

4. Tätigkeitsbericht 1999 - 2000



**Landesärztekammer
Baden-Württemberg**
Körperschaft des öffentlichen Rechts



**4. Tätigkeitsbericht der
Landesärztekammer Baden-Württemberg**
Körperschaft des öffentlichen Rechts

01.04.1999 – 31.03.2000

Vorgelegt zur 4. Vertreterversammlung der Landesärztekammer
(4. Baden-Württembergischer Ärztetag in Konstanz)

Herausgeber:

Landesärztekammer Baden-Württemberg
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Jahnstraße 40, 70597 Stuttgart
Tel. 07 11/7 69 89 - 0
Fax 07 11/7 69 89 - 50

Konzeption und Redaktion:

Ärztliche Pressestelle, Leiter: Dr. med. Oliver Erens

Umschlagfotos:

Jörg-Peter Maucher

Redaktionsschluß:

30. März 2000

© 2000 Landesärztekammer Baden-Württemberg, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten.

Nachdruck oder Vervielfältigung auf Papier und elektronischen Datenträgern
sowie Einspeisung in Datennetze nur mit Genehmigung des Herausgebers.

Vorwort 7

**Aufgaben und rechtliche Stellung der Landesärztekammer Baden-
Württemberg** 13

Ausschüsse

Ausschuß „Ärztinnen“ 45
Ausschuß „Ärztliche Weiterbildung“ 47
Berufsbildungsausschuß 52
Ausschuß „Berufsordnung“ 55
Ausschuß „Gewalt gegen Kinder“ 58
Ausschuß „Krankenhauswesen“ 62
Ausschuß „Medizinische Ausbildung, Hochschulen“ 66
Ausschuß „Nichtärztliche medizinische Fachberufe“ 70
Ausschuß "Notfallmedizin" 73
Ausschuß „Öffentliches Gesundheitswesen“ 75
Ausschuß „Prävention“ 78
Ausschuß „Qualitätssicherung“ 81
Umlageausschuß 84
Ausschuß „Umwelt“ 89
Widerspruchsausschuß 91

Arbeitskreise und Arbeitsgruppen

Arbeitsgruppe „Externe Qualitätssicherung Anästhesiologie in
Baden-Württemberg mit Unterstützung der Landesärztekammer“ 97
Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung der stationären Depressionsbehandlung in
der klinischen Psychiatrie“ 100

| | |
|---|-----|
| Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung in der Diabetologie“ | 105 |
| Arbeitsgruppe „Neonatalerhebung Baden-Württemberg“ | 108 |
| Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung in Medizinischen Laboratorien“ | 111 |
| Arbeitsgruppe „Rationelle Pharmakotherapie“ | 113 |
| Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung in der Rehabilitation“ | 115 |
| Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung in der Schlaganfallbehandlung“ | 123 |
| Ärztlicher Verwaltungsrat der Zentralstelle der baden-württembergischen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin..... | 126 |
| Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung zytologischer Untersuchungen“ | 128 |
| Arbeitskreis „Suchtmedizin“ | 131 |
| Arbeitskreis „Vernetzung und Telemedizin“ | 133 |

Fachabteilungen

| | |
|--|-----|
| Ärztliche Pressestelle..... | 139 |
| Ärztliche Stelle Baden-Württemberg nach § 16 RöV | 141 |
| Abteilung Fortbildung und Qualitätssicherung..... | 148 |
| Epidemiologisches Krebsregister Baden-Württemberg..... | 152 |

Besondere Einrichtungen

| | |
|--|-----|
| Aufbau eines Arzt- / Patienteninformationsdienstes im Bezirk Nordbaden | 163 |
| Ethikkommission | 173 |
| Fortbildungskommission | 176 |
| Akademie für ärztliche Fortbildung in neuen Medien..... | 178 |
| Gesundheitsrat Südwest..... | 181 |
| Gutachterkommissionen der Bezirksärztekammern Baden-Württemberg..... | 183 |
| Gemeinsame Gutachterstelle der Bezirksärztekammern in Baden-Württemberg für Fragen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)..... | 188 |
| Landesberufsgericht | 191 |

| | |
|--|-----|
| Menschenrechtsbeauftragte | 195 |
| Gemeinsame Kommission Pflegeverbände | 198 |
| Kommission für Fragen der Transplantationsmedizin..... | 201 |

Anhang

| | |
|---|-----|
| Vorstand der Landesärztekammer Baden-Württemberg..... | 206 |
| Vorstandsmitglieder der Bezirksärztekammern..... | 208 |
| Mitglieder der Vertreterversammlung der Landesärztekammer | 209 |
| Verantwortungsbereiche innerhalb der Landesärztekammer-Geschäftsstelle..... | 212 |
| Anfahrtskizze..... | 216 |

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

Sie halten den 4. Tätigkeitsbericht der Landesärztekammer Baden-Württemberg in Händen, den ich Ihrer Aufmerksamkeit empfehlen möchte.

Es gleicht einem alljährlich wiederkehrenden Ritual, der Vertreterversammlung einen Bericht über das vergangene Jahr vorzulegen. Gleichwohl liegt darin auch die Chance, über die Aufgaben, Erfolge, aber auch Probleme der ständigen Arbeit Ihrer Kammer zu informieren.

Dieser Tätigkeitsbericht faßt die Aktivitäten der Landesärztekammer Baden-Württemberg seit dem letzten Baden-Württembergischen Ärztetag in Heidelberg zusammen. Mit dem Tätigkeitsbericht legt der Vorstand vor der Vertreterversammlung Rechenschaft über seine Tä-

tigkeit im vergangenen Jahr ab. Zudem soll der Tätigkeitsbericht allen Interessierten dazu dienen, sich für unsere vielfältigen Aktivitäten und über unsere Aufgabenstellungen zu informieren.

Der Alltag der Landesärztekammer - wie auch der der vier Bezirksärztekammern - ist natürlich stark von Routineaufgaben geprägt. Unsere Mitarbeiter/innen sorgen mit ihrem Engagement nicht nur für die Abwicklung sämtlicher Anträge, sondern darüber hinaus auch dafür, daß die Vielzahl der bestehenden Ausschüsse, Kommissionen und Arbeitskreise ihre Aufgaben erledigen können.

Die Ergebnisse der Ausschußarbeit wiederum, soweit sie nicht nur für die Kammeroutine benötigt werden, sind Grundlage für die Diskussionen und Entscheidungen im Vorstand und in der Vertreterversammlung. Allen daran Mitwirkenden, den Mitarbeiter/innen der Landesärztekammer nicht weniger als den zahllosen Kolleginnen und Kollegen, die sich ehrenamtlich in den Dienst der gemeinsamen Sache stellen, möchte ich an dieser Stelle meinen herzlichen Dank für das im vergangenen Jahr Geleistete sagen.

Bei der Lektüre der vorliegenden Berichte werden Sie feststellen, daß das zentrale Thema immer wieder die seinerzeit bevorstehende GKV-Gesundheitsreform 2000 war. Auch in Zukunft werden wir uns selbstverständlich für die Interessen der Ärzteschaft und unserer Patienten mit großem Engagement einsetzen. Auf diesem Wege darf ich Sie alle sehr herzlich zur Mitarbeit auffordern.

Vorwort

Erstmals erscheint unser Tätigkeitsbericht in diesem Jahr in äußerlich veränderter Form und Aufmachung. Ich würde mich freuen, wenn Ihnen dieses Format zusagt und wünsche Ihnen eine kurzweilige Lektüre.

Stuttgart, im Juni 2000

Prof. Dr. med. Friedrich-Wilhelm Kolkmann
Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg

**Aufgaben und rechtliche Stellung der
Landesärztekammer Baden-Württemberg**

Aufgaben und rechtliche Stellung der Landesärztekammer Baden-Württemberg

Dr. jur. Kurt Seizinger, Ulrike Hespeler, Dr. med. Oliver Erens

Das Wesen der Selbstverwaltung

Die Ärztliche Selbstverwaltung - verlängerter Arm des Staates oder Instrument der kollegialen ärztlichen Selbstkontrolle?

An dieser Fragestellung wird die Ambivalenz jeglicher berufsständischer Selbstverwaltung deutlich. Selbstverwaltung durch Kammern als Ausprägung der mittelbaren Staatsverwaltung bedeutet einerseits nicht die bloße Fortsetzung der Staatsverwaltung nur unter formaler Auswechslung des Trägers, sondern stellt durchaus die Wahrnehmung eigener Aufgaben und Interessen des Berufsstandes dar, und zwar auch gegenüber dem Staat. Auf der anderen Seite ist Selbstverwaltung aber auch keine private, das heißt rein interne Angelegenheit des Berufsstandes mit dem ausschließlichen Ziel, die Interessen des Berufsstandes zu verfolgen, sondern eine zugleich der Allgemeinheit und dem Gemeinwohl verpflichtete Institution.

Ambivalenz

Subsidiaritätsprinzip

Wesentliches Merkmal der berufsständischen Selbstverwaltung ist das Subsidiaritätsprinzip, wonach jeder dem Staat untergeordneter Gemeinschaft, zum Beispiel einem bestimmten Berufsstand, all das zur Erledigung in eigener Verantwortung überlassen wird, was in ihren Fähigkeiten steht, wobei die übergeordnete Gemeinschaft, der Staat, sie bei dieser Aufgabe unterstützt und erst dann an ihre Stelle tritt, wenn die untergeordnete Gemeinschaft mit dieser Aufgabe offensichtlich überfordert ist.

„Vorfahrt für die Selbstverwaltung“

Soweit die Idee. Die speziell im Gesundheitsbereich vom Gesetzgeber in der Vergangenheit immer wieder propagierte „Vorfahrt für die Selbstverwaltung“ legt allerdings den Verdacht nahe, daß in der Praxis die Politik sich nur allzu bereitwillig auf das Subsidiaritätsprinzip besinnt, sprich die Eigenverantwortung des betroffenen Berufsstandes betont, wenn es darum geht, die Verantwortung von sich zu schieben. Die im Gesundheitsreformgesetz sich abzeichnende Tendenz, das allgemeine Morbiditätsrisiko sowie die wirtschaftlichen Folgen des wissenschaftlichen Fortschritts der Ärzteschaft aufzuerlegen, anstatt die politische Verantwortung für eine aus der Budgetierung zwangsläufig resultierende Rationierung zu übernehmen, ist ein beredtes Beispiel hierfür.

Regelungsermessen

Das dem Wesen der Selbstverwaltung immanente Regelungsermessen eines Berufsstandes bedeutet aber zugleich Regelungsverantwortung. Mit anderen Worten: Selbstverwaltung ist, um mit Taupitz zu sprechen, kein Selbstläufer; entscheidend kommt es vielmehr darauf an, was der Berufsstand aus der ihm vom Gesetzgeber eingeräumten

Selbstverwaltung macht, das heißt ob er das der Gesellschaft als Gegenleistung für die Selbstverwaltung gewährte Versprechen effektiver Selbstregulierung und -kontrolle tatsächlich einlöst. Selbstverwaltung ist eben kein Besitzstand, sondern muß ständig von neuem beweisen, daß die Erledigung der einem freien Beruf zukommenden Aufgaben durch den Berufsstand selbst am effektivsten ist.

Vor diesem Hintergrund sind die im Strukturgesetz 2000 enthaltenen Regelungen, die die ärztliche Selbstverwaltung zugunsten Dritter weiter einschränken, als ernstliche Gefahr für die Freiheit des ärztlichen Berufsstandes zu sehen. Ob dies als Reaktion auf Defizite in der Außendarstellung des ärztlichen Berufsstandes oder auf Versäumnisse bei der standesinternen Aufdeckung und Aufarbeitung ärztlichen Fehlverhaltens im Einzelfall zu werten ist, ist in diesem Zusammenhang von untergeordneter Bedeutung. Die ärztlichen Körperschaften müssen jedenfalls, auch unter erschwerten Rahmenbedingungen, in der Zukunft darum bemüht sein, die Öffentlichkeit zu überzeugen, daß die ärztliche Selbstkontrolle funktioniert.

erschwerte Rahmenbedingungen

Die Aufgaben der Landesärztekammer

Die grundlegende Aufgabe jeder berufsständischen Kammer, so auch der Landesärztekammer, ist die Wahrnehmung der beruflichen Interessen ihrer Mitglieder, die der Kammer nicht aufgrund einer freien Willensentscheidung angehören, sondern ihre Mitgliedschaft allein dem Umstand verdanken, daß sie im Zuständigkeitsbereich der Kam-

Pflichtmitgliedschaft

mer die ärztliche Tätigkeit ausüben oder zumindest ihren Wohnsitz haben. Kammermitgliedschaft bedeutet also Pflichtmitgliedschaft, mitunter Mitgliedschaft wider Willen, wie die im Zusammenhang mit der Erhebung des Kammerbeitrags geführten Diskussionen anschaulich belegen.

Interessenvertretung

Mit dieser Pflichtmitgliedschaft der Berufsangehörigen korrespondiert die Verpflichtung der Kammer, die Interessen ihrer Mitglieder umfassend wahrzunehmen, auch und gerade gegenüber der Politik, sei es im Einzelfall oder allgemein bei der Mitwirkung im politischen Meinungsbildungsprozeß, sprich im Gesetzgebungsverfahren. Der im neugefaßten Heilberufe-Kammergesetz normierte Aufgabenkatalog rückt deshalb - im Sinne einer generalklauselartigen Aufgabenbeschreibung - die Interessenvertretung der Kammermitglieder bewußt in den Vordergrund. Der Interessenvertretung sind gleichwohl, wie die mit Bedacht gewählte Formulierung („berufliche Belange“) erkennen läßt, Grenzen gesetzt - ein allgemeinpoltisches Mandat steht der Kammer nicht zu.

Neben der allgemeinen Interessenvertretung hat die Kammer insbesondere die Erfüllung der Berufspflichten ihrer Mitglieder, die in der Berufsordnung näher umschrieben sind, zu überwachen. Daneben hat sie die Ausbildung der Kammermitglieder sowie deren berufliche Fortbildung zu fördern.

Weiterbildungsordnung

Von der praktischen Relevanz her die wohl wichtigste, jedenfalls aber die arbeitsintensivste Aufgabe der Kammer ist die Regelung der ärztlichen Weiterbildung. Angesichts des beträchtlichen Arbeitsaufwan-

des und der Schwierigkeiten bei der Umsetzung der zum 1. Mai 1995 in Kraft getretenen und seither mehrfach nachgebesserten Weiterbildungsordnung, die auf einen Schlag die Zahl der zu erwerbenden Weiterbildungsbezeichnungen von 64 auf über 160 mögliche Qualifikationen erhöht hat, stellt sich zwangsläufig die Frage, ob der mit dem Beschlüssen des Deutschen Ärztetages 1992 eingeschlagene Weg der ständig zunehmenden Spezialisierung und weiteren Differenzierung richtig war. Die aktuelle Diskussion auf dem jüngsten Deutschen Ärztetag über das künftige Weiterbildungsrecht zeigt jedenfalls, wie tief das Unbehagen über diese Entwicklung bei den Betroffenen sitzt.

Ein weiterer Aufgabenschwerpunkt der Kammer ist die Qualitätssicherung als Ausdruck ärztlichen Bemühens, durch geeignete Maßnahmen ärztliche Leistungen auf einem möglichst gleichmäßig hohen Niveau zu gewährleisten. Dieses Ziel läßt sich jedoch auf Dauer nur erreichen, wenn die Ärzteschaft eigenbestimmt den Standard ärztlichen Handelns - gemessen an der medizinischen Notwendigkeit - festlegt. Die Budgetierung der Leistungsausgaben im ambulanten und stationären Bereich führt notgedrungen dazu, daß das ärztliche Handeln eben nicht mehr allein am medizinisch Notwendigen gemessen, sondern zunehmend von ökonomischen Überlegungen bestimmt wird. Qualitätssicherung wird damit, wie das Beispiel Fallpauschalen und Sonderentgelte im stationären Bereich zeigt, zur bloßen Qualitätskontrolle durch Dritte, namentlich die Kassen.

Neben diesen primär den eigenen Mitgliedern zugute kommenden Aufgaben weist das Heilberufe-Kammergesetz der Landesärztekam-

Qualitätssicherung

Budgetierung

Helferberufe

mer auch eine Reihe von Aufgaben zu, deren Wahrnehmung durch die Kammer für die Mitglieder allenfalls von mittelbarem Vorteil ist. An erster Stelle sei hier die Durchführung der Berufsausbildung und der beruflichen Fortbildung in den Helferberufen genannt. Konkret bedeutet dies, daß die Landesärztekammer die zuständige Stelle nach dem Berufsbildungsgesetz für die Ausbildung der Arzthelferinnen ist.

Dienstleistungs- unternehmen

Von aktueller Bedeutung ist die Information und Beratung Dritter zu Fragen der ärztlichen Berufsausübung, die mit der Novellierung des Heilberufe-Kammergesetzes Ende vergangenen Jahres der Kammer als weitere Aufgabe zugewiesen wurde. Diese neue Aufgabe spiegelt den Wandlungsprozeß wider, den die Kammern derzeit auf dem Weg von einer primär standespolitischen Interessenvertretung hin zu einem Dienstleistungsunternehmen im weitesten Sinne durchlaufen. Wie auch immer man zu diesem Bedeutungswandel der Kammer steht, Tatsache ist, daß diese Entwicklung, die mit dem Begriff „gesundheitlicher Verbraucherschutz“ nur unzureichend umschrieben wird, nicht mehr aufzuhalten ist. Die Frage, ob der viel zitierte „mündige Patient“ dieses Schutzes, den ihm allzu fürsorgliche Politiker angedeihen lassen wollen, überhaupt bedarf, wird erst gar nicht gestellt.

Ärztliche Stelle

Über die genannten Aufgaben hinaus, die von der Kammer mehr oder weniger im Interesse ihrer Mitglieder durchgeführt werden, besteht die Möglichkeit, der Kammer mit ihrer Zustimmung auch staatliche Aufgaben zu übertragen, wenn die betreffende Aufgabe durch die Kammer sachgerechter oder wirtschaftlicher erfüllt werden kann. Ein Beispiel hierfür ist die Tätigkeit der bei der Landesärztekammer ein-

gerichteten Ärztlichen Stelle nach Röntgenverordnung, die aufgrund einer Vereinbarung mit dem Land aus dem Jahre 1990 die an sich dem Staat obliegende Überwachung der Röntgeneinrichtungen gemäß § 16 Abs. 3 Röntgenverordnung wahrnimmt und sich über die von den Betreibern der Röntgeneinrichtung zu erhebenden Gebühren finanziert. Ein weiteres Beispiel ist das Epidemiologische Krebsregister, das seit 1994 bei der Landesärztekammer angesiedelt ist. Die Finanzierung dieser staatlichen Aufgabe erfolgt im Wege der Kostenerstattung durch das Land.

**Epidemiologisches
Krebsregister**

In jüngster Zeit ist als weitere staatliche Aufgabe die sog. Lebendspendekommission nach § 8 Abs. 3 Transplantationsgesetz hinzugekommen, deren konkrete Aufgabe darin besteht, sich in einer persönlichen Anhörung des potentiellen Organspenders davon zu überzeugen, daß die Einwilligung in die Organspende freiwillig und unbeeinflußt von kommerziellen Überlegungen erfolgt ist. Die der Landesärztekammer durch die Tätigkeit der bei den Bezirkskammern eingerichteten Kommissionen entstehenden Kosten sind von den Transplantationszentren aufzubringen, die sich wiederum bei den Kassen über den Pflegesatz refinanzieren.

**Lebendspende-
kommission**

Auch wenn in den drei genannten Beispielen gute Gründe dafür sprechen, diese staatlichen Aufgaben eigenverantwortlich durch die Kammer erledigen zu lassen, sollte aus ordnungspolitischen Gründen wohl bedacht werden, ob die ärztliche Selbstverwaltung auf Dauer gut beraten ist, sich partiell in die Rolle des Staates zu begeben. Das Zauberwort „Deregulierung staatlicher Aufgaben“ kaschiert häufig nur die

Deregulierung

Absicht, der Selbstverwaltung dort die Vorfahrt einzuräumen, wo der Staat die ihm obliegende Verantwortung aus welchen Gründen auch immer nicht übernehmen will.

Die Organe der Landesärztekammer Baden-Württemberg

Organe der Landesärztekammer sind

- die Vertreterversammlung,
- der Vorstand,
- der Umlageausschuß,
- die Bezirksberufsgerichte,
- das Landesberufsgericht.

Ausschüsse

Zusätzlich kann die Kammer durch ihre Vertreterversammlung Ausschüsse einrichten, die mit sachverständigen Kammermitgliedern und Sachverständigen aus anderen Berufsgruppen besetzt sind. Aufgabenbereich und Umfang der Tätigkeit der Ausschüsse ergeben sich aus den Berichten, die Teil dieses Tätigkeitsberichts sind.

Vertreterversammlung

Die Mitglieder der Vertreterversammlung der Landesärztekammer werden in geheimer Abstimmung von den Bezirksvertreterversammlungen auf vier Jahre gewählt, deren Mitglieder zuvor direkt von der Basis, den Kammermitgliedern, gewählt werden. Ebenso werden die Delegierten zum Deutschen Ärztetag direkt von den Vertreterversammlungen der Bezirksärztekammern bestimmt. Wichtigste Aufgabe der Vertreterversammlung ist, neben dem Beschluß von Satzungen,

die Verabschiedung des Haushalts, ohne den die Kammer ihre vielfältigen Aufgaben nicht erfüllen könnte.

Der Vorstand der Landesärztekammer besteht aus dem Präsidenten, der die Kammer nach außen vertritt, dem Vizepräsidenten als Vertreter des gewählten Präsidenten, dem Rechnungsführer, dem Schriftführer sowie den Präsidenten der Bezirksärztekammern und drei weiteren Beisitzern. Durch eine entsprechende Satzungsregelung ist sichergestellt, daß jede Bezirksärztekammer im Vorstand durch mindestens zwei Mitglieder vertreten ist.

Vorstand

Eine besondere Stellung nimmt der Umlageausschuß der Landesärztekammer ein, der nicht wie die anderen Ausschüsse der Kammer als beratender Ausschuß tätig wird, sondern den gleichen Organstatus besitzt wie der Vorstand und die Vertreterversammlung. Dieser Organstatus verleiht dem Umlageausschuß eine gewisse Selbständigkeit, die in seiner Aufgabenstellung begründet ist. Nach dem Willen des Satzungsgebers hat der Umlageausschuß die alleinige Kompetenz zur Aufstellung des Haushaltsplanentwurfs, über den die Vertreterversammlung als verantwortliches Organ zu beschließen hat.

Umlageausschuß

Organcharakter haben auch die Berufsgerichte, vor denen sich die Kammermitglieder gegebenenfalls wegen berufsunwürdiger Handlungen zu verantworten haben.

GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000

Kernelemente

Das herausragende Thema des vergangenen Jahres war zweifellos die Gesundheitsreform 2000, die in einer „abgespeckten“ Form zu Jahresbeginn in Kraft getreten ist. Nachdem die Kernelemente des ursprünglichen Regierungsentwurfs - Globalbudget, stufenweise Umstellung der dualistischen Krankenhausfinanzierung auf ein monistisches System, Änderung der Krankenhausbedarfsplanung, benchmarking bei Arzneimittelverordnung, Änderung der Organisationsverfassung der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen - wegen der Zustimmungspflicht im Bundesrat nicht realisiert werden konnten, stellt sich die Frage, wie die am Ende verabschiedeten Änderungen aus ärztlicher Sicht zu beurteilen sind.

Im Wesentlichen geht es dabei um die sektoralen Budgets, die Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems für die stationäre Versorgung, die integrierte Versorgung sowie die Neuregelung der Qualitätssicherung.

Sektorale Budgetierung

- Für die vertragsärztliche Versorgung wird die sektorale Budgetierung, die eigentlich Ende 1999 auslaufen sollte, unbefristet fortgesetzt. Im Zusammenwirken mit der strikten Bindung der Gesamtvergütung an die Grundlohnentwicklung wird die Kostendämpfung im ambulanten Bereich damit noch verschärft. Sektorale Budgets gelten ebenso für Arznei- und Hilfsmittel sowie die Krankenhausversorgung. Ausgenommen von der strikten Budgetierung ist der Bereich „Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen“.

- Die Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems für die stationäre Versorgung - mit Ausnahme der psychiatrischen Leistungen - bedeutet im Ergebnis, daß künftig auf der Basis von noch festzulegenden Punktwerten Festpreise vereinbart werden. Der Selbstverwaltung auf Bundesebene kommt dabei die Aufgabe zu, bis Mitte des Jahres die Grundstrukturen des Vergütungssystems und des Verfahrens zur Ermittlung der Bewertungsrelation der Fallgruppen untereinander festzulegen.
- Die Kooperation zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen soll mit den neuen Regelungen über die integrierte Versorgung verbessert werden. Krankenkassen können danach integrierte sektorenübergreifende Versorgungsverträge mit Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern bei freiwilliger Beteiligung der Versicherten schließen. Soweit die vertragsärztliche Versorgung betroffen ist, sind die niedergelassenen Ärzte durch den vorgesehenen Abschluß einer Rahmenvereinbarung zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Spitzenverbände der Krankenkassen beteiligt.
- Die Kooperation zwischen dem ambulanten und stationären Versorgungsbereich soll dadurch weiter verbessert werden, daß der Katalog ambulant durchführbarer Operationen um stationsersetzende Eingriffe durch die gemeinsame Selbstverwaltung erweitert wird; sollen diese Leistungen ausnahmsweise doch stationär erfolgen, muß dies medizinisch begründet sein.

Pauschaliertes Entgeltsystem

Integrierte Versorgung

Ambulanter und stationärer Versorgungsbereich

**System der
Qualitätssicherung**

- Die Qualität der medizinischen Versorgung soll durch ein umfassendes System der Qualitätssicherung und die Bewertung von Kosten und Wirtschaftlichkeit medizinischer Technologien verbessert werden. Zu diesem Zweck wird ein gesetzliches Qualitätssicherungsgebot für alle Leistungsbereiche eingeführt, das heißt Vertragsärzte, Krankenhäuser sowie stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sind nunmehr verpflichtet, sich an Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen. Die neu vorgesehene Möglichkeit der Sanktionierung soll dafür Sorge tragen, daß die gesetzlichen Vorgaben eingehalten werden.

Bundesausschuß

Die inhaltlichen Kriterien für die Qualitätssicherung im ambulanten Bereiche legt künftig der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen fest; die bisherigen Richtlinien - Kompetenz der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entfällt. Für den stationären Bereich wird ein Bundesausschuß „Krankenhaus“ gebildet, der gemäß § 137 c SGB V neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus bewerten soll - analog zum NUB-Ausschuß im vertragsärztlichen Versorgungsbereich.

**Arbeitsgemeinschaft
Qualitätssicherung**

In der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin sind neben Ärzteschaft (Kassenärztliche Bundesvereinigung und Bundesärztekammer) und den bisherigen Partnern (Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenversicherungen und Deutsche Krankenhausgesellschaft) jetzt auch die private Krankenversicherung und die Pflegeberufe einbezogen. Die beiden Bundesausschüsse werden durch einen speziellen Koordinierungs-

ausschuß, an dem u.a. auch die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung beteiligt sind, gesteuert. Daneben soll der Koordinierungsausschuß evidenzbasierte medizinische Leitlinien für mindestens zehn Krankheiten pro Jahr entwickeln, die im ambulanten und stationären Bereich anzuwenden sind.

Zusammenfassend ist festzustellen, daß der Gesetzgeber im Grunde nur ein Ziel kennt: Beitragssatzstabilität. Ein Versorgungssystem, das ausschließlich an ökonomischen Vorgaben orientiert ist, anstatt sich wie bisher am medizinisch Notwendigen auszurichten, läuft aber Gefahr, früher oder später in der Rationierung zu enden, weil sich die steigende Morbidität und der medizinische Fortschritt auf Dauer nicht durch bloße Rationalisierung auffangen lassen.

Beitragssatzstabilität

Bündnis für Gesundheit

Die Landesärztekammer Baden-Württemberg war nach Bayern die zweite Kammer, die ein Bündnis für Gesundheit ins Leben gerufen hat. Am 27. Mai begrüßte der Kammerpräsident Vertreter der vier Bezirksärztekammern, der vier Kassenärztlichen Vereinigungen, der Landeszahnärztekammer und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, der Apotheker, des Landespflegerates, der Arzthelferinnen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, der Forschenden Pharmaindustrie und der Hebammen. Gemäß dem Vorbild auf Bundesebene sollte gemeinsam Stärke demonstriert werden gegen eine übereilte und systemverändernde Strukturreform 2000.

Vorbild auf Bundesebene

Bei Pressekonferenzen in Stuttgart und in Freiburg wurde das Bündnis der Öffentlichkeit vorgestellt und die wesentlichen Ziele dargelegt.

Persönlicher Brief

In diesem Zusammenhang rief der Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg, Prof. Dr. Kolkmann, in einem persönlichen Brief an alle Ärztinnen und Ärzte des Landes dazu auf, „Bündnisse für Gesundheit“ in allen Städten, Dörfern und Gemeinden zu gründen. Es reiche, so Kolkmann, nicht aus, nur in der Landeshauptstadt zu demonstrieren und zu informieren. In den Dörfern und Gemeinden sollten sich Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Hebammen, Krankenschwestern und andere zusammentun und gemeinsam Mittel und Wege finden, um die Bevölkerung über das Gesetzesvorhaben und seine schädlichen Folgen aufzuklären.

Präsentation

Eine Präsentation im Rahmen der Pro Sanita am Stand der Landesärztekammer Baden-Württemberg trug ebenfalls dazu bei, das Bündnis bekannt zu machen und der Bevölkerung die Folgen des geplanten Gesetzes zu verdeutlichen.

Folgen beobachten

Auch nach Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes zum 1. Januar 2000 löste sich das Bündnis für Gesundheit in Baden-Württemberg nicht etwa auf, sondern wollte die interdisziplinäre Zusammenarbeit fortsetzen, um die Folgen des Gesetzes zu beobachten und an die Öffentlichkeit zu bringen.

3. Baden-Württembergischer Ärztetag in Heidelberg

Der Baden-Württembergische Ärztetag stand im Jahre 1999 ganz im Zeichen der geplanten GKV-Gesundheitsreform. Bei einer öffentlichen Podiumsdiskussion mit Dipl.-Kfm. Wolfgang Pföhler, Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft; Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer; Dipl.-Volksw. Tamara Dietze-Bauer, Vorsitzende des Landesverbands der in der Praxis mitarbeitenden Arztfrauen; Dr. Werner Baumgärtner, Vorsitzender der KV Nord-Württemberg, Dr. jur. Ulrich Schlenker, Vorstandsvorsitzender des Landesverband der Betriebskrankenkassen; und Prof. Dr. Christoph Fuchs, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, wurden unter der Leitung von Dr. Achim Hoffmann-Goldmayer, 2. Vorsitzender der KV Südwürttemberg, Meinungen zur aktuellen rot-grünen Gesundheitspolitik ausgetauscht. Nach einem einleitenden Referat des Hauptgeschäftsführers der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Christoph Fuchs, waren sich die Diskutanten auf dem Podium weitgehend einig darin, daß der Kabinettsentwurf eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen in dieser Form abgelehnt werden muß. Die Diskussion verlief lebhaft, aber fair, und zeigte in aller Deutlichkeit, daß nicht nur Parolen verkündet, sondern daß eine Vielzahl von Sachargumenten vorgetragen und vertreten wurden.

Zum Abschluß des Baden-Württembergischen Ärztetages 1999 haben mehr als 1.000 Ärztinnen und Ärzte in Heidelberg gegen die geplante Gesundheitsreform demonstriert. Da die Vertreterversammlung der Landesärztekammer rechtzeitig beendet werden konnte, nahmen auch

**Öffentliche
Podiumsdiskussion**

Demonstrationszug

Vorstand und Delegierte der Kammer am Demonstrationzug teil. Der Protestmarsch führte vom Bismarckplatz durch die Heidelberger Fußgängerzone zur Abschlußkundgebung am Universitätsplatz.

Bei der Abschlußkundgebung betonte der Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg, Prof. Dr. Kolkmann, daß er jetzt erstmals seit seinem Amtsantritt vor acht Jahren die Notwendigkeit sehe, sich im Rahmen einer öffentlichen Demonstration direkt an die Bürgerinnen und Bürger zu wenden. Die geplante Reform werde das Gesundheitswesen der Bundesrepublik „deformieren“; die medizinische Versorgung jedes Einzelnen sei davon bedroht. Prof. Kolkmann forderte daher die Bürger auf, die Ärzteschaft bei ihrem Kampf „gegen diese sinnlose Reform“ zu unterstützen.

Initiativprogramm Allgemeinmedizin

Der Vorstand der Landesärztekammer hat im Dezember 1998 die Einführung der 5-jährigen Weiterbildung im Gebiet Allgemeinmedizin mit der Maßgabe beschlossen, die Satzung erst dann in Kraft zu setzen, wenn die Finanzierung im Rahmen des Initiativprogrammes gesichert ist. Nachdem sich schließlich im Frühjahr 1999 abzeichnete, daß auf Bundesebene die Verträge zur Förderung von Weiterbildungsstellen unterschrieben werden, hat der Vorstand in seiner April-Sitzung der Veröffentlichung der Satzungsänderung zugestimmt. Zum 01.06.1999 ist in Baden-Württemberg damit die 5-jährige Weiterbildung im Gebiet Allgemeinmedizin in Kraft getreten. Nach anfängli-

**Förderung von
Weiterbildungsstellen**

chen Startschwierigkeiten ist das Initiativprogramm im ambulanten Bereich gut angenommen worden. Die 4 Kassenärztlichen Vereinigungen im Land haben ergänzend zu den auf Bundesebene vereinbarten Regelungen Förderrichtlinien erlassen, auf deren Grundlage eingehende Anträge bearbeitet werden. Ende 1999 war in allen 4 KV-Bereichen das Förderkontingent nahezu ausgeschöpft. Im stationären Bereich dagegen war 1999 bundesweit die Nachfrage nach Fördermitteln eher zurückhaltend. In Baden-Württemberg wurde nur ca. die Hälfte der förderfähigen Stellen im stationären Bereich in Anspruch genommen. Für das Jahr 2000 hat sich die Zahl der förderfähigen Stellen verdoppelt; insgesamt können 406 Stellen im Rahmen des Initiativprogramms gefördert werden. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt (Stand 1. April 2000) liegen noch keine verlässlichen Zahlen für die Auslastung im Jahr 2000 vor. Der für 1999 festgestellte Trend scheint sich jedoch fortzusetzen.

Fahrerlaubnisverordnung

Mit der am 1. Januar 1999 in Kraft getretenen neuen Fahrerlaubnisverordnung hat das Fahrerlaubnisrecht eine grundlegende Neuregelung erfahren. Für Ärztinnen und Ärzte bedeutsam wurde eine sogenannte verkehrsmedizinische Qualifikation eingeführt, die dann vorgelegt werden muß, wenn Ärzte für Fahrerlaubnisinhaber oder Fahrerlaubnisbewerber ein Gutachten erstellen (§ 65 FeV). In Absprache mit dem in Baden-Württemberg zuständigen Ministerium für Umwelt und Verkehr konnte zunächst erreicht werden, daß bis zum 30. Juni

**Verkehrsmedizinische
Qualifikation**

**Fortbildungs-
veranstaltung**

1999 auf den Nachweis der verkehrsmedizinischen Qualifikation verzichtet wurde und alle Ärzte weiterhin, ohne die entsprechende Qualifikation vorweisen zu müssen, Begutachtungen vornehmen konnten. In der Zwischenzeit hat die Abteilung Fortbildung und Qualitätssicherung der Landesärztekammer eine 16-stündige Fortbildungsveranstaltung organisiert, die zum Erwerb der geforderten verkehrsmedizinischen Qualifikation führt. In den drei Veranstaltungen, die 1999 durchgeführt wurden, haben inzwischen circa 300 Ärztinnen und Ärzte die verkehrsmedizinische Qualifikation erworben.

