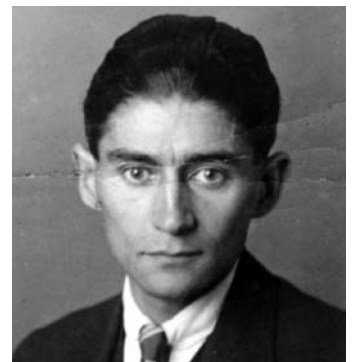


<b>Editorial</b>	Crux der Weiterbildung	<b>148</b>
<b>Berufspolitik</b>	32. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern	<b>149</b>
	10 Fragen an PD Dr. med. habil. Uwe Häntzschel	<b>169</b>
<b>Gesundheitspolitik</b>	Illegal und krank	<b>156</b>
	Raucherambulanz der Technischen Universität Dresden	<b>159</b>
<b>Mitteilungen der Geschäftsstelle</b>	Zwischenprüfung im Ausbildungsberuf „Medizinischer Fachangestellter/ Medizinische Fachangestellte“	<b>161</b>
	Delegierte zum 112. Deutschen Ärztetag	<b>161</b>
	Vernetzung der Ausschüsse	<b>162</b>
	Gesetzliche Fortbildungsverpflichtung für Vertragsärzte	<b>163</b>
	Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug – 10 Jahre Chefredakteur	<b>163</b>
	Veranstaltung „Qualitätsberichte“	<b>165</b>
	Konzerte und Ausstellungen	<b>173</b>
<b>Mitteilungen der KVS</b>	Ausschreibungen von Vertragsarztsitzen	<b>164</b>
	Studienbeihilfe für Medizinstudenten	<b>165</b>
<b>Originalie</b>	MRSA in der ambulanten Patientenversorgung	<b>168</b>
<b>Leserbriefe</b>	Dr. med. Tim Weiske	<b>155</b>
	Dr. med. Stefan Heilmann	<b>170</b>
	Kommentierung Dr. med. Klaus Heckemann	<b>171</b>
	Prof. Dr. med. habil. H.-J. Eberhardt	<b>172</b>
	Dr. med. Frank Nitzsche	<b>173</b>
	Dr. med. Stephan Bauer	<b>173</b>
<b>Verschiedenes</b>	29. Chemnitzer Ärzteball	<b>174</b>
	Goldenes Doktordiplom	<b>174</b>
	Krieg und Medizin	<b>174</b>
	Impressum	<b>174</b>
<b>Peronalia</b>	Dr. med. Annegret Morgenstern zum 65. Geburtstag	<b>174</b>
	Jubilare im Mai	<b>175</b>
	Nachruf für Dr. med. Bodo Gronemann	<b>179</b>
<b>Tagungsbericht</b>	Forum Gesundheitswirtschaft	<b>177</b>
<b>Medizingeschichte</b>	Franz Kafka und die Tuberkulose	<b>180</b>
<b>Ostern</b>	Osterfest 2009	<b>183</b>
<b>Einhefter</b>	Fortbildung in Sachsen – Juni 2009	



32. Tagung der Kreisärztekammern  
Seite 149



Franz Kafka (1883 bis 1924) und  
die Tuberkulose  
Seite 180



Ausstellung Krieg und Medizin  
Seite 174

## Crux der Weiterbildung



Den Streit, ob Ärztemangel besteht oder nicht, wird es wohl immer geben. Denn viele weiche Faktoren beeinflussen die jeweilige Sichtweise. Eines steht allerdings fest, die deutsche Ärzteschaft wird älter und Medizinstudenten wandern ins Ausland ab. Es gibt zudem eine hohe Zahl an Studienabbrechern und solche, die zwar ihr Studium beenden, aber dann nicht als Ärzte am Patienten arbeiten. Unsere erfolgreichen Bemühungen in Österreich, wie kürzlich Ende März in Wien, Innsbruck und Graz, lösen das Problem ganz sicher nicht. Warum verlieren wir aber junge Ärzte? Ist es die schlechte Situation der Weiterbildung in Deutschland? Sind es die familienfeindlichen Arbeitsbedingungen?

Nun, über Numerus clausus oder Studienabbruch soll hier nicht geschrieben werden. Vielmehr will ich mich auf die Situation der ärztlichen Weiterbildung, natürlich aus meiner Sicht des Weiterbilders – selbst weitergebildet in Zeiten der „Ärzteschwemme“ – beziehen. Zu einer sicher beklagenswerten Situation gehört die Verwirrung, welche die deutschen Landesärztekammern – hoch lebe der Föderalismus – um die Weiterbildungsordnung gestiftet haben. Wen verwunderts, wenn gerade Fachgebiete von einem Mangel an Nachwuchs betroffen sind, welche in der ärztlichen Weiterbildungsordnung einer besonderen Unstetigkeit unterlagen und unterliegen. Das Fachgebiet „Allgemeinmedizin/Innere und Allgemeinmedizin“ sei hier nur

beispielgebend aufgeführt. Ich bin der festen Überzeugung, dass eben dieser Umstand dazu führt, dass Weiterbildung allgemein als schlecht in Deutschland empfunden wird, wohingegen, wir publizierten es oft, auf direkte Befragung Zufriedenheit herrscht.

Im Weiteren taucht in der Diskussion immer wieder das Wort Hierarchie auf. In anderen Ländern, wie zum Beispiel Österreich, wird Hierarchie als noch problematischer angesehen. Eine Erklärung, welche Hierarchie gemeint ist, und Vorschläge zu einer Änderung des beklagten Zustandes sind aber leider nur selten zu erlangen. Gestufte Verantwortlichkeiten, Verantwortungsübernahme in Abhängigkeit des Weiterbildungsstandes, aber auch Kontrollfunktionen im Sinne der Patientensicherheit können dabei wohl nicht diskutiert werden. Die Letztverantwortung hat der Chefarzt oder auch Weiterbilder, er muss Ansprechpartner sein und mit gutem Vorbild vorangehen. Aber er muss auch unpopuläre Maßnahmen treffen können, muss Fehler benennen und zu deren Abwendung genau so wie der Weiterzubildende beitragen. Das Medizinstudium hat etwas mehr an Praxisnähe erfahren. Der vollumfänglich eigenverantwortlich und praxisnah tätige Arzt kann sich aber erst in der Arbeit mit dem Patienten entwickeln und dabei braucht er Führung. Für Weiterbilder gilt hier, dass eine hohe fachliche Kompetenz nicht allein ausreichend ist. Für Weiterbildungskandidaten gilt, dass sie sich Anforderungen stellen müssen, Wissen erwerben und anwenden wollen, ohne dabei bereits alles zu können. Mit der stetig steigenden Arbeitsverdichtung und den wachsenden Anforderungen an die medizinische Praxis (aufgrund Multimorbidität und sich verändernden gesellschaftlichen Wünschen) korreliert das Maß an Frustration unter der jungen Ärzteschaft. Das Gefühl, nicht ernst genommen zu werden, wird mir in Gesprächen immer wieder vermittelt. Aber auch der Wunsch auf Führung durch den Dschungel der Weiterbildung überwiegt gegenüber dem Selbstverständnis, sich um seinen Weiterbildungsgang selbst zu

bemühen. Aus diesem Grunde ist eine Entwicklung vor Jahren angeschoben worden, welche diesem Wunsch ebenso Rechnung trägt, wie auch dem fachlichen Anspruch einer breiten Bildung im Fachgebiet: die Verbundweiterbildung.

Die arbeitsrechtliche- wie auch Gehaltsproblematik wirkt aber gerade in Fachgebieten mit hohen „Arbeitsplatzwechselraten“ einer ausreichenden Etablierung von solchen Verbänden über Sektorengrenzen hinweg entgegen. Eben dies erschwert insbesondere in der Allgemeinmedizin eine qualifizierte Weiterbildung mit genügend Interessenten genau so, wie die unzureichende Finanzierung vor allem im ambulanten Sektor.

Ärztliche Weiterbildung muss als gesellschaftliche Aufgabe begriffen werden. Wenn der Gesundheitsfonds überhaupt einen Nutzen haben kann, dann bietet sich hier die Finanzierung von ärztlicher Weiterbildung an. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Arbeitszeitdiskussion. Ich habe, und da mag man meine Ansicht für antiquiert halten, meine ärztliche Arbeit erst dann als erledigt betrachtet, wenn meine Tagesaufgabe erfüllt war. Natürlich gibt Arbeitszeit einen Rahmen dafür vor. Aber Kollegialität und das Bemühen um die Individualität des Patienten sind Leitstrahlen ärztlicher Tätigkeit. Bei zu starker Fokussierung auf Rahmenbedingungen setzen wir unsere ärztliche Glaubwürdigkeit aufs Spiel und müssen unsachgemäße Vergleiche mit handwerklicher Tätigkeit aushalten. Im Hinblick auf Familien- und Arbeitshygiene sind lange Arbeitszeiten keinesfalls wünschenswert. Unser Beruf aber ist eben nicht mit dem eines Kassenangestellten einer Bank zu vergleichen. Mein Appell richtet sich an Weiterbilder: Sie sollten ihre „Kinder“ – wie mein Chef Dr. med. Clemens Weiss immer sagte – erziehen. Und die „Kinder“ sollten bei ihren Weiterbildern ernsthaft und willig lernen und sich im gegenseitigen Vertrauen gegenüber treten. Dann glaube ich fest, lassen sich viele Negativismen auch überwinden.

## 32. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern

Der Einladung des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer zur Teilnahme an der Tagung am 21. März 2009 waren die Vorsitzenden der Kreisärztekammern, die Mitglieder des Vorstandes, die Mitarbeiter der Sächsischen Landesärztekammer sowie Gäste gefolgt.

### Berichte aus den Kreisärztekammern 2008

„Die jährlichen Berichte aus den Kreisärztekammern spiegeln sehr deutlich die berufs- und gesundheitspolitischen Probleme an der ärztlichen Basis in Sachsen wider“, so der Präsident, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze. „Insbesondere die Unzufriedenheit über politische Maßnahmen, welche den ärztlichen Alltag immer mehr belasten, kommt dabei sehr stark zum Ausdruck. Durch die teilweise erdrückenden Probleme, die die ärztlichen Kollegen in Praxis und Klinik täglich meistern müssen, gestaltet es sich deshalb zunehmend schwierig, Ärzte für kammerpolitische Aktivitäten zu begeistern.“

Auffällig im letzten Jahr war auch, dass die hausärztliche Versorgung in einigen Kreisgebieten nicht der nötigen Dichte entsprach. Auch die Zugänglichkeit von Facharztpraxen scheint sich in zunehmendem Maße zu verschlechtern. Wartezeiten bei Routinevorstellungen sind teilweise unangemessen lang, was zu erheblicher Verärgerung der Patienten führt und auch die Rettungsstellen in den Krankenhäusern der Region teilweise überlastet. Es kommt laut den Berichten aus den Kreisärztekammern auch zu einer sichtbaren Verschlechterung der häuslichen Betreuung von Patienten, die bei immer höherem Lebensalter ebenfalls in der Kette des Rettungsdienstes landen, wodurch mehr sogenannte „Notarzteinsätze“ zu verzeichnen sind.

Die niedergelassenen Kollegen erhoffen sich insbesondere bei der Förderung des ärztlichen Nachwuchses

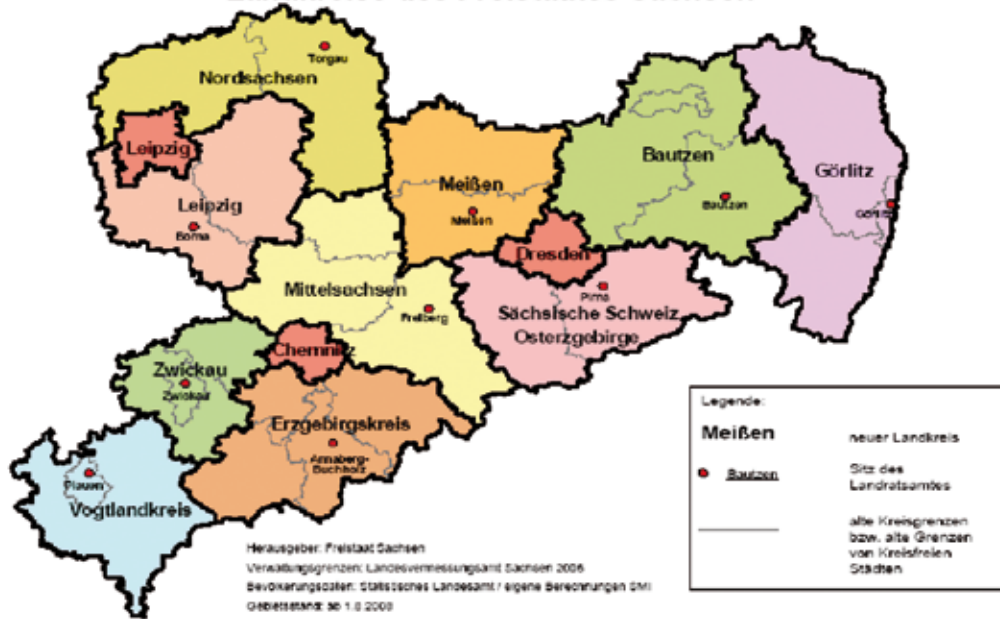


PD Dr. med. habil. Peter Friedrich, Dr. med. Ute Göbel, Prof. Dr. sc. Wolfgang Saueremann, PD Dr. jur. Dietmar Boerner, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Erik Bodendieck (v.l.)

auch von der Sächsischen Landesärztekammer deutliche Unterstützung. Mit Blick auf die Kreisreform in Sachsen und der damit verbundenen Reform der Kreisärztekammern stand auch dieses Thema bei allen Vorständen auf der Tagesordnung. Viele Vorstände haben bereits die Kontaktaufnahme mit den Vorständen der benachbarten Kreisärztekammern und Sondierung der weiteren Tätigkeit im Rahmen der Kreisgebietsreform und

damit die Fusionierung der Kreisärztekammern aktiv eingeleitet. Indes ist es in einigen Bereichen nach wie vor unklar, wer bereit sein wird, in den neuen größeren Kreisärztekammern tätig zu sein. Es könnte schwierig werden, ein einheitliches flächendeckendes Informationssystem für die Kammermitglieder auf Kreisebene zu etablieren, weil dies am fehlenden Interesse der Ärzte scheitern könnte.

## Gesetz zur Neugliederung des Gebietes der Landkreise des Freistaates Sachsen



Neugliederung der Landkreise ab 1. August 2008

### Neue Honorarordnung

Die neue Honorarordnung für die Vertragsärzte führt in Sachsen zu Verlierern und wenigen Gewinnern. Wichtige Details sind aber bisher noch unklar, weil das 1. Quartal abgewartet werden muss. Einige Facharztgruppen haben sich mit zahlreichen Protestschreiben an die Sächsische Landesärztekammer gewandt, in denen die Ängste vor Insolvenz und die Sorge um die Patientenversorgung deutlich werden. Die Sächsische Landesärztekammer hat die Schreiben zum Anlass für verstärkte politische Gespräche mit der Kassensärztlichen Vereinigung Sachsen, dem Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen und dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales genommen. Grundsätzlich ist die Sächsische Landesärztekammer nicht für die Honorarreform der niedergelassenen Vertragsärzte zuständig, aber da sie die Berufsvertretung aller sächsischen Ärzte ist und sich auch für eine bessere Vergütung der Krankenhausärzte eingesetzt hat, muss sie auch diesem Problem engagiert nachgehen. Der Präsident sieht im Hinblick auf die neuen Regelleistungsvolumina dringenden Klärungsbedarf.

### Gesundheitsfonds

Die Einführung des Gesundheitsfonds hat auch aus heutiger Sicht

keine Verbesserung der Patientenversorgung bewirkt. Eher wird eine schleichende Rationierung von Gesundheitsleistungen erwartet. Und die Möglichkeiten, über den Fonds auch die ärztliche Weiterbildung zu finanzieren, sind nicht ausgelotet. Krankenkassen drängen Ärzte zudem zu einem sogenannten Up-Coding von Diagnosen wegen der höheren Zahlungen aus dem Risikostrukturausgleich.

Prof. Jan Schulze wies darauf hin, dass Ärzte nur nach ihrem Wissen Diagnosen festlegen sollen und nicht nach den „Wünschen“ von Krankenkassen.

### Superwahljahr 2009

Zum Abschluss machte der Präsident deutlich, dass im Superwahljahr 2009 verstärkt berufs- und gesundheitspolitische Aktivitäten notwendig seien, um Politiker wie Patienten für die Probleme der medizinischen Versorgung vor dem Hintergrund des demografischen Wandels zu sensibilisieren und die ärztliche Tätigkeit in den Vordergrund zu rücken.

Auf regionaler Ebene sollte auch die Chance genutzt werden, die politischen Vertreter in Bundes- und Landtag zu Gesprächen einzuladen und auf „Herz und Nieren“ zu prüfen.

### Künftige Struktur der Kreisärztekammern – Umsetzung

PD Dr. jur. Dietmar Boerner  
Hauptgeschäftsführer der  
Sächsischen Landesärztekammer

Nachdem die Delegierten der Sächsischen Landesärztekammer im Rahmen der 39. Tagung der Kammerversammlung am 8. November 2008 beschlossen hatten, die Gliederung der Kreisärztekammern ab dem 1. Juli 2009 entsprechend der zum 1. August 2008 im Freistaat Sachsen in Kraft getretenen Kreisgebietsreform zu ändern, berichteten die Vorsitzenden der Kreisärztekammern nunmehr über die zwischenzeitlich erfolgten ersten Schritte zur Umsetzung dieses Beschlusses in den jeweiligen Kreisärztekammern. Danach hatten die Vorstände der bisherigen Kreisärztekammern, die künftig eine neue Kreisärztekammer bilden, in der Regel zueinander Kontakt aufgenommen, um das weitere Prozedere der Zusammenschlüsse zu besprechen.

Herr PD Dr. jur. Dietmar Boerner informierte die Anwesenden noch einmal über die aus dem Beschluss vom 8. November 2008 resultierenden Aufgaben für die Sächsische Landesärztekammer und die Vorstände der Kreisärztekammern. So seien Letztere gehalten, bis zum 31. März 2009 eine Geschäftsordnung für die jeweilige neue Kreisärztekammer zu entwerfen. Grundlage hierfür sei die Mustergeschäftsordnung für die Kreisärztekammern. Die konstituierenden Mitgliederversammlungen, in denen die Geschäftsordnung beschlossen und der neue Vorstand gewählt wird, sollen in dem Zeitraum vom 1. Juli bis 30. November 2009 stattfinden. Für eine ordnungsgemäße Einladung der Mitglieder durch den Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer sei es erforderlich, dass die Kreisärztekammern die Landesärztekammer rechtzeitig über den geplanten Termin der konstituierenden Mitgliederversammlung informieren.

Im Weiteren wurde die praktische Umsetzung der in der Kammerversammlung am 8. November 2008

beschlossenen Maßnahmen zur Professionalisierung der Arbeit der neuen Kreisärztekammern besprochen. Wie bereits im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 12/2008, berichtet, wird es jeder Kreisärztekammer nach Konstituierung möglich sein, für anfallende Verwaltungsarbeiten eine Hilfskraft zu beschäftigen. Dabei wird das zugrunde liegende Arbeitsverhältnis zwischen der Hilfskraft und der Sächsischen Landesärztekammer abgeschlossen. Die Finanzierung erfolgt aus den Rückflussgeldern der jeweiligen Kreisärztekammer. Darüber hinaus sollen die Vorsitzenden der neuen Kreisärztekammern als Ausgleich für den erhöhten Arbeits- und Kostenaufwand eine Aufwandsentschädigung aus den Mitteln der Sächsischen Landesärztekammer erhalten.

Über die Konstituierung der zehn neuen Kreisärztekammern Bautzen, Erzgebirgskreis, Görlitz, Leipzig (Land), Meißen, Mittelsachsen, Nordsachsen, Sächsische Schweiz-Osterzgebirge,

Vogtlandkreis und Zwickau wird im „Ärzteblatt Sachsen“ berichtet werden.

### **Selbstverständnis der Kreisärztekammern**

Laut Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer haben die Kreisärztekammern innerhalb ihres örtlichen Bereiches u. a. die Aufgabe, die beruflichen Belange aller Mitglieder wahrzunehmen sowie für ein hohes Ansehen des Berufsstandes zu sorgen. Daneben haben sie die Erfüllung der berufsrechtlichen und -ethischen Pflichten der Mitglieder zu überwachen. Ferner sind die Kreisärztekammern gehalten, die Qualität der Berufsausübung zu fördern sowie die Fort- und Weiterbildung der Mitglieder zu unterstützen. Nicht zuletzt sollen sie bei Streitigkeiten zwischen Mitgliedern oder zwischen Mitgliedern und Dritten vermitteln. Eine weitere wichtige Aufgabe ist die Unterstützung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes bei der Erfüllung seiner Aufgaben.

### **Handlungsansätze für die zukünftige patientenwirksame Versorgung**

PD Dr. med. habil. Peter Friedrich  
Ehemaliger Vorsitzender der  
Kreisärztekammer Torgau-Oschatz



PD Dr. med. habil. Peter Friedrich

#### *Aufgabenschwerpunkte*

Die drohende hausärztliche Unterversorgung im Landkreis Torgau-

Oschatz war eine schicksalhafte Herausforderung der ärztlichen Selbstverwaltung in der Wahlperiode 2003 bis 2007.

#### *Aktivitäten im Rückblick*

Die anhaltende Überforderung der Allgemeinmediziner und die zunehmenden Patientenbeschwerden führten durch die Aktivitäten der Kreisärztekammer und des Landratsamtes zur Modellregion gegen Ärztemangel mit finanziellen Fördermaßnahmen.

Die Grundlagen waren eine kommunale Gesundheitskonferenz 2003, ein Podiumsgespräch mit dem Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen 2004 sowie der Besuch des sächsischen Ministerpräsidenten 2008.

Die aktuellen medizinischen Versorgungsengpässe wurden in 15 Vorstandssitzungen und in den jährlichen Kammermitgliederversammlungen, Ärzte- und Seniorentreffen basisnah thematisiert.

#### *Bilanz der Gegenwart*

Zwei Drittel der geförderten Patientenübernahmen und Neugründungen waren eine Fortsetzung der hausärztlichen Familientraditionen. Die KV-Praxisgründung scheitert an der Hausarztfindung. Die fallzahlabhängige Bonuszahlung verhindert eine zeitnahe Hausarzt- und Patientenzufriedenheit.

Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, verkündete

2009 in einem kommunalen Ärztegespräch den erreichten hausärztlichen Versorgungsgrad mit 98,5 Prozent. Von den 50,5 tätigen Hausärzten sind 18 Ärzte älter als 65 Jahre, und aus regionaler Sicht ist ohne die 65-Jährigen kurzfristig erneut eine Unterversorgung zu erwarten.

#### *Bundesweite Handlungsansätze für die zukünftige patientenwirksame Versorgung:*

- Kleinräumige ärztliche Bedarfsplanung unter Berücksichtigung der Entfernung innerhalb von Flächenkreisen.
- Regionale Versorgungsgradberechnung unter Einbeziehung der soziodemografischen Situation, des Altersdurchschnittes von Patienten und Ärzten sowie der Patientenmortalität.
- Lokale Unterstützung der ansässigen Hausärzte in den ländlichen Regionen.

#### **Zwischen Tradition und Erneuerung**

Uta Katharina Schmidt-Göhrich  
Vorsitzende der Kreisärztekammer  
Dresden (Stadt)

Die Kreisärztekammer Dresden (Stadt) ist eine relativ große Kreisärztekammer, die sich durch eine ausgeprägte Heterogenität auszeichnet. Einen großen Anteil stellen Ärzte im Seniorenalter. Durch die Existenz mehrerer großer und kleinerer Krankenhäuser sowie eines Universitätsklinikums gibt es in Dresden auch sehr viele junge



Frau Uta Katharina Schmidt-Göhrich

Kollegen sowie künftige Ärzte. Heterogen ist damit auch das Verhältnis der Ärzteschaft zwischen Klinik – Niederlassung – Wissenschaft/Lehre/Forschung. Wir sehen es als eine unserer wichtigsten Aufgaben, diese Heterogenität als Chance zu verstehen und – entsprechend dem ureigenen Anliegen der Kreisärztekammer – die Kollegialität und das ärztliche Miteinander interessenübergreifend und vermittelnd zu fördern.

#### Beispiele:

Sehr gut gelingt uns dies seit Jahren in der Seniorenarbeit. Eines der wichtigsten Ziele des neuen Kreiskammervorstandes ist es, die jungen Ärzte zu fördern. Kurzfristig wird dies mit der (finanziellen) Förderung von Kursen im Rahmen der Weiterbildung sowie mit eigenen Veranstal-

tungen speziell für diese Ärztegruppen getan. Zum anderen werden wir die Zusammenarbeit mit der Medizinischen Fakultät der TU Dresden intensivieren, um bereits Medizinstudenten in die Kammerarbeit einzuführen. Eine ganz wesentliche Aufgabe sehen wir als Dresdner in der Vermittlung zwischen ärztlicher „Basis“ und der Sächsischen Landesärztekammer, sowohl in der Pflege der sehr guten Zusammenarbeit als auch gelegentlich als basisnahes Korrektiv, wenn die Ärztekammer dazu neigt, ihre örtlichen Aufgaben vor denen als Standesvertretung zu akzentuieren. Unser Vorteil hierbei ist das „Vor-Ort sein“.

Wir sehen uns als (Ver-)Mittler zwischen den verschiedenen beruflichen Ebenen, den Kollegen individuell, zwischen den verschiedenen Altersgruppen, gelegentlich notwendigerweise auch zwischen Ärzten und Patienten. Wichtig ist uns dabei die Pflege guter Traditionen, aber auch die Verjüngung und Modernisierung der Kreisärztekammer Dresden (Stadt).

### **Vorteile einer kleinen Kreisärztekammer**

Dipl.-Med. Stefan Hupfer  
Vorsitzender der Kreisärztekammer  
Zwickauer Land

Mit einem gut aufgestellten Vorstand ist es möglich, die anstehenden Aufgaben zu bewältigen. Günstig ist die heterogene Zusammensetzung unse-



Dipl.-Med. Stefan Hupfer

rer Kreisärztekammer, angestellte Ärzte in der Klinik, niedergelassene Ärzte, Senioren und junge Fachärzte, verteilt über das gesamte Territorium des Kreises. Nicht vergessen werden darf, dass die Tätigkeit in einer Kreisärztekammer eine ehrenamtliche Funktion ist, die neben dem hohen Arbeitspensum im ärztlichen Alltag zu bewältigen ist. Als eine Aufgabe sehen wir die ärztliche Fortbildung. Neben der Organisation von zwei zentralen Kreisveranstaltungen unterstützen wir die Aktivitäten der Stammtische, Fortbildungszirkel und der Kliniken durch Übernahme der Formalien der Zertifizierung. Die Beilegung innerärztlicher Konflikte, von Streitigkeiten mit Patienten und Verstößen gegen die Berufsordnung

beschäftigt uns zum Glück nur sehr selten. Mit großem Engagement verstand es unser langjähriges Vorstandsmitglied, Frau Dr. Popp, sich um die Belange der Seniorenbetreuung verdient zu machen. Eine bessere Form der Wertschätzung für ein langes Berufsleben als den persönlichen Besuch beim Jubilar gibt es sicher nicht. Die Basisnähe ist durch die tägliche Kommunikation gegeben. Einige Mitglieder des Vorstandes sind gleichzeitig in der Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer oder in der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen ehrenamtlich engagiert. Dies ermöglicht uns die Information über wichtige Fakten auf dem kurzen Weg. Dieser Vorteil wird in einer territorial sehr großen Kammer, die mit der Verwirklichung der Kreisgebietsreform entstehen wird, wahrscheinlich verschwinden.

Bei eher verhaltenem Interesse der Kollegen an der Arbeit der Kreisärztekammer gilt es, für die bevorstehenden Wahlen der Kreisärztekammern Interessenten zu gewinnen, die sich zur aktiven Mitarbeit bereit erklären. Unser Aufruf gilt vor allem jungen Ärzten, sich in der Kammerarbeit zu engagieren. Wünschenswert sind verstärkte Bemühungen seitens der Sächsischen Landesärztekammer, aber vor allem auch der sächsischen Gesundheitspolitiker,

dem bestehenden und sich verschärfende Ärztemangel zu begegnen. Der Abbau der Bürokratie und eine Gerechtigkeit bei der Abrechnung von ärztlichen Leistungen sind auch unsere Ziele. Die Einigkeit des Vorstandes und der Mitglieder unserer Kreisärztekammer ist ausschlaggebend für unsere erfolgreiche berufspolitische Arbeit.

### Sucht und Drogen in der ärztlichen Tätigkeit

Dr. med. Frank Härtel  
Vorsitzender der Kommission  
„Sucht und Drogen“ der  
Sächsischen Landesärztekammer



Dr. med. Frank Härtel

Zur Drogensubstitution wurde zunächst auf Grundlagen der Suchtentwicklung in der gesamten bio-psycho-sozialen Breite des Geschehens eingegangen. Herr Dr. Frank Härtel stellte die Entwicklung und das Ziel von Substitution seit ihrer Einführung zwischen ethischen, gesundheitspolitischen und ordnungspolitischen Gesichtspunkten dar. Nach der Beschreibung von Problemen in der Substitutionsdurchführung wie Beigebrauch, Zielgruppendefinition, konsequente Behandlungsführung wurde auf die epidemiologische Situation mit Angaben zu Erfolgen der Abstinenztherapien, der Haltequoten der Substitution und auf die jüngsten Zahlen aus dem Substitutionsregister eingegangen, die über die sächsischen Verhältnisse Auskunft geben. In diesem Zusammenhang wurde die Heroinstudie kurz ange-

sprochen. Breiteren Raum nahmen die juristischen Grundlagen und jüngste Urteile des Bundesgerichtshofes (BGH) zu Substitutionsfragen ein. Neben der Darstellung der gesetzlichen Indikation zur Substitution ging Herr Dr. Härtel insbesondere auf den § 13 BtMG zur Verschreibung und Abgabe auf Verschreibung von Betäubungsmitteln sowie auf die §§ 5 (Verschreibung zur Substitution) und 5a (Substitutionsregister) der BtMVV sowie die Sächsische Richtlinie zur Verordnung von Benzodiazepinen an Suchtkranke ein.

Besondere Bedeutung hat ein am 04.06. 2008 ergangenes Urteil vom BGH, das anhand eines von einem Todesfall gefolgten Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz und die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung zu Schlussfolgerungen über die auch „von den Ärztekammern als maximal vertretbar angesehene Grenze von 50“ substituierten Patienten pro Arzt und die dem behandelnden Arzt verbleibende erhebliche Mitverantwortung bei der Verschreibung von Substitutionsmitteln bezüglich eintretender Zwischenfälle führt.

Abschließend wurden die Möglichkeiten in Sachsen, suchtkranken Ärzten Hilfe auf dem Weg der Abstinenz zu geben, aufgezeigt. Diese Empfehlungen sind im Bericht der Kommission „Sucht und Drogen“ im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 3/2009, detailliert dargestellt.

### Neugestaltung der sächsischen Seniorenfahrten

Frau Dr. med. Ute Göbel  
Vorsitzende des Ausschusses  
„Senioren“ der Sächsischen  
Landesärztekammer

Im Namen des Seniorenausschusses informierte Frau Dr. med. Ute Göbel über veränderte Modalitäten der sächsischen Seniorentreffen.

Die sächsischen Seniorentreffen blicken inzwischen auf eine 14-jährige Tradition zurück. Am Beginn stand die Absicht des ersten Kammerpräsidenten, ärztliche Senioren mit der neuen Landesärztekammer vertraut

zu machen. Die Ärzte im Ruhestand und ihre Lebenspartner aus dem gesamten Freistaat Sachsen wurden 1995 in das neue Kammergebäude eingeladen. Zugleich sollte damit auch ein Zeichen der Wertschätzung für die Ruheständler gesetzt werden. In den nachfolgenden Jahren hatten die Ausfahrten überwiegend kulturhistorisch bedeutsame Örtlichkeiten oder Ereignisse zum Ziel, wie zum Beispiel die Augustusburg oder die Landesausstellung „Macht und Glaube“ in Torgau. Im letzten Jahr standen die Fahrten unter dem Leitmotiv „Gesundheit“ und führten in die Kureinrichtungen von Bad Elster. Die Treffen wurden zunehmend gern angenommen – auch als eine Möglichkeit, das kollegiale Gespräch zu suchen und alte Bekanntschaften in ungezwungenem, anregendem Rahmen zu pflegen. Die Vorbereitung, Organisation, Begleitung und Auswertung lag von Anfang an in den Händen des Seniorenausschusses. Die ebenfalls arbeitsintensive Durchführung wurde durch die Mitarbeiterinnen der drei Bezirksstellen der Sächsischen Landesärztekammer als zusätzliche Aufgabe mit großem Engagement gewährleistet.

Die wachsende Beliebtheit der Treffen wie auch die steigende Zahl der Einzuladenden führte zu einer Erweiterung der Ausfahrtstermine auf gegenwärtig vier sowie zu einem zweijährig alternierenden Einladungsrythmus für jüngere und für ältere



Dr. med. Ute Göbel



Senioren. Jährlich wurden bis zu 800 Teilnehmer gezählt. Nun steht nochmals eine weitere deutliche Steigerung der Zahl der Senioren auf ca. 6000 Personen – bedingt durch den Übergang besonders starker Jahrgänge in den Ruhestand – im nächsten Jahr an. Verärgerte Zuschriften über Nichtberücksichtigung von Teilnahmewünschen haben die entstandene Problematik zusätzlich eindrucksvoll unterstrichen. Auf Anregung des Seniorenausschusses wird die Sächsische Landesärztekammer die Durchführung der Seniorenentretfen deshalb in professionelle Hände legen.

Nach Einholung von mehreren Angeboten bei unterschiedlichen Reiseanbietern wurde damit nunmehr ein Reisebüro beauftragt, mit dem die Kammer bereits seit mehreren Jahren gute Erfahrungen sammeln konnte. Wie bisher wird der Seniorenausschuss die Ausfahrten vorbereiten. Die Anmeldeformalitäten, die Verteilung auf die Termine, die Kassierung der Selbstbeteiligung, der Transport und die Betreuung vor Ort wird in diesem Jahr bereits von dem professionellen Reiseanbieter übernommen. Die Einladungen werden aus Datenschutzgründen in gewohnter Weise von den Bezirksstellen versandt, die Anmeldung ist jedoch an den genannten Reiseveranstalter zu richten.

Mit der Besichtigung der Porzellanmanufaktur in Meißen, einer Weinverkostung auf Schloss Wackerbarth und einem anschließenden Kaffeetrinken im „Goldenen Anker“, im historischen Stadtkern von Altkötchenbroda, sind für dieses Jahr besonders exklusive Ziele ins Auge gefasst.

Der Seniorenausschuss hofft auf das Verständnis der Mitglieder für seine Entscheidung, die nach langer sorgfältiger Abwägung gefällt wurde, und auf eine rege Teilnahme an den künftigen Seniorenentretfen.

**Die 33. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern findet am 19. September 2009 statt.**

## Editorial der Ausgabe 02/2009

Sehr geehrte Damen und Herren, im oben genannten Editorial dargelegte Sachverhalte fordern einige Anmerkungen eines nicht hausärztlich tätigen Vertragsarztes geradezu heraus. Zunächst ist der grundlegende Gedanke, gemeinsam unsere standespolitischen Ziele im rationierten Gesundheitswesen im Sinne unserer Patienten durchzusetzen, wichtig und richtig. Jedoch stellt sich die Frage, ob die Kassenärztliche Vereinigung als Standesvertretung im eben zitierten Sinne diese Aufgabe erfüllen kann oder darf. Ich erlaube mir darauf hinzuweisen, dass die Länder-KV und die Kassenärztliche Bundesvereinigung im eigentlichen Sinne Körperschaften öffentlichen Rechtes sind. Wer mag, kann die mit dieser Rechtsform verbundenen Rechte, aber auch die weitaus überwiegenden Pflichten nachschlagen. Weiterhin gebe ich zu bedenken, dass in unserem rationierten Gesundheitssystem das vorhandene Geld auch für alle Arztgruppen nach entsprechendem Versorgungsumfang adäquat verteilt werden sollte. Die Forderung des Hausärzterverbandes

des nach einem Fallwert von 85 EUR erscheint mir in diesem Zusammenhang als nicht finanzierbar. Die uns heute zur Verfügung stehenden Finanzmittel lassen derartige Fallwerte – leider – für keine Arztgruppe zu. Bereits mit der Honorarreform 2009 ist eine betriebswirtschaftlich solide Führung einer Facharztpraxis mit Vorhaltung bestimmter grundlegender diagnostischer bzw. therapeutischer, zumeist kostenintensiver Leistungen nicht mehr praktikabel. Gleichwohl sollten wir arztgruppenübergreifend im Sinne des letzten Absatzes des oben angeführten Editorials gemeinsam für eine adäquate, dem tatsächlichen Aufwand und Leistungsumfang entsprechende Vergütung kämpfen. Eine einzig auf Quantität zugeschnittene, pauschalisierte Honorierung kann weder im Sinne unserer Patienten noch in unserem eigenen Interesse sein. Der bisher von der Politik beschrittene Weg, die Ärzteschaft zu spalten, ist mit der Honorarreform 2009 fundamentiert worden. Ich hoffe, dass ich mit diesem Schreiben die Diskussion um die Zukunft des ambulanten Gesundheitswesens anregen kann.

Dr. med. Tim Weiske, Borna

## Illegal und krank

### Medizinische Versorgung für Menschen ohne Papiere

Im Zuge weltweiter Migrationsprozesse und einer immer restriktiver werdenden Ausländerpolitik leben in Deutschland zahlreiche Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Wenn Ausländer in dieser Situation krank werden, tun sich viele Probleme auf. Meist haben die Betroffenen keine Krankenversicherung und leben unter schwierigen Existenzbedingungen. Krankenhäuser, Arztpraxen oder Beratungseinrichtungen, stehen bei der Betreuung vor zahlreichen Schwierigkeiten.

Wie bekommen Menschen ohne Papiere in Deutschland eine medizinische Versorgung? Diese Frage stellte das Ärzteblatt Sachsen den Medizinstudenten Elisabeth Rachel, Carlotta Conrad und Tobias Lipek vom Medinetz Dresden e.V. Diese Initiative setzt sich seit 2006 für die Vermittlung einer medizinischen Versorgung von Menschen ohne Papiere in Dresden ein. Das Medinetz Dresden hat derzeit 15 Mitglieder, von denen die meisten Medizinstudierende sind. Netzwerke wie dieses gibt es bereits in vielen anderen deutschen Großstädten.

*Frau Rachel, Sie sind Gründungsmitglied von Medinetz Dresden, was war für Sie der Grund ein Medinetz ins Leben zu rufen?*

**E. Rachel:** Die Idee entstand auf einem Kongress des IPPNW (Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges, Ärzte in sozialer Verantwortung) im Oktober 2005, wo es um die Situation von Menschen ohne Papiere ging. Nach Erfahrungen im Rahmen meiner Praktika in Entwicklungsländern bin ich zu der Überzeugung gelangt, dass Veränderungen, die zu mehr sozialer Gerechtigkeit führen, im eigenen Land ansetzen müssen. Das Medinetz ist aus diesem konkreten Anliegen als Projekt entstanden.

*Warum engagieren sich Medizinstudenten in ihrer Freizeit in einem sol-*



Elisabeth Rachel, Carlotta Conrad, Tobias Lipek (v.l.)

*chen Netzwerk anstatt zum Beispiel ihren Hobbys nachzugehen?*

**C. Conrad:** Es ist glücklicherweise nicht so, dass durch unsere Arbeit keine Zeit mehr für Hobbys bliebe. Tatsächlich bereitet sie aber so viel Freude wie so manche Runde über den Golfplatz! Im Ernst: Das Engagement für Menschen in Notsituationen bietet sich für Medizinstudenten doch geradezu an. Als Ärztin will ich allen Menschen ohne Ansehen der Person helfen. Dies kann ich bei Medinetz auf eine sehr konkrete Art tun. Und uns geht es nicht darum, zu klären, warum ein Mensch ohne Papiere in Deutschland lebt.

**T. Lipek:** Mich hat ein Zitat von Virchow sehr beeindruckt. Demnach gilt: „Die Medizin ist eine soziale Wissenschaft, und Politik ist weiter nichts als Medizin im Großen“. Ich denke besser kann man es nicht ausdrücken. Wir haben eine Verantwortung, die über die bloße Patientenversorgung hinausgeht. Mit meinem Einsatz bei Medinetz habe ich die Möglichkeit, politisch zu sein und dieser Verantwortung ein Stück weit gerecht zu werden. Dafür bin ich sehr dankbar – und, ich kann mich Carlotta nur anschließen, es bereitet auch eine Menge Spaß.

*Welche Ärzte unterstützen das Medinetz?*

**C. Conrad:** Derzeit sind es 15 niedergelassene Ärzte in Dresden, darunter

13 Ärztinnen und 2 Ärzte aus den Fachgebieten der Allgemeinmedizin, Inneren Medizin und HNO sowie, Zahnärzte, Psychologen und Gynäkologinnen. Aber auch ein Hebammenhaus und Dolmetscher gehören zum Medinetz. Zudem wäre unsere Arbeit nicht vorstellbar ohne die Kooperation mit professionellen und ehrenamtlichen Helfern des Ausländerates Dresden, Cabana und Anderen.

**E. Rachel:** Die Ärzte für Medinetz zu gewinnen war zu Beginn nicht ganz einfach. Wir haben ca. 400 Briefe persönlich in Dresden bei den Praxen in den Briefkasten geworfen. Aber die Resonanz war geringer als erhofft. Wie Sie an den Mitgliedern sehen können, sind es vor allem Ärztinnen die sich zur Mitarbeit bereit erklärt hatten.

*Wie gestaltet sich die Unterstützung eines kranken Menschen ohne Papiere? Treffen Sie sich an geheimen Orten?*

**T. Lipek:** Im Internet und auf unseren Informationsfaltblättern haben wir eine Kontaktnummer angegeben. Darunter sind wir 24 Stunden am Tag zu erreichen. Wir wechseln uns bei der „Bereitschaft“ ab. Kommt eine Anfrage, vermitteln wir den Anrufer an einen Facharzt aus dem Medinetz.

**E. Rachel:** Leider rufen die Menschen ohne Papiere bei einer Erkrankung meist erst dann an, wenn es akut ist, weil Sie bei jedem Arztbesuch Angst vor Entdeckung haben.

Dadurch müssen wir sehr schnell medizinische Hilfe organisieren. Glücklicherweise haben wir aber seit 2006 nur 25 Fälle in Dresden vermitteln müssen. Viele Anfragen haben oft beratenden Charakter.

**C. Conrad:** Als Medinetz treffen wir uns einmal in der Woche, um aktuelle Themen zu besprechen oder um Öffentlichkeitsarbeit zu planen, worauf wir vermehrt unseren Schwerpunkt setzen wollen. Zudem gibt es einen regen Austausch mit anderen Netzwerken in Deutschland, an dem wir uns auf Treffen beteiligen.

*Macht sich ein Arzt, der einen Menschen ohne Papiere behandelt, in Deutschland strafbar?*

**T. Lipek:** Grundsätzlich ist die Behandlung eines „unsichtbaren Patienten“ mit rechtlichen Unsicherheiten und ungeklärten Kostenübernahmebedingungen verbunden. Möchte ein Arzt allerdings die Möglichkeiten der Kostenerstattung nutzen (siehe Info-Kasten auf Seite 158), wird es schwierig, weil er dann die Daten des Patienten offen legen müsste. Zugleich könnte ihm vorgeworfen werden, Beihilfe zur illegalen Einreise oder zu illegalem Aufenthalt nach § 96 Aufenthaltsgesetz zu leisten. Es muss jedoch betont werden, dass noch nie ein deutsches Gericht gegen einen Arzt vorgegangen ist, der einen Menschen in der Illegalität behandelte.

**C. Conrad:** Dennoch haben Deutsche Ärztetage immer wieder Rechtsicherheit für Ärzte bei der Behandlung von Menschen ohne Papiere gefordert, um jede Unsicherheit für Ärzte und Menschen ohne Papiere auszuschließen.

**E. Rachel:** Bei öffentlichen Einrichtungen wie Krankenhäusern ist die Rechtslage schwierig. Sie sind nach herrschender Meinung nach § 87 Aufenthaltsgesetz im ärztlichen Behandlungsfall verpflichtet, der Ausländerbehörde den Vorgang zu melden. So birgt es immer dann Probleme, wenn bei einem Menschen ohne Papiere eine Operation notwendig wird, weil er dann vom Krankenbett aus abgeschoben werden könnte. Private Kliniken unterliegen dieser Übermittlungspflicht nicht. Die Übermittlungspflicht sollte nach dem Willen der Bundesärztekammer und den Menschenrechtsbeauftragten der Landesärztekammern aufgehoben werden, um Rechtssicherheit für Ärzte zu schaffen. Aus anderen Bundesländern ist bekannt, dass sich dort zum Glück Kliniken bereit erklären, diese OP's kostengünstig durchzuführen.

*Zurück zu Medinetz: Wenn jeder von Ihnen einen Wunsch frei hätte, was würden Sie sich für ihre ehrenamtliche Arbeit wünschen?*

**C. Conrad:** Als erstes würde ich mir die Unterstützung der Arbeit von

Medinetz durch Ärzte aus privaten Kliniken im Raum Dresden für Operationen, Labordiagnostik oder Geburten wünschen, weil wir in dieser Richtung bisher noch keine Partner haben.

**E. Rachel:** Diesen Wunsch möchte ich ergänzen um niedergelassene Ärzte der Richtungen Radiologie, Chirurgie, Labormedizin, Dermatologie, Ophthalmologie und Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie.

**T. Lipek:** Als Schatzmeister wünsche ich mir für unsere ehrenamtliche Arbeit natürlich viele Spender. Ich denke bei der Suche nach aktiven Unterstützern aber auch an Ärzte im Ruhestand und möchte sie zu einer Mitarbeit ermuntern. Sie können bei Behörden oder Ärzten, die nicht von vornherein hilfreich eingestellt sind, oft Wunder bewirken. Außerdem verfügen diese Ärzte über Netzwerke und Erfahrungen, die für uns junge Kollegen sehr hilfreich sein können. Am besten wäre es natürlich, wenn in Deutschland Medinetze überflüssig wären.

Vielen Dank für das Gespräch!

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

Kontakt  
medinetz Dresden e.V.  
E-Mail: medinetzdresden@gmx.de  
Telefon mit AB: 0177 1736718  
Sprechstunde Mittwoch, 18 – 20 Uhr  
Haus der Johanneskirche (Trinitatiskirche)  
Fiedlerstraße 2, 01307 Dresden

**Infokasten****Rechtliche Situation und Möglichkeiten der Kostenerstattung „Illegale“ im Krankenhaus**

Grundsätzlich sollten Patienten, die ohne Krankenversicherung und ohne gesicherten Aufenthaltsstatus ins Krankenhaus kommen, medizinisch untersucht werden. Danach kann entschieden werden, ob eine Behandlung erforderlich ist und wie die Abrechnung der Behandlungskosten erfolgen kann.

Mit den Betroffenen sollten im vertraulichen Gespräch die unterschiedlichen Möglichkeiten erwogen werden. Um ein Vertrauensverhältnis aufzubauen und auf beiden Seiten die verlässliche Basis für die Zusammenarbeit zu schaffen, müssen die Erkrankten sicher sein können, dass das Krankenhauspersonal nicht die Polizei ruft oder die Ausländerbehörde informiert. Denn dann kann ihnen die Abschiebung drohen.

Es kommt vor, dass Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus aus Angst zunächst nicht ihren richtigen Namen nennen oder eine veränderte Lebensgeschichte erzählen. Dahinter steht nicht die Absicht zu lügen, sondern es handelt sich um eine nachvollziehbare Schutzmaßnahme.

**Wie ist die rechtliche Situation?**

Berlins Innensenator Körting stellte fest, dass Ärzte und medizinisches Personal weder die Ausländerbehörde informieren müssten noch sich selbst strafbar machen, wenn aus humanitären Gründen eine Behandlung erfolgt. Zur Datenübermittlung seien die Verwaltungen medizinischer Einrichtungen in privater Trägerschaft, in Trägerschaft der Wohlfahrtsverbände und der Kirchen nicht verpflichtet.<sup>1)</sup> Das Bundesministerium des Innern vertritt in einem Bericht die Auffassung: „Medizinische Hilfe zugunsten von Illegalen wird nicht vom Tatbestand des § 96 Aufenthaltsgesetz erfasst; Ärzte und sonstiges medizinisches Personal, das medizinische Hilfe leistet, machen sich nicht strafbar“<sup>2)</sup>. Der Weitergabe von Informationen von Seiten der Ärzteschaft steht die ärztliche Schweigepflicht entgegen.

**Wie können die Kosten abgerechnet werden?**

In der Niederlassung können die Ärzte im Rahmen der Möglichkeiten des Patienten eine Selbstzahlung vereinbaren. Im Krankenhaus ist es die Pflicht des Arztes, einem Patienten unabhängig von seinem Status die notwendige Versorgung zukommen zu lassen, dies bedeutet nicht in jedem Fall Verzicht auf Entgelt für erbrachte Leistungen.

Eine Abrechnung über das Sozialamt nach dem Asylbewerberleistungsgesetz ist grundsätzlich möglich für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus oder wenn eine Duldung (zum Teil bei Schwangeren) oder eine Grenzüberschreitung bescheinigt vorliegt. Generell kann durch die Meldung des Sozialamtes an die Ausländerbehörde Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus allerdings dann die Abschiebung drohen.

Liegt eine akute oder eine schwere Erkrankung vor, die Reiseunfähigkeit zur Folge hat oder die im Heimatland nicht behandelt werden kann, dann ist ebenfalls eine Kostenübernahme durch das Sozialamt möglich. Entweder kann mit Berufung auf die Erkrankung ein Aufenthaltsstatus beantragt werden oder die Kliniken machen ihre Kosten in Notfällen direkt beim Sozialamt geltend.

Bei Arbeitsunfällen können die Behandlungskosten selbst bei illegaler Beschäftigung gegenüber den gesetzlichen Unfallversicherungen der Berufsgenossenschaften geltend gemacht werden, sofern der Arbeitgeber bekannt ist.

Gehen die Erkrankten einer nicht geringfügigen Beschäftigung nach, sind sie per Gesetz automatisch Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies setzt aber voraus, dass die Betroffenen bereit sind, das Beschäftigungsverhältnis – notfalls durch eine Klage – nachzuweisen.

Nach dem Opferentschädigungsgesetz können auch Ausländer ohne gesicherten Status Leistungen beziehen, wenn sie Opfer einer Gewalttat geworden sind.

Wenn im Herkunftsland eine Krankenversicherung und ein Sozialversicherungsabkommen zwischen den Ländern besteht, ist im Rahmen der Leistungspflicht die gesetzliche Krankenkasse im Heimatland der Leistungsträger.

Bei Erkrankungen im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes – z.B. Tuberkulose oder sexuell übertragbare Krankheiten – ist das Gesundheitsamt zur Übernahme der Kosten verpflichtet, sofern keine andere Abrechnungsmöglichkeit besteht.

Kommt keine dieser Möglichkeiten in Betracht, sollte erwogen werden, ob das Krankenhaus bereit ist, dem Patienten eine Behandlung zu einem reduzierten Betrag anzubieten. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass Selbstzahler außerhalb des Budgets abgerechnet werden. Wenn die Behandlung mit den Mitteln des Hauses erfolgen kann, sind die tatsächlichen Kosten für den Einzelfall darüber hinaus in der Regel tragbar.

<sup>1)</sup> Einem Rechtsgutachten (Alt, J., Fodor, R.: Rechtlos? Menschen ohne Papiere, Karlsruhe 2001) zufolge sind auch Verwaltungen von Häusern in kommunaler Trägerschaft nicht verpflichtet, Daten an die Polizei oder die Ausländerbehörde weiterzugeben. Krankenhausverwaltungen in kommunaler Trägerschaft sind zwar „öffentliche Stellen“, sie haben somit „ihnen bekannt gewordene Umstände“ mitzuteilen. Aber als „bekannt geworden“ gelten nur Informationen, deren Einholung zur Erfüllung ihrer eigenen Aufgaben notwendig sind. Wenn im Zuge ihrer Aufgabenerfüllung, nämlich medizinische Hilfe zu leisten, nebenbei auch Erkenntnisse über den illegalen Aufenthalt gewonnen werden, dann sind dies im Sinne der obigen Definition keine „bekannt gewordenen Umstände“ und müssen nicht mitgeteilt werden.

<sup>2)</sup> Bundesministerium des Innern (Hrsg.). Illegal aufhältige Migranten in Deutschland: Datenlage, Rechtslage, Handlungsoptionen. Bericht des Bundesministeriums des Innern zum Prüfauftrag „Illegalität“ aus der Koalitionsvereinbarung vom 11. November 2005, Kapitel VIII 1.2; 2007.

**Weiterführende Adressen:****PRO ASYL**

Postfach 160624  
60069 Frankfurt Main  
Tel.: 069/230688  
Fax: 069/230650  
proasyl@proasyl.de  
www.proasyl.de

**IPPNW Deutschland**

Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges/  
Ärzte in sozialer Verantwortung e.V.  
Körtr. 10  
10967 Berlin  
Tel.: 030/6980740  
Fax: 030/6938166  
kontakt@ipnw.de  
www.ipnw.de

**Menschenrechtsbeauftragter der Bundesärztekammer**

Herr Dr. med. Frank Ulrich Montgomery  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin  
info@baek.de  
www.baek.de

**Menschenrechtsbeauftragter der Sächsischen Landesärztekammer**

Herr Dr. med. Lutz Liebscher  
Schützenhöhe 16  
01099 Dresden  
dresden@slaek.de  
www.slaek.de

**Ausländerrat Dresden e.V.**

Internationales Begegnungszentrum (IBZ)  
Heinrich-Zille-Straße 6  
01219 Dresden  
Tel.: 0351 436 3724  
Fax: 0351 436 3732  
www.auslaenderrat.de  
info@auslaenderrat.de

**Psychologische und soziale Beratungsstelle für Flüchtlinge des Cactus e.V.**

Sternwartenstraße 4 - 6,  
04103 Leipzig  
Tel.: 0341 2254544  
Tel.: 0341 2254574  
Fax: 0341 2254690  
migration@cactus.de

**Medinetz Leipzig**

c/o Flüchtlingsrat Leipzig e.V.  
Sternwartenstr. 4  
04103 Leipzig  
Tel: 0151 23672393  
Tel: 0163 6685448  
medinetz-leipzig@ipnw.de

## Raucherambulanz der Technischen Universität Dresden

In den Industrienationen ist das Rauchen von Tabak für jeden fünften vorzeitigen Todesfall verantwortlich und ist somit der wichtigste individuell beeinflussbare Risikofaktor für schwere Erkrankungen und vorzeitigen Tod. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist Tabakrauchen für 80 bis 90 Prozent der chronischen Atemwegserkrankungen, für 80 bis 85 Prozent der Lungenkrebserkrankungen sowie für 25 bis 43 Prozent aller koronaren Herzkrankheiten verantwortlich. Raucher sterben etwa 10 Jahre eher als Nichtraucher. Mit jährlich ca. 140.000 tabakbedingten Todesfällen allein in der Bundesrepublik Deutschland stellt Tabakrauchen die weitaus häufigste Einzelursache für vorzeitigen Tod dar.

Trotz der enormen gesundheitlichen Konsequenzen des Rauchens und der nachgewiesenen Wirksamkeit von Tabakentwöhnungsprogrammen werden qualifizierte Entwöhnungsangebote nur von einem verschwindend kleinen Teil der Raucher genutzt. Dabei gewinnt ein 40jähriger, der mit dem Rauchen aufhört, im Durchschnitt 9 Jahre an Lebenserwartung zurück. Wer zwischen dem 25. und dem 34. Lebensjahr auf den blauen Dunst verzichtet, erreicht statistisch gesehen die Lebenserwartung eines Nichtrauchers. Und auch Patienten, die bereits an den Tabakfolgeerkrankungen wie KHK, zerebralen Durchblutungsstörungen oder COPD leiden, profitieren enorm von einer Tabakabstinenz.

Entgegen weitverbreiteter Vorurteile ist die Veränderungsmotivation bei Rauchern hoch. Zwar ist diese nach aktuellen Studien in anderen EU Ländern mit strikter Tabakkontrollpolitik noch größer, aber dennoch denken in Deutschland 4 von 5 Rauchern über einen Rauchstopp nach, und 2 von 5 planen im laufenden Jahr aufzuhören.

Warum also spielen Raucherentwöhnungsprogramme im deutschen Ge-

sundheitsversorgungssystem so eine unbedeutende Rolle?

Die Reaktionen auf die Forderung der Bundesärztekammer, Tabakabhängigkeit als Krankheit anzuerkennen, hat aktuell gezeigt, dass dies nach wie vor kein Allgemeingut ist. Zahlreiche Studien belegen aber, dass es Rauchen schwerer fällt, ihre psychische Abhängigkeit vom Tabak zu überwinden, als vielen Konsumenten so genannter „harter Drogen“. Dementsprechend erstaunt es nicht, dass nur 2 bis 5 Prozent der Raucher es ohne professionelle Hilfe schaffen, auch langfristig (1 Jahr oder länger) Nichtraucher zu bleiben. Dies zeigt, dass eine professionelle Tabakentwöhnung angezeigt ist.

Eine weitere Ursache für die geringe Nutzung von Tabakentwöhnungsprogrammen ist, dass die anfallenden Kosten den Krankenkassen nicht direkt als Leistung in Rechnung gestellt werden können. Allerdings können die Gebühren für zertifizierte

Programme zumindest teilweise von den Krankenkassen im Sinne einer präventiven Maßnahme nach § 20 Abs. 1 und 2 SGB V an die Teilnehmer rückerstattet werden. Für sozial schwache Raucher kann diese Vorleistung leider auch ein echtes finanzielles Hindernis werden.

Drittens sind die bereits vorhandenen Tabakentwöhnungsprogramme offenbar nicht ausreichend bekannt. Beispielsweise zeigte die Smoking and Nicotine Dependence Awareness and Screening (SNICAS)-Studie, in der 800 Hausarztpraxen mit knapp 30.000 Patienten befragt wurden, dass über 80 Prozent der Primärärzte keine spezialisierten Tabakentwöhnungsanbieter in ihrer Region bekannt waren.

Viertens sprechen Ärzte das Thema Rauchen häufig gar nicht an. Nur vereinzelt bieten sie im Rahmen einer IGeL-Leistung eine Tabakentwöhnung an. Dabei ist die ärztliche Raucherberatung nachweislich hoch wirksam! Bereits eine kurze Ansprache und

## Eine Kurzberatung nach den 5 „A“s

### ASK

#### Abfragen des Rauchstatus:

Feststellen der Rauchgewohnheiten bei allen Patienten und Konsultationen.

„Haben Sie je versucht, aufzuhören?“

„Wären Sie eventuell daran interessiert, jetzt aufzuhören?“

### ADVISE

#### Anraten des Rauchverzichts:

Empfehlung eines Rauchstopps.

Beratung über Vorteile, das Rauchen aufzugeben und über die gesundheitlichen Risiken des Weiterrauchens.

### ASSESS

#### Ansprechen der Aufhörtmotivation:

Erkennen der Bereitschaft, unmittelbar einen Rauchstopp zu vereinbaren.

Ist der Raucher bei diesem Kontakt bereit, einen Termin für einen Rauchstopp zu vereinbaren? Wenn ja: assist – wenn nein: 5 „R“s.

### ASSIST

#### Assistieren beim Rauchverzicht:

Aktive Unterstützung beim Rauchstoppversuch.

Festlegen des Ausstiegsdatums, Erstellen eines Ausstiegsplans.

Einbeziehen des sozialen Umfeldes und zusätzliche Hilfen wie Selbsthilfebroschüren.

### ARRANGE

#### Arrangieren der Nachbetreuung:

Vereinbarung von Nachfolgeterminen zur Rückfallprophylaxe.

Abbildung 1

Beratung des Patienten ist wirksam und die Wirksamkeit kann mit der Intensität der Intervention (z.B. Nutzung eines spezialisierten Programms) weiter gesteigert werden (Abbildung 1). Im Rahmen einer gemeinsamen Initiative der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie (Prof. Dr. Dr. Michael Bauer) am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden und der Professur für Suchtforschung (Prof. Dr. Gerhard Bühringer) am Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der TU Dresden sowie der Sächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren e. V. bietet die Raucherambulanz Beratung und

ein Tabakentwöhnungsprogramm für den Raum Dresden an. Zudem erhalten interessierte Ärzte auf Wunsch Informationsmaterial und Beratung. Die angebotenen Rauchstopp-Kurse umfassen sieben Sitzungen à 90 Minuten in Gruppen von 8 bis 10 Teilnehmern. In den ersten vier Sitzungen werden die ersten Schritte für ein rauchfreies Leben gründlich und individuell vorbereitet. Nach dem Rauchstopptag wird die Rauchabstinenz stabilisiert. Die Teilnehmer erhalten dabei Unterstützung beim Umgang mit schwierigen Situationen und beim Erlernen neuer Verhaltensweisen (Abbildung 2). Die Erfolgsrate bei langjährigen und abhängigen Rauchern kann durch eine Kombination von verhaltenstherapeutischen Strategien mit medikamentösen Verfahren zur Behandlung der Entzugserscheinungen noch deutlich gesteigert werden. Daher werden in dem Programm auch die entsprechenden medikamentösen Therapieoptionen berücksichtigt (zum Beispiel mit Nikotinersatzprodukten, Zyban oder Champix). Drei und sechs Monate nach Kursende finden noch Nachsorgetermine statt, die eine langfristige Abstinenz fördern. Das Programm wurde zertifiziert, so dass die Kosten von 130 EUR anteilig nach § 20 Abs. 1, 2 SGB V von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen wer-

den. Je nach Krankenkasse bekommen Teilnehmer des gesamten Kurses bis zu 80 Prozent zurückerstattet.

Die Erfolgsquote des Programms ist vielversprechend: Drei Monate nach Ende des Kurses sind rund 50 Prozent aller Teilnehmer rauchfrei. Besonders betont werden kann hierbei, dass selbst die zu Beginn stärker abhängigen Teilnehmer eine vergleichbar hohe Erfolgsrate wie die gering bis kaum abhängigen Teilnehmer erreichten. Diese Ergebnisse sind besonders ermutigend, denn der Anteil abhängiger Raucher ist mit 70 Prozent in den Kursen etwa doppelt so hoch wie in der rauchenden Allgemeinbevölkerung. Viele Kursteilnehmer rauchten seit über 20 Jahren, zum Zeitpunkt des Kursbeginns durchschnittlich 20 Zigaretten täglich, wobei Männer meist etwas mehr als Frauen rauchten. Die Teilnehmer suchten häufig die Raucherambulanz auf, weil sie es nicht allein schaffen, mit dem Rauchen aufzuhören oder noch etwas zusätzliche Motivation benötigen. Ungefähr drei viertel der Teilnehmer hatten bereits drei ernsthafte Rauchstoppversuche hinter sich gebracht.

Raucherambulanz der Technischen Universität Dresden  
Leitung: Prof. Dr. Gerhard Bühringer  
PD Dr. med. Michael N. Smolka

Information und Anmeldung:  
Telefon: 0351 463-39800  
Telefax: 0351 463-39830  
E-Mail: raucherambulanz@tu-dresden.de  
Homepage: www.raucherambulanz.tu-dresden.de

Autoren:  
PD Dr. med. Michael N. Smolka  
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden  
Fetscherstraße 74  
01307 Dresden

Prof. Dr. Gerhard Bühringer  
Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie  
Technische Universität Dresden  
Chemnitz Str. 46  
01187 Dresden

### Ablauf der Rauchstopp-Kurse

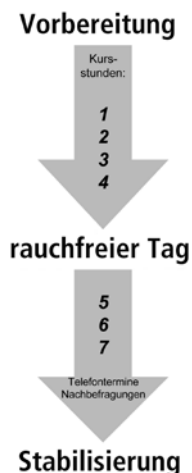


Abbildung 2

## Zwischenprüfung im Ausbildungsberuf „Medizinischer Fachangestellter/ Medizinische Fachangestellte“

Die Sächsische Landesärztekammer führt die nächste Zwischenprüfung im Ausbildungsberuf „Medizinischer Fachangestellter/Medizinische Fachangestellte“ **am Montag, dem 8. Juni 2009, 8.00 – 10.00 Uhr** durch.

Folgende Prüfungsorte für die Abschlussprüfung wurden festgelegt:

- Berufliches Schulzentrum für Gesundheit und Sozialwesen  
An der Markthalle 10,  
09111 Chemnitz
- Berufliches Schulzentrum für Wirtschaft und Gesundheit  
Reißiger Straße 46,  
08525 Plauen
- Sächsische Landesärztekammer  
Schützenhöhe 16,  
01099 Dresden
- Berufliches Schulzentrum für Wirtschaft und Soziales

Carl-von-Ossietzky-  
Straße 13 – 16, 02826 Görlitz

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

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

Anmeldeformulare und Gebührenbescheide für die Prüfungsgebühren erhalten alle Ausbilder von der Sächsischen Landesärztekammer. Die Anmeldung zur Zwischenprüfung hat bis zum **30. April 2009** zu erfolgen. Die Freistellung zur Zwischenprüfung umfasst nur den Zeitraum der Prüfung (§ 15 Berufsbildungsgesetz). Die Auszubildenden und Umschüler/innen gehen anschließend wieder in

die Arztpraxis oder zum Unterricht. Auszubildende, deren 18. Lebensjahr zum Ende des ersten Ausbildungsjahres noch nicht vollendet war, sind verpflichtet, eine ärztliche Bescheinigung über die erste Nachuntersuchung nach § 33 Jugendarbeitsschutzgesetz spätestens am Tage der Anmeldung zur Zwischenprüfung bei der Sächsischen Landesärztekammer vorzulegen, soweit dies noch nicht erfolgt ist. Anderenfalls ist die Eintragung des Berufsausbildungsvertrages des/der Auszubildenden aus dem Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse nach § 35 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz zu löschen.

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

Marina Hartmann, Leitende Sachbearbeiterin  
Referat Medizinische Fachangestellte

## 112. Deutscher Ärztetag

Vom 19. bis 22. Mai 2009 findet der Deutsche Ärztetag in Mainz statt. Wir möchten Sie nachfolgend über die Namen der Delegierten informieren:

- Dipl.-Med. Petra Albrecht, Meißen (Delegierte)
- Prof. Dr. med. habil. Otto Bach, Leipzig (Delegierter)
- Erik Bodendieck, Wurzen (Delegierter)
- Prof. Dr. med. habil. Rolf Haupt, Leipzig (Delegierter)
- Prof. Dr. med. habil. Eberhard Keller, Leipzig (Delegierter)
- Dr. med. Rainer Kobes, Werdau (Delegierter)
- Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler, Leipzig (Delegierter)
- Dr. med. Steffen Liebscher, Aue (Delegierter)
- Dr. med. Thomas Lipp, Leipzig (Delegierter)
- Prof. Dr. sc. med. Wolfgang Sauerermann, Dresden (Delegierter)
- Dr. med. Claus Vogel, Leipzig (Delegierter)

- Dr. med. Stefan Windau, Leipzig (Delegierter)
- Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Dresden (BÄK-Vorstand, Ersatzdelegierter)
- Dr. med. Thomas Fritz, Dresden (Ersatzdelegierter)
- Ute Taube, Berthelsdorf (Ersatzdelegierte)

Themen des 112. Deutschen Ärztetages sind unter anderem:

- Patientenrechte in Zeiten der Rationierung

- Der Beruf des Arztes – ein freier Beruf heute und in Zukunft
- Medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung.

Eine umfassende Tagesordnung finden Sie unter [www.baek.de](http://www.baek.de). Ihre Anregungen für Anträge auf dem Deutschen Ärztetag zu diesen, aber auch anderen Themen, nimmt die Hauptgeschäftsstelle der Sächsischen Landesärztekammer gern entgegen ([hgf@slaek.de](mailto:hgf@slaek.de)).

PD Dr. jur. Dietmar Boerner, Hauptgeschäftsführer

## Vernetzung der Ausschüsse

### Sachstandsinformation

Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer hat in seiner Klausurtagung am 14./15. September 2007 als Instrument zur Bearbeitung von komplexen Themen ein Konzept zur Stärkung und Vernetzung der Ausschüsse, Fachkommissionen und Arbeitsgruppen beraten und in der Vorstandssitzung am 7. November 2007 einen entsprechenden Maßnahmenkatalog beschlossen (wir berichteten darüber im „Ärzteblatt Sachsen“).

Das Konzept wurde in der Klausurtagung der Vorsitzenden der Ausschüsse am 28. Mai 2008 diskutiert.

Zwischenzeitlich wurde seitens der Gremien durch eine Vielzahl von Aktivitäten die Kooperation der Ausschüsse verstärkt. Neben der Erarbeitung von ausschussübergreifenden Schwerpunktthemen wurden gemeinsame Beratungen und die Durchführung gemeinsamer Informations- und Fortbildungsveranstaltungen als Instrumente für diese Kooperation diskutiert.

Im Folgenden soll über Beispiele der Vernetzung von Ausschüssen, vorrangig aus dem Ärztlichen Geschäftsbereich, berichtet werden. Dabei sollen insbesondere die verschiedenen Möglichkeiten der Kooperation dargestellt werden:

Am 13. März 2008 fanden eine gemeinsame Beratung und ein Workshop der Ausschüsse Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie (Vorsitzende: PD Dr. med. habil. Maria Eberlein-Gonska) und Notfall- und Katastrophenmedizin (Vorsitzender: Dr. med. Michael Burgkhardt) zum Thema Qualitätssicherung in der notärztlichen Versorgung statt. Die Ergebnisse werden in die Gespräche mit der ARGE NÄV eingebracht.

Am 9. Juli 2008 führten die Ausschüsse Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie sowie Krankenhaus (Vorsitzender: Dr. med. Eberhard Huschke) zum Schwerpunkt Qualitätsberichte eine gemeinsame

Sitzung durch. Als Ergebnis wurde hierzu eine Fortbildungsveranstaltung am 26. März 2009 durchgeführt, über die in diesem Heft gesondert berichtet wird. Am 20. August 2008 berieten die Vorsitzenden der Ausschüsse Ambulante Versorgung (Erik Bodendieck, Vizepräsident) und Krankenhaus zu den Themen: weitere Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen, Entlassungsmedikation/Überleitungsmanagement, ambulante Behandlung im Krankenhaus, Weiterbildung sowie über Fragen der sektorübergreifenden Qualitätssicherung.

Die Vorsitzenden der Ausschüsse Weiterbildung (Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler) und Ambulante Versorgung und Krankenhaus trafen sich am 29. Oktober 2008, um sich zu Fragestellungen wie Ärztemangel und Situation der Weiterbildungsassistenten auszutauschen. Die Ausschüsse Weiterbildung und Berufsrecht stimmten sich zum Thema „Persönliche Eignung von Prüfern für Prüfungen nach der Weiterbildungsordnung“ ab. Zu weiteren aktuellen Fragen der Weiterbildung wurde der Vorsitzende des Ausschusses Weiterbildung in den Ausschuss Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie sowie in den Ausschuss Ambulante Versorgung eingeladen. Vertreter des Ausschusses Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst (Vorsitzende: Dipl.-Med. Petra Albrecht) trafen sich mit Weiterbildungsbefugten für das Fachgebiet Öffentliches Gesundheitswesen am 25. Februar 2009 zu einem Erfahrungsaustausch.

Die Sächsische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung (Vorsitzender: Prof. Dr. med. habil. Otto Bach) führt eine kontinuierliche Abstimmung mit den Vorsitzenden der Ausschüsse und Kommissionen zur inhaltlichen Vorbereitung von Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen (Kurse Arbeits- und Betriebsmedizin, notfallmedizinische Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen, Weiterbildungskurs Ärztliches Qualitätsmanagement, Fortbildung zur Organspende für Transplantationsbeauftragte und vieles anderes mehr) durch.

Weiterhin wurden in gemeinsamen Beratungen mit den Vorsitzenden des Ausschusses Senioren (Dr. med. Ute Göbel) und des Ausschusses Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst unter Beteiligung des Paten des Vorstandes (Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud) im September und Dezember 2008 Maßnahmen zur Gewinnung nicht mehr berufstätiger Ärzte für die Bewältigung einer möglichen Influenza-Pandemie und als Referenten für Fortbildungsveranstaltungen abgestimmt.

Der Ausschuss Prävention (Vorsitzender: PD Dr. med. habil. Uwe Häntzschel) und der Ausschuss Arbeitsmedizin (Vorsitzender: Prof. Dr. med. habil. Klaus Scheuch) bereiten für den 26. September 2009 eine gemeinsame Fortbildungsveranstaltung zum Thema Rehabilitation und Arbeitsfähigkeit vor.

Ein Vertreter der Arbeitsgruppe Hirntoddiagnostik (Prof. Dr. med. habil. Dietmar Schneider) wird als ständiger Gast in die Arbeit der Transplantationskommission (Vorsitzender: Prof. Dr. med. habil. Johann Hauss) einbezogen. Außerdem fand im vergangenen Jahr eine gemeinsame Beratung der Transplantationskommission und der Lebendspendekommission (Vorsitzender Prof. Dr. jur. Bernd-Rüdiger) zu aktuellen Fragen der Transplantationsmedizin statt.

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

Ihre  
Sächsische  
Landesärztekammer  
im Internet

[www.slaek.de](http://www.slaek.de)



## Gesetzliche Fortbildungsverpflichtung für Vertragsärzte

Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz hat der Bundesgesetzgeber im Jahr 2004 für niedergelassene Vertragsärzte und Fachärzte im Krankenhaus eine Fortbildungsverpflichtung im Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) eingeführt.

Für niedergelassene Vertragsärzte ergibt sich die gesetzliche Fortbildungsverpflichtung aus § 95d SGB V. Demnach ist der Vertragsarzt verpflichtet „...sich in dem Umfang fachlich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Fortentwicklung der zu seiner Berufsausübung in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Fachkenntnisse erforderlich ist...“.

Der Nachweis über die regelmäßige Fortbildung im vergangenen Fünfjahreszeitraum ist gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung alle fünf Jahre zu erbringen. So haben Vertragsärzte, „... die am 30. Juni 2004 bereits zugelassen [gewesen] sind, ... den Nachweis erstmals bis zum 30. Juni 2009 zu erbringen“. Der Bundesgesetzgeber hat weiterhin festgelegt, dass bei Nichterbringen oder unvollständigem Erbringen des Fortbildungsnachweises die Kassenärztliche Vereinigung verpflichtet ist, das Honorar stufenweise zu kürzen. Diese Regelung gilt für alle zugelassenen, ermächtigten und in medizinischen Versorgungszentren, einer Einrichtung nach § 119b [stationäre Pflegeeinrichtung] oder bei einem Vertragsarzt oder -psychotherapeuten angestellten Ärzte, Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Grundlage des erforderlichen Fortbildungsnachweises bildet das Fortbildungszertifikat der Landesärztekammern. Das Fortbildungszertifikat wird auf Antrag durch die Sächsische Landesärztekammer erteilt. Voraussetzung ist der Erwerb von 250 Fortbildungspunkten in den zurückliegenden fünf Jahren. Das Antragsformular kann über die Homepage der Sächsischen Landesärztekammer

<http://www.slaek.de> in der Rubrik Fortbildung-Download-Antragsmappe abgerufen werden. Wir empfehlen allen niedergelassenen Vertragsärzten, die der Fortbildungsverpflichtung unterliegen und noch nicht über ein gültiges Fortbildungszertifikat verfügen, dieses bei Berücksichtigung des Punktekontostandes unter Beifügung von Einzelnachweisen bis zu einer Gesamtpunktzahl von 250 Punkten schnellstmöglich bei der Sächsischen Landesärztekammer zu beantragen.

Für eine weitere Vereinfachung der umfangreichen organisatorischen Abläufe hat die Sächsische Landesärztekammer für ihre Mitglieder seit Anfang 2006 die Möglichkeit eines persönlichen Fortbildungspunktekontos eingerichtet. Die Sächsische Landesärztekammer hat dazu bereits im Januar 2006 für jedes ihrer Mitglieder einen persönlichen Fortbildungsausweis und Klebeetiketten mit Barcodes sowie eine Benutzerkennung für die Einsichtnahme in das Online-Fortbildungspunktekonto bereitgestellt. Voraussetzung für den Nachweis der Teilnahme an einer ärztlichen Fortbildungsveranstaltung im elektronischen Fortbildungspunktekonto ist die Verwendung der Barcodes und die Meldung der Teilnehmer durch den Veranstalter.

Eine zwischen Sächsischer Landesärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung Sachsen geschlossene Rahmenvereinbarung sieht vor, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen zum 1. Stichtag und zukünftig in regelmäßigen Zeitabständen von der Sächsischen Landesärztekammer eine Information darüber

erhält, ob der jeweilige Vertragsarzt einen gültigen Fortbildungsnachweis besitzt und wie sich der Stand des Fortbildungspunktekontos darstellt.

Dr. med. Katrin Bräutigam,  
Ärztliche Geschäftsführerin,  
E-Mail: [aegf@slaek.de](mailto:aegf@slaek.de)

## 10 Jahre Chefredakteur

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug kann kurz vor seinem 75. Geburtstag am 27. April 2009 auf eine zehnjährige engagierte Tätigkeit als Chefredakteur des „Ärztblatt Sachsen“ zurückblicken. In diesen Jahren hat er die Zeitschrift der Sächsischen Landesärztekammer maßgeblich in Inhalt und Gestaltung geprägt. Für seine umfangreiche ehrenamtliche Tätigkeit bedanken sich sehr herzlich der Präsident und der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer sowie das Redaktionskollegium des „Ärztblatt Sachsen“.



## Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden gemäß § 103 Abs. 4 SGB V in Gebieten, für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind bzw. für Arztgruppen, bei welchen mit Bezug auf die aktuelle Bekanntmachung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen entsprechend der Zahlenangabe Neuzulassungen sowie Praxisübergabeverfahren nach Maßgabe des § 103 Abs. 4 SGB V möglich sind, auf Antrag folgende Vertragsarztsitze der Planungsbereiche zur Übernahme durch einen Nachfolger ausgeschrieben:

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

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

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

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

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

### Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz Chemnitz-Stadt

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
Reg.-Nr. 09/C026  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 28.04.2009

### Mittweida

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich\*)  
Reg.-Nr. 09/C027  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 28.04.2009

### Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 09/C028

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich\*)  
Reg.-Nr. 09/C029

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 12.05.2009 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel.: (0371) 27 89-406 oder 27 89-403 zu richten.

### Bezirksgeschäftsstelle Dresden Dresden-Stadt

Psychologischer Psychotherapeut (Abgabe des Vertragsarztsitzes zur Hälfte)  
Reg.-Nr. 09/D020  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.04.2009

### Hoyerswerda-Stadt/Kamenz

Psychologischer Psychotherapeut  
Reg.-Nr. 09/D021

### Meißen

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich\*)  
Reg.-Nr. 09/D022  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.04.2009

### Riesa-Großenhain

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie  
Reg.-Nr. 09/D023

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 08.05.2009 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 8828-310, zu richten.

### Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 09/L019  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 04.05.2009

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich\*)  
Reg.-Nr. 09/L020

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
Reg.-Nr. 09/L021

### Muldentalkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 09/L022

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
Reg.-Nr. 09/L023  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 04.05.2009

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 15.05.2009 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.: (0341) 243 21 54 zu richten.

## Abgabe von Vertragsarztsitzen

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

### Bezirksgeschäftsstelle Dresden Dresden-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Praxisabgabe ab sofort

### Weißeritzkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Freital  
Praxisabgabe geplant: 2010

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: 0351/8828-310.

### Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

**Torgau-Oschatz**  
Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe: Anfang 2010

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.: (0341) 243 21 54.

## Studienbeihilfe für Medizinstudenten

### Gemeinsame Presseerklärung:

AOK PLUS

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)  
BKK MEDICUS, IKK Sachsen,  
Knappschaft

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen  
Freistaat Sachsen

### Programm „Studienbeihilfe“ für Medizinstudenten startet

### Rückwirkender Beginn zum 01. Oktober 2008

Mit einer finanziellen Förderung sollen Medizinstudenten unterstützt werden, die sich zu einer Niederlassung in unterdurchschnittlich versorgten Gebieten Sachsens entscheiden.

Dazu haben die Gesetzlichen Krankenkassen (AOK PLUS, Ersatzkassen, BKK MEDICUS, IKK Sachsen, Knapp-

schaft), die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen und das Sächsische Staatsministerium für Soziales ein Programm zur „Studienbeihilfe“ entwickelt, welches rückwirkend zum 01. Oktober 2008 in Kraft tritt.

Die Studienbeihilfe richtet sich an Studierende des Studiengangs Medizin, die an einer deutschen Universität eingeschrieben sind. Der/die Studierende muss den ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung nach der Approbationsordnung für Ärzte bestanden haben.

Über drei Studienjahre werden jeweils bis zu 50 Studierende über einen Zeitraum von maximal 48 Monaten eine gestaffelte Förderung erhalten. Der/die Studierende geht im Gegenzug Verpflichtungen ein, die auf eine spätere hausärztliche Tätigkeit in unterdurchschnittlich versorgten Gebieten Sachsens hinzielen.

Um beispielsweise kontinuierlich Einblick in das Fachgebiet Allgemeinmedizin zu erhalten und den Arbeitsalltag eines Hausarztes kennen zu lernen, geht der/die Studierende eine Patenschaft mit einem sächsischen Hausarzt ein. Die Patenschaftspraxen werden von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen entsprechend einem Kriterienkatalog anerkannt.

Das Programm „Studienbeihilfe“ wird von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen begleitet. An Studienbeihilfe interessierte Studierende können sich daher an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen „Förderung Medizinstudenten“ Schützenhöhe 12

01099 Dresden

E-Mail: foerderung@kvs-kgst.de

wenden.

Weitere Details unter [www.kvs-sachsen.de](http://www.kvs-sachsen.de).

## Veranstaltung „Qualitätsberichte“

Zur gemeinsamen Veranstaltung „Qualitätsberichte: Zwischen Anspruch und Wirklichkeit“ luden am 26. März 2009 die Sächsische Landesärztekammer und die Krankenhausgesellschaft Sachsen ein. Die Veranstaltung fand großes Interesse, wie die Zahl von ca. 90 Teilnehmern belegt.

Nach der Begrüßung durch den Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. Jan Schulze, übernahm Frau Berthold, stellvertretende Ressortleiterin bei der Sächsischen Zeitung und verantwortliche Redakteurin für den Klinikführer Sachsen, die Moderation der Veranstaltung: „Mit den Qualitätsberichten ist auch für die Öffentlichkeit die Tür zu den OP-Sälen geöffnet, dies allerdings nur einen kleinen Spalt: 27 Parameter für zehn Diagnosen...“. In Impulsreferaten stellten Vertreter der veranstaltenden Institutionen (Frau PD Dr. med. habil. Maria Eberleingonska, Vorsitzende des Ausschusses Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie der Sächsischen Landesärztekammer, und Herr René Schubert, Referent Fachbereich Krankenhausplanung und -finanzierung

in der Sächsischen Krankenhausgesellschaft), ebenso ihre Sicht dar wie auch Vortragende aus dem vertragsärztlichen Bereich (Herr Erik Bodendieck, niedergelassener Allgemeinmediziner in Wurzen, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer), einer Krankenkasse (Frau Gudrun Friedel, Geschäftsbereichsleiterin AOK PLUS) und eine Patientenvertreterin (Frau Hannelore Loskill, stellvertretende Bundesvorsitzende der BAG Selbsthilfe).

Frau PD Dr. med. habil. Eberleingonska resümierte, dass es heute darum geht „...Qualität zu erbringen, nachzuweisen und diese auch entsprechend zu kommunizieren...“. Schon frühzeitig habe sich die Bundesärztekammer positioniert und die Forderung nach „mehr Orientierungshilfe statt größerer Textmengen“ aufgestellt. Herr Schubert wies auf das seit 1.12.2008 im Internet verfügbare Deutsche Krankenhausverzeichnis hin ([www.deutsches-krankenhausverzeichnis.de](http://www.deutsches-krankenhausverzeichnis.de)) und bemerkte kritisch die Aktualität der Daten und auch die Darstellung der Daten in verschiedenen Klinikführern. Auch seien die Krankenhäuser mit unterschiedlichen Versorgungsaufträgen per se nicht vergleichbar. Die Unterschiede und Veränderungen in

der Patientenstruktur und entsprechende vertragsärztliche Vorschriften hob Herr Erik Bodendieck hervor. Die Daten sollten morbiditäts- und nicht fallzahlorientiert dargestellt werden. Für die Krankenkasse sind die Qualitätsberichte als Informationsquelle nur bedingt geeignet, so Frau Friedel. Nicht geeignet sind sie als Instrument im Verhandlungs- und Vertragsmanagement. „Der behandelnde Arzt ist und bleibt für viele Patienten der erste Ratgeber“, führte Frau Friedel wie alle Referenten aus. Die Forderung nach der Darstellung vom Umgang mit Fehlern stellte Frau Loskill auf.

Die Podiumsteilnehmer kritisierten unisono die Lesbarkeit der Qualitätsberichte. Auch sei vor dem Hintergrund der Einführung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung ein ebensolcher Blick und eine Erarbeitung der Grundsätze für Qualitätsberichte erforderlich.

In der Diskussion wurde die kontinuierliche Weiterentwicklung von Qualitätsberichten unter Einbeziehung aller Interessen- und Zielgruppen angemahnt.

Dr. med. Katrin Bräutigam  
Ärztliche Geschäftsführerin  
E-Mail: [aegf@slaek.de](mailto:aegf@slaek.de)

# MRSA in der ambulanten Patientenversorgung

K. Flohrs, G. Höll, I. Ehrhard, D. Beier, A. Hofmann, S. Hebestreit

Der Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) ist als Erreger nosokomialer Infektionen gefürchtet. Krankenhäuser sind auf sein Auftreten vorbereitet und haben in der Regel hygienische Maßnahmen festgelegt, um eine Weiterverbreitung zu verhindern. Doch wie begegnet der behandelnde Arzt Besiedelungen oder Infektionen mit MRSA im Alten- und Pflegeheim oder im ambulanten Bereich? Was bedeutet ein hospital-acquired und was ein community-acquired MRSA, wodurch unterscheiden sie sich und was bedeutet das für die Therapie?

## 1. Vorkommen von *Staphylococcus aureus*

Staphylokokken sind weit verbreitete grampositive Bakterien, die beim Menschen sowohl als Kommensalen als auch als Krankheitserreger vorkommen. Die bedeutendste Spezies in der Humanmedizin ist *S. aureus*. Seinen Namen „der Goldene“ verdankt er der gelblichen Pigmentierung seiner Kolonien auf Blutagar. Bei 30 bis 40 Prozent aller Menschen besiedelt *S. aureus* dauerhaft oder vorübergehend Haut oder Schleimhäute, vornehmlich den Nasen-Rachenraum, ohne dass dies Krankheitswert erlangt. Ca. 70 Prozent des medizinischen Personals und beinahe 100 Prozent der Menschen mit ekzematöser Haut sind kolonisiert. Bei invasiven Infektionen durch *S. aureus* handelt es sich überwiegend um endogene, also von der patienteneigenen Flora ausgehende Infektionen. In Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen werden jedoch 10 bis 20 Prozent der *S.-aureus*-Infektionen durch die Hände des medizinischen Personals übertragen.

## 2. Resistenzentwicklung bei *Staphylococcus aureus*

Bei *S. aureus* wurden schon bald nach Einführung der Antibiotikatherapie in den 40er Jahren zahlreiche Resistenzphänotypen beobachtet. Die ersten Penicillinase-(Beta-Laktamase)-

bildenden Stämme wurden nur drei Jahre nach Einführung des Penicillins beschrieben. In Deutschland bilden inzwischen 70 bis 80 Prozent der *S.-aureus*-Stämme Penicillinase.

1961 wurde der erste Methicillin-resistente *S. aureus* beschrieben, in den 70er Jahren die ersten MRSA-Stämme mit zusätzlichen Resistenzen gegenüber weiteren Antibiotikaklassen. MRSA sind resistent gegen alle Beta-Laktam-Antibiotika (Penicilline, Cephalosporine und Carbapeneme). Sie bilden ein verändertes Penicillin-Bindeprotein PBP2a mit einer stark verminderten Affinität zu Beta-Laktam-Antibiotika. Das *mecA*-Gen, das für die Beta-Laktam-Resistenz kodiert, wird oft gemeinsam mit anderen Resistenzgenen erworben, die zusammen auf einer Staphylokokken-Genkassette (SCCmec) liegen. Deshalb handelt es sich bei MRSA häufig um multiresistente Stämme. Weitere Resistenzen sind am häufigsten gegen Chinolone, Makrolide, Lincosamide, Aminoglykoside und Tetracycline gerichtet.

In den USA, wo die Prävalenz von MRSA unter *S.-aureus*-Isolaten inzwischen bei 35 bis 70 Prozent liegt, treten bereits Vancomycin-resistente MRSA (VRSA) auf. Die verbleibenden therapeutischen Möglichkeiten sind hier drastisch eingeschränkt.

In der Vergangenheit dauerte es (Ausnahme: Vancomycin) von der Einführung neuer Substanzklassen bis zum Auftreten resistenter *S.-aureus*-Stämme durchschnittlich nur etwa vier Jahre – ein ständiger Wettlauf zwischen der Entwicklung neuer Chemotherapeutika auf der einen und neuen Mutanten auf der anderen Seite.

## 3. haMRSA

Die MRSA-Stämme, die sich seit den 70er Jahren weltweit zum Problemkeim in Krankenhäusern entwickelt haben, nennt man haMRSA (hospital-acquired MRSA). In Deutschland liegt ihr Anteil an allen *S.-aureus*-Isolaten heute bei etwa 21 Prozent (1). Sie zeigen die Tendenz zur epidemischen Ausbreitung im Krankenhaus und können schwere Infektionen wie Wundinfektionen, Beatmungspneumonien und Sepsisfälle verursachen. Dabei sind sie nicht virulenter als

Methicillin-sensible *S. aureus* (MSSA), aber wesentlich schwieriger zu behandeln. Sie tragen meist die Resistenz-codierenden SCCmec-I,II- oder III-Genkassetten.

In einer Studie aus den USA (2) wurden die Dauer des stationären Aufenthaltes, die Therapiekosten und der Krankheitsverlauf bei Patienten mit einer MRSA-Septikämie mit denen von Patienten mit einer MSSA-Septikämie (MSSA = Methicillin-sensibler *S. aureus*) verglichen. MRSA-Patienten wurden demnach durchschnittlich 6,4 Tage länger stationär behandelt und verursachten ca. doppelt so hohe Therapiekosten (22.735 bzw. 11.205 US-\$). Die etwa dreifach erhöhte Letalität bei MRSA-Septikämien war allerdings bei multivariater Analyse der Daten nicht mehr statistisch signifikant, das heißt, die Risikofaktoren für eine Infektion mit MRSA waren auch entscheidend für die ungünstigere Prognose der Patienten mit einer Septikämie durch MRSA.

Risikofaktoren für eine Besiedelung oder Infektion mit MRSA sind:

- längerer Aufenthalt im Krankenhaus, insbesondere auf Intensivstation,
- vorangegangener chirurgischer Eingriff,
- Vorliegen einer oder mehrerer Grunderkrankungen,
- vorangegangene Behandlung mit Antibiotika,
- Wundflächen (vor allem Verbrennungen) und chronische Hautläsionen (zum Beispiel Ulcus cruris, Dekubitus),
- Vorhandensein von intravasalen Kathetern (zum Beispiel ZVK, Dialyse-Shunt) und Wunddrainagen.

Die volkswirtschaftlichen Kosten von Erkrankungen und Kolonisierungen durch MRSA in Deutschland werden auf ca. 430 Millionen EUR jährlich geschätzt.

## 4. caMRSA

Seit den 90er Jahren wurden vor allem in Nordamerika und Australien vermehrt ambulant erworbene Infektionen durch MRSA beobachtet. Die ersten Fälle wurden bei nationalen Minderheiten beschrieben, doch bald traten Infektionen in allen Bevölke-

rungsschichten auf, auch bei jungen und gesunden Menschen ohne erkennbare Risikofaktoren. Als in den USA vier Kinder an einer nekrotisierenden Pneumonie durch ambulant erworbenen MRSA starben, erlangte der Erreger als Verursacher einer sogenannten „new emerging disease“ vermehrte Aufmerksamkeit, und der Begriff community-acquired MRSA (caMRSA) wurde eingeführt.

2001 wurde in Europa der erste caMRSA-Fall beschrieben, retrospektive Studien zeigen allerdings, dass es auch schon in den 90er Jahren unerkannte Infektionen mit caMRSA gab. In Deutschland stieg der Anteil von caMRSA an allen MRSA-Isolaten, die am Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Staphylokokken untersucht wurden, von 1,1 Prozent im Jahr 2004 auf 2,7 Prozent im Jahr 2006 (1). Studien aus Regensburg legen nahe, dass es sich hierbei um eine Untererfassung handelt, da bei ambulanten Infektionen oft keine Erregerbestimmung durchgeführt wird.

In den USA haben sich caMRSA-Stämme schnell ausgebreitet und verursachen heute schon 15 bis 75 Prozent der ambulant erworbenen Haut- und Weichteilinfektionen (3, 4). Zur Übertragung kommt es zwischen Menschen, die engen körperlichen Kontakt haben oder Hygieneartikel gemeinsam benutzen, also beispielsweise zwischen Familienmitgliedern, Geschlechtspartnern, Sportlern, Gefängnisinsassen, medizinischem Personal und Patienten (5, 6).

caMRSA wurde mehrmals als Erreger einer nekrotisierenden Pneumonie mit einer hohen Letalität bei jungen Menschen beschrieben, oft im Zusammenhang mit einem grippalen Infekt (7).

#### **Panton-Valentine-Leukozidin und Resistenzen**

caMRSA verursachen zwar überwiegend Infektionen im ambulanten Bereich, können aber auch in Krankenhäuser sowie Alten- und Pflegeheime eingeschleppt werden (8). Der Ort des Auftretens allein ist also kein ausreichendes Unterscheidungskriterium gegenüber haMRSA.

Charakteristisch für caMRSA-Stämme ist das Vorhandensein der im Vergleich zu haMRSA kleineren SCC-

mec-IV-Einheit in den meisten Fällen sowie die Fähigkeit, den Pathogenitätsfaktor Panton-Valentine-Leukozidin (PVL) zu produzieren. PVL ist ein porenbildendes Zellgift, das hochspezifisch an polymorphkernige Leukozyten und Makrophagen bindet und sie lysiert. Das lukF-lukS-Gen, das für PVL kodiert, ist auf einem Plasmid lokalisiert, das durch Bakteriophagen zwischen verschiedenen *S. aureus*-Stämmen übertragen werden kann. *S. aureus*-Stämme mit PVL sind virulenter als solche ohne PVL (9, 10). Neuere Studien lassen allerdings vermuten, dass bei der Entstehung großflächiger Gewebnekrosen noch weitere Pathogenitätsfaktoren eine Rolle spielen (11, 12).

Das Resistenzspektrum von caMRSA ist in der Regel schmäler als das von haMRSA. Neben der mecA-Gen-vermittelten Beta-Laktam-Resistenz verfügen caMRSA meist lediglich über eine weitere Resistenz. Der in Mitteleuropa am häufigsten vorkommende Stamm weist eine Fusidinsäure-Resistenz auf. Da Fusidinsäure vor allem in der Dermatologie als Lokal-Antibiotikum Anwendung findet, muss hier die Möglichkeit einer Selektion resistenter caMRSA-Stämme besonders beachtet werden (13).

#### **Klinik und Diagnostik**

Infektionen durch caMRSA manifestieren sich meist als multiple und rezidivierende, oft familiär gehäuft auftretende Abszesse und tiefgehende Haut- und Weichteilinfektionen. Hier sollte auch im ambulanten Bereich immer eine gezielte Diagnostik auf caMRSA erfolgen. Seltene, aber lebensbedrohliche Erkrankungen, bei denen immer an caMRSA gedacht werden sollte, sind die nekrotisierende Faszitis und die nekrotisierende Pneumonie (7, 14).

An erster Stelle der Diagnostik bei *S. aureus*-Nachweis steht die Analyse des Resistenzmusters. Die gleichzeitig vorliegende Methicillin- und Fusidinsäure-Resistenz ist immer caMRSA-verdächtig (13). Die weiterführende Diagnostik umfasst den Nachweis des mecA-Gens (Methicillin-Resistenz) und des lukF-lukS-Gens (PVL) mit der Polymerase-Kettenreaktion (PCR). Sinnvoll ist auch eine molekularbiologische Typisierung,

durch die Erregerisolate den verschiedenen MRSA-Stämmen zugeordnet und epidemiologische Zusammenhänge (Infektionsketten) aufgeklärt werden können (15).

#### **5. Vorgehen bei Besiedelung mit MRSA**

##### **Sanierungsmaßnahmen**

Im Krankenhaus wird im Allgemeinen eine Sanierung von haMRSA-Trägern angestrebt. Dies gelingt jedoch vor allem bei Patienten mit chronisch offenen Wunden nicht immer nachhaltig. In Alten- und Pflegeheimen sowie im ambulanten Bereich wird eine Sanierung nicht grundsätzlich, sondern in Abhängigkeit von der epidemiologischen Situation und vom individuellen Risiko empfohlen, da eine Weiterverbreitung – bei Einhaltung der basishygienischen Maßnahmen – hier selbst bei Unterbringung im Zweibettzimmer nur selten vorkommt. Unter konsequenter Einhaltung aller Standardhygienemaßnahmen ist eine Teilnahme am Gemeinschaftsleben und an Therapieangeboten möglich. haMRSA-Träger sollten jedoch nicht mit Bewohnern das Zimmer teilen, die durch offene Wunden sowie Katheter-, Sonden- oder Tracheostoma besonders infektionsgefährdet sind.

Bei einer Besiedelung mit caMRSA sollte sowohl in medizinischen Einrichtungen als auch ambulant immer eine Sanierung angestrebt werden. Zur Sanierung eines haMRSA- oder caMRSA-Trägertums sollten über 5 Tage folgende Maßnahmen erfolgen:

- Dekolonisation der Nasenvorhöfe:  
3 x tgl. Mupirocin-Nasensalbe oder Octenidin-Lösung
- Dekolonisation des Rachenraumes:  
3 x tgl. Gurgeln mit 0,1%-iger Chlorhexidin- oder Octenidin-Lösung
- Dekolonisation von Wunden:  
3 x tgl. Octenidin-Lösung, bei kleineren Läsionen (< 3 cm<sup>2</sup>) auch Mupirocinalbe möglich
- Dekolonisation anderer Körperstellen:  
1 x tgl. Ganzkörperwaschung einschließlich der Haare mit einer antiseptischen Waschlotion

- Flächendesinfektion der Dusche/Wanne nach jeder Benutzung
- Zur Verhinderung der Rekolonisierung während der Sanierung: täglicher Wechsel von Bettwäsche, Kleidung und Körperpflegeutensilien (Waschlappen, Handtücher). Persönliche Gegenstände (zum Beispiel Rasierer) sind nach Anwendung zu desinfizieren bzw. auszutauschen. Verzicht auf Deo-Roller.

Der Erfolg der Sanierung muss durch Kontrollabstriche bestätigt werden. Zur Aufhebung der Isolierung im Krankenhaus sind negative Abstriche an drei aufeinander folgenden Tagen nötig, die frühestens drei Tage nach Abschluss der Sanierungsmaßnahmen bzw. nach Beendigung einer antibiotischen Therapie entnommen werden. Weitere Kontrollabstriche sollten in Abhängigkeit von einer möglichen Gefährdung durchgeführt werden. Auch im ambulanten Bereich und im Alten- und Pflegeheim muss der Sanierungserfolg durch drei negative Abstriche bestätigt werden. Im Fall eines Misserfolgs können die Maßnahmen wiederholt werden (16,17).

### **Hygieneempfehlungen**

Infektionen mit MRSA sind in der Regel Schmierinfektionen. Dementsprechend ist die hygienische Händedesinfektion mit einem VAH-gelisteten alkoholischen Desinfektionsmittel die wichtigste Hygienemaßnahme.

Empfohlene Hygienemaßnahmen:

- strikte Händehygiene des medizinischen Personals,
- Tragen eines bewohnerbezogenen Schutzkittels, von Einmalhandschuhen und gegebenenfalls Mund-Nasen-Schutz bei der Pflege am Bewohner (im Alten- und Pflegeheim),
- mindestens tägliche Wischdesinfektion aller bewohnernahen und potentiell kontaminierten Flächen (im Alten- und Pflegeheim),
- Verwendung bewohnerbezogener Stethoskope und Thermometer (im Alten- und Pflegeheim),
- eventuell Isolierung oder Kohortenisolierung besiedelter und infizierter Bewohner (im Alten- und Pflegeheim),
- Information von Bewohnern und

Angehörigen (im Alten- und Pflegeheim),

- Körperpflegegegenstände (Handtücher, Seife, Rasierer etc.) nicht gemeinsam benutzen,
- Wäsche bei mindestens 60°C waschen,
- Verbandswechsel mit no-touch-Technik,
- in der Regel keine Einschränkung sozialer Kontakte notwendig. Vorsicht ist allerdings im Kontakt mit Menschen geboten, die durch offene Wunden oder chronische Hauterkrankungen besonders infektionsgefährdet sind.

Die Einbestellung MRSA-positiver Patienten in die Arztpraxis sollte im Sinne einer funktionellen Trennung am Ende der Sprechzeiten erfolgen, anschließend ist eine gründliche Flächendesinfektion durchzuführen. Alle mit- bzw. nachbehandelnden medizinischen Einrichtungen sowie der Krankentransport müssen über das MRSA-Trägertum eines Patienten vorab informiert werden (16, 17, 18). MRSA-Positive sollten keinen Kontakt zu besonders gefährdeten Personen (zum Beispiel mit offenen Wunden oder Stomata) haben. Ansonsten ist eine Einschränkung der sozialen Kontakte in der Regel nicht angezeigt.

**Eine Häufung von zwei oder mehr zusammenhängenden Fällen von MRSA-Infektionen im Alten- und Pflegeheim oder in ambulanten Praxen ist an das zuständige Gesundheitsamt meldepflichtig (IfSG § 6, Abs. 3).**

### **Therapie**

Systemische Infektionen durch haMRSA können mit einer Kombination aus einem Glykopeptid und Rifampicin therapiert werden. Weitere mögliche Kombinationspartner könnten – abhängig vom Resistenzmuster des MRSA-Stammes – Fosfomycin, Clindamycin, Aminoglykoside, Chinolone und Cotrimoxazol sein. Auch die Reserveantibiotika Linezolid, das parenteral und oral verabreicht werden kann, und Quinupristin/Dalfopristin können eingesetzt werden.

Zur Therapie von Haut- und Weichgewebe-Infektionen durch caMRSA steht zum Beispiel eine Kombination von Cotrimoxazol und Rifampicin zur

Verfügung. Reserveantibiotikum ist Linezolid (MRSA-Pneumonien wegen der besseren Gewebegängigkeit immer mit Linezolid therapieren). Bei Infektionen mit caMRSA müssen auch kleinere Solitärfurunkel systemisch antibiotisch behandelt werden. Bei Betroffenen und ihren Kontaktpersonen sollten Abstriche aus dem Nasenvorhof genommen und gegebenenfalls eine Sanierung durchgeführt werden (17, 19, 20).

### **6. Zusammenfassung**

haMRSA stellen vor allem im Krankenhaus ein Problem dar. Wo vermehrt Antibiotika zum Einsatz kommen, sind sie aufgrund ihrer Resistenzen im Vorteil, und sie werden durch Schmierinfektion, vor allem über die Hände des medizinischen Personals, relativ leicht übertragen. Wo der Selektionsdruck durch Antibiotika fehlt, werden die großen Resistenz-codierenden Staphylokokken-Genkassetten (SCCmec I bis III) der haMRSA-Stämme jedoch zu einem Nachteil, da sie zu energieaufwendigeren Zellteilungen führen und die Generationszeit verlängern (21, 22). Deshalb werden den Gesunden besiedelnde haMRSA im ambulanten Bereich in der Regel nach einigen Monaten von Methicillin-sensiblen S.-aureus-Stämmen (MSSA) verdrängt. Vorsicht ist allerdings geboten, wenn Kontakt zu infektionsgefährdeten Personen besteht. Deshalb muss in Alten- und Pflegeheimen über eine Sanierung situationsabhängig entschieden werden. Auch caMRSA werden durch Schmierinfektion übertragen. Da sie über weniger Resistenzen als haMRSA verfügen und gewöhnlich die kleineren SCCmec-IV-Elemente tragen, besitzen sie ähnliche Wachstumseigenschaften wie MSSA und werden deshalb von diesen nicht verdrängt. Sie sind virulenter und verursachen auch bei Gesunden im ambulanten Bereich hartnäckige Infektionen, typischerweise der Haut und Weichteile. Eine Besiedelung mit caMRSA soll daher immer saniert werden.

Literatur bei den Verfassern

Korrespondenzanschrift:  
Dr. med. Dietmar Beier  
Landesuntersuchungsanstalt Sachsen  
Zschopauer Straße 87, 09111 Chemnitz

## 10 Fragen an: PD Dr. med. habil. Uwe Häntzschel



PD Dr. med. habil. Uwe Häntzschel  
Vorsitzender des Ausschusses Prävention  
und Rehabilitation

### 1. Seit wann leiten Sie den Ausschuss?

In der Nachfolge von Herrn Prof. Dr. med. Dieter Reinhold übernahm ich die Leitung des Ausschusses 2004. Ich bin seit 2001 Mitglied des Ausschusses.

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

Nach vielen Jahren der Tätigkeit in großen Kliniken sowie im ambulanten Bereich übernahm ich 1994 den Aufbau und die Leitung der Inneren Abteilung der Falkensteinklinik Bad Schandau. Rehabilitation und Prävention gehören eng zusammen. Besonders chronische Krankheiten mit ihren enormen sozialen und ökonomischen Auswirkungen werden überwiegend durch Umweltfaktoren, Lebensgewohnheiten und psychosoziale Einflüsse ausgelöst. In der Rehabilitation kommen wir meist zu spät und vermögen zumeist mit Sekundär- und Tertiärprävention nur eine Art Schadensbegrenzung zu erreichen. Die völlig unterrepräsentierte Rehabilitationsmedizin verbraucht im Gegensatz zu den Unsummen verschlingenden Sekor der Akut- und Ambulanten Medizin nur ein Bruchteil dieser finanziellen Mittel. Sie ist hocheffektiv und hat leider nur eine sehr kleine Lobby.

### 3. Wie viele Mitglieder aus welchen Fachgebieten hat der Ausschuss?

Zu unserem Ausschuss gehören Ärzte, mit denen wir ein breites fachliches Feld abdecken. Davon sind drei in einer Rehabilitationsklinik, zwei in der ambulanten Rehabilitation, zwei Kollegen in eigener Niederlassung, ein Kollege als leitender Klinikarzt und zwei Kolleginnen im Öffentlichen Gesundheitsdienst oder als leitende ärztliche Mitarbeiterin im Sozialministerium tätig.

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

Hauptschwerpunkte sind derzeit die Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen im Rahmen des sächsischen Gesundheitszieles „Gesund Aufwachsen“ und die Förderung und Optimierung der Rehabilitation. Insbesondere ist es unser Anliegen, die sächsische Ärzteschaft zur Mitarbeit in der Prävention zu gewinnen. Viele politische Gremien nehmen die Ärzteschaft schon jetzt nicht mehr als Träger der Prävention wahr. Andere Berufsgruppen wie Soziologen, Pädagogen und Psychologen sind dabei, dieses Feld für sich einzunehmen. Bei dieser Gelegenheit bitten wir alle ärztlichen Kollegen, in unserem Projekt Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche mitzuwirken und uns ihre laufenden Aktivitäten oder auch Vorschläge mitzuteilen (E-Mail: aegf@slaek.de).

### 5. Was waren die bisher interessantesten Fragestellungen/Aufgaben?

Die größte Herausforderung war für mich, unser Projekt Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche, welches mit einem Treffen mit Herrn Staatsminister Steffen Flath, dem Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, der Vorsitzenden des Hausärzterverbandes, Frau Dr. Pawlick, Mitarbeitern der Sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung, der Projektgruppe von Prof. Dr. med. Eberhard Keller, Leipzig, und den Mitgliedern unseres Ausschusses begann. Dies war der Startschuss für eine enge Kooperation mit dem für die Schulen zuständigen Ministerium für Kultus und den Netzwerkpart-

nern. Erwähnen muss ich auch unser Projekt „Sport pro Gesundheit“ in Zusammenarbeit mit dem Landessportbund. Es geht um die Übernahme eines ärztlich empfohlenen, zu verordnenden Gesundheitssports durch die Krankenkassen und KV. Mittlerweile haben die AOK plus, die Ersatzkassen und die Knappschaft unser Angebot übernommen, und es existiert in Sachsen ein Netzwerk von derzeit 170 Vereinen mit ca. 800 durch den Landessportbund zertifizierten Angeboten. Als drittes Feld möchte ich die Aktivitäten gegen die Tabakabhängigkeit erwähnen, die mit größtem Engagement von Dr. med. Christoph Altmann, Bad Gottleuba, mit beachtlichen Erfolgen ausgetragen wurden und weitergeführt werden müssen.

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

Die Sächsische Landesärztekammer ist für mich eine der wichtigsten und uneigennütigen Instanzen, welche die Interessen der Ärzteschaft vertritt. Dies umfasst die Aus- und Weiterbildung, die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Fachrichtungen und Fachverbänden, die Rechte und Pflichten der Ärzte untereinander. Sie vertritt die Ärzteschaft auch kompetent und wirkungsvoll in der Gesundheitspolitik. Hierzu gehört auch die Förderung unseres medizinischen Nachwuchses. Wenn unsere Erfolge in der Ausschussarbeit auch nur kleine sind, kann man nur durch eine gebündelte Mitarbeit und durch die Einigung der Ärzteschaft etwas bewegen, damit wir wieder stolz auf unseren Beruf und unsere verantwortungsvolle Tätigkeit blicken können. Dazu bietet sich die Mitarbeit in den Ausschüssen an.

### 7. Was würden Sie gern erreichen?

Eine Entmachtung von zu Selbstherrlichkeit neigenden Instanzen wie Krankenkassen mit der Befreiung von unsinnigen finanziellen Zwängen. Die Einigung der Ärzteschaft untereinander unter Obhut der Sächsischen Landesärztekammer. Eine Förderung des Ärztenachwuchses

mit dem Abbau von Ärztehierarchien und rechtzeitige Einbindung in verantwortungsvolle Tätigkeiten und nicht zur Überbrückung personeller Notstände. Zugleich die Reformierung des Medizinstudiums mit dem Ziel, Ärzte mit ausreichender praktischer und klinischer Erfahrung auszubilden. Den Abbau des disqualifizierenden, aufgeblähten und überflüssigen Dokumentationsumfanges besonders auch in der Rehabilitationsmedizin.

**8. Welche Unterstützung wäre für die Ausschuss-Arbeit wünschenswert?**

Ein besserer Zugang zu den Medien. Eine bessere Einbindung der Ausschuss-Mitglieder in die Kammerarbeit – weniger Trennung zwischen Vorstand, Mitgliedern der Kammer und der Ausschüsse. Einbindung und

engere Kooperation der Ausschuss-Arbeit mit KV, Krankenkassen, Rentenversicherern und Ministerien und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst. Engagierte Zusammenarbeit mit der gesamten Ärzteschaft und den Berufsverbänden sowie Fachverbänden wie zum Beispiel dem Hausärzteverband.

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

Den Ausbau der Sächsischen Landesärztekammer zu einem Zentrum der Zusammenarbeit der Ärzteschaft und Regulierung ihrer Aufgaben, Rechte und Pflichten. Eine Verlagerung der Strategien und finanziellen Mittel von der kurativen in die präventive und rehabilitative Medizin mit enger Vernetzung zu ambulanten und stationären Versorgungsbereichen. Mehr

Eigenverantwortlichkeit der Bevölkerung für die eigene Gesunderhaltung. Besondere Hinwendung zu Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen aus sozial schwachen Schichten. Einbindung der Arbeitsmedizin in alle Berufsgruppen und Tätigkeiten. Etablierung eines Präventionsgesetzes unter Mitarbeit der Ärzteschaft.

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

Flickschusterei in einem dringend zu reformierenden aufgeblähten System, dem die Kosten in einem Labyrinth von Verwaltungsstrukturen und Institutionen davonlaufen, begleitet von einer zunehmenden Entmündigung der Ärzteschaft.

## Honorarreform 2009

Die Redaktion des „Ärztblatt Sachsen“ erhielt von Herrn Dr. Stefan Heilmann einen Brief an den Vorsitzenden des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen zu den neuen Regelleistungsvolumina in Kopie. Die Sächsische Landesärztekammer ist zwar nicht für die Honorarverhandlungen der Vertragsärzte zuständig, hat aber als Berufsvertretung aller sächsischen Ärzte den darin geschilderten Sachverhalt zum Anlass genommen, die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen um einen Kommentar zu bitten. Brief und Kommentar drucken wir für unsere Leser an dieser Stelle ab.

4. 2. 2009

KV Sachsen Landesgeschäftsstelle  
Herrn Dr. med. K. Heckemann  
Schützenhöhe 12  
01099 Dresden

Sehr geehrter Herr Kollege Heckemann,  
vielen Dank für Ihr Schreiben vom 29.12.2008 und Ihre guten Wünsche zum Neuen Jahr, die ich hier erwidern möchte. Ich wünsche Ihnen für 2009 vor allem Gesundheit, aber auch Erfolg und Zufriedenheit.

Ich nehme an, dass sich auf Ihrem Schreibtisch die Mappen häufen, in denen Ihnen die sächsischen Kollegen Ihre Gedanken zum neuen RLV mitteilen. Die Äußerungen reichen wieder einmal von schierer Verzweiflung über sachliche Bemerkungen bis zu groben Vorwürfen. Das alles haben Sie vorher gesehen und sicher haben Sie sich schon darauf eingestellt. Nun, natürlich bin auch ich nicht begeistert von den Entwicklungen, aber das Schlimmste, denke ich, kommt noch.

Ich fürchte sehr, dass die Konflikte dieser Honorarreform zu einer Spaltung und letztendlich zur Zerschlagung der KBV führen. Ich bin in den letzten Jahren von der Notwendigkeit des KV-Systems überzeugt gewesen und bin es noch. Jedoch kann bei der gegenwärtigen Situation auch der Letzte den Glauben an das vorhandene Konstrukt der Krankenversorgung in Deutschland verlieren. Wir haben dem neuen EBM vor ein paar Jahren mit Mut entgegengesehen. Uns wurde ein betriebswirtschaftlich fundierter EBM mit 5,11 Cent Punktwert versprochen. Wir haben 3,75 Cent bekommen. Wieviel das hinter allen Versprechungen zurückblieb, konnte sich jeder ausrechnen. Wir haben der neuen Honorarreform mit Hoffnung entgegenge-

sehen. Die Ost-West-Angleichung sollte (wenn auch nur beinahe) kommen. Bekommen haben wir 3,5 Cent pro Punkt. Das ist nicht mehr zu ertragen. Das die Verhandlungen schwierig waren, wer würde es bezweifeln. Das 2,5 Milliarden (je nach Rechnung) mehr im System ein Erfolg sind – keine Frage. Aber der Patient verblutet trotz Transfusion. Die KBV hat unter schlechten Bedingungen ein schlechtes Verhandlungsergebnis erzielt und wir in Sachsen haben dazu beigetragen. Wir haben, gemäß des Anratens der KVS über unser RLV hinaus weitere Leistungen erbracht, haben weiter behandelt und damit ca. 30 Prozent der ARBEIT umsonst, kostenlos, für nichts getan. Zitat KVS: „die hohen Fallzahlen werden sich irgendwann lohnen“. Die KV hat uns hier einen wahren Bären dienst erwiesen. Denn nun ist, kurz gesagt, die gesamte Menge der angeforderten Punkte durch die zur Verfügung stehende Geldmenge geteilt worden. Damit haben wir diese umsonst erbrachten Leistungen praktisch eingepreist. Das war eine riesige Rabattaktion, über die sich Frau Schmidt noch lange freuen wird. Diese Entwertung ärztlicher Arbeit ist beispiellos und muss von der KBV voll verantwortet werden. In diesen 30 Prozent umsonst erbrachten



Punkten der letzten Jahre stecken Arbeit und Zeit von Ärzten und Mitarbeitern aller Praxen in Sachsen. Wir haben hier Leistungen verschenkt und unsere Mitarbeiter für diese trotzdem bezahlt. Diese Leistungen sind eingeschlossen in den Praxiskosten der letzten Jahre und sind von uns praktisch bar bezahlt worden. Ich glaube nicht, dass die KBV sich von diesem Vertrauensverlust erholen wird. Die KBV hätte meiner Meinung nach den Versorgungsauftrag zurückgeben müssen, so wie es Herr Dr. Köhler bereits 2008 in einem Interview im DÄ erwogen hatte.

Am Ende des Tunnels winkten nun noch immer die viel kolportierten, ständig erwähnten und auch von Herrn Prof. Schulze im neuesten Ärzteblatt Sachsen angeführten 10 Prozent mehr Einkommen. Ob ein Tausch von 30 Prozent mehr Arbeit gegen 10 Prozent mehr Einkommen ein gutes Geschäft ist, sei noch dahingestellt. Doch nun ist auch diese Hoffnung zunichte. Mit dem neu festgelegten RLV bekomme ich genau dasselbe Geld wie vorher. Die durchschnittliche Scheinzahl in der Gruppe der HNO-Ärzte liegt bei 1187 Scheinen, meine Scheinzahl liegt ca. 30 Prozent darüber. Ich verdiene aber nicht mehr. Warum kommt von der Erhöhung, die vor allem überdurch-

schnittlich Leistung erbringenden Praxen zugute kommen sollte, nichts an?

Von der Feststellung, dass das RLV ca. 60 Prozent des Einkommens ausmachen sollte, ist in der HNO-Heilkunde nicht die Rede. Praktisch 100 Prozent unserer Kasseneinnahmen fallen unter das RLV. Außerbudgetäre Leistungen gibt es faktisch nicht, abgesehen vom ambulanten Operieren, das nicht in jeder Praxis erfolgt.

Bei einem Scheinwert von 27,59 Euro kann man zudem keine qualitativ hochwertige HNO-Heilkunde machen, das ist illusorisch. Die betriebswirtschaftliche Begründung für diese Aussage will ich mir hier ersparen. Ich muss mit diesem Fallwert meine überdurchschnittliche Fallzahl halten, um genau so wenig zu bekommen wie im letzten Jahr. Investitionen sind weiterhin mit den Erlösen aus der Kassenpraxis nicht möglich. Wie soll dieses System eine Überlebenschance haben? Ich bin Kassenarzt. Betriebswirtschaftlich gesprochen, ist die Versorgung von Kassenpatienten mein Kerngeschäft. Wenn ein Konzern mit seinem Kerngeschäft kein Geld mehr verdient, verkauft er diese Branche oder wird insolvent. Ich kann mit meiner Arbeit als reiner Kassenarzt bei bereits schlanken Strukturen bei weitem kein Oberarztgehalt erzielen, das

angeblich immer wieder zur Bemessung herangezogen wurde. Ich habe keine Lust, mein Einkommen mit Vitamininfusionen aufzubessern, an die ich nicht glaube oder dem Patienten Geld aus der Tasche zu ziehen für Dinge, die eigentlich zu einer ordentlichen Medizin dazugehören sollten. Ich will Patienten behandeln und kein Wellnesscenter führen, sonst hätte ich BWL studiert. In meinen Augen steht die KBV vor dem Desaster, nicht vor der Rettung mit den berühmten 2,5 Milliarden. Wenn alle unserer Kollegen gezwungen sein werden, ihre bisher überdurchschnittliche Fallzahl zu halten, nur um genau so wenig zu verdienen wie vorher, wird das letztendlich Wasser auf den Mühlen derer sein, die den Systemausstieg propagieren. Die Systemaussteiger als heterogene Gruppe mit unterschiedlichen Interessen werden nun leichte Beute im Zuge der Neuregelung des Gesundheits-„Marktes“ in Sinne der Politik und der großen Medizinkonzerne sein und sich irgendwann als Angestellte im MVZ der Rhön-AG wiederfinden.

Ich muss gegen die Höhe des RLV hiermit Einspruch erheben. Was sollte ich sonst tun?

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Stefan Heilmann,  
Dresden

19. 3. 2009

**Kommentierung von Herrn Dr. Heckemann, KVS, zum Schreiben von Herrn Dr. med. Stefan Heilmann, Dresden, vom 4. Februar 2009**

Zunächst sei festgestellt, dass das Schreiben des Herrn Kollegen Heilmann sich in seiner Sachlichkeit wohl-tuend von so manchen ärztlichen Wortmeldungen zur Honorarreform unterscheidet und damit eine wichtige Rückmeldung von der „Basis“ darstellt.

Bemerkenswert an der Honorarreform ist, dass nicht wenige der sich höchst kritisch äußernden Kollegen Honorarzuwächse zu verzeichnen

haben. Die Verärgerung hängt also nicht allein vom persönlichen Einkommen ab. Ich glaube, dass die Stimmungslage der niedergelassenen Ärzte auch deshalb so negativ ist, weil die Kollegen sich immer mehr als Objekte der dauernden Sanierungsversuche der Politik in Bezug auf das Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung empfinden.

Herr Kollege Heilmann hat die Änderungen der Vergütungsgrundsätze der vergangenen Jahre zutreffend skizziert: Erst der Verfall der Punktwerte, dem man mit den Verlockungen des „Kalkulationspunktwertes“ zu begegnen versuchte, obwohl dieser schon immer nur ein „Orientierungspunkt“ im Sinne eines hehren Zieles war. Dann die RLV und

die andersgeartete Offensichtlichkeit des Geldmangels: die RLV-Quote. Jetzt war die einzelne Leistung zwar mehr wert, dafür aber die Arbeit insgesamt zu oftmals großen Teilen unvergütet. Durch die Honorarreform richtet sich der Fokus aller Beteiligten oder vielmehr Betroffenen nunmehr auf die RLV-Fallwerte und aufs Neue geht ein Aufschrei durch die Ärzteschaft.

Wundert es, da diese Werte nur einmal mehr ein Indikator des GKV-Finanzproblems sind? Ja und nein. Verwunderlich auf den ersten Blick ist, dass ein Mehr von vielen hundert Millionen Euro so viel Unzufriedenheit hervorbringen konnte. Möglicherweise wird erst jetzt die Dimension des jahrelang aufgestauten Honorardefizits deutlich. Eines ist

aber Fakt: Die Honorarverteilung ist ein monumentales Gebilde von Kanälen, deren Bau, Verlauf und Füllhöhe keinem konzeptionellen Gesamtplan mehr folgt und an dem viele werkeln. Zwar fließt mehr Geld, aber nicht zwangsläufig dorthin, wohin es soll – nämlich in die Basisversorgung. Durch diverse Vorwegabzüge und Rückstellungsverpflichtungen in mehrfacher Millionenhöhe muten trotz des viel beschworenen diesjährigen 120 Mio. Euro Honorarzugewinns in Sachsen die RLV-Fallwerte kümmerlich an. Andererseits verwundert die Fallwertmisere nicht,

denn letztlich schließt sich mit ihr nur der Kreis der halbherzigen Konsolidierungsprojekte.

Kann man diesen Zustand den KVen anlasten? Wohl nur dann, wenn man den Schleusenwärtern im Spreewald guten Gewissens die Schuld für Überflutungen in Berlin geben kann. Eines sollte aber auch klar sein: Ohne Schleusenwärter wäre der Spreewald vielleicht nur noch eine Brache!

Die Finanzierungsfrage der Gesetzlichen Krankenversicherung ist auch durch die Honorarreform noch nicht gelöst. Der Widerspruch zwischen

der Begrenztheit der Finanzmittel und dem Umfang des Leistungsbedarfs bleibt weiterhin bestehen. Für politische Leistungsversprechen immer nur die Ärzte in die Verantwortung zu nehmen, ist ungerecht und unwirksam zugleich. An unpopulären Maßnahmen, wie der Stärkung des Verantwortungsbewusstseins der Patienten, wird man wohl zukünftig nicht vorbeikommen, wenn man die Rationierung der medizinischen Leistungen verhindern will.

Dr. med. Klaus Heckemann  
Vorsitzender des Vorstandes der  
Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen

## Arzt als Patient

Lieber Herr Kollege Klug, mit Interesse und innerer Bewegung habe ich Ihren Bericht über das berufspolitische Forum im Leipziger Neuen Rathaus gelesen, „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 12/2008, Seite 628 und 629.

Naturgemäß hatte während meiner 50-jährigen Berufstätigkeit auch ich Ärzte zu behandeln. Sie waren meine Patienten. Sie waren aber als meine Kollegen (Amtsgenossen, nach der Übersetzung aus dem Lateinischen) besondere Patienten und ich habe sie auch, wenngleich ich die Genfer Deklaration des Weltärztebundes nicht immer vor Augen hatte, „wie Schwestern oder Brüder“ behandelt. Eine gewisse Privilegierung gegenüber anderen Patienten halte ich nämlich für selbstverständlich.

Mit einer chronischen Krankheit behaftet, bin ich seit über 10 Jahren nun selbst Patient und ich könnte

eine Abhandlung über die Arzt-Patienten-Verhältnisse und Beziehungen der Ärzte untereinander unter Berücksichtigung der Unterschiede im staatlichen Gesundheitswesen der DDR und im bundesdeutschen Gesundheitswesen verfassen. Die materiellen Bedingungen des Gesundheitswesens der DDR waren bekanntermaßen unbefriedigend. Die Kollegialität der Ärzte hingegen war kaum zu beanstanden. Auch die Beziehung zwischen behandelnden Arzt und ärztlichem Patient war unproblematisch.

Das bundesdeutsche Gesundheitswesen ist dagegen durch marktwirtschaftliche Prämissen determiniert. Seine materiellen Bedingungen sind zwar besser. Es ist aber dadurch charakterisiert, dass zum Beispiel auch der ärztliche Patient, wohl gemerkt der Arzt als Patient, zunächst einer der zwei Klassen zugeordnet wird – Kassenpatient oder Privatpatient –

ehe über die Vorstellung beim Chefarzt entschieden wird. Das wäre noch zu verstehen, wenngleich schon die Unterbringungen des ärztlichen „Kassenpatienten“ im Zweio- oder Mehrbettzimmer wegen seiner besonderen Exposition gegenüber Bettnachbarn nicht immer angenehm ist.

Unerträglich ist es aber, wenn der Arzt als ostdeutscher Kassenpatient den Pflegenotstand gnadenlos zu spüren bekommt, so zum Beispiel in Form langer Wartezeiten, auch in akuten Situationen auf der Krankenstation.

Die Kollegialität verbietet mir, Namen zu nennen.

Ich bin und bleibe Mitglied einer Gesetzlichen Krankenkasse.

Prof. Dr. med. habil. Hans-Jürgen Eberhardt,  
Dresden

## Esperanto

Zum sehr informativen und gelungenen Artikel des Kollegen Hans-Joachim Gräfe im „Ärzteblatt Sachsen“, 9/2008. S. 474 bis 477, „Dr. Ludwik Lejzer Zamenhof, habe ich eine aktuelle Ergänzung:

Mitte Juli 2008 fand in Krakau ein Jubiläumskongress der Esperanto-Mediziner statt, wobei 87 Teilnehmer

aus 10 Ländern das 100-jährige Bestehen ihres Weltverbandes UMEA (Universala Medicinista Esperanto-Asocio) feierten, der 1908 unter dem Namen TEKA (Tutmonda Esperantista Kuracista Asocio) während des 4. Esperanto-Weltkongresses in Dresden gegründet wurde als finanzielle Basis für eine regelmäßige medizinische Esperanto-Zeitschrift, die damals wie auch jetzt seit Jahrzehnten

wieder in Krakau erschien bzw. erscheint unter dem Namen MIR (Medicina Internacia Revuo). In den letzten Jahrzehnten waren neben polnischen vor allem japanische und ungarische Esperanto-Mediziner besonders aktiv. Der erste Vorsitzende des Deutschen Esperanto-Verbandes Eduard Mybs aus Altona (1858 bis 1923) war auch Arzt. Der weltweite rasche Informationsaustausch zwi-

schen den Esperanto-Medizinern erfolgt heute natürlich über das Internet, zum Beispiel über die Diskussionsrunde „per-esperanto-medicino@yahoo.com“. Die Mitglieder von UMEA tagen jährlich während des Esperanto-Weltkongresses (2007 in Yokohama, 2008 in Rotterdam, 2009/94./ in Bialystok) neben weiteren Konferenzen (IMEK=Internacia Medicinista Esperanto-Kongreso), die zusätzlich alle 2 Jahre stattfinden. Übrigens wurde ein Verein Europa-Demokratie-Esperanto (EDE) e.V. ge-

gründet, der in Wiesbaden angemeldet ist und sich vorgenommen hat, im kommenden Jahr 2009 Abgeordnete ins Parlament der EU wählen zu lassen. Spitzenkandidat ist der Bonner Wirtschaftswissenschaftler Prof. Reinhard Selten, der 1994 den Nobelpreis für Wirtschaft mit erhalten hat (Anwendung der Spieltheorie in der Wirtschaft). In weiteren Ländern der EU gibt es analoge Bestrebungen. Polen hat bereits eine solche Abgeordnete seit 2004 (Małgorzata Handzlik aus Bielitz/Bielsko-Biala). Es

soll vor allem die diskriminierende Praxis der EU-Verwaltung, bevorzugt Bedienstete mit Englisch als Muttersprache einzustellen, hinterfragt und langfristig das neutrale Esperanto als Verwaltungs- und Verhandlungssprache für die vielsprachige EU ins Gespräch gebracht werden. Damit könnte man der Vision Zamenhofs näherkommen.

Dr. med. Frank Nitzsche,  
Dresden

## Erstaunen und Erschrecken

### Leserbrief zu „Erstaunen und Erschrecken“ im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 11/2008, Seite 599

Neben den sachlichen Argumenten des Kollegen Prof. Dr. Olthoff ist da noch ein Aspekt, der vielleicht als Dünkel ausgelegt werden kann, aber so deutlich wie selten das auf den Kopf gestellte Rollenverständnis im Gesundheitswesen offenbart. Die selbst- und machtbewussten „Gesundheitsmanager“ lassen ihre Maske fallen und tun ungeniert öffentlich kund, was sie von uns Ärzten halten!

Da bietet ein Dipl.-Kfm. einem ehemaligen Ordinarius (!) an, ehrenamtlich Lotsendienste (wohl am Besten in seiner ehemaligen Klinik, die kennt er ja bestens !) oder Sitzwachen (wer könnte das besser, als ein ehemaliger leitender Anästhesist ?) zu übernehmen und dafür verbilligt in der Personalkantine zu essen !!! Möglicherweise ist ja ein ehemaliger Hochschullehrer rhetorisch bestens geeignet, den Kindern aus der Kinderklinik etwas vorzulesen und Sterbebegleitung sollte von erfahrenen Ärzten einfühlsam geleistet werden können, dafür könnte ja dann auch eine kleine Aufwandspauschale kassiert

werden, die dem Sozialstandart eines Rentners entspricht. Ich halte das keineswegs nur für eine Instinktlosigkeit oder gar einen Lapsus in der Verteilerdatei, sondern für bewusste Arroganz, die nicht nur nach der Kinderstube des Kaufmanns fragen lässt, sondern auch nach der des mitunterzeichnenden „Medizinischen“ Vorstands.

Kollegen, wir sind dort angekommen, wo uns Frau Schmidt und Herr „Kollege“ Lauterbach mit Hilfe der Medien hin haben wollen!

Dr. med. Stephan Bauer,  
Leipzig

## Konzerte und Ausstellungen

### Sächsische Landesärztekammer Konzerte

Festsaal, Sonntag, 10. Mai 2009  
11.00 Uhr – Junge Matinee  
Beethoven, Brahms und mehr...  
Studierende der Klavierklasse von  
Prof. Peter Rösel  
Hochschule für Musik Carl Maria von  
Weber Dresden

Festsaal, Sonntag, 7. Juni 2009  
11.00 Uhr – Junge Matinee  
Klaviermusik von Mozart bis Prokofjew

Mozart: Klaviersonate KV 282, Ravel:  
Jeux D'ean, Brahms: Klavierstücke op.  
118, Prokofjew: Klavierstücke aus dem  
Ballett „Cinderella“ op. 102  
Eun-Young Son  
Klasse Prof. Detlef Kaiser  
Hochschule für Musik Carl Maria von  
Weber Dresden

### Ausstellung Foyer und 4. Etage

Annelis P. Schenke  
Augen-Blicke – Malerei und Grafik  
bis 24. Mai 2009

Christine Schlegel  
Traumhafter Streifzug  
27. Mai bis 12. Juli 2009

### Vernissage:

Donnerstag, 28. Mai 2009, 19.30 Uhr  
Einführung: Dr. sc. phil. Ingrid Koch,  
Kulturjournalistin, Dresden

### Sächsische Ärzteversorgung Ausstellung, 2. Etage

Beate Bilkenroth  
Malerei – „WBS 70“  
bis 30. April 2009

## 29. Chemnitzer Ärzteball

**Der 29. Chemnitzer Ärzteball findet am 9. Mai 2009 im Grünewig, Hotel Chemnitzer Hof, statt.**

Das Motto „Die Rhythmustherapie“ folgt dabei einer klaren Botschaft: Alle Formen trüber Alltagsmelancholie werden an diesem Abend vollständig kuriert.

Musik, Tanz, Show und kulinarische Verführungen werden ebenso zu einer prickelnden Atmosphäre beitragen wie Wiedersehensfreude, nette Bekanntschaften und viele gute Gespräche.

Sektempfang ab 18.00 Uhr.  
Ballbeginn: 19.00 Uhr.

Restkarten sind noch erhältlich über Frau Dr. med. Ina Straßburger (strassburger.ina@web.de)

## Goldenes Doktor Diplom

Die Charité ehrt seit vielen Jahren ihre Alumni, die vor 50 Jahren an der Charité promoviert haben, mit der Vergabe einer „Goldenen Doktorurkunde“. In diesem Jahr soll es nun zum dritten Mal in Folge wieder im Rahmen eines großen Festaktes im Konzerthaus am Gendarmenmarkt in Berlin-Mitte erfolgen. Infolge der Wirren der Nachkriegs- und Vorwendezeit ist der Kontakt zu so mancher Kollegin/manchem Kollegen leider verloren gegangen. Sollten Sie vor etwa 50 Jahren in Berlin promoviert haben oder jemanden kennen, für den das zutrifft, melden Sie sich doch bitte im Promotionsbüro der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Tel. 030 450576018/016.

Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Hindenburgdamm 30,  
12203 Berlin

## Krieg und Medizin

### Annäherung an ein beklemmendes ethisches Dilemma

Krieg und Medizin – ein widersprüchlicheres Thema ist kaum denkbar: Auf der einen Seite die Zerstörungskraft und das menschliche Elend des Krieges, auf der anderen Seite das Selbstverständnis der Medizin, Menschen zu heilen und gesund zu erhalten.

Wie erleben Ärzte und medizinische Fachkräfte, aber auch Soldaten und Zivilisten diesen noch kaum erforschten ethischen Konflikt? Welche Erfahrungen machen sie mit Verletzungen und Tod, mit ihrer Hilflosigkeit und Verzweiflung, aber auch ihrem Mut und ihrer Bereitschaft, anderen zu helfen? Diese ganz persönlichen Perspektiven bilden das Zentrum der neuen Ausstellung des Deutschen Hygiene-Museums Dresden, einem Gemeinschaftsprojekt mit der Wellcome Collection, London.

### Ausstellung „Krieg und Medizin“: 4. April bis 9. August 2009

Deutsches Hygiene-Museum Dresden,  
Lingnerplatz 1

### Kostenlose Sonderführungen für Ärzte:

17. Juni 2009, 14.00 Uhr und 24. Juni 2009, 16.00 Uhr  
Deutsches Hygiene-Museum Dresden

Anmeldung:  
Sächsische Landesärztekammer  
E-Mail: oeffentlichkeitsarbeit@slaek.de  
Tel.: 0351 8267-161

### Wissenschaftliches Begleitprogramm:

„Menschen im Visier – Krieg und Medizin im 20. und 21. Jahrhundert“ Vortragsreihe vom 5. Mai bis 23. Juni 2009. Jeder Vortrag ist mit zwei Punkten als Fortbildung für Ärzte zertifiziert.

Das detaillierte Programm finden Sie im Fortbildungskalender auf den „Grünen Seiten“, Seiten 3 und 4 sowie auf [www.slaek.de](http://www.slaek.de) unter „Aktuelles“.

Anja Miesner M.A.  
Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

**Ärzteblatt Sachsen**  
ISSN: 0938-8478  
Offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer

**Herausgeber:**  
Sächsische Landesärztekammer, KÖR mit Publikationen ärztlicher Fach- und Standesorganisationen, erscheint monatlich, Redaktionsschluss ist jeweils der 10. des vorangegangenen Monats.

**Anschrift der Redaktion:**  
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden  
Telefon 0351 8267-161  
Telefax 0351 8267-162  
Internet: <http://www.slaek.de>  
E-Mail: [redaktion@slaek.de](mailto:redaktion@slaek.de)

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

**Redaktionsassistent:** Ingrid Hüfner

**Grafisches Gestaltungskonzept:**  
Hans Wiesenhütter, Dresden

**Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb:**  
Leipziger Verlagsanstalt GmbH  
Paul-Grüner-Straße 62, 04107 Leipzig  
Telefon: 0341 710039-90  
Telefax: 0341 710039-99  
Internet: [www.leipziger-verlagsanstalt.de](http://www.leipziger-verlagsanstalt.de)  
E-Mail: [info@leipziger-verlagsanstalt.de](mailto:info@leipziger-verlagsanstalt.de)  
Geschäftsführer: Dr. Rainer Stumpe  
Anzeigendisposition: Silke El Gendy-Johne  
Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste vom 1.1.2009 gültig.  
Druck: Druckhaus Dresden GmbH,  
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Manuskripte bitte nur an die Redaktion, Postanschrift: Postfach 10 04 65, 01074 Dresden senden. Für unverlangt eingereichte Manuskripte wird keine Verantwortung übernommen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt, Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers und Verlages statthaft. Mit Namen gezeichnete Artikel entsprechen nicht unbedingt der Meinung der Redaktion oder des Herausgebers. Mit der Annahme von Originalbeiträgen zur Veröffentlichung erwerben Herausgeber und Verlag das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung in gedruckter und digitaler Form. Die Redaktion behält sich – gegebenenfalls ohne Rücksprache mit dem Autor – Änderungen formaler, sprachlicher und redaktioneller Art vor. Das gilt auch für Abbildungen und Illustrationen. Der Autor prüft die sachliche Richtigkeit in den Korrekturabzügen und erteilt verantwortlich die Druckfreigabe. Ausführliche Publikationsbedingungen: <http://www.slaek.de> oder auf Anfrage per Post.

**Bezugspreise/Abonnementpreise:**  
Inland: jährlich 97,00 € incl. Versandkosten  
Einzelheft: 9,20 € zzgl. Versandkosten 2,50 €

Bestellungen nimmt der Verlag entgegen. Die Kündigung des Abonnements ist mit einer Frist von zwei Monaten zum Ablauf des Abonnements möglich und schriftlich an den Verlag zu richten. Die Abonnementgelder werden jährlich im voraus in Rechnung gestellt. Die Leipziger Verlagsanstalt ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranalyse Medizinischer Zeitschriften e.V.



Der US-Soldat  
Bryan Anderson  
Foto: © Christopher  
Griffith

## Dr. med. Annegret Morgenstern zum 65. Geburtstag



Dr. Annegret Morgenstern wurde am 8. März 1944 in Oberschlesien geboren. Nach dem Krieg lebte die Familie in Leipzig und Frau Dr. Morgenstern beendete ihre Schulausbildung mit dem Abitur.

Danach erlernte sie von 1962 bis 1964 zunächst den Beruf einer Säuglings- und Kinderkrankenschwester und arbeitete ein Jahr in diesem Beruf und bekam dann, obwohl ihr

zuvor der Studienwunsch verwehrt worden war, einen Studienplatz an der Karl-Marx-Universität zu Leipzig im Fachgebiet Humanmedizin. Sie bestand das Physikum 1968 und bestand das Medizinische Staatsexamen 1971. Im gleichen Jahr erwarb sie den Akademischen Grad der Diplommedizinerin und promovierte 1973 ebenfalls an der Universität zu Leipzig.

Ihre fachärztliche Ausbildung erreichte sie von 1971 bis 1976 an der Nervenlinik Hochweitzschen mit dem Abschluss als Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie.

Nach einer oberärztlichen Tätigkeit in der kinderpsychiatrischen Abteilung der Nervenlinik Hochweitzschen wechselte sie zur Kinder- und Jugendpsychiatrie des Park-Krankenhauses 1979.

Von 1979 bis 1981 arbeitete sie in der Behindertenpsychiatrie und von 1981 bis zum Abschluss ihrer beruflichen Tätigkeit in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Park-Krankenhaus Leipzig-Südost GmbH.

Zusätzlich erwarb sie verschiedene weitere Qualifikationen im Rahmen der Psychotherapie, gründete ein Ausbildungsinstitut in Bernbruch für Familientherapie, engagierte sich für eine ressourcenorientierte, patientenfreundliche Arbeit mit den Jugendlichen und den Familien unter besonderer Berücksichtigung von gruppen-therapeutischen Elementen. Sie prägte im Wesentlichen den Stil der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie mit ihrer positiven Sichtweise und dem niemals versagenden Blick auf die individuellen Ressourcen des Einzelnen und der betroffenen Familiensysteme. Als Supervisorin, Gutachterin und Unterrichtende wurden ihre fachlichen und menschlichen Qualitäten über die Grenzen von Leipzig hinaus geschätzt. Ich hoffe, dass Frau Dr. Annegret Morgenstern unserer Berufsgruppe mit ihrer Fachkenntnis auch weiterhin bei schwierigen Fragen zur Verfügung stehen wird. Viele neue Erfahrungen wünschen wir ihr bei ihrem Hobby, die Welt zu bereisen.

Dr. med. Edelhard Thoms, Leipzig

## Unsere Jubilare im Mai 2009 – wir gratulieren!

### 60 Jahre

- 02.05. Dr. med. Abshagen, Wolfgang  
02977 Hoyerswerda
- 04.05. Dr. med. Schilfert, Annelie  
08428 Langenbernsdorf
- 05.05. Prof. Dr. med. habil. Richter, Thomas  
04105 Leipzig
- 06.05. Dr. med. Ostmann, Siglinde  
09573 Augustusburg
- 11.05. Dr. med. Kampe, Hans-Christoph  
08468 Reichenbach
- 14.05. Boitz, Helga  
01612 Nünchritz
- 15.05. Seeber, Eva  
09603 Großschirma
- 16.05. Hempel, Günther  
04205 Miltitz
- 20.05. Dr. med. Hanke, Wilfried  
01465 Langebrück
- 22.05. Dr. med. Kerber, Klaus  
09127 Chemnitz
- 25.05. Dipl.-Med. Menz, Silvely  
04347 Leipzig
- 30.05. Schneider, Christine  
09127 Chemnitz

- 31.05. Dipl.-Med. Kirchner, Wolfgang  
02906 Niesky

### 65 Jahre

- 02.05. Priv.-Doz. Dr. med. habil. Manitz, Ulf  
01744 Dippoldiswalde
- 05.05. Dr. med. Schöler, Gunhild  
01109 Dresden
- 05.05. Priv.-Doz. Dr. med. habil. Wolf, Heiner  
01309 Dresden
- 06.05. Leistner, Lothar  
04509 Zschope
- 07.05. Dr. med. Zappek, Karin  
08451 Crimmitschau
- 09.05. Dr. med. Brecht, Wolfgang  
01744 Dippoldiswalde
- 09.05. Dr. med. Heinrich, Wolf-Rüdiger  
01187 Dresden
- 09.05. Dr. med. Mattausch, Rolf  
08289 Schneeberg
- 13.05. Falke-Schäfer, Gisela  
01833 Stolpen
- 17.05. Dr. med. Barnert, Gerhard  
08064 Zwickau
- 17.05. Koch, Helmer  
08261 Schöneck
- 18.05. Prof. Dr. med. habil. Engelmann, Lothar  
04279 Leipzig
- 18.05. Dr. med. Martin, Heidemarie  
01097 Dresden

- 19.05. Diestel, Ingrid  
04416 Markkleeberg
- 21.05. Dipl.-Med. Lehmann, Ulrich  
08468 Friesen
- 21.05. Panda, Christine  
01309 Dresden
- 23.05. Dr. med. Höfig, Gerd  
01589 Riesa
- 24.05. Dr. med. Friedberg, Roland  
01445 Radebeul
- 27.05. Dr. med. Schönherr, Winne  
01445 Radebeul
- 31.05. Dr. med. Schwipps, Regine  
01723 Kesselsdorf

### 70 Jahre

- 01.05. Dr. med. Schüller, Margrit  
08648 Bad Brambach
- 02.05. Dr. med. Holm, Werner  
09130 Chemnitz
- 03.05. Dipl.-Med. Schönstein, Hans-Jochen  
08523 Plauen
- 04.05. Dr. med. Ilius, Dieter  
01129 Dresden
- 05.05. Bade, Gunter  
01814 Bad Schandau
- 05.05. Dr. med. Große, Heinrich  
04668 Grimma
- 05.05. Mint, Heinz  
09569 Oederan
- 05.05. Rieder, Peter  
04357 Leipzig

- 05.05. Dr. med. Schmidt, Klaus Walter  
04651 Bad Lausick
- 07.05. Walther, Rosita  
01705 Freital
- 08.05. Seeger, Brigitte  
01454 Radeberg
- 08.05. Dr. med. Wolf, Helmut  
09114 Chemnitz
- 09.05. Dr. med. Gerber, Lutz  
09337 Callenberg/Meinsdorf
- 09.05. Dr. med. Himmel, Dieter  
04157 Leipzig
- 09.05. Prof. Dr. med. habil. Stiehl, Peter  
04157 Leipzig
- 11.05. Löscher, Barbara  
01809 Heidenau
- 12.05. Dr. med. Vetterlein, Klaus  
09126 Chemnitz
- 14.05. Dr. med. Rühling, Klaus  
08393 Meerane
- 14.05. Dr. med. Treuhoff, Ingrid  
09130 Chemnitz
- 14.05. Dr. med. Walther, Siegfried  
09387 Jahnsdorf
- 15.05. Dr. med. Wolf, Erika  
09114 Chemnitz
- 16.05. Hoffmann, Barbara  
02827 Görlitz
- 16.05. Dr. med. Müller, Uta  
01662 Meißen
- 16.05. Dr. med. Vagt, Gerhard  
01279 Dresden
- 18.05. Dr. med. Schulz, Barbara  
01324 Dresden
- 19.05. Dr. med. Kolbe, Brunhilde  
04316 Leipzig
- 19.05. Dr. med. Rosch, Christine  
09116 Chemnitz
- 20.05. Dr. med. Engel, Elke  
04279 Leipzig
- 20.05. Prof. Dr. med. habil. Klein, Anneliese  
01309 Dresden
- 22.05. Dr. med. Beckert, Wolfgang  
04758 Oschatz
- 24.05. Dr. med. Böhm, Irmgard  
08523 Plauen
- 24.05. Jungbluth, Klaus  
01844 Neustadt
- 24.05. Dr. med. Kauth, Erika  
04103 Leipzig
- 25.05. Dr. med. habil. Müller, Konrad  
09123 Chemnitz
- 26.05. Herrmann, Sigrid  
01705 Freital
- 31.05. Dr. med. Rothenberg, Gert  
04229 Leipzig
- 75 Jahre**
- 01.05. Dr. med. Ludwig, Martha  
04105 Leipzig
- 03.05. Däumer, Doris  
01326 Dresden
- 04.05. Dr. med. Kunze, Peter  
01309 Dresden
- 05.05. Dr. med. Herold, Klaus  
01705 Freital
- 06.05. Dr. med. Passehr, Gisela  
01309 Dresden
- 07.05. Dr. med. Goßrau, Gerhard  
01239 Dresden
- 07.05. Dr. sc. med. Kollande, Gerold  
04159 Leipzig
- 10.05. Dr. med. Büchner, Helga  
04279 Leipzig
- 12.05. Priv.-Doz. Dr. med. habil. Matz, Martin  
01326 Dresden
- 13.05. Dr. med. Wolz-Unterdörfer, Ursula  
01259 Dresden
- 14.05. Dr. med. Martsch, Maria  
09212 Limbach-Oberfrohna
- 17.05. Dr. med. Trülzsch, Arnold  
01309 Dresden
- 20.05. Dr. med. Rotermundt, Fredo  
04107 Leipzig
- 20.05. Dr. med. Schüler, Hans  
04347 Leipzig
- 23.05. Henkel, Renate  
01217 Dresden
- 26.05. Dr. med. Frach, Gudrun  
01324 Dresden
- 29.05. Prof. Dr. med. habil. Annelies Krauß  
04299 Leipzig
- 31.05. Dr. med. Oertel, Günter  
08527 Plauen
- 80 Jahre**
- 08.05. Dr. med. Lehmann, Lienhard  
01468 Moritzburg/Boxdorf
- 08.05. Dr. med. Müller, Peter  
01309 Dresden
- 08.05. Dr. med. Spreer, Ferdinand  
04668 Großbothen
- 14.05. Dr. med. Dieckmann, Barbara  
04299 Leipzig
- 15.05. Dr. med. Sonnenkalb, Edda  
01324 Dresden
- 16.05. Dr. med. Schröter, Klaus  
09131 Chemnitz
- 25.05. Dr. med. Geikler, Marianne  
04129 Leipzig
- 28.05. Dr. med. Rudau, Dietlind  
04357 Leipzig
- 81 Jahre**
- 09.05. Dr. med. Zipper, Ursula  
02826 Görlitz
- 10.05. Doz. Dr. med. habil. Strobel, Hardy  
04416 Markkleeberg
- 11.05. Dr. med. dent. Majunke, Hannelore  
08396 Waldenburg
- 30.05. Dr. med. Krabisch, Ruth  
09217 Burgstädt
- 31.05. Dr. med. Focker, Karl  
01217 Dresden
- 82 Jahre**
- 03.05. Dr. med. Wiesner, Waltraut  
01324 Dresden
- 12.05. Dr. med. Aust, Margot  
01157 Dresden
- 12.05. Dr. med. Klemm, Kurt  
08371 Glauchau
- 19.05. Dr. med. Rothermundt, Annemarie  
01705 Freital
- 29.05. Dr. med. Schietzelt, Heinz  
01279 Dresden
- 02.05. Prof. Dr. med. habil. Fleißner, Horst  
04299 Leipzig
- 21.05. Prof. Dr. med. habil. Schmidt, Helga  
04279 Leipzig
- 83 Jahre**
- 08.05. Prof. em. Dr. med. habil. Walther, Heinz  
04317 Leipzig
- 24.05. Dr. med. Burkhardt, Edith  
09122 Chemnitz
- 84 Jahre**
- 07.05. Dr. med. Arendt, Maja  
04109 Leipzig
- 19.05. Dr. med. Tischer, Hans-Christian  
02943 Weißwasser
- 30.05. Dr. med. Halaris, Hildegard  
02826 Görlitz
- 85 Jahre**
- 05.05. Dr. med. Görner, Liselotte  
01809 Dohna
- 22.05. Lossnitzer, Gerhard  
09116 Chemnitz
- 30.05. Dr. med. habil. Popp, Wolfgang  
09130 Chemnitz
- 86 Jahre**
- 05.05. Dr. med. Gönner, Liselotte  
01809 Dohna
- 22.05. Lossnitzer, Gerhard  
09116 Chemnitz
- 30.05. Dr. med. habil. Popp, Wolfgang  
09130 Chemnitz
- 87 Jahre**
- 10.05. Dr. med. Jahr, Klaus  
01662 Meißen
- 16.05. Dr. med. Trefftz, Friederike  
01099 Dresden
- 20.05. Dr. med. Rangs, Erika  
08685 Bad Elster
- 88 Jahre**
- 14.05. Dr. med. Seyffarth, Annemarie  
01796 Pirna
- 15.05. Dr. med. Roßberg, Christa  
09648 Mittweida
- 89 Jahre**
- 04.05. Dr. med. Viererbl, Adda  
01326 Dresden
- 09.05. Dr. med. Schumann, Adelheid  
04808 Dornreichenbach
- 23.05. Dr. med. Mährlein, Wolfgang  
09366 Stollberg
- 90 Jahre**
- 04.05. Dr. med. von Gebhardi, Eberhard  
08523 Plauen
- 91 Jahre**
- 10.05. Dr. med. Nauer, Dorothea  
04924 Bad Liebenwerda

## Tagungsbericht

### Medizinische Versorgung – Herausforderungen, Chancen Lösungansätze – 4. Leipziger Branchentreffpunkt „Forum Gesundheitswirtschaft“

Die Region Leipzig hat sich seit Anfang der Neunziger Jahre zu einem bedeutenden Zentrum der Gesundheitswirtschaft mit exzellenten Kliniken, international renommierten Ärzten, medizinischen Forschungseinrichtungen auf internationalem Niveau und mit Unternehmen der Biotechnologie und Medizintechnik, deren Produkte weltweit geschätzt werden, entwickelt. Der Verein zur Förderung der Gesundheitswirtschaft in der Region Leipzig (VFG) e.V. hat sich zum Ziel gesetzt, die Kommunikation zwischen der lokalen und regionalen Gesundheitsbranche zu fördern sowie den Wissenstransfer und die Zusammenarbeit des Universitätsklinikums Leipzig und den außeruniversitären Einrichtungen und Unternehmen zu koordinieren. Der seit 2004 vom VFG Leipzig e.V. organisierte Branchentreffpunkt „Forum Gesundheitswirtschaft“ hat sich als wichtigstes Treffen der Akteure aus medizinischer Forschung, Unternehmen und Politik in Mitteldeutschland etabliert. Auf dem diesjährigen Branchentreffpunkt am 28. 10. 2008 stellten die Referenten in der BIO CITY Leipzig aktuelle Entwicklungen zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung unserer immer älter werdenden Gesellschaft dar und diskutierten Lösungsmöglichkeiten, wie diese Herausforderungen auch in der Zukunft gemeistert werden können. Nach einem Grußwort des Inhabers der Professur für Herzchirurgie am Universitätsklinikum Leipzig, des Ärztlichen Direktors der Herzzentrum Leipzig GmbH und Vorsitzenden des VFG Leipzig e.V., Prof. Dr. med. Friedrich-Wilhelm Mohr, sowie einer Vorstellung der aktuellen Projekte des Vereins durch den Leiter der Geschäftsstelle, Dr. med. Andre Henke, referierte Dr. Josef Hilbert, Vorstandsvorsitzender des „Netzwerks deutscher Gesundheitsregionen e.V.“ in seinem Beitrag über die „Gesund-

heitswirtschaft im Aufbruch: Regionale Netzwerke als Treiber für Innovationen in der Gesundheitsversorgung“. Er führte aus, dass die Gesundheitswirtschaft alle Chancen für eine positive Entwicklung habe, dies allerdings kein Selbstläufer sei. Der Weltgesundheitsmarkt wachse von 3.000 Mrd. \$ im Jahre 2000 auf voraussichtlich 7.000 Mrd. \$ im Jahre 2015. In Deutschland setze die Branche mit 4,5 Mio. Beschäftigten 250 Mrd. EUR um und befinde sich damit bereits heute auf Augenhöhe mit der Automobilindustrie. Vor allem die 551 deutschen Biotechnologieunternehmen hätten sich zu einem wesentlichen Anwendungsfeld der High-Tech-Industrie entwickelt. Infolge der Alterung unserer Gesellschaft, der Entwicklung neuer Behandlungsmethoden und nicht zuletzt eines wachsenden Gesundheitsbewusstseins seien in den kommenden 20 Jahren bis zu 1 Mio. neue Arbeitsplätze in Deutschland möglich.

Damit die Gesundheitsbranche ihrer Rolle als Jobmotor weiterhin gerecht werden könne, sei jedoch noch einiges zu tun. So genieße „Medizin in Germany“ und das hohe Niveau der medizinischen Versorgung im Ausland einen sehr guten Ruf. Angesichts der fortschreitenden Internationalisierung der Gesundheitswirtschaft sei aber eine deutliche Steigerung der Produktivität erforderlich, damit dies so bleibe. Die Branche müsse vor allem für die Arbeitskräfte attraktiver werden. Die hohe Belastung durch Hierarchie und Bürokratie zeige sich in der Abwanderung vieler Ärzte ins Ausland und mangelnden Ärztenachwuchs trotz steigender Fallzahlen mit der Folge einer Unterversorgung vor allem in den ländlichen Gebieten.

Bereits heute bestehe ein Wettbewerb um die Zukunftsstandorte für die Gesundheit mit neuen Berufsbildern sowie neuen Angeboten in den Krankenhäusern nicht nur als „Lebensretter“, sondern auch als zukünftige Life-Style-Lieferanten. Diese Regionen seien die Innovationstreiber für die Zukunft der Gesundheitswirtschaft, der zunehmend eine Multipli-

katorfunktion für weitere Branchen zukomme. Beispiele hierfür seien der Gesundheitstourismus in Mecklenburg-Vorpommern oder im Rhöngebiet oder die Wohnungswirtschaft mit ihren regional unterschiedlichen Konzepten des betreuten Wohnens mit neuen Angeboten etwa im Bereich der Telemedizin/EHealth.

In seinem Beitrag „Morgendämmerung – Strategien und Irrwege der Krankenhäuser in der regionalen medizinischen Versorgung“ referierte Dr. med. Uwe Leder, Leiter des Geschäftsbereiches Medizinmanagement am Universitätsklinikum Jena und Stellvertretender Geschäftsführer am St. Georg Klinikum Eisenach, über moderne Strategien mit dem Ziel einer Optimierung der medizinischen Versorgung in den Krankenhäusern und einer Positionierung im Gesundheitsmarkt der Zukunft. In vielen Häusern sei die Führung geprägt durch Hierarchie, Delegation und die Erfüllung von Planvorgaben. Demgegenüber sei der Prozess der Führung komplex, vorwiegend durch die Strukturen des sozialen Systems geprägt und könne nicht einfach verordnet werden. Ein Beispiel sei das Management by Objectives (MbO), das Führen durch Zielvereinbarungen mit den Chefarzten. Infolge einer formalzielorientierten Definition des MbO nach „Leistung und Gegenleistung“, „Gefolgschaft“ und „Messung und Moneten“ würden die Anforderungen oftmals von Jahr zu Jahr hochgeschraubt, nicht selten mit dem Ergebnis einer Frustrations- und völligen Überforderungssituation. Anders sei dies bei sachzielorientierten Zielvereinbarungen unter Berücksichtigung der individuellen Leistungsfähigkeit, die auch nach Jahren noch Raum für eine positive Entwicklung bieten. Im Hinblick auf den sich entwickelnden Wettbewerb müssten sich die Krankenhäuser auch von ihrem Selbstverständnis, der „Nabel der Versorgung“ zu sein, verabschieden und sich zukünftig durch eine Orientierung an den Verbrauchern bewerben, am Markt teilzunehmen. Denn die Patienten, vor allem die chronisch Erkrankten, würden vorwiegend durch die niedergelassenen

Ärzte betreut und nicht durch die Krankenhäuser. Insoweit sei eine Einweisung oft nur eine kurze stationäre Episode.

Dr. med. Gerd Plock, Ärztlicher Leiter des Rettungsdienstes der Stadt Leipzig, ging im Rahmen seines Vortrages auf die Strukturen und Entwicklungen des öffentlich-rechtlichen Rettungsdienstes in Leipzig ein. Der öffentliche Rettungsdienst wurde in Leipzig seit Anfang der Neunziger Jahre kontinuierlich ausgebaut und wird heute neben der Berufsfeuerwehr durch drei private Hilfsorganisationen und ein kommerzielles Unternehmen erbracht. Allerdings habe seit dem Jahr 2006 das Ziel der sog. Hilfsfrist eingehalten werden können. Die Hilfsfrist läuft ab dem Ende des Notrufgesprächs bis zum Eintreffen des Rettungswagens und soll in 95 Prozent aller Einsätze maximal 12 Minuten dauern. Zuletzt sei der Einhaltunggrad auf 91,73 Prozent gesunken. Ein Grund hierfür sei die zulässige „Mehrzweckfahrzeugstrategie“ für Krankentransporte. Dadurch würden auch tagsüber die Rettungswagen (RTW) auch für Krankentransporte eingesetzt mit der Folge eines RTW-Mangels in Stoßzeiten. Hinzu käme, dass die Bevölkerung in Leipzig wachse, aber auch hier älter werde und die Mobilität der Erwerbstätigen, die täglich pendeln, deutliche zugenommen habe.

Claudia Scherbath von der Vertragsabteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt beleuchtete in ihrem Vortrag „Arztentlastende Strukturen in Sachsen-Anhalt“ und ging zunächst auf die demographische Situation in Sachsen-Anhalt ein, die vom Rückgang der Geburtenraten bei gleichzeitigem Anstieg der Lebenserwartung geprägt sei. Ein Viertel der Bevölkerung sei inzwischen 65 Jahre und älter. Folge des

Altersstrukturwandels sei ein verändertes Krankheitsspektrum, vor allem eine Zunahme chronischer Krankheiten und multimorbider Patienten. Gleichzeitig steige jedoch die Zahl der nicht wieder zu besetzenden hausärztlichen Praxen – ca. ein Drittel der Vertragsärzte würden in den kommenden fünf Jahren ihre Tätigkeit aufgeben. Ersatz sei nicht in Sicht.

Gemeinsam wollen die AOK Sachsen-Anhalt, die Gmünder Ersatzkasse (GEK) und die KV Sachsen-Anhalt die drohenden Versorgungslücken schließen und haben hierfür das Modellprojekt „Mobile Praxisassistentin“ ins Leben gerufen. In dem Projekt wird der Einsatz qualifizierter Arzthelferinnen getestet, die Aufgaben der hausärztlichen Versorgung in zunächst drei ländlichen Modellregionen wahrnehmen. Anspruch auf die mobile Praxisassistentin haben chronisch erkrankte AOK – und GEK Versicherte, die mindestens 65 Jahre alt sind und in einer der drei Modellregionen leben. Für Routineuntersuchungen müssten sie nicht mehr zum Hausarzt, weil die Praxisassistentin in dessen Auftrag zu ihnen komme und den Behandlungsplan umsetze. Die Assistentin dürfe beispielsweise Blut abnehmen und Blutdruck- und Blutzuckermessungen, Injektionsgaben oder EKG durchführen. Auch die Ausstellung von Folgerezepten, soziale Beratung oder die Prüfung der Medikamentenverträglichkeit gehöre zu ihren Aufgaben. Voraussetzung hierfür sei allerdings eine besondere Qualifikation durch ein in Abstimmung mit der Bundesärztekammer entwickeltes 160-Stunden-Curriculum.

Im letzten Vortrag stellte Andrea Epkes, Leiterin des Geschäftsbereichs Ärzte/ Arzneimittel der AOK Sachsen und Thüringen, die „Gestaltung der integrierten Versorgung am Beispiel Cardiolntegral“ vor. Die Anschubfi-

nanzierung für die Verträge der Integrierten Versorgung läuft zum Ende dieses Jahres aus, danach müssen sich diese Verträge selbst tragen. Deshalb würden zurzeit viele dieser Verträge wieder gekündigt. Hiervon sei der Vertrag zur Integrierten Versorgung kardiovaskulär erkrankter Patienten in Sachsen jedoch nicht betroffen. Im Gegenteil: Das Projekt sei mit fast 25.000 beteiligten Versicherten, 1.045 teilnehmenden Hausärzten und 86 beigetretenen Fachärzten der größte Integrierte Versorgungsvertrag in Deutschland und damit eine wahre Erfolgsstory. Eine verstärkte Verzahnung der ambulanten und stationären Leistungserbringer wurde durch verbindliche Definitionen einheitlicher Behandlungspfade (Hausarzt – Facharzt Facharzt – invasiv tätiger Leistungserbringer), die Zusammenarbeit in den Bereichen Diagnostik und Therapie durch die Vereinbarung eines verbindlichen Therapieplans mit den Patienten sowie gemeinsamen Fallkonferenzen und Qualitätszirkeln umgesetzt. Neben einer effizienteren Versorgung und einer Förderung des Wettbewerbs unter den Leistungserbringern betrage das Einsparvolumen durch die Verzahnung der Leistungserbringer bereits heute ca. 15 Prozent. Im Augenblick läuft eine zunächst bis Ende Juni 2009 befristete Testphase im Bereich der Telekardiologie mit täglicher Messung mittels spezieller Geräte und anschließender Übermittlung und automatischer Kontrolle der Vitaldaten. Die Patienten müssen hierfür nicht mehr in die Praxen.

Aktuelle Entwicklungen in der Gesundheitswirtschaft werden in diesem Jahr am 21. 10. 2009 beim nächsten Leipziger Brachentreffpunkt „Forum Gesundheitswirtschaft“ in der BIO CITY Leipzig diskutiert.

Rechtsanwalt Eike Klaan  
Lampestraße 2  
04107 Leipzig



## Nachruf für Dr. med. Bodo Gronemann



Die Ärzteschaft des Öffentlichen Gesundheitsdienstes trauert um den Leiter des Gesundheitsamtes der Stadt Leipzig Dr. med. Bodo Gronemann, der am 9. Januar 2009 nach längerer Krankheit im Alter von 63 Jahren verstarb.

„Dr. Gronemann hat den Aufbau des öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Stadt Leipzig in außerordentlicher Weise gefördert“, sagte Burkhard Jung, Oberbürgermeister der Stadt Leipzig. „Sein Name bleibt für uns alle mit Respekt und Anerkennung für sein jahrelanges fachliches Engagement in der Stadtverwaltung Leipzig als Leiter des Gesundheitsamtes sowie für seinen kollegialen und freundlichen Umgang verbunden. Wir werden ihn alle vermissen“.

Bodo Gronemann wurde 1945 geboren und studierte von 1966 bis 1972 Medizin an der Leipziger Universität, dem schloss sich die Facharztausbildung im Klinikum St. Georg an, wo er auch als Facharzt für Urologie als Stations-, später als Oberarzt tätig war. Seine Dissertation schrieb er am Institut für Rechtsmedizin der Leipziger Universität zum Thema der dynamischen Bruchfestigkeit der menschlichen Schädelkalotte und verteidigte diese 1978. Ab 1980 übernahm Dr. Bodo Gronemann hauptsächlich Gut-

achtertätigkeiten, wobei er immer in Nebentätigkeit urologisch arbeitete. Nach der friedlichen Revolution wechselte er 1991 in das neu gegründete Gesundheitsamt, wo er als Abteilungsleiter tätig war. Im Mai 1992 wurde er zum Leiter des Amtes berufen. Parallel dazu bildete sich Dr. Gronemann zum Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen weiter und legte 1993 die Prüfung für den höheren Öffentlichen Gesundheitsdienst ab.

Die ersten Amtsjahre waren durch tiefgreifende Umstrukturierungs- und Anpassungsprozesse im Gesundheitswesen der neuen Bundesländer gekennzeichnet. Neugründungen wie die der Suchtberatungsstellen oder der AIDS-Beratung waren Glanzpunkte seiner Arbeit, die aber von allem durch die Privatisierung von Polikliniken und den Wegfall von Aufgabenbereichen des Gesundheitsamtes wie Mütterberatung, orthopädische Beratungsstelle, Diabetesambulanz oder der Röntgen- und Tuberkulose-Beratungsstelle charakterisiert wurden.

Als Amtsleiter war es seine Aufgabe „abzuwickeln“ und den Umstrukturierungsprozess voranzutreiben. Von ehemals über 900 Mitarbeitern in 80 Außenstellen sind heute nur noch 120 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitsamt und zwei Außenstellen tätig. Als Vorgesetzter und als Mensch suchte und fand er das vertrauensvolle Gespräch mit den betroffenen Mitarbeitern und stand ihnen in schweren Zeiten bei. Zeit für persönliche Gespräche mit den Mitarbeitern zu finden, zuzuhören und sich auch für persönliche und private Belange seiner Mitarbeiter zu interessieren und sich für diese einzusetzen, war für ihn immer etwas Selbstverständliches und Wichtiges, das auch in Zeiten hoher Arbeitsbelastung nicht zu kurz kommen durfte. Mitte der 90er Jahre galt sein Bemühen vor allem der öffentlichen Diskussion gesundheitlicher Themen in Form einer regelmäßig und qualitativ hochwertigen Gesundheitsberichterstattung sowie mehrerer Gesundheitskonferenzen zur Kindergesundheit.

Zum 10-jährigen Bestehen des Gesundheitsamtes veröffentlichte er zusammen mit Beate Berger einen Abriss zur Geschichte des Öffentlichen Gesundheitswesens in Leipzig „Vom Aderlass zum Gesundheitspass“, der bis zur Gründung der Stadt im 12. Jahrhundert zurück reicht.

Sein Arbeitsalltag wurde von vielen administrativen und verwaltungsübergreifenden Aufgaben wie zum Beispiel im Rahmen der Fußball-WM oder Pandemieplanung bestimmt. Diese sind stets durch eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit Kliniken, Kammern, Ministerien und anderen geprägt.

Die Zeit nach der Jahrtausendwende ist durch den beginnenden „Generationswechsel“ im eigenen Amt und bei den Kooperationspartnern gekennzeichnet. Viele Weggefährten schieden aus dem aktiven Dienst aus, junge Kollegen rückten nach – für sie war er ein verlässlicher Lehrmeister der „alten Schule“, der förderte und forderte, ein Arzt mit Leib und Seele, der jederzeit den Anzug gern gegen den weißen Kittel tauschte und in den Sprechstunden aushalf.

Mit Herrn Dr. med. Bodo Gronemann verliert nicht nur das Gesundheitsamt einen engagierten Chef und Weggefährten, der dieses seit mehr als anderthalb Jahrzehnten mit großer Umsicht und außerordentlicher Menschen- und Sachkenntnis geleitet hat, sondern auch der Landesverband Sachsen der Ärzte und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ein engagiertes Mitglied.

Wir werden sein Andenken stets in Ehren halten.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter  
des Gesundheitsamtes Leipzig  
Die Amtsärztinnen und Amtsärzte  
des Freistaates Sachsen  
Der Landesverband Sachsen der Ärzte und  
Zahnärzte des Öffentlichen  
Gesundheitsdienstes

## Die Krankheit zum Tode

**Franz Kafka (1883 bis 1924) und die Tuberkulose**



© Archiv Klaus Wagenbach, Berlin

Franz Kafka hielt seine Krankheit für einen allgemeinen Bankrott nach einem langen, früh begonnenen Kampf. Bereits während des Jurastudiums waren zwei Sanatoriumsaufenthalte in Zuckmantel notwendig, später auf dem Weißen Hirsch in Dresden, in Jungborn im Harz, in Riva am Gardasee... Den ständigen Kopfschmerzen und der jahrelangen Schlaflosigkeit war auch mit Spaziergängen und Wanderungen, Schwimmen, Rudern und Gymnastik am offenen Fenster („Müllern“) nicht beizukommen. Wegen seines schwachen Magens kaute er jeden Bissen zwanzigmal („Fletschern“).

Kafka war 34 Jahre alt, als er in der Nacht zum 13. August 1917 einen Blutsturz erlitt. Er lebte damals im Schönborn-Palais in Prag (heute US-Botschaft). Sein Zimmer ging nach Norden, war groß und schwer heizbar. Die Abende verbrachte er mit Schreiben im Alchimistengässchen auf der Prager Burg, wo seine Schwester Ottla eins der Häuschen gemietet hatte. In der eigenen Wohnung schlief er nur.

„Es war etwa 4 Uhr früh, ich wache auf, wundere mich über merkwürdig viel Speichel im Mund, spucke es aus, ... merkwürdig, es ist ... Blut. ... Ich dachte es werde gar nicht aufhören. ... Ich stand auf, gieng im Zimmer herum, zum Fenster, sah hinaus,

gieng zurück – immerfort Blut, schließlich hörte es auf und ich schlief ein, besser, als seit langem“ (Brief an Ottla am 29.8. 1917).

Trotzdem ging Kafka ins Büro und suchte erst am Nachmittag seinen Arzt Dr. Mühlstein auf. Diagnose: Bronchialkatarrh. In der nächsten Nacht erfolgte ein weiterer, nicht so starker Blutsturz. Jetzt äußerte Dr. Mühlstein den Verdacht auf einen Lungenspitzenkatarrh. Doch Kafka selbst glaubte schon fest an eine Tuberkulose.

Sein Freund Max Brod war entsetzt und drang darauf, dass ein Spezialist hinzugezogen würde. Professor Friedel Pick vom laryngologischen Institut an der Deutschen Universität Prag bestätigte die Diagnose mit einer Röntgenaufnahme. Es bestehe die Gefahr einer Tuberkulose. In den Kriegsjahren hatte diese Volkskrankheit durch den Mangel an Nahrung und Heizmaterial stark zugenommen. Kafka sollte viel essen und am besten einige Monate aufs Land gehen, auch Tuberkulininjektionen wurden empfohlen, die er jedoch ablehnte. Er fragte Ottla, die in Zürau einen Bauernhof bewirtschaftete, ob er für längere Zeit dort leben könne, und gab seine Wohnung auf.

An seiner Arbeitsstelle, der Arbeiter-Unfall-Versicherungs-Anstalt am Poric, wo er seit neun Jahren tätig war, stellte er umgehend einen Antrag auf Pensionierung. „Ich glaube, ich komme endgültig nur im Galopp der Tuberkulose aus der Anstalt hinaus“, schrieb er am 7.9. an Ottla. Die Direktion bewilligte ihm nur einen Erholungsurlaub von drei Monaten. In Zürau fühlte er sich trotz des leichten Fiebers, des Hustens und der Kurzatmigkeit nicht schlecht, sondern erleichtert und sogar frei. Frei vom Büro, frei von allem, was ihn am Schreiben hinderte. Frei auch vom Elternhaus, in dem der Vater dominierte. Vor allem aber frei von der Verpflichtung zur Heirat, zu der er sich „geistig unfähig“ fühlte, denn von seiner Braut Felice wollte er sich als Tuberkulosekranker jetzt trennen.

Er blieb bei Ottla sieben Monate, in denen er ruhiger wurde. Denn in den Jahren zuvor hatte er gebrannt: 500

Briefe an Felice, die misslungene Verlobung, der Weltkrieg, die zweite Verlobung, nächtelange Gedanken und „Nervenerstörung durch Angst und Schuldbewusstsein“ (aus Brief an den Vater); er meinte: „Es war so, dass das Gehirn die ihm auferlegten Sorgen und Schmerzen nicht mehr ertragen konnte. Es sagte: „Ich gebe es auf; ist hier aber noch jemand, dem an der Erhaltung des Ganzen etwas liegt, dann möge er mir etwas von meiner Last abnehmen, und es wird noch ein Weilchen gehen.“ Da meldete sich die Lunge...“

Ottla stand ihrem Bruder selbstlos zur Seite. Er half ihr bei den landwirtschaftlichen Arbeiten und absolvierte daneben seine Liegekur. Doch gab es auch trübe Stunden, in denen er im Bett lag. Er beschäftigte er sich mit Schopenhauer, Kierkegaard und Augustinus und schrieb Briefe, wie an Felix Weltsch:

„Zur Gesundheit ist, da hast Du natürlich recht, vor allem der Gesundheitwille nötig. Den habe ich, allerdings, ... auch den Gegenwillen. Es ist eine besondere, wenn man will, eine verliehene Krankheit...“ (Brief an Felix Weltsch, Anfang Oktober 1917). Auch seine schriftstellerischen Arbeiten nahm er wieder auf, vor allem die aphoristischen Reflexionen. Am Ende des Jahres trennte er sich endgültig von Felice.

Die Ärzte verordneten ihm vier weitere Monate Urlaub; auch jetzt wurde die Pensionierung von der Direktion abgelehnt. Ab 1. Mai 1918 musste er die Arbeit in der Versicherungsanstalt wieder aufnehmen. Insgesamt fühlte er sich besser als beim Beginn der Krankheit.

Der Weltkrieg ging zu Ende; in seinem Gefolge wütete in Europa die Spanische Grippe. Mitte Oktober 1918 erkrankte Kafka lebensbedrohlich. Unter der fürsorglichen Pflege der Mutter genas er, und als er wieder aufstand, hatte sich die Welt verändert: Ende Oktober war die Tschechoslowakische Republik ausgerufen worden und das österreichisch-ungarische Kaiserreich versunken. Wenige Tage nach Arbeitsaufnahme musste er wieder beurlaubt werden, um sich zu erholen. Diesmal fuhr er nach Schelesen in Südböhmen.

In der Pension Stüdl lernte er Julie Wohryzek kennen, eine Prager Modistin. Mit ihr lachte er fast den ganzen Tag. Als er von Felices Heirat mit einem Berliner Geschäftsmann erfuhr, war er froh. Trotz seiner anfänglichen Bedenken verlobte er sich mit Julie, und äußerst kurzfristig sollte die Hochzeit folgen. Gleichzeitig trieben schlaflose Nächte ihn zur Verzweiflung. In diese Zeit fallen seine Er-Aphorismen. Die Hochzeit kam nicht zustande, weil ihnen die avisierte Wohnung entging. Der Vater, dem die Braut ohnehin nicht standesgemäß war, tobte. Bei einem erneuten Aufenthalt in Schelesen im November 1919 schrieb Kafka voller Verzweiflung seinen Brief an den Vater, den er jedoch nie übergab.

Ende Februar 1920 wurde sein Befund wiederum schlechter: „Anzeichen einer weit fortgeschrittenen Lungeninfiltration“ (Franz Kafka: Amtliche Schriften, Berlin 1984). Ein dreimonatiger Aufenthalt in einer Lungenheilstätte wurde nachdrücklich empfohlen.

Er entschied sich für Meran. In der Pension Ottoburg in Meran-Untermals ging es ihm recht gut, nur die Schlaflosigkeit blieb. Eines Tages erhielt er einen Brief von der Journalistin Milena Jesenská-Polak, die in Wien lebte und gebeten hatte, seinen Heizer ins Tschechische übersetzen zu dürfen. Schnell entwickelte sich brieflich eine neue Liebesbeziehung... Am meisten schätzte Kafka Milenas „hellsichtige Klugheit“. Und doch, die Aufregungen: Wieder nahm er an Gewicht ab. An die Meran-Kur hängte er noch 14 Tage an, denn „in meiner Anstalt erwartet man von dieser Urlaubsreise etwas wie annähernde Gesundheit“. Auf der Rückreise traf er vier Tage mit Milena in Wien zusammen und brach danach die Verbindung zu Julie ab. Mitte Oktober wurde ihm vom Arzt eine nochmalige dreimonatige Kur empfohlen. Nach langem Überlegen wählte er – aus Kostengründen – die Lungenheilstätte Tatranské Matliary. An eine Genesung glaubte er nicht mehr, nur an die mögliche Verlängerung des Lebens. Eine Arsenkur, die der dortige Arzt empfahl, wusste Kafka zu umgehen. Auch Tuberkulin-

injektionen lehnte er nach wie vor ab. An Max Brod schrieb er: „Guter Arzt? Ja, ein Spezialist. Wäre ich doch ein Spezialist geworden. Wie sich ihm die Welt vereinfacht. Die Schwäche meines Magens, die Schlaflosigkeit, die Unruhe, kurz alles, was ich bin und habe, geht ihm auf die Lungenkrankheit zurück. Solange sie nicht manifestiert war, hat sie sich eben in Schwäche des Magens, der Nerven maskiert...“

Er nahm zu, sah auch besser aus. Trotz Husten, Atemnot und Schwäche meinte der Arzt, dass der Lungenbefund wesentlich besser geworden sei, und empfahl ihm eine Kurverlängerung um weitere fünf Monate. Brod wollte ihn zu Tuberkulinbehandlungen überreden. Aber Kafka – als Anhänger der Naturheilkunde – konterte: „Die Tuberkulose hat ihren Sitz ebensowenig in der Lunge, wie z.B. der Weltkrieg seine Ursache im Ultimatum.“

Das Schwerste für Kafka war, die Leiden der Mitpatienten mitzuerleben. Am meisten beeindruckte, ja erschreckte ihn ein Tscheche, der an einer schweren Kehlkopftuberkulose litt und eine Methode gefunden hatte, sein Leiden hinauszuzögern. „Was man dort in dem Bett sieht, ist ja viel schlimmer als eine Hinrichtung, ja selbst als eine Folterung. ...“ (Brief an Max Brod Ende Januar 1921). Als der Patient sich das Leben nahm, sah Kafka sich als mitschuldig an; bis auf den Arzt und die Schwester hatten alle den Umgang mit ihm gescheut. Er lernte einen jungen Mitpatienten, den Medizinstudenten Robert Klopstock aus Budapest, näher kennen, der sich ebenfalls für Kierkegaard interessierte, und stand ihm auch mit praktischen Ratschlägen zur Seite.

Im August 1921 kehrte er nach Prag und an seinen Arbeitsplatz zurück. Doch bald klagte er über Atemnot und Schlafstörungen. Der Anstaltsarzt empfahl zunächst die Fortsetzung der Kurbehandlung, dann aber befürwortete er die Pensionierung. Die Anstalt gewährte jedoch nur drei Monate Urlaub für eine Kur.

Kafkas finanzielle Verhältnisse erlaubten keinen weiteren Sanatoriumsaufenthalt. Er machte sein erstes Testament: Max Brod sollte nach seinem

Tod alle seine Tagebücher, Briefe und Manuskripte verbrennen. Er verzweifelte an seinem Leben, nannte es ein „stehendes Marschieren“. Im Winter fuhr er ins Riesengebirge, wo es ihm besser ging. Vor allem konnte er wieder schreiben, und er begann mit dem Roman Das Schloss. Das Schreiben war ihm „das Wichtigste auf Erden, wie etwa einem Irrsinnigen sein Wahn (wenn er ihn verlieren würde, würde er „irrsinnig“ werden)...“, wie er Ende März 22 an Klopstock schrieb.

Endlich, im Juni 1922, wurde dem Gesuch um Pensionierung stattgegeben. Kafka reiste zu Ottla nach Planá in Südböhmen und blieb dort bis zum September. Allerdings quälte ihn hier neben der Schlaflosigkeit der Lärm eines Sägewerks, so dass die Arbeit am Schloss-Roman stagnierte. Kafka spürte, dass sein Leben sich dem Tod zuneigte, und seine Angst nahm zu, weil er sein Leben als nicht gelebt empfand.

Ende November 1922 verfasste er in Prag sein zweites Testament: „Von allem, was ich geschrieben habe, gelten nur die Bücher: Urteil, Heizer, Verwandlung, Strafkolonie, Landarzt und die Erzählung: Hungerkünstler.“ Den Winter über war er fast ständig bettlägerig. Um überhaupt schlafen zu können, nahm er chemische Schlafmittel ein. Er las Kierkegaards Die Krankheit zum Tode. Trotzdem lernte er Hebräisch, denn sein Schulfreund Hugo Bergman, der in Jerusalem lebte, hatte ihn nach Palästina eingeladen. Dort in der trockenen, heißen Luft würde sich sein Leiden bessern. Kafka überlegte ernstlich, doch wollte er im Sommer erst seine Reisefähigkeit testen und begleitete seine Schwester Elli und ihre Kinder nach Müritz an der Ostsee.

Hier lernte er die 25-jährige Dora Diamant kennen, seine letzte Gefährtin. Sie arbeitete dort in der Ferienkolonie des Berliner Jüdischen Volksheims. Dora stammte aus Bedzin in Polen und war nach Berlin gegangen, um den strengen Vorschriften des Vaters für ihre Lebensgestaltung auszuweichen. Kafka und Dora verbrachten viel Zeit lesend im Strandkorb. Leider ging es ihm schlechter als am Anfang. Offenbar wirkte sich

das Reizklima an der Ostsee negativ aus. Als er nach Prag zurückreiste, war Kafka entschlossen, mit Dora in Berlin ein neues Leben zu wagen. Das halbe Jahr, das nun folgte, schien Kafka trotz aller Widrigkeiten das beste seines Lebens. Dora und er lasen und studierten zusammen, sie erlebten aber auch Berlins schwere Zeit mit: Inflation, Pogrome und Armut. Kafka erhielt seine Pension in stabilen tschechischen Kronen. Die Familie schickte Lebensmittelpakete und riet ihm, zurückzukehren. Nur Ottla vertraute Kafka an: „Diese ganze Berliner Sache ist ein so zartes Ding, ist mit letzter Kraft erhascht...“ Ende des Jahres ging es ihm schlechter. In einer einzigen Nacht schrieb er die Erzählung *Der Bau* und war am nächsten Tag völlig erschöpft. Dann aber bekam er hohes Fieber. Noch beängstigender war die beginnende Heiserkeit.

Bisher hatten Kafka und Dora in Steglitz gewohnt. Ihre Vermieterin, verewigt als Eine kleine Frau, wollte den „Ausländern“ kündigen. So zogen sie am 1. Februar 1924 nach Zehlendorf, Heidestraße 25/26, ins Haus der Witwe des Dichters und Literaturkritikers Carl Busse. Das Frühjahr kam, die Sonne schien, und Kafka setzte seine Liegekuren in der Veranda fort. Doch er fieberte jeden Abend, und Husten und Auswurf nahmen so stark zu, dass Max Brod die Familie in Prag alarmierte. Bald darauf sah Kafkas Onkel, der Landarzt Dr. Siegfried Löwy, nach ihm. Entsetzt ordnete er an, sofort ein Sanatorium aufzusuchen. Am 17. März musste er Berlin verlassen. Wieder nach Prag, wieder zu den Eltern! In Prag wurde die Heiserkeit stärker, dazu kamen Beschwerden beim Sprechen und Trinken. Unter diesem Eindruck schrieb Kafka seine letzte Erzählung: *Josefine die Sängerin* oder *das Volk der Mäuse*.

Dann reiste er ins Sanatorium Wiener Wald in Pernitz/Österreich, wo man ihn mit Pyramidon und Demopon behandelte. Klopstock gab ihm heimlich ein Fläschchen mit Codein. Dora kam, um ihn auch hier zu betreuen. Kafka wog nur noch 47 Kilo und

konnte kaum mehr sprechen oder essen. Unter furchtbaren Schmerzen schwoll sein Kehlkopf an.

So wurde er ins Wiener Universitäts-spital verlegt. Der HNO-Klinik stand Prof. Markus Hajek vor, der bei Kafka eine sekundäre Kehlkopftuberkulose feststellte, die durch die Berührung mit dem infektiösen Auswurf entstanden war. Das Gewebe war schon teilweise zerstört. Mit Mentholöl ließen die Beschwerden etwas nach.

Kafka musste mit zwei schwerstkranken Patienten im Zimmer liegen. Max Brod bat Franz Werfel um Hilfe, um bei Hajek ein Einzelzimmer für Kafka zu erwirken. Hajek stellte sich unweisend: „Da schreibt mir ein gewisser Werfel, ich soll etwas für einen gewissen Kafka tun. Wer Kafka ist, das weiß ich. Das ist der Patient auf Numero 12. Aber wer ist Werfel?“ Als sein freundlicher Bettnachbar in seiner Anwesenheit starb, litt Kafka derart, dass er auf Entlassung bestand.

Seine letzten 46 Tage verbrachte er im kleinen Sanatorium Hoffmann in Kierling bei Klosterneuburg, wo er ein sonniges Balkonzimmer erhielt. Der Arzt verbot ihm das Sprechen, so schrieb er vieles, was er Dora sagen wollte, auf einen Zettel.

Robert Klopstock kam und blieb mit Dora bis zum Ende bei ihm. Brod und wahrscheinlich Milena kamen zu Besuch. In dieser letzten Zeit hielt Kafka bei Doras Vater noch um ihre Hand an – Dora verschwieg ihm Kafkas Zustand. Der Vater befragte den Gerer Rebbe, der sagte kurz: Nein. Der Grund: Weil Kafka ein Schreiber war.

Der Privatdozent Dr. Oscar Beck suchte ihn auf und gab ihm eine Alkoholinjektion in den N. laryngeus superior. Phthisis desperata, das letzte Stadium der Tuberkulose: Die Atemnot, das nicht Abhustenkönnen und die Unmöglichkeit, den Kehldöckel zu schließen. Der Tod drohte von allen Seiten: durch Ersticken, Verhungern, Verdursten oder Aspirationspneumonie. Dem Kranken war nur palliativ zu helfen: Pantopon, Morphinum, Fieberwickel...

Mehrmals in der Woche besuchte ihn von Wien aus Dr. Norbert Glas, ein jüdischer anthroposophisch orien-

tierter Arzt, den Kafka sehr schätzte. Es kam auch Prof. Tschiasny, der bei einer erneuten Untersuchung sagte, im Hals sehe es besser aus. Da weinte Franz Kafka vor Freude und sagte, nie habe er so sehr Leben und Gesundheit gewünscht wie jetzt...

Am 3. Juni 1924 gegen Mittag starb er. Wenige Tage darauf wurde sein Leichnam nach Prag übergeführt und auf dem Friedhof in Strašnice bestattet.

Schon 1911 hatte Kafka im Tagebuch notiert: „...Ich bin vollkommen überarbeitet. Nicht nur durch das Bureau, sondern durch meine sonstige Arbeit... Es ist eben für mich ein schreckliches Doppelleben, aus dem es wahrscheinlich nur den Irrsinn als Ausweg gibt...“ Immerhin irrte er hier. Die Krankheit half ihm aus diesem Doppelleben heraus.

Zu Krankheitsbeginn hatte Kafka in seiner Behörde zusätzlich Tb-krankte Soldaten zu betreuen. Wahrscheinlich kam es bei seinem allgemein reduzierten Gesundheitszustand zur Tröpfcheninfektion. Jahre später, als Tuberkulostatika zur Verfügung standen, hätte Kafka an seiner Krankheit nicht mehr sterben müssen. Aber Ruhe und Diät, Luft- und Heilstättenbehandlung halfen auch damals oft. Mit einer nur siebenjährigen Krankheitsdauer war der Verlauf ungewöhnlich rasch.

Robert Klopstock wurde später in den USA ein international anerkannter Tuberkulose-Spezialist. Das Tuberkulin hielt tatsächlich nicht das, was es versprach; auch Arsenkuren sind heute verpönt.

Kafka war immer der Meinung, dass seine Krankheit zu ihm gehörte. Selber hätte er nicht die Kraft gehabt, Felice und den Posten aufzugeben: das entschied die Krankheit für ihn. Wichtiger als alles war ihm das Schreiben über seine innere, zerbrechliche und angsterregende Welt. Milena schrieb über ihn: „Er war zu hell-sichtig, zu klug, um leben zu können ... Ungewöhnlich und tief kannte er die Welt, ungewöhnlich und tief war er selbst.“

Literatur bei der Verfasserin

Maja Rehbein  
Leopoldstraße 32, 12621 Berlin

Ärzteblatt Sachsen 4/2009

## Osterfest 2009

Es ist kaum zu glauben, wie schnell die Zeit im Jahreslauf vergeht, und nun steht schon wieder das Osterfest vor der Tür. Durch die Vielfalt der Tagesaufgaben ist man froh, wenn Feiertage in Aussicht stehen. Feiertage sind ein guter Zeitraum zum Verschnaufen und zum Nachdenken. Auch in diesem Jahr soll deshalb ein kleiner Überblick zum Osterfest und seinen vielfältigen Ritualen gegeben werden.

Der Ostersonntag ist im Christentum der Festtag der Auferstehung Jesu Christi und zugleich der höchste Feiertag im Verlaufe des Kirchenjahres. Mit dem Ostersonntag beginnt das Osterfest sowie die Osterzeit und zugleich endet die Karwoche. Das Osterfest gehört zu den beweglichen Festen und das Osterdatum wird über den Mondkalender festgelegt. Es fällt in den Kirchen des westlichen Kreises auf den Sonntag nach dem ersten Vollmond nach der Tag- und Nachtgleiche im Frühling. Als Tag- und Nachtgleiche gilt der Tag, an dem die Sonne den Erdäquator von Süden nach Norden oder von Norden nach Süden überquert. Somit ist der Frühlingsanfang zum 21. März und der Herbstanfang zum 23. September definiert. Die meisten beweglichen Gedenk- und Feiertage des Kirchenjahres hängen vom Datum des Ostersonntages ab und werden von dort festgelegt. Somit erklären sich der Aschermittwoch als sechshundvierzigster Tag vor Ostersonntag, Palmsonntag als siebenter Tag vor Ostern, Gründonnerstag als drei Tage vor Ostern und Karfreitag als zwei Tage vor Ostern. Christi Himmelfahrt wird am vierzigsten Tag nach Ostern begangen und das Pfingstfest wird am fünfzigsten Tag nach Ostern gefeiert.

Auf den Ostersonntag folgt in vielen christlichen Ländern, so in Deutschland, Österreich und der Schweiz, der Ostermontag als weiterer gesetzlicher Feiertag.

Der Name Ostern entspringt wahrscheinlich aus einer germanischen Wurzel. Viele der uns heute bekannten populären Osterbräuche und



Foto: Berthold, Dresden

Symbole sind aber nicht unbedingt christlicher Herkunft. Allerdings integrieren die Kirchen einige davon in das Auferstehungsfest. Viele Sprachen bezeichnen das Osterfest mit einer Wortableitung vom aramäischen pas-cha, angelehnt an das hebräische Wort pessach. Unser deutsches Wort Ostern und das englische Wort easter haben aber die gleiche sprachliche Wurzel. Im Herkunftswörterbuch leitet sich das Wort vom altgermanischen austro für Morgenröte ab. Dieses Wort bildete sich im Altenglischen zu eastre und im Althochdeutschen zu ostarum fort. Der Wortstamm von ostarum ist mit dem altgriechischen Wort eos und dem lateinischen Wort aurora verwandt. Altgriechisch und Latein haben ihrerseits weitere Sprachen, auch Deutsch und Englisch, stark beeinflusst.

Sprach- und Namensforscher erklären das Wort Ostern eher aus der nordgermanischen Wortfamilie ausa (gießen) bzw. austr (begießen) und sie spannen so den Bogen zur österlichen Taufe. Mit diesem Gedanken-gang kommen wir nun zu den Osterbräuchen und außerchristlichen Einflüssen. Viele der vorchristlichen Religionen verehrten die Sonne als Licht- und Lebensspenderin wie einen Gott und sie feierten daher Frühlingsfeste. Einige heutige Osterbräuche werden auf germanische und keltische Sonnenkulte zurückgeführt, so die Osterfeuer und das Osterrad.

Es gibt eine Vielzahl von Osterbräuchen. Diese unterscheiden sich viel-

fältig nach Land und nicht zuletzt nach Glaubenszugehörigkeit. Wir wollen hier kurz über einige berichten.

### Der Osterhase

Der Hase als Ostersymbol ist seit 1682 aktenkundig. Zu der Zeit schrieb der Professor für Medizin, Georg Franck von Franckenau aus Heidelberg, eine Abhandlung mit dem Titel „De ovis paschalibus“ – von Ostereiern. In dieser Arbeit schildert er erstmals elsässische Osterbräuche und er nennt ausdrücklich den Hasen und die Eier beim Namen. Gleichzeitig berichtet der Autor über den schädlichen Osterei-Genuss, der auf den Magen schlagen kann.

Über die Hintergründe des Eintritts des Hasen in das Brauchtum gibt Franckenau allerdings keinen Aufschluss. Damit stehen verschiedene Erklärungsmodelle im Raum.

Der Hase ist das Tier der Liebesgöttin Aphrodite sowie der germanischen Göttin Ostara und der Erdgöttin Holda. Er ist somit nicht nur Götterbote, er ist auch wie das Ei ein Zeichen der Fruchtbarkeit und des Lebens. Vielleicht liegt auch eine Verwechslung zwischen Hase und Lamm vor. Eine weitere Erklärung erscheint durchaus plausibler. Das Eiersuchen gehört etwa seit dem 16. Jahrhundert zur bürgerlichen Tradition. Es ist verständlich, dass auch damals wissbegierige Kinder von ihren Eltern erfahren wollten, woher die bunten Eier kamen. Der Hase könnte, zumal er im Frühjahr ver-

mehrt die Natur bevölkert, ein Erklärungsversuch gewesen sein. Auch heute noch bleibt der Hase prominenteste Figur in der Osterzeit, sowohl aus Schokolade oder aus Zuckerware oder aus Kuchenteig und nicht zuletzt als schönes Plüschtier.

### Das bunte Osterei

Früher wurde der Zehnt, die Abgabe der Bauern an den Grundherrn, in Naturalien entrichtet. Eier waren dabei von großer Bedeutung. Sie mussten in den meisten Gegenden am „Gründonnerstag“ abgeliefert werden. Nach dem Wegfall des Zehnts gab es einen Überschuss an Eiern. Damit die Eier haltbar gemacht werden konnten, wurden sie gekocht. Gekochte und ungekochte Eier wurden durch Einfärben kenntlich gemacht. Es entstand der Brauch, die nahrhaften Eier zu verschenken. Das Färben der Eier erfolgte nach liturgischen Farben. In vielen Kulturkreisen kennt man das Färben der Eier. Rote Farbe steht für das Blut, um die kirchliche Symbolik zu verdeutlichen. Später kam die Kunst des Verzierens der Eier hinzu. Dabei werden unterschiedliche Techniken angewendet und es entstehen richtige Kunstwerke. Eigens in Sonnenbühl in der schwäbischen Alb gibt es ein Ostereier-Museum. Der Autor hat in zurückliegenden Beiträgen bereits darüber informiert. Das Färben der Eier erfolgte früher durch pflanzliche Farbstoffe. So kann man schon mit Zwiebelschale einen schönen hellen Branton erzielen. Der Brauch des Eierversteckens im Garten stammt aus dem 17. Jahrhundert. Etwa ab 1550 begann man in den Kirchen in manchen Regionen, rot gefärbte Eier zur Osterzeit feierlich zu weihen.

Auch heute noch ist das Verstecken und das Suchen der bunt gefärbten Ostereier oder sonstiger süßer Naschereien oder sogar mit Alkohol gefüllter Eier ein großes Vergnügen für große und kleine Leute.

### Osterfeuer

Das Abbrennen eines Osterfeuers in der Nacht auf Ostersonntag ist ein alter Brauch. Das Osterfeuer sollte vor allem den Winter und böse Geister sowie Hexen vertreiben. Der



Foto: Berthold, Dresden

Schein des Osterfeuers sollte die Menschen vor Unheil und Krankheiten bewahren. Die Osterfeuer werden oft auf Hügeln oder Anhöhen errichtet, um den Feuerschein so weit wie möglich reichen zu lassen. Im Harz heißen die Feuer Ostermeiler, sie sind aus Reisig und Fichtengrün aufgeschichtet. Obenauf steht eine große Fichte senkrecht. Auch in Österreich gilt das Osterfeuer am Karsamstag als beliebter Brauch.

### Osterwasser

Dem Osterwasser wird eine besondere und heilende Kraft nachgesagt. Es soll therapeutische Wirkung haben. Es gilt als ein Symbol des Lebens und der Fruchtbarkeit sowie der Schönheit. Früher haben die Frauen im fließenden Osterwasser gewaschen. Das Osterwasser wurde zeitig morgens am Ostersonntag von der Quelle geholt. Weil dem Wasser Fruchtbarkeit nachgesagt wurde, musste es schweigend nach Hause gebracht werden. Da Wasser auch früher schon ein kostbares Gut war, wurden deshalb oft zu Ostern auch Brunnen und Quellen mit Blumen verziert. In manchen Gegenden Süddeutschlands wird auch heute noch dieser Brauch fortgesetzt.

### Osterkerze

Lichterfeste haben ihre Wurzeln in den Traditionen der alten Kirchen. Es war schon immer üblich, die Osternacht mit vielen Kerzen zu erleuchten. Die Tradition der Osterkerze ist im christlichen Glauben bereits im 4. Jahrhundert entstanden. Die Kirchen Roms verwendeten die Osterkerzen

ab dem 7. Jahrhundert. Bis zum 10. Jahrhundert hat diese Tradition sich weiter und weiter verbreitet. Die Motive auf den Osterkerzen sind meist Kreuze, Bäume, ein Lamm, eine Taube oder Sonnenlicht. Die weiße Kerzenfarbe steht für die Hoffnung auf das neue Leben.

Gerade zu Ostern wird in vielen Ländern der ganzen Welt das alte Brauchtum besonders gepflegt. Vielerorts ist es üblich, gemeinsam ein österliches Frühstück einzunehmen. Geweihte Speisen wie Schinken, Brot und Kuchen werden verzehrt. Auch in Amerika wird Ostern alljährlich mit einer Osterparade gefeiert. Nicht zuletzt ist auch ein traditioneller Osterspaziergang nicht nur aus der Literatur bei uns bekannt. Man muss nicht unbedingt praktizierender Christ sein, um zu Ostern hinaus in die Natur zu gehen und erste Frühlingseindrücke zu suchen. Aufgrund zahlreicher Osterbräuche, einige wurden hier nur beleuchtet, kann man feststellen, dass Ostern eine wunderbare Ausstrahlung hat. Das Osterfest ist weltweit bekannt und es präsentiert natürliche Freude am Leben für Kinder ebenso wie für Erwachsene.

Mit dieser Einstimmung auf das Osterfest 2009 wünschen der Autor und das Redaktionskollegium „Ärzteblatt Sachsen“ allen Kolleginnen und Kollegen sowie unserer geschätzten Leserschaft frohe und gesunde Osterfeiertage.