitglieder durch die Mitarbeiter des Referates Beitragswesen vor Festsetzung des Höchstbeitrages konnte die Zahl der Festsetzungen gegenüber dem Vorjahr nochmals gesenkt werden.

Gegenüber dem Vorjahr hat sich die Zahl der Kammermitglieder, die der Sächsischen Landesärztekammer eine Einzugsermächtigung für den Kammerbeitrag erteilt haben, weiter erhöht. Mit dieser positiven Entwicklung ist die Zahlungsmoral der Kammermitglieder ein wenig besser geworden, sodass nur noch etwa jedes 17. Kammermitglied gemahnt werden musste. 739 Kammermitglieder, das entspricht 4,1 Prozent, konnten noch nicht zum Kammerbeitrag 2006 veranlagt werden, da Fristverlängerungen für die Vorlage der Nachweise gewährt wurden beziehungsweise Widersprüche oder Anträge nach § 9 der Beitragsordnung auf Stundung, Ermäßigung oder Erlass im laufenden Jahr noch nicht abgeschlossen werden konnten.



Der Schriftverkehr zum Kammerbeitrag hat gegenüber dem letzten Jahr trotz verstärkter telefonischer Nachfragen durch die Mitarbeiter des Referates Beitragswesen wieder zugenommen. Das ergibt sich aus der steigenden Anzahl der zu veranlagenden Kammermitglieder.

Im Jahr 2006 mussten die nachfolgend aufgeführten Zwangsvollstreckungen bei den Finanzämtern beantragt und durchgeführt werden:

Zwangsvollstreckungen

	Eingereichte Zwangsvoll- streckungen	Durchgeführte Zwangsvoll- streckungen	Rücknahme Zwangsvoll- streckungen
Bußgeldbescheide	1	0	0
Gebührenbescheide	8	5	2
Kammerbeitrag 1998	1	1	0
Kammerbeitrag 1999	1	1	0
Kammerbeitrag 2000	2	2	1
Kammerbeitrag 2001	3	3	1
Kammerbeitrag 2002	5	2	1
Kammerbeitrag 2003	11	4	3
Kammerbeitrag 2004	26	12	4
Kammerbeitrag 2005	40	28	3
Kammerbeitrag 2006	3	1	0
Gesamt	101	59	15

Die Differenz zwischen eingereichten und durchgeführten Zwangsvollstreckungen ergibt sich aus der Dauer des Verfahrens über das Jahr 2006 hinaus, aus Wohnortwechsel sowie aus Insolvenz und Zahlungsunfähigkeit der betroffenen Kammermitglieder.

85 Anträge gemäß § 9 der Beitragsordnung auf Stundung, Ermäßigung oder Erlass des Kammerbeitrages wurden mit den angeforderten Unterlagen aufbereitet und vom Finanzausschuss entschieden.

Interne Verwaltung/Hausverwaltung

Das Referat Interne Verwaltung/Hausverwaltung und Organisation ist gemäß Verwaltervertrag vom 14. November 2001 für das gesamte Facility Management im Gebäude verantwortlich. Die professionelle Abwicklung von Sekundärprozessen unterstützt dabei die Erfüllung der Hauptaufgaben der Sächsischen Landesärztekammer.

Die 6. Eigentümerversammlung wurde am 17. Mai 2006 durchgeführt. Es erfolgte die Bestätigung der Jahresrechnung und die Entlastung des Verwalters für das Jahr 2005 und die Bestätigung des Wirtschaftsplanes mit Instandhaltungsplan für 2006.

Hauptaufgaben im Referat sind die Planung, Durchführung und Kontrolle von Prozessen der Gebäudetechnik und der planmäßigen Instandhaltung. Diese wird durch den Abschluss von 26 Wartungsverträgen mit den entsprechenden Fachfirmen und die wöchentliche, dokumentierte Hausbegehung gewährleistet. Wartungsprotokolle wurden ausgewertet und notwendige operative Maßnahmen der Instandsetzung beauftragt. Für Reparaturleistungen und Ersatzinvestitionen wurden verschiedene Firmenangebote eingeholt, geprüft und die Auftragsvergabe ausgelöst. Im Berichtszeitraum erfolgte die Behälterrevision der Feuerlöscher entsprechend den Richtlinien der DIN 14406/4.

Die vertraglich festgelegten Dienstleistungen für Unterhaltsreinigung, Empfangs- und Sicherheitsdienste, die Pflege der Außenanlagen und die Tätigkeit des Haustechnikers werden von der Hausverwaltung koordiniert und kontrolliert.

Schwerpunkt im Jahr 2006 war die Errichtung eines neuen Parkplatzes auf dem Gelände der Sächsischen Landesärztekammer für 120 Stellflächen. In Zusammenarbeit mit der Firma Kretzschmar & Partner wurden die Fachfirmen ausgewählt, die Bauausführung überwacht und der Parkplatz am 29. Mai 2006 übergeben.

Bestandteil der organisatorischen Aufgaben sind die Schlüsselverwaltung, die Pflege der Telefondaten mit Gebührenerfassung, die Zugangskontrolle über das Zeiterfassungssystem, die Durchführung von Inventuren, die Erfassung von Neuzugängen und Abgängen in der Anlagenbuchhaltung, die Rechnungskontrolle und die Nachweisführung zur Betriebskostenabrechnung.

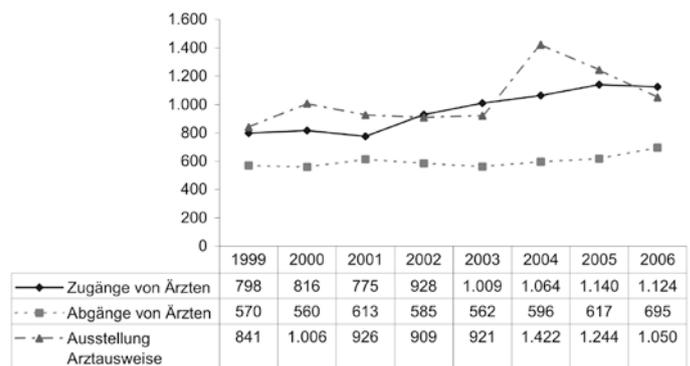
Die Leitung des Ausschusses für Arbeitssicherheit entsprechend § 11 Arbeitssicherheitsgesetz wird von der inneren Verwaltung geleitet und die sicherheitstechnische und arbeitsmedizinische Betreuung der Mitarbeiter veranlasst. Den Lehrgang für Sicherheitsbeauftragte besuchten zwei Mitarbeiter und den Lehrgang für Unterweisungen ein Mitarbeiter.

Für Veranstaltungen, Tagungen und Seminare im Haus wird die Konferenztechnik überwacht und bereitgestellt. Weiterhin werden Dienstreisen, Hotelreservierungen, die Bereitstellung von Reiseunterlagen, die Beschaffung und Ausgabe von Fachliteratur und Bürobedarf organisiert. Zur Optimierung von Kopiervorgängen wurde kostenneutral als Ersatzinvestition ein Großkopierer mit den Dualfunktionen Schwarz/Weiß und Farbe angeschafft. Dokumente, Akten, Programme und Lehrgangsunterlagen werden kopiert, geheftet oder gebunden, Druckaufträge ausgelöst und der tägliche Post- und Paketversand durchgeführt.

Berufsregister

Der Schwerpunkt der Arbeit des Referates Berufsregister ist die Aufnahme und Pflege aller Daten der Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer. Dazu gehören sowohl die Aufgaben rund um die Begründung und die Beendigung der Mitgliedschaft als auch das Aktualisieren der bestehenden Daten. Die Mitarbeiter des Referates Berufsregister hatten aufgrund der gestiegenen Anzahl der Kammermitglieder einen höheren Arbeitsanfall zu bewältigen.

Entwicklung wichtiger Kennzahlen



Fester Bestandteil der Arbeit sind die Aktualisierungen der Privatanschriften, Dienstadressen und Tätigkeiten. Es wurden ca. 5.250 Privatadressen in die Datenbank eingegeben. Hinzu kamen ca. 12.600 Änderungen der Dienstanschriften und der Tätigkeiten.

Mit der steigenden Zahl der Anmeldungen wachsen auch stetig die damit im Zusammenhang stehenden Abforderungen und Registrierungen erworbener Urkunden der betreffenden Ärzte. So werden alle mit der Berufstätigkeit im Zusammenhang stehenden Urkunden wie Approbationen/Berufserlaubnisse, akademische Grade/Titel, Weiterbildungsbezeichnungen, Fortbildungszertifikate etc. in den Datenbestand eingearbeitet und in der Akte abgelegt. Die Gesamtzahl aller im Berichtsjahr eingegebenen Urkunden beläuft sich auf ca. 8.200 Urkunden.

Im Referat Berufsregister erfolgt die Ablage aller Vorgänge in die Arztakten, die in den anderen Geschäftsbereichen und Referaten bearbeitet werden (im Jahr 2006 ca. 10.000 Vorgänge).

64 Arzt-Notfall-Schilder wurden ausgefertigt und versandt. Es erfolgte eine generelle Neugestaltung der Schilder mit einer verbesserten Haltbarkeit. Insgesamt ergab sich ein geführter Schriftverkehr von ca. 8.300 Briefen. Das Projekt der Vorbereitung der Herausgabe des elektronischen Heilberufsausweises wurde auch im Jahr 2006 fortgeführt.

Die Einführung des neuen Berufsregisterprogramms erforderte neben der Testung und der damit notwendigen Doppelerfassungen die Einarbeitung aller Mitarbeiter in die erweiterten Funktionalitäten des Programms.

EDV/Informatik/Betriebsorganisation

Im Referat Fortbildung erfolgte der Einsatz einer neuen Software zur Planung und Verwaltung von Fortbildungskursen. Damit wurde eine seit 1996 im Einsatz befindliche Software abgelöst. Die Software wird gleichzeitig zur Prüferverwaltung im Referat Weiterbildung eingesetzt.

Gemeinsam mit den Ärztekammern Brandenburg und Sachsen-Anhalt erfolgte die Entwicklung einer Software für die Online-Anmeldung von Veranstaltungen zur Zertifizierung, welche 2007 endgültig fertiggestellt wird. Damit verbunden ist eine Rationalisierung der internen Abläufe bei der Bearbeitung der Zertifizierungsprozesse.

Bereits 2006 wurde für jedes Kammermitglied die Führung eines Online-Fortbildungspunktekontos installiert. Die Kammermitglieder haben damit

die Möglichkeit, ihren Fortbildungspunktestand am heimischen PC abzufragen. Voraussetzung hierzu ist die Einwilligung des Kammermitgliedes zur Führung des Online-Fortbildungspunktekontos.

Damit verbunden ist die elektronische Registrierung der Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen durch das Einschannen der Barcodes auf den Teilnehmerlisten seit 1. Januar 2006 bzw. durch das Einlesen der Punktemeldungen des Elektronischen Informationsverteilers (EIV).

Zur weiteren Vorbereitung der Einführung des elektronischen Arztausweises erfolgte eine enge Zusammenarbeit mit dem Projektbüro eArztausweis der Bundesärztekammer und den Ärztekammern. Im Berichtsjahr wurden vorrangig Unterlagen für den Ausgabeprozess erarbeitet und kommentiert. In einem externen Audit wurde den erstellten Unterlagen eine weitgehende Vollständigkeit und Konsistenz bescheinigt. Die Projektorganisation wurde als transparent und die Umsetzbarkeit als realistisch eingeschätzt. Gemäß eines Beschlusses des Vorstandes der Bundesärztekammer soll der elektronische Arztausweis nun auch für ärztliche Projekte außerhalb der Vorhaben zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (gematik) ausgegeben werden.

Die Sächsische Landesärztekammer ist über den Lenkungsausschuss der Bundesärztekammer an der Entwicklung von Software zur Vereinheitlichung der Kommunikation mit den Zertifizierungsdiensteanbietern beteiligt. Die Software dient zur Vereinfachung der Antragsbearbeitung als auch der Sperrprozesse und zur Bereitstellung hierzu benötigter Informationen.

Am Projekt SaxMediCard zur Erprobung der elektronischen Gesundheitskarte in der Region Löbau-Zittau ist die Sächsische Landesärztekammer einbezogen und sieht dabei ihre Aufgaben einerseits in der Bereitstellung der elektronischen Arztausweise für die am Test beteiligten Ärzte und andererseits in der kritischen Begleitung der vertraglichen, organisatorischen und öffentlichkeitswirksamen Prozesse.

Die Arbeit der Arbeitsgruppe „Multimedia und Gesundheitstelematik“ wurde auch in diesem Berichtsjahr in ihrer Arbeit unterstützt und betreut.

Zur Auswertung von Multiple-Choice-Prüfungen in der Ausbildung der Arzthelferinnen und Medizinischen Fachangestellten wurde eine neue Software eingesetzt, die auch für die Evaluierung von Fortbildungsveranstaltungen eingesetzt wird. Die Software erlaubt das Einlesen von Belegen und Formularen und wird auch intensiv in diesem Bereich genutzt.

Im Berichtsjahr erfolgte die Einführung des neuen Berufsregisterprogramms. Schwerpunkt bei dieser Eigenentwicklung war die Abbildung neuer Anforderungen durch veränderte und erweiterte Aufgaben sowie die Verbesserung von Recherche- und Erfassungsmöglichkeiten für die Mitarbeiter des Berufsregisters.

Das Referat Informatik und Betriebsorganisation war wiederum an der Ausgestaltung des Internen Kontrollsystems beteiligt. Dies umfasst die laufende Aktualisierung und Erprobung der Notfallkonzeption und die Erstellungen der Dokumentationen zum EDV-Einsatz unter Berücksichtigung der aktuellen Revisionsstandards. Die Zusammenarbeit mit dem Datenschutzbeauftragten der Sächsischen Landesärztekammer findet ihren Niederschlag in der Kammeranweisung „Datenschutz und Datensicherheit“. Die jährliche EDV-Revision im Rahmen der Prüfung des Abschlusses des Geschäftsjahres 2006 erfolgte ohne Beanstandungen.

Zu den Aufgaben des Referates Informatik gehört die jährliche Ärzttestatistik. Am 31. Dezember 2006 waren 9.879 Ärztinnen und 9.303 Ärzte sowie 46 freiwillige Mitglieder bei der Sächsischen Landesärztekammer gemeldet. Der Nettozugang beträgt 429 Ärztinnen und Ärzte. Durch den verstärkten Übergang in den Ruhestand erhöht sich die Anzahl der berufstätigen Ärzte jedoch nur um 131. Dabei ist eine Zunahme bei den Ausbildungsassistenten im Krankenhaus zu verzeichnen. Detailangaben, auch zur Altersstruktur, sind im Anhang A ausführlich dargestellt.

10 Ärztliche Berufsvertretung der Wahlperiode 2003/2007

N = Ärzte in Niederlassung

A = Angestellte Ärzte

R = Ärzte in Ruhestand

10.1

Vorstand

Präsident: Prof. Dr. Jan Schulze (Dresden), A

Vizepräsident: Dr. Stefan Windau (Leipzig), N

Schriftführer: Dr. Lutz Liebscher (Leisnig), A

Mitglieder:

Prof. Dr. Otto Bach (Leipzig), R

Dr. Günter Bartsch (Neukirchen), N

Erik Bodendieck (Wurzen), N

Dr. Steffen Liebscher (Aue), N

Dr. Rudolf Marx (Mittweida), R

Dr. Dietrich Steiniger (Rodewisch), A

Dr. Gisela Trübsbach (Dresden), N

Dr. Claus Vogel (Leipzig), N

Ehrenpräsident der Sächsischen Landesärztekammer:

Prof. Dr. Heinz Diettrich (Dresden), R

10.2

Kammerversammlung

Alterspräsident der Kammerversammlung:

Dr. Bernhard Ackermann (Zwickau), R

Vertreter der Lehrkörper der Medizinischen

Fakultäten der Universitäten:

Prof. Dr. Michael Laniado (Dresden)

Technische Universität Dresden, FA Radiologie, A

Prof. Dr. Christoph Josten (Leipzig)

Universität Leipzig, FA Chirurgie, FA Orthopädie und Unfallchirurgie, A

Regierungsbezirk Chemnitz

Dr. Bernhard Ackermann (Zwickau)

FA Allgemeinmedizin, R

Dr. Günter Bartsch (Neukirchen)

FA Kinder- und Jugendmedizin, N

Dr. Andreas Bartusch (Chemnitz)

FA Kinderchirurgie, A

Dipl.-Med. Jens Baumann (Lengenfeld)

FA Allgemeinmedizin, N

Prof. Dr. Siegwart Bigl (Chemnitz)

FA Kinder- und Jugendmedizin,

FA Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie,

FA Hygiene und Umweltmedizin, R

Dr. Frieder Braun (Mosel)

FA Allgemeinmedizin, N

Dipl.-Med. Thomas Dürr (Zwickau)

FA Allgemeinmedizin, N

Dr. Roland Endesfelder (Chemnitz)

FA Chirurgie, R

Dr. Rolf Gründig (Marienberg)
FA Urologie, N

Dr. Dietrich Hofmann (Chemnitz)
FA Augenheilkunde, N

Dr. Tobias Kaminke (Plauen)
FA Neurologie, N

Prof. Dr. Burkhard Knopf (Zwickau)
FA Haut- und Geschlechtskrankheiten, A

Dr. Michael Kottke (Glauchau)
FA Innere Medizin, N

Dr. Claudia Kühnert (Chemnitz)
FÄ Allgemeinmedizin, N

Dipl.-Med. Ulrich Lehmann (Reichenbach)
FA Chirurgie, A

Dipl.-Med. Hans-Georg Lembcke (Schlettau)
FA Allgemeinmedizin, N

Dr. Steffen Liebscher (Aue)
FA Innere Medizin, N

Dr. Falko Lohse (Chemnitz)
FA Chirurgie, FA Orthopädie und Unfallchirurgie, A

Dr. Rudolf Marx (Mittweida)
FA Öffentliches Gesundheitswesen, R

Dr. Dietrich Meißner (Chemnitz)
FA Chirurgie, N

Prof. Dr. Rainer Morgenstern (Hohenstein-Ernstthal)
FA Chirurgie, R

Dr. Irmgard Murad (Aue)
FÄ Allgemeinmedizin, N

Dr. Michael Neubauer (Freiberg)
FA Chirurgie, FA Kinderchirurgie, A

Dr. Birger Path (Chemnitz)
FA Anästhesiologie, A

Dr. Lars Schirmer (Aue)
FA Allgemeinmedizin, A

Dr. Hans-Jürgen Schuster (Plauen)
FA Urologie, N

Dipl.-Med. Axel Scurt (Reichenbach)
FA Radiologische Diagnostik, N

Dr. Dietrich Steiniger (Rodevisch)
FA Chirurgie, FA Orthopädie und Unfallchirurgie, A

Dr. Michael Teubner (Burgstädt)
FA Innere Medizin, N

Dr. Diethard Weichsel (Crinitzberg)
FA Allgemeinmedizin, N

Dr. Hella Wunderlich (Großhartmannsdorf)
FÄ Allgemeinmedizin, N

Regierungsbezirk Dresden

Dr. Hans-Henning Abel (Görlitz)
FA Anästhesiologie, A

Dr. Michael Aßmann (Riesa)
FA Innere Medizin, A

Prof. Dr. Otto Bach (Leipzig)
FA Neurologie und Psychiatrie, R

Dr. Johannes Baumann (Coswig)
FA Allgemeinmedizin, N

Dipl.-Med. Ulrike Bielß (Freital)
FÄ Innere Medizin, A

Dr. Karl-Friedrich Breiter (Bautzen)
FA Innere Medizin, R

Dipl.-Med. Klaus-Ulrich Däßler (Freital)
FA Innere Medizin, N

Dipl.-Med. Norbert Dobberstein (Hoyerswerda)
FA Innere Medizin, N

Dr. Frank Eisenkrätzer (Radebeul)
FA Allgemeinmedizin, N

Dr. Steffen Fiedler (Kamenz)
FA Allgemeinmedizin, N

Dipl.-Med. Thomas Flämig (Niesky)
FA Innere Medizin, N

Dr. Thomas Fritz (Dresden)
FA Innere Medizin, A

Torsten Granzow (Hohwald/Langburkersdorf)
FA Innere Medizin, N

Dr. Norbert Grosche (Dresden)
FA Radiologie, N

Dr. Manfred Halm (Dresden)
FA Chirurgie, R

Dr. Ursula Hausmann (Dresden)
FÄ Allgemeinmedizin, R

PD Dr. habil. Gerhard Heptner (Dresden)
FA Innere Medizin, N

Dr. Angela Jeromin (Dresden)
FÄ Allgemeinmedizin, N

Prof. Dr. Maria Kabus (Dresden)
FÄ Kinder- und Jugendmedizin, A

Dr. Brigitta Krosse (Dresden)
FÄ Innere Medizin, N

Dr. Matthias Liebig (Görlitz)
FA Innere Medizin, A

Dr. Petra Merkel (Dresden)
FÄ Chirurgie, R

Bettina Pfannkuchen (Dresden)
FÄ Allgemeinmedizin, N

Dr. Bettina Prager (Dresden)
FÄ Humangenetik, N

Dr. Winfried Rieger (Ebersbach)
FA Innere Medizin, R

Dr. Thomas Rothe (Dresden)
FA Allgemeinmedizin, N

Dipl.-Med. Ingolf Schmidt (Oßling)
FA Allgemeinmedizin, N

Dipl.-Med. Matthias Schmidt (Neustadt)
FA Neurologie, N

Prof. Dr. Jan Schulze (Dresden)
FA Innere Medizin, A

Prof. Dr. Claus Seebacher (Dresden)
FA Haut- und Geschlechtskrankheiten, R

Steffen Seiler (Bautzen)
FA Anästhesiologie, A

Dr. Jürgen Straube (Meißen)
FA Innere Medizin, N

Ute Taube (Berthelsdorf)
FÄ Allgemeinmedizin, N

Dr. Gisela Trübsbach (Dresden)
FÄ Radiologie, N

Dr. Rainer Weidhase (Radebeul)
FA Chirurgie, A
Dr. Kristina Weiss (Dresden)
FÄ Allgemeinmedizin, N
Dr. Jörg Wienold (Freital)
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A
Dr. habil. Eckart Wunderlich (Dresden)
FA Innere Medizin, A
Dr. Roland Zippel (Riesa)
FA Chirurgie, A

Regierungsbezirk Leipzig

Simone Bettin (Grimma)
FÄ Nuklearmedizin, N
Dipl.-Med. Cerstin Bochenek (Oschatz)
FÄ Haut- und Geschlechtskrankheiten, N
Erik Bodendieck (Wurzen)
FA Allgemeinmedizin, N
Dr. Michael Burgkhardt (Leipzig)
FA Allgemeinmedizin, FA Urologie, N
Dr. Mathias Cebulla (Leipzig)
FA Innere Medizin, A
Prof. Dr. Gunter Gruber (Taucha)
FA Innere Medizin, R
Dr. Jörg Hammer (Leipzig)
FA Chirurgie, N
Prof. Dr. Rolf Haupt (Leipzig)
FA Pathologie, R
Dipl.-Med. Ulrike Jung (Leipzig)
FÄ Orthopädie, N
Prof. Dr. Friedrich Kamprad (Leipzig)
FA Radiologie, R
Prof. Dr. Eberhard Keller (Leipzig)
FA Kinder- und Jugendmedizin, R
Dipl.-Med. Andreas Koch (Delitzsch)
FA Allgemeinmedizin, N
Dr. Suse Körner (Leipzig)
FÄ Augenheilkunde, N
Dr. Kristina Kramer (Leipzig)
FÄ Anästhesiologie, A
Dr. Uwe Krause (Grimma)
FA Anästhesiologie, A
Prof. Dr. Peter Leonhardt (Leipzig)
FA Innere Medizin, R
Dr. Lutz Liebscher (Leisnig)
FA Kinder- und Jugendmedizin, A
Dr. Wolfram Lieschke (Leipzig)
FA Augenheilkunde, N
Dr. Thomas Lipp (Leipzig)
FA Allgemeinmedizin, N
Dr. Kirsten Nowack (Torgau)
FÄ Allgemeinmedizin, N
Dr. Bernd Pittner (Leipzig)
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, N
Dr. Konrad Reuter (Eilenburg)
FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, FA Phoniatrie und Pädaudiologie, N
Dr. Matthias Schulze (Markkleeberg)
FA Urologie, N

Dr. Wolfram Strauß (Leipzig)
FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, FA Phoniatrie und Pädaudiologie, N
Dr. Jens Taggeselle (Markkleeberg)
FA Innere Medizin, N
Dr. habil. Hans-Joachim Verlohren (Leipzig)
FA Innere Medizin, N
Dr. Claus Vogel (Leipzig)
FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, N
Dr. Stefan Windau (Leipzig)
FA Innere Medizin, N
Dr. Torsten Wolf (Leipzig)
FA Anästhesiologie, N

10.3

Ausschüsse

Satzungen

Prof. Dr. Wolfgang Saueremann (Dresden)
FA Neurologie und Psychiatrie, A
Kornelia Kuhn (Dresden)
FÄ Innere Medizin, N
Dr. Lutz Liebscher (Leisnig)
FA Kinder- und Jugendmedizin, A
(Vertreter des Vorstandes)
Dr. Winfried Rieger (Ebersbach)
FA Innere Medizin, R
Dr. Stefan Windau (Leipzig)
FA Innere Medizin, N
(Vertreter des Vorstandes)
seitens der Geschäftsführung:
Dr. jur. Verena Diefenbach
Ass. jur. Michael Kratz
Dr. jur. Alexander Gruner

Ambulante Versorgung

Dr. Bernhard Ackermann (Zwickau)
FA Allgemeinmedizin, R
Erik Bodendieck (Wurzen)
FA Allgemeinmedizin, N
(Vertreter des Vorstandes)
Dr. Bernd Flade (Chemnitz)
FA Chirurgie, N
Dr. Norbert Grosche (Dresden)
FA Radiologie, N
Dr. Jörg Hammer (Leipzig)
FA Chirurgie, N
Dr. Klaus Heckemann (Dresden)
FA Allgemeinmedizin, N
Dr. Stephan Mager (Cossebaude)
FA Innere Medizin, N
Dr. Thomas Rothe (Dresden)
FA Allgemeinmedizin, N
Dr. Torsten Wolf (Leipzig)
FA Anästhesiologie, N
Dr. Claus Vogel (Leipzig)
FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, N
(Vertreter des Vorstandes)

seitens der Geschäftsführung:

Dr. Katrin Bräutigam
Marina Hartmann

Krankenhaus

Dr. Eberhard Huschke (Löbau)

FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, R

Dr. Thomas Fritz (Dresden)

FA Innere Medizin, A

Dr. Brigitte Güttler (Aue)

FÄ Radiologie, N

Dr. Sylvia Gütz (Leipzig)

FÄ Innere Medizin, A

Dr. Dietrich Heckel (Rodewisch)

FA Innere Medizin, A

Dr. Birger Path (Chemnitz)

FA Anästhesiologie, A

Dr. Alexander Schmeißer (Dresden)

FA Innere Medizin, A

Dr. Dietrich Steiniger (Rodewisch)

FA Chirurgie, FA Orthopädie und Unfallchirurgie, A

(Vertreter des Vorstandes)

seitens der Geschäftsführung:

Dr. Katrin Bräutigam

Schwerpunktbehandlung und -betreuung chronisch Erkrankter in Praxis und Klinik

Dr. habil. Hans-Joachim Verlohren (Leipzig)

FA Innere Medizin, N

Dr. Marc Grundeis (Chemnitz)

FA Innere Medizin, N

Dr. Franz-Albert Hoffmann (Leipzig)

FA Innere Medizin, N

Dr. Kristina Kramer (Leipzig)

FÄ Anästhesiologie, A

Dr. Thomas Lipp (Leipzig)

FA Allgemeinmedizin, N

Dr. Michael Nitschke (Dresden)

FA Innere Medizin, A

Dr. Kirsten Papsdorf (Leipzig)

FÄ Strahlentherapie, A

Dipl.-Med. Ingrid Pawlick (Lunzenau)

FÄ Allgemeinmedizin, N

Dr. Anne-Kathrin Tausche (Dresden)

FÄ Haut- und Geschlechtskrankheiten, A

Prof. Dr. Jan Schulze (Dresden)

FA Innere Medizin, A

(Vertreter des Vorstandes)

seitens der Geschäftsführung:

Dipl.-Med. Annette Kaiser

Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie

Dr. Maria Eberlein-Gonska (Dresden)

FÄ Pathologie, A

Prof. Dr. Lothar Beier (Chemnitz)

FA Laboratoriumsmedizin, R

PD Dr. habil. Karl-Werner Degen (Dresden)

FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A

Prof. Dr. Rüdiger Franz (Dresden)

FA Orthopädie, R

Doz. Dr. habil. Roland Goertchen (Görlitz)

FA Pathologie, R

Dr. Norbert Grosche (Dresden)

FA Radiologie, N

Dr. Brigitta Krosse (Dresden)

FÄ Innere Medizin, N

Dipl.-Med. Gabi Marschke (Rodewisch)

Ärztin in Weiterbildung, A

Prof. Dr. Gerhard Metzner (Leipzig)

FA Innere Medizin, FA Immunologie, A

Dr. Irmgard Murad (Aue)

FÄ Allgemeinmedizin, N

seitens des Vorstandes:

Prof. Dr. Jan Schulze (Dresden)

FA Innere Medizin, A

seitens der Geschäftsführung:

Dr. Torsten Schlosser

Fachkommission Röntgen

Dr. Volkmar Hänig (Dresden)

FA Radiologische Diagnostik, A

Dr. Winfried Beyer (Leipzig)

FA Radiologie, R

Dr. Klaus Effler (Dresden)

FA Radiologie, R

PD Dr. habil. Thomas Kittner (Dresden)

FA Diagnostische Radiologie, A

Prof. Dr. Klaus Köhler (Dresden)

FA Radiologie, R

Dr. Wolfgang Müller (Leipzig)

FA Radiologie, R

Dr. Peter Rosenthal (Plauen)

FA Radiologie, A

Dr. Andreas Schadeberg (Meißen)

FA Radiologie, A

Dr. Johannes Scheibe (Leipzig)

FA Radiologie, A

Dr. Gisela Trübsbach (Dresden)

FA Radiologie, N

Dr. Lothar Berndt (Pirna)

FA Radiologische Diagnostik, A

Dr. Matthias Schreiber (Sebnitz)

FA Diagnostische Radiologie, A

Dr. Peter Wicke (Bad Gotttleuba)

FA Radiologie, R

seitens der Geschäftsführung:

Dipl.-Phys. Klaus Böhme

Fachkommission Strahlentherapie

Prof. Dr. Friedrich Kamprad (Leipzig)

FA Radiologie, R

Prof. Dr. Johannes Schorcht (Dresden)

FA Strahlentherapie, N

Dipl.-Phys. Norbert Kaufmann

Dr. Dieter Baaske (Chemnitz)

FA Strahlentherapie, A

Prof. Dr. rer. nat. Ulrich Wolf

Dipl.-Phys. Holger Hartmann
seitens der Geschäftsführung:
Dipl.-Phys. Klaus Böhme

Fachkommission Nuklearmedizin

Dr. habil. Angelika Wünsche (Leipzig)
FÄ Nuklearmedizin, FÄ Diagnostische Radiologie, N
Dr. Ute Brückner (Zwickau)
FÄ Nuklearmedizin, FÄ Radiologie, N
Prof. Dr. Wolf-Gunter Franke (Dresden)
FA Nuklearmedizin, FA Radiologie, R
Dipl.-Phys. Michael Andreeff
Dipl.-Phys. Holger Hartmann
seitens der Geschäftsführung:
Dipl.-Phys. Klaus Böhme

Arbeitsgruppe Perinatalogie/Neonatalogie

Prof. Dr. Christoph Vogtmann (Taucha)
FA Kinder- und Jugendmedizin, R
Dr. habil. Heiner Bellée (Dresden)
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, R
Dr. Jürgen Dinger (Dresden)
FA Kinder- und Jugendmedizin, A
Dr. habil. Konrad Müller (Chemnitz)
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, R
Prof. Dr. Hildebrand Kunath (Dresden)
FA Sozialhygiene, A
Dr. Walter Pernice (Torgau)
FA Kinder- und Jugendmedizin, A
Dr. habil. Reinhold Tiller (Chemnitz)
FA Kinder- und Jugendmedizin, R
Prof. Dr. Brigitte Viehweg (Leipzig)
FÄ Frauenheilkunde und Geburtshilfe, R
Dr. Gunther Völker (Mittweida)
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A
seitens der Geschäftsführung:
Dipl.-Med. Annette Kaiser

Arbeitsgruppe Chirurgie

Dr. Henry Jungnickel (Dresden)
FA Chirurgie, A
Prof. Dr. Joachim Bennek (Leipzig)
FA Kinderchirurgie, R
PD Dr. Joachim Boese-Landgraf (Chemnitz)
FA Chirurgie, A
Dr. Hans-Joachim Florek (Dresden)
FA Chirurgie, A
Dr. Klaus-Peter Heinemann (Zwickau)
FA Chirurgie, A
PD Dr. habil. Alfred Schröder (Chemnitz)
FA Chirurgie, A
seitens der Geschäftsführung:
Dr. Torsten Schlosser

Arbeitsgruppe Gynäkologie

PD Dr. habil. Karl-Werner Degen (Dresden)
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A
Dr. Pia Gantzsch (Meißen)
FÄ Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A

Dr. Steffen Handstein (Görlitz)
FA Plastische und Ästhetische Chirurgie, A
Prof. Dr. Uwe Köhler (Leipzig)
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A
Dr. Kurt Lobodasch (Chemnitz)
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A
Prof. Dr. Thomas Steck (Chemnitz)
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A
seitens der Geschäftsführung:
Dipl.-Med. Annette Kaiser

Arbeitsgruppe Orthopädie/Unfallchirurgie

Prof. Dr. Rüdiger Franz (Dresden)
FA Orthopädie, R
Doz. Dr. habil. Frank Czornack (Dresden)
FA Chirurgie, A
Dr. Lutz Hörenz (Leipzig)
FA Orthopädie, A
Dr. Wilfried Purath (Dresden)
FA Orthopädie, N
Prof. Dr. Karlheinz Sandner (Markneukirchen)
FA Chirurgie, R
Michael Wolf (Rothenburg)
FA Orthopädie, A
seitens der Geschäftsführung:
Dr. Torsten Schlosser

Arbeitsgruppe Kardiologie

Prof. Dr. Gerhard Schuler (Leipzig)
FA Innere Medizin, A
Dr. Martin Braun (Dresden)
FA Innere Medizin, A
Prof. Dr. Andreas Hartmann (Leipzig)
FA Innere Medizin, A
Prof. Dr. Gerhard Hindricks (Leipzig)
FA Innere Medizin, A
PD Dr. habil. Georg Kneissl (Leipzig)
FA Innere Medizin, N
Dr. Wolfgang Krahwinkel (Leisnig)
FA Innere Medizin, A
Dr. Ernst-Udo Radke (Sebnitz)
FA Innere Medizin, A
Dr. Kerstin Rolffs (Chemnitz)
FÄ Innere Medizin, A
Prof. Dr. Ruth H. Strasser (Dresden)
FÄ Innere Medizin, A
Dr. Stefan Spitzer (Dresden)
FA Innere Medizin, N
seitens der Geschäftsführung:
Dipl.-Med. Annette Kaiser

Arbeitsgruppe Pneumologie

Prof. Dr. Hans-Willi M. Breuer (Görlitz)
FA Innere Medizin, A
Prof. Dr. Adrian Gillissen (Leipzig)
FA Innere Medizin, A
Prof. Dr. Gert Höffken (Coswig)
FA Innere Medizin, A

Prof. Dr. Hubertus Wirtz (Leipzig)
 FA Innere Medizin, A
 Prof. Dr. Ernst Wilhelm Schmidt (Chemnitz)
 FA Internist/Lungen-, Bronchialheilkunde (Umschr. Lungenarzt), A
 Dr. Holger Sebastian (Leipzig)
 FA Innere Medizin, A
 PD Dr. habil. Siegfried Zielmann (Zwickau)
 FA Anästhesiologie, A
 seitens der Geschäftsführung:
 Dr. Torsten Schlosser

Ärzte im öffentlichen Dienst

Dipl.-Med. Petra Albrecht (Meißen)
 FÄ Öffentliches Gesundheitswesen, FÄ Hygiene und Umweltmedizin, A
 Dipl.-Med. Ilona Grabe (Dresden)
 FÄ Kinder- und Jugendmedizin, A
 Dr. Sylvia Hebestreit (Niederdorf)
 FÄ Öffentliches Gesundheitswesen, A
 Dr. Regine Krause-Döring (Grimma)
 FÄ Öffentliches Gesundheitswesen, A
 Dr. Wilfried Oettler (Dresden)
 FA Öffentliches Gesundheitswesen, A
 Dr. Regina Petzold (Dresden)
 FÄ Kinder- und Jugendmedizin, R
 Dr. Reinhard Schettler (Stollberg)
 FA Arbeitsmedizin, FA Öffentliches Gesundheitswesen, R
 Dr. Ulrike Thieme (Großenhain)
 FÄ Kinder- und Jugendmedizin, A
 Dr. Rudolf Marx (Mittweida)
 FA Öffentliches Gesundheitswesen, R
 (Vertreter des Vorstandes)
 seitens der Geschäftsführung:
 Dr. rer. nat. Evelyne Bänder

Prävention und Rehabilitation

PD Dr. habil. Uwe Häntzschel (Bad Schandau)
 FA Innere Medizin, A
 Dr. Christoph Altmann (Bad Gottleuba)
 FA Innere Medizin, A
 Dr. Dirk Ermisch (Crimmitschau)
 FA Kinder- und Jugendmedizin, A
 Dr. habil. Gudrun Fröhner (Leipzig)
 FÄ Physikalische und Rehabilitative Medizin, A
 Dr. Rolf Käbner (Dresden)
 FA Physikalische und Rehabilitative Medizin, N
 Dr. Dietmar Laue (Dresden)
 FA Hygiene und Umweltmedizin, R
 Dr. Klaus Müller (Leipzig)
 FA Physikalische und Rehabilitative Medizin, N
 Dr. Roland Müller (Dohna)
 FA Allgemeinmedizin, R
 seitens des Vorstandes:
 Dr. Rudolf Marx (Mittweida)
 FA Öffentliches Gesundheitswesen, R
 seitens der Geschäftsführung:
 Dr. rer. nat. Evelyne Bänder

Hygiene und Umweltmedizin

Prof. Dr. Siegwart Bigl (Chemnitz)
 FA Kinder- und Jugendmedizin, FA Mikrobiologie und Infektions-
 epidemiologie, FA Hygiene und Umweltmedizin, R
 Dipl.-Med. Petra Albrecht (Meißen)
 FÄ Öffentliches Gesundheitswesen, FÄ Hygiene und Umweltmedizin, A
 Dr. Dietmar Beier (Chemnitz)
 FA Hygiene und Umweltmedizin, A
 Dr. Barbara Kirsch (Leipzig)
 FÄ Allgemeinmedizin, N
 Dipl.-Med. Anke Protze (Chemnitz)
 FÄ Öffentliches Gesundheitswesen, A
 Dr. Ulrich Taubner (Zwickau)
 FA Kinder- und Jugendmedizin, A
 Dr. Anita Tilch (Rodewisch)
 FÄ Öffentliches Gesundheitswesen, FÄ Hygiene und Umweltmedizin, R
 seitens des Vorstandes:
 Dr. Rudolf Marx (Mittweida)
 FA Öffentliches Gesundheitswesen, R
 seitens der Geschäftsführung:
 Dr. rer. nat. Evelyne Bänder

Arbeitsmedizin

Dr. Norman Beeke (Chemnitz)
 FA Arbeitsmedizin, FA Innere Medizin, A
 Dr. Egon Gentsch (Chemnitz)
 FA Arbeitsmedizin, A
 PD Dr. habil. Manfred Grube (Chemnitz)
 FA Arbeitsmedizin, N
 Dr. Gert Herrmann (Dresden)
 FA Arbeitsmedizin, R
 Prof. Dr. Klaus Scheuch (Dresden)
 FA Arbeitsmedizin, A
 Dr. Marina Selbig (Chemnitz)
 FÄ Arbeitsmedizin, A
 seitens des Vorstandes:
 Dr. Rudolf Marx (Mittweida)
 FA Öffentliches Gesundheitswesen, R
 seitens der Geschäftsführung:
 Dr. Katrin Bräutigam

Notfall- und Katastrophenmedizin

Dr. Michael Burgkhardt (Leipzig)
 FA Allgemeinmedizin, FA Urologie, N
 Dr. Matthias Czech (Radeberg)
 FA Innere Medizin, A
 Dr. Gottfried Hanzl (Niederoderwitz)
 FA Allgemeinmedizin, N
 Prof. Dr. Fritjoff König (Leipzig)
 FA Anästhesiologie, A
 Dr. Hasso Neubert (Glauchau)
 FA Anästhesiologie, A
 Dr. Peter Schnabel (Dresden)
 FA Anästhesiologie, A
 Steffen Seiler (Bautzen)
 FA Anästhesiologie, A
 Ute Taube (Berthelsdorf)
 FÄ Allgemeinmedizin, N

Dr. Rainer Weidhase (Radebeul)
FA Chirurgie, A
Dr. Thomas Zeidler (Grimma)
FA Anästhesiologie, A
seitens des Vorstandes:
Dr. Stefan Windau (Leipzig)
FA Innere Medizin, N
seitens der Geschäftsführung:
Dr. Katrin Bräutigam

Ärztliche Ausbildung

Dr. Antje Bergmann (Dresden)
FÄ Allgemeinmedizin, A
Prof. Dr. Christoph Baerwald (Leipzig)
FA Innere Medizin, A
Erik Bodendieck (Wurzen)
FA Allgemeinmedizin, N
Prof. Dr. Thea Koch (Dresden)
Vertreterin der TU Dresden, Studiendekanin, A
Prof. Dr. Jens-Karl Eilers (Leipzig)
Vertreter der Universität Leipzig, Studiendekan, A
Dr. Axel-Rüdiger Jendral (Dresden)
FA Allgemeinmedizin, N
Dr. Uwe Krause (Grimma)
FA Anästhesiologie, A
Prof. Dr. Rainer Morgenstern (Hohenstein-Ernstthal)
FA Chirurgie, R
Dr. Friedemann Reber (Dresden), A
seitens des Vorstandes:
Prof. Dr. Jan Schulze (Dresden)
FA Innere Medizin, A
seitens der Geschäftsführung:
Dr. Katrin Bräutigam

Weiterbildung

Prof. Dr. Gunter Gruber (Taucha)
FA Innere Medizin, R
Dr. Brigitte Güttler (Aue)
FÄ Radiologie, N
Prof. Dr. Rolf Haupt (Leipzig)
FA Pathologie, R
Dr. Frauke Höhn (Chemnitz)
FÄ Allgemeinmedizin, N
Prof. Dr. Peter Joraschky (Dresden)
FA Psychotherapeutische Medizin, A
Prof. Dr. Christoph Josten (Leipzig)
FA Chirurgie, FA Orthopädie und Unfallchirurgie, A
Prof. Dr. Regine Kluge (Leipzig)
FÄ Nuklearmedizin, A
Prof. Dr. Uwe Köhler (Leipzig)
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A
Prof. Dr. Wolfgang Leupold (Dresden)
FA Kinder- und Jugendmedizin, A
Prof. Dr. Fritjoff König (Leipzig)
FA Anästhesiologie, A (kooptiert)
seitens des Vorstandes:
Prof. Dr. Otto Bach (Leipzig)
FA Neurologie und Psychiatrie, R

seitens der Geschäftsführung:
Dr. Birgit Gäbler
Dr. Katrin Bräutigam
Dr. jur. Alexander Gruner

Widerspruchskommission

(gem. § 13 Abs. 6 Weiterbildungsordnung)

Prof. Dr. Claus Seebacher (Dresden)
FA Haut- und Geschlechtskrankheiten, R
seitens der Geschäftsführung:
Dr. jur. Alexander Gruner
Ass. jur. Michael Kratz

Kommission Widersprüche nach Weiterbildungsordnung

Prof. Dr. Claus Seebacher (Dresden)
FA Haut- und Geschlechtskrankheiten, R
seitens der Geschäftsführung:
Dr. jur. Alexander Gruner
Ass. jur. Michael Kratz

Sächsische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung

Prof. Dr. Otto Bach (Leipzig)
FA Neurologie und Psychiatrie, R
(Vertreter des Vorstandes)
Dr. Bernhard Ackermann (Zwickau)
FA Allgemeinmedizin, R
Doz. Dr. habil. Gottfried Hempel (Saupsdorf)
FA Innere Medizin, R
Dr. Siegfried Herzig (Roßwein)
FA Chirurgie, A (kooptiert)
Prof. Dr. Klaus Ludwig (Dresden)
FA Chirurgie, R
PD Dr. habil. Eberhard Meister (Leipzig)
FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, A
Dr. Wolfgang Rothe (Leipzig)
FA Innere Medizin, N
Prof. Dr. Klaus Scheuch (Dresden)
FA Arbeitsmedizin, A
Eva-Maria Schlinzig (Dresden)
FÄ Allgemeinmedizin, N
Prof. Dr. Ulrich Stölzel (Chemnitz)
FA Innere Medizin, A
Dr. Hella Wunderlich (Großhartmannsdorf)
FÄ Allgemeinmedizin, N
Dr. Mario Hopf (Chemnitz)
FA Hygiene und Umweltmedizin, A (kooptiert)
Erik Bodendieck (Wurzen)
FA Allgemeinmedizin, N
(Vertreter des Vorstandes)
seitens der Geschäftsführung:
Dr. Katrin Bräutigam

Berufsrecht

Dr. Andreas Prokop (Döbeln)
FA Rechtsmedizin, FA Öffentliches Gesundheitswesen, A
Dr. Christa Artym (Dresden)
FÄ Innere Medizin, R

Dr. Roland Endesfelder (Chemnitz)
 FA Chirurgie, R
 Dr. Rainer Kluge (Kamenz)
 FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A
 Dr. Michael Neubauer (Freiberg)
 FA Chirurgie, FA Kinderchirurgie, A
 Dr. Bettina Prager (Dresden)
 FÄ Humangenetik, N
 Dr. Michael Teubner (Burgstädt)
 FA Innere Medizin, N
 seitens des Vorstandes:
 Dr. Stefan Windau (Leipzig)
 FA Innere Medizin, N
 seitens der Geschäftsführung:
 Dr. jur. Verena Diefenbach
 Ass. jur. Annette Wünsche
 Dr. jur. Alexander Gruner
 Ass. jur. Michael Kratz

Junge Ärzte

Dr. Friedemann Reber (Dresden), A
 Dr. Antje Bergmann (Dresden)
 FÄ Allgemeinmedizin, A
 Dr. Thomas Heidler (Dippoldiswalde)
 Arzt in Weiterbildung, A
 Kornelia Kuhn (Dresden)
 FÄ Innere Medizin, N
 Dr. Wolfram Lieschke (Leipzig)
 FA Augenheilkunde, N
 Dr. Lars Schirmer (Aue)
 FA Allgemeinmedizin, A
 Uta Katharina Schmidt-Göhrich (Dresden)
 FÄ Innere Medizin, A
 seitens des Vorstandes:
 Dr. Lutz Liebscher (Leisnig)
 FA Kinder- und Jugendmedizin, A
 seitens der Geschäftsführung:
 Dr. Katrin Bräutigam

Ärztinnen

Dr. Brigitte Güttler (Aue)
 FÄ Radiologie, N
 Dr. Irmgard Kaschl (Stollberg)
 FÄ Augenheilkunde, R
 Dr. Jutta Kellermann (Plauen)
 FÄ Allgemeinmedizin, N
 Dr. Franca Noack-Wiemers (Leipzig)
 FÄ Haut- und Geschlechtskrankheiten, A
 Dr. Katharina Pollack (Dresden)
 FÄ Augenheilkunde, A
 seitens des Vorstandes:
 Dr. Lutz Liebscher (Leisnig)
 FA Kinder- und Jugendmedizin, A
 seitens der Geschäftsführung:
 Dr. jur. Verena Diefenbach

Senioren

Dr. Gisela Unger (Dresden)
 FÄ Allgemeinmedizin, R

Dr. Karl-Friedrich Breiter (Bautzen)
 FA Innere Medizin, R
 Dr. Ute Göbel (Leipzig)
 FÄ Sozialhygiene, R
 Dr. Gertrud Hacker (Dresden)
 FÄ Haut- und Geschlechtskrankheiten, R
 Dr. Eberhard Hempel (Burkhardtsdorf)
 FA Allgemeinmedizin, R
 Dr. Lothar Hilpert (Torgau)
 FA Innere Medizin, R
 Dr. Irmgard Kaschl (Stollberg)
 FÄ Augenheilkunde, R
 Dr. Helmut Knoblauch (Geringswalde)
 FA Allgemeinmedizin, N
 Dr. Helga Mertens (Großpösna)
 FÄ Innere Medizin, R
 seitens des Vorstandes:
 Dr. Gisela Trübsbach (Dresden)
 FÄ Radiologie, N
 seitens der Geschäftsführung:
 Dr. jur. Verena Diefenbach

Sächsische Ärztehilfe

Dipl.-Med. Siegfried HeBe (Dresden)
 FA Orthopädie, N
 Dr. Uta Anderson (Radebeul)
 FÄ Innere Medizin, R
 Dr. Karl-Friedrich Breiter (Bautzen)
 FA Innere Medizin, R
 Dr. Mathias Cebulla (Leipzig)
 FA Innere Medizin, A
 Dipl.-Med. Andreas Koch (Delitzsch)
 FA Allgemeinmedizin, N
 seitens des Vorstandes:
 Dr. Claus Vogel (Leipzig)
 FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, N
 seitens der Geschäftsführung:
 Dr. jur. Verena Diefenbach

Finanzen

Dr. Claus Vogel (Leipzig)
 FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, N
 (Vertreter des Vorstandes)
 Dr. Mathias Cebulla (Leipzig)
 FA Innere Medizin, A
 Dr. Thomas Fritz (Dresden)
 FA Innere Medizin, A
 Herbert Hillbert (Knappensee-Groß Särchen)
 FA Allgemeinmedizin, N
 Dipl.-Med. Ingolf Schmidt (Oßling)
 FA Allgemeinmedizin, N
 Dr. Hans-Jürgen Schuster (Plauen)
 FA Urologie, N
 Dr. Stefan Thiel (Pirna)
 FA Allgemeinmedizin, N
 Dr. Torsten Wolf (Leipzig)
 FA Anästhesiologie, N
 seitens der Geschäftsführung:
 Dr. jur. Verena Diefenbach

Dipl.-Ök. Kornelia Keller
 Dipl.-Ing.-Ök. (TU) Ramona Grünberg
 Ass. jur. Annette Wünsche
 Ass. jur. Michael Kratz

10.4

Fachkommissionen und Arbeitsgruppen

Redaktionskollegium

Prof. Dr. Winfried Klug (Ottendorf-Okrilla/OT Grünberg)

FA Chirurgie, R

Dr. Günter Bartsch (Neukirchen)

FA Kinder- und Jugendmedizin, N

Prof. Dr. Siegwart Bigl (Chemnitz)

FA Kinder- und Jugendmedizin, FA Mikrobiologie und Infektions-
 epidemiologie, FA Hygiene und Umweltmedizin, R

Prof. Dr. Heinz Diettrich (Dresden)

FA Chirurgie, R

Dr. Hans-Joachim Gräfe (Borna)

FA Physikalische und Rehabilitative Medizin, FA Chirurgie, A

Dr. Rudolf Marx (Mittweida)

FA Öffentliches Gesundheitswesen, R

Prof. Dr. Peter Matzen (Leipzig)

FA Orthopädie, R

Uta Katharina Schmidt-Göhrich (Dresden)

FÄ Innere Medizin, A

Prof. Dr. Jan Schulze (Dresden)

FA Innere Medizin, A

seitens der Geschäftsführung:

Dr. jur. Verena Diefenbach

Knut Köhler M. A.

Ingrid Hüfner

Arbeitsgruppe Multimedia und Gesundheitstelematik

Dr. Lutz Pluta (Markkleeberg)

FA Innere Medizin, N

Dr. Günter Bartsch (Neukirchen)

FA Kinder- und Jugendmedizin, N

Prof. Dr. Winfried Klug (Ottendorf-Okrilla/OT Grünberg)

FA Chirurgie, R

Prof. Dr. Hildebrand Kunath (Dresden)

FA Sozialhygiene, A

Dr. Thomas Selisko (Dresden)

FA Innere Medizin, A

Dr. André Wunderlich (Chemnitz)

Arzt in Weiterbildung, A

seitens der Geschäftsführung:

Dr. jur. Verena Diefenbach

Dipl.-Ing. FH Beatrix Thierfelder

Dipl.-Ing. FH Mathias Eckert

Knut Köhler M. A.

Ethikkommission

Prof. Dr. Rolf Haupt (Leipzig)

FA Pathologie, R

Dr. Charlotte Aehle (Leipzig)

FÄ Anästhesiologie, R

Dr. Ingrid Sebastian (Schkeuditz)

FÄ Psychiatrie und Psychotherapie, A

Dr. Brigitte Herold (Leipzig)

FÄ Innere Medizin, R

Dipl.-Med. Winfried Möhr (Dresden)

FA Kinder- und Jugendmedizin, A

PD Dr. habil. Christoph Rink (Aue)

FA Innere Medizin, A

Dr. Jochen Schmitt (Dresden)

Arzt in Weiterbildung, A

PD Dr. habil. Klaus-Dieter Sinkwitz (Dresden)

FA Chirurgie, A

Prof. Dr. Bernd Terhaag (Dresden)

FA Klinische Pharmakologie, A

Matthias Thieme (Leipzig)

FA Anästhesiologie, A

Prof. Dr. Gottfried Wozel (Dresden)

FA Haut- und Geschlechtskrankheiten, A

Prof. Dr. jur. Bernd-Rüdiger Kern

Universität Leipzig – Juristenfakultät

Dipl.-Ing. Fred Wonka (Dresden)

Biomedizintechniker

seitens der Geschäftsführung:

Ass. jur. Anke Schmieder

Gesprächskreis Ethik in der Medizin

Prof. Dr. Rolf Haupt (Leipzig)

FA Pathologie, R

Prof. Dr. Otto Bach (Leipzig)

FA Neurologie und Psychiatrie, R

Dr. Günter Bartsch (Neukirchen)

FA Kinder- und Jugendmedizin, N

Prof. MUDr. Frank Oehmichen (Kreischa)

FA Innere Medizin, A

Prof. Dr. Dr. Ortrun Riha

Universität Leipzig

Karl-Sudhoff-Institut für Geschichte der Medizin

und der Naturwissenschaften

Prof. Dr. Jan Schulze (Dresden)

FA Innere Medizin, A

PD Dr. habil. Klaus-Dieter Sinkwitz (Dresden)

FA Chirurgie, A

Prof. Dr. jur. Bernd-Rüdiger Kern

Universität Leipzig – Juristenfakultät

Pfarrer Nikolaus Krause

Universitätsklinikum Dresden, Krankenhausseelsorger

seitens der Geschäftsführung

Ass. jur. Anke Schmieder

Knut Köhler M. A.

Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen

Dr. Rainer Kluge (Kamenz)

FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A

Doz. Dr. habil. Gottfried Hempel (Saupsdorf)

FA Innere Medizin, R

Dr. Uta Poppelbaum (Dresden)

FÄ Anästhesiologie, A

Wolfgang Schaffer (Nürnberg)

Präsident des OLG Nürnberg a. D.

seitens der Geschäftsführung:

Frau Ursula Riedel
Frau Manuela Anders

Sachverständigenrat

Doz. Dr. habil. Frank Czornack (Dresden)

FA Chirurgie, A

Prof. Dr. Wolfgang Distler (Dresden)

FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A

Prof. Dr. Heinz Diettrich (Dresden)

FA Chirurgie, R

Prof. Dr. Volker Dürrschmidt (Dohna)

FA Orthopädie, R

Prof. Dr. Hartmut Fengler (Dresden)

FA Orthopädie und Unfallchirurgie, A

Prof. Dr. Annelies Frühauf (Dresden)

FÄ Augenheilkunde, R

Dr. Gerd Göbel (Radebeul)

FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A

Prof. Dr. Joachim Löbner (Leipzig)

FA Neurologie und Psychiatrie, R

Prof. Dr. Klaus Ludwig (Radebeul)

FA Chirurgie, R

PD Dr. habil. Martin Matz (Dresden)

FA Urologie, FA Chirurgie, R

PD Dr. habil. Eberhard Meister (Leipzig)

FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, A

PD Dr. Dieter Paul (Dresden)

FA Chirurgie, R

Prof. Dr. Heiner Porst (Dresden)

FA Innere Medizin, A

Prof. Dr. Gerhard Richter (Dresden)

FA Haut- und Geschlechtskrankheiten, R

Prof. Dr. Klaus-Ulrich Schentke (Dresden)

FA Innere Medizin, R

Prof. Dr. Helga Schiffner (Dresden)

FÄ Anästhesiologie, R

Dr. Holger Thomsen (Dresden)

FA Anästhesiologie, R

Prof. Dr. Gerhard Weißbach (Dresden)

FA Kinder- und Jugendmedizin, R

Fachkommission Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung

Dr. Hans-Jürgen Held (Dresden)

FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, N

Prof. Dr. Henry Alexander (Leipzig)

FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A

Dr. Gabriele Bartl (Dresden)

FÄ Frauenheilkunde und Geburtshilfe, N

Prof. Dr. Wolfgang Distler (Dresden)

FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A

Prof. Dr. Hans-Jürgen Glander (Leipzig)

FA Haut- und Geschlechtskrankheiten, A

PD Dr. habil. Joachim Weller (Dresden)

FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, N

Prof. Dr. Andreas Werner (Dresden)

FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A

seitens der Geschäftsführung:

Ass. jur. Michael Kratz

Fachkommission Gewalt gegen Kinder/Misshandlung Minderjähriger

PD Dr. habil. Christine Erfurt (Dresden)

FÄ Rechtsmedizin, A

Prof. Dr. Gerd Gräfe (Leipzig)

FA Kinderchirurgie, A

Dr. Regina Petzold (Dresden)

FÄ Kinder- und Jugendmedizin, R

Prof. Dr. Dietmar Roesner (Dresden)

FA Kinderchirurgie, FA Chirurgie, A

Dr. Uwe Schmidt (Dresden)

FA Rechtsmedizin, A

Prof. Dr. Michael Scholz (Dresden)

FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, A

Dr. Inge Weigl (Freiberg)

FÄ Kinder- und Jugendmedizin, N

seitens der Geschäftsführung:

Dr. rer. nat. Evelyne Bänder

Fachkommission Transplantation

Prof. Dr. Johann Hauss (Leipzig)

FA Chirurgie, A

Prof. Dr. Heinz Diettrich (Dresden)

FA Chirurgie, R

Prof. Dr. Katrin Engelmann (Chemnitz)

FÄ Augenheilkunde, A

Dr. Ulrike Reuner (Dresden)

FÄ Neurologie und Psychiatrie, A

Dr. Gottfried Sterzel (Ebersbach)

FA Anästhesiologie, A

Dr. Christa Wachsmuth (Leipzig)

FÄ Urologie, A

Prof. Dr. Manfred Wirth (Dresden)

FA Urologie, A

seitens der Geschäftsführung:

Dr. Torsten Schlosser

Fachkommission Lebendspende gem. § 8 Abs. 3 TPG

Prof. Dr. jur. Bernd-Rüdiger Kern

Universität Leipzig – Juristenfakultät

Dr. Thomas Barth (Chemnitz)

FA Psychiatrie und Psychotherapie, A

Prof. Dr. Christine Ettrich (Leipzig)

FÄ Kinder- und Jugendpsychiatrie- und -psychotherapie,

FÄ Kinder- und Jugendmedizin, A

Dr. Christel Greiner (Leipzig)

FÄ Kinder- und Jugendmedizin, R

Dr. Ulrike Reuner (Dresden)

FÄ Neurologie und Psychiatrie, A

Prof. Dr. Johannes Schweizer (Chemnitz)

FA Innere Medizin, A

Prof. Dr. Arved Weimann (Leipzig)

FA Chirurgie, A

Dr. jur. Adrean Schmidt-Recla

Universität Leipzig – Juristenfakultät

Franz-Joseph van Stiphout (Dresden)

Jurist, Landespolizeidirektion – Zentraler Dienst Sachsen

seitens der Geschäftsführung:

Ass. jur. Anke Schmieder

Fachkommission Brustkrebs*Prof. Dr. Hildebrand Kunath (Dresden)*

FA Sozialhygiene, A

Dr. Kersten Deutschmann (Dresden)

FÄ Frauenheilkunde und Geburtshilfe, N

Prof. Dr. Wolfgang Distler (Dresden)

FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A

Prof. Dr. Ursula Froster (Leipzig)

FÄ Humangenetik, FÄ Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A

Dr. Klaus Hamm (Chemnitz)

FA Radiologie, N

PD Dr. habil. Gunter Haroske (Dresden)

FA Pathologie, A

Prof. Dr. Michael Laniado (Dresden)

FA Radiologie, A

Prof. Dr. Manfred Schönfelder (Leipzig)

FA Chirurgie, FA Pathologie, R

Prof. Dr. Johannes Schorcht (Dresden)

FA Strahlentherapie, FA Radiologie, N

Dr. Diethard Sturm (Hohenstein-Ernstthal)

FA Allgemeinmedizin, N

Dr. Petra Viehweg (Dresden)

FÄ Diagnostische Radiologie, A

PD Dr. habil. Heiner Wolf (Dresden)

FA Innere Medizin, N

Dr. Steffen Handstein (Görlitz)

FA Plastische und Ästhetische Chirurgie, A

Frau Simone Hartmann (Dresden)

Techniker Krankenkasse, Leiterin der Landesvertretung Sachsen

Dr. Volkmar Heller (Dresden)

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Landesgeschäftsstelle

seitens des Vorstandes:

Dr. Gisela Trübsbach (Dresden)

FÄ Radiologie, N

seitens der Geschäftsführung:

Dipl.-Med. Annette Kaiser

Arbeitsgruppe Hirntoddiagnostik*Prof. Dr. Dietmar Schneider (Leipzig)*

FA Neurologie und Psychiatrie,

FA Innere Medizin, A

PD Dr. habil. Georg Gahn (Dresden)

FA Neurologie, A

Dr. Christiane Habeck (Chemnitz)

FÄ Anästhesiologie, A

Dr. Udo Krug (Chemnitz)

FA Neurochirurgie, A

PD Dr. habil. Jochen Machetanz (Zwickau)

FA Neurologie, A

Prof. Dr. Horst-Jürgen Meixensberger (Leipzig)

FA Neurochirurgie, A

Prof. Dr. Andreas Merckenschlager (Leipzig)

FA Kinder- und Jugendmedizin, A

seitens der Geschäftsführung:

Dr. Torsten Schlosser

Berufsbildungsausschuss Medizinische Fachangestellte**gemeinsam mit Vertretern der Sächsischen Landestierärztekammer**

Berufungszeitraum vom 1. Januar 2005 bis 31. Dezember 2008

Arbeitgeber-Vertreter

Dr. Kerstin Strahler (Görlitz)

FÄ Allgemeinmedizin, N

Dr. Bernhard Ackermann (Zwickau)

FA Allgemeinmedizin, R

Erik Bodendieck (Wurzen)

FA Allgemeinmedizin, N

Doz. Dr. habil. Rolf Schuster (Dresden)

FA Chirurgie, N

Dr. Claus Vogel (Leipzig)

FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, N

(Vertreter des Vorstandes)

Dr. vet. Detlef Ullrich (Leipzig)

Tierarzt

Arbeitnehmer-Vertreter

Sabine Rothe (Zittau)

Krankenschwester

Monika Conrad (Dresden)

Gewerkschaftssekretärin

Birgit Eisold (Mittweida)

Arzthelferin

Ulrike Leonhardt (Dresden)

Sprechstundenschwester

Heike Maser-Festersen (Dresden)

Krankenschwester

Rowina Voigtländer (Leipzig)

Tierarzthelferin

Beratende Lehrer-Vertreter

Wolfram Michel (Plauen)

Berit Rudolph (Dresden)

Heidrun Schuster (Chemnitz)

Melitta Steckel (Görlitz)

Christine Thoß (Chemnitz)

Martin Wadewitz (Leipzig)

seitens der Geschäftsführung:

Marina Hartmann

Dr. jur. Verena Diefenbach

10.5**Gesundheitspolitische Arbeit und Auslandskontakte****Deutsch-polnische Arbeitsgruppe***Dr. Helmut Schmidt (Hoyerswerda)*

FA Kinder- und Jugendmedizin, A

Dr. Peter Schwenke (Leipzig)

FA Innere Medizin,

FA Radiologische Diagnostik, R

Dr. Klaus Soballa (Limbach-Oberfrohna)

FA Allgemeinmedizin, R

seitens der Geschäftsführung:

Dipl.-Ök. Kornelia Keller

Knut Köhler M. A.

Projektgruppe Einführung elektronischer Heilberufsausweis

Dr. Günter Bartsch (Neukirchen)

FA Kinder- und Jugendmedizin, N

Prof. Dr. Hildebrand Kunath (Dresden)
 FA Sozialhygiene, A
 seitens der Geschäftsführung:
 Dr. jur. Verena Diefenbach
 Dipl.-Ök. Kornelia Keller
 Knut Köhler M. A.
 Dipl.-Verwaltungsw. (FH) Susanne Richter
 Dipl.-Ing. Bernd Kögler
 Ass. jur. Michael Kratz

10.6 Sächsische Ärzteversorgung

10.6.1

Verwaltungsausschuss

Prof. Dr. Jan Schulze (Dresden)
 FA Innere Medizin, A
 Präsident
Dr. Steffen Liebscher (Aue)
 FA Innere Medizin, N
 Dr. Manfred Halm (Dresden)
 FA Chirurgie, R
 PD Dr. habil. Ulf Herrmann (Dresden)
 FA Chirurgie, A
 Dr. Andreas Bartusch (Chemnitz)
 FA Kinderchirurgie, A
 Dr. Hans-Georg Möckel (Auerbach)
 Tierarzt, A
 RA Dr. Jochim Thietz-Bartram (Dresden)
 Rechtsanwalt
 Raimund Pecherz (Dresden)
 Bankfachmann
 Dipl.-Math. Hans-Jürgen Knecht (Düsseldorf)
 Aktuar

10.6.2

Aufsichtsausschuss

Prof. Dr. Eberhard Keller (Leipzig)
 FA Kinder- und Jugendmedizin, R
 Dr. Jens Achterberg (Dresden)
 Tierarzt, A
 Dr. Karl-Friedrich Breiter (Bautzen)
 FA Innere Medizin, R
 Dr. Brigitte Herberholz (Geringswalde)
 FÄ Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, N
 Dr. Volker Kohl (Zittau)
 FA Haut- und Geschlechtskrankheiten, N
 Dr. Claudia Kühnert (Chemnitz)
 FÄ Allgemeinmedizin, N
 Dr. Michael Neubauer (Freiberg)
 FA Chirurgie, FA Kinderchirurgie, A
 Dr. Barbara Strohbach (Torgau)
 Tierärztin, N
 Dr. Johannes Voß (Dresden)
 FA Chirurgie, R

10.7

Kreisärztekammern

Regierungsbezirk Chemnitz

Kreisärztekammer Annaberg

Dr. Gundolf Lauke
 FA Innere Medizin, A
 Dreibrüderstraße 13, 09456 Annaberg-Buchholz

Kreisärztekammer Aue-Schwarzenberg

Dipl.-Med. Ulla Tuchscherer
 FÄ Innere Medizin, A
 Fritz-Reuter-Straße 11, 08340 Schwarzenberg

Kreisärztekammer Chemnitz

Dr. Roland Endesfelder
 FA Chirurgie, R
 Sächs. Landesärztekammer/Bez.-St.,
 Carl-Hamel-Straße 3a, 09116 Chemnitz

Kreisärztekammer Chemnitzer Land

Prof. Dr. Rainer Morgenstern
 FA Chirurgie, R
 Wind 1a, 09337 Hohenstein-Ernstthal/OT Wüstenbrand

Kreisärztekammer Freiberg

Dr. Gundula Suhr
 FÄ Anästhesiologie, A
 Untere Dorfstraße 37a, 09600 Niederschöna

Kreisärztekammer Mittleres Erzgebirge

Dr. Gunter Wagner
 FA Psychiatrie und Psychotherapie, A
 Kreiskrankenhaus Mittleres Erzgebirge, PF 8, 08602 Zschopau

Kreisärztekammer Mittweida

Dr. Helmut Knoblauch
 FA Allgemeinmedizin, N
 Dorfstraße 15c, 09326 Dittmannsdorf

Kreisärztekammer Plauen

Dr. Christoph Seidl
 FA Pathologie, A
 Helios-Vogtland-Klinikum Plauen
 Röntgenstraße 2, 08529 Plauen

Kreisärztekammer Stollberg

Dr. Andreas Fiedler
 FA Allgemeinmedizin, N
 Am Niclasberg 23, 09235 Burkhardtsdorf

Kreisärztekammer Vogtlandkreis

Dr. Dietrich Steiniger
 FA Chirurgie, FA Orthopädie und Unfallchirurgie, A
 Schönheider Straße 78, 08209 Brunn

Kreisärztekammer Zwickau

Dr. Dirk Mechtel
FA Haut- und Geschlechtskrankheiten, A
Ulmenweg 46, 08060 Zwickau,
(bis 22.03.2006)

Thomas Günnel
Assistenzarzt
Grüner Weg 4, 08428 Langenbernsdorf
(ab 22.03.2006)

Kreisärztekammer Zwickauer Land

Dipl.-Med. Stefan Hupfer
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A
Rudelsburgstraße 50, 07552 Gera

Regierungsbezirk Dresden

Kreisärztekammer Bautzen

Dipl.-Med. Albrecht Bockisch
FA Chirurgie, A
Fleischergasse 15, 02625 Bautzen
(bis 07.12.2006)

Dr. Ellen Maneck
FÄ Innere Medizin, N
Predigergasse 5, 02625 Bautzen
(ab 07.12.2006)

Kreisärztekammer Dresden

Dr. Norbert Grosche
FA Radiologie, N
Hohe Straße 87a, 01187 Dresden

Kreisärztekammer Görlitz

Dr. Uwe Strahler
FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, A
Goethestraße 36, 02826 Görlitz

Kreisärztekammer Hoyerswerda

Dr. Grit Reichert
FÄ Innere Medizin, N
Paracelsusstraße 10, 02977 Hoyerswerda

Kreisärztekammer Kamenz

Dr. Lutz Schulze
FA Chirurgie, A
Am Hutberg 15, 01917 Kamenz

Kreisärztekammer Löbau-Zittau

Dr. Heiko Groth
FA Anästhesiologie, A
Am Feldrain 26, 02708 Schönbach

Kreisärztekammer Meißen-Radebeul

Dr. Erik Mueller
FA Neurologie und Psychiatrie, N
Dr. Felicitas-Kolde-Weg 2, 01662 Meißen

Kreisärztekammer Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Dipl.-Med. Thomas Flämig
FA Innere Medizin, N
Arztpraxis, Zum Fuchsbau 1, 02906 Niesky

Kreisärztekammer Riesa-Großenhain

Dr. Henrik Ullrich
FA Diagnostische Radiologie, A
Dr.-Scheider-Straße 53a, 01589 Riesa

Kreisärztekammer Sächsische Schweiz

Simone Stuckart
FÄ Anästhesiologie, A
Pötzschaer Weg 2/3, 01824 Kurort Rathen

Kreisärztekammer Weißeritzkreis

Dipl.-Med. Klaus-Ulrich Däßler
FA Innere Medizin, N
Dresdner Straße 116, 01705 Freital

Regierungsbezirk Leipzig

Kreisärztekammer Delitzsch

Dipl.-Med. Andreas Koch
FA Allgemeinmedizin, N
Freiherr-vom-Stein-Straße 14, 04509 Delitzsch

Kreisärztekammer Döbeln

Dr. Lutz Liebscher
FA Kinder- und Jugendmedizin, A
Nordstraße 29, 04720 Döbeln

Kreisärztekammer Leipzig

Prof. Dr. Eberhard Keller
FA Kinder- und Jugendmedizin, R
Sächs. Landesärztekammer/Bez.-St.,
Braunstraße 16, 04347 Leipzig

Kreisärztekammer Leipziger Land

Dr. Gert Rothenberg
FA Innere Medizin, R
Marpergerstraße 5, 04229 Leipzig

Kreisärztekammer Muldentalkreis

Erik Bodendieck
FA Allgemeinmedizin, N
Dehnitzer Weg 69, 04808 Wurzen

Kreisärztekammer Torgau-Oschatz

PD Dr. habil. Peter Friedrich
FA Innere Medizin, R
Waldstraße 14, 04769 Seelitz

10.8**Träger der Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille****1996**

Dr. Helmut Knoblauch (Geringswalde)
FA Allgemeinmedizin, N
Prof. Dr. Jan Schulze (Dresden)
FA Innere Medizin, A
Dr. Peter Schwenke (Leipzig)
FA Innere Medizin, FA Radiologische Diagnostik, R

1997

Dr. Thomas Fritz (Dresden)
FA Innere Medizin, A
Dr. Wolf-Dietrich Kirsch (Leipzig)
FA Innere Medizin, † 16.09.2003
Dr. Gottfried Lindemann (Flöha)
FA Chirurgie, R

1998

Dr. Brigitte Güttler (Aue)
FÄ Radiologie, N
Prof. Dr. Rolf Haupt (Leipzig)
FA Pathologie, R
Dr. Rainer Kluge (Kamenz)
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe, A

1999

Prof. Dr. Gunter Gruber (Taucha)
FA Innere Medizin, R
Dr. Manfred Halm (Dresden)
FA Chirurgie, R
Dr. Helmut Schmidt (Hoyerswerda)
FA Kinder- und Jugendmedizin A

2000

Prof. Dr. Heinz Diettrich (Dresden)
FA Chirurgie, R
Dr. Gisela Trübsbach (Dresden)
FÄ Radiologie, N
Dr. habil. Heinz Brandt (Torgau)
FA Allgemeinmedizin, † 03.06.2006
Dr. Roland Endesfelder (Chemnitz)
FA Chirurgie, R

2001

Prof. Dr. Siegwart Bigl (Chemnitz)
FA Kinder- und Jugendmedizin, FA Mikrobiologie und Infektions-
epidemiologie, FA Hygiene und Umweltmedizin, R
Dr. Mathias Cebulla (Leipzig)
FA Innere Medizin, A
Prof. Dr. Wolfgang Saueremann (Dresden)
FA Neurologie und Psychiatrie, A

2002

Prof. Dr. Gottfried Geiler (Leipzig)
FA Pathologie, R
Dr. Hanno Grethe (Sehma)
FA Allgemeinmedizin, N
Prof. Dr. Helga Schwenke-Speck (Leipzig)
FÄ Innere Medizin, R

2003

Dr. Günter Bartsch (Neukirchen)
FA Kinder- und Jugendmedizin, N
Doz. Dr. habil. Roland Goertchen (Görlitz)
FA Pathologie, R
Dr. habil. Oswald Petter (Torgau)
FA Haut- und Geschlechtskrankheiten, N

2004

Prof. Dr. Eberhard Keller (Leipzig)
FA Kinder- und Jugendmedizin, R
Prof. Dr. Martin Link (Dresden)
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
FA Pathologie, † 08.07.2005
Dr. Ulrike Schwäblein-Sprafke (Hohenstein-Ernstthal)
FÄ Haut- und Geschlechtskrankheiten, N

2005

Dr. Bernhard Ackermann (Zwickau)
FA Allgemeinmedizin, R
Prof. Dr. Hildebrandt Kunath (Dresden)
FA Sozialhygiene, A
Dr. Clemens Weiss (Leipzig)
FA Chirurgie, R

2006

Prof. Dr. Otto Bach (Leipzig)
FA Neurologie und Psychiatrie, R
Prof. Dr. Winfried Klug (Ottendorf-Okrilla/OT Grünberg)
FA Chirurgie, R
Dr. Rudolf Marx (Mittweida)
FA Öffentliches Gesundheitswesen, R

Anhang

- A. Ärztestatistik – Stand 31.12.2006
 - I. Überblick
 - II. Altersstruktur der Kammermitglieder
 - III. Zu- und Abgänge von Kammermitgliedern
 - IV. Kammermitglieder nach Facharztkompetenzen und Schwerpunkten
 - V. Weiterbildung und Prüfungswesen
 - VI. Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung
 - VII. Veranstaltungsstatistik (Kammergebäude)
 - VIII. Zusammensetzung der Kammerversammlung in der Wahlperiode 2003-2007
- B. Mitarbeiter der Sächsischen Landesärztekammer
- C. Aufbau und Struktur der Sächsischen Landesärztekammer

A. Ärztestatistik – Stand 31.12.2006

I. Überblick

1. Freie Praxis

a) Allgemeinärzte	M	718			
	W	1.078	1.796	= 31,0 %	
b) Praktiker	M	154			
	W	198	352	= 6,1 %	
c) mit Gebiet	M	1.732			
	W	1.914	3.646	= 62,9 %	5.794 = 30,2 %

Zum Stichtag sind 21 Ärztinnen und Ärzte in Einrichtungen nach § 311 SGB V und 16 in Gesundheitszentren tätig.

2. Krankenhaus

a) Leitende Ärzte	M	519			
	W	78	597	= 8,2 %	
b) Ärzte	M	3.570			
	W	3.084	6.654	= 91,8 %	7.251 = 37,8 %

(Oberärzte, Stationsärzte, Assistenzärzte)

3. Behörden

	M	184		= 44,3 %	
	W	231		= 55,7 %	415 = 2,2 %
dar. Sanitätsoffiz.	M	32		= 71,1 %	
	W	13		= 28,9 %	45

4. Angestellte in Praxen

	M	128		= 36,6 %	
(einschl. Praxisassistenten)	W	222		= 63,4 %	350 = 1,8 %

5. Ärzte in sonst. abh. Stellung

	M	254		= 39,1 %	
	W	396		= 60,9 %	650 = 3,4 %

6. Zwischensumme berufstätige Ärzte

	M	7.259		= 50,2 %	
	W	7.201		= 49,8 %	14.460 = 75,4 %

7. Ohne ärztl. Tätigkeit

	M	2.044		= 43,3 %	
	W	2.678		= 56,7 %	4.722 = 24,6 %

Gesamtzahl der Ärzte

	M	9.303		= 48,5 %	
	W	9.879		= 51,5 %	19.182 = 100,0 %

Zum Stichtag sind außerdem 46 Ärztinnen und Ärzte als freiwillige Mitglieder und 49 Zweittätigkeiten registriert.

8. Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus

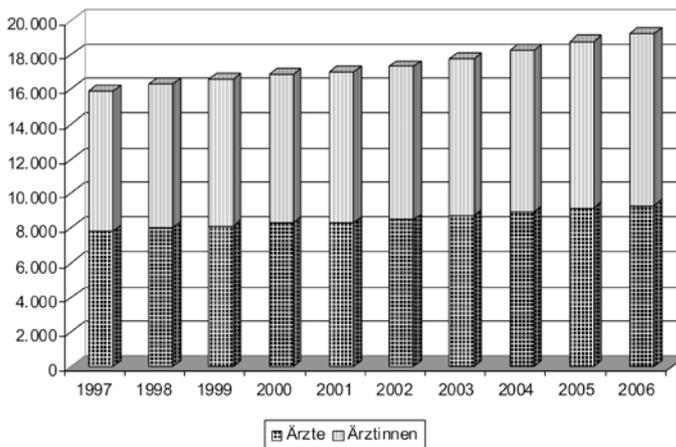
a) mit Gebiet	M	2.663			
	W	1.719	4.382	= 60,4 %	
b) ohne Gebiet	M	1.426			
	W	1.443	2.869	= 39,6 %	7.251

9. Ärztinnen und Ärzte im Rentenalter

Ärzte (65 Jahre)	M	2.137		= 42,8 %	
Ärztinnen (60 Jahre)	W	2.852		= 57,2 %	4.989 = 26,0 %
Ärztinnen (65 Jahre)	W	1.935			

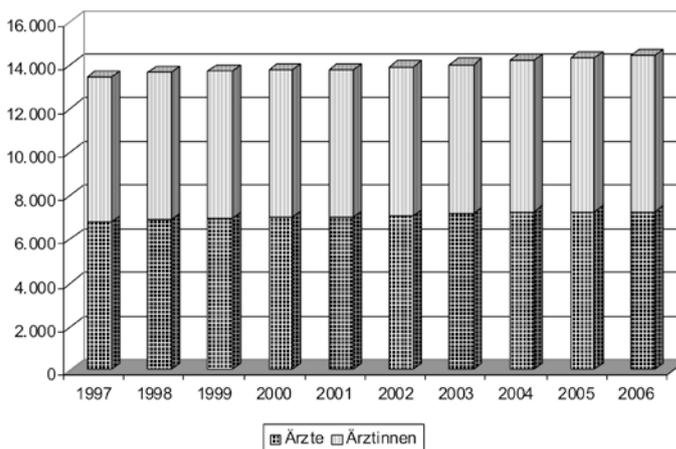
10. Mitglieder 1997-2006

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Ärztinnen	8.074	8.282	8.442	8.579	8.690	8.873	9.061	9.287	9.569	9.879
Ärzte	7.830	8.019	8.139	8.256	8.301	8.461	8.701	8.943	9.184	9.303
Gesamt	15.904	16.301	16.581	16.835	16.991	17.334	17.762	18.230	18.753	19.182



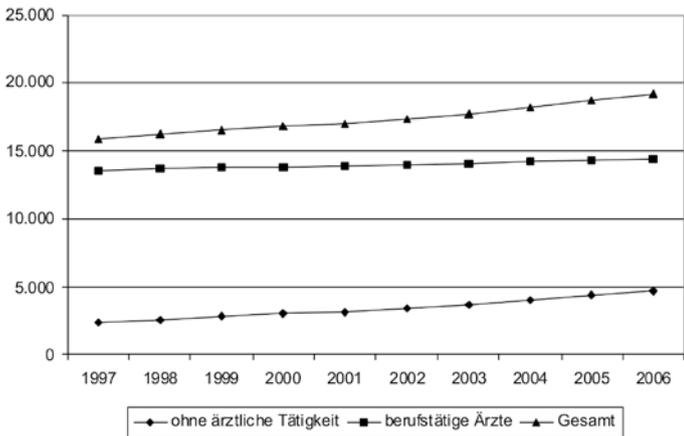
11. Berufstätige Mitglieder 1997-2006

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Ärztinnen	6.681	6.768	6.793	6.788	6.816	6.867	6.868	6.960	7.036	7.201
Ärzte	6.792	6.928	6.982	7.037	7.017	7.071	7.198	7.260	7.293	7.259
Gesamt	13.473	13.696	13.775	13.825	13.833	13.938	14.066	14.220	14.329	14.460



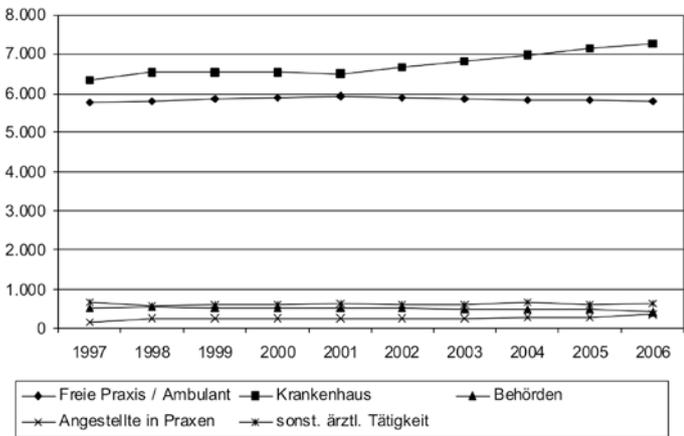
12. Mitglieder nach Tätigkeitsgruppen 1997-2006

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
berufstätige	13.473	13.696	13.775	13.825	13.833	13.938	14.066	14.220	14.329	14.460
ohne ärztl.										
Tätigkeit	2.431	2.605	2.806	3.010	3.158	3.396	3.696	4.010	4.424	4.722
Gesamt	15.904	16.301	16.581	16.835	16.991	17.334	17.762	18.230	18.753	19.182



13. Berufstätige Mitglieder nach Tätigkeitsgruppen 1997-2006

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Freie Praxis/ Ambulant	5.774	5.806	5.852	5.907	5.934	5.911	5.879	5.819	5.834	5.794
Krankenhaus	6.354	6.526	6.522	6.534	6.505	6.663	6.810	6.966	7.139	7.251
Behörden	512	539	525	519	510	509	492	489	466	415
Angestellte in Praxen	165	250	265	270	260	262	268	289	290	350
sonst. ärztl. Tätigkeit	668	575	611	595	624	593	617	657	600	650
Gesamt	13.473	13.696	13.775	13.825	13.833	13.938	14.066	14.220	14.329	14.460

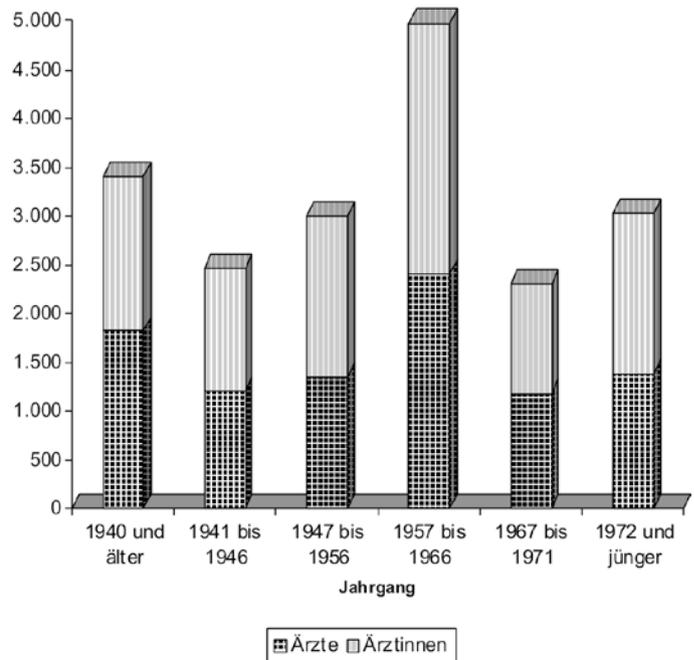


II. Altersstruktur der Kammermitglieder

Altersklasse	Ärztinnen	Ärzte	Gesamt
1940 und älter	1.587	1.815	3.402
1941 bis 1946	1.264	1.199	2.463
1947 bis 1956	1.659	1.345	3.004
1957 bis 1966	2.587	2.396	4.983
1967 bis 1971	1.131	1.172	2.303
1972 und jünger	1.651	1.376	3.027
Gesamt	9.879	9.303	19.182

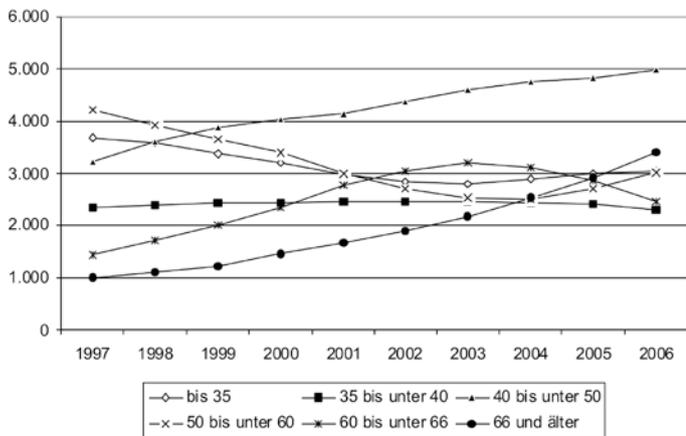
Lebensbaum (Stand 31.12.2006)

Ärztinnen	Jahrgang	Ärzte
62	1981	19
131	1980	44
162	1979	85
206	1978	143
212	1977	171
176	1976	157
178	1975	171
205	1974	185
150	1973	174
183	1972	183
223	1971	205
220	1970	227
210	1969	229
237	1968	256
241	1967	255
270	1966	275
238	1965	238
258	1964	273
250	1963	250
278	1962	250
238	1961	222
253	1960	229
202	1959	221
241	1958	213
289	1957	218
236	1956	201
220	1955	191
177	1954	157
193	1953	132
161	1952	112
204	1951	136
189	1950	142
111	1949	95
81	1948	67
87	1947	101
96	1946	95
110	1945	116
144	1944	193
243	1943	250
316	1942	249
365	1941	322
200	1940	217
209	1939	205
199	1938	195
159	1937	150
131	1936	145
119	1935	133
105	1934	127
75	1933	80
52	1932	68
45	1931	68
28	1930	42
25	1929	39
25	1928	34
18	1927	38
11	1926	29
19	1925	17
22	1924	17
15	1923	13
10	1922	13
12	1921	22
8	1920	18
8	1919	12
2	1918	12
3	1917	7
0	1916	9
2	1915	5
0	1914	7
2	1913	3
4	1912	1
0	1911	1
0	1910	1
0	1909	1
9.879		9.303



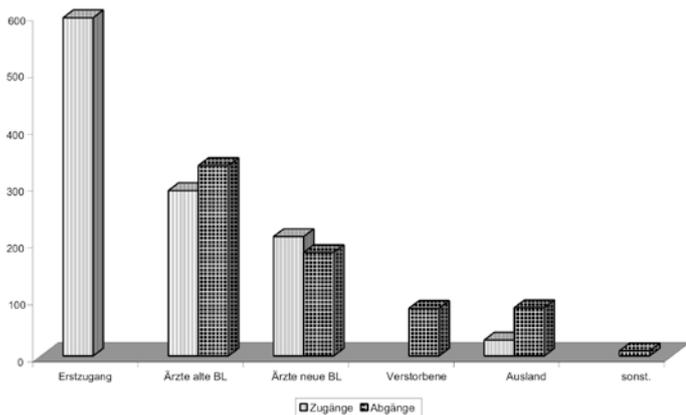
Entwicklung der Alterstruktur 1997-2003

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
bis 35	3.678	3.585	3.376	3.201	2.964	2.842	2.787	2.885	2.995	3.027
40 b. u. 50	3.233	3.605	3.870	4.030	4.136	4.385	4.595	4.752	4.839	4.983
50 b. u. 60	4.216	3.916	3.662	3.389	2.998	2.698	2.539	2.521	2.704	3.004
60 b. u. 66	1.432	1.712	2.006	2.337	2.765	3.042	3.212	3.117	2.869	2.463
66 u. älter	994	1.093	1.221	1.448	1.666	1.893	2.166	2.526	2.924	3.402
Gesamt	15.904	16.301	16.581	16.835	16.991	17.334	17.762	18.230	18.753	19.182



III. Zu- und Abgänge von Kammermitgliedern

	Zugänge	Abgänge
Erstzugang	595	
Ärzte alte BL	291	335
Ärzte neue BL	210	182
Verstorbene		84
Ausland	28	85
sonst.		9
Gesamt	1.124	695



IV. Kammermitglieder nach Facharzt Kompetenzen und Schwerpunkten

Die Angaben entsprechen der Ärztestatistik der Sächsischen Landesärztekammer zur Bundesärztestatistik zum Stichtag 31.12.2006.

In der Tabelle wird jeder Arzt nur einmal gezählt:

- Ist ein Arzt berechtigt eine Spezialisierung bzw. Teilgebiet zu führen, so wird er unter diesem Teilgebiet geführt (keine Darunter-Position des Gebietes)
- Ist ein Arzt berechtigt, mehrere Gebiete/Spezialisierungen/Teilgebiete zu führen, so wird er unter dem Gebiet/Spezialisierung/Teilgebiet aufgeführt,
 - 1) in dem er vorwiegend tätig ist,
 - 2) in dem er wahrscheinlich tätig ist (konnten bei der Erstellung der Statistik nicht berücksichtigt werden) oder
 - 3) das er zuletzt erworben hat.

Infolge der Neustrukturierung der zugrunde liegenden Datenbank sind geringfügige Veränderungen in der Zuordnung zum Vorjahr bei Ärzten, die mehrere Facharzt Kompetenzen bzw. Schwerpunkte führen, nicht auszuschließen.

Facharztkompetenz / Schwerpunkt	Ärzte	Ärztinnen	Gesamt
ohne Gebiet	1.759	2.146	3.905
Praktischer Arzt	165	196	361
FA Anästhesiologie	511	462	973
FA Anatomie	10	1	11
FA Arbeitshygiene	1		1
FA Arbeitsmedizin	85	155	240
FA Augenheilkunde	144	330	474
FA Biochemie	12	2	14
FA Chirurgie	653	233	886
FA Herzchirurgie	30	3	33
FA Kinderchirurgie	41	16	57
FA Orthopädie	317	132	449
FA Plastische und Ästhetische Chirurgie	12	1	13
FA Allgemeine Chirurgie	1		1
FA Gefäßchirurgie	6		6
FA Orthopädie und Unfallchirurgie	7	1	8
FA Visceralchirurgie	5		5
SP Gefäßchirurgie	55	10	65
SP Rheumatologie (Orth.)	29	9	38
SP Thoraxchirurgie in der Chirurgie	17	2	19
SP Thoraxchirurgie in der Herzchirurgie	2		2
SP Unfallchirurgie	257	18	275
SP Visceralchirurgie	92	9	101
TG Plastische Chirurgie	2	3	5
TG Thorax- u. Kardiovascularchirurgie	1		1
TG Unfallchirurgie	2		2
FA Frauenheilkunde		2	2
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	378	614	992
SP Gynäkologische Onkologie	10	3	13
SP Spez. Geburtshilfe u. Perinatalmedizin (vorher FW)	1	1	2
FA HNO	154	230	384
FA Phoniatrie u. Pädaudiologie	1	3	4
TG Audiologie (NBL)	6	1	7
TG Phoniatrie und Pädaudiologie	12	6	18
FA Dermatologie und Venerologie		1	1
FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	112	250	362
FA Humangenetik	1	7	8

Facharztkompetenz / Schwerpunkt	Ärzte	Ärztinnen	Gesamt
FA Hygiene	1		1
FA Hygiene und Umweltmedizin	24	27	51
FA Immunologie	11	1	12
FA Allgemeinmedizin	1.120	1.911	3.031
FA Innere Medizin	826	855	1.681
FA Internist / Lungen-, Bronchialheilkunde (Umschr. Lungenarzt)	7	12	19
FA Lungen- und Bronchialheilkunde	8	16	24
FA Praktischer Arzt	1		1
FA Innere Medizin u. Allgemeinmedizin (Hausarzt)	6	2	8
FA Innere Medizin u. Schwerpunkt Endokrinologie u. Diabetologie		1	1
FA Innere Medizin u. Schwerpunkt Gastroenterologie	1		1
FA Innere Medizin u. Schwerpunkt Kardiologie	1		1
SP Angiologie	28	15	43
SP Endokrinologie	32	26	58
SP Gastroenterologie	99	27	126
SP Hämatologie u. Internistische Onkologie	57	36	93
SP Kardiologie	134	36	170
SP Nephrologie	68	39	107
SP Pneumologie	41	24	65
SP Rheumatologie	42	23	65
TG Diabetologie (NBL)	18	22	40
TG Hämatologie		1	1
TG Infektions- und Tropenmedizin (NBL)	3	3	6
TG Lungen- u. Bronchialheilkunde	2	1	3
TG Kardiologie und Angiologie	65	22	87
FA Kinder- und Jugendmedizin	237	766	1.003
SP Kinderkardiologie	14	10	24
SP Neonatologie	27	20	47
SP Kinder-Hämatologie und -Onkologie	4	2	6
SP Neuropädiatrie	6	7	13
SP Endokrinologie u. Diabetologie in der Kinder- u. Jugendmedizin	5	3	8
SP Nephrologie		1	1
SP Kinderpneumologie	4		4
TG Kinderdiabetologie (NBL)	1		1
TG Kindergastroenterologie (NBL)	3	1	4
TG Kinderhämatologie (NBL)	3		3
TG Kinderlungen- u. -bronchialheilkunde (NBL)	5	1	6
TG Kinderneurologie (NBL)	4	5	9
TG Kinderneuropsychiatrie (NBL)	3	1	4
FA Kinder- u. Jugendpsychiatrie	12	18	30
FA Kinder- u. Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	11	49	60
FA Laboratoriumsmedizin	24	12	36
FA Mikrobiologie		1	1
FA Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie	30	36	66
FA Mikrobiologie, Virologie u. Infektionsepidemiologie		1	1
FA Mund-, Kiefer- Gesichtschirurgie	53	17	70
FA Nervenheilkunde	90	77	167
FA Neurologie und Psychiatrie (Nervenarzt)	101	109	210
TG Kinderneuropsychiatrie (NBL)	4	3	7
FA Neurochirurgie	51	9	60
FA Neurologie	91	80	171
FA Nuklearmedizin	23	15	38
FA Öffentliches Gesundheitswesen	32	44	76
FA Neuropathologie	2	1	3
FA Pathologie	83	19	102

Facharztkompetenz / Schwerpunkt	Ärzte	Ärztinnen	Gesamt
FA Pathologische Anatomie		1	1
FA Pathologische Physiologie	2		2
FA Klinische Pharmakologie	7	3	10
FA Pharmakologie und Toxikologie	15	6	21
TG Klinische Pharmakologie	2		2
FA Physikalische und Rehabilitative Medizin	31	44	75
FA Physiotherapie	25	49	74
FA Physiologie	21	8	29
FA Psychiatrie	30	33	63
FA Psychiatrie und Psychotherapie	80	103	183
SP Forensische Psychiatrie	4		4
FA Psychotherapeutische Medizin	25	25	50
FA Psychotherapie	13	9	22
FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	2	2	4
FA Diagnostische Radiologie	66	43	109
FA Radiologie	112	99	211
FA Radiologische Diagnostik	30	34	64
SP Kinderradiologie	3	3	6
SP Neuroradiologie	6	2	8
TG Kinderradiologie (Radiologische Diagnostik)	5	1	6
TG Neuroradiologie (Radiologische Diagnostik)	8		8
FA Rechtsmedizin	24	11	35
FA Sozialhygiene	21	21	42
FA Sportmedizin	42	27	69
FA Strahlentherapie	27	16	43
FA Transfusionsmedizin	21	36	57
FA Urologie	265	45	310
Biophysik (DDR)	4		4
Geschichte der Medizin (DDR)		2	2
Kieferchirurgie (DDR)	1		1
Medizinische Genetik (DDR)	1	1	2
Medizinische Informatik (DDR)	1		1
Gesamt	9.303	9.879	19.182

V. Weiterbildung und Prüfungswesen

(Erteilung im Zeitraum 01.01.2006-31.12.2006)

1. Weiterbildungsbefugnisse für Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen

Gebiete, Schwerpunkt	Gesamt	Voll		Teil	
		Erst- antrag	Neu- antrag	Erst- antrag	Neu- antrag
1. Gebiet Anästhesiologie	13	6	1	5	1
2. Gebiet Anatomie					
3. Gebiet Arbeitsmedizin	3	3			
4. Gebiet Augenheilkunde	7	2		2	3
5. Gebiet Biochemie					
6. Gebiet Chirurgie (Basis)	18	8	6	4	
6. Gebiet Chirurgie (WBO 1994)	11	5		5	1
6.1. FA Allgemeine Chirurgie	2			2	
6.2. FA Gefäßchirurgie	4	1	2	1	
6.3. FA Herzchirurgie	1		1		
6.4. FA Kinderchirurgie	2	1		1	
6.5. FA Orthopädie und Unfallchirurgie	11	2	8	1	
Gebiet Orthopädie (WBO 1994)	10	3		5	2
SP Unfallchirurgie (WBO 1994)	7	1	1	2	3

Gebiete, Schwerpunkt	Gesamt	Voll		Teil	
		Erst-antrag	Neu-antrag	Erst-antrag	Neu-antrag
6.6. FA Plastische u. Ästhetische Chirurgie					
6.7. FA Thoraxchirurgie	1	1			
6.8. FA Visceralchirurgie	6	1	4	1	
7. Gebiet Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	12	4	4	3	1
7.S.1.1.SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin					
7.S.2. SP Gynäkologische Onkologie					
7.S.3. SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	1	1			
8. Gebiet Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	4	1	1	1	1
8.1. FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	4	1	1	1	1
8.2. FA Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen					
9. Gebiet Haut- u. Geschlechtskrankheiten	6	1		4	1
10. Gebiet Humangenetik	1	1			
11. Gebiet Hygiene und Umweltmedizin					
12. Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin (Basis)	35	12	18	4	1
12. Gebiet Innere Medizin (WBO 1994)	14	3	4	7	
12.1. FA Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt)	51	21	20	8	2
12.2.1.FA Innere Medizin und SP Angiologie	2		1	1	
12.2.2.FA Innere Medizin und SP Endokrinologie und Diabetologie	6	3	3		
12.2.3.FA Innere Medizin und SP Gastroenterologie	11	6	4		1
12.2.4.FA Innere Medizin u. SP Hämatologie und Onkologie	3	1		1	1
12.2.5.FA Innere Medizin u. SP Kardiologie	22	7	8	6	1
12.2.6.FA Innere Medizin u. SP Nephrologie	6		4	1	1
12.2.7.FA Innere Medizin u. SP Pneumologie	4	1	2	1	
12.2.8.FA Innere Medizin u. SP Rheumatologie					
13. Gebiet Kinder- und Jugendmedizin	9	2	1	4	2
13.S.1.Kinder-Endokrinologie u. -Diabetologie	2	2			
13.S.2.Kinder-Hämatologie u. – Onkologie	1	1			
13.S.3.Kinder-Kardiologie	2	1	1		
13.S.4.Neonatologie	2	2			
13.S.5.Kinder-Nephrologie	1			1	
13.S.6.Neuropädiatrie	3	3			
13.S.7.Kinder-Pneumologie	3	3			
14. Gebiet Kinder- u. Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	5	3		2	
15. Gebiet Laboratoriumsmedizin					
16. Gebiet Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	1			1	
17. Gebiet Mund-Kiefer-Gesichts Chirurgie					
18. Gebiet Neurochirurgie					
19. Gebiet Neurologie	8	1	2	2	3
20. Gebiet Nuklearmedizin	1	1			
21. Gebiet Öffentliches Gesundheitswesen	1	1			
22. Gebiet Pathologie	3		1	2	
22.1. FA Neuropathologie	1	1			
22.2. FA Pathologie	3		1	2	
23. Gebiet Pharmakologie (Basis)	1				1
23.1. FA Klinische Pharmakologie					
23.2. FA Pharmakologie und Toxikologie	1				1

Gebiete, Schwerpunkt	Gesamt	Voll		Teil	
		Erst-antrag	Neu-antrag	Erst-antrag	Neu-antrag
24. Gebiet Physikalische und Rehabilitative Medizin					
25. Gebiet Physiologie					
26. Gebiet Psychiatrie u. Psychotherapie	18	5	1	11	1
26.S.1.Forensische Psychiatrie					
27. Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie					
28. Gebiet Radiologie	4	2	2		
28.S.1.Kinderradiologie					
28.S.2.Neuroradiologie	1	1			
29. Gebiet Rechtsmedizin	2	1	1		
30. Gebiet Strahlentherapie					
31. Gebiet Transfusionsmedizin					
32. Gebiet Urologie	5	1	3		1
Gesamt	356	128	106	92	30

2. Weiterbildungsbefugnisse Zusatzweiterbildung

Bereich	Gesamt	Voll		Teil	
		Erst-antrag	Neu-antrag	Erst-antrag	Neu-antrag
1. Ärztliches Qualitätsmanagement					
2. Akupunktur					
3. Allergologie	6	5			1
4. Andrologie					
5. Dermatohistologie					
6.1. Diabetologie im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin	2	2			
6.2. Diabetologie im Gebiet Kinder- und Jugendmedizin					
7. Flugmedizin					
8. Geriatrie	2	1	1		
9. Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie	1				1
10. Hämostaseologie	3	3			
11. Handchirurgie	1				1
12. Homöopathie					
13. Infektiologie	1	1			
14.1. Anästhesiologische Intensivmedizin	10	7			3
14.2. Chirurgische Intensivmedizin					
14.3. Internistische Intensivmedizin	4	3	1		
14.4. Pädiatrische Intensivmedizin					
14.5. Neurochirurgische Intensivmedizin					
14.6. Neurologische Intensivmedizin					
15. Kinder-Gastroenterologie	2	2			
16. Kinder-Orthopädie	1	1			
17. Kinder-Rheumatologie					
18. Labordiagnostik – fachgebunden – Magnetresonanztomographie					
19. fachgebunden					
21. Medikamentöse Tumortherapie					
22. Medizinische Informatik					
23. Naturheilverfahren	1	1			
25. Orthopädische Rheumatologie	1	1			
26. Palliativmedizin	3	3			
27. Phlebologie					

Bereich	Gesamt	Voll		Teil	
		Erst- antrag	Neu- antrag	Erst- antrag	Neu- antrag
28. Physikalische Therapie u. Balneologie	2		1	1	
29. Plastische Operationen	3	1		2	
30. Proktologie					
31. Psychoanalyse					
32. Psychotherapie – fachgebunden –					
33. Rehabilitationswesen					
34. Röntgendiagnostik – fachgebunden –					
35. Schlafmedizin					
36. Sozialmedizin	3	3			
37. Spezielle Orthopädische Chirurgie					
38. Spezielle Schmerztherapie	4	3	1		
39. Spezielle Unfallchirurgie					
40. Sportmedizin	1	1			
41. Tropenmedizin	1	1			
Gesamt	52	39	4	8	1

5 Anträge auf Erteilung der Weiterbildungsbefugnis wurden abgelehnt.
Zulassungen von Weiterbildungsstätten: 20

5. Anerkennung von Gebieten, Schwerpunkten, Zusatzbezeichnungen, Fakultative Weiterbildung

Gebiete/Schwerpunkt	Anerkennung			Prüfung nicht bestanden		
	Ärz- tinnen	Ärzte	Ges.	Ärz- tinnen	Ärzte	Ges.
Allgemeinmedizin	29	17	46		1	1
Anästhesiologie	18	23	41		3	3
Arbeitsmedizin	7	4	11			
Augenheilkunde	9	3	12			
Chirurgie	10	26	36	1	1	2
Gefäßchirurgie SP/Chirurgie	1	8	9			
Thoraxchirurgie SP/Chirurgie		1	1			
Unfallchirurgie SP/Chirurgie	2	16	18		2	2
Visceralchirurgie SP/Chirurgie		10	10			
Diagnostische Radiologie	2	1	3			
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	22	3	25	1		1
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	6	4	10			
Haut- und Geschlechtskrankheiten	7	3	10	1		1
Herzchirurgie		3	3			
Humangenetik	2		2			
Innere Medizin	33	45	78			
Angiologie SP/Innere Medizin		2	2			
Endokrinologie SP/Innere Medizin	2	1	3			
Gastroenterologie SP/Innere Medizin	4	3	7			
Hämatologische und internistische Onkologie SP/Innere Medizin	4	9	13			
Kardiologie SP/Innere Medizin	5	17	22			
Pneumologie SP/Innere Medizin		3	3			
Nephrologie SP/Innere Medizin	4	4	8			
Rheumatologie SP/Innere Medizin	1	1	2			
Kinderchirurgie		2	2			
Kinder- und Jugendmedizin	26	8	34			
Kinderkardiologie SP/Kinderheilkunde	1	1	2			

Gebiete/Schwerpunkt	Anerkennung			Prüfung nicht bestanden		
	Ärz- tinnen	Ärzte	Ges.	Ärz- tinnen	Ärzte	Ges.
Neonatologie SP/Kinderheilkunde	2	1	3		2	2
Kinder- und Jugendpsychiatrie	2	1	3			
Laboratoriumsmedizin		1	1			
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	1	2	3			
Neurochirurgie		1	1			
Neurologie	16	14	30			
Nuklearmedizin	2	4	6			
Öffentliches Gesundheitswesen	1	1	2			
Orthopädie	4	7	11	1	1	2
Rheumatologie SP/Orthopädie		1	1			
Pathologie	2	1	3			
Physikalische und Rehabilitative Medizin	4	4	8			
Psychiatrie und Psychotherapie	19	10	29		1	1
Psychotherapeutische Medizin	3	2	5			
Strahlentherapie	1	1	2			
Transfusionsmedizin		3	3			
Urologie	3	4	7			
Neuroradiologie SP/Diagnostische Radiologie	2	2	4		1	1
Hygiene und Umweltmedizin	1		1			
Kinderradiologie SP/Diagnostische Radiologie		2	2			
SP Neuropädiatrie	7	6	13			
SP Forensische Psychiatrie	1	8	9			
FA Orthopädie und Unfallchirurgie		32	32			
SP Kinder-Hämatologie u. -Onkologie	3	5	8			
SP Kinder-Endokrinologie u. -Diabetologie	4	6	10			
SP Kinder-Nephrologie	3	2	5			
SP Kinder-Pneumologie	1	5	6			
FA Radiologie	12	10	22			
SP Gynäkologische Onkologie	3	10	13			
FA Innere u. Allgemeinmedizin (Hausarzt)	3	8	11			
Klinische Pharmakologie	1		1			
FA Innere Medizin und Schwerpunkt Gastroenterologie		1	1			
FA Visceralchirurgie		1	1			
FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie		1	1			
SP Spez. Geburtshilfe und Perinatalmedizin (vorher FW)	1	1	2			
FA Innere Medizin und Schwerpunkt Endokrinologie u. Diabetologie	1		1			
FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	1		1			
Gesamt	299	376	675	4	12	16

davon 26 Anerkennungen nach Richtlinie 93/16/EWG

Anerkennungen

Gesamt: 691 Prüfungen

Prüfungen nicht bestanden: 16 = 2,32 Prozent

Fakultative Weiterbildung	Anerkennung			Prüfung nicht bestanden		
	Ärz- tinnen	Ärzte	Ges.	Ärz- tinnen	Ärzte	Ges.
Spezielle Anästhesiologische Intensivmedizin	4	9	13			
Spezielle Chirurgische Intensivmedizin		1	1			
Spezielle Operative Gynäkologie	1		1			
Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	1		1			
Spezielle Geburtshilfe u. Perinatalmedizin	3	1	4			
Spezielle Hals-Nasen-Ohren-Chirurgie	1		1			
Spezielle Internistische Intensivmedizin		4	4			
Spezielle Pädiatrische Intensivmedizin		1	1			
Spezielle Neurochirurgische Intensivmedizin	1	1	2			
Klinische Geriatrie/Neurologie	1		1			
Spezielle Orthopädische Chirurgie		3	3			
Spezielle Urologische Chirurgie		1	1			
Gesamt	12	21	33			

Anerkennungen

Gesamt: 33

Prüfungen nicht bestanden: 1 = 0,13 Prozent

Zusatzbezeichnungen	Anerken- nung	Ableh- nungen
1. Ärztliches Qualitätsmanagement	23	1
2. Akupunktur	38	4
3. Allergologie	14	
4. Andrologie	4	
5. Dermatohistologie	3	
6.1. Diabetologie im Gebiet Innere Medizin u. Allgemeinmedizin	23	
6.2. Diabetologie im Gebiet Kinder- u. Jugendmedizin		
7. Flugmedizin	2	
8. Geriatrie	11	
9. Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie		
10. Hämostaseologie	13	
11. Handchirurgie	6	1
12. Homöopathie	5	1
13. Infektiologie	3	
14.1. Anästhesiologische Intensivmedizin	9	
14.2. Chirurgische Intensivmedizin		
14.3. Internistische Intensivmedizin		
14.4. Pädiatrische Intensivmedizin		
14.5. Neurochirurgische Intensivmedizin		
14.6. Neurologische Intensivmedizin		
15. Kinder-Gastroenterologie	6	
16. Kinder-Orthopädie	7	
17. Kinder-Rheumatologie	5	
18. Labordiagnostik – fachgebunden –		
19. Magnetresonanztomographie – fachgebunden	4	
20. Manuelle Medizin / Chirotherapie	35	
21. Medikamentöse Tumortherapie	6	
22. Medizinische Informatik		
23. Naturheilverfahren	14	
24. Notfallmedizin	63	1
25. Orthopädische Rheumatologie		

Zusatzbezeichnungen	Anerken- nung	Ableh- nungen
26. Palliativmedizin	28	
27. Phlebologie		
28. Physikalische Therapie und Balneologie	2	
29. Plastische Operationen	2	
30. Proktologie	25	
31. Psychoanalyse		
32. Psychotherapie – fachgebunden –		
33. Rehabilitationswesen	6	
34. Röntgendiagnostik – fachgebunden –		
35. Schlafmedizin	14	
36. Sozialmedizin	15	
37. Spezielle Orthopädische Chirurgie	1	
38. Spezielle Schmerztherapie	9	
39. Spezielle Unfallchirurgie	1	
40. Sportmedizin	34	
41. Suchtmedizinische Grundversorgung	8	
42. Tropenmedizin		
Gesamt	439	8

Zusatzbezeichnungen nur WBO 1994	Anerken- nung	Ableh- nungen
Balneologie und Medizinische Klimatologie	3	
Bluttransfusionswesen		
Betriebsmedizin	4	
(Arbeitsmedizinische Fachkunde)	8	
Medizinische Genetik		
Physikalische Therapie	5	
Psychotherapie	3	
Stimm- und Sprachstörungen	4	2
Umweltmedizin		
Gesamt	27	2

Gesamt:

Anerkennung: 466

Ablehnungen: 10

Zulassung Weiterbildungsstätte: 20

6. Fachkundenachweise

6.2.1. Fachkundenachweise Strahlenschutz nach der Röntgenverordnung

Anwendungsgebiet	Anzahl
1. Gesamtgebiet der Röntgendiagnostik (ohne CT)	16
2. Notfalldiagnostik (Extremitäten, Schädel, Wirbelsäule, Thorax, Abdomen)	79
3. Röntgendiagnostik des Thorax	107
4. Röntgendiagnostik der Extremitäten	2
5. Röntgendiagnostik des Schädels	2
6. Röntgendiagnostik des gesamten Harntraktes und/oder Geschlechtsorgane	14
7. Röntgendiagnostik des gesamten Skelettes	38
8. Röntgendiagnostik des Abdomens	17
9. Gesichtsschädel und NNH	9
10. Mammographie	4

Anwendungsgebiet	Anzahl
11. Röntgendiagnostik eines speziellen Organsystems	25
12. Computertomographie	21
13. Gesamtgebiet der Röntgentherapie	
14. Strahlentherapie mit Röntgenstrahlen	1
Gesamt ausgestellte Urkunden für Fachkundenachweise:	258
Anwendungsgebiete der Fachkunde/RöV:	335

Ablehnungen: 1

6.2.2. Fachkundenachweise Strahlenschutz nach der Strahlenschutzverordnung

Anwendungsgebiet	Anzahl
1. Offene radioaktive Stoffe (Gesamtgebiet)	6
2. Umschlossene radioaktive Stoffe (alle Anwendungsgebiete)	1
3. Brachytherapie	2
4. Teletherapie	2
5. Endovaskuläre Strahlentherapie	
Gesamt ausgestellte Urkunden für Fachkundenachweise:	9
Anwendungsgebiete der Fachkunde/ StrlSchV:	11

6.2.3. Fachkundenachweise Leitender Notarzt

Gesamt	8
---------------	----------

VI. Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung

Notfallmedizin

Kurs	Ort	Termin	Teilnehmer
Seminarkurs			
Leitender Notarzt	Oberwiesenthal	12.06.-17.06.2006	22
Kompaktkurs			
Notfallmedizin	Dresden	18.03.-25.03.2006	40
	Dresden	25.11.-02.12.2006	40
	Leipzig	02.04.-09.04.2006	40
	Leipzig	17.09.-24.09.2006	40
Refresherkurs			
Leitender Notarzt	Oberwiesenthal	26.10.-28.10.2006	45
Gesamt			227

Kurse Arbeits- und Betriebsmedizin

Kurs	Ort	Termin	Teilnehmer
Kurs A	Dresden	27.01.-03.02.2006	25
		03.03.-10.03.2006	25
		24.11.-01.12.2006	28
Kurs B	Dresden	21.04.-28.04.2006	44
		16.06.-23.06.2006	44
Kurs C	Dresden	01.09.-08.09.2006	41
		13.10.-20.10.2006	32
Gesamt			239

Kursweiterbildung Allgemeinmedizin

Kurs	Ort	Termin	Teilnehmer
Kompaktkurs			
Teil 1	Dresden	19.09.-23.09.2006	41
Kompaktkurs			
Teil 2	Dresden	25.09.-28.09.2006	35
Gesamt			76

Reanimationskurse

Ort	Teil 1 bzw. Teil 2	Teilnehmer
Dresden	08.03.2006 / 15.03.2006	16
	01.11.2006 / 08.11.2006	21
Leipzig	10.03.2006 / 11.03.2006	25
	28.07.2006 / 29.07.2006	12
	13.10.2006 / 14.10.2006	29
	10.11.2006 / 11.11.2006	14
Aue	05.04.2006 / 12.04.2006	17
Bad Elster	16.01.2006 / 24.02.2006	18
Bautzen	24.03.2006 / 25.03.2006	17
	10.11.2006 / 11.11.2006	17
Riesa	02.06.2006	46
Torgau	07.04.2006	18
Weißwasser	14.03.2006	14
Zwickau	24.02.2006	14
	14.03.2006	18
	05.07.2006	11
Gesamt		307

Sonstige Kurse

Kurs	Ort	Termin	Teilnehmer
Verkehrsmedizinische			
Begutachtung	Dresden	31.03.-01.04.2006	35
Suchtmedizinische			
Grundversorgung	Dresden	19.01.-21.01.2006	23
Kurs Transfusions-			
Beauftragter	Dresden	12.10.-13.10.2006	51
Ärztliches			
Qualitätsmanagement	Dresden		
Block 2		07.02.-11.02.2006	22
Block 3		21.03.-25.03.2006	22
Block 4		01.04.-30.04.2006	22
Block 5		09.05.-24.05.2006	22
Spezielle Schmerz-			
Therapie, Teil 2	Leipzig	24.04.-28.04.2006	49
Psychosomatik in der			
Frauenheilkunde			
Teil 1	Dresden	07.09.-09.09.2006	28
EKG-Kurs	Dresden	08.09.-09.09.2006	42
Basisseminar			
Reisemedizin	Dresden		
Teil 1		31.03.-01.04.2006	39
Teil 2		05.05.-06.05.2006	39

Kurs	Ort	Termin	Teilnehmer
Weiterbildungskurs für Weiterbildungsassistenten			
Psychiatrie	Dresden	13.05.2006	36
	Dresden	30.09.2006	29
Grundkurs Palliativmedizin			
Qualitätsbeauftragter in der Hämotherapie	Dresden	13.03.-17.03.2006	15
	Dresden	11.12.-15.12.2006	53
Gesamt			527

Sonstige Veranstaltungen

	Ort	Termin	Teilnehmer
Fachübergreifendes Fortbildungssemester			
Frühjahrssemester	Dresden	22.03.2006	20
„Psychiatrische und neurologische Alterserkrankungen“		29.03.2006	31
		09.04.2006	21
		12.04.2006	32
		19.04.2006	25
		03.05.2006	27
		10.05.2006	26
		17.05.2006	24
Herbstsemester		27.09.2006	30
„Bildgebende Diagnostik“		04.10.2006	35
		11.10.2006	29
		18.10.2006	24
		25.10.2006	43
		01.11.2006	17
		08.11.2006	30
		15.11.2006	23
		29.11.2006	21
		06.12.2006	17
		13.12.2006	18
22. Kolloquium Umwelt und Gesundheit	Dresden	11.10.2006	63
Gesamt			556

Anzahl der vergebenen Fortbildungszertifikate 2006: 480

VII. Veranstaltungsstatistik (Kammergebäude)

	Anzahl	Personenzahl
Außerordentliche Kammerversammlung	1	102
Kammerversammlung/Ärztetag	2	207
Vorstandssitzungen		
– regulär	11	220
– außerordentliche	2	24
Ausschüsse/Beratungen der SLÄK	245	2.380
Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammer	2	57
Jahresversammlung Kreisärztekammer Dresden	1	70
Seniorenveranstaltungen	6	880
Vernissagen	6	584
Konzerte	10	897

	Anzahl	Personenzahl
Anmietung der Räume von außen für		
– Beratungen	20	192
– Veranstaltungen	108	8.655
– Kurse		
• Arzthelferinnen	2	153
• Chirotherapie	7	746
• Verhaltenstherapie	11	261
• PC-Kurse	4	48
• Ultraschall	3	237
Gesamt	441	15.713

VIII. Zusammensetzung der Kammerversammlung in der Wahlperiode 2003-2007

99 Mandate: 60 (59 %) Niedergelassene Ärzte
 21 (21 %) Angestellte Ärzte (Krankenhaus, Gesundheitsbehörden)
 18 (18 %) Ärzte im Ruhestand
 zzgl. 2 (2 %) Vertreter der Universitäten Dresden und Leipzig
101 Sitze
 101 Sitze: 80 (79 %) Ärzte
 21 (21 %) Ärztinnen

Gebiet	Niederlassung	Ange-stellte	Ruhe-stand	Ärz-tinnen	Ärzte
Allgemeinmedizin, Hausarzt					
u. Praktiker	23		2	9	16
Anästhesiologie	1	5		1	5
Augenheilkunde	3			1	2
Chirurgie	3	7	4	2	12
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1	1			2
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	3				3
Haut- u. Geschlechtskrankheiten	1	1	1	1	2
Humangenetik	1			1	
Innere Medizin	14	6	4	2	22
Kinder- und Jugendmedizin	1	2	3	1	5
Nuklearmedizin	1			1	
Nervenheilkunde			1		1
Neurologie	2				2
Öffentliches Gesundheitswesen			1		1
Pathologie			1		1
Radiologie	3	1	1	1	4
Urologie	3				3
Gesamt	60	23	18	20	81

B.**Mitarbeiter der Sächsischen Landesärztekammer**

Hauptgeschäftsführerin Sekretariat/Personalwesen	Dr. jur. Verena Diefenbach Charlotté Evely Körner Daniela Fritzsche
Assistentin der Hauptgeschäftsführung	Ass. jur. Annette Wünsche
Sekretariat des Präsidenten	Irina Weitzmann
Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit Redaktion Ärzteblatt Sachsen	Knut Köhler M. A. Ingrid Hüfner
Referat Arzthelferinnenwesen	Marina Hartmann Helga Jähne
Referat EDV/Informatik	Dipl.-Ing. Bernd Kögler Dipl.-Ing (FH) Mathias Eckert Michael Kascha
Referat Rechtsabteilung	Dr. jur. Alexander Gruner Assessor jur. Michael Kratz Gabriele Bärwald Sybille Klahre Dipl.-Betriebsw. (FH) Heidi Rätz Verw.Betriebsw. Manuela Anders Dipl.-Verwaltungsw. (FH) Grit Martin Dipl.-Verwaltungsw. (FH) Bianca Reinicke
Referat Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen	Ursula Riedel Verw.Betriebsw. Manuela Anders
Bezirksstellen Dresden Chemnitz Leipzig	Ursula Riedel Dipl.-Ing. (FH) Beatrix Thierfelder Jaqueline Will
Ärztliche Geschäftsführerin Sekretariat	Dr. med. Katrin Bräutigam (ab 01.05.2006) Brigitte Preißler
Referat Medizinische Sachfragen	Dr. med. Agathe Maurer Dr. rer. nat. Evelyne Bänder (ab 01.06.2006) Susanne Grimmer
Referat Weiterbildung/ Prüfungswesen	Dr. med. Birgit Gäbler Margitta Dittrich Renate Ziegler Karin Ballack Heidrun Eichhorn Ute Fischer Gernot Hilliges (ab 01.06.2006)

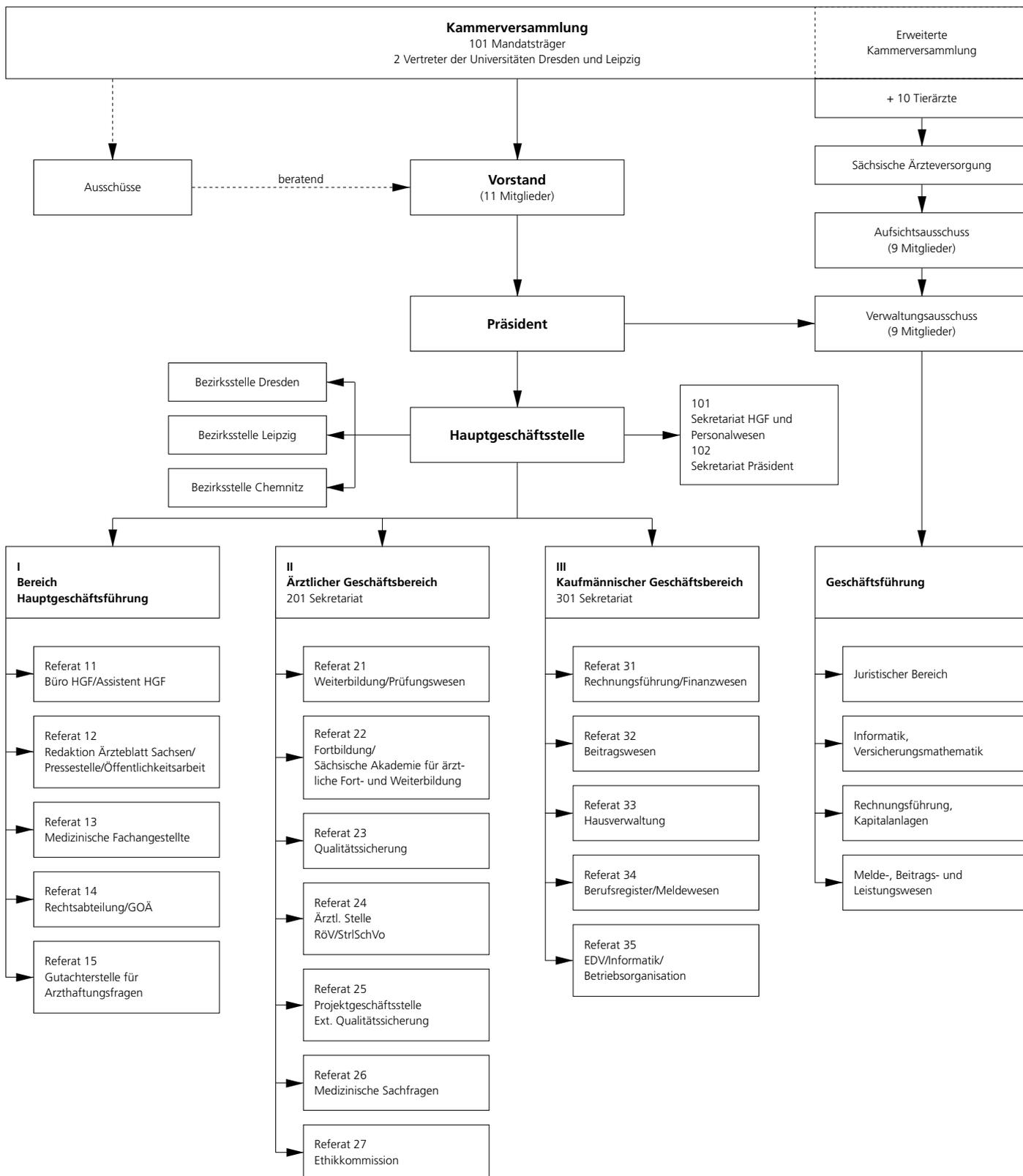
Referat Fortbildung/Sächsische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung	Dipl.-Ing. Karla Rose (bis 28.02.2006) Med.-Päd. Eva Marx Dipl.-Ök. Carina Dobriwolski Dipl.-Kff. Anja Treuter Andreas Dittrich (ab 01.08.2006) Göran Ziegler Marika Wodarz Silke Schmidt (ab 10.04.2006)
Referat Ärztliche Stelle Röv/StrlSchV	Dipl.-Phys. Klaus Böhme Sophie Philipp
Referat Ethikkommission	Ass. jur. Anett Blume (bis 30.06.2006) Ass. jur. Anke Schmieder (ab 01.06.2006) Susanne Grimmer
Referat Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung	Dr. med. Torsten Schlosser Dipl.-Med. Annette Kaiser Dipl.-Math. Annette Friedrich Kerstin Rändler Ingrid Pürschel
Kaufmännische Geschäftsführerin Sekretariat	Dipl.-Ök. Kornelia Keller Ines Wunderlich
Referat Finanzwesen	Ing.-Ök. (FH) Bettina Kaupisch Brigitte Ertel Silke Boedemann (bis 30.07.2006) Beatrice Zacher (ab 01.08.2006)
Referat Beitragswesen	Dipl.-Ing.-Ök. Ramona Grünberg Betriebswirt (VWA) Carola Wagner Dipl.-Betriebsw. Birgit Altmann Mandy Bräunling
Referat Berufsregister/Meldewesen	Dipl.-Verw.Wirt (FH) Susanne Richter Dipl.-Päd. Iris Drews André Helbig Madeleine Schneider Daniela Löw Sonja Kaluza
Referat Hausverwaltung/ Tagungs- und Reiseorganisation	Ing. (FH) Wolfgang Walther Viola Gorzel

Sächsische Ärzteversorgung

Geschäftsführung Geschäftsführerin	Dipl.-Ing. oec. Angela Thalheim (Frau Thalheim ist sowohl Geschäftsführerin als auch Leiterin des Melde-, Beitrags- und Leistungswesens)
Sekretariat/Empfang	Sekretärin Manuela Hähne Sekretärin Anemone Thalheim
Juristischer Bereich Sekretariat	Justiziar Ass. jur. Nico Appelt Sekretärin Ute Amberger
Informatik/Versicherungsmathematik Mitarbeiter Mitarbeiterin Mitarbeiterin	Leiterin Dipl.-Math. Kerstin Braun Dipl.-Math. Michael Schwarzbach Dipl.-Math. Dorothea Ketelsen Dipl.-Ing. Elke Thoß
Rechnungswesen/Kapitalanlagen Mitarbeiterin Mitarbeiterin Mitarbeiterin	Leiter Dipl.-oec. Steffen Gläser Angelika Roch Ing.-oec. Cornelia Reißig Rita Römer
Melde-, Beitrags- und Leistungswesen	Leiterin Dipl.-Ing. oec. Angela Thalheim (Frau Thalheim ist sowohl Geschäftsführerin als auch Leiterin des Melde-, Beitrags- und Leistungswesens)
stellv. Leiterin	Dipl.-Ing.-oec. Gabriele Kadach
Mitarbeiterin	Dipl.-Inform. Kathrin Fritze
Mitarbeiterin	Dipl.-Ing. oec. Ursula Große
Mitarbeiterin	Dipl.-Ing. oec. Bärbel Klinkert
Mitarbeiterin	Ökonom Karin Lehmann
Mitarbeiterin	Dipl.-Wirtschaftsing. Iris Erler
Mitarbeiterin	Dipl.-Verw.-Wirt (FH) Antje Schlodder
Mitarbeiterin	Dipl.-Betriebswirt (FH) Silvia Türke
Mitarbeiterin	Dipl.-Ing. oec. Bärbel Winker
Mitarbeiterin	Dipl.-Betriebswirt (FH) Mandy Zschorn
Mitarbeiterin	Dipl.-Verw.-Wirt (FH) Isabel Heidenreich
Mitarbeiterin	Betriebswirtin (VWA) Anke Schleinitz
Mitarbeiterin	Dipl.-Wirtsch.-Ing. (FH) Barbara Dreßler
Mitarbeiterin	Dipl.-Wirtsch.-Ing. (FH) Dagmar Knop
Mitarbeiterin	Heike Kroh (Registatur)
Mitarbeiterin	Renate Pisch (Registatur)

C. Aufbau und Struktur der Sächsischen Landesärztekammer

(Stand: 01.01.2007)



D. Kontakt

Sächsische Landesärztekammer
Schützenhöhe 16
01099 Dresden
Telefon: 0351 8267-0
Telefax: 0351 8267-412
Internet: www.slaek.de
E-Mail: dresden@slaek.de

Als Anlaufstelle für Kammermitglieder stehen nachfolgende Geschäftsbereiche gern zur Verfügung:

Hauptgeschäftsführung

Telefon: 0351 8267-411
Telefax: 0351 8267-412
E-Mail: hgf@slaek.de

- Allgemeine Anfragen, Koordinierung
- Ombudsstelle
- Medizinische Fachangestellte

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit Redaktion Ärzteblatt Sachsen

Telefon: 0351 8267-161
Telefax: 0351 8267-162
E-Mail: presse@slaek.de

Rechtsabteilung

Telefon: 0351 8267-421
Telefax: 0351 8267-422
E-Mail: ra@slaek.de

- Beratung, Anfragen, Anträge in berufsrechtlichen Angelegenheiten, z.B. Überprüfung von Arbeits- und Praxisverträgen
- Beratung und Beschwerdebearbeitung im Rahmen der GOÄ

Ärztlicher Geschäftsbereich

• Ombudsstelle
Telefon: 0351 8267-311
Telefax: 0351 8267-312
E-Mail: aegf@slaek.de

• Anfragen zur Weiterbildung/zum Prüfungswesen
Telefon: 0351 8267-313
E-Mail: weiterbildung@slaek.de

• Anfragen zur Fortbildung/Zertifizierung
Telefon: 0351 8267-326
E-Mail: zertifizierung@slaek.de

• Medizinische Sachfragen
Telefon: 0351 8267-330
E-Mail: ausschuesse@slaek.de

• Fragen zur Qualitätssicherung
Telefon: 0351 8267-381
Telefax: 0351 8267-382
E-Mail: quali@slaek.de

• Ärztliche Stelle RÖV/StrlSchVO
Telefon: 0351 8267-384
E-Mail: quaro@slaek.de

Kaufmännischer Geschäftsbereich

Telefon: 0351 8267-431
Telefax: 0351 8267-446
E-Mail: finanzen@slaek.de

- Anfragen und Beratung bei Erhebung von Kammerbeiträgen

Berufsregister

Telefon: 0351 8267-360
E-Mail: berufsregister@slaek.de

- An- und Abmeldung von Ärzten

Bezirksstelle Leipzig

Braunstraße 16
04347 Leipzig
Telefon: 0341 5644-056
Telefax: 0341 5644-058
E-Mail: leipzig@slaek.de

Bezirksstelle Chemnitz

Carl-Hamel-Straße 3
09116 Chemnitz
Telefon: 0371 2165-14
Telefax: 0371 2165-43
E-Mail: chemnitz@slaek.de

E. Wegbeschreibung