**Gutachten zur Frage der
Eignung**

Nachdem in der Anfangsphase der Umsetzung der Neuregelung erhebliche Unsicherheit entstanden ist, welche Ärzte überhaupt eine verkehrsmedizinische Qualifikation erwerben müssen, möchten wir an dieser Stelle nochmals darauf hinweisen, daß die verkehrsmedizinische Qualifikation nach § 11 FeV nur diejenigen Ärztinnen und Ärzte benötigen, die im Auftrag von Fahrerlaubnisbehörden Gutachten zur Frage der Eignung des Fahrerlaubnisbewerbers oder Fahrerlaubnisinhabers erstellen. Für die Durchführung sogenannter Screening-Untersuchungen (Anlage 5 Nr. 1 FeV) muß keine verkehrsmedizinische Qualifikation erworben werden. Diese Untersuchungen, die bei Bus- und Lkw-Fahrern für die Erteilung der Fahrerlaubnis beziehungsweise ab Vollendung des 50sten Lebensjahres regelmäßig durchzuführen sind, kann jeder Arzt erbringen. Die zusätzlich geforderte Untersuchung, mit der unter anderem die Belastbarkeit und Reaktionsfähigkeit des Bewerbers zu testen ist, erfordert dagegen die Qualifikation als Facharzt für Arbeitsmedizin oder mindestens die Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin.

Für die Durchführung der augenärztlichen Untersuchung wird im Vorgriff auf eine noch in diesem Jahr zu erwartende Änderung der Fahrerlaubnisverordnung bereits jetzt akzeptiert, daß Arbeitsmediziner und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin, wenn sie die hierzu erforderliche apparative Ausstattung besitzen, die augenärztliche Untersuchung nach Anlage 6 FeV durchführen können.

Augenärztliche Untersuchung

Novellierung des Heilberufe-Kammergesetzes

Ein Schwerpunkt der Diskussion im Vorstand war die Beschäftigung mit dem Kammergesetz, der Rechtsgrundlage für die Arbeit der Kammern. Das Ende November vergangenen Jahres in Kraft getretene Gesetz hat für die Heilberufskammern, namentlich die Landesärztekammer, zahlreiche Neuregelungen gebracht, die zum Teil von erheblicher Relevanz sind.

Zahlreiche Neuregelungen

Vornweg eine begriffliche Neuerung: Geändert hat sich die amtliche Kurzbezeichnung des Gesetzes. Anstelle der seit Jahrzehnten geläufigen Bezeichnung „Kammergesetz“ lautet sie nunmehr „Heilberufe-Kammergesetz“, um sich von den Gesetzen, die andere berufsständische Kammern wie die Rechtsanwalts- oder Notarkammer betreffen, deutlicher zu unterscheiden.

Amtliche Kurzbezeichnung

- Unter den sachlichen Änderungen ist zunächst die Neufassung des Aufgabenkatalogs zu erwähnen, der neben einer begrifflichen Straffung eine Erweiterung des bisherigen Aufgabenkreises ge-

Neufassung des Aufgabenkatalogs

bracht hat, die zum einen für die Kammern von großer praktischer Relevanz ist, zum anderen den Bedeutungswandel widerspiegelt, den die Kammern derzeit durchlaufen. Die in den Katalog neu aufgenommene Verpflichtung, Dritte in Angelegenheiten, die die Berufsausübung der Kammermitglieder betreffen, zu informieren und zu beraten, zeigt beispielhaft, daß der Gesetzgeber die Kammern in der Zukunft nicht mehr ausschließlich als Vertreter von Standesinteressen sehen will, sondern die Dienstleistungsfunktion der Kammern stärker in den Vordergrund rückt. Die Kammern sollen künftig, obgleich Körperschaften des öffentlichen Rechts und damit mittelbare Staatsverwaltung, nicht mehr ausschließlich auf die Ordnungsfunktion zentriert sein, sondern gleichrangig die Aufgaben eines Dienstleistungsunternehmens im weitesten Sinne wahrnehmen.

**Angemessene Vergütung
von Weiterbildungs-
assistenten**

- Die angemessene Vergütung von Weiterbildungsassistenten ist ein Thema, das die Landesärztekammer seit Jahren beschäftigt, ohne daß es bisher gelungen wäre, eine halbwegs befriedigende Lösung für ein Problem zu finden, das üblicherweise mit dem Begriff „Gastarzt“ assoziiert wird, häufig aber nichts anderes als die bloße Ausbeutung ärztlicher Tätigkeit bedeutet. Eine Arbeit, die nicht oder unzureichend bezahlt wird, genießt in der Öffentlichkeit keine Wertschätzung. An dieser zunehmenden Abwertung der ärztlichen Tätigkeit, zu der auch der Bundesgesetzgeber mit der Budgetierung der Gesundheitsausgaben maßgeblich beiträgt, kann der Ärzteschaft jedoch nicht gelegen sein. Auf Drängen der Ärzteschaft hat deshalb der Landesgesetzgeber durch Änderung der ein-

schlägigen Bestimmungen die Grundlage dafür geschaffen, daß die Tätigkeit des Weiterbildungsassistenten künftig angemessen vergütet wird.

Zu diesem Zweck wird zum einen die Berufspflicht zur angemessenen Vergütung von Vertretern, Assistenten und sonstigen Mitarbeitern deutlich herausgestrichen und klargestellt, daß die Heilberufe-Kammern in ihrer Berufsordnung Regelungen treffen können, deren Nichtbeachtung berufsgerichtliche Sanktionen nach sich ziehen können. Zum anderen wird geregelt, daß Zeiten, die der Assistent bei einer Weiterbildungsstätte oder einem Weiterbildenden ohne angemessene Vergütung abgeleistet hat, in der Regel nicht auf die Weiterbildungszeit angerechnet werden.

In die gleiche Zielrichtung weist die Regelung, wonach die Zulassung als Weiterbildungsstätte künftig nur möglich ist, wenn die Weiterbildung in der Regel angemessen vergütet wird bzw. die bereits erteilte Zulassung zurückzunehmen oder zu widerrufen ist, wenn sich erweist, daß diese Anforderung in der betreffenden Einrichtung nicht erfüllt ist.

Vor dem Hintergrund dieser kammergesetzlichen Vorgabe stellt sich für die Landesärztekammer die Frage, wie der Begriff „angemessene Vergütung“ auszulegen ist. Im Interesse einer einheitlichen Verwaltungspraxis hat sich der Vorstand der Landesärztekammer in der Folge dafür ausgesprochen, im ambulanten wie im stationären Bereich eine Vergütung dann als angemessen zu erachten, wenn sie an den BAT angelehnt ist. Zum Zwecke der

Berufliche Sanktionen

**Zulassung als
Weiterbildungsstätte**

**Angemessenheit der
Vergütung**

Überprüfung sind die jeweiligen Arbeitsverträge den Bezirksärztekammern vorzulegen. Bestehen Zweifel an der Angemessenheit der Vergütung, entscheidet der Vorstand der Bezirksärztekammer beziehungsweise im Widerspruchsverfahren der Vorstand der Landesärztekammer, nachdem er zuvor eine speziell hierfür eingerichtete Kommission angehört hat.

Bewährungsprobe

Für die Kammer stellt die im Einzelfall zu treffende Entscheidung jedenfalls eine echte Bewährungsprobe der ärztlichen Selbstverwaltung dar, gilt es doch einen fairen Ausgleich zu finden zwischen dem übergeordneten Kammerinteresse, einer Abwertung der ärztlichen Tätigkeit generell entgegenzuwirken, und dem Individualinteresse des einzelnen Kammermitglieds, ausnahmsweise auch eine nicht angemessen vergütete Tätigkeit auf die Weiterbildung angerechnet zu bekommen, wenn anderweitig der Abschluß der Weiterbildung nicht erreicht werden kann.

- Die Wahrung der richterlichen Neutralität ist nicht nur eine Selbstverständlichkeit bei staatlichen Gerichten, sondern ebenso unerlässlich für eine erfolgreiche Arbeit der Berufsgerichte, vor denen sich die Kammermitglieder wegen berufsunwürdiger Handlungen gegebenenfalls zu verantworten haben. In diesem Sinne war bereits im früheren Kammergesetz geregelt, daß die Mitglieder der Berufsgerichte nicht zugleich anderen Kammerorganen angehören dürfen. Da die Bezirksärztekammern als rechtlich unselbständige Untergliederungen keine Organe im Sinne des Heilberufe-Kammergesetzes sind, wurde in der Neuregelung klar-

gestellt, daß die Mitglieder der Berufsgerichte weder anderen Organen der Landesärztekammer noch der Vertreterversammlung, dem Vorstand sowie dem Umlageausschuß einer Untergliederung angehören dürfen.

- Zu den Kernaufgaben der ärztlichen Selbstverwaltung gehört seit jeher die eigenverantwortliche Regelung der Weiterbildung. Einzige Ausnahme war bisher die Weiterbildung im Gebiet „Öffentliches Gesundheitswesen“, die sich der Staat vorbehalten hatte. Nach dem Willen des Gesetzgebers soll nunmehr auch die Weiterbildung in diesem Gebiet von den Kammern in Ausübung ihres Selbstverwaltungsrechts durch Satzung geregelt werden. Konkret bedeutet dies, daß die geltende Weiterbildungsordnung um entsprechende Bestimmungen über Inhalt, Dauer und Reihenfolge der einzelnen Weiterbildungsabschnitte, die geeigneten Weiterbildungsstätten sowie die Befugnis der Ärzte zur Weiterbildung in diesem Gebiet zu ergänzen ist. Im Interesse einer bundeseinheitlichen Regelung wird sich die von der Landesärztekammer noch zu beschließende Regelung an Vorgaben orientieren, die derzeit von der Bundesärztekammer erstellt werden.
- Dem ärztlichen Behandlungsprivileg immanent ist die Pflicht, sich in dem Umfang beruflich fortzubilden, wie es zur Haltung und Entwicklung der zur ärztlichen Berufsausübung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist. Die Organisation dieser wichtigen Aufgabe wird in Baden-Württemberg traditionell von den Bezirksärztekammern beziehungsweise den dort angesiedelten Aka-

Weiterbildung

**„Öffentliches
Gesundheitswesen“**

**Akademien für ärztliche
Fortbildung**

demien für ärztliche Fortbildung, nicht zuletzt aber auch von den Ärzteschaften vor Ort wahrgenommen.

Ärztliche Fortbildung

Daß Erfolg und Akzeptanz ärztlicher Fortbildungsmaßnahmen von deren Qualität abhängen, versteht sich von selbst. Es verwundert daher nicht, daß die ärztliche Fortbildung in den letzten Jahren in der Öffentlichkeit zunehmend kritisch betrachtet wird. erinnert sei in diesem Zusammenhang an den Vorschlag der Gesundheitsministerkonferenz vom November 1996, die Berechtigung zur Führung von Weiterbildungsbezeichnungen vom Nachweis einer kontinuierlichen Fortbildung abhängig zu machen. Eine solche Zwangsbildung mit obligater Erfolgskontrolle ist aus ärztlicher Sicht entschieden abzulehnen. Einer Zertifizierung der Fortbildung wird sich die Ärzteschaft auf Dauer jedoch nicht verschließen können, weil eine eigenverantwortliche Regelung durch die Kammern einer staatlichen Lösung, an deren Ende möglicherweise der „Facharzt auf Zeit“ stehen wird, allemal vorzuziehen ist.

Zertifizierung der Fortbildung

Erfolgskontrolle

Von daher ist die durch die Novellierung des Heilberufekammergesetzes der Landesärztekammer eröffnete Möglichkeit zu begrüßen, die Zertifizierung von Fortbildungsangeboten und die Bestätigung abgeleiteter Fortbildungsmaßnahmen, das heißt auch die Erfolgskontrolle eigenverantwortlich in der Berufsordnung zu regeln. Das gleiche gilt für die Zertifizierung von Maßnahmen der Qualitätssicherung.

Lebendspendekommission

Nach der neuen Bestimmung des § 5a Heilberufe-Kammergesetzes sind bei der Landesärztekammer für jeden Regierungsbezirk, das heißt den Bezirksärztekammern Kommissionen für gutachtliche Stellungnahmen gemäß § 8 Abs. 3 Satz 2 Transplantationsgesetz zu errichten. Diese Aufgabe, eine primär staatliche Aufgabe, hat die Landesärztekammer auf ausdrücklichen Wunsch der Landesregierung übernommen, um den mit der Einrichtung sogenannter Lebendspendekommissionen verfolgten Zweck, Vertrauen auf dem Gebiet des Transplantationswesens zu schaffen, zu unterstützen.

Vertrauen schaffen

Zur Entstehungsgeschichte der Regelung: Um einem gezielten Organhandel und den damit verbundenen negativen Begleitumständen entgegenzuwirken, sieht die bundesgesetzliche Regelung des § 8 Abs. 3 Transplantationsgesetz im Falle der sogenannten Lebendspende - praktisch relevant ist insbesondere die Nierenspende - die Errichtung einer Kommission vor, die darüber zu wachen hat, daß die Organspende aus freiem Willen, das heißt unbeeinflußt von kommerziellen Überlegungen erfolgt ist. Nach der ausdrücklichen Regelung im Heilberufe-Kammergesetz darf eine Organentnahme bei einem Lebenden zum Zwecke der Transplantation erst dann durchgeführt werden, wenn das Gutachten einer Lebendspendekommission vorliegt. Die Nichtbeachtung dieser Bestimmung stellt eine Berufspflichtverletzung dar.

Organhandel

Erwähnenswert ist ferner, daß die Anhörung vor der Kommission, der ein Arzt, ein Jurist und eine in psychologischen Fragen erfahrene und

ausgebildete Person angehören, im Unterschied zu der in anderen Ländern getroffenen Regelung in Baden-Württemberg obligatorisch ist, was vereinzelt zu Akzeptanzproblemen geführt hat.

Kosten

Die durch die Arbeit der Kommission entstehenden Kosten sind von den Transplantationszentren, die den verfahrenseinleitenden Antrag stellen, zu tragen. Die Höhe der Kosten ist bis Ende 2000 zwischen der Landesärztekammer und den Transplantationszentren vertraglich festzulegen. Bis dahin werden die Kosten auf der Grundlage einer speziellen gebührenrechtlichen Übergangsbestimmung von der Kammer erhoben.

Psychotherapeuten-Kammer

Kein Integrationsmodell

Wenige Monate nach Inkrafttreten des neuen Heilberufes-Kammergesetzes steht eine erneute Novellierung an mit dem erklärten Ziel, eine eigenständige Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder - und Jugendlichenpsychotherapeuten in Baden-Württemberg zu errichten. Die Errichtung einer eigenständigen Kammer wird deshalb angestrebt, weil sich die Beteiligten mit großer Mehrheit für diese Lösung ausgesprochen haben, so auch die Landesärztekammer, die sich von Anfang an unmißverständlich gegen jegliches Ansinnen, die psychologischen Psychotherapeuten analog der leistungsrechtlichen Regelung als Mitglieder in die Ärztekammer zu integrieren, gewandt hat. Gegen ein Integrationsmodell im Bereich der beruflichen Aufsicht sprechen in erster Linie die unterschiedlichen

berufsfachlichen Inhalte, wie sie in den einschlägigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen definiert sind. Leistungsrechtliche Integration unter dem Dach der Kassenärztlichen Vereinigung, wie sie das SGB V vorsieht, und standesrechtliche Selbständigkeit stehen auch nach Auffassung des Gesetzgebers nicht im Widerspruch zueinander. Im übrigen zeigt der Blick über die Landesgrenzen hinaus, daß auch andere Länder, wie beispielsweise Berlin, Bremen und Niedersachsen, die bereits entsprechende Gesetze verabschiedet haben, die standesrechtliche Trennung präferieren.

Zur besseren Verzahnung der Berufsinteressen der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten ist die Einrichtung eines gemeinsamen Beirats vorgesehen. Damit soll ein Instrument geschaffen werden, um die berufsspezifischen Regelungen zwischen den ärztlichen und nichtärztlichen Psychotherapeuten aufeinander abzustimmen.

Die Kammerzugehörigkeit richtet sich konsequent nach dem jeweiligen Approbations- und Berufserlaubnisrecht. Eine Doppelmitgliedschaft der ärztlichen Psychotherapeuten soll es für den Fall geben, daß sie neben der ärztlichen Berufszulassung eine zusätzliche Approbation oder Berufserlaubnis nach dem Psychotherapeutengesetz besitzen.

Interessant ist in diesem Zusammenhang, daß die Möglichkeit, unselbständige Untergliederungen zu bilden, für die neu zu errichtende Psychotherapeutenkammer von vornherein ausgeschlossen wird, weil hierfür - wie auch bei der Landesapothekerkammer und der Landestierärztekammer - kein Bedarf gesehen wird. Dieses Recht soll nach den Vorstellungen des Gesetzgebers aus Gründen der Besitzstandwah-

**Verzahnung der
Berufsinteressen**

Kammerzugehörigkeit

Keine Untergliederungen

zung nur noch der Landesärztekammer und der Landeszahnärztekammer zustehen.

Patienteninformation

Bedeutungswandel

Bei der Darstellung der Kammeraufgaben war bereits auf den Bedeutungswandel hingewiesen worden, dem die ärztliche Selbstverwaltung ausgesetzt ist und der auch im novellierten Heilberufe-Kammergesetz insoweit seinen Niederschlag gefunden hat, als dort ausdrücklich die Dienstleistungsfunktion der Kammer in Gestalt der Information und Beratung Dritter in Fragen der ärztlichen Berufsausübung hervorgehoben wird. Auch ohne diesen gesetzlichen Auftrag wäre die Ärzteschaft gefordert, sich dieser Aufgabe verstärkt zu widmen, zumal die Krankenkassen durch das Gesundheitsreformgesetz ausdrücklich zu Sachwaltern der Patienteninteressen bestellt worden sind. Die Ärzteschaft muß deshalb, will sie nicht die ihr zustehende Definitionsmacht über den Inhalt ärztlicher Leistungen Dritten, das heißt Krankenkassen, Verbraucherschutzverbänden und sonstigen mehr oder weniger berufenen Institutionen kampflös überlassen, den Aufbau eines leistungsfähigen Arzt/Patienteninformationssystems in Angriff nehmen.

Klausurtagung

Die Landesärztekammer hat deshalb bewußt dieses Thema in den Mittelpunkt einer Klausurtagung gestellt, die gemeinsam mit dem Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer im Oktober vergangenen Jahres in Stuttgart abgehalten wurde. Im Rahmen dieser Klausurtagung wurde unter anderem über das Projekt der „unabhängigen Pati-

entenberatung“ in Bremen sowie über Erfahrungen der bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe eingerichteten Bürgerberatung berichtet. Neben einem Sachstandsbericht zum Modell Patienteninformation der Bezirksärztekammer und Kassenärztlichen Vereinigung Nordbaden, auf das noch näher einzugehen sein wird, wurde darüber hinaus die im österreichischen Gesundheitssystem verankerte Institution des Patientenanwalts durch den Vertreter der Wiener Patientenanwaltschaft vorgestellt. Abschließend wurde vom Vorsitzenden des Gesundheitsrats Südwest die zum Thema „Patientenautonomie“ bis dato geführte Diskussion dieses Gremiums dargestellt.

Die Ergebnisse der Klausurtagung im einzelnen auch nur annähernd darzustellen, ist in der gebotenen Kürze nicht möglich. Als Fazit der Diskussion bleibt die Feststellung, daß das Arzt- Patienten-Verhältnis derzeit immer noch stark paternalistisch geprägt ist. Der mündige Patient verlangt jedoch vom Arzt umfassende Information, Aufklärung und Mitbestimmung, um mehr Eigenverantwortung übernehmen zu können.

Mündiger Patient

Das im Rahmen der Klausurtagung vorgestellte Pilotprojekt eines Arzt/Patienteninformationsdienstes im Bezirk Nordbaden ist das Ergebnis einer Diskussion, die im Juni 1998 auf dem 2. Baden-Württembergischen Ärztetag in Ulm eröffnet wurde und bis heute in der Kammer mit wachsender Intensität geführt wird. Die Idee, in der gemeinsamen Trägerschaft von Kammer und KV in Baden-Württemberg ein Informationssystem für Ärzte und Patienten aufzubauen, basiert auf der Erkenntnis, daß die von Patienten gewünschten

Pilotprojekt

Informationen über Leistungsangebote im Gesundheitswesen in zunehmendem Umfang durch Krankenkassen und kommerzielle Auskunftsstellen zur Verfügung gestellt werden, dabei jedoch nicht immer sichergestellt ist, daß diese Informationen auf einer wissenschaftlich fundierten Grundlage beruhen, kurz gesagt „seriös“ sind. Die Bereitstellung solcher Informationen, insbesondere über die an der Versorgung teilnehmenden Ärzte und die Qualität ihrer Leistungen, ist aber eine originäre Aufgabe der ärztlichen Selbstverwaltung. Das im Rahmen des 3. Baden-Württembergischen Ärztetages im Sommer 1999 vorgestellte Konzept hat inzwischen das mit dem Pilotprojekt angestrebte Ziel erreicht: Der mit einem Arzt und einer Fachkraft besetzte Informationsdienst hat seine Arbeit als Anlaufstelle aufgenommen, an die Ärzte wie Patienten Fragen zu ambulanten und stationären Versorgungsmöglichkeiten richten können.

**Unabhängiger ärztlicher
Beirat**

Das nordbadische Modellprojekt wird allein von Kammer und KV finanziert, um eine Einflußnahme Dritter von vornherein auszuschalten. Die Inhalte des Informationssystems werden durch einen unabhängigen ärztlichen Beirat bestimmt, um sicherzustellen, daß unter dem Aspekt der Qualitätssicherung nur über Leistungen informiert wird, die einer wissenschaftlichen Überprüfung Stand halten.

Einen ausführlichen Bericht über das Pilotprojekt des Arzt-/Patienteninformationsdienstes im Bezirk Nordbaden finden Sie auf Seite 163.

Ausschüsse

Ausschuß „Ärztinnen“

Ausschuß „Ärztinnen“

Dr. med. Gisela Dahl

Dr. med. Johanna Toussaint-Gick, Dr. med. Gisela Dahl, Dr. med. Bärbel Kuhnert-Frey, Dr. med. Birgit Thalacker, Dr. med. Petra Börner-Klimesch, Dr. med. Doris Bartelt-Rutz, Dr. med. Helga Schulenberg, Dr. med. Sibylle Stüber-Baltin

Ulrike Hespeler

Im Jahr 1999 hat der Ausschuß einmal getagt. (Ein im Juni angesetzter Termin mußte wegen Terminschwierigkeiten kurzfristig abgesagt werden).

In der konstituierenden Sitzung diskutierten die Ausschußmitglieder eingehend über die Aufgaben und Ziele des Ausschusses. Übereinstimmend wurde vereinbart, daß auch künftig der Schwerpunkt der Ausschußarbeit in der Bearbeitung ärztinnenspezifischer Themen liegen soll. Eine umfangreiche Liste von Themen für diese Legislaturperiode wurde zusammengestellt. Die Idee, sich intensiv mit den neuen Medien auseinanderzusetzen und Internetkurse speziell für Ärztinnen

Vorsitz

Mitglieder

Geschäftsführung

**Ärztinnenspezifische
Themen**

Themenliste

durchzuführen, ist inzwischen in der Planungsphase. Außerdem ist vorgesehen, den Ärztinnen die parlamentarische Arbeit näherzubringen.

**Frauenspezifische
Forschung**

Frauenspezifische Forschung, hier unter den Aspekten Frauen als Wissenschaftlerinnen beziehungsweise Frauen als Forschungsobjekte, ist ein weiteres Wunschthema, dem sich der Ausschuß widmen möchte, ebenso soll ein Seminar zum Selbstsicherheitstraining und den Umgang mit der Presse angeboten werden.

**Zahlreiche Aktivitäten
vor Ort**

Aus den Bezirksärztekammern wurde ergänzend über zahlreiche Aktivitäten vor Ort berichtet, zum Beispiel EDV-Seminare und Reanimationskurse für Ärztinnen in Nordbaden, ein Seminar über das Burn-out-Syndrom bei Ärztinnen sowie eine Stellenbörse für Ärztinnen in Südbaden sowie eine Informationsveranstaltung über die Niederlassung von Ärztinnen in Südwürttemberg.

Ausschuß „Ärztliche Weiterbildung“

Ausschuß „Ärztliche Weiterbildung“

Dr. med. Jürgen Reitinger

Prof. Dr. med. Jürgen Aschoff, Dr. med. Karl-Gotthard von Buch, Dr. med. Matthias Fabian, Prof. Dr. Josef Heep, PD Dr. med. Rolf Johnen, Prof. Dr. iur. Hans Kamps, Helmut Kohn, Dr. med. Wilhelm Niebling, Dr. med. Helmut Paris, Dr. med. Ingrid Stenger, Gerhard Sutor, Klaus- Benedikt Volmer, PD Dr. med. Ruprecht Zwirner

Ulrike Hespeler

Der Ausschuß hat sich in seiner neuen Zusammensetzung im Jahr 1999 viermal getroffen. In der ersten konstituierenden Sitzung wurden zum einen die Ziele der Ausschubarbeit für die anstehende Wahlperiode umrissen, zum anderen hatte der Ausschuß obligatorisch eine Reihe von Einzelanfragen abzuarbeiten. Wie auch in den Folgesitzungen wurden Anfragen, die die Bezirksärztekammern mit dem Ziel einer einheitlichen Anwendung des Weiterbildungsrechts in Baden-Württemberg an den Ausschuß richten, intensiv beraten. Die tägliche Anwendung der Weiterbildungsordnung zeigt, daß der Text der Wei-

Vorsitz

Mitglieder

Geschäftsführung

**Einheitliche Anwendung
des Weiterbildungsrechts**

Ausschuß „Ärztliche Weiterbildung“

terbildungsordnung selbst oder die Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung nicht immer eindeutig zu verstehen sind und daher der Auslegung oder Präzisierung bedürfen. Die vom Weiterbildungsausschuß vorgeschlagenen Änderungen der Ausbildungsordnung wurden zwischenzeitlich von der Vertreterversammlung im November 1999 verabschiedet und sind im Ärzteblatt Heft 2/2000 Seite 64ff veröffentlicht.

**Zusatzbezeichnung
Notfallmedizin**

Eine wesentliche und im Vorfeld durchaus kontrovers diskutierte Änderung ist dabei die Einführung einer Zusatzbezeichnung Notfallmedizin. Die vom Ausschuß Notfallmedizin erarbeitete Fassung wurde im Weiterbildungsausschuß diskutiert und mit Änderungsvorschlägen zur nochmaligen Beratung an den Notfallmedizin-Ausschuß überwiesen. Ein ebenso kontrovers diskutiertes Thema war die Impfqualifikation für Ärzte. Nachdem von Seiten der Bundesärztekammer der Besuch eines Impfkurses zum Nachweis einer entsprechenden Qualifikation empfohlen wurde, haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Abrechnung von Impfleistungen von dem Nachweis dieses Kursbesuches abhängig gemacht. Aus weiterbildungsrechtlicher Sicht werden zwar beim Impfen die Fachgebietsgrenzen überschritten, wenn beispielsweise ein Kinderarzt Erwachsene oder ein Frauenarzt Männer impft, jedoch muß dieses formal-rechtliche Argument nach Auffassung des Vorstandes der Landesärztekammer aus gesundheitspolitischen Gründen zurücktreten, um die Durchimpfungsrate der Bevölkerung insgesamt zu verbessern. Nach Auffassung des Vorstandes der Landesärztekammer kann jeder Arzt impfen. Der Besuch eines Impfkurses wird empfohlen, ist aber nicht obligat.

**Impfqualifikation für
Ärzte**

Ausschuß „Ärztliche Weiterbildung“

Auf Grund von Aktivitäten verschiedener Krankenkassen, die von Ärzten, die Akupunkturleistungen abrechnen, einen Qualifikationsnachweis fordern, mußte sich der Ausschuß auch mit der Frage der Einführung einer Zusatzbezeichnung Akupunktur auseinandersetzen. Der Ausschuß und der Vorstand der Landesärztekammer lehnten zum gegenwärtigen Zeitpunkt die Einführung einer Zusatzbezeichnung in Baden-Württemberg ab. Der Ausschuß „Ärztliche Weiterbildung“ hat sich vielmehr dafür ausgesprochen, daß so schnell als möglich bundes einheitlich eine entsprechende Zusatzbezeichnung eingeführt werden sollte. Hingewiesen wurde bei dieser Entscheidung darauf, daß die Festlegung von Qualitätsmerkmalen durch Krankenkassen die Einführung eines Einkaufsmodells durch die „Hintertür“ bedeute.

**Zusatzbezeichnung
Akupunktur**

Anfragen zur Gebietszugehörigkeit von Leistungen gehören ebenfalls zu den festen Beratungspunkten in jeder Sitzung. Auf Grund von Anfragen der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Bezirksärztekammern, von Sozialgerichten oder von anderen Ärztekammern mußte der Ausschuß im vergangenen Jahr u. a. entscheiden, daß die Elektronenstrahltomographie für Kardiologen und die Schulung von Diabetes-Patientinnen für Frauenärzte fachfremd ist. Wiederholt diskutiert wurde die Frage, ob die Dermatohistopathologie dem Gebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten zuzuordnen ist. Schließlich hat sich der Vorstand der Landesärztekammer mehrheitlich der im Weiterbildungsausschuß vertretenen Meinung angeschlossen, wonach auch der Dermatologe bei entsprechender Qualifikation dermatohistopathologische Leistungen erbringen kann.

**Gebietszugehörigkeit
von Leistungen**

Ausschuß „Ärztliche Weiterbildung“

**Novellierung der
Musterweiterbildungs-
ordnung**

Der Ausschuß hat sich bereits im vergangenen Jahr, aber besonders intensiv in seiner ersten Sitzung im Jahr 2000 mit den Vorstellungen der Bundesärztekammer zur Novellierung der Musterweiterbildungsordnung befaßt. Dem Auftrag des Deutschen Ärztetages folgend haben die Weiterbildungsgremien auf Bundesebene einen Vorschlag zur „Deregulierung“ der Musterweiterbildungsordnung erarbeitet. Dieses Modell sieht u. a. vor, die bislang verwendeten Begriffe Fachkunde und Zusatzbezeichnung in Modul und Baustein umzuwandeln und das Instrument der Fakultativen Weiterbildung entfallen zu lassen. Ziel der Deregulierung insgesamt soll sein, die Weiterbildungsordnung klarer zu strukturieren, die Weiterbildung flexibler zu gestalten und die zu erlernenden Weiterbildungsinhalte mehr als bisher an den praktischen Erfordernissen auszurichten. Zwar hat der Ausschuß diese Ziele als durchaus berechtigt anerkannt, er konnte sich jedoch nicht mit dem vorgeschlagenen Weg, wie diese Ziele realisiert werden sollen, einverstanden erklären. Daher hat der Weiterbildungsausschuß und ihm folgend der Vorstand der Landesärztekammer die Bundesärztekammer gebeten, von einer Umbenennung der bislang verwendeten Begriffe Abstand zu nehmen und auf der Grundlage der bisher geltenden Weiterbildungsordnung zu versuchen, eine Deregulierung zu erreichen. Dabei sollen vorhandene Weiterbildungsgänge daraufhin überprüft werden, ob nicht gewisse Gebiete und Bereiche zusammengeführt werden können, ob gewisse Fachkunden als Weiterbildungsinstrument überhaupt notwendig sind und ob nicht durch eine flexiblere Gestaltung der Weiterbildungsanforderungen im ambulanten wie im stationären Bereich eine Vereinfachung der Weiter-

Deregulierung**Vereinfachung der
Weiterbildungsordnung**

Ausschuß „Ärztliche Weiterbildung“

bildungsordnung erreicht werden kann. Es bleibt nun abzuwarten, wie der Deutsche Ärztetag sich im Mai entscheidet und wann wir mit einer wirklichen Deregulierung der Weiterbildungsordnung gerechnet werden kann.

Berufsbildungsausschuß

Vorsitz

Dr. med. Wolfgang Häcker / Gabi Maier

Mitglieder

Dr. med. Klaus Baier, Studiendirektor Dr. med. Horst Bartenschlager, Studiendirektor Dieter Brendlin, Dr. med. Klaus Ditzen, Dr. med. Horst Glück, Studiendirektor Dr. med. Dieter Kaiser, Dr. med. Heinz Kaiser, Christine Otto, Dr. med. Helmut Paris, Dr. med. Godehard Seseke, Walburga Striffler, Oberstudiendirektor Hans-Dieter Schwarzbraun, Studiendirektor Helmut Schneider, Margit Schmid, Gerlinde Wöger-Finkbeiner, Oberstudiendirektor H.-D. Wendel

Geschäftsführung

Ulrike Hespeler

Der Berufsbildungsausschuß, der ein gesetzlicher Ausschuß nach dem Berufsbildungsgesetz ist, tagt einmal jährlich. Er ist paritätisch besetzt mit Vertretern von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Lehrern, wobei die Lehrer kein Stimmrecht haben.

Herr Raatz, der dem Berufsbildungsausschuß seit vielen Jahren als Arbeitnehmervertreter angehörte, gab sein Amt als stellvertretender Vorsitzender auf und schlug als Nachfolgerin Frau Maier vor, die dem

Berufsbildungsausschuß

Ausschuß ebenfalls langjährig angehört. Sie ist Vorsitzende des Berufsverbandes der Arzthelferinnen, Landesverband Baden-Württemberg. Der Ausschuß wählte Frau Maier einstimmig in dieses Amt. Herr Raatz wurde mit dem Ausdruck großen Bedauerns über sein Ausscheiden und mit Dank für die langjährige faire und gute Zusammenarbeit aus diesem Amt verabschiedet.

Auch 1999 befaßte sich der Ausschuß wiederum mit der Novellierung der Ausbildungsverordnung und dem Berufsbild der Arzthelferin. Ein von der Bundesärztekammer erstellter Fragebogen ging den Berufsbildungsausschüssen aller Kammern zur Beratung zu und sollte die erforderlichen beziehungsweise von allen Beteiligten erwünschten Veränderungen in der Arzthelferinnen-Ausbildung ermitteln. Da es zu keinem einheitlichen Ergebnis kam, wurden der Bundesärztekammer die Stellungnahmen der Ausschußmitglieder übermittelt.

Wegen wiederholter Unklarheiten bezüglich der mündlichen Ergänzungsprüfung wurde ein Merkblatt über deren Durchführung verabschiedet.

Herr StD Kaiser erläuterte nochmals seine Tätigkeit in der Lehrplankommission des Kultusministeriums und stellte die seit September 1999 in Kraft getretenen neuen Lehrpläne vor. Die Empfehlungen des Berufsbildungsausschusses bezüglich der erforderlichen Änderung des Bewertungsbogens für die Abschlußprüfung waren vom Kultusministerium übernommen worden.

Novellierung der Ausbildungsverordnung

Berufsbild der Arzthelferin

Lehrplankommission

Lehrplanverkürzung

Da seit einigen Jahren die Möglichkeit besteht, sowohl ein einjähriges Berufskolleg als auch eine zweijährige Berufsfachschule für Gesundheit und Pflege zu besuchen und für diese eine Lehrzeitverkürzung zu erhalten, wurden die Richtlinien zur Verkürzung aktualisiert und für den erfolgreichen Besuch dieser Ausbildungsgänge ein Jahr Ausbildungsverkürzung gewährt. Geändert wurden auch die Bedingungen für eine Ausbildungsverkürzung bei Umschulung: Waren hier früher fünf Jahre Berufserfahrung gefordert, kann nun eine Verkürzung nach dreijähriger Berufstätigkeit gewährt werden.

Ausschuß „Berufsordnung“

Ausschuß „Berufsordnung“

Prof. Dr. med. Friedrich-Wilhelm Kolkmann

Dr. med. Klaus Baier, OStA a.D. Siegfried Hauer, Ulrike Hespeler, OStA Hans Holfelder, Prof. Dr. med. Eugen Huber-Sentrup, Prof. Dr. iur. Hans Kamps, Helmut Kohn, Prof. Dr. med. Wolfgang Mangold, Dr. med. Helmut Paris, Dr. med. Martin Schieber, OStA Klaus Schmierer, Dr. jur. Kurt Seizinger, Gerhard Sutor, Prof. Dr. med. Stefan Wysocki, Dr. jur. Hans-Dieter Vogel

Dr. jur. Kurt Seizinger

Die beiden Sitzungen des Berufsordnungsausschusses standen ganz im Zeichen der Diskussion um das Gesundheitsreformgesetz 2000 und den daraus resultierenden Folgen für die Ärzteschaft. Ein Schwerpunktthema war dabei die berufsrechtliche Beurteilung von Praxisverbänden beziehungsweise Praxisnetzen.

Zur Erinnerung: Mit der vom Deutschen Ärztetag 1997 in Eisenach verabschiedeten Muster-Berufsordnung war - als Antwort auf die sozialrechtliche Bestimmung des § 73 a SGB V über Strukturverträge in

Vorsitz

Mitglieder

Geschäftsführung

Gesundheitsreformgesetz

der vertragsärztlichen Versorgung - eine Regelung geschaffen worden, die über die bisher zulässigen Möglichkeiten der Berufsausübungs- und Kooperationsgemeinschaft hinaus eine neue Form der fachübergreifenden Zusammenarbeit unter Ärzten eröffnen soll.

Praxisnetze

Speziell die in Nordwürttemberg als Reaktion auf mögliche Änderungen des Versorgungssystems entwickelte Konzeption eines Praxisnetzes macht jedoch deutlich, daß die hinter der Konzeption stehenden berufspolitischen Vorstellungen und das geltende Berufsrecht nicht unbedingt deckungsgleich sind. Im Ausschuß lebhaft diskutiert wurde unter anderem die Frage, ob neben natürlichen Personen, sprich niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, auch juristische Personen, so zum Beispiel eine Kassenärztliche Vereinigung, Mitglied in einem Praxisverbund sein können. Von berufsrechtlicher Relevanz ist auch die Frage, welche Kriterien für die Mitgliedschaft in einem Verbund maßgeblich sein sollen. Dabei bestand Einigkeit, daß diese Kriterien allein am Versorgungsauftrag zu messen sind und nicht diskriminierend sein dürfen. Darüber hinaus wurde im Ausschuß die Notwendigkeit erkannt, neben niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten auch Krankenhäuser und Rehakliniken in einen Praxisverbund einzubeziehen, um die seit langem geforderte Verzahnung des ambulanten und stationären Versorgungsbereichs zu fördern.

Die ursprünglich noch im Jahr 1999 geplanten einschlägigen Änderungen der Berufsordnung wurden freilich zurückgestellt, nachdem die Bundesärztekammer signalisiert hatte, dieses Thema auf dem Deutschen Ärztetag im Jahr 2000 zur Diskussion zu stellen.

Ausschuß „Berufsordnung“

Das zweite Schwerpunktthema, mit dem sich der Ausschuß eingehend beschäftigt hat, läßt sich mit dem Begriff *berufliche Kommunikation* umschreiben. Nach geltendem Recht ist bekanntlich den Ärzten berufsrechtswidrige Werbung untersagt, sachliche Information hingegen gestattet. Nicht zuletzt die den Ärzten durch die elektronischen Medien eröffneten Möglichkeiten der Selbstdarstellung haben jedoch dazu geführt, daß die herkömmliche Unterscheidung zwischen erlaubter Information und verbotener Werbung in der praktischen Umsetzung immer schwieriger wird. Zugleich hat das ärztliche Werbeverbot, das primär auf dem Gedanken gründet, daß kranke und behandlungsbedürftige Menschen einen besonderen Schutz genießen und aus diesem Grund Werbung im weitesten Sinne nicht ausgesetzt werden sollten, insoweit einen Bedeutungswandel erfahren, als neben das Schutzinteresse zunehmend ein gesteigertes Informationsinteresse des Patienten - als Ausfluß seines Selbstbestimmungsrechts - getreten ist.

**Berufliche
Kommunikation**

Daraus folgt zwangsläufig, daß die geltenden Vorschriften über die berufliche Kommunikation unter Beachtung des Patientenschutzes, der Patienteninformation, der Chancengleichheit unter Ärzten sowie des Berufsbildes des freiberuflich tätigen Arztes fortzuentwickeln sind. In diesem Sinne hat sich der Berufsordnungsausschuß dafür ausgesprochen, die einschlägigen Bestimmungen der Berufsordnung an die Neuentwicklung anzupassen, das heißt die Informationen, die in Computerkommunikationsnetzen zulässig sind, auch in den Printmedien sowie auf dem Praxisschild und Briefbogen zuzulassen. Ebenso sollten nach Meinung des Ausschusses Logos toleriert werden, soweit sie im Einzelfall nicht anstößig sind.

Patientenschutz

Patienteninformation

Ausschuß „Gewalt gegen Kinder“

Ausschuß „Gewalt gegen Kinder“

Vorsitz

Dr. med. Anne Gräfin Vitzthum

Mitglieder

PD Dr. med. Christian Benninger, Prof. Dr. med. Friederike Berger-Sallawitz, Dr. med. Petra Börner-Klimesch, Dr. med. Jens-Uwe Folkens, Dr. med. Rolf-Dieter Löw, Dr. med. Andreas Oberle, Dr. med. Karl Pölzelbauer, Dr. med. Dirk Ropohl, Dipl.-Pol. Ekkehard Ruebsam-Simon, Eberhard Schilling, Dr. med. Helga Schulenberg, Dr. med. Volker Stechele, Dr. med. Gabriele Will-Bleise

Geschäftsführung

Ludwig Ehrly

Der frühere Arbeitskreis „Gewalt gegen Kinder“ war im Jahre 1992 auf Initiative der Vertreterversammlung eingerichtet worden. Die Mitglieder von Arbeitskreisen werden allgemein jedoch nicht durch die Vertreterversammlung gewählt, sondern durch den Vorstand bestimmt. Arbeitskreise haben den Zweck, den Vorstand in bestimmten Sachfragen zu beraten und zu unterstützen.

Mit Beginn der Wahlperiode 1999-2003 erhielt der bisherige Arbeitskreis durch die Vertreterversammlung den Status eines Ausschusses

Ausschuß „Gewalt gegen Kinder“

im Sinne der Satzung. Mit der neuen Wahlperiode ist das langjährige Mitglied des Arbeitskreises, Prof. Dr. med. Helmut Helwig, Freiburg, ausgeschieden. Neu gewählt wurden Frau Dr. med. Helga Schulenberg, Frau Dr. med. Gabriele Will-Bleise, Herr Dr. med. Jens-Uwe Folkens, Herr Dr. med. Rolf Dieter Löw sowie Herr Dipl.Pol. Ekkehard Ruebsam-Simon. Neue Vorsitzende des Ausschusses ist Frau Dr. med. Anne Gräfin Vitzthum. Die bisherige Vorsitzende, Frau Dr. med. Petra Börner-Klimesch, bleibt Mitglied des Ausschusses.

Schwerpunkt der ersten Sitzung im Mai 1999 war die Arbeitsplanung des Ausschusses für die nächste Zeit beziehungsweise die Fortführung der in der vergangenen Wahlperiode durch den Arbeitskreis begonnenen Projekte. Im Vordergrund standen eine Wiederauflage des Leitfadens „Gewalt gegen Kinder“ sowie der Ausbau der Kontakte zu Sozialministerium, Justiz- und Innenministerium sowie zum Schulbereich und den Jugendämtern mit dem Ziel, die in der Vergangenheit erfolgreichen Fortbildungsveranstaltungen weiterzuführen.

Im Auftrag des Ausschusses überarbeiteten die Ausschußmitglieder Dres. Oberle, Pölzelbauer, Stechele sowie Herr Schilling den Inhalt des Leitfadens. Weitergehende Überlegungen zur graphischen Gestaltung des Leitfadens sowie zu der zusätzlichen Herausgabe einer CD-ROM wurden ebenfalls diskutiert. Die Finanzierung des Leitfadens, die im Rahmen der Erstaufgabe zum Teil die Techniker-Krankenkasse übernommen hatte, war ebenfalls Gegenstand der Diskussionen. Als Tendenz war erkennbar, daß eine Trennung von der

Leitfaden „Gewalt gegen Kinder“

Herausgabe einer CD-ROM

Ausschuß „Gewalt gegen Kinder“

Techniker-Krankenkasse unter dem Gesichtspunkt der Unabhängigkeit favorisiert wird.

Den Überlegungen kam zustatten, daß ein namhaftes Industrieunternehmen sich bereit erklärte, ohne jede weitere Gegenleistung einen ansehnlichen Betrag für die Neuauflage des Leitfadens beziehungsweise zur Herausgabe einer CD-ROM zur Verfügung zu stellen. Die Neuauflage des Leitfadens wird im Laufe des Jahres 2000 auf den Weg gebracht werden.

**Gemeinsame
Fortbildungs-
veranstaltungen**

Der zweite große Schwerpunkt im Berichtszeitraum war die Zusammenarbeit mit den Fortbildungsbeauftragten des Justizministeriums und des Innenministeriums mit dem Ziel, gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen durchzuführen.

**Fortbildungs-
veranstaltung**

Am 27. Januar 2000 waren Vertreter beider Ministerien im Rahmen einer Sitzung des Ausschusses „Gewalt gegen Kinder“ bei der Landesärztekammer zu Gast, um über das weitere Vorgehen zu sprechen. Voraussichtlich wird im November diesen Jahres eine Fortbildungsveranstaltung unter Federführung der Landesärztekammer durchgeführt werden. Für die Auswahl der Themen und der Referenten wurde eine dreiköpfige Arbeitsgruppe gebildet, die in Zusammenarbeit mit den Fortbildungsbeauftragten der beiden Ministerien das Programm erarbeiten und vor allem die juristischen und medizinischen Themen aufeinander abstimmen wird.

Runder Tisch

Es gilt, mit dem mit diesem sensiblen Thema befaßten Personenkreis fachübergreifende Informationen auszutauschen, um die zukünftige

Ausschuß „Gewalt gegen Kinder“

Zusammenarbeit zu verbessern. Regional findet eine fallbezogene Zusammenarbeit bereits an sogenannten Runden Tischen mit den ortsansässigen Beteiligten statt.

Ausschuß „Krankenhauswesen“

Ausschuß „Krankenhauswesen“

Vorsitz

Dr. med. Ulrike Wahl

Mitglieder

Dr. med. Peter Benk, PD Dr. med. Christian Benninger, Prof. Dr. med. Mathias Berger, Prof. Dr. med. Daub, Dipl.-Kfm. Rüdiger Deckner, Dr. med. Matthias Fabian, Dr. med. Peter Hoppe-Seyler, Dr. med. Michael Jacobs, Dr. med. Michael Jaumann, Dr. med. Jürgen Reitingen, Dr. med. Michael Schulze, Dr. med. Ingrid Stenger, Prof. Dr. med. Stefan Wysocki

Geschäftsführung

Dr. jur. Kurt Seizinger

**Strukturreform
GKV 2000**

Zentrales Thema der konstituierenden Sitzung des Krankenhausausschusses im Mai 1999 war die Diskussion über mögliche Auswirkungen des damals im Entwurf vorliegenden Gesetzes zur Strukturreform GKV 2000 auf den Krankenhausbereich. Im Mittelpunkt der Kritik stand dabei das geplante Globalbudget, das eine strikt einnahmenorientierte Ausgabenpolitik bedeutet, was zwangsläufig zu einer weiteren Verschärfung der ohnedies angespannten Finanzlage der Krankenhäuser führen würde. Auf Ablehnung stieß auch der Gedanke einer monistischen Krankenhausfinanzierung, die bis zum Jahr 2007 schrittweise

Ausschuß „Krankenhauswesen“

eingeführt werden soll und an deren Ende die Krankenkassen im vollen Umfang die Investitionskosten tragen, im Gegenzug aber auch allein für die Krankenhausbedarfsplanung zuständig sein sollen.

Ein weiteres Stichwort war die sogenannte Integrationsversorgung, bei der den Kassen die Möglichkeit eröffnet werden soll, Verträge direkt mit den einzelnen Leistungsanbietern abzuschließen. Ebenso wenig Anklang fand die geplante Erweiterung der Kompetenzen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK), der nach den Vorstellungen des Gesetzgebers über sein bisheriges Hauptaufgabengebiet der Fehlbelegungsprüfung hinaus künftig grundsätzlich zu beteiligen ist, wenn es um Fragen der Notwendigkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit sowie der Qualitätssicherung der stationären Leistungen geht.

Integrationsversorgung

Übereinstimmend waren die Ausschußmitglieder der Auffassung, daß die angekündigten Maßnahmen zu einer fortschreitenden finanziellen Auszehrung der Krankenhäuser und damit verbunden zu einem weiteren Stellenabbau führen werden.

Zum aktuellen Stand der Tarifverhandlungen wurde in der konstituierenden Sitzung darüber berichtet, daß die Arbeitgeberseite bei den Gesprächen Anfang 1999 einen Forderungs-Katalog präsentiert habe, der die Kernbereiche des BAT in Frage stelle. Zur Begründung sei auf die Notwendigkeit einer finanziellen Entlastung der Krankenträger hingewiesen worden, die ein Entgegenkommen seitens der Arbeitnehmer erfordere, um die Arbeitsplätze nicht zu gefährden.

Tarifverhandlungen

Ausschuß „Krankenhauswesen“

Fehlbelegung

Die Sitzung im Dezember 1999 stand ganz im Zeichen der Thematik „Fehlbelegung und Leistungsvergleiche im Krankenhaus“, zu der unter anderem Vertreter des MDK Baden-Württemberg, der leitende Arzt Dr. med. Peter Schwoerer und Mitarbeiter, geladen worden waren mit dem Ziel, Informationslücken zu schließen und aktuelle Fragen gemeinsam zu diskutieren. In der Diskussion wurde deutlich, daß es sich bei dem Begriff Fehlbelegung um einen sozialrechtlichen Begriff handelt. Aus Sicht des MDK liegt Fehlbelegung dann vor, wenn die Versorgung, ohne qualitative Abstriche machen zu müssen, auch auf einer niedrigeren Versorgungsstufe durchgeführt werden könne.

Einzelfallprüfung

Praktisch findet die Fehlbelegungsprüfung in zwei Formen statt: Die Einzelfallprüfung nach § 112 SGB V, die in Baden-Württemberg seit 1994 in Verträgen zwischen GKV und Baden-Württembergischer Krankenhausgesellschaft auf Landesebene geregelt ist, wird dann durchgeführt, wenn die Krankenkasse den Fall des einzelnen Patienten als auffällig empfindet. Demgegenüber steht die Prüfung nach § 17 a Krankenhausfinanzierungsgesetz, bei der eine Zufallsstichprobe aus einem definierten Zeitraum einer auffälligen Abteilung untersucht wird. Diese Prüfung ist stets anlaßbezogen und geschieht nach Aktenlage. Als Ergebnis wird vom MDK ein Bericht erstellt in Form aggregierter, anonymisierter Daten, der zugleich das festgestellte Substitutionspotential aufzeigt.

Leistungsanalyse**Leistungsvergleich**

Dr. med. Schwoerer stellte abschließend ein Verfahren vor, das vom MDK zur Leistungsanalyse und zum Leistungsvergleich einzelner Krankenhausabteilungen entwickelt wurde. Auf der Basis dieser

Ausschuß „Krankenhauswesen“

Analyse können die Krankenhäuser dann die evtl. erforderlichen Restrukturierungsmaßnahmen durchführen.

Ausschuß „Medizinische Ausbildung, Hochschulen“

Ausschuß „Medizinische Ausbildung, Hochschulen“

Vorsitz

Prof. Dr. med. Wolfgang Mangold

Mitglieder

PD Dr. med. Christian Benninger, Dr. med. Michael Datz, Dr. med. Berthold Dietsche, Prof. Dr. med. Hans-Dieter Klimm, Prof. Dr. med. Jürgen Kult, Prof. Dr. med. G. K. Lang, Prof. Dr. med. Eike Martin, PD Dr. med. E. Müller-Hermann, Prof. Dr. med. Renate Nolte, Prof. Dr. med. Gernot Rassner, Dr. med. Michael Schulze, Dr. med. Josef Ungemach, Dr. med. Volker Ziegler

Geschäftsführung

Ulrike Hespeler

Der Ausschuß „Medizinische Ausbildung, Hochschulen“ der Landesärztekammer Baden-Württemberg trat im Jahre 1999 zweimal zusammen.

Hochschulrahmengesetz

Es gab eine ganze Reihe von Themen, die zum Teil jedoch nur zur Kenntnis genommen werden konnten, da es sich um Änderungen von Verordnungen und Gesetzen handelte, die vom Sozialministerium der Landesärztekammer vorgelegt und von dieser beurteilt wurden, wie zum Beispiel die Hochschulnebenberufungsverordnung und das Gesetz

Ausschuß „Medizinische Ausbildung, Hochschulen“

zur Änderung des Hochschulrahmengesetzes, in dem es um die Neustrukturierung und Definierung der Hochschulmedizin geht.

Eingehend diskutiert wurde - wie in den Vorjahren - das Hochschulmedizinreformgesetz von Baden-Württemberg, das am 1. Januar 1998 in Kraft trat und über dessen Umsetzung und Auswirkungen nun zu berichten war.

Im April 1999 hatte im Haus der Landesärztekammer eine Sitzung mit den Dekanen der Medizinischen Fakultäten des Landes stattgefunden, in welcher die Fakultätsvertreter vor allem über positive Auswirkungen berichteten. Dabei wurde eine bessere Kommunikation zwischen der Verwaltung und den Dekanen dargestellt. Auch sei durch die Schaffung kleinerer Gremien die Leistungsfähigkeit in den Fakultäten verbessert worden. Die Klinika könnten nun schnellere Entscheidungen treffen. Im Ausschuß wurde jedoch kritisch geäußert, daß auf diese Weise Entscheidungen zustande kämen, ohne daß die Klinikdirektoren die Möglichkeit hätten, Einfluß zu nehmen. Vom klinischen Ablauf her sei keine wesentliche Veränderung eingetreten; der Fakultätsrat habe jedoch zu wenig Einfluß. Für den Mittelbau sei durch das neue Gesetz noch weniger Transparenz gegeben. Zu bemängeln sei auch die Tendenz, den Ärzten immer mehr Verwaltungsaufgaben aufzubürden.

Medizinische Fakultäten

Diskutiert wurde auch die Problematik der Drittmittelinwerbung und -verteilung. Diejenigen Fakultäten, die mehr Drittmittel einwerben, erhalten vom Land mehr Landesmittel. Dies geht zu Lasten der Fa-

Drittmittelinwerbung

Ausschuß „Medizinische Ausbildung, Hochschulen“

kultäten, die weniger Möglichkeiten haben, Drittmittel zu erwirtschaften.

Da von den Klinikbudgets maximal 20 Prozent für Forschung und Lehre entfallen und dieser Bereich wieder in einen festen und einen leistungsbezogenen Teil getrennt wird, mußten für die Verteilung Kriterien aufgestellt werden. Eines dieser Kriterien ist die Drittmittelwerbung.

Problematisch erscheint, wenn Berufungen von der Höhe „mitgebrachter“ Drittmittel abhängig gemacht werden. Der Ausschuß vertrat auch die Meinung, daß die Aufführung von Namen von Drittmittelgebern bei Publikationen verpflichtend sein sollte.

Weiterbildung

Zum Thema Weiterbildung an den Universitätsklinika wurde wieder einmal daran erinnert, daß bestehende Rotationsvereinbarungen zwischen verschiedenen Abteilungen einer Klinik eingehalten werden müssen, damit die von der Weiterbildungsordnung geforderten Weiterbildungsinhalte auch tatsächlich vermittelt werden.

Weiterentwicklungen des Medizinstudiums

Fragen der Ausbildung zum Arzt wurden im Ausschuß anhand des neuen Studienplanes der Medizinischen Fakultät Tübingen erörtert. Bekannt ist, daß sich auch die anderen Medizinischen Fakultäten im Land mit wohl ähnlichen Weiterentwicklungen des Medizinstudiums auseinandersetzen, wobei offenbar auch die Möglichkeiten einer internationalen Akkreditierung im Auge behalten werden. Im Mittelpunkt der Planung steht eine Vernetzung der Fächer durch interdisziplinäre Unterrichtsveranstaltungen, wobei auch fachgebundener, sy-

Ausschuß „Medizinische Ausbildung, Hochschulen“

stematischer Unterricht sämtlicher Fächer gewährleistet ist. Vermittlung praxisbezogener Inhalte soll durch Praktika und Kurse garantiert sein.

Abschließend noch ein Hinweis zur Approbationsordnung: Der ehemalige Bundesgesundheitsminister Seehofer hatte 1998 gehofft, die dringend erforderliche neue Approbationsordnung durch den Bundesrat zu bringen. Dies ist nicht gelungen. Außer daß die Möglichkeit von Modell-Studiengängen in die geltende Approbationsordnung aufgenommen wurde, hört man aus dem Bundesministerium für Gesundheit diesbezüglich keine Neuigkeiten.

Approbationsordnung

Ausschuß „Nichtärztliche medizinische Fachberufe“

Ausschuß „Nichtärztliche medizinische Fachberufe“

Vorsitz

Dr. med. Klaus Baier

Mitglieder

Dr. med. Gisela Dahl, Dr. med. Wolfgang Häcker, Prof. Dr. iur. Hans Kamps, Dr. med. Rudi Kielwein, Helmut Kohn, Dr. med. Johannes Limberger, Dr. med. Helmut Paris, Dr. med. Stephan Roder, Dr. Harro Sauter, Dr. Barbara Schnellbacher, Dr. Gesine Verbeek-Seynsche, Christa Wiertner, Dr. Joachim Wohlleben

Geschäftsführung

Ulrike Hespeler

In seiner neuen Zusammensetzung traf sich der Ausschuß „Nichtärztliche medizinische Fachberufe“ im Berichtsjahr 1999 zu zwei Sitzungen. Folgende Themen waren Gegenstand der Beratungen:

Merkblatt

Da es bei den Prüfungsausschüssen immer wieder Unklarheiten über die Durchführung der mündlichen Ergänzungsprüfung gab, wurde ein Merkblatt über die Durchführung erstellt. Weiter wurde über Möglichkeiten beraten, wie die Vermittlung praktischer Fertigkeiten von Auszubildenden verbessert werden kann. Zunächst sollen durch eine Umfrage bei den Prüfungsausschüssen die bestehenden Mängel zu-

Ausschuß „Nichtärztliche medizinische Fachberufe“

sammengefaßt und analysiert werden. In der nächsten Sitzung wird dann über konkrete Maßnahmen zur Behebung der Mängel beraten werden. Gedacht ist dabei zum Beispiel an das Angebot überbetrieblicher Kurse.

Hauptthema der zweiten Sitzung war die gemeinsame Beantwortung eines Fragebogens, den die Bundesärztekammer an alle Landesärztekammern übersandt hatte. Aus Anlaß der geplanten Novellierung der Ausbildungsverordnung sollten bei allen Landesärztekammern mit diesem Fragebogen die erforderlichen beziehungsweise gewünschten Veränderungen im Arzthelferinnen-Beruf ermittelt werden. Bei der Bundesärztekammer ist beabsichtigt, zusammen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eine breit angelegte Umfrage bei den niedergelassenen Ärzten durchzuführen. Der Ausschuß „Nichtärztliche medizinische Fachberufe“ konnte sich nicht für die Durchführung einer Umfrage aussprechen.

**Novellierung der
Ausbildungsverordnung**

Seit Bestehen der dreijährigen Arzthelferinnen-Ausbildung hat das Kultusministerium erstmals die Lehrpläne für den Unterricht überarbeitet. Seit 1. September 1999 sind die überarbeiteten Lehrpläne in Kraft. Die Änderungen wurden im Ausschuß eingehend besprochen. Neu ist, daß das Fach *Rechnungswesen* künftig entfällt. Die Inhalte dieses Fachs wurden teilweise in das Fach Wirtschafts- und Betriebskunde und Datenverarbeitung integriert. Auch wurde das Fach Buchführung gestrichen. Das Prüfungsfach Verwaltung der Kammerprüfung wird mit Inkrafttreten des neuen Lehrplans nur noch aus Abrechnung und schriftlich geprüfter Datenverarbeitung bestehen. Ab-

Überarbeitete Lehrpläne

Ausschuß „Nichtärztliche medizinische Fachberufe“

rechnung soll künftig bereits ab dem ersten Schuljahr unterrichtet werden. Im Fach Medizin sind im ersten und dritten Jahr mehr Unterrichtsstunden geplant. Das Fach Labortechnologie soll um eine Stunde gekürzt und nur noch im zweiten und dritten Schuljahr unterrichtet werden.

Die Zahl der abgeschlossenen Ausbildungsverträge ist im Vergleich zu 1998 erfreulicherweise gestiegen, und zwar um 7 %.

Die Erhebung der neu abgeschlossenen Berufsausbildungsverträge der letzten drei Jahre zeigt folgendes Ergebnis:

| Jahr | BÄK NW | BÄK NB | BÄK SB | BÄK SW | Gesamt |
|------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1997 | 750 | 523 | 371 | 364 | 2008 |
| 1998 | 799 | 609 | 443 | 399 | 2250 |
| 1999 | 804 | 712 | 439 | 458 | 2413 |

Die Fortbildung zur Arztfachhelferin zeigt im gleichen Zeitraum folgende Entwicklung:

Es legten

| | |
|-------------|----|
| 1997 | 86 |
| 1998 | 49 |
| 1999 | 48 |

Damen die Prüfung zur Arztfachhelferin ab. Hier sind die Ausbildungszahlen seit Jahren leider rückläufig, und inzwischen wird die Ausbildung nur noch an drei Berufsschulen in Baden-Württemberg angeboten.

Ausschuß „Notfallmedizin“

Ausschuß "Notfallmedizin"

Dr. med. Michael Schulze

Dr. Dr. med. Burkhard Dirks, Dr. med. Klaus Ellinger, Dr. med. Guenter Frey, Prof. Dr. med. Claude Krier, Dr. med. Bärbel Kuhnert-Frey, Dr. med. Wolfgang Perach, Dr. med. Matthias Pohl, Dr. med. Ulrike Wahl, Dr. med. Jürgen Weyrich

Ludwig Ehrly

Vorsitz

Mitglieder

Geschäftsführung

Der Ausschuß "Notfallmedizin" hat in neuer personeller Zusammensetzung die Beratungen über die Zusatzbezeichnung "Notfallmedizin" wiederaufgenommen und nach drei Sitzungen den WBO-Text dem Vorstand der Landesärztekammer und der letzten Vertreterversammlung zum Beschluß vorgelegt. Seit dem 1.3.2000 gibt es die neue Zusatzbezeichnung.

**Zusatzbezeichnung
„Notfallmedizin“**

Die Zusatzbezeichnung "Notfallmedizin" fordert im Gegensatz zur Fachkunde "Rettungsdienst" eine längere Weiterbildungszeit mit dem Nachweis von mehr praktischen Erfahrungen und Kenntnissen und

einen Prüfungsabschluß. Dies spiegelt die Bedeutung der präklinischen Versorgung der Notfallpatienten wieder. Eine Pflichtfortbildung oder eine Rezertifizierung ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht einführbar. Deshalb und wegen der vom Notfallmediziner zu fordernden Kompetenz ist eine enge Zuordnung der Zusatzbezeichnung "Notfallmedizin" nur zu ausgesuchten Gebieten dringend notwendig.

Zusammenarbeit

Ein Schwerpunkt der künftigen Ausschubarbeit: Die schon häufig auch von der Vertreterversammlung geforderte Beteiligung der Ärztekammer an allen Entscheidungsprozessen, die die Notfallmedizin und das Rettungswesen betreffen. Besonders auf Landes- und Regionalebene hat es bisher nur wenig Zusammenarbeit gegeben. Durch die stetigen Gesetzesänderungen im Gesundheitswesen im weitesten Sinn drohen gravierende Verschlechterungen gerade in der Versorgung und Behandlung der Notfallpatienten, denen von Seiten der Ärzteschaft fachkundig entgegengetreten werden muß.

Ausschuß „Öffentliches Gesundheitswesen“

Ausschuß „Öffentliches Gesundheitswesen“

Dr. med. Michael Deeg

Vorsitz

Dr. med. Bittighofer, Dr. med. D. Blindow, Prof. Dr. med. Hingst, PD Dr. med. M. Mohrmann, Dr. med. Michael Oertel, Dr. med. Karl-Heinz Röderer, Dr. med. Michael Schulte, Prof. Dr. med. Hans-Joachim Seidel, Prof. Dr. med. J. von Troschke, Dr. med. K. R. Walter

Mitglieder

Dr. jur. Kurt Seizinger

Geschäftsführung

Im Vordergrund der Beratungen des Ausschusses im vergangenen Jahr standen vor allem drei Themen, und zwar die Schnittstellenproblematik zwischen der vertragsärztlichen Versorgung und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, die Auswirkungen der Novellierung des Kammergesetzes auf die Weiterbildung und Fortbildung im Öffentlichen Gesundheitswesen sowie die Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Begutachtung. Daneben befaßte sich der Ausschuß mit den Ergebnissen des Freiburger Kongresses „Public Health“ vom 6. bis 8. Oktober 1999, mit dem Projekt des Landesgesundheitsamtes, einen Leitfaden für ärztliche Untersuchungen von Kraftfahrern nach der

Ausschuß „Öffentliches Gesundheitswesen“

**Schnittstellen-
problematik**

neuen Fahrerlaubnisverordnung zu erstellen, sowie mit der Qualitätssicherung im Krankenhaus und medizinischen Einrichtungen.

Der Ausschuß sieht in der Ärzteschaft in Bezug auf das Öffentliche Gesundheitswesen ein Wahrnehmungsdefizit. Ausbildungsangebote sind zwar da, es fehlen jedoch Kenntnisse in der praktischen Nutzanwendung. Hier ist der Ausschuß dabei, Handreichungen und subsidiäre Hilfestellungen für die niedergelassenen Ärzte auszuarbeiten und zur Verfügung zu stellen, und zwar für die Bereiche „Impfpräventable Erkrankungen“, „Rehabilitation“, „Qualitätssicherung in der sozialmedizinischen Begutachtung“, „Verhaltensauffällige Kinder“ und „Auswirkungen aus dem Entwurf des Bundesinfektionsschutzgesetzes“.

**Kammergesetz-
novellierung**

Mit der Novellierung des Kammergesetzes besteht seit 1. Dezember 1999 eine neue Rechtsgrundlage. Die Landesärztekammer ist jetzt für alle Weiterbildungsgänge, also auch für den Weiterbildungsgang „Öffentliches Gesundheitswesen“, eigenverantwortlich zuständig. Damit ergibt sich neuer Regelungsbedarf. Konkrete Fragen sind beispielsweise die Anrechnung von Aufbaustudiengängen in „Public Health“ auf die Weiterbildung, der Nachweis von Weiterbildungsstätten und die Weiterbildungsermächtigungen, insbesondere für Umweltmedizin und Sozialmedizin. Als weitere wesentliche Neuerung enthält das neue Kammergesetz die Ermächtigung zur Zertifizierung von Fortbildungsangeboten. Der Ausschuß „Öffentliches Gesundheitswesen“ wird diese Themen weiterhin beraten und in den zuständigen Gremien

Ausschuß „Öffentliches Gesundheitswesen“

der Landesärztekammer und der Bundesärztekammer zur Sprache bringen.

In Baden-Württemberg werden mindestens 1,2 Mio. mal pro Jahr gutachtliche Beurteilungen von Ärzten zu medizinischen Sachverhalten abgegeben. Hierdurch wird nach vorsichtiger Schätzung nicht nur ein Kostenvolumen von über 120 Mio. DM pro Jahr verursacht, sondern es werden darüber hinaus Sozialleistungen in Milliardenhöhe ausgelöst.

Es stellt sich daher die Frage, wie bei ständig wechselnden Fragestellungen aus den verschiedenen Sozialrechtsgebieten und bei dauernder Weiterentwicklung des Sozialrechts durch Gesetzesänderungen oder die Rechtsprechung eine genügende Qualität in der sozialmedizinischen Begutachtung erzielt werden kann, die der damit verbundenen finanziellen Verantwortung Rechnung trägt. Der Ausschuß „Öffentliches Gesundheitswesen“ wird versuchen, Lösungsvorschläge zu erarbeiten und gegebenenfalls entsprechende Modelle zu entwickeln.

**Qualitätssicherung der
sozialmedizinischen
Begutachtung**

Ausschuß „Prävention“

Vorsitz

Dr. med. Gisela Dahl

Mitglieder

Dr. med. Klaus Baier, Dr. med. Jörg Barlet, Dr. med. Werner Deigendesch, Dr. med. Angelika Ell, Prof. Dr. med. Franz-Josef Große-Ruyken, Dr. med. Barbara Lütticke, Prof. Dr. med. Renate Nolte, Dr. med. Karl-Heinz Röderer, Dr. med. Andreas Scheffzek, Prof. Dr. med. Hans-Joachim Seidel

Geschäftsführung

Ludwig Ehrly

Die konstituierende Sitzung des Ausschusses Prävention fand am 18. Mai 1999 statt. In dieser Sitzung legten die Ausschußmitglieder die weitere Vorgehensweise für die Arbeit in der laufenden Wahlperiode fest. Beispielhaft wurden Themen wie das Projekt „Pluspunkt Gesundheit“ des Schwäbischen Turnerbundes, Gesundheitsförderung für Auszubildende, Gehörschäden durch Lärmbelastigungen in der Freizeit, Prävention für suchtkranke Ärzte angesprochen. Auch die Aufgaben des früheren Arbeitskreises „Zukunft der Rehabilitation“ wurden in die weitere Arbeit des Ausschusses einbezogen. Dabei wurden

Ausschuß „Prävention“

die noch zur Beratung anstehenden Punkte „Rehabilitation vor Pflege“, „Erhaltung beziehungsweise Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit“ sowie das Konzept der „ambulanten Kompaktkur“ diskutiert. Als wichtiges Projekt wurde die Durchführung von Präventionstagen beziehungsweise einer Präventionskonferenz ins Auge gefaßt.

Präventionskonferenz

Erweitert hat sich der Aufgabenbereich des Ausschusses durch die zusätzliche Aufnahme des Themenbereichs „Arbeitsmedizin“.

In der 2. Sitzung des Ausschusses am 5. Oktober 1999 wurde ausführlich die weitere Zusammenarbeit mit dem Schwäbischen Turnerbund im Projekt „Pluspunkt Gesundheit“ diskutiert. Da die Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Turner Bund die Schaffung eines einheitlichen Gütesiegels plant, wird aber zunächst die Entwicklung auf Bundesebene abgewartet werden. Dies wurde so in einem Gespräch zwischen der Ausschußvorsitzenden und dem Präsidenten des Schwäbischen Turnerbundes, Herrn Rainer Brechtgen, vereinbart.

Pluspunkt Gesundheit

Das derzeit wichtigste Projekt des Ausschusses ist die Planung einer Präventionskonferenz zum Thema „Gesundheitsförderung in der Schule“. Die Liste der einzuladenden Gäste soll alle mit der Thematik befaßten Personenkreise berücksichtigen, wobei sowohl Schülervertreter, Lehrbeauftragte, Landeselternbeirat und natürlich auch das Kultusministerium mit einbezogen werden sollen. Als Referent konnte Herr Prof. Reinmar du Bois, Leiter der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Olgahospitals Stuttgart, gewonnen werden. Er wird zum Thema „Die Lebenswirklichkeit der Jugendlichen in der

Gesundheitsförderung in der Schule

heutigen Zeit - Fakt und Fiktion aus der Sicht des an der Basis tätigen Arztes“ referieren.

Anläßlich der 3. Sitzung am 25. Januar 2000 wurde der Ablauf der inzwischen vom Vorstand der Landesärztekammer genehmigten Veranstaltung festgelegt. Als Termin wurde der 12. April 2000 bestimmt.

Ausschuß „Qualitätssicherung“

Ausschuß „Qualitätssicherung“

Dr. med. Gerhard Schade

Dr. med. Klaus Baier, Dr. med. Joachim Balke, PD Dr. Christian Benninger, Dr. med. Manfred Drücke, Dr. med. Jan Geldmacher, Prof. Dr. med. Albrecht Hettenbach, Dr. med. Albrecht Kühn, Dr. med. Stephan Roder, PD Dr. med. Richard Salm, Dr. med. Wolfgang Streibl

Matthias Felsenstein

Vorsitz

Mitglieder

Geschäftsführung

Der Ausschuß wurde in der neuen Legislaturperiode vollständig neu besetzt, um der weiter gewachsenen Bedeutung der Qualitätssicherung Rechnung zu tragen. Er hat sich mehrfach mit den aktuellen politischen Entwicklungen auf Bund- und Länderebene auseinandergesetzt, insbesondere mit den die Qualitätssicherung betreffenden Teilen des GKV-Reformgesetzes 2000. Auf Landesebene wurde das Vorhaben unterstützt, zu neuen vertraglichen Vereinbarungen mit der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft und den Gesetzlichen Kassenverbänden zu kommen - in Anlehnung an die frühere Arbeitsgemeinschaft Baden-Württemberg (ARGE) „Qualitätssicherung ärzt-

Ausschuß „Qualitätssicherung“

licher Leistungen in der Krankenhausbehandlung“. Ein weiterer Schwerpunkt der Arbeit war die Beratung und Weiterentwicklung konkreter Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Qualitätszirkel

In der ersten Sitzung des Ausschusses wurden unter anderem Qualitätssicherungsprojekte bei der Behandlung der Mukoviszidose, bei einem Qualitätszirkel ambulanz/stationär in der Inneren Medizin sowie bei naturheilkundlichen Verfahren beraten und eine Unterstützung durch die Landesärztekammer initiiert.

Expertensystem

In der zweiten Sitzung wurde der aktuelle Stand des Expertensystem „Lexmed“ (Prof. Ertel, Fachhochschule Ravensburg) beraten, das vornehmlich auf Daten der Landesärztekammer aufbauend, eine EDV-Unterstützung bei der Diagnosestellung „Appendizitis“ bieten soll. Die vorliegenden Ergebnisse waren nicht ausreichend, um eine weitere Unterstützung zuzusagen. Mit der Methodik der Evidence Based Medicine wurde ein weiteres aktuelles Thema aufgegriffen. Die Mitglieder erhielten darüber hinaus eine diesbezügliche Schulung, die in Zusammenarbeit mit der Universität Ulm unter der Leitung von Prof. Porzsolt durchgeführt wurde.

Modellprojekt

In der dritten Sitzung wurden Ergebnisse aus den Arbeitsgruppen „Qualitätssicherung zytologischer Untersuchungen“ und der „Arbeitsgruppe Qualitätssicherung in der Diabetologie“ beraten und das weitere Vorgehen abgestimmt. Von Dr. Bühler wurde das Modellprojekt „Zertifizierung von Arztpraxen“ vorgestellt und dem Vorstand zur Weiterentwicklung empfohlen. Für das Projekt „Qualitätsmonitoring bei der Versorgung Asthma-Krankter in Baden-Württemberg“ von Dr.

Ausschuß „Qualitätssicherung“

Geraedts (Universität Tübingen) ergab sich kein aktueller Handlungsansatz durch die Landesärztekammer.

Umlageausschuß

Vorsitz

Dr. med. Joachim Koch

Mitglieder

PD Dr. med. Christian Benninger, Dr. med. Guenter Frey, Dr. med. Jörg Gerbl, Prof. Dr. med. Albrecht Hettenbach, Jörg Niederöcker, Dr. med. Peter Schlierbach, Dr. med. Rolf Segiet, Dr. med. Ingrid Stenger, Dr. med. Wolfgang Streibl

Geschäftsführung

Ludwig Ehrly

Nach der Satzung der Landesärztekammer Baden-Württemberg obliegen dem Umlageausschuß zwei wichtige Aufgaben:

1. Prüfen der Kassen- und Buchführung nach Ablauf des Rechnungsjahres unter Hinzuziehung eines Wirtschaftsprüfers
2. Aufstellung des Haushaltsvoranschlags für die Einnahmen und Ausgaben der Landesärztekammer Baden-Württemberg mit Vorschlag über die Höhe der jährlichen Umlage.

Haushaltsordnung

Alle sich daraus ergebenden Aufgaben sind in der Haushaltsordnung und in den von Umlageausschuß und Vorstand erlassenen und Ver-

Umlageausschuß

treterversammlung verabschiedeten Richtlinien über die Haushaltsführung konkretisiert.

Die Kassen- und Buchprüfung erfolgt für ein Jahr jeweils in den Monaten April und Mai des Folgejahres. In der Frühjahrssitzung des Umlageausschusses steht daher ein erster Überblick über die Haushaltsentwicklung im abgelaufenen Jahr im Mittelpunkt. Auch werden in dieser Sitzung grundsätzliche Angelegenheiten behandelt, da die beiden weiteren Sitzungen bereits deutliche Schwerpunkte im Hinblick auf die folgende Haushaltsplanung sowie die endgültige Abnahme der Rechnungslegung haben.

Im Berichtszeitraum fanden Sitzungen des Umlageausschusses am 22. Juli 1999 sowie am 21. Oktober 1999 statt.

Zum Zeitpunkt der Sitzung am 22. Juli 1999 war die Revision des Jahresabschlusses durch die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Bansch, Schübel, Brösztl und Partner bereits erfolgt. Traditionsgemäß berichtete ein Beauftragter der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft dem Umlageausschuß in dieser Sitzung über das Ergebnis der Prüfung und stand für weitere Fragen zur Verfügung. Der Umlageausschuß nahm Kenntnis davon, daß die Prüfung bei allen fünf Geschäftsstellen sowie die Prüfung der konsolidierten Jahresrechnung ohne Beanstandungen abgeschlossen werden konnte. Gleichzeitig genehmigte er einige Titelüberschreitungen, die sich nach Durchführung des Jahresabschlusses beziehungsweise der Jahresabschlußprüfung noch ergeben hatten.

Kassen- und Buchprüfung

Jahresabschluß

Umlageausschuß

Haushaltsplanungen

Im Hinblick auf die Haushaltsplanungen werden in der Sommersitzung bereits die Stellenplanänderungen für das folgende Jahr behandelt. Ebenso werden nach Ablauf des ersten Halbjahres bereits abzusehende Überschreitungen bei Haushalts- und Investitionstiteln für das laufende Jahr beraten und genehmigt.

Änderung der Umlageordnung

Vom Umlageausschuß ging zudem eine wichtige Initiative zur Änderung der Umlageordnung aus. Nachdem bereits in der Vergangenheit von mehreren Verwaltungsgerichten, auch in Baden-Württemberg, entschieden worden war, daß sogenannte theoretische Mediziner nicht zum vollen Kammerbeitrag veranlagt werden dürfen, ergriff der Umlageausschuß die Initiative zur Änderung der Umlageordnung. Sogenannte theoretische Mediziner, also Kammermitglieder, die an wissenschaftlichen Hochschulen nur in theoretischen Fächern lehren und reine Grundlagenforschung betreiben sowie Kammermitglieder, die administrativ und organisatorisch tätig sind und keine ärztliche Nebentätigkeit ausüben, sollen danach nur 80 % des Beitrages gemäß der Beitragstabelle entrichten. Ein entsprechender Vorschlag wurde erarbeitet und dem Vorstand der Landesärztekammer zugeleitet. Als Satzung muß die Umlageordnung durch die Vertreterversammlung geändert werden, was im Rahmen der Sitzung der Vertreterversammlung am 28. November 1999 auch entsprechend erfolgt ist.

Haushaltsplanung

Die Sitzung des Umlageausschusses am 21. Oktober 1999 stand ganz im Zeichen der Haushaltsplanung für das Jahr 2000. Zum Zweck der Haushaltsplanung legen die Bezirksärztekammer-Geschäftsstellen ihre Haushaltsplanentwürfe dem Umlageausschuß rechtzeitig vor, um es

Umlageausschuß

der Geschäftsstelle der Landesärztekammer zu ermöglichen, den konsolidierten Haushaltsplan zusammenzustellen. Dabei ergab sich, daß nach den vorliegenden Zahlen eine Deckung des Haushalts bei gleichbleibendem Beitragshebesatz nicht möglich gewesen wäre. Deutlich war aber auch, daß die Planentwürfe der einzelnen Geschäftsstellen in einigen Punkten nicht realistisch waren und somit eine Reduzierung der Planzahlen erfolgen mußte.

Erstmalig wurde daher den Bezirksärztekammern aufgegeben, ihre Haushaltspläne nochmals zu überarbeiten und einen Betrag von circa 2,5 Mio. DM einzusparen. Dies ist auch so erfolgt, so daß für das Jahr 2000 die Beitragstabelle mit einem Beitragshebesatz von 83 % beibehalten werden konnte. Ohne die entsprechende Sparmaßnahme wäre es erforderlich gewesen, den Hebesatz der Beitragstabelle um insgesamt neun Prozentpunkte anzuheben.

Beitragstabelle

Der Haushalt konnte nun mit einem Umfang von 35 Mio. DM der Vertreterversammlung zur Genehmigung vorgelegt werden. Mit einer Steigerung von etwa 3,2 Prozent gegenüber dem Vorjahr liegt die Steigerung in einem vertretbaren Rahmen und deckt im wesentlichen die tariflichen Steigerungen bei den Gehältern sowie die Preissteigerungen im Rahmen der allgemeinen Preisentwicklung ab.

In der nächsten Zeit ist für das Rechnungswesen der Landesärztekammer Baden-Württemberg in erster Linie die Einführung einer neuen Software von Bedeutung. Wenn, wie vorgesehen, zum 1. Januar 2001 die neue Software bei allen Geschäftsstellen eingeführt ist, werden allen Daten des Rechnungswesens auf einem zentralen Server bei

Einführung der neuen Software

der Landesärztekammer-Geschäftsstelle verarbeitet, was mit Sicherheit einen großen Vorteil im Sinne einer einheitlichen Anwendung der Vorschriften über die Rechnungslegung zur Folge haben wird. Die neue Software ist derzeit bereits bei der Landesärztekammer-Geschäftsstelle sowie bei der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg im Einsatz.

Kostensenkende Impulse

Der Umlageausschuß wird auch im laufenden Jahr im Rahmen der Haushaltsplanung für die Folgejahre bemüht sein, kostensenkende Impulse zu geben und somit die Ausgabenentwicklung und damit auch die Höhe der Kammerbeiträge günstig zu beeinflussen. Daß dies in der Vergangenheit von Erfolg geprägt war, zeigt die Tatsache, daß zwischen 1992 und 1997 eine Senkung des Hebesatzes von 100 auf 83 Prozent erfolgte und dieser Hebesatz nunmehr im vierten Jahr beibehalten werden konnte.

Ausschuß Umwelt

Ausschuß „Umwelt“

Dr. med. Günther Baitsch

Dr. med. Christoph von Ascheraden, Dr. med. Michael Barczok, Dr. med. Gisela Dahl, Dr. med. Michael Datz, Dr. med. Jens-Uwe Folkens, Dr. Dr. med. Thomas Fröhlich, Dr. med. Rolf-Dieter Löw, PD Dr. med. Volker Mersch-Sundermann, Prof. Dr. med. Michael Schwenk

Ludwig Ehrly

Vorsitz

Mitglieder

Geschäftsführung

Fortbildungstagung

Wie im vergangenen Jahr, war auch 1999 die Ausschußarbeit vorwiegend der Planung einer weiteren Fortbildungstagung Umweltmedizin gewidmet. In den beiden stattgefundenen Sitzungen wurden Themen und mögliche Referenten festgelegt. Die Detailplanung und Durchführung einer Tagung in Mannheim wurde dann von der Abteilung Fortbildung der Landesärztekammer übernommen. So konnte dann am 29. Januar 2000 in Mannheim die Fortbildungstagung „Unser täglich Brot...“ durchgeführt werden, die mit circa 80 Ärzten gut besucht war und sich mit Aspekten der Ernährung unserer Zeit, der Lebensmittelüberwachung, der Zubereitung, den Schadstoffbelastungen und den

ökologischen und gesundheitlichen Folgen der Massentierhaltung befaßte.

Fischkonsum durch schwangere Frauen

Nach der Veröffentlichung der Entschließung über die gesundheitlichen Gefahren vermehrten Fischkonsums durch schwangere Frauen im vorausgegangenen Jahr befaßte sich der Ausschuß erneut mit dem Thema, nachdem das Sozialministerium gegen diese Aussage zunächst intervenierte und eine Stellungnahme des Bundesministeriums für Umweltschutz vorlegte, die diese Aussage einschränkte. Wenige Tage später veröffentlichte das Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz eine Pressemitteilung, die empfiehlt, während Schwangerschaft und Stillzeit den Verzehr bestimmter Fischarten einzuschränken. Der Ausschuß stellte fest, daß diese Veröffentlichung ebenfalls vor den gesundheitlichen Gefahren des Fischverzehr für Schwangere warnt, daß jedoch nicht bestimmte Fischarten, sondern die Gewässer, in denen die Fische leben, für die Quecksilberbelastung entscheidend sind.

Dioxin in Lebensmitteln

Aufgrund des „Dioxin-Skandals“ im Frühjahr 1999 in Belgien verfaßten die Ausschußmitglieder Prof. Mersch-Sundermann und Prof. Schwenk im Namen des Ausschusses eine Stellungnahme über Dioxin in Lebensmitteln, die über das „Deutsche Gesundheitsnetz“, Rubrik Fortbildung, abgerufen werden kann.

Widerspruchsausschuß

Widerspruchsausschuß

Dr. med. Karl-Gotthard von Buch, Dr. med. Jürgen Reitinger

für alle Weiterbildungsgänge benannte Fachgutachter

Ulrike Hespeler

Vorsitz

Mitglieder

Geschäftsführung

Der Widerspruchsausschuß der Landesärztekammer arbeitet eng mit dem Weiterbildungsausschuß zusammen. Schließlich fußen die Stellungnahmen des Widerspruchsausschusses auf der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer, die von der Vertreterversammlung beschlossen und von der Aufsichtsbehörde genehmigt wurde.

Die Anerkennungen von Gebiets- und Bereichsbezeichnungen, aber auch Schwerpunkten, Fachkunden und Fakultativen Weiterbildungen werden nach Überprüfung der Voraussetzungen von den Vorständen der Bezirksärztekammern ausgesprochen. Auch Widersprüche gegen Ablehnungen werden nach entsprechenden nochmaligen Gutachten erneut von den Vorständen der Bezirksärztekammern behandelt und

Anerkennungen

nur im Falle der erneuten Ablehnung, wenn also keine Abhilfe erfolgen kann, an die Landesärztekammer weitergereicht.

Fachgutachter

Hier werden wiederum zwei neue, unabhängige Fachgutachter, die Mitglieder des Widerspruchsausschusses sind, um Stellungnahmen gebeten. Der Vorsitzende des Widerspruchsausschusses faßt Antrag, Ablehnung, Widerspruch und Aussagen der Gutachter zusammen zum Vortrag vor dem Vorstand der Landesärztekammer, der dann die letzte Entscheidung fällt.

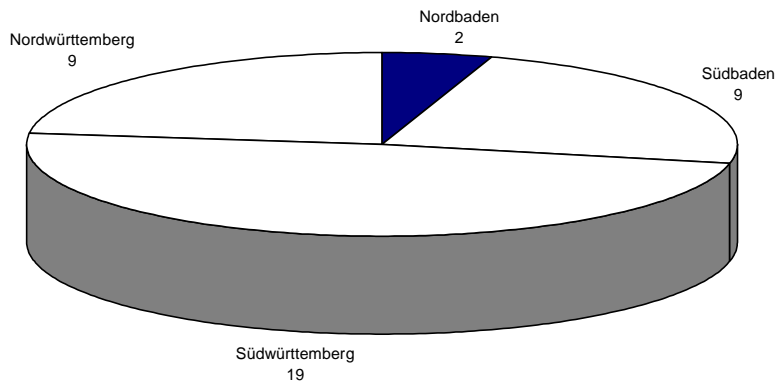
**Auslegung der
Weiterbildungsordnung**

Auch der Vorstand der Landesärztekammer ist, ebenso wie alle Gutachter, formal-juristisch an den Wortlaut der Weiterbildungsordnung gebunden, doch wird immer untersucht, in wie weit besondere Gegebenheiten des Antragstellers mit der Auslegung der Weiterbildungsordnung konform sind, so lange die Qualität der Weiterbildung im Mittelpunkt steht. Das gilt insbesondere für Anträge auf Weiterbildungsbefugnisse, die im Falle des Widerspruches ebenfalls vom Widerspruchsausschuß bearbeitet werden. Jeder einzelne Fall wird somit auf Grund der vorliegenden Akten von unterschiedlichen Fachleuten untersucht und beurteilt, bevor der Vorstand der Landesärztekammer die endgültige Entscheidung fällt, gegen die dann noch die Klage beim Verwaltungsgericht bleibt, das sich in seinen Entscheidungen aber auch an den Wortlaut hält.

Jeder Antragsteller und Widerspruchsführer kann sicher sein, daß sein Anliegen gründlich und individuell geprüft wird, wobei der Wortlaut der Weiterbildungsordnung, die ärztliche Qualität und der Wunsch des Antragstellers beachtet werden.

Widerspruchsausschuß

In Abbildung 1 wird dargestellt, wie sich die insgesamt 39 Widersprüche aus dem Jahr 1999 auf die vier Bezirksärztekammern verteilen. Im Vergleich zu 1998, wo 125 Widersprüche bearbeitet wurden, ist ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen, der auf das Auslaufen der Übergangsbestimmungen zurückzuführen ist.



**Anteil
Anerkennung - Befugnis**

Die Darstellung in Abbildung 2 differenziert nach der Art der Widersprüche. Die Mehrzahl der Widersprüche richtet sich gegen die Versagung von Anerkennungen in Gebieten, Schwerpunkten, Fachkunden, fakultativen Weiterbildungen oder Zusatzbezeichnungen.

Widerspruchsausschuß

**Anzahl Widersprüche von
Bezirksärztekammern**

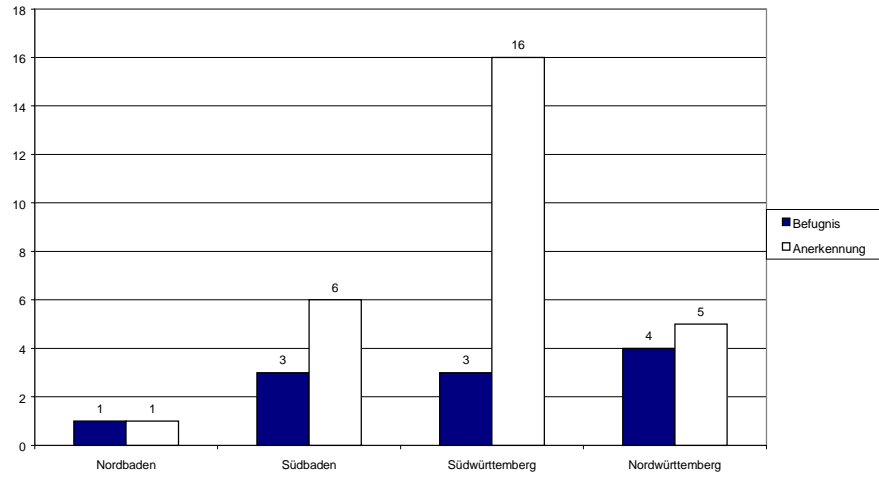
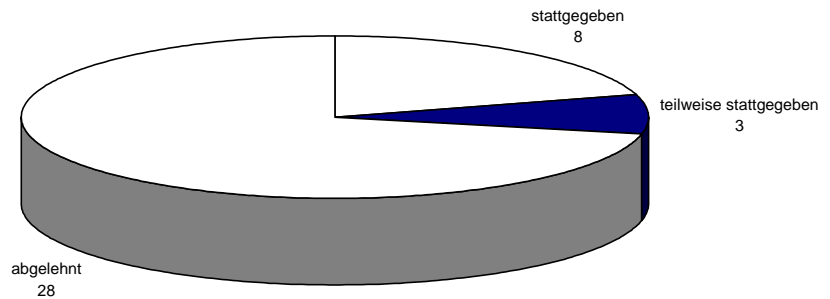


Abbildung 3 stellt die Ergebnisse der Entscheidungen des Landesärztekammer-Vorstandes über die Widersprüche dar.

**Entscheidungen des
Vorstands der
Landesärztekammer**



Arbeitsgruppen und Arbeitskreise

**Arbeitsgruppe „Externe Qualitätssicherung Anästhesiologie
in Baden Württemberg mit Unterstützung der Landesärztekammer“**

**Arbeitsgruppe
„Externe Qualitätssicherung Anästhesiologie
in Baden Württemberg mit Unterstützung
der Landesärztekammer“**

Dr. med. Jörg Martin

Vorsitz

PD Dr. med. A. Bach, Dr. med. W. Blumrich, PD Dr. med. H. Guggenberg, Dr. med. Albrecht Henn-Beilhardt, PD Dr. med. Bernhard Schwilk

Mitglieder

Thomas Morgenroth

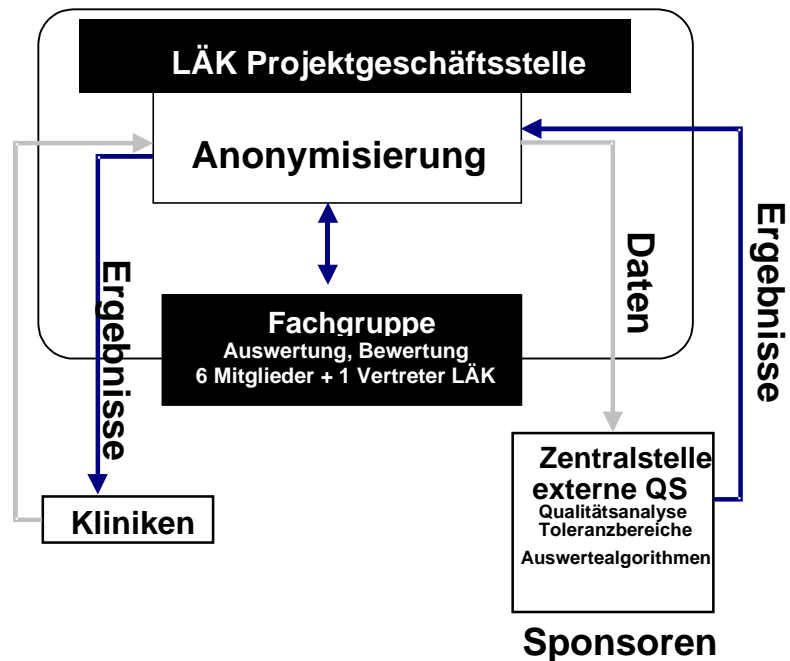
Geschäftsführung

Der Paragraph 137 des Sozialgesetzbuches V schreibt qualitätssichernde Maßnahmen für ärztliches Handeln gesetzlich vor. Für den stationären Bereich werden diese Maßnahmen unter anderem bei chirurgischen Fallpauschalen durchgeführt. Die Etablierung der Qualitätssicherung Anästhesiologie an einer Projektgeschäftsstelle gelang bisher nur in Hamburg. In den Jahren 1996 und 1997 wurde eine zentrale Auswertestelle unserer Fachgesellschaft in Mainz aufgebaut. Dort

**Chirurgische
Fallpauschalen**

**Arbeitsgruppe „Externe Qualitätssicherung Anästhesiologie
in Baden Württemberg mit Unterstützung der Landesärztekammer“**

wurden Auswertelgorithmen und Referenzbereiche erarbeitet. Nach Auslaufen der Förderung im Jahre 1997 wurde in Verhandlungen mit der Landesärztekammer die externe Qualitätssicherung Anästhesiologie für die Jahre 1999 und 2000 vereinbart.



Arbeitsgruppe „Externe Qualitätssicherung Anästhesiologie in Baden Württemberg mit Unterstützung der Landesärztekammer“

Da die Krankenkassen noch nicht bereit sind, die Kosten der Qualitätssicherungsmaßnahmen zu tragen, wird die externe Auswertung aus Sponsorengeldern finanziert (Agilent Technologies, DataPec, B. Braun, Drägerwerke Lübeck). Die gesamte Anonymisierung erfolgt über die Landesärztekammer, bei der auch die Fachgruppe Anästhesiologie angesiedelt ist. Die Teilnehmer erhalten von der Landesärztekammer ihre persönliche ID-Nummer sowie ein Prüfprogramm zur Evaluierung des Rohdatensatzes. Nach Evaluation des Datensatzes wird dieser auf einem Datenträger an die Landesärztekammer versendet, diese schickt den Datensatz zur Auswertung an die zentrale Auswertestelle in Mainz.

Anonymisierung

Die Ergebnisse der Auswertung werden an die Landesärztekammer zurückgesandt und anonym der Projektgruppe Anästhesiologie vorgelegt. Bei Auffälligkeiten werden die jeweiligen Kliniken angeschriebenen. Die Rücksendung der Ergebnisse an die Kliniken erfolgt wieder über die Landesärztekammer, so daß während des gesamten Verfahrens die Anonymisierung sowohl gegenüber der Projektgruppe als auch gegenüber der Auswertestelle und gegenüber den Sponsoren *nicht* aufgehoben wird. In Verhandlungen wird angestrebt, daß nach erfolgreichem Abschluß des Pilotprojekts im Jahre 2000 die Kosten, die sich auf circa 50000,- bis 80.000,- DM pro Jahr belaufen, durch die Krankenkassen übernommen werden.

Finanzierung

**Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung der stationären
Depressionsbehandlung in der klinischen Psychiatrie“**

**Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung
der stationären Depressionsbehandlung
in der klinischen Psychiatrie“**

Vorsitz

Dr. med. R. Metzger

Mitglieder

Dr. med. Härter, Dr. med. C. Hornstein, Dr. med. F. Keller, Dr. med. G. Schell, Dr. med. R.-
D. Stieglitz, W. Wiegand, Prof. Dr. med. M. Wolfersdorf

Geschäftsführung

Thomas Morgenroth

Seit 1. Juni 1998 haben 22 stationäre psychiatrische Einrichtungen in Baden-Württemberg sowie zwei Kliniken von außerhalb Baden-Württembergs mit Unterstützung der Abteilung Fortbildung und Qualitätssicherung der Landesärztekammer Baden-Württemberg eine fortlaufende Qualitätssicherungsmaßnahme der stationären Depressionsbehandlung begonnen.

**Tracer-Diagnose
„Depression“**

Dem gingen umfangreiche Vorbereitungen voraus, da Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Psychiatrie spezielle fachbezogene Probleme

Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung der stationären Depressionsbehandlung in der klinischen Psychiatrie“

aufwerfen. Bereits 1994 regte Herr Professor Dr. med. M. Berger, Freiburg, eine Qualitätssicherungsmaßnahme der stationären Psychiatrie anhand der Tracer-Diagnose „Depression“ an. Die Tracer-Diagnose „Depression“ bietet sich schon deswegen an, da sie einen ziemlich konstanten Anteil von circa 15 % der stationären Aufnahmen in psychiatrischen Einrichtungen ausmacht. Zudem gibt es bezüglich depressiver Erkrankungen in der klinischen Psychiatrie einen weitgehenden Konsens hinsichtlich eines mehrdimensionalen Verständnis und der Berücksichtigung biologischer, psychotherapeutischer und psychosozialer Behandlungsansätze.

Ein 1995 durchgeführtes Pilotprojekt an vier psychiatrischen Kliniken konnte zeigen, daß trotz des gegenüber anderen medizinischen Fächern deutlich höheren Aufwandes eine Qualitätssicherungsmaßnahme in der Psychiatrie durchführbar ist und zu zufriedenstellenden Ergebnissen führen kann. Über das Pilotprojekt wurde verschiedentlich in Fachzeitschriften und bei wissenschaftlichen Tagungen berichtet.

Pilotprojekt

Ausgehend von den Ergebnissen des Pilotprojekts entwickelte eine Arbeitsgruppe mit Mitarbeitern aus verschiedenen psychiatrischen Einrichtungen in Abstimmung mit der Abteilung Fortbildung und Qualitätssicherung der Landesärztekammer Baden-Württemberg eine Konzeption, mit der eine Qualitätssicherungsmaßnahme in der stationären Depressionsbehandlung landesweit durchgeführt werden konnte. In Treffen mit den Verantwortlichen der beteiligten Kliniken sowie der die Maßnahme in den Kliniken betreuenden Moderatoren wurden

Erhebungsinstrumente

**Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung der stationären
Depressionsbehandlung in der klinischen Psychiatrie“**

die umfangreichen Bögen, mit denen Prozesse und eine Ergebnisqualität erhoben werden sollten, überarbeitet.

Basisdokumentation

Erhebungsinstrumente sind eine Basisdokumentation bei Aufnahme und Entlassung, wobei die BADO der deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde modifiziert wurde, sowie die Hamilton-Depressions-Skala (HAMD) als Fremdbeurteilungsskala, das Beck-Depressions-Inventar (BDI) als Selbstbeurteilungsskala für Depressivität, ein Erhebungsbogen zur Beurteilung des Behandlungsangebotes aus Sicht des Patienten (BBA) sowie ein Fragebogen zur Zufriedenheit in der stationären Versorgung (ZUF-8).

Mit diesen Erhebungsinstrumenten startete die Qualitätssicherungsmaßnahme in vierundzwanzig beteiligten Kliniken am 1 Juni 1998. Unter den beteiligten Kliniken waren psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, Universitätskliniken und Zentren für Psychiatrie. Erfreulicherweise beteiligten sich fast alle stationären Einrichtungen in Baden-Württemberg an dieser Maßnahme.

Die Maßnahme war von vorn herein langfristig angelegt. Eine erste Auswertung war nach einem Erhebungszeitraum von einem Jahr vorgesehen. Zu diesem Zeitpunkt war auch eine erneute Entscheidung in den Kliniken über die Beteiligung an der Maßnahme möglich. Aufgrund des erheblichen Aufwands haben sich zum 1 Juli 1999 vier Kliniken entschlossen, die Maßnahme vorläufig nicht fortzusetzen, sondern zunächst die Ergebnisse der Auswertung des ersten Jahres abzuwarten.

Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung der stationären Depressionsbehandlung in der klinischen Psychatrie“

Die Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung in der stationären Depressionsbehandlung“ hat die Vorarbeiten, die Erarbeitung der Erhebungsmaterialien und die Organisation der Treffen mit Klinikverantwortlichen und Klinikmoderatoren übernommen. Die Abteilung Fortbildung und Qualitätssicherung der Landesärztekammer Baden-Württemberg hat ihre Fachkenntnisse betreffend Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Geltung gebracht und so einen erheblichen Beitrag zur Sicherheit im Umgang mit den Daten geleistet, sowohl was die einzelnen Patienten wie auch die beteiligten Kliniken betrifft. Das Datenmanagement, die Datensammlung, Plausibilitätsprüfung und das Korrekturverfahren waren Aufgabe der Abteilung Fortbildung und Qualitätssicherung der Landesärztekammer. Im Jahr 1999 wurde von einer speziell einberufenen Expertenkommission unter Leitung von Herrn Professor Dr. med. M. Wolfersdorf gemeinsam mit der Arbeitsgruppe erarbeitet, welche Daten in welcher Form ausgewertet werden und wie die Darstellung für die beteiligten Kliniken sein sollen.

Datenmanagement

Im Dezember 1999 konnte den Kliniken eine umfangreiche Datensammlung zur Verfügung gestellt werden, in der 1896 Patienten in allen beteiligten Kliniken dargestellt werden, wobei die Datensammlung ein Vergleich der Ergebnisse der jeweils eigenen Klinik mit den Ergebnissen aller Kliniken und den Ergebnissen sogenannter „Referenzkliniken“ erlaubt. Referenzkliniken sind Zentren für Psychiatrie und andere Großkrankenhäuser, psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und Universitätskliniken.

Referenzkliniken

**Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung der stationären
Depressionsbehandlung in der klinischen Psychiatrie“**

Die Expertenkommission wird im ersten Halbjahr 2000 die Auswertung aller Kliniken auf Auffälligkeiten hin genau bewerten und den einzelnen Kliniken Rückmeldung geben.

Experimentalcharakter

Die Maßnahme wird auch im Jahr 2000 weiter fortgesetzt. Es wird von der Bedeutung der Ergebnisse der Indikatoren für Prozeß- und Ergebnisqualität in den einzelnen beteiligten Kliniken abhängen, wie der weitere Verlauf der Maßnahme sein wird. Da es sich um das erste in dieser umfangreichen Form landesweit klinikübergreifend durchgeführte Qualitätssicherungsprojekt handelt, kommt auch nach zwei Jahren der Erfahrung mit der Qualitätssicherungsmaßnahme stationärer Depressionsbehandlung dem gesamten Unternehmen noch ein gewisser „Experimentalcharakter“ zu. Es kann jedoch bereits jetzt gesagt werden, daß die Maßnahme hinsichtlich der Qualitätssicherung in der stationären Psychiatrie einen bedeutenden Fortschritt darstellt.

Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung in der Diabetologie“

Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung in der Diabetologie“

Dr. med. K.-M. Reinauer

Vorsitz

Prof. Dr. med. Wolfgang Brech, Dr. H. Hillenbrand, Prof. Dr. med. G. Köveker, Dr. med. B. Lippmann-Grob

Mitglieder

Matthias Felsenstein

Geschäftsführung

Die Arbeitsgemeinschaft Diabetologie Baden-Württemberg (ADBW) ist die Regionalgruppe der Deutschen Diabetesgesellschaft. Auf Initiative der ADBW kam am 15. Dezember 1998 ein Treffen von ADBW-Mitgliedern mit Herrn Prof. Kolkmann, dem Präsidenten der Landesärztekammer zustande, wobei eine Zusammenarbeit vereinbart wurde. Nach dem Beschluß des Vorstandes der Landesärztekammer ein Projekt „Qualitätssicherung in der Diabetologie“ durchzuführen, wurde eine entsprechende Arbeitsgruppe eingerichtet. Vereinbart wurde, daß die Anzahl von Amputationen der unteren Extremitäten und der terminalen Niereninsuffizienz bei Diabtespatienten landesweit erfaßt werden soll.

**Arbeitsgemeinschaft
Diabetologie**

Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung in der Diabetologie“

Die Arbeitsgemeinschaft Diabetologie Baden-Württemberg wird diabetologische Musterfortbildungen erarbeiten, die über das „Deutsche Gesundheitsnetz“ zugänglich gemacht werden sollen.

Quasi-Nieren-Projekt

Nach vorbereitenden Besprechungen kam es am 21. September 1999 zur konstituierenden Sitzung. Da über das Quasi-Nieren-Projekt an 117 Dialyseeinrichtungen im Land Patienten mit Diabetes und terminaler Niereninsuffizienz erfaßt wurden, kann auf Zahlen dieser Erhebung zurückgegriffen werden. Auf Baden-Württemberg bezogene Zahlen werden im Moment erarbeitet. Da für die Anzahl der Amputationen bislang keine verlässlichen Zahlen vorliegen, wurde von der Arbeitsgruppe die Erfassung solcher diabetesbedingter Amputationen in Baden-Württemberg vorbereitet und nach Beschluß des Ärztekammervorstands vom 19. Januar 2000 erhoben. Die Landesärztekammer ersucht daher alle chirurgisch tätigen Kolleginnen und Kollegen, die Amputationen durchführen, sich an dieser wichtigen Erhebung zu beteiligen. Der Dokumentationsbogen enthält nur wenige, unabdingbare Parameter. Damit konnte eine Minimierung des Aufwands erreicht werden, der pro Patient bei maximal 1 bis 2 Minuten liegt. Die regionalen Häufigkeiten diabetesbedingter Erblindungs- und Amputationsraten sowie der dialysepflichtigen Niereninsuffizienz, werden im „Deutschen Gesundheitsnetz“ verfügbar gemacht, um regional die Qualität in der Diabetologie zu sichern, zu verbessern oder wo notwendig, zu induzieren helfen. Durch den Modellvertrag Südwürttemberg wurden ärztliche Kollegen in umfangreichem Maße weitergebildet. Die Teilnahme an diesem Abrechnungssystem verpflichtet diese

Modellvertrag

Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung in der Diabetologie“

Kolleginnen und Kollegen, an Qualitätszirkeln teilzunehmen, so daß für den KV-Bezirk Südwürttemberg bereits 23 solcher Qualitätszirkel existieren. Auf freiwilliger Basis existieren jedoch auch in den anderen KV-Bezirken von Baden-Württemberg weitere diabetologische Qualitätszirkel.

Arbeitsgruppe „Neonatalerhebung Baden-Württemberg“

Arbeitsgruppe „Neonatalerhebung Baden-Württemberg“

Vorsitz

Prof. Dr. med. F. Pohlandt

Mitglieder

Prof. Dr. med. W. Kachel, PD Dr. med. M. Mohrmann, Prof. Dr. med. P. Tosberg

Geschäftsführung

Thomas Morgenroth

Organisatorischer und rechtlicher Rahmen der Neonatalerhebung

Seitdem der Vertrag über die Arbeitsgemeinschaft Baden-Württemberg (ARGE) Qualitätssicherung ärztlicher Leistungen in der Krankenhausbehandlung von den Vertragspartnern gekündigt worden ist, führt die Landesärztekammer die Erhebung seit dem Jahrgang 1997 faktisch im Auftrag der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft durch, über die auch die Finanzierung der Maßnahme abgewickelt wird.

Modifizierte Neonatalerhebung

Die vom Arbeitskreis der Neonatalerhebung der Bundesländer erarbeitete und empfohlene modifizierte Neonatalerhebung wurde zum 01.01.1997 in Baden-Württemberg eingeführt. Die Handhabung der

Arbeitsgruppe „Neonatalerhebung Baden-Württemberg

EDV-technischen Instrumente und sonstigen Abläufe bei der neuen Neonatalerhebung hat sich mit Fertigstellung der Erhebung 1998 insgesamt gut eingespielt.

Seit dem Jahrgang 1999 werden die Daten in allen beteiligten 31 Kinderkliniken elektronisch erfaßt. Die Daten werden wieder, wie bereits früher üblich, quartalsweise von den Kliniken erbeten, um einen kontinuierlichen Dateneingang zu sichern und bei etwaigen Unstimmigkeiten zeitnah intervenieren zu können. Die Vollzähligkeit der von den Kliniken übermittelten Daten wird abgeglichen durch Angaben der Klinikverwaltungen zur Zahl der aufgenommenen Neugeborenen (1.-10. Lebenstag).

Die Projektgeschäftsstelle der Landesärztekammer hat keine eigene Software zur Auswertung der Neonatalerhebung entwickelt und bedient sich zur Zeit eines Programms der Ärztekammer Westfalen-Lippe.

Nach einer aktuellen Mitteilung des Sozialministeriums bestehen in Baden-Württemberg 15 Perinatologische Zentren und 16 Schwerpunktkliniken. Nach Auffassung der Arbeitsgruppe erscheint dieses Verhältnis sachlich nicht optimal und sie beauftragte Prof. Pohlandt gemeinsam mit dem Vorsitzenden der Arbeitsgruppe Perinatalerhebung Prof. Kunz, dem Sozialministerium eine Beratung in der Ausweisung von Perinatologischen Schwerpunkten und Zentren anzudienen.

Neonatalogische Schwerpunkte /Zentren

Arbeitsgruppe „Neonatalerhebung Baden-Württemberg“

Aus den Qualitätsindikatoren der Neonatalerhebung wählte die Arbeitsgruppe 10 aus, nach denen die Ergebnisse der teilnehmenden Kliniken (anonymisiert) beurteilt werden:

Beurteilung der Klinikstatistik 1997 und 1998

1. Regionalisierung
2. Mortalität nach Schwangerschaftsdauer und Geburtsgewicht
3. CRIB-SCORE-Analyse
4. Sauerstoffzufuhr über mehr als 28 Tage, maschinelle Beatmung
5. Antibiotika-/Sepsisrate
6. Retinopathie
7. Hörscreening
8. Körperliche Entwicklung
9. Liegedauern
10. Entlassungsgewichte

Bezogen auf die genannten Qualitätsindikatoren wurden die Ergebnisse der Klinikstatistik 1998 und ggf. 1997 im Einzelnen ausführlich besprochen und die Chefarzte von 25 Kliniken wegen auffälliger Ergebnisse angeschrieben.

Kliniktreffen

Für das Jahr 2000 wurde vereinbart, ein Treffen für alle Kinderkliniken Baden-Württembergs zu organisieren, auf dem Erfahrungen mit der modifizierten Neonatalerhebung dargestellt werden sowie die Arbeitsweise der verschiedenen regionalen Neonatologischen Arbeitsgemeinschaften und noch zwei festzulegende Fortbildungsthemen behandelt werden sollen.

Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien“

Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien“

Dr. med. Gerhard Schade

Vorsitz

Prof. Dr. med. Kruse-Jarres, Dipl.-Ing. J. Lehmann, Prof. Dr. Dr. med. H. Wisser

Mitglieder

Thomas Morgenroth

Geschäftsführung

Der gleichnamige Arbeitskreis koordiniert die Zusammenarbeit zwischen dem Landesgewerbeamt Baden-Württemberg/ Eichdirektion als ausführendes Organ der Qualitätssicherung in Medizinischen Laboratorien und den Qualitätssicherungsmaßnahmen der Landesärztekammer. Hinzugezogen sind als Mitglieder namhafte Laborärzte aus Baden-Württemberg, ferner in bestimmten Fragen auch das Landesgesundheitsamt. Eichdirektion und Landesärztekammer entwickeln eine Zertifizierung der nach den RILIBÄK (Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung medizinischer Laboratorien) geprüften Labors. Ziel ist es, die Qualität und Qualitätssicherung in den Medizi-

Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien“

nischen Laboratorien des Landes zu vereinheitlichen und zu steigern, ferner auch beratend tätig zu sein. Eine Sitzung in der neuen Legislaturperiode war bisher nicht notwendig.

Arbeitsgruppe „Rationelle Pharmakotherapie“

Arbeitsgruppe „Rationelle Pharmakotherapie“

Dr. med. Albrecht Kühn

Vorsitz

Dr. med. Jan Geldmacher, Dr. Stephan Roder

Mitglieder

Matthias Felsenstein

Geschäftsführung

Hintergrund dieser Arbeitsgruppe ist das Ziel einer qualitativ hochwertigen Pharmakotherapie, die nach Prof. Müller-Oerlinghausen, dem Vorsitzenden der Deutschen Arzneimittelkommission, unter anderem in einer rationalen, das heißt wissenschaftlich basierten und ärztlich sowie ökonomisch vernünftigen Arzneimitteltherapie besteht. Vor allem durch die Budgetierungen hat die Pharmakotherapie eine zusätzliche Akzentuierung erhalten. Ein weiterer Gesichtspunkt war der Eindruck, daß die Vermittlung und Umsetzung der Empfehlungen der Deutschen Arzneimittelkommission in der Breite unbefriedigend ist.

Die Arbeitsgruppe hat sich zunächst unter Hinzuziehung von Experten mit den Sartanen (AT₁-Rezeptorenblockern, Angiotensin-II-Rezeptor-

Arbeitsgruppe „Rationelle Pharmakotherapie“

Antagonisten) befaßt und Empfehlungen erarbeitet. Auf Grund inzwischen bekannt gewordener widersprüchlicher Gerichtsurteile zu Empfehlungen in der Pharmakotherapie und dem Hinweis auf die Parallelität der Arbeiten durch die Deutsche Arzneimittelkommission, hat der Vorstand der Landesärztekammer entschieden, die Arbeitsgruppe aufzulösen.

Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung in der Rehabilitation“

Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung in der Rehabilitation“

Prof. Dr. med. Eckart Jacobi

Vorsitz

Dr. med. H. Baumann, Prof. Dr. med. W. Beck, Dr. med. D. Blindow, Prof. Dr. med. W.H. Jäckel, Prof. Dr. med. L. Kinzl, Dr. med. Norbert Metke, Dr. med. R. Nitzschke, Prof. Dr. Dr. med. P.W. Schönle, Dr. med. Ralph-Michael Schulte

Mitglieder

Matthias Felsenstein

Geschäftsführung

Der Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg, Prof. Dr. med. Kolkmann, hat eine Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung in der Rehabilitation“ ins Leben gerufen, die die ärztlichen Aspekte der Qualitätssicherung beleuchten soll. Ärztliche Rehabilitationsgrundsätze können dabei verstanden werden als Unterstützung bestehender Qualitätssicherungsaktivitäten im Bereich der Rehabilitationsmedizin. Die Arbeitsgruppe hat die Aufgabe, Entscheidungshilfen für den Vorstand der Landesärztekammer auszuarbeiten. Die jeweiligen Beschlüsse der Arbeitsgruppe sind daher in erster Linie Empfehlungen

**Unterstützung
bestehender
Qualitätssicherungs-
aktivitäten**

Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung in der Rehabilitation“

an den Vorstand der Landesärztekammer. Sie tangieren nicht die bestehenden Qualitätssicherungsprogramme zum Beispiel der Rentenversicherungsanstalten, der Krankenkassen, und sie tangieren auch nicht die Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Die Arbeitsgruppe soll vielmehr die ärztlichen Grundsätze formulieren, die in die vielfältigen Bemühungen der Qualitätssicherungsmaßnahmen seitens der Kostenträger (oder wem auch immer die Durchführung der Qualitätssicherung vom Gesetz zugewiesen wird) die Ausgestaltung erleichtern. Sie hat daher nicht die Aufgabe, parallel ein weiteres Qualitätssicherungsprogramm in den Raum zu stellen. Auch medizinisch-ethische Grundsätze in der Rehabilitation tragen zur Vereinheitlichung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei.

Unter der Leitung von Prof. Dr. med. Kolkmann fand am 8. Februar 1999 die konstituierende Sitzung der Arbeitsgruppe statt. Einstimmig zum Vorsitzenden der Arbeitsgruppe wurde Prof. Dr. med. Eckart Jacobi gewählt, im Hauptamt Chefarzt der Rheumaklinik Bad Wurzach und im Nebenamt Geschäftsführender Vorstand und wissenschaftlicher Leiter des Forschungsinstituts für Rehabilitationsmedizin an der Universität Ulm.

Abgleich und Bewertung

In der ersten Sitzung fand eine ausführliche und zum Teil kontroverse Diskussion statt über den Abgleich und die Bewertung bestehender Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Rehabilitation. Dies bezog sich sowohl auf das 5-Punkte-Programm des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger, das auf Landesebene durch die Landesversicherungsanstalten und auf Bundesebene durch die Bundesversiche-

Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung in der Rehabilitation“

rungsanstalt für Angestellte, insbesondere im Bereich der stationären Rehabilitation, unterschiedlich ausgestaltet und umgesetzt wurde.

Die verschiedenen Aktivitäten der Krankenkassen, die sich zum Teil an die Empfehlungen der Rentenversicherungsträger angelehnt haben, wurden ebenfalls diskutiert. In der konstituierenden Sitzung drehte sich die Diskussion ganz um die Konzeptualisierung einer Qualitätssicherung aus Sicht der ärztlichen Selbstverwaltung sowie um Möglichkeiten der Umsetzung des damals noch gültigen § 137 SGB V hinsichtlich Beteiligung der Ärztekammer.

Aktivitäten der Krankenkassen

Nach eingehender Diskussion beschlossen die Mitglieder: Die Aufgabe der Arbeitsgruppe wird die Erarbeitung und Strukturierung von Empfehlungen sein. Diese soll dem Vorstand der Landesärztekammer zugesandt werden. Als zeitlicher Rahmen für die Erstellung der Empfehlung sind zwei Jahre mit je drei Sitzungen vorgesehen. In der Empfehlung sollen die ärztlichen Grundsätze formuliert sein, ihnen ist die Leitlinie bei der Ausgestaltung und Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen durch die unterschiedlich Verantwortlichen zugeordnet. Dazu wurden folgende Bausteine zugrundegelegt:

- 1. Reha-Bedürftigkeit aus ärztlich-medizinischer Sicht**
- 2. Zugang zur Rehabilitation, Schnittstellen**
- 3. Reha-Verlauf/Durchführung der Rehabilitation**
- 4. Ergebnis der Rehabilitation**

Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung in der Rehabilitation“

Reha-Bedürftigkeit

Die zweite Sitzung der Arbeitsgruppe fand am 05.05.1999 statt. Haupttagespunkt war die Reha-Bedürftigkeit im Sinne einer Definition aus ärztlicher Sicht. Dazu gab es eine Reihe von vorbereiteten Tischvorlagen im Sinne einer Kriterienliste für die Reha-Bedürftigkeit. Die Tischvorlagen bezogen sich auf die Sichtweisen:

- a) des niedergelassenen Arztes**
- b) des Akutkliniklers**
- c) aus der Sicht der stationären Rehabilitationsmedizin**

Das Ergebnis der zweiten Sitzung wurde in folgender Formulierung zusammengefaßt:

Präambel

An der medizinischen und beruflichen Rehabilitation sind unterschiedliche Gruppierungen in unserem Lande beteiligt, wie zum Beispiel die Deutsche Rentenversicherung, die Krankenkassen, die Rehabilitationskliniken, der Gesetzgeber, die unterschiedlichen Arbeitsgemeinschaften, um nur die wichtigsten Gruppierungen zu benennen. Alle bemühen sich um eine Zusammenarbeit und eine Verbesserung des Rehabilitationswesens zum Wohle der Patienten. Auch wenn in den unterschiedlichen Gruppierungen Ärzte mitwirken, haben die ärztlichen Selbstverwaltungsorgane, wie die Landesärztekammern und die Bundesärztekammer das Recht und auch die Pflicht, zu einer ärztlichen Meinungsbildung aus ärztlich-ethischer Sicht zu kommen und ihrerseits Empfehlungen auszusprechen. Dies bezieht sich auch auf

Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung in der Rehabilitation“

die ärztlichen Aspekte der Qualitätssicherung in der Rehabilitation. Diese Meinungsbildung ist als konstruktiver Beitrag einer Zusammenarbeit mit den unterschiedlichen Organen gedacht. Die Arbeitsgruppe selbst arbeitet Empfehlungen an den Vorstand der Landesärztekammer aus. Sie soll Entscheidungshilfen für Vorstand darstellen. Die ärztlichen Empfehlungen wiederum könnten Berücksichtigung finden bei der Ausgestaltung von Qualitätssicherungsprogrammen, deren Zuständigkeit bei den Beteiligten selbst, das heißt bei den Kostenträgern und den an der Rehabilitation beteiligten Einrichtungen liegt. Qualitätssicherung aus ärztlicher Sicht heißt daher auch, sich zu den medizinischen Grundsätzen in der Rehabilitation zu äußern und auf Defizite aufmerksam zu machen. Die Ärzteschaft bekennt sich auch in der Rehabilitationsmedizin zu dem Grundsatz, eine bestmögliche Wiedereingliederung von Erkrankten in Familie, Beruf und Gesellschaft zu ermöglichen. Dies bezieht sich auf alle unsere Mitbürger, insbesondere ohne Ansehen von Sozialstatus und Lebensalter.

Aus ärztlicher Sicht wird eine Empfehlung zu den vier Hauptblöcken der Rehabilitation ausgearbeitet:

- 1. Reha-Bedürftigkeit**
- 2. Zugang zur Reha**
- 3. Verlauf der Reha**
- 4. Reha-Ergebnis**

Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung in der Rehabilitation“

Schnittstellen- problematik

Zur dritten Sitzung der Arbeitsgruppe fanden sich die Teilnehmer am 6. Oktober 1999 erneut in der Landesärztekammer zusammen. Themen waren „Zugang zur Rehabilitation“ und „Schnittstellenproblematik“, mit dem Ziel, Empfehlungen hierzu aus ärztlicher Sicht zu formulieren. In der Sitzung wurde zunächst ein neues Arbeitsgruppenmitglied begrüßt: Dr. med. R. Nitzschke, Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin (MDK Baden-Württemberg) löste Dr. med. Mohrmann ab.

Aus aktuellem Anlaß wurden die beabsichtigten Rückstufungen der ärztlichen Mitwirkung bei Qualitätssicherungsmaßnahmen im Zuge der sich abzeichnenden Gesundheitsreform 2000 diskutiert.

Kompetenzverlagerung

Unbeirrt der sich abzeichnenden gesetzlichen Änderungen beschloß die Gruppe, die ärztlichen Grundsätze zur Qualitätssicherung in der Rehabilitation weiter zu formulieren. Da sich bereits in den Gesetzesvorlagen eine Kompetenzverlagerung auf Bundesebene sich abzeichnete, wurde der Wunsch laut, die Arbeitsgruppe nicht nur auf Länderebene, sondern auf Bundesebene zu verankern.

Das Ergebnis der dritten Sitzung vom 06.10.99 wurde als Empfehlung wie folgt formuliert:

Zugang zur Reha

Die Ärzteschaft setzt sich dafür ein, den Zugang zur Reha zu verbessern. Qualitätssicherung des Reha-Zugangs heißt, die medizinischen Entscheidungsgrundlagen meßbar und damit steuerbar zu gestalten.

Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung in der Rehabilitation“

Es wird gefordert, daß der Zugang zur ambulanten, teilstationären und stationären Reha so verzögerungsfrei verläuft wie in der akutmedizinischen Verfahrensweise. Die Ärzteschaft setzt sich dafür ein, daß der Hausarzt/niedergelassene Facharzt den Reha-Gesamtplan steuert. Er bleibt der „Case-Manager“. Für das Management Reha wird angeregt, eine Gebührenziffer zu schaffen. Diese Leistung soll erbringen dürfen, wer sich in entsprechenden Kursen eine Fachkunde dazu erworben hat. Die Informationswege zwischen den am Reha-Prozeß beteiligten Ärzte sind zu verbessern. Rehabilitationsmedizinische Beratungsstellen sind zu fördern. Soweit es sich um medizinische Entscheidungen handelt, können die Beratungsinhalte nur von Ärzten erbracht werden

Die Regionalzentren der Rentenversicherung im Land Baden-Württemberg sind als beispielhaft für den verbesserten Reha-Zugang zu unterstützen. Die Ärzteschaft regt an, daß sich alle Kostenträger von Rehabilitationsmaßnahmen dem Verfahren der Regionalzentren der Rentenversicherung anschließen. Die Ärzteschaft fordert ferner, daß die bisherige Praxis der vorherigen Klärung der Kostenfrage aufgegeben und mit einer vorläufigen Kostenzusage die Reha-Maßnahme unverzüglich eingeleitet wird.

Die Ärzteschaft empfiehlt die Durchführung von Reha-Assessments in der Reha-Klinik für alle Teilgebiete der Rehabilitation, wie bereits in der neurologischen Rehabilitation Phase C begonnen. Diese Reha-Assessments haben die Dimensionen des Gesundheitsschadens, der Fähigkeitsstörung und des Handicaps mit der daraus folgenden Prognoseeinschätzung zu berücksichtigen.

Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung in der Rehabilitation“

Als nächste Sitzung der Arbeitsgruppe wurde der 12. Januar 2000 mit dem Thema „Verlauf der Reha“ (Prozeßqualität) vereinbart.

Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung in der Schlaganfallbehandlung“

Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung in der Schlaganfallbehandlung“

Prof. Dr. med. M. Hennerici

Vorsitz

Dr. med. Norbert Andrejew, Prof. Dr. Dr. med. K.-F. Druschky, Dr. med. B. Eppinger, Matthias Felsenstein, PD Dr. med. W. Habscheid, Dr. med. Th. Schmitt, Prof. Dr. med. V. Schuchardt

Mitglieder

Matthias Felsenstein

Geschäftsführung

In der ersten 3-monatigen Erhebungsphase (Juni - August 1998) wurden 2778 Fälle erfaßt. Diese Erfassung umfaßt den akut-stationären Aufenthalt. Davon waren circa 200 Patienten im Krankenhaus verstorben. Bei einer Nachbefragung nach sechs Monaten zeigte sich, daß weitere 260 Patienten seit der Entlassung verstorben waren. 1522 Patienten konnten zu ihrem gegenwärtigen Befinden befragt werden. Die Ergebnisse werden derzeit sowohl bei den Kliniken als auch in der Expertengruppe beraten und bewertet.

Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung in der Schlaganfallbehandlung“

| | |
|--------------------|---|
| Hintergrund | In Baden-Württemberg kann mit einer Prävalenz von circa 150 Neuerkrankungen auf 100 000 Einwohner im Jahr und unter Berücksichtigung der Rezidive mit circa 25 000 Schlaganfällen im Jahr gerechnet werden. |
| Zielsetzung | Erfassung der Strukturqualität der Schlaganfallbehandlung; die Weiterentwicklung von Qualitätsindikatoren; Analyse, Gewährleistung und gegebenenfalls Verbesserung struktureller und prozessualer Bedingungen der Schlaganfallbehandlung. |
| Zielgruppe | Kliniken, in denen Patienten mit akut aufgetretenen Schlaganfällen behandelt werden, insbesondere Abteilungen für Neurologie und Innere Medizin. |
| Methodik | In Anlehnung an vergleichbare Projekte für die Schlaganfallbehandlung in Hamburg und Hessen, auf die Erfahrungen der Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Chirurgie, Geburtshilfe und Neonatologie aufbauend, wird die Maßnahme mit Kliniken der angeführten Zielgruppe durchgeführt. Die Teilnahme ist freiwillig. Die Daten werden verschlüsselt, die Ergebnisse den Teilnehmern zur Verfügung gestellt, um vergleichend mit anderen Leistungserbringern Verbesserungspotentiale zu erkennen und umzusetzen. Darüber hinaus befaßt sich eine Expertengruppe mit den Daten, um eine Versorgung auf hohem Niveau zu gewährleisten und Verbesserungen, wo möglich, durchzuführen. |

Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung in der Schlaganfallbehandlung

Die Erhebung hat am 1. Juni 1998 begonnen. Über drei Monate wurden die Daten in der akut stationären Phase erhoben. Sechs Monate nach Entlassung wurden Spätergebnisse erhoben.

Nach Diskussion und Bewertung der Daten folgt eine Interventionsphase und danach eine zweite Erhebung zur Untersuchung der Interventionserfolge.

Ablauf

Ärztlicher Verwaltungsrat der Zentralstelle der baden-württembergischen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin

Vorsitz

Dr. med. Gerhard Dieter

Mitglieder

Dr. med. Werner Baumgärtner, Dipl. Kfm. Norbert Bonauer, Prof. Dr. med. Wolfgang Brech, Siegfried Jaitner, Prof. Dr. med. Friedrich-Wilhelm Kolkmann, Hans-Jürgen Schmidt, Dr. jur. Kurt Seizinger, Burckhard Szidat, Dr. rer. Pol. Thomas Zalewski

Geschäftsführung

Matthias Felsenstein

Vereinbarungsgemäß führte 1999 ein Vorsitzender einer der vier Kassenärztlichen Vereinigungen den Vorsitz. Schwerpunkt der Arbeit war die Abstimmung und Koordinierung beim Human-Biomonitoring, wo einheitlich eine direkte Mitfinanzierung im Rahmen einer Kooperation mit dem Sozialministerium abgelehnt wurde, das Projekt einer Qualitätssicherung mit einer Geschäftsstelle beim Landesgesundheitsamt Unterstützung findet. Weitere Beratungspunkte waren die inzwischen durchgeführten Kurse in Evidence Based Medicine und die Zusam-

menarbeit mit der AOK im Rahmen der „Optimierung der Qualität
und Humanität der Behandlung von Schlaganfallpatienten“.

Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung zytologischer Untersuchungen“

Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung zytologischer Untersuchungen“

Vorsitz

Evelyn Gieren

Mitglieder

Dr. med. Michael Blanke, Dr. med. Dr. rer. nat. Hans-Otto Frey, Dr. med. Eberhard Jäger, PD
Dr. med. Volker Schneider

Geschäftsführung

Thomas Morgenroth

In dem Begriff Qualitätssicherung sind die Worte Qualität und Sicherung enthalten. In unserem jeweiligen Fachgebiet verlassen wir uns bei der Umsetzung im täglichen Ablauf in der Regel auf Empfehlungen, Leitlinien oder Richtlinien. Eine Richtlinie hat im Gegensatz zu einer Leitlinie quasi "Gesetzes-Charakter".

Für die Qualitätssicherung zytologischer Untersuchungen im Rahmen der Früherkennung des Zervixkarzinoms existiert bundesweit eine Leitlinie. Eine davon abgeleitete Richtlinie ist Bestandteil der Satzung der Landesärztekammer Baden-Württemberg vom 24. Oktober 1994.

Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung zytologischer Untersuchungen“

Durch Beschluß der Landesärztekammer vom 28. November 1997 wurde eine Arbeitsgruppe des Ausschusses "Qualitätssicherung" eingesetzt. In dieser Arbeitsgruppe haben sich zytologisch tätige Kollegen der einschlägigen Fachrichtungen mit der Erstellung eines Fragebogens beschäftigt. Mit diesem Fragebogen werden die in der Richtlinie enthaltenen Anforderungen zur Sicherung der Qualität in der Krebsvorsorgezytologie erfaßt. Der Fragebogen dient unter anderem dazu, den Ist-Zustand der Qualität zu erfragen. Als Maßnahme der externen Qualitätssicherung wird neben der Sicherstellung der besten erreichten Qualität auch eine Verbesserung an sich angestrebt.

Fragebogen

Dieser Fragebogen ist an alle Zytologen im Bereich der Landesärztekammer Baden-Württemberg verschickt worden. Die Rücksendung des Fragebogens ist obligatorisch. Die Fragebögen wurden nach Rücksendung in der Landesärztekammer statistisch ausgewertet.

Zur Zeit ist die Arbeitsgruppe sind, damit beschäftigt die Auswertungen - unter Wahrung der verschlüsselten Identität - durchzusehen und auf Einhaltung der Richtlinie hin zu prüfen. Bei Unklarheiten wird die Kommission - über die Landesärztekammer - um weitere Informationen beziehungsweise Stellungnahme in den Laboren nachfragen.

Es ist geplant, eine Auswertung des Fragebogens an die Teilnehmer zurückzuschicken. In Form eines "Benchmarking" werden hier bestimmte "Items" dargestellt werden.

Benchmarking

Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung zytologischer Untersuchungen“

Aus früheren Qualitätssicherungsmaßnahmen wissen wir, daß solch eine Rückmeldung an die Teilnehmer den effektivsten Beitrag zur Qualitätsverbesserung darstellt.

Arbeitskreis „Suchtmedizin“

Arbeitskreis „Suchtmedizin“

Dr. med. Gisela Dahl

Vorsitz

Dr. med. Christoph von Ascheraden, Dr. med. H. Geiselhart, Dr. med. R. Gellert, Dr. med. D. Grupp, Dr. med. A. Günthner, PD Dr. med. L. Hermle, Dr. med. Ulrich Lexow, Dr. med. Detlef Lorenzen, Dr. med. G. Mikus, Prof. Dr. med. K.-L. Täschner, Dr. med. A. Ulmer

Mitglieder

Matthias Felsenstein

Geschäftsführung

Der frühere Arbeitskreis „Suchttherapie“ wurde in Arbeitskreis „Suchtmedizin“ umbenannt und damit der neuen Fachkunde Suchtmedizin namentlich angeglichen.

Der Arbeitskreis befaßte sich mit den „Modellen zur Heroinsubstitution“ und den unterschiedlichen Interpretationen der Ergebnisse. Ein weiterer Beratungspunkt war das inzwischen für die Substitution zugelassene Buprenorphin. Über die Drogenproblematik im Zusammenhang mit dem Strafvollzug wurde eine intensive Diskussion mit Prof. Busch, Medizinalreferent aus dem Justizministerium geführt. Insbe-

**Suchtgefährdete und
suchtkranke Ärzte**

sondere eine bessere Abstimmung in der Betreuung bei Entlassung, ein Zeitpunkt, der von einer sehr hohen Mortalitätsrate gekennzeichnet ist, war ein herausragender Gesichtspunkt.

Ein Schwerpunkt der Arbeit liegt in der Entwicklung eines Konzeptes für suchtgefährdete und suchtkranke Ärzte. Hierfür befaßte sich der Arbeitskreis mit vorhandenen Konzepten und führte ein Gespräch mit Dr. Mäulen, der langjährige Erfahrung in der Behandlung von Ärzten hat. Neben der medizinischen Problematik wird sich der Arbeitskreis in seiner nächsten Sitzung ausführlich mit den finanziellen und sozialen Auswirkungen befassen.

Symposium

Eine weitere Arbeit war die Durchführung eines neuerlichen Symposiums, diesmal mit dem Thema: „Aktuelle Entwicklung in der Sucht aus interprofessioneller Sicht“, das mit rund 100 Teilnehmern auf große Resonanz stieß.

Drogentote

Weitere Beratungspunkte sind die Analyse der 1999 angestiegenen Zahl von Drogentoten in Baden-Württemberg und das Dritte BtMG-Änderungsgesetz, das die Einrichtung eines zentralen Registers für Substituierte beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte vorsieht, sowie Regelungen über die Einrichtung von Drogenkonsumräumen.

Arbeitskreis „Vernetzung und Telemedizin“

Arbeitskreis „Vernetzung und Telemedizin“

Dr. med. Achim Hoffmann-Goldmayer

Vorsitz

Dr. med. Berthold Dietsche, Matthias Felsenstein, Direktor Herles, Prof. Dr. iur. Hans Kamps,
Dr. med. Werner Lipke, Dr. medic./IM Temeschburg Johann May, Dr. med. Ingrid Stenger

Mitglieder

Dr. med. Oliver Erens

Geschäftsführung

Der Arbeitskreis hat im Jahr 1999 insgesamt dreimal getagt.

Nach der Umbenennung und Neubesetzung durch den Vorstand der Landesärztekammer stellte sich die originäre Aufgabe in der konstituierenden Sitzung, die Ziele des Arbeitskreises zu definieren. Zwangsläufig standen somit im Juni 1999 daher die Auswirkungen des im Referentenentwurf vorliegenden Gesundheitsreformgesetzes 2000 im Vordergrund. Als weiteren Schwerpunkt der Arbeit des Arbeitskreises definierten seine Mitglieder die Erarbeitung der verschiedenen „Vernetzungen“ im Rahmen der ärztlichen Kooperation in Baden-Württemberg. Die Aufgabe des Arbeitskreises wird dahingehend

Gesundheitsreformgesetz

Arbeitskreis „Vernetzung und Telemedizin“

Bestandsaufnahme

formuliert, in einer Bestandsaufnahme zum Thema Vernetzung darzustellen, welche Netzstrukturen es in Baden-Württemberg gibt, welche Erfahrungen aus den einzelnen Netzen zu ziehen sind und welche Problemstellungen sich durch die Vernetzung ergeben haben. Als weiteres Aufgabengebiet stellte der Arbeitskreis die „Telemedizin“ heraus. Auch hier soll zunächst einmal im Rahmen einer Bestandsaufnahme dargestellt werden, in welcher Form und in welchem Umfang telemedizinische Anwendungen in Praxis und Klinik bereits erprobt zum Einsatz gelangen beziehungsweise welche kurzfristig möglichen und in Klinik und Praxis umsetzbaren Verfahren eine Rolle spielen können. Zusätzlich hat der Arbeitskreis in seiner konstituierenden Sitzung seine aktive Mitarbeit beim inhaltlichen Aufbau des Internetauftrittes der Landesärztekammer Baden-Württemberg angeboten. Insbesondere möchte der Arbeitskreis hier mit beratender Stimme bei der Frage mitwirken, welche Informationen dem Patienten und Bürger dargeboten werden können und wie der Auftritt der Landesärztekammer am schnellsten der Ärzteschaft näher gebracht werden kann.

Telemedizin**Internetauftritt****Datenschutz**

In einer weiteren Sitzung wurde dann das aus zeitlichen Gründen dringend zu bearbeitende Thema der Auswirkungen der Gesundheitsreform 2000, insbesondere im Hinblick auf den Datenschutz in Praxen und Kliniken, erarbeitet. Anhand von konkreten Fallbeispielen aus der ärztlichen Praxis wurden die Gefahren der neuen Regelung aufgezeigt. Zum damaligen Zeitpunkt war geplant, daß nach Verabschiedung eines von dem Ausschuß erstellten Papiere durch den Vorstand dieses dem Gesundheitsminister des Landes Baden-Württemberg, Herrn Dr. Repnik, und dem Bündnis für Gesundheit vorgelegt werden sollte. Im

Arbeitskreis „Vernetzung und Telemedizin“

Rahmen einer Pressekonferenz sollten dann die erzielten Ergebnisse der Öffentlichkeit bekannt gemacht werden und nachdrücklich auf die datenschutzrechtlichen Bedenken hingewiesen werden. Nachdem dieses Papier in intensiver Kooperation und mit den Beiträgen der beteiligten Ausschußmitglieder erarbeitet worden ist, sollte dieses dem Vorstand der Landesärztekammer in seiner Sitzung im Oktober 1999 vorgestellt werden.

Das Papier konnte in der 1. Oktoberhälfte endgültig fertiggestellt werden und umfaßte eine lückenlose Dokumentation der den Datenschutz betreffenden Probleme des geplanten Reformgesetzes. Eine Abstimmung über dieses Papier im Vorstand der Landesärztekammer erübrigte sich dann allerdings im Herbst 1999, als erkennbar war, daß die vom Bundestag eingebrachte Gesetzesnovelle durch die neu entstandenen Mehrheitsverhältnisse im Bundesrat keine Chancen mehr hatte, in der Länderkammer so verabschiedet zu werden. Insoweit ist dieses Positionspapier heute eine zusammenfassende Dokumentation von möglichen Gefahren im datenschutzrechtlichen Bereich im Gesundheitswesen, welches bei Bedarf nicht nur interessierten Ärzten, sondern auch als Grundlage für einschlägige Diskussionsveranstaltungen dienen kann.

Da im Herbst 1999 durch die sich in rasanter Geschwindigkeit vollziehenden Änderungen im Gesetzeswerk auch eine allgemeine Verunsicherung herrschte, welche Auswirkungen die einschlägigen Paragraphen für neue Versorgungsformen (Modelle, Strukturverträge, integrierte Versorgung) haben werden, wurde übereinstimmend beschlos-

**Lückenlose
Dokumentation**

sen, das Thema Vernetzung zunächst zurückzustellen und die endgültige Gesetzgebung abzuwarten.

Fachabteilungen

Ärztliche Pressestelle

Ärztliche Pressestelle

Die Gesundheitsreform war 1999 Schwerpunkt ärztlicher Öffentlichkeitsarbeit, und hier besonders engagiert waren die Öffentlichkeitsreferate der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Aber auch die Landesärztekammer hat ihren Teil zur Aufklärung und Mobilisierung des Bürgerinteresses beigetragen: Sie gründete das "Bündnis für Gesundheit Baden-Württemberg" in der Regie der Ärztlichen Pressestelle. Pressekonferenzen und Verlautbarungen stellten Sachverhalte richtig. Aus 135 Redaktions- und Journalistenanfragen über das Jahr verteilt war ersichtlich, daß auch noch andere Themen gefragt waren wie zum Beispiel die Grippe, die Zecken oder die Positivliste, das Jahrtausendbaby, die Abtreibungspille oder der Pfefferspray, den die Polizei in Einsatz bringen wollte. Themen also quer durch das Alltagsleben. Die Landespressekonferenz, diesmal in Warth bei Nagold, der Neujahrsempfang und der Informations- und Gedankenaustausch mit dem Sozialausschuß im Landtag von Baden-Württemberg waren Events der Pressestelle.

Gesundheitsreform

**Bündnis für Gesundheit
Baden-Württemberg**

**Deutsches Gesundheits-
netz**

Hinzu kam die Weiterentwicklung des Auftritts der Landesärztekammer mit den Bezirkskammern im Deutschen Gesundheitsnetz, das inzwischen fast 10.000 Ärztinnen und Ärzte als Mitglieder hat, von denen dann fast ein Drittel aus Baden-Württemberg kommen. Und begonnen wurde in der Ärztlichen Pressestelle mit der Vorbereitung des Auftritts der Landesärztekammer im Internet.

Internet

Jürgen Dreher

Neue Leitung

Zum 1. Januar 2000 wechselte die Leitung der Ärztlichen Pressestelle. In den ersten drei Monaten des neuen Jahres konnten bereits 64 Redaktions- und Journalistenanfragen zu einem breiten Themenspektrum bearbeitet werden. 11 Pressemitteilungen und drei Pressekonferenzen zu den Themen „Medizin 2000“, „Gesundheitsrat Südwest“ und „Hartmannbund Hauptversammlung“, erbrachten eine gute Resonanz in allen Medien des Landes. Bei einer Telefonaktion mit der Gastro-Liga konnten in zwei Stunden knapp 80 Anfragen von Bürgerinnen und Bürgern beantwortet werden.

LÄK Aktuell

Neu ins Leben gerufen wurde eine unregelmäßig erscheinende Informationsschrift für die Vorsitzenden der Ärzteschaften mit dem Titel „LÄK Aktuell“. Hier wurde beispielsweise informiert über die Gesundheitsreform 2000, die Kammergesetzänderung, Reproduktionsmedizin, Einrichtung einer Psychotherapeutenkammer, Gesundheitsrat Südwest, Internetauftritt von Ärzten, sowie über Veranstaltungen der Landesärztekammer und der Bezirksärztekammern.

Dr. med. Oliver Erens

Ärztliche Stelle Baden-Württemberg nach § 16 RöV

Ärztliche Stelle Baden-Württemberg nach § 16 RöV

Von der Ärztlichen Stelle sind mit Stand vom 31.12.1999 2.290 *Betreiber* (61 weniger als 1998) = 4.881 *Strahler* (76 weniger als 1998) erfaßt.

Von den 2.290 Betreibern sind:

- 1.882 radiologisch tätige Vertragsärzte einschließlich teilradiologisch tätige Ärzte
- 329 Krankenhäuser
- 79 sonstige Einrichtungen

Im Zeitraum vom 2. Januar 1999 bis 31. Dezember 1999 wurden 1.088 *Betreiber* mit 2.348 *Strahlern* überprüft (zusammensetzend aus 890 radiologisch tätigen Ärzten, 166 Krankenhäusern und 32 sonstigen Einrichtungen).

**1.088 Betreiber mit
2.348 Strahlern**

Es konnte trotz zeitweiligem Personalmangel garantiert werden, daß der Prüfturnus von zwei Jahren eingehalten wurde.

Prüfturnus

Ärztliche Stelle Baden-Württemberg nach § 16 RöV

Kommissionssitzungen

Nach vorheriger Aufarbeitung der eingesandten Prüfunterlagen durch die Mitarbeiter der Ärztlichen Stelle und datengerechter Erfassung wurden auch in diesem Jahr in 12 Kommissionssitzungen die Ergebnisse der Überprüfung der Qualitätssicherung eingeschätzt und gemäß § 16 Röntgenverordnung dem Strahlenschutzverantwortlichen und dem anwendenden Arzt Vorschläge zur Verringerung der Strahlenexposition und zur Verbesserung der Bildqualität und Untersuchungstechnik unterbreitet.

Rückinformation

Die seit Jahren bewährte schriftliche Rückinformation durch den Betreiber zum Zwecke der Kontrolle der Umsetzung der Empfehlungen und Verbesserungsvorschläge wurde strikt beibehalten.

Beratungsgespräche

Vielzählige Beratungsgespräche, in denen auf die Gesamtproblematik des Strahlenschutzes und der Filmverarbeitung, die Untersuchungstechnik insbesondere des Magen-Darm-Kanales, technische Voraussetzungen in der Röntgendiagnostik, Indikationsstellung etc. eingegangen wurde, sind vom Betreiber in der Regel sehr dankbar angenommen worden.

Bei 89 (8 %) - 2 % weniger als 1998 - brauchten von seiten der Ärztlichen Stelle keine Vorschläge zur Verringerung der Strahlenexposition gemacht zu werden.

Minimierung der Strahlenbelastung

Bei 930 (85 %) - 5 % mehr als 1998 - wurden Empfehlungen und Verbesserungsvorschläge zur Minimierung der Strahlenbelastung erarbeitet. Wo Beratungsbedarf sich anbot, wurden durch die Mitarbeiter der Ärztlichen Stelle telefonisch Gespräche angeboten und durchgeführt.

Ärztliche Stelle Baden-Württemberg nach § 16 RöV

Bei 69 (6 %) - 4 % weniger als 1998 - mußte im Interesse des Strahlenschutzes eine Wiederholungsprüfung in verkürzten Intervallen (6/12 Monate) durchgeführt werden.

In 39 Fällen (4 %) - identisch zu 1998 - wurde die Aufsichtsbehörde eingeschaltet. Dies war der Fall bei nicht gesandten Unterlagen (12), nicht fristgemäßer Beseitigung von dargelegten Mängeln (23) und Sonstigem (4).

Prüfergebnisse im einzelnen:

Filmverarbeitung

Wie in den Vorjahren wurden die Konstanzprüfungsunterlagen durch Bewertung der Densitometerstreifen und dazugehöriger Auswerteprotokolle von einem vorgegebenen Zeitraum von 6 Monaten überprüft. Zur Auswertung kamen 1.181 Filmverarbeitungen. 89 % führten die Qualitätssicherung nach DIN 6868, 2 durch. In 8 % (2 % weniger als 1998) wurde das sog. Stuttgarter Verfahren angewandt. Das sog. Bayerische Verfahren wird nicht mehr durchgeführt.

Etwas rückläufig war mit 3 % (1998 4 %) die Unvollständigkeit gesandter Unterlagen. Gleiches trifft für den erhöhten Grundscheier verwendeten Filmmaterials zu.

Die anderen Fehlerarten sind mit unter 2 % nahezu identisch zu 1998.

Densitometerstreifen

Direktradiographie

Überprüft wurden 5.280 Serien in der Form, wie in früheren Tätigkeitsberichten geschildert.

Fehlerarten

Rückläufig waren sowohl die unvollständig gesandten Unterlagen, diverse Fehlerarten bei Aufnahmeggeräten (Rasterabbildung, inhomogene Ausleuchtung) als auch die Anfertigung der Prüfkörperaufnahmen an 1 Tag (1998 5 %, 1999 2,5 %).

Insgesamt lagen die Fehlerarten unter 5 %, in der Mehrzahl bei 2-4 %.

Röntgenaufnahmen von Patienten**Qualitätssicherung**

Wie in den vergangenen Perioden der Überprüfung der Qualitätssicherung wurde das Hauptaugenmerk bei der Beurteilung der Patientenaufnahmen gelegt auf:

- Bildqualität gemäß den Leitlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung
- Untersuchungs- und Einstelltechnik
- optische Dichte
- Gonadenschutz
- Aufnahmeparameter
- Film-Folien-System

Ärztliche Stelle Baden-Württemberg nach § 16 RöV

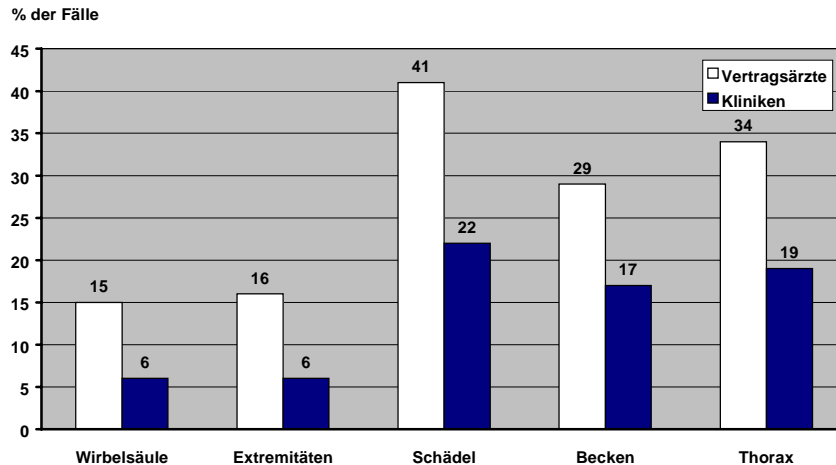
Bildqualität sowie Einstellungs- und Untersuchungstechnik

Im Hinblick auf ihre eindeutige diagnostische Aussagefähigkeit waren 93 % der Röntgenaufnahmen von Erwachsenen der verschiedenen Organgebiete (1998 identisch) nicht zu beanstanden. Im Kindesalter waren es 88 % (1998 92 %).

**Eindeutige diagnostische
Aussagefähigkeit**

Bei der Röntgendiagnostik des Magens ist sowohl bei niedergelassenen Vertragsärzten als auch bei Krankenhäusern eine deutliche Ver-

**Fehlende objektangepaßte Einblendung
in der Röntgendiagnostik
- 1999 -**

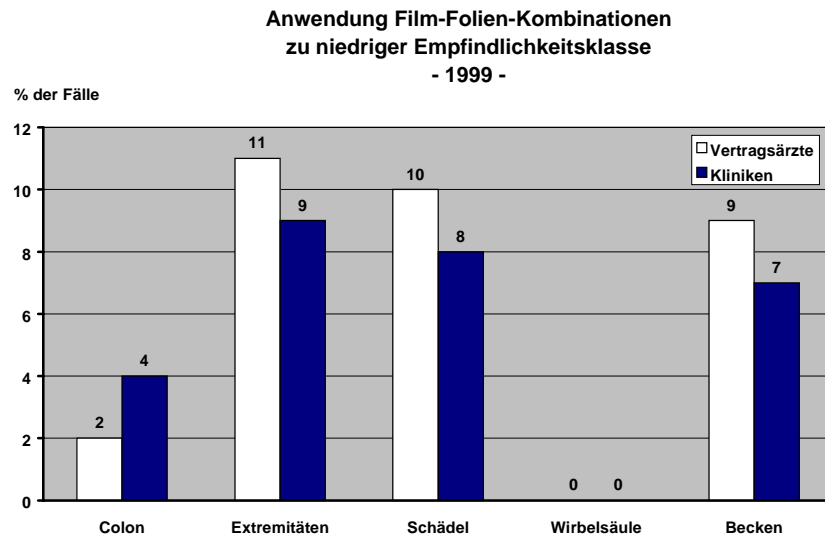


Ärztliche Stelle Baden-Württemberg nach § 16 RöV

besserung der Untersuchungstechnik zu verzeichnen (im vertragsärztlichen Bereich Senkung der Mängel um 7 %, bei Krankenhäusern um 6 % im Vergleich zu 1998). Gleiches trifft für die Colonkontrastdarstellungen im niedergelassenen vertragsärztlichen Bereich zu (Senkung der Mängel um 3 % im Vergleich zu 1998).

Einblendung

Bezüglich der objektangepaßten Einblendung zeichnet sich eine leichte Tendenz der Besserung ab, ohne daß die Ergebnisse volle Zufriedenheit signalisieren. Es sollte in der Zukunft verstärkt auf die Fortbildung der ärztlichen Hilfskräfte geachtet werden.



Ärztliche Stelle Baden-Württemberg nach § 16 RöV

Gonadenschutz

Gemessen am adäquaten Gonadenschutz bei Beckenaufnahmen von Männern im generationsfähigen Alter und bei Jungen stagnieren die Ergebnisse auch weiterhin im vertragsärztlichen Bereich. Bei Krankenhäusern zeichnet sich eine deutliche Besserung ab (1998 in 22 % mangelhafter beziehungsweise fehlender Gonadenschutz, 1999 in 14 %).

Aufnahmespannung und Film-Folien-Kombination

Wie 1998 wurden die Anstrengungen der Umsetzung der Leitlinien der Bundesärztekammer zügig fortgesetzt.

Umsetzung der Leitlinien

Bei radiologisch tätigen Vertragsärzten wurden adäquate Film-Folien-Kombinationen bei Beckenaufnahmen in 9 %, bei Schädelaufnahmen in 10 %, bei Harnröhrendarstellungen in 6 %, bei Extremitätenaufnahmen in 11 %, bei weiteren Organsystemen deutlich unter 5 % nicht angewendet.

Bei Krankenhäusern wurden in 8 % bei Schädelaufnahmen, in 9 % bei Extremitätenaufnahmen, in 7 % bei Beckenaufnahmen sowie bei weiteren Organsystemen in 1 - 5 % Film-Folien-Kombinationen mit zu niedriger Empfindlichkeitsklasse angewendet.

Bei den Aufnahmespannungen zeichnet sich eine deutliche Tendenz in der Richtung ab, daß die Leitlinien der Bundesärztekammer umgesetzt werden.

Abteilung Fortbildung und Qualitätssicherung

Die Abteilung nahm im vergangenen Jahr folgende Aufgaben wahr:

Geschäftsführung und Sachbearbeitung für folgende Arbeitsgruppen, -kreise und -kommissionen:

- Ausschuß Qualitätssicherung
- Arbeitsgruppe Neonatalerhebung
- Arbeitsgruppe Qualitätssicherung Anästhesiologie
- Arbeitsgruppe Qualitätssicherung zytologischer Untersuchungen
- Arbeitsgruppe Qualitätssicherung in der Diabetologie
- Arbeitsgruppe Qualitätssicherung in der Rehabilitation
- Arbeitsgruppe in der Schlaganfallbehandlung
- Arbeitsgruppe Rationelle Pharmakotherapie
- Arbeitsgruppe Qualitätssicherung in Medizinischen Laboratorien
- Arbeitskreis Suchtmedizin
- Fortbildungskommission
- Projektgeschäftsstelle der Zentralstelle der Baden-Württembergischen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin

Abteilung Fortbildung und Qualitätssicherung

Einzelheiten hierzu, insbesondere auch über die organisatorische Zuordnung zur Landesärztekammer sind in den entsprechenden Tätigkeitsberichten erläutert.

Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen

- Neonatalerhebung, im Auftrag der Projektstelle QiK bei der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft
- Anästhesiologie, in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin
- Zytologische Untersuchungen im Rahmen der Früherkennung des Zervixkarzinoms
- Diabetologie in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Diabetologie Baden-Württemberg der Deutschen Diabetes-Gesellschaft
- Schlaganfallbehandlung
- Stationäre Depressionsbehandlung in der klinischen Psychiatrie in Zusammenarbeit mit einer Arbeitsgruppe Ärzte/ Psychologen der klinischen Psychiatrie

Die Konzepte und Ergebnisse der einzelnen Maßnahmen sind in den Berichten aufgeführt.

Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen und Symposien

- Mit in Kraft treten der neuen Fahrerlaubnisverordnung wurden für alle Ärzte, die Gutachten im Auftrag der Fahrerlaubnisbehörde erstellen, der Nachweis einer verkehrsmedizinischen Qualifikation

Abteilung Fortbildung und Qualitätssicherung

Voraussetzung. Zum Erwerb dieser Qualifikation wurden 3 Veranstaltungen, jeweils über 16 Stunden nach dem Curriculum der Bundesärztekammer, mit insgesamt über 300 Teilnehmern durchgeführt.

- Die Fortbildung „Moderne Aspekte der Ernährungsmedizin“ fand mit knapp 100 Teilnehmern ein breites Echo.
- 2 Kurse in Evidence Based Medicine in Zusammenarbeit mit der Universität Ulm für Mitglieder der Vorstände der LÄK, der KVen und des Ausschuß Qualitätssicherung.
- Symposium „Unser täglich Brot...“, umweltmedizinische Probleme um unsere Ernährung“ in Zusammenarbeit mit dem Ausschuß Umwelt.
- Symposium „Aktuelle Entwicklung in der Sucht aus interprofessioneller Sicht“ in Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis Suchtmedizin.

Alle Veranstaltungen wurden mit dem konsentierten Evaluationsbogen ausgewertet, wie er 1998 der Vertreterversammlung vorlag und die entsprechenden Verbesserungen initiiert.

Weitere Bereiche

Die Abteilung unterhält das mit der hohen Bedeutung der Qualitätssicherung in der Medizin stetig wachsende Archiv für den Bereich Qualitätssicherung der LÄK und eine entsprechende Bibliothek, die laufend aktualisiert wurde, um der dynamischen Entwicklung dieses Gebietes Rechnung zu tragen.

Abteilung Fortbildung und Qualitätssicherung

Für die Bezirksärztekammer Nordwürttemberg werden Gutachten im Rahmen der Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ erstellt.

Die Abteilung ist an Arbeitsgruppen auf Bundesebene beteiligt, die überregional an Konzepten und der Harmonisierung von Qualitätssicherungsmaßnahmen arbeiten, wie bei Fallpauschalen und Sonderentgelten und der Neonatologie.

Mitarbeiter der Abteilung sind außerdem als Referenten zum Thema Qualitätssicherung u.a. in der Weiterbildung in Allgemeinmedizin, Sozialmedizin und Ärztliches Qualitätsmanagement tätig.

In mehreren wissenschaftlichen Publikationen wurden Ergebnisse und Erkenntnisse aus den durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen und Fortbildungen einer breiteren Öffentlichkeit bekannt gemacht.

Die von der Abteilung unterhaltene Datenbank zu Fortbildungsveranstaltungen wird in vielfacher Hinsicht genutzt. Einerseits dient sie zur strukturierten Planung von Fortbildungsveranstaltungen, insbesondere auch in Verbindung zu Qualitätssicherungsmaßnahmen, andererseits, ist sie Basis für die Fortbildungsauskunft, die tagtäglich selbst vom benachbarten Ausland in Anspruch genommen wird.

Matthias Felsenstein

Epidemiologisches Krebsregister Baden-Württemberg

Trägerschaft der Landesärztekammer

Das Epidemiologische Krebsregister Baden-Württemberg wird in Trägerschaft der Landesärztekammer geführt und ist bereits seit fünf Jahren eine der Abteilungen der Kammer. Die Regelfinanzierung des Krebsregisters erfolgt durch das Land Baden-Württemberg, wobei auch im Jahr 1999 das Bundesministerium für Gesundheit und die Deutsche Krebshilfe im Rahmen ihrer Projektfinanzierungen die Arbeit des Krebsregisters insbesondere in Vorbereitung des weiteren Ausbaus (s.u.) unterstützt haben.

Landeskrebsregister- gesetz

Grundlage der Arbeit des Krebsregisters ist das Landeskrebsregistergesetz, das in enger Abstimmung mit dem Datenschutz entwickelt wurde, sowohl Meldeverfahren und -inhalte wie auch die Weitergabe von Daten für die Forschung regelt und im Jahr 1994 in Kraft trat.

Aufgaben

Morbidität von Kreberkrankungen

Während über die amtliche Statistik beispielsweise bekannt ist, daß bösartige Neubildungen nach wie vor die zweithäufigste Todesursache

Epidemiologisches Krebsregister Baden-Württemberg

darstellen, beruht das Wissen über die Morbidität von Krebserkrankungen in der Bevölkerung Baden-Württembergs bestenfalls auf Schätzungen. Diese Lücke zu schließen und zum Krebsgeschehen in Baden-Württemberg verlässliche Daten bereitzustellen gehört zu den wesentlichen Aufgaben des Krebsregisters Baden-Württemberg. Hierzu gehört die Beschreibung der zeitlichen und räumlichen Entwicklung bestimmter Lokalisationen ebenso wie auch die Identifikation bestimmter Risikogruppen in der Bevölkerung. Nicht zuletzt ist die Unterstützung der wissenschaftlichen Forschung durch die Bereitstellung von Daten zentrale Aufgabe des Krebsregisters Baden-Württemberg. Hierfür steht auch im Jahr 1999 die Kooperation mit dem Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg im Rahmen der Studie "Ernährung und Krebs (EPIC)", die sich auch im Konzept des weiteren Ausbaus des Krebsregisters bemerkbar macht.

**Identifikation
bestimmter
Risikogruppen**

Meldebeteiligung

Ohne die aktive Beteiligung der Ärzteschaft kann das Krebsregister Baden-Württemberg keinen Erfolg haben. Da in Baden-Württemberg - im Gegensatz zu anderen Bundesländern - ein Melderecht besteht, ist das Krebsregister ständig bemüht, die Ärztinnen und Ärzte zur Mitarbeit zu motivieren. Neben der direkten Ansprache gehört hierzu auch das Melder-Feedback, bei dem für jede Meldestelle die übermittelten Daten bestimmter Diagnosejahrgänge ausgewertet und allen vorhandenen Daten gegenübergestellt werden. Im Jahr 1999 haben insgesamt 162 Meldestellen dieses Feedback erhalten.

Melder-Feedback

Epidemiologisches Krebsregister Baden-Württemberg

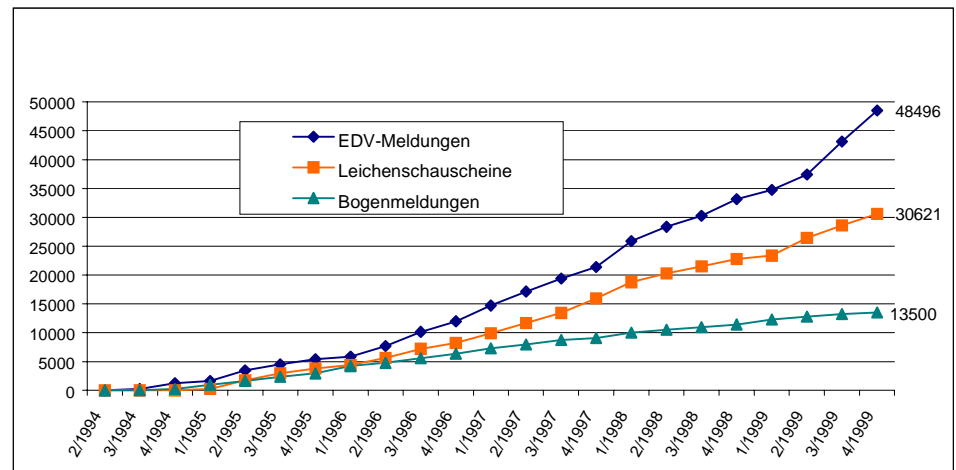
Meldungen im Jahr 1999

Den Eingang von Meldungen im Jahr 1999 gibt nachstehende Tabelle wieder, die Entwicklung der Meldetätigkeit in den Jahren 1994 bis 1999 einschließlich der Übermittlung der Leichenschauheine durch die Gesundheitsämter das sich anschließende Schaubild.

Meldungseingang 1999

| | |
|----------------------|--------|
| Stadtkreis Mannheim | 2.225 |
| Ortenaukreis | 6.109 |
| Landkreis Ravensburg | 2.171 |
| Andere Kreise | 6.765 |
| Gesamt | 17.270 |

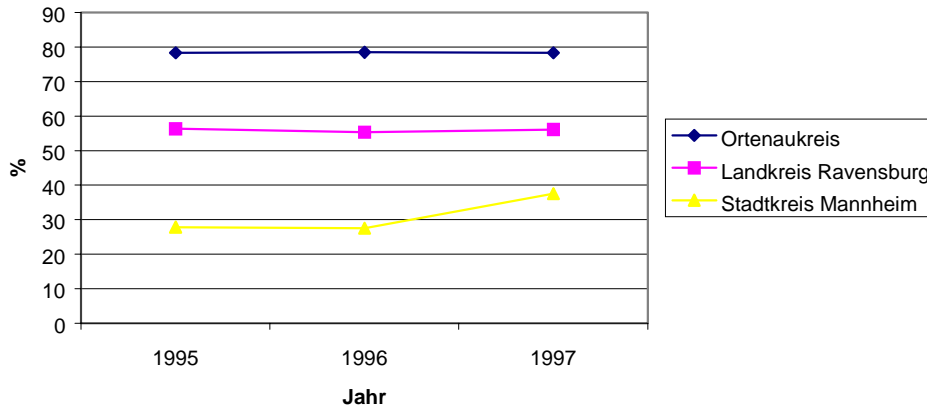
Entwicklung der Meldetätigkeit 1994-1999



Epidemiologisches Krebsregister Baden-Württemberg

Der Erfassungsgrad, berechnet auf der Grundlage der Inzidenzen des Krebsregisters des Saarlandes, bleibt für den Ortenaukreis und den Landkreis Ravensburg für die bislang ausgewerteten Meldungen der Jahre 1995 bis 1997 nahezu gleich, während er sich im Stadtkreis Mannheim im Jahr 1997 deutlich erhöht (Abb. 2). Bedauerlicherweise hat ein Pathologisches Institut in Mannheim im Jahr 1999 die Kooperation mit dem Krebsregister eingestellt, so daß eine weitere Steigerung des Erfassungsgrades dort nicht zu erwarten ist. Nach wie vor liegen trotz intensiver Bemühungen keine Meldungen aus dem Klinikum Mannheim vor.

Erfassungsgrad



**Erfassungsgrad
1995-1997**

Epidemiologisches Krebsregister Baden-Württemberg

Krebsneuerkrankungen in Baden-Württemberg 1997

Im Jahr 1999 konnte der Diagnosejahrgang 1997 abschließend ausgewertet werden.

Die Auswertung der Daten aller Meldestellen in Baden-Württemberg für die Jahre 1995 bis 1997 zeigt folgende Tabelle:

**Tumorneuerkrankungen
in den Diagnosejahren
1995-1997**

| | Männer | | Frauen | |
|---|--------|-------|--------|-------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Lippe, Mundhöhle, Pharynx | 606 | 5,5% | 158 | 1,0% |
| Verdauungsorgane | 3691 | 33,5% | 3227 | 20,5% |
| Atmungsorgane u. sonst. intrathorakale Organe | 1267 | 11,5% | 295 | 1,9% |
| Knochen u. Gelenkknorpel | 27 | 0,2% | 42 | 0,3% |
| Melanom u. sonst. bösartige Neubildungen der Haut | 414 | 3,8% | 344 | 2,2% |
| Mesotheliales Gewebe u. Weichteilgewebe | 110 | 1,0% | 115 | 0,7% |
| Brustdrüse | 34 | 0,3% | 6027 | 38,3% |
| weibliche Genitalorgane | | | 2708 | 17,2% |
| männliche Genitalorgane | 2193 | 19,9% | | |
| Harnorgane | 1083 | 9,8% | 520 | 3,3% |
| Auge, Gehirn u. sonst. Teile des Zentralnervensystems | 118 | 1,1% | 93 | 0,6% |
| Schilddrüse u.- sonst. endokrine Drüsen | 74 | 0,7% | 215 | 1,4% |
| Ungenau bez. Lokalisationen, sekundäre u. n.n.bez. Lokalisationen | 144 | 1,3% | 146 | 0,9% |

Epidemiologisches Krebsregister Baden-Württemberg

| | Männer | | Frauen | |
|--|--------------|---------------|--------------|---------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Lymphatische, blutbildende u. verwandte Gewebe | 666 | 6,0% | 547 | 3,6% |
| In-situ-Neubildungen | 426 | 3,9% | 1227 | 7,8% |
| Neubildungen unsicheren Verhaltens der Harnblase | 179 | 1,6% | 50 | 0,3% |
| Gesamt | 11032 | 100,0% | 15741 | 100,0% |

**Tumorneuerkrankungen
in den Diagnosejahren
1995-1997**

Ortenaubericht

Der Erfassungsgrad im Ortenaukreis rechtfertigt es, das Krebsgeschehen in diesem Kreis näher darzustellen. Dabei werden auch regionale Unterschiede im Auftreten bestimmter Lokalisationen betrachtet. Das Krebsregister hat im Berichtsjahr damit begonnen, die Daten aufzubereiten. Selbstverständlich erfolgt die Abfassung des Berichtes in Abstimmung mit der dortigen Ärzteschaft.

Weiterer Ausbau

Im Jahr 1998 hatte das Krebsregister, veranlaßt durch das Sozialministerium, ein Konzept zum weiteren Ausbau des flächendeckenden Erfassungsgebietes vorgelegt. Danach sollen ab dem Jahr 2000 folgende Stadt- und Landkreise aufgenommen werden: Stuttgart, Ludwigsburg, Heilbronn, Neckar-Odenwald, Karlsruhe, Rastatt, Baden-Baden, Enzkreis, Pforzheim, Böblingen, Esslingen, Rems-Murr und Tübingen. Die Bezugsbevölkerung des Krebsregisters erstreckt sich dann auf ca. 6 Millionen Einwohner. Nach fachlicher und politischer

**flächendeckendes
Erfassungsgebiet**

Abstimmung hat das Krebsregister im Jahr 1999 begonnen, in diesen Kreisen eine Meldestruktur aufzubauen. Da die klinische Tumordokumentation und die Pathologischen Institute zu den wichtigsten Meldestellen gehören, wurde zunächst mit diesen Kontakt aufgenommen. So fand beispielsweise am 17.5.1999 in der Landesärztekammer ein Workshop mit Vertretern der Klinischen Tumordokumentation statt, an dem das zukünftige Meldeschema besprochen wurde

Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister

Auch im Jahr 1999 hat sich das Epidemiologische Krebsregister Baden-Württemberg in der Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland aktiv beteiligt. Die Arbeitsgemeinschaft arbeitet an der Herausgabe eines Manuals zur Unterstützung und Vereinheitlichung der Arbeitsabläufe in den Krebsregistern. Das Krebsregister Baden-Württemberg hat die Abfassung zweier Beiträge übernommen, wobei der erste zum Thema "Klassifikationssysteme" im Jahr 1999 abgeschlossen werden konnte. Auch nach Auslaufen des Bundeskrebsregistergesetz am 31.12.1999 wird die Arbeit der Arbeitsgemeinschaft unter Beteiligung des baden-württembergischen Krebsregisters fortgeführt werden.

Schlußbemerkung

Der Erfolg des Epidemiologischen Krebsregisters Baden-Württemberg ist eng an die Kooperationswilligkeit der Ärzteschaft gebunden. Die Abschätzung des Erfassungsgrades, die demnächst mit

**Herausgabe eines
Manuals**

Erfassungsgrad

Epidemiologisches Krebsregister Baden-Württemberg

weiteren Daten in einem Bericht publiziert werden wird, zeigt, daß das Krebsregister von dem international üblichen Maßstab von 90 % noch weit entfernt ist. Zwar wird in vielen Gesprächen deutlich, daß Ärztinnen und Ärzte die Einrichtung eines epidemiologischen flächendeckenden Krebsregisters in Baden-Württemberg für notwendig erachten, sich selbst aber nicht beteiligen wollen. Daß auf diesem Hintergrund verstärkt über die Einführung einer Meldepflicht diskutiert wird, überrascht daher nicht.

Wolf-Ulrich Batzler

Folgende Berichte können über das Epidemiologische Krebsregister bezogen werden:

- *Epidemiologisches Krebsregister Baden-Württemberg, Jahresbericht 1998, Stuttgart, Januar 1999*
- *Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland, Krebs in Deutschland, 2. erweiterte Auflage, Saarbrücken, Dezember 1999*

Besondere Einrichtungen

Aufbau eines Arzt- / Patienteninformationsdienstes im Bezirk Nordbaden

Aufbau eines Arzt- / Patienteninformationsdienstes im Bezirk Nordbaden

Prof. Dr. med. Stefan Wysocki, Präsident der Bezirksärztekammer Nordbaden, und
Hans-Jürgen Schmidt, Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nordbaden

Dr. med. Jürgen Stoll

Projektleitung

Der zweite Baden-Württembergische Ärztetag am 26./27. Juni 1998 in Ulm hatte sich vor dem Hintergrund der im Workshop IV geführten Diskussion mit großer Mehrheit dafür ausgesprochen, in der gemeinsamen Trägerschaft der Landesärztekammer und der vier Kassenärztlichen Vereinigungen in Baden-Württemberg ein Informationssystem für Ärzte und Patienten aufzubauen. Als Pilotstandort wurde schließlich der Bezirk Nordbaden ausgewählt. Die neue Einrichtung hat inzwischen in Karlsruhe ihren Betrieb aufgenommen. Die ersten Erfahrungen mit der neuen Einrichtung sind so positiv, daß nunmehr an den

**Informationssystem für
Ärzte und Patienten**

Aufbau vergleichbarer Einrichtungen in den anderen drei Bezirken gedacht werden kann.

Ausgangslage

Die großen Fortschritte in der medizinischen Wissenschaft haben zu einer zunehmenden Spezialisierung in der ärztlichen Berufsausübung geführt. Die nach geltendem Berufsrecht und Weiterbildungsrecht eingeführten Bezeichnungen geben aus Sicht vieler Patienten nur unzureichend Aufschluß über die bestehenden Versorgungsmöglichkeiten. Bislang hat sich die Situation so entwickelt, daß Informationen über Leistungsangebote im Gesundheitswesen in wachsendem Umfang durch Krankenkassen und kommerzielle Auskunftsstellen weitergegeben werden. Dabei ist nicht immer sichergestellt, daß diese Informationen auf einer objektiven, medizinisch-wissenschaftlichen Grundlage beruhen. Vielfach stehen vornehmlich die wirtschaftlichen Interessen der Betreiber solcher Auskunftsstellen im Vordergrund. Die Bereitstellung von Informationen zur Struktur der Versorgung im Gesundheitssystem sowie über die an der Versorgung teilnehmenden Ärzte und andere Leistungsanbieter und über die Qualität von ärztlichen Leistungen ist aber eine originäre Aufgabe der ärztlichen Selbstverwaltung. Die Erkenntnis, daß ein zuverlässiges Informationssystem letztlich nur in der gemeinsamen Trägerschaft der ärztlichen Körperschaften verwirklicht werden kann, hat den Baden-Württembergische Ärztetag veranlaßt, jetzt diese Initiative zu ergreifen.

**Kommerzielle
Auskunftsstellen**

Aufbau eines Arzt- / Patienteninformationsdienstes im Bezirk Nordbaden

Umsetzung der Beschlüsse

Bereits im Rahmen des 3. Baden-Württembergischen Ärztetag am 25./26. Juni 1999 in Heidelberg konnte das Konzept vorgestellt werden und der Beginn der Pilotphase im Bezirk Nordbaden der Öffentlichkeit bekanntgegeben werden. Die Partner des in Abstimmung mit dem Aufsichtsministerium als „Arbeitsgemeinschaft des öffentlichen Rechtes“ konzipierten Pilotprojektes, die Bezirksärztekammer Nordbaden und die Kassenärztliche Vereinigung Nordbaden, haben jetzt das Ziel der Pilotphase erreicht: Ein fachlich kompetent mit einem

**Neuer Informations-
dienst**


Pilotprojekt

Info-Service Gesundheit

der nordbadischen Ärzte

Bezirksärztekammer Nordbaden /
Kassenärztliche Vereinigung Nordbaden

Ihr Wegweiser zu Ärzten und Therapeuten
in Nordbaden

 **01805 / 150051**

Arzt und einer Fachkraft besetzter Informationsdienst hat die Arbeit aufgenommen und dient sowohl Ärzten wie auch unmittelbar den Patienten als Anlaufstelle, die schriftlich wie

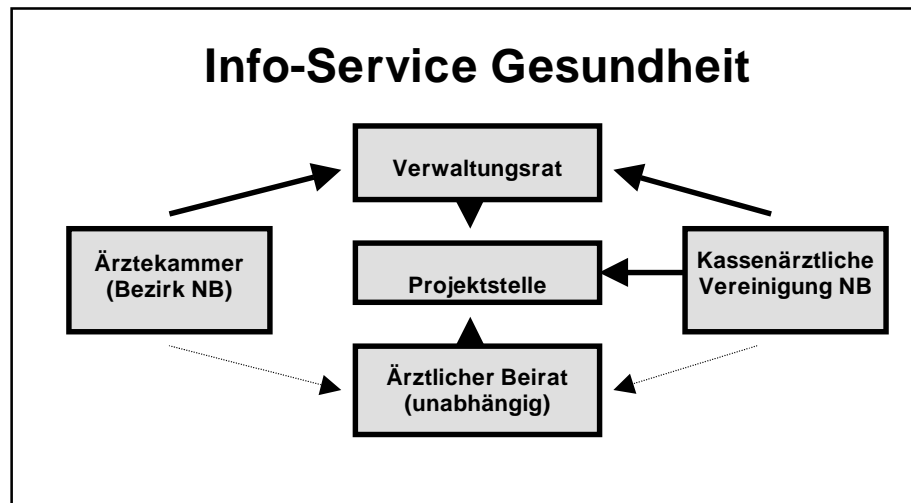
telefonisch Auskünfte über ambulante und stationäre Versorgungsmöglichkeiten geben kann. Über die Rufnummer 01805-150051 ist der neue Informationsdienst zwischenzeitlich im gesamten Bezirk Nordbaden präsent. Der nebenstehende Eintrag wird nach und nach in

Aufbau eines Arzt- / Patienteninformationsdienstes im Bezirk Nordbaden

die Neuauflagen aller Telefon- und Branchenbücher im Bezirk Nordbaden eingestellt.

Strukturen und Finanzierung

Die neue Einrichtung wird finanziell ausschließlich von den beteiligten ärztlichen Körperschaften getragen, damit auch in Zukunft wirtschaftliche oder gar politische Interessen Dritter nach Möglichkeit ausgeschlossen bleiben. In diesem Merkmal unterscheidet sich die neue Einrichtung wesentlich von vergleichbaren Ansätzen in anderen



Aufbau eines Arzt- / Patienteninformationsdienstes im Bezirk Nordbaden

Bundesländern. Der Wirtschaftsplan der Einrichtung in Karlsruhe hatte 1999 ein Volumen von rund DM 300.000.-. In diesem Umfang sind auch Mittel für das Jahr 2000 veranschlagt.

Die Inhalte des Informationssystems, namentlich auch unter dem Aspekt der Qualitätssicherung werden maßgeblich von einem unabhängigen ärztlichen Beirat bestimmt. Leistungen, die nicht bereits Bestandteil der Vertragsärztlichen Versorgung sind oder nicht schon regulärer Bestandteil des Versorgungsauftrages öffentlicher Krankenhäuser sind, dürfen ohne das zustimmende Votum des ärztlichen Beirates nicht in das Informationssystem eingestellt werden. Damit ist sichergestellt, daß auch im Bereich „Individueller Gesundheitsleistungen“ die wissenschaftlichen Grundlagen der Medizin nicht verlassen werden. Die gesetzlichen Zuständigkeiten der beteiligten Körperschaften in der allgemeinen Berufsaufsicht einerseits und in der vertragsärztlichen Versorgung andererseits bleiben natürlich auch im Rahmen eines solchen Informationsdienstes unberührt.

Auch in diesem Merkmal unterscheidet sich die neue Einrichtung in Baden-Württemberg bewußt von ähnlichen Projekten in anderen Bundesländern, die Krankenkassen, Selbsthilfegruppen, Kirchen und Gewerkschaften und anderen gesellschaftlichen Kräften Einfluß bei der Festlegung auch der medizinischen Inhalte zugestanden haben. Die Einbeziehung von Kostenträgern und anderen medizinischen Laien in solche Projekte wird dann als Rechtfertigung für das Adjektiv „unabhängig“ in Feld geführt. Wirkliche Unabhängigkeit kann ein Informationssystem aber nicht durch die (vergebliche) Suche nach dem „ge-

Inhalte

**Individuelle
Gesundheitsleistungen**

Unabhängigkeit

samtgesellschaftlichen Konsens“ gewinnen, sondern allein durch die fachliche Orientierung auf den Stand der medizinischen Wissenschaft. Mit der Einrichtung eines unabhängigen ärztlichen Beirates wurden schon in der Pilotphase die Weichen gestellt, um Fehlentwicklungen vorzubeugen.

Erste Ergebnisse

Erste Ausbaustufe

Nach der endgültigen Zustimmung der Vertreterversammlung im Dezember 1998 zum vorgelegten Vertragskonzept und der Bewilligung der Mittel im Haushalt konnte die neue Einrichtung im März 1999 ausgestattet und personell besetzt werden. In einer ersten Ausbaustufe wurden dann die bereits in Form des Melderegisters der Bezirksärztekammer Nordbaden und des Arztregisters der Kassenärztlichen Vereinigung Nordbaden vorhandenen Daten für die neue Einrichtung verfügbar gemacht. Aus Gründen des Datenschutzes, beziehungsweise des Sozialdatenschutzes wurde dafür die Einwilligung der Mitglieder eingeholt. Der Rücklauf lag bei etwa 75 - 80 %. Bereits diese hohe Quote belegt das große Interesse und die durchgehend spürbare Akzeptanz des Projektes bei den Mitgliedern. Mittelfristig kann mit einer nahezu vollständigen Beteiligung gerechnet werden. Es ist davon auszugehen, daß ein zunehmender Bekanntheitsgrad in der Bevölkerung auch das Interesse bei den Ärzten und Ärztinnen noch weiter ansteigen lassen wird.

Zunehmender Bekanntheitsgrad

Leistungskatalog

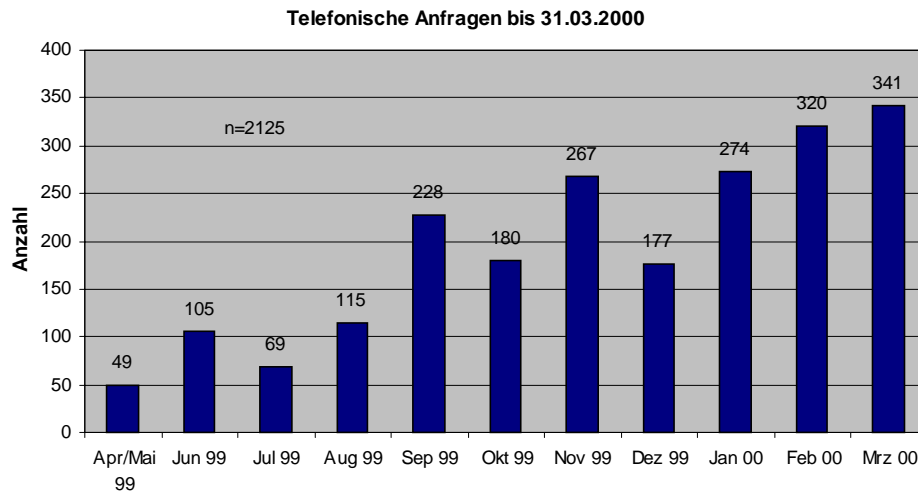
Derzeit konzentriert sich die Arbeit der neuen Einrichtung auf die Zusammenstellung von Leistungskatalogen für alle Fachgebiete, die es

Aufbau eines Arzt- / Patienteninformationsdienstes im Bezirk Nordbaden

den Ärztinnen und Ärzten ermöglichen soll, Interessen- und Tätigkeitsschwerpunkte sowie Praxisbesonderheiten innerhalb der jeweiligen Gebiete zu deklarieren. Die Zusammenstellung dieser Leistungskataloge auch unter Berücksichtigung des Aspektes der Qualitätssicherung erfolgt derzeit in enger Zusammenarbeit mit den Obleuten der jeweiligen Fachgruppen und bedarf schließlich nach der geltenden Berufsordnung noch der Zustimmung des Kammervorstandes.

Die organisatorischen Aufgaben zu Beginn der Projektphase haben die Kapazitäten der Projektgeschäftsstelle stark gebunden, so daß zunächst auf eine offensive Darstellung des neuen Dienstes in der Öffentlichkeit verzichtet wurde. Gleichwohl hat die Inanspruchnahme

**Inanspruchnahme
zugenommen**



Aufbau eines Arzt- / Patienteninformationsdienstes im Bezirk Nordbaden

stetig zugenommen. Dies zeigt auch, wie groß das Potential einer solchen Einrichtung tatsächlich ist. Es ist zu erwarten, daß mit den jetzt sukzessive anstehenden Neuauflagen 2000 der Telefon- und Branchenbücher der Bekanntheitsgrad der neuen Einrichtung, und damit auch der Auslastungsgrad sprunghaft ansteigen wird.

Internet-Repräsentanz

Einer eigenen Internet-Repräsentanz des Informationsdienstes soll schließlich in der abschließenden Projektphase Aufmerksamkeit zukommen. Die Erfahrung zeigt, daß dafür in der breiteren Bevölkerung, die das Projekt in erster Linie ansprechen will, ein zunehmendes Interesse besteht. Eine E-Mail-Anschrift besteht bereits. In der mittelfri-



Aufbau eines Arzt- / Patienteninformationsdienstes im Bezirk Nordbaden

stigen Planung ist sicher auch eine volle Repräsentanz erforderlich; dies vor allem auch im Hinblick auf die Ärztinnen und Ärzte selbst, deren Bedürfnissen das Informationssystem als allgemeines Forum für Fragen der Gesundheit auch Rechnung tragen soll.

Das obenstehende Schaubild läßt erkennen, daß bereits jetzt in der Anlaufphase der neuen Einrichtung erkennbar wird, daß ein „Forum der Gesundheit“ in der gemeinsamen Trägerschaft der ärztlichen Körperschaften sowohl von den Ärztinnen und Ärzten selbst aber auch von den Krankenkassen und anderen Einrichtungen angenommen wird.

Forum der Gesundheit

Bewertung:

Die bisherige Projektlaufzeit kann uneingeschränkt als Erfolg im Sinne der von der Vertreterversammlung definierten Ziele bewertet werden. Es ist gelungen, innerhalb weniger Monate eine funktionsfähige Anlaufstelle für Ärzte und Patienten im Bezirk Nordbaden zu etablieren. Die verfaßte Ärzteschaft hat damit in eindrucksvoller Weise ihre Überzeugung zum Ausdruck gebracht, daß die Beratung und Aufklärung von Patienten, auch in Form von Auskunfts- und Beratungsstellen letztlich eine ärztliche Aufgabe ist, die nicht den Kassen oder gewerblichen Unternehmen überantwortet werden kann.

Erfolg

Die Rückläufe aus den Mitgliederbefragungen zeigen deutlich, daß das Vorhaben als solches wie auch das zugrunde liegende Konzept bei den Mitgliedern auf große Akzeptanz stößt. Wichtig ist auch die praktische Erfahrung, daß die auf den Bezirk einer Kassenärztlichen Ver-

**Aufbau eines Arzt- / Patienteninformationsdienstes
im Bezirk Nordbaden**

einigung in Baden-Württemberg bezogene Einrichtung eine sinnvolle Betriebsgröße unter Berücksichtigung der Datenstrukturen und der Kosten einerseits und der gebotenen Bürgernähe andererseits darstellt.

Ethikkommission

Ethikkommission

PD Dr. med. Ruprecht Zwirner

Dr. med. Thomas Aleker, Dr. med. Georg Hook, Prof. Dr. Dr. med. Adolf Laufs, Prof. Dr. med. Bernhard Rauch, Prof. Dr. Dr. med. Dieter Rössler, Prof. Dr. med. Ingeborg Walter-Sack

Dr. med. Petra Knupfer

Die Hauptaufgabe der Ethikkommission ist die Beurteilung von klinischen Studien, das heißt Studien mit gesunden Probanden oder Patienten. Im Rahmen dieser Studien werden in der Regel Wirkung und Sicherheit von Arzneimitteln und Medizinprodukten untersucht.

Weitere zu beurteilende Studien umfassen neue Operationstechniken oder nichtmedikamentöse Therapieschemata, Untersuchungen mit menschlichem Gewebe oder Blut oder mit epidemiologischen Daten.

In allen Fällen prüft die Kommission, ob das Forschungsvorhaben ethisch und rechtlich vertretbar ist und berät den antragstellenden Arzt

Vorsitz

Mitglieder

Geschäftsführung

**Beurteilung von
klinischen Studien**

Schutz des Patienten

entsprechend. Die Prüfung dient in erster Linie dem gesundheitlichen und rechtlichen Schutz des Patienten oder Probanden, aber auch dem rechtlichen Schutz des Arztes.

Spitzenposition

Im Jahr 1999 gingen bei der Ethikkommission 260 Anträge zur Erteilung eines Erstvotums ein. Rund 200 Multicenter-Studien wurden begutachtet, um ein Votum für die Prüfarzte in Baden-Württemberg zu erteilen. Mit diesem Antragsumfang nimmt die Kommission unter den öffentlich-rechtlichen Ethikkommissionen in Deutschland wohl eine Spitzenposition ein. Dementsprechend aufwendig ist die Arbeit aller Beteiligten bei der Vorbereitung und Durchführung der 13 regulären Sitzungen pro Jahr.

Zusätzlich zu den Anträgen müssen täglich bis zu zehn Ergänzungen und Meldungen über sogenannte SUEs (schwerwiegende unerwünschte oder unerwartete Ereignisse) zu den laufenden Studien begutachtet und beantwortet werden.

Assistierte Reproduktion

Im Berichtszeitraum war eine Zunahme der Anträge zur Durchführung der assistierten Reproduktion zu verzeichnen. Hier sieht die Berufsordnung vor, daß bei einer In-Vitro-Fertilisation bei einem unverheirateten Paar sowie einer Fremdsamenspende bei einem Ehepaar die Ethikkommission eine Stellungnahme abzugeben hat.

Zu den Aufgaben der Ethikkommission gehört auch die Umsetzung neuer Richtlinien und Gesetze auf nationaler und europäischer Ebene.

Ethikkommission

Bei einer weiteren Zunahme der Arbeit wird man nach neuen Wegen suchen müssen, um dem Anliegen der Antragsteller, ein Votum in angemessener Zeit zu erhalten, Rechnung tragen zu können.

Im Februar wurden die neuen ehrenamtlichen Mitglieder und der neue Vorsitzende der Ethikkommission für die nächsten vier Jahre gewählt. Dabei wurde die Ethikkommission ihren Bemühungen gerecht, neben erfahrenen Mitgliedern auch jüngere Vertreter zu gewinnen. Die „alten und neuen“ Mitglieder kommen wieder aus den Bereichen Medizin, Jura, Ethik und Theologie. Sie sind selbständig oder an Universitäten und Kliniken tätig.

In der Geschäftsstelle der Ethikkommission unterstützen seit April 1999 eine ärztliche Leiterin, Frau Dr. med. Petra Knupfer, und seit Dezember 1999 eine Assistentin, Frau Dipl. Biol. Birgit Janke, als hauptamtliche Mitarbeiterinnen die Arbeit der Kommission.

An dieser Stelle möchte ich mich bei den Mitgliedern und deren Vertretern für die sorgfältige, zeitaufwendige Arbeit bedanken, vor allem aber danke ich für die Unterstützung, die ich nach der Übernahme des Vorsitzes der Ethikkommission erfahren habe. Ebenso gilt mein Dank den Mitarbeitern der Ethikkommission, dem Vorstand und der Geschäftsführung der Landesärztekammer.

PD Dr. med. Ruprecht Zwirner

**Medizin, Jura, Ethik
und Theologie**

Fortbildungskommission

Vorsitz

Dr. med. Karl-Heinz Kamp

Mitglieder

Dr. med. Klaus Baier, Dr. med. Antje Bostedt-Kiesel, Prof. Dr. med. Jürgen Nolte, Dr. med. Helmut Paris, Prof. Dr. med. Achim Weizel

Geschäftsführung

Matthias Felsenstein

Die Arbeit der Fortbildungskommission stand im Berichtsjahr unter dem Motto Qualifizierung der Fortbilder - Qualifizierung der Fortzubildenden. Der unter Federführung von Frau Dr. Bostedt-Kiesel und Herrn Dr. Felsenstein erarbeitete Kriterienkatalog, der eine landeseinheitliche Beurteilung von Referent und Veranstaltung ermöglicht, wurde weiter verbessert und landeseinheitlich eingesetzt. Die sich daraus für die Qualität abzeichnenden Ergebnisse sind ermutigend. Im Augenblick wird auf dem Boden dieser Erkenntnisse in Zusammenarbeit mit anderen Landesärztekammern ein bundeseinheitlicher Kriterienkatalog erstellt.

Fortbildungskommission

Die 10. Vertreterversammlung der Landesärztekammer Baden-Württemberg hatte sich im Dezember 1998 bereits tendenziell für eine freiwillige, zertifizierte Fortbildung ausgesprochen, eine endgültige Zustimmung aber von den Erfahrungen der laufenden Modellversuche abhängig gemacht. Nachdem der 102. Deutsche Ärztetag im Juni 1999 sich für die Einführung eines freiwilligen Fortbildungsnachweises ausgesprochen hat, entschied sich die 3. Vertreterversammlung der Landesärztekammer Baden-Württemberg der neuen Legislaturperiode im November 1999 definitiv für die Einführung. Eine Einigung über alle Anerkennungskriterien konnte jedoch noch nicht erreicht werden. Eine abschließende Diskussion ist deshalb für die 4. Vertreterversammlung im Juli 2000 in Konstanz vorgesehen. Umstrittene Bereiche hinsichtlich einer Anrechenbarkeit auf ein Zertifikat sind u.a. berufspolitische Veranstaltungen sowie das selbstverständliche Eigenstudium. Sollte eine Anrechenbarkeit beschlossen werden, würde dies lediglich eine Erhöhung der erforderlichen Mindestpunktzahl zum Erwerb des Fortbildungszertifikates nach sich ziehen.

Akademie für ärztliche Fortbildung in neuen Medien

Akademie für ärztliche Fortbildung in neuen Medien

Vorsitz

Dr. med. Klaus Baier

Mitglieder

Dr. med. Brockstedt, Prof. Dr. med. Claus. D. Claussen, Dr. med. Manfred Eissler, Dr. med. Justina Engelbrecht, Dipl.-Soz.Päd. Wolfgang Heine-Brüggerhoff, Dr. med. Albrecht Kühn, Dr. med. W. Niebling, Dr. med. Edda Oppermann, Dr. med. Helmut Paris

Geschäftsführung

Jürgen Dreher

„Continuing medical education“

Trotz der noch großen Unterschiede im Gesundheitswesen der europäischen Staatengemeinschaft hat die Europapolitik bereits erheblichen Gefallen gefunden an einer „continuing medical education“ (CME) und die Diskussion um die Qualitätssicherung ärztlichen Handelns hat politisch wie innerärztlich bereits eine Intensität erreicht, der sich die Landesärztekammer Baden-Württemberg, trotz grundsätzlicher Bedenken, nicht mehr entziehen kann.

Zertifizierte Fortbildung

Daher hatte die Vertreterversammlung der Landesärztekammer Baden-Württemberg im Dezember 1998 bereits einer zertifizierten Fort-

Akademie für ärztliche Fortbildung in neuen Medien

bildung auf freiwilliger Basis tendenziell zugestimmt und der 102. Deutsche Ärztetag in Cottbus die Einführung der freiwilligen Fortbildung de facto beschlossen, wobei alle Kammern, die noch keine Modellversuche anbieten konnten, solche rasch einführen sollten.

Eine Schlüsselrolle in der zukünftigen Fortbildung wird zwangsläufig den neuen Medien zugeschrieben unter anderem weil diese eine flexiblere Teilnahme ermöglichen werden.

Allerdings steht diese Form der Fortbildung aber doch noch in den Kinderschuhen und so wurde folgerichtig am 28. Juli die Akademie für ärztliche Fortbildung in neuen Medien gegründet, mit Einbeziehung anderer Kammern, wie Berlin (Dr. Brockstedt), Niedersachsen (Herr Heine-Brüggerhoff), Schleswig-Holstein (Dr. Edda Oppermann) und der Dezernentin für Fortbildung der Bundesärztekammer, Frau Dr. Engelbrecht.

In der Sitzung des Vorstandes der Landesärztekammer Baden-Württemberg am 18. August wurde dann sowohl inhaltlich wie personell eine Trennung von der Fortbildungskommission beschlossen, um der in der Tat komplexen Materie besser gerecht werden zu können. Geht es doch vereinbarungsgemäß darum, mit Hilfe des DGN eine interaktive Fortbildung aufzubauen, die nach den zu erwartenden Kriterien zertifizierbar ist und durch Einbindung aller technischer und personeller Möglichkeiten eine hohe Attraktivität für die potentiellen Nutzer zu erreichen. Dabei soll natürlich nicht auf bewährte Strukturen verzichtet werden. Es muß ja nicht immer wieder das Rad neu

Schlüsselrolle

Neue Medien

Interaktive Fortbildung

Akademie für ärztliche Fortbildung in neuen Medien

erfunden werden. Andererseits soll gerade die Unabhängigkeit der Kammern gewahrt bleiben.

Synergieeffekte

Ziel dieser neuen, verwaltungsarmen und unbürokratischen Akademie soll es ja sein, für Pilotprojekte alle Möglichkeiten der neuen Medien auszuschöpfen, externes Knowhow (insbesondere auch das der anderen Kammern) mit einzubeziehen und letztendlich ein Produkt vorzustellen, das so interessant ist, daß es auch von den anderen Kammern übernommen werden kann und unter konsequenter Nutzung von Synergieeffekten möglichst kostengünstig eine Aufteilung der Fortbildungsschwerpunkte auf alle Kammern vorgenommen werden kann.

Themen

Mit den Themen Mamma-Carcinom (Gruppe um Prof. Clausen/PD Dr. Müller-Schimpfle) und Mund-Rachenraum (Gruppe um Dr. Eissler/Dr. Niebling) sollen noch bis zur Sitzung des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung im September in Würzburg zwei attraktive Prototypen unserer Fortbildungsbeiträge vorgestellt werden können.

Gesundheitsrat Südwest

Gesundheitsrat Südwest

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Michael Arnold

Gisela Fahr, Hans-Jürgen Firnkorn, Prof. Dr. med. Hermann Frommhold, Siegfried Hörmann, Prof. Dr. med. Bernhard Jakober, Prof. Dr. med. Lotte Kaba-Schönstein, Prof. Dr. med. habil. Michael Kentner, Dr. med. Jürgen Mohr, Dieter Ohnmacht, Ministerin a.D. Helga Solinger

Prof. Dr. iur. Hans Kamps

Vorsitz

Mitglieder

Geschäftsführung

Der Gesundheitsrat hatte zunächst ein Thema für seine Arbeit zu suchen. Das Thema sollte nach übereinstimmender Meinung der Mitglieder möglichst aktuell und von grundsätzlicher Bedeutung sein und möglichst weitgehend einen Landesbezug aufweisen. Damit entfielen alle Themen, die ausschließlich in die Zuständigkeit des Bundes fallen. Es kam darauf an, sich mit einem Gegenstand zu befassen, zu dem absehbar Empfehlungen abzuleiten wären, die an die Landesärztekammer weitergegeben werden können.

Landesbezug

Patientenautonomie

Diese Bedingungen erfüllt das Thema „Patientenautonomie“:

- Seine Bedeutung erschließt sich ohne weitere Erklärung.
- Seine Aktualität ergibt sich unter anderem aus der Tatsache, daß es als Eckprodukt im Koalitionspapier zur Gesundheitsreform 2000 genannt wird.
- Die aus der Befassung mit dem Gegenstand abgeleiteten Empfehlungen lassen sich zumindest teilweise landespezifisch realisieren.

Patientencharta

Das Thema wurde unter anderem unter Berücksichtigung einschlägiger Publikationen erörtert, wobei angestrebt wurde, stärker inhaltliche und weniger formale und rechtliche Aspekte zu beachten. Zu letzteren sind teilweise sehr detaillierte Vorstellungen entwickelt worden. Erwähnt sei beispielhaft die Patientencharta, hinter die sich die Bundesärztekammer gestellt hat.

Der Gesundheitsrat hat das Problem auf fünf Sitzungen diskutiert, grundsätzliche Feststellungen getroffen und einige Empfehlungen abgeleitet. Sie sind Teil der einvernehmlich verabschiedeten Beratungsergebnisse, die im Ärzteblatt 4/2000 Seite 135 veröffentlicht wurden.

Gutachterkommissionen der Bezirksärztekammern Baden-Württemberg

Das Gutachtenverfahren soll dazu beitragen, eine gestörte Zweierbeziehung zwischen Patient und Arzt zu befrieden. Die Landesärztekammer verfolgt mit Errichtung dieser Gutachterkommission das Ziel, durch objektive Begutachtung ärztlichen Handelns dem durch einen möglichen Behandlungsfehler in seiner Gesundheit Geschädigten die Durchsetzung begründeter Ansprüche und dem Arzt die Zurückweisung unbegründeter Vorwürfe zu erleichtern. Die Mitglieder der Gutachterkommission sind bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben unabhängig und an Weisungen nicht gebunden. Sie sind allein ihrem Gewissen und ihrer fachlichen Überzeugung verantwortlich.

Im folgenden sind in Form von Tabellen, nach Geschlechtern getrennt, eine Reihe patientenbezogener Kriterien zusammengestellt. Sie liefern eine Übersicht über das Jahr 1999, zugleich mit der Möglichkeit, etwaige geschlechtsabhängige Unterschiede zu erkennen.

Ergebnisse im Quartal I bis IV 1999

1. Mit 52,2 % waren etwas mehr Patientinnen beteiligt als Patienten.

| | männlich | weiblich |
|-------------|-----------------|-----------------|
| Zahl | 311 | 339 |

2. Auf die Altersklassen von 30 bis 59 Jahren entfielen 57% aller Verfahren. Kindesalter und hohes Alter (ab 75) waren nur spärlich vertreten.

| Alter bei Behandlung | männlich | weiblich |
|-----------------------------|-----------------|-----------------|
| 0 | 14 | 8 |
| 1-14 | 14 | 15 |
| 15-29 | 39 | 43 |
| 30-44 | 101 | 91 |
| 45-59 | 74 | 104 |
| 60-74 | 49 | 57 |
| 75- | 20 | 21 |

3. Obwohl eine Verjährungsfrist von fünf Jahren gilt, betrafen 23 (3,5%) Verfahren Behandlungen aus dem Jahr 1993, nur 12 (1,8%) solche des Jahres 1999.

| Behandlungsjahr | männlich | weiblich |
|------------------------|-----------------|-----------------|
| 1993 und früher | 15 | 8 |
| 1994 | 21 | 14 |
| 1995 | 23 | 32 |
| 1996 | 50 | 52 |
| 1997 | 119 | 128 |

**Gutachterkommissionen
der Bezirksärztekammern Baden-Württemberg**

| Behandlungsjahr | männlich | weiblich |
|-----------------|----------|----------|
| 1998 | 78 | 98 |
| 1999 | 5 | 7 |

4. In 93,5 Prozent hatte die Patientin / der Patient selber (oder durch Bevollmächtigte) den Antrag gestellt, Ärzte (2,0%) und Sonstige (in der Regel Angehörige Verstorbener) mit 4,5% nur vergleichsweise selten.

| Antragsteller | männlich | weiblich |
|---------------|----------|----------|
| Patient | 281 | 327 |
| Arzt | 11 | 2 |
| Sonstiger | 19 | 10 |

5. Mehr als die Hälfte der Patientinnen oder Patienten ist anwaltschaftlich vertreten. Von den Ärzten nahm nur etwa jeder dreißigste (3,8%) eine derartige Hilfe in Anspruch.

| Anwaltschaftliche Vertretung | | männlich | weiblich |
|------------------------------|------|----------|----------|
| Patient u. Sonstiger | ja | 175 | 193 |
| | nein | 136 | 146 |
| Arzt | ja | 9 | 12 |
| | nein | 302 | 327 |

6. Die Vorwürfe richteten sich in der Mehrzahl gegen Krankenhausärzte, in knapp Zweifünftel (38,5%) gegen Niedergelassene und bisher nur selten (4,8%) gegen Belegärzte.

| Arzt | männlich | weiblich |
|----------------|----------|----------|
| Krankenhaus | 186 | 183 |
| Niedergelassen | 112 | 138 |
| Belegarzt | 12 | 18 |

7. Die Unzufriedenheit betraf vorrangig Operationen, deren Ergebnis oder die im Zusammenhang damit aufgetretenen Komplikationen. Unter den „sonstigen Maßnahmen“ verbirgt sich eine Vielzahl ärztlicher Handlungen bzw. deren Folgen, vom Spitzenabszeß bis zur Geburtsleitung ist fast alles vertreten

Als Diagnosefehler soll nur das Verkennen des vorhandenen Leidens im Beginn der ärztlichen Behandlung registriert werden. Im Falle der Bejahung waren die Folgen oft schwerwiegend. landesweit 102 derartige Fälle bedeuten weder eine fast fehlerfreie Diagnostik noch eine Häufung von Fehldiagnosen. Bemerkenswert klein war die Zahl verhandelter Fehler im Zusammenhang mit der Anästhesie.

| Tätigkeitsfeld | männlich | weiblich |
|----------------|----------|----------|
| Diagnostik | 44 | 58 |
| Operation | 151 | 151 |
| Anästhesie | 3 | 4 |
| Sonstiges | 113 | 126 |

**Gutachterkommissionen
der Bezirksärztekammern Baden-Württemberg**

8. Die Gesamtfehlerrate von 137 (21,1 %) bedeutet eine Bejahung in etwas mehr als jedem fünften, aber weniger als jedem vierten Fall.

| Behandlungsfehler | Männlich | weiblich |
|---------------------------|-----------------|-----------------|
| ja | 58 | 79 |
| nein | 251 | 257 |
| nicht feststellbar | 2 | 3 |

9. Die Zahl der Gutachten war 1999 niedriger als 1997, aber höher als 1998.

| | 1997 | 1998 | 1999 |
|-----------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Erstattete Gutachten | 696 | 636 | 650 |

10. Bemerkenswert konstant sind die Fehlerraten, insbesondere für alle Fehler gemeinsam. Der Abstand zwischen partieller und voller Bejahung hat sich nicht verändert.

| Fehler insg. bejaht | 1997 | 1998 | 1999 |
|----------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Zahl | 150 | 136 | 137 |
| Prozent | 21,6 | 21,5 | 21,1 |

Zusammenfassend haben sich von 1997 bis 1999 im Patientenkollektiv, sowohl von der Zusammensetzung als vom Ergebnis her, keine auffallenden Veränderungen ergeben.

Prof. Neumann, Gutachterkommission Nordwürttemberg

**Gemeinsame Gutachterstelle
der Bezirksärztekammern in Baden-Württemberg
für Fragen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)**

Ärztlicher Beirat

Dr. med. Wilfried König, Rastatt

Geschäftsführung

Dipl.-Verw.Wiss. Martin Ulmer, Karlsruhe

**Stellungnahmen zur
Angemessenheit**

Die Überprüfung privatärztlicher Liquidationen in Form von „Stellungnahmen zur Angemessenheit“ gehört seit jeher zu den Aufgaben der Ärztekammern in Deutschland. Es handelt sich hierbei um einen Kernbereich der Berufsaufsicht im Rahmen der ärztlichen Selbstverwaltung. Für die Landesärztekammer Baden-Württemberg mit den vier Bezirksärztekammern ergibt sich die rechtliche Grundlage aus dem Heilberufe-Kammergesetz und der als Satzung erlassenen Berufsordnung. Zuständig sind die Bezirksärztekammern. Seit 1996 besteht in Karlsruhe als Gemeinschaftseinrichtung der vier Bezirksärztekammern die „Gemeinsame Gutachterstelle der Bezirksärztekammern

**Gemeinsame Gutachterstelle der Bezirksärztekammern
für Fragen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)**

in Baden-Württemberg für Fragen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)“.

Diese Gemeinschaftseinrichtung hat die Funktion einer zentralen Anlaufstelle für Ärzte, Patienten, Krankenversicherungen sowie Beihilfestellen und gewährleistet eine einheitliche Auslegung der GOÄ in den vier Kammerbezirken.

zentrale Anlaufstelle

Im Jahre 1999 gingen bei der Gemeinsamen Gutachterstelle 552 schriftliche Anfragen ein. Im Hinblick auf die jeweiligen Antragsteller sowie die regionale Verteilung ergibt sich folgendes Bild:

Antragseingänge vom 01.01.1999 bis 31.12.1999

| Bezirk | Antragsteller | | | | | |
|--------------------|---------------|------------|-----------------------|-----------|------------|------|
| | Ärzte | Patienten | Krankenversicherungen | Beihilfe | Summe | in % |
| Nordwürttemberg | 47 | 121 | 53 | 16 | 237 | 42,9 |
| Südwestwürttemberg | 19 | 16 | 26 | 7 | 68 | 12,3 |
| Nordbaden | 32 | 69 | 43 | 16 | 160 | 29,0 |
| Südbaden | 16 | 42 | 14 | 15 | 87 | 15,8 |
| Summe | 114 | 248 | 136 | 54 | 552 | 100 |
| in % | 20,7 | 44,9 | 24,6 | 9,8 | 100 | |

**Gemeinsame Gutachterstelle der Bezirksärztekammern
für Fragen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)**

Im gleichen Zeitraum wurden 512 Vorgänge abschließend bearbeitet, wobei in 114 Fällen Gutachten von externen ärztlichen Sachverständigen eingeholt werden mußten. In 41 Fällen erfolgte dafür eine Kostenübernahme durch private Krankenversicherungen bzw. Beihilfestellen.

hohe Akzeptanz

Seit Einrichtung der Gemeinsamen Gutachterstelle zum 1. März 1996 wurden insgesamt 2018 schriftliche Antragseingänge verzeichnet, was die hohe Akzeptanz dieser Einrichtung unterstreicht. Dabei zeigt die große Anzahl von Patientenanfragen, daß die ärztliche Selbstverwaltung auch in diesem Bereich einen wichtigen Beitrag zur Patienteninformation leistet.

Beratung

Im Rahmen der telefonischen Beratung ist neben Patientenanfragen insbesondere eine starke Inanspruchnahme durch Kammermitglieder bzw. deren Personal, die weitere Informationen und gebührenrechtliche Auskünfte zur Erstellung ihrer Privatliquidationen benötigen, zu verzeichnen.

Landesberufsgericht

Landesberufsgericht

Prof. Dr. jur. Heinz Jordan

Vorsitz

Dr. Kurt Breuker, Dr. med. Alexander Kayser, Dr. med. Bernd Goette, Dr. med. Lorenz Praefke

Beisitzer

Dr. jur. Hans-Dieter Vogel

Kammeranwalt

Im Jahre 1998 war beim Landesberufsgericht für Ärzte eine deutliche Zunahme der Berufungsverfahren im Vergleich zu 1997 zu verzeichnen. Ebenso hat sich die Zahl der vom Landesberufsgericht erlassenen Urteile erheblich erhöht (1997: drei Urteile, 1998: zwölf Urteile).

**Zunahme der
Berufungsverfahren**

1999 hat das Landesberufsgericht 14 Urteile verkündet. In elf Fällen wurde die Berufung gegen die Urteile der Bezirksberufsgerichte als unbegründet verworfen. In zwei Fällen wurde das Strafmaß gemildert, in einem Falle erhöht.

Die vom Landesberufsgericht bestätigten Urteile betrafen Verstöße wegen unkollegialem Verhalten, standeswidrigem Verhalten gegen-

Urteile

über Patienten, Verstöße gegen das Werbeverbot (sieben Fälle) und Verstöße gegen die Notfalldienstordnung beziehungsweise unterlassener Hilfeleistung (drei Fälle) Die festgestellten Verstöße gegen die Berufsordnung wurden mit Verweisen, Verwarnungen und Geldbußen von bis zu 12.000,- DM geahndet. In acht Fällen hat das Landesberufsgericht den Antrag auf Erhebung der berufsgerichtlichen Klage gegen Ärzte zurückgewiesen.

**Übersicht
über die Tätigkeit des
Landesberufsgerichts
für Ärzte in Stuttgart in
den Jahren 1998 und
1999**

| | 1998 | 1999 |
|--|------|------|
| 1. Entscheidungen über die Erhebung der berufsgerichtlichen Klage, § 24 BGO Es wurde | 7 | 8 |
| a) die Erhebung der berufsgerichtlichen Klage angeordnet | 0 | 0 |
| b) der Antrag als unzulässig verworfen | 1 | 1 |
| c) der Antrag als unbegründet verworfen | 6 | 7 |
| 2. Beschwerdeentscheidungen gegen Entscheidungen der Bezirksberufsgerichte | 0 | 0 |

Landesberufsgericht

| | 1998 | 1999 |
|---|-------------|-------------|
| 3. Urteile im Berufungsverfahren gegen Urteil / Bescheide der Bezirksberufsgerichte, § 38 BGO Hierbei wurde | 12 | 14 |
| a) die Berufung als unzulässig verworfen | 0 | 0 |
| b) die Berufung als unbegründet verworfen | 10 | 11 |
| c) das Urteil I. Instanz abgeändert und zwar | | |
| - das Strafmaß erhöht | 0 | 1 |
| - das Strafmaß gemildert | 1 | 2 |
| - der Beschuldigte freigesprochen | 1 | 0 |
| d) das Urteil I. Instanz aufgehoben und zur erneuten Verhandlung zurückgewiesen | 0 | 0 |
| e) das Urteil I. Instanz aufgehoben und das Verfahren eingestellt | 0 | 0 |
| 4. Einstellungsbeschlüsse | 0 | 0 |
| 5. Zurückgenommene Berufungen | 4 | 0 |
| 6. Von den Berufungsverfahren nach Ziffer 3 betrafen | | |
| a) unkollegiales Verhalten | 1 | 1 |
| b) standeswidriges Verhalten gegenüber Patienten | 0 | 1 |
| c) Werbung, Praxisschilder, unbefugte Titelführung | 8 | 7 |

**Übersicht
über die Tätigkeit des
Landesberufsgerichts
für Ärzte in Stuttgart in
den Jahren 1998 und
1999**

**Übersicht
über die Tätigkeit des
Landesberufsgerichts
für Ärzte in Stuttgart in
den Jahren 1998 und
1999**

| | 1998 | 1999 |
|--|-------------|-------------|
| f) Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht | 0 | 0 |
| g) sonstiges | 1 | 2 |
| 7. Am 31. Dezember 1998 beziehungsweise 1999 noch anhängige Verfahren | 8 | 4 |

Menschenrechtsbeauftragte

Menschenrechtsbeauftragte

Menschenrechtsverletzungen von Ärzten oder an Ärzten sollen vermieden, aufgedeckt und angeprangert werden, national wie auch international, dies ist die Funktion der Menschenrechtsbeauftragten. Dies muß diplomatisch und mit Feingefühl, mit Geduld und dennoch nachdrücklich und energisch betrieben werden. Es werden nur einige wenige Facetten humanitärer Hilfe berührt, doch hier kann auch ärztliches Wirken jenseits von Budgetdruck und Rationalisierung bewiesen werden.

Funktion

Im Oktober 1999 bat die Arbeitsgemeinschaft für Menschen in Abschiebehaft in Mannheim um Teilnahme an einer Podiumsdiskussion zu den Vorgängen um Abschiebehäftlinge und Todesfälle. In einer engagiert geführten Diskussion konnten die Grenzen und Möglichkeiten der Ärzteschaft bei diesen Vorgängen herausgearbeitet werden.

Podiumsdiskussion

Insbesondere die Erstellung von Reisefähigkeitsbescheinigungen und der Umgang mit den oft mit großer Sorgfalt erstellten ausführlichen Gutachten von Ärzten und Psychotherapeuten wurde thematisiert. In

**Reisefähigkeits-
bescheinigungen**

vielen Fällen wurden diese Gutachten durch amts- oder polizeiärztliche Tätigkeit überprüft, wenn der Inhalt einer Abschiebung oder Abschiebehaft entgegenstehend war. Auffällig dabei die Diskrepanz der oft schwer nachvollziehbaren Kurzstellungnahme des amtsärztlichen Dienstes zum vorhergehenden Gutachten.

Aus Sicht der Kammern besteht hier keine Möglichkeit der Einflußnahme, auch berufsrechtlich nicht, da die Kollegen als Beamte der Aufsicht ihrer jeweiligen Dienstherren unterstehen.

Seit dieser Diskussion gab es etliche Nachfragen um Amtshilfe in schwierigen Situationen, und es hat sich eine Basis des vertrauensvollen Miteinanders mit den Gruppierungen des Arbeitskreis Asyl ergeben.

Am 20. November 1999 fand in Bonn das erste Treffen der Menschenrechtebeauftragten der Landesärztekammern auf Bundesebene statt. Derzeit sind bei 9 Landesärztekammern Menschenrechtsbeauftragte benannt, von der Bundesärztekammer war Dr. Frank Ulrich Montgomery als Bundesbeauftragter dabei.

Einerseits wird, vor allem durch Bundesärztekammer und Ärztekammer Berlin die Verfolgung von Ärzten im Ausland (zum Beispiel Türkei) oder auch deren Beteiligung bei Menschenrechtsverletzungen (zum Beispiel Mittelamerika) aufgegriffen, andererseits gibt es auch Aktivitäten in der Beseitigung von Mißständen in Deutschland. Hier sind Brennpunkte in der schwierigen ärztlichen Betreuung von Wohnsitzlosen, die Problematik von strittigen Zuständigkeiten bei Aus-

Verfolgung von Ärzten im Ausland

Menschenrechtsbeauftragte

nüchterungen oder zum Beispiel Methadonsubstitutionen bei Härtefällen zu diskutieren. Im Vordergrund stand jedoch für alle die Herausforderung der Auswirkungen der Asylpolitik, die Härtefälle bei Abschiebungen, Familienproblemen et cetera, auf die betreuenden Institutionen und insbesondere Ärzte.

Konsens bestand darüber, daß die Ärztekammern gefordert sind, unmißverständlich Stellung zu beziehen, wenn nötig und öffentlich, zu Fragen medizinischer Ethik und gewissenhafter Berufsausübung auch in diesem Bereich.

Im Dezember fand zu diesen Themen eine Tagung im Zentrum für Folteropfer (Refugio) mit dem Landesbischof statt. Auch hier in Stuttgart war die Darstellung des Menschenrechtsbeauftragten und die Stellungnahme der Landesärztekammer in einem Vortrag vorzustellen und in der Diskussion das Machbare und die Möglichkeiten klar zu legen.

Ende Januar fand nochmals ein Treffen mit dem Arbeitskreis Asyl statt, um weitere gemeinsame Wege zu besprechen.

Dr. med. Gisela Dahl

Gemeinsame Kommission Pflegeverbände

Gemeinsame Kommission Pflegeverbände

Vorsitz

Dr. med. Jürgen Reitinger

Mitglieder

Dr. med. Gisela Dahl, Dr. med. Gerhard Schade, Dr. med. Michael Schulze, Dr. med. Ulrike Wahl, Prof. Dr. med. Stefan Wysocki, PD Dr. med. Ruprecht Zwirner

Geschäftsführung

Ludwig Ehrly

Qualitätssicherung

Die Kommission hat 1999 dreimal getagt. Neben den Auswirkungen der Gesundheitsreform 2000 für die Pflegeberufe war ein Beratungsthema die Qualitätssicherung in der Pflege. Frau Roher berichtete über die Bemühungen, die Qualitätssicherung in der Pflege weiter voranzubringen. Hierzu gehören unter anderem eine systematische und lückenlose pflegerische Dokumentation, der Einsatz von Pflegestandards, eine patientenorientierte Ablauforganisation und ein systematisches Risikomanagement.

Landespflegerat

1999 wurde der Landespflegerat gegründet, der sich für eine gemeinsame Position zu gesundheitspolitischen Fragen und die Einrichtung

Gemeinsame Kommission Pflegeverbände

einer Pflegekammer einsetzt. Die Qualität in der Pflege weiter zu entwickeln, ist ein vorrangiges Anliegen dieses Gremiums.

Frau Kiefer und Dr. Schulze, die in einer Arbeitsgruppe zur Zertifizierung der Krankenhäuser mitarbeiten, stellen in der zweiten Sitzung ihre Arbeit vor. Erste Aufgabe war, Bewertungskriterien für die einheitliche Zertifizierung von Krankenhäusern zu finden. Eine Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus wurde gegründet, in welcher der MdK, die AOK, die Betriebs- und Ersatzkassen, der Deutsche Pflegerat und die Deutsche Krankenhausgesellschaft zusammenarbeiten.

Zertifizierung

Nach der Erstellung der Kriterienkatalogs, der für alle Fachgruppen gleich strukturiert ist, soll dieser in einer Modellphase an sechs Krankenhäusern erprobt werden. Die gesammelten Erfahrungen werden in eine weitere Überarbeitung des Katalogs eingebracht. In 20 Krankenhäusern wird die zweite Versuchsphase eingeführt. Nach Abschluß der Erprobungsphase können sich dann alle Kliniken um die Zertifizierung bewerben.

Modellphase

Den Vertretern der Pflegeberufe in der Kommission war es ein wichtiges Anliegen, sich einmal ausführlich über die ethischen und rechtlichen Aspekte der Transplantationsmedizin auszutauschen. Zur dritten Sitzung wurden daher Prof. Lauchart von der Stiftung Organtransplantation, Region Südwest sowie Herr Herych vom Zentrum für Ethik und Recht in der Medizin bei der Universität Freiburg eingeladen.

Transplantationsmedizin

Organspenden

Über Fragen, wann ein Organspender zu melden ist, wie die Betreuung des Hirntoten geregelt ist, ob Kinder als Organspender gemeldet werden können sowie über die von der Bundesärztekammer festgesetzten Hirntod-Kriterien wurde diskutiert. Herr Herych erläuterte die Vorgehensweise der Ethik-Kommission bei Organspenden zwischen Verwandten. Die Pflegeseite berichtete von der angst der Angehörigen, daß nicht alles für den Patienten zur Lebensverlängerung getan werde und über die eigenen emotionalen Belastungen. Alle Gesprächsteilnehmer äußerten abschließend den Wunsch, den gemeinsamen Dialog fortzusetzen.

Kommission für Fragen der Transplantationsmedizin

Kommission für Fragen der Transplantationsmedizin

Dr. med. Jürgen Reitinger

Vorsitz

Prof. Dr. med. Dietmar Abendroth, Prof. Dr. med. Siegfried Hagl, Prof. Dr. med. Günter Kirste, Prof. Dr. med. Ernst Klar, Dr. iur. Hans-Georg Koch, Prof. Dr. med. Karlwilhelm Kühn, Prof. Dr. med. Werner Lauchart, Prof. Dr. med. Friedrich Rensch, PD Dr. med. Richard Viebahn

Mitglieder

Helmut Kohn

Geschäftsführung

Am 1. Dezember 1997 ist das Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen (Transplantationsgesetz-TPG) mit seinen wesentlichen Bestimmungen in Kraft getreten. Damit ist in diesem wichtigen Bereich der medizinischen Versorgung eine gesicherte rechtliche Grundlage geschaffen worden. Die bislang in Wissenschaft und Praxis überwiegend vertretenen Auffassungen haben weitgehend Eingang in das Gesetz gefunden. Die verfaßte Ärzteschaft auf Bundes- wie auf Landesebene hat sich in der gesundheitspolitischen Diskussion im Vorfeld des Gesetzgebungsverfahrens aktiv am Prozeß der

Transplantationsgesetz

**Gesundheitspolitische
Diskussion**

Kommission für Fragen der Transplantationsmedizin

Meinungs- und Willensbildung beteiligt. Sie hat durch den Sachverstand, den sie repräsentiert, viel zur Versachlichung der Diskussion beigetragen können und so den Konsens befördert. Die gesundheitspolitische Diskussion wird naturgemäß mit der jetzt abgeschlossenen bundesgesetzlichen Regelung nicht abreißen. In der Umsetzung auf Landesebene, in Fragen der Organisation und der Finanzierung werden sich neue Konfliktfelder auftun.

Kommission für Fragen der Transplantationsmedizin

Der Vorstand der Landesärztekammer hat deshalb mit Beschluß vom 14. Mai 1997 eine „*Kommission für Fragen der Transplantationsmedizin*“ eingerichtet. Dieses sachverständige Gremium soll den Vorstand beraten und auch ein Forum der Diskussion und des Meinungsaustausches sein. Die Landesärztekammer Baden-Württemberg hat mit der Einrichtung dieser Kommission auch ihren politischen Willen bekundet, die Diskussion in diesem wichtigen Bereich der Hochleistungsmedizin auch künftig maßgeblich mitzubestimmen. Mit Beschluß vom 12. März 1999 hat der neugewählte Vorstand die Kommission auch für die neue Legislaturperiode ausdrücklich bestätigt.

Fragen der Allokation

Im Berichtszeitraum trat die Kommission zu zwei Sitzungen zusammen. Ein Schwerpunkt der Beratungen waren Fragen der Allokation in Baden-Württemberg. Wesentlich war dabei die Forderung, daß die Zuordnung einzelner Leistungen zu den Zentren unter dem Gesichtspunkt der Sicherstellung der Versorgung erfolgen müsse und nicht allein von den Kostenträgern unter ökonomischen Vorzeichen entschieden werden kann. Die Landesregierung muß in diesem Zusammenhang stärker in die Verantwortung genommen werden.

Kommission für Fragen der Transplantationsmedizin

Ein weiterer Schwerpunkt der Diskussion war die Umsetzung der formalen Vorgaben des Transplantationsgesetzes im Bereich der Lebendspende im Zuge der Novellierung des Kammergesetzes für Baden-Württemberg. Die Kommission hatte sich frühzeitig dafür ausgesprochen, die nach Bundesrecht vorgesehene „Kommission Lebendspende“ in die Zuständigkeit der Landesärztekammer zu überführen. Jeweils eine Kommission bei den vier Bezirksärztekammern sollte dem Bedürfnis der Praxis nach einem ortsnahen, unbürokratischen Verfahren Rechnung tragen. Leider haben diese Vorstellungen im Rahmen der Kammergesetznovelle nur teilweise Berücksichtigung gefunden. Zwar hat die auch beim Aufbau der ärztlichen Selbstverwaltung in Baden-Württemberg bewährte Bezirksstruktur erneut Anerkennung gefunden; in der Regelung des Verfahrens aber ist die Landesregierung bei dem wenig praktikablen Konzept der Regelanhörnung geblieben. Unbeschadet dieser Einschränkung sind diese Gremien zwischenzeitlich bei allen vier Bezirksärztekammern eingerichtet worden und haben ihre Arbeit aufgenommen.

**Kommission
Lebendspende**

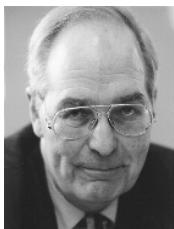
Anhang

Vorstandsmitglieder der Kammern

**Mitglieder der Vertreterversammlung der
Landesärztekammer - 12. Wahlperiode**

Telefonverzeichnis

Vorstand der Landesärztekammer Baden-Württemberg



Prof. Dr. med. Friedrich-Wilhelm
Kolkmann

Präsident der Landesärztekammer
Baden-Württemberg



Dr. med. Ulrike Wahl

Vizepräsidentin der Landesärztekam-
mer Baden-Württemberg



Dr. med. Klaus Baier

Präsident der Bezirksärztekammer
Nordwürttemberg



Dr. med. Michael Deeg



Dr. med. Achim Hoffmann-
Goldmayer

Vorstand der Landesärztekammer



Prof. Dr. med. Wolfgang Mangold

Präsident der Bezirksärztekammer
Südwestfalen



Dr. med. Jürgen Reitinger

Rechnungsführer



Dr. med. Gerhard Schade



Dr. med. Martin Schieber

Präsident der Bezirksärztekammer
Südbaden



Dr. med. Anne Gräfin Vitzthum

Schriftführerin



Prof. Dr. med. Stefan Wysocki

Präsident der Bezirksärztekammer
Nordbaden

Vorstandsmitglieder der Bezirksärztekammern

Vorstandsmitglieder der Bezirksärztekammern

| | |
|--|--|
| <p>Bezirksärztekammer Nordwürttemberg</p> <p>Dr. med. Klaus Baier, Sindelfingen Dr. med. Gisela Dahl, Stuttgart Dr. med. Joachim Koch, Pleidelsheim Dr. med. Ludwig Braun, Wertheim Dr. Matthias Fabian, Stuttgart Jörg Niederöcker, Stuttgart Dr. med. Stephan Roder, Talheim Dr. med. Ingrid Stenger</p> | <p>Bezirksärztekammer Südbaden</p> <p>Dr. med. Martin Schieber, Freiburg Dr. med. Gerhard Schade, Bad Krozingen Dr. med. Berthold Dietsche, Freiburg Dr. med. Ulrich Clever, Freiburg Dr. med. Jens-Uwe Folkens, Offenburg Dr. med. Claudia Haslacher-Steck, Konstanz Dr. med. Peter Hoppe-Seyler, Müllheim Dr. med. Rudi Kielwein, Offenburg Dr. med. Christoph Schoultz von Ascheraden, St. Blasien Dr. med. Helga Schulenberg, Titisee-Neustadt</p> |
| <p>Bezirksärztekammer Nordbaden</p> <p>Prof. Dr. med. Stefan Wysocki Dr. med. Jürgen Reitinger, Karlsruhe PD Dr. med. Christian Benninger, Heidelberg Dr. med. Gerhard Kittel, Baden-Baden Dr. med. Bärbel Kuhnert-Frey, Sinsheim Dr. med. Klaus Otto, Mannheim Dipl.-Pol. Ekkehard Ruebsam-Simon, Bammental-Lobbach Dr. med. Ernst-Rainer Sexauer, Karlsruhe Dr. med. Wolfgang Streibl, Knittlingen Dr. med. Sybille Stüber-Baltin, Karlsruhe Dr. med. Josef Ungemach, Mannheim Dr. med. Michael Walz, Mannheim Dr. med. Herbert Zeuner, Heidelberg</p> | <p>Bezirksärztekammer Südwürttemberg</p> <p>Prof. Dr. med. Wolfgang Mangold, Eningen Dr. med. Michael Schulze, Tübingen Dr. med. Karl-Heinz Röderer, Ulm Dr. med. Peter Benk, Wangen Dr. med. Michael Datz, Tübingen Dr. med. Guenter Frey Susanne Hentschke, Reutlingen Dr. med. Albrecht Kühn, Tübingen</p> |

Mitglieder der Vertreterversammlung der Landesärztekammer

Mitglieder der Vertreterversammlung der Landesärztekammer

Nordwürttemberg

| | |
|--|---|
| Dr. Klaus Baier, Sindelfingen | Dr. Friedrich Münscher, Heilbronn |
| Dr. Werner Baumgärtner, Stuttgart | Jörg Niederöcker, Stuttgart |
| Dr. Ludwig Braun, Wertheim | Dr. Jutta Oberer, Stuttgart |
| Dr. Gisela Dahl, Stuttgart | Dr. Michael Oertel, Stuttgart |
| Dr. Christoph Ehrensperger, Sindelfingen | Dr. Karl Pölzelbauer, Heilbronn |
| Dr. Wolf-Dietrich Ekert, Böblingen | Dr. Eberhard Priebe, Ostfildern |
| Dr. Matthias Fabian, Stuttgart | Dr. Stephan Roder, Talheim |
| Prof. Dr. A. Hettenbach, Göppingen | Dr. Ingrid Rothe-Kirchberger, Stuttgart |
| Dr. Horst Klawitter, Brackenheim | Dr. Werner Schebesta, Crailsheim |
| Dr. Joachim Koch, Pleidelsheim | Dr. Manfred Schmid, Stuttgart |
| Prof. Dr. F.-W. Kolkmann, Nürtingen | Dr. Ingrid Stenger, Backnang |
| Dr. Bernhard Konyen, Steinheim | Dr. Anne Gräfin Vitzthum, Weinstadt |
| Dr. Heinrich Mauri, Stuttgart | Dr. Ulrike Wahl, Stuttgart |
| Dr. Norbert Metke, Stuttgart | Dr. Gabriele Will-Bleise, Stuttgart |

Südwestwürttemberg

| | |
|---|--|
| Dr. Michael Barczok, Ulm | Dr. Achim Hoffmann-Goldmayer, Reutlingen |
| Dr. Peter Benk, Neuravensburg | Dr. Albrecht Kühn, Tübingen |
| Dr. Petra Börner-Klimesch, Tübingen | Prof. Dr. Wolfgang Mangold, Eningen u.A. |
| Petra Braun, Ravensburg | Prof. Dr. Renate Nolte, Tübingen |
| Prof. Dr. Wolfgang Brech, Friedrichshafen | Dr. Karl-Heinz Röderer, Ulm |
| Dr. Dr. Burkhard Dirks, Ulm | Dr. Michael Schulze, Tübingen |
| Dr. Guenter Frey, Ulm | Klaus-Benedikt Volmer, Amtzell |
| Susanne Henschke, Reutlingen | Dr. Maximilian Zollner, Friedrichshafen |
| Dr. Marianne Herdan, Meersburg | |

Mitglieder der Vertreterversammlung der Landesärztekammer

Nordbaden

| | |
|--|--------------------------------------|
| Priv. Doz. Dr. Christian Benninger, Heidelberg | Dr. Gerhard Rudnitzki, Heidelberg |
| Dr. Richard Daikeler, Sinsheim | Dr. Udo Saueressig, Lobbach |
| Dr. Klaus Ditzen, Weinheim | Dr. Andreas Scheffzek, Heidelberg |
| Priv. Doz. Dr. Volker Helmstädter, Heidelberg | Hans-Jürgen Schmidt, Mannheim |
| Dr. Manuela Hodapp, Karlsruhe | Dr. Ernst-Rainer Sexauer, Karlsruhe |
| Dr. Ernst Hohner, Schwetzingen | Dr. Wolfgang Streibl, Knittlingen |
| Dr. Wolfgang Hornung, Plankstadt | Dr. Sibylle Stüber-Baltin, Karlsruhe |
| Dr. Ernst-Ludwig Karl, Karlsruhe | Dr. Bärbel Thiel, Mannheim |
| Dr. Bärbel Kuhnert-Frey, Sinsheim | Dr. Josef Ungemach, Mannheim |
| Dr. Rolf-Dieter Löw, Karlsruhe | Dr. Michael Walz, Mannheim |
| Dr. Detlef Lorenzen, Heidelberg | Dr. Gerhard Wesch, Hirschberg |
| Dr. Jürgen Reitinger, Karlsruhe | Dr. Hans Wesle, Alpirsbach |
| Dipl.-Pol. Ekkehard Ruebsam-Simon, Bammental | Prof. Dr. Stefan Wysocki, Heidelberg |

Südbaden

| | |
|--|--|
| Dr. Kurt Amann, Radolfzell | Prof. Dr. Franz-Josef Große-Ruyken, Freiburg |
| Dr. Christoph Schoultz von Ascheraden, St. Blasien | Dr. Elisabeth Hauenstein, Breisach |
| Dr. Günter Baitsch, Bad Säckingen | Dr. Peter Hoppe-Seyler, Müllheim |
| Dr. Joachim Balke, Rottweil | Dr. Carsten Kurth, Waldshut-Tiengen |
| Dr. Harro Böckmann, Bad Krozingen | Dr. Frank Müller, Biberach |
| Dr. Michael Deeg, Freiburg | Dr. Carl-Georg Napp, Waldkirch |
| Dr. Gerhard Dieter, Freiburg | Dr. Gerhard Schade, Bad Krozingen |
| Dr. Berthold Dietsche, Freiburg | Dr. Martin Schieber, Freiburg |
| Dr. Angelika Ell, Offenburg | Dr. Helga Schulenberg, Titisee-Neustadt |
| Dr. Jens-Uwe Folkens, Offenburg | Dr. Johanna Toussaint-Gick, Staufen |
| Dr. Jörg Gerbl, Offenburg | |

Mitglieder der Vertreterversammlung der Landesärztekammer

Universitäten

Universität Freiburg, Prof. Dr. Mathias Berger, Freiburg

Universität Heidelberg, Prof. Dr. E. Martin, Heidelberg

Universität Ulm, Prof. Dr. G. K. Lang, Ulm

Universität Tübingen, Prof. Dr. Gernot Rassner, Tübingen

Verantwortungsbereiche innerhalb der Landesärztekammer-Geschäftsstelle

Verantwortungsbereiche innerhalb der Landesärztekammer-Geschäftsstelle

telefonisch zu erreichen unter 0 711 / 7 69 89 und Durchwahl-Nummer 0

Präsident

Prof. Dr. med. Friedrich-Wilhelm Kolkmann 33

Vizepräsidentin

Dr. med. Ulrike Wahl 33

Hannelore Sensen Sekretariat 33

Geschäftsführung:

Dr. jur. Kurt Seizinger Hauptgeschäftsführer 39

Renate Kaps Sekretariat 39

Ulrike Hespeler Juristische Geschäftsführerin 43

Beate Christoph Sekretariat 43

Senta Grübel Berufsrecht, Gutachterkommissionen 34

Elfriede Langer Arzthelferinnen, Ärztinnen 52

Magdalena Schnitzler Ärztliche Weiterbildung, Hochschulen 37

Verantwortungsbereiche innerhalb der Landesärztekammer-Geschäftsstelle

| | | |
|------------------------------------|--------------------------------|----|
| Ludwig Ehrly | Kaufmännischer Geschäftsführer | 32 |
| Heidemarie Seegis | Sekretariat | 32 |
| Reinhard Waibel | Leiter der Buchhaltung | 21 |
| Rainer Jung | Personalbuchhaltung | 23 |
| Katharina Janzer | Buchhaltung - Reisekosten | 22 |
| Sigrid Wörner | Buchhaltung | 27 |
| | | |
| EDV | | |
| Alexander Kastl | System-Administrator | 28 |
| Michael Naschold | System-Programmierer | 71 |
| | | |
| Archiv | | |
| Gudrun Ziegler | | 54 |
| | | |
| Hausverwaltung / Poststelle | | |
| Brita Balzer | Poststelle | 10 |
| Horst Bengler | Hausmeister | 49 |

Verantwortungsbereiche innerhalb der Landesärztekammer-Geschäftsstelle

Ethikkommission

| | | |
|------------------------|------------------------------|----|
| Dr. med. Petra Knupfer | Leiterin der Geschäftsstelle | 57 |
| Birgit Janke | Assistentin | 55 |

Fortbildung / Qualitätssicherung

| | | |
|----------------------------|-----------------------|----|
| Matthias Felsenstein, Arzt | Abteilungsleiter | 46 |
| Thomas Morgenroth, Arzt | Stv. Abteilungsleiter | 47 |
| Linde Horak | Sekretariat | 24 |
| Judith Fischer | Sachbearbeitung | 25 |
| Silvia Kisseler | Sachbearbeitung | 48 |
| Christina Reck | Sachbearbeitung | 56 |
| Bärbel Schweizer | Sachbearbeitung | 30 |

Ärztliche Stelle nach RöV

| | | |
|---------------------------|-------------|----|
| Dr. med. Wolfgang Genßler | Leiter | 66 |
| Hedwig Fischer | Sekretariat | 67 |
| Gabriele Fehrs | Sekretariat | 68 |

Verantwortungsbereiche innerhalb der Landesärztekammer-Geschäftsstelle

| | | |
|-----------------|-----------------|----|
| Ute Grüßhaber | MTA | 72 |
| Waltraud Schwab | MTA | 74 |
| Luise Häckel | Sachbearbeitung | 69 |
| Manuela Mohr | Sachbearbeitung | 70 |

Ärztliche Pressestelle

| | | |
|-----------------------|-----------------|----|
| Dr. med. Oliver Erens | Leiter | 59 |
| Doris Berger | Sekretariat | 99 |
| Silke Cisik | Sachbearbeitung | 58 |

Ärzteblatt Baden-Württemberg

| | | |
|---------------|---------------|----|
| Jürgen Dreher | Chefredakteur | 45 |
|---------------|---------------|----|

Anfahrtsskizze

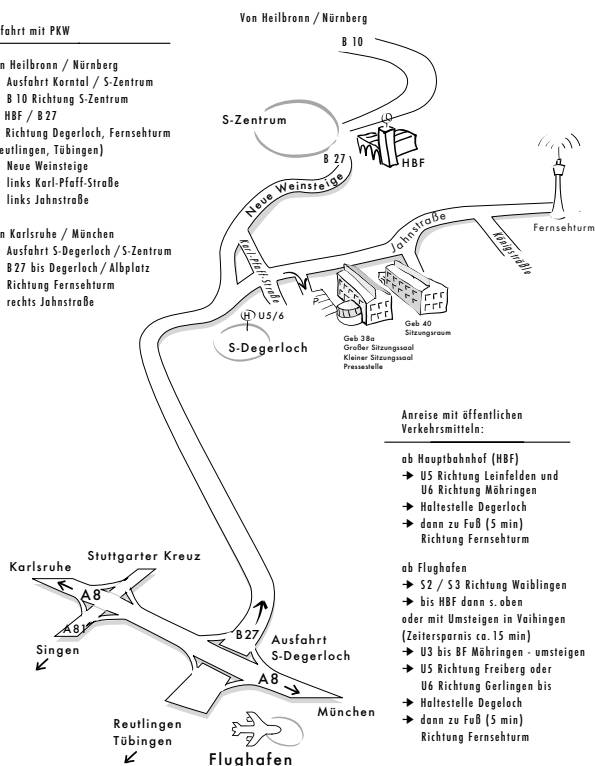
Wegeskizze zur Landesärztekammer Baden-Württemberg, Stuttgart

Jahnstraße 40 · 70597 Stuttgart · Telefon 0711- 769 89-0 · Telefax 0711 - 769 89-50

Anfahrt mit PKW

- Von Heilbronn / Nürnberg
 → Ausfahrt Korntal / S-Zentrum
 → B 10 Richtung S-Zentrum
 Ab HBF / B 27
 → Richtung Degerloch, Fernsehturm
 (Reutlingen, Tübingen)
 → Neue Weinsteige
 → links Karl-Pfaff-Straße
 → links Jahnstraße

- Von Karlsruhe / München
 → Ausfahrt S-Degerloch / S-Zentrum
 → B 27 bis Degerloch / Altplatz
 → Richtung Fernsehturm
 → rechts Jahnstraße



Anreise mit öffentlichen Verkehrsmitteln:

- ab Hauptbahnhof (HBF)
 → U5 Richtung Leinfelden und
 U6 Richtung Möhringen
 → Haltestelle Degerloch
 → dann zu Fuß (5 min)
 Richtung Fernsehturm
- ab Flughafen
 → S2 / S3 Richtung Waiblingen
 → bis HBF dann s. oben
 oder mit Umsteigen in Vaihingen
 (Zeitersparnis ca. 15 min)
 → U3 bis BF Möhringen - umsteigen
 → U5 Richtung Freiberg oder
 U6 Richtung Gerlingen bis
 → Haltestelle Degerloch
 → dann zu Fuß (5 min)
 Richtung Fernsehturm

Anschriften

Landesärztekammer Baden-Württemberg

Jahnstr. 40

70597 Stuttgart

Tel. 0 711 / 7 69 89 - 0

Fax 0 711 / 7 69 89 - 50

Bezirksärztekammer Nordwürttemberg

Jahnstr. 32

70597 Stuttgart

Tel. 0711 / 7 69 81 - 0

Fax 0 711 / 7 69 81 - 39

Bezirksärztekammer Nordbaden

Keßlerstr. 1

76185 Karlsruhe

Tel. 0 721 / 59 61 - 0

Fax 0 721 / 59 61 - 140

Bezirksärztekammer Südbaden

Sundgaullee 27

79114 Freiburg

Tel. 0 761 / 884 - 0

Fax 0 761 / 89 28 68

Bezirksärztekammer Südwürttemberg

Haldenhastr. 11

72770 Reutlingen

Tel. 0 71 21 / 917 - 0

Fax 0 71 21 / 917 - 400