

Inhalt 12/2001

Editorial	Ärzte und Patienten im Spannungsfeld von Politik und Ökonomie	536	
Berufspolitik	25. Kammerversammlung	537	
	Impressum	548	
	Aus der Vorstandssitzung Mitgliederversammlung	549	
	der Kreisärztekammer Dresden Deutsch-polnische Arbeitsgruppe berufen	549 550	
Gesundheitspolitik	Ärzte und Tabak – Teil 1	551	
Amtliche Bekanntmachungen	Satzungsänderungen Änderung der Gebührenanpassungsverordnung	553 - 560 562	
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen Konzerte und Ausstellungen Mitteilung der Bezirksstelle Leipzig Ärzte helfen Ärzten Internet-Ecke	562 562 562 563 563	
Mitteilungen der KV Sachsen	Ausschreibung von Vertragsarztsitzen Abgabe von Vertragsarztsitzen	564 564	
Personalia	Dr. med. Bernhard Hohaus zum 65. Geburtstag Dr. med. Walter Houda zum 65. Geburtstag Unsere Jubilare im Januar	565 565 566	
Medizingeschichte	A. Scholz, CP. Heidel, M. Lienert Vom Stadtkrankenhaus Dresden-Johannstadt zum Universitätsklinikum Carl Custav Carus		
Feuilleton	Gräfe: Weihnachten Von Krippen und Tannenbäumen	571	
Beilagen	Beilagen Fortbildung in Sachsen – Februar 2002 Externe Qualitätssicherung in der Hüftendoprothetik bei Coxarthrosen		

Die Sächsische Landesärztekammer und das "Ärzteblatt Sachsen" sind im Internet unter http://www.slaek.de, per e-mail: dresden@slaek.de, die Redaktion: presse@slaek.de und der "Sächsische Gesundheitslotse" unter www.gesundheitslotse-sachsen.de zu erreichen/abrufbar.

Ärzte und Patienten im Spannungsfeld von Politik und Ökonomie

Das Wirtschafts- und davon abhängige Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland steht angesichts deutlich geänderter globaler Rahmenbedingungen vor einer bisher nie gekannten Herausforderung. Bisherige Steigerungsraten einer boomenden Wirtschaft tendieren zu einem Null-Wachstum; Arbeitslosigkeit, Langlebigkeit und moderne Medizin fordern ihren Tribut. Das komplexe "Ökosystem" von Politik-Selbstverwaltung und sogenannten Leistungserbringern muss sich früher oder später auf diese neuen Bedingungen einstellen.

Leider ist seitens der Regierungspolitik kein geschlossenes Konzept einer Gesundheitsreform vorgelegt worden, so dass eine berechenbare Reformperspektive wohl erst nach der Bundestagswahl 2002 präsentiert werden wird. Bis dahin müssen wir uns wohl oder übel mit den heterogenen gesundheitspolitischen Ansätzen und Papieren der politischen Parteien und den Diskussionen begnügen, die am Runden Tisch der Ministerien stattfinden.

Die Krankenkassen sind inzwischen damit beschäftigt, ihre Defizite zu bilanzieren, über steigende Beitragssätze nachzudenken und eine Sanierung ihrer Budgets auch über den sogenannten Risikostrukturausgleich (RSA) und sogenannte Disease-Management-Programme (DMP) zu erreichen. Bezieht man in diese gesetzlich fixierten und damit absehbaren Entwicklungen das künftige Fallpauschalensystem (DRG) mit ein, so wird insgesamt ein vordergründiger "Ökonomismus" deutlich, der unseren Part der ärztlichen Selbstverwaltung zu ersticken droht! Wir Ärzte brauchen Zeit und Freiheit, um

uns adäquat um unsere Patienten kümmern zu können. Nichts ist schädlicher für eine gute Patienten-Arzt-Beziehung, als Budget und Zeitdruck, sowie eine Eskalation überbordender Bürokratie! Genau diese Verantwortungsethik gilt es

Genau diese Verantwortungsethik gilt es mit großem Nachdruck zu verteidigen: Die medizinische Ethik erklärt das somatische und geistige Wohlergehen des Menschen zur obersten Richtschnur – salus aegroti suprema lex – und fordert, dass der Arzt zusammen mit dem Pflegepersonal sich ganz diesem Anliegen widmen kann.

Auch in diesem Sinne werden wir unser Bündnis Gesundheit 2000 entwickeln! Neben der Einforderung fairer Rahmenbedingungen für ärztlich ethisches Handeln in einer sich rasant entwickelnden Gesellschaft – wenden wir uns auch gegen ein überzogenes Anspruchsdenken seitens der Bürger – und Patienten.

Künftig sollten nicht nur "Patientenrechte" nach dem Motto "Was steht uns zu" reklamiert werden, sondern verstärkt auch Patientenpflichten zur eigenen Gesunderhaltung angemahnt werden.

Für die zukünftige Gestaltung des Gesundheitssystems bedarf es Tatkraft, Mut, Geschick und langen Atem. Dabei sollten alle wichtigen Änderungen im System der Selbstverwaltung stets in enger Abstimmung mit den sogenannten Leistungserbringern erfolgen, da der ärztliche Sachverstand und ärztlich medizinisches Kalkül auch für die Folgenabschätzung der gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung unverzichtbar ist.

In diesem Sinne erlaube ich mir, die visionäre Schlusssentenz unseres Bundespräsidenten vom 18. Mai diesen Jahres zu zitieren.

Er beendete seine bedeutsame Rede: "Wird alles gut? – Für einen Fortschritt nach menschlichem Maß"

"Die Zukunft ist offen.

Sie ist kein unentrinnbares Schicksal und kein Verhängnis. Sie kommt nicht einfach über uns. Wir können sie gestalten – mit dem was wir tun und mit dem, was wir nicht tun. Wir haben viele, wir haben große Möglichkeiten. Nutzen wir sie für einen Fortschritt und für ein Leben nach menschlichem Maß."

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident



Der Vorstand der
Sächsischen Landesärztekammer
und das Redaktionskollegium
"Ärzteblatt Sachsen"
wünschen allen
sächsischen Ärztinnen und Ärzten
sowie ihren Familien
ein frohes Weihnachtsfest und
ein erfolgreiches neues Jahr 2002
im kollegialen Miteinander.

25. Kammerversammlung

10. November 2001

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Professor Dr. Jan Schulze, eröffnete 9:00 Uhr im Plenarsaal des Kammergebäudes die turnusmäßig einberufene 25. Kammerversammlung und begrüßte herzlich die Mitglieder des Vorstandes, die Mandatsträger und die Vorsitzenden der Ausschüsse.

Willkommen hieß Herr Professor Dr. Jan Schulze vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie Herrn Ministerialdirigent Dipl.-Med. Albrecht Einbock, Leiter der Abteilung Gesundheitswesen, Herrn Jürgen Hommel, Leiter des Referates Recht des Gesundheitswesens/Beruferecht und den Vertreter der Medizinische Fakultät der Universität Leipzig, Herrn Professor Dr. Wolfgang Reuter. Mit großer Freude begrüßte der Präsident die Träger der Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille und den Ehrenpräsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Herrn Professor Dr. Heinz Diettrich.

Zum Zeitpunkt der Eröffnung der 25. Kammerversammlung waren 67 der 99 gewählten Mandatsträger anwesend. Damit war die Kammerversammlung beschlussfähig.

Bericht des Präsidenten Gesundheits- und berufspolitische Fragestellungen für die Zukunft

Allgemeine politische Lage

Spätestens seit den terroristischen Anschlägen vom 11. September 2001 in den USA, die unsere Welt tief erschüttert haben, ist ein Konflikt ausgebrochen, der schon seit Jahren und Jahrzehnten schwelte. Gegenwärtig fliegen amerikanische Bomber Tag und Nacht Einsätze gegen ein Land, welches eigentlich gar nicht mehr zu zerstören ist, weil es durch zurückliegende Invasionen bereits in großen Teilen dem Erdboden gleichgemacht wurde: Afghanistan.

Eine politische Lösung ist danach von den Taliban und ihren extremistischen

Helfershelfern niemals in Betracht gezogen worden. Dennoch sollten parallel zu den von der UNO und der sogenannten Antiterrorallianz sanktionierten Militäraktionen der USA und Englands diplomatische Verhandlungen und humanitäre Aktionen im Sinne von "inter arma caritas" nach Henry Dunant zur Lösung des Konflikts gesucht werden. Sonst wird das bisherige Verständnis für den Einsatz des Militärs unter großen Teilen der Bevölkerung in Ablehnung umschlagen. Wir sind Ärzte und nach dem hippokratischen Eid verpflichtet, Leben zu schützen, zu erhalten und zu verbessern. Deshalb muss ich an dieser Stelle an die vielen Zivilisten und Flüchtlinge, vor allem an Kinder und ältere Menschen, in Afghanistan erinnern, die nicht erst jetzt am Rande des Existenzminimums leben und jeglichen Krankheiten ausgeliefert sind. Ihnen gilt es so schnell und so umfassend wie möglich zu helfen. Doch humanitäre Hilfe ist nur möglich, wenn die Angriffe zeitweise ausgesetzt und der Krieg noch vor Einbruch des Winters in der Region beendet wird. Viele Ärzte und Mitarbeiter von Nicht-Regierungsorganisationen und Initiativen, auch aus europäischen Ländern, sind bereit, in der Krisenregion unter Einsatz ihres Lebens medizinische Hilfe zu leisten. Ihnen möchte ich heute ganz besonders dafür danken.

Durch Medienberichte über die Situation und den Stand der medizinischen Versorgung in Deutschland nach den Milzbrand-Anschlägen in den USA entstand ein negativer Eindruck. Ich möchte deshalb deutlich sagen, dass sich die deutsche Ärzteschaft auf biologische Angriffe vorbereitet und genügend Impfstoffe und Antibiotika vorhanden sind. Die Patienten können sich auf eine schnelle und fachgerechte Behandlung ihrer Ärzte verlassen. Weitergehende Informationen über biologische Kampfstoffe und Bio-Terrorismus finden Ärzte und Patienten auf der Internetseite der Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit dem Robert-Koch-Institut unter http://www.baek.de/.

Gesundheitsreform

Wie sieht es an der gesundheitspolitischen Front aus? Insgesamt eher unbefriedigend, sieht man von den Diskussionen am Runden Tisch und von der Aufhebung des ohnehin nicht haltbaren Kollektivregresses gegen Ärzte ab. Zwei aktuelle positive Honorarsignale aus dem Vermittlungsausschuss von Bundestag und Bundesrat sollen nicht übergangen werden:

- Werden ostdeutsche Ärzte nach Anerkennung des Wohnortprinzips ihnen zustehende Versichertengelder der sogenannten virtuellen Krankenkassen mit Sitz in den alten Bundesländern "vor Ort" erhalten.
- Sollen Ostärzte zusätzlich zur normalen Anpassung an die Grundlohnentwicklung in den nächsten drei Jahren bis zu sechs Prozent mehr Gesamthonorar erhalten können.

Dennoch, was fehlt ist eine erkennbare und berechenbare Reformperspektive für unser "aus dem Ruder" laufendes Gesundheitswesen.

Statt der oft zitierten ruhigen Hand kommt es zu hektischer Betriebsamkeit der Bundesministerin für Gesundheit, der die Arzneimittelkosten davonzulaufen drohen. Prompt wird im Schnellverfahren ein Arzneimittelausgabenbegrenzungsgesetz in einem 5-Punkte-Programm vorgelegt, das fernab von jeder Patientensicherheit ist und das die ärztliche Verantwortung für den Therapieverlauf relativiert beziehungsweise in Frage stellt!

Aut-idem

Der kritischste Punkt ist die geplante aut-idem Regelung. Dieser Vorschlag hat es bis in den Deutschen Bundestag gebracht und wird als Gesetzesvorlage demnächst in zweiter Lesung behandelt.

Was sind die Folgen für uns Ärzte, wenn dieses Gesetz in der vorgelegten Form verabschiedet wird: Wir dürfen dann weiterhin den Patienten beraten, Krankheiten diagnostizieren, die Therapie festlegen und gegebenenfalls die Rehabilitation einleiten. Aber wir dürfen nicht mehr

25. Kammerversammlung

10. November 2001

entscheiden, welches Medikament der Patient nehmen darf, sondern nur noch welchen Wirkstoff. Die Auswahl des preiswertesten Medikaments soll in Zukunft der Apotheker übernehmen. Auch die Krankenhäuser benennen im Entlassungsbericht nur noch Wirkstoffe oder Alternativpräparate. Die Kassen erstatten für Medikamente, die nicht unter die Festbetragsregelung fallen, nur noch 95 % des Herstellerabgabepreises. Die Apotheker leiten einen höheren Teil des Apothekenrabattes an die Kassen weiter. Der Ausschuss Ärzte und Krankenkassen erhält das Recht, den therapeutischen Nutzen vergleichbarer Wirkstoffe zu bewerten! Zu dieser vorgeschlagenen Regelung tauchen einige Fragen auf:

- Ist die Patientensicherheit gewährleistet?
- Sind Apotheker für diese neue Aufgabe ausreichend ausgebildet?¹
- Wird die Berufsfreiheit der Ärzte mit der aut-idem Regelung eventuell eingeschränkt?

Viele dieser Fragen sind in der Bearbeitung. Auch verfassungsrechtliche Bedenken gegen das Gesetzgebungsverfahren selbst gibt es. Die kommenden Wochen werden zeigen, wie es in dieser Beziehung weitergeht. Vor allem jetzt, wo der deutsche Generika-Verband eine 3 %ige Senkung des Rabattes auf die Arzneimittelpreise mit einer Einsparung von 460 Mill. DM angeboten hat. Geht die Bundesgesundheitsministerin auf dieses Angebot ein, so könnte das laufende Gesetzgebungsverfahren zu aut-idem abgebrochen werden. Zweifel sind angebracht.

Natürlich bedarf es für die Steuerung des Gesundheitssystems Augenmaß, Geschick, guter Ideen und langen Atem. Allerdings sollten alle wichtigen Änderungen im System der paritätischen Selbstverwaltung in enger Abstimmung mit den sogenannten Leistungserbringern erfolgen, dafür werden wir uns immer wieder nachdrücklich einsetzen – denn ohne unser Zu- und Mittun steht das System still.

Das gilt auch für die notwendige Reform der Krankenversicherung in unserem Land, für Inhalt und Auswirkungen des Risikostrukturausgleichs, des sogenannten Disease Managements (integrierten Versorgung) und anderes. Überall bedarf es des ärztlichen Sachverstandes und ärztlich medizinischen Kalküls und der Folgenabschätzung für die gesundheitliche Betreuung der Bevölkerung. Eine Abkehr vom Prinzip der gemeinsamen Selbstverwaltung von "Playern" und "Payern" stellt einen Systembruch dar, der in sich die Gefahr einer Programmund Kontrollmedizin enthält. Diesen Tendenzen muss konsequent entgegengewirkt werden. Meines Erachtens darf es trotz begrenzter Wirtschaftskraft und bedrohlich hoher Arbeitslosigkeit kein starres Festhalten am Dogma der Beitragssatzstabilität geben. Gesundheit hat ihren Preis! Ich kann nicht erkennen, dass eine moderate Anhebung der Krankenkassenbeiträge den Wirtschaftsstandort Deutschland gefährden soll. Umgekehrt wird ein Schuh daraus: Bundesweit arbeiten 4 Millionen Menschen im Gesundheitswesen am Rand ihrer Leistungskraft. Hier bedarf es der Förderung, will man den zweitgrößten Arbeitgeber im Land nicht weiter strangulieren und die medizinische Versorgung nicht gefährden.

DRG – Fallpauschalen

Die nächste größere Herausforderung, die vor allem auf die Krankenhäuser und die Krankenkassen zukommt, ist die geplante verbindliche Einführung der DRG's im Jahre 2004. Eine freiwillige Beteiligung ist ab dem Jahr 2003 möglich. Grundsätzlich hat sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft im Oktober für dieses Modell als zukunftsweisend ausgesprochen. Für die Ärzte im stationären Bereich er-

geben sich mit den DRG's mögliche Verbesserungen in Bezug auf die Abrechnung von Behandlungsfällen. Trotzdem wurden einige Bedenken geäußert, die ich teile. Die Einführung des australischen DRG-Modells in Deutschland wird von Seiten des Bundesgesundheitsministeriums in einer besonders umfassenden Form angestrebt. Anders als in Australien soll die Erfassung aller Fallgruppen, außer Psychiatrie, von Anfang an möglich sein. Dieser Anspruch ist wegen der Fülle an Einflussfaktoren sehr hoch. In Australien war die Entstehung des DRG-Systems ein langwieriger Prozess über mehrere Jahre mit einem anderen Zweck. Nach der verpflichtenden Einführung in Deutschland ist eine Konvergenzphase von zwei Jahren vorgesehen. Sechs bis acht Jahre sind nach meiner Ansicht realistischer. Und selbst wenn alles wie geplant verläuft und das Gesetzgebungsverfahren im Januar 2002 abgeschlossen werden kann, sind es immer noch die Krankenkassen, die sich nicht in der Lage sehen, ab 2003 nach dem neuen Modell abzurechnen und schon jetzt eine längere Konvergenzphase verlangen. Auch verursacht das Führen zweier Abrechnungssysteme enorme Kosten für die Krankenkassen, deren Deckung bis jetzt noch ungeklärt ist.

Der Hauptkritikpunkt der Ärztekammer liegt noch an ganz anderer Stelle: Wie kann unter DRG-Bedingungen medizinethischen Forderungen Rechnung getragen werden? Die unschöne Formulierung von der Entlassung des "blutigen Patienten" kennen sie alle. Leider kommt sie nicht von ungefähr, denn mit Einführung des DRG-Systems werden kleine wie große Krankenhäuser versuchen, die Liegezeiten der Patienten einzuhalten oder sogar zu unterschreiten, um Kosten zu sparen und um zu überleben. Schon jetzt sind die Belegungszeiten von Krankenhausbetten ohne DRG's in den vergangenen fünf Jahren um durchschnittlich 4,5 Tage zurückgegangen. Es bedarf

¹ Nichterkennung kontraindizierter Mittel, JAMA 286, 1607ff

deshalb einer grundsätzlichen Neuausrichtung und Verbindung von ambulanten, stationären und rehabilitativen Betreuungsstrukturen. Außerdem wird der höhere Verwaltungsaufwand nur mit mehr Fachpersonal zu bewältigen sein. Bei der derzeitigen Arbeitsbelastung der Ärzte in den Krankenhäusern müssten zusätzlich 250 bis 300 Arztstellen in Sachsen geschaffen werden.

Disease Management – Integrierte Versorgung

Den Disease-Management-Programmen für chronisch Kranke soll, nach dem Willen von Politik und Krankenkassen. eine Schlüsselfunktion in der Reform des Gesundheitswesens zukommen. Deshalb muss bei der Entwicklung dieser Programme die Ärzteschaft mit ihrer Fachkompetenz unbedingt einbezogen werden, damit nicht nur monetäre Kriterien Berücksichtigung finden und ein von den Kassen dominierter Vertragswettbewerb entsteht. Die von Politik und Krankenkassen immer wieder in die Diskussion gebrachte Auflösung korporatistischer Strukturen, namentlich der Kassenärztlichen Vereinigungen, muss entschieden entgegen getreten werden. Eine Urabstimmung unter allen Ärzten als kraftvolle Meinungsäußerung, wie sie vom Präsidenten der Bundesärztekammer vorgeschlagen wurde, könnte für drei Modelle erfolgen:

- dem Einkaufsmodell ohne KV mit Direktverträgen zwischen freiberuflichem Arzt, Patient und Krankenkasse, als ungünstigste Variante
- dem Modell eines fest angestellten Arztes, wobei der Arbeitgeber als Vertragspartner der Kassen auftritt, als schwer realisierbare Variante
- einem korporatistischen Modell innovativer KVen als realistische Zukunftsperspektive.

Keine Berücksichtigung in allen ökonomischen Diskussionen findet bisher die individuelle Patienten-Arzt-Beziehung, die dringend in alle Überlegungen einbezogen werden muss.

Sächsisches Bündnis Gesundheit 2000 Um Interessen und Vorschläge geht es auch dem vor über einem Jahr gebildeten "Sächsischen Bündnis Gesundheit 2000". Das Ziel des Bündnisses ist die Einflussnahme auf die gesundheitspolitischen Programme der Parteien auf Landes- und Bundesebene. Außerdem die gemeinschaftliche Vertretung von hoheitlichen Interessen der Kammer, der Berufsverbände und Vereine nach außen. Kurz vor der anstehenden Bundestagswahl wollen wir ab Februar 2002 Landes- und Bundespolitiker aller Fraktionen zu Gesprächen mit dem Bündnis in die Landesärztekammer einladen und über Inhalte streiten. Als Grundlage der Gespräche dienen die unterschiedlichen Ansätze der Parteien. Dabei richten sich die Positionen des Bündnisses nicht gegen eine bestimmte Partei. Sie stellen vielmehr die Programme der Parteien im Vorwahlkampf auf den Prüfstand und eruieren deren Absichten in der Gesundheits- und Sozialpolitik für die nächste Legislaturperiode.

Arztzahlen in Sachsen

Einigkeit herrscht mittlerweile auch darüber, dass wir, entgegen einer bis vor kurzem gängigen Meinung einer Ärzteschwemme, einen Ärztemangel vor allem in Ostdeutschland und damit auch in Sachsen zu verzeichnen haben. Einer Statistik der Sächsischen Landesärztekammer zufolge ist in fast allen Bereichen bis zum Jahr 2010 mit einem durchschnittlichen Rückgang an Fachärzten

um 30 % zu rechnen. Besonders betroffen sind die Fachbereiche Allgemeinmedizin und Kinderheilkunde. Die Anzeigen über freie Klinikstellen oder freie Arztpraxen nehmen zu und tauchen über Wochen hinweg immer wieder auf. Auch das ein sicheres Zeichen dafür, dass es schon jetzt schwierig geworden ist, freie Stellen zu besetzen. Die Gründe dafür sind hinreichend bekannt:

- Überalterung der Ärzteschaft
- Fehlender Nachwuchs
- Berufseinstieg in nicht ärztliche Bereiche
- Schlechte Arbeitsbedingungen für AiP und junge Fachärzte.

Was können wir, was kann die Politik gegen diese Entwicklung unternehmen? Ein Bonussystem zur Werbung von Medizinern aus anderen Bundesländern kommt aus finanzieller Sicht für den Freistaat Sachsen nicht in Frage. Außerdem wäre damit das Problem an sich für Gesamtdeutschland nicht gelöst.

Also muss nach anderen Möglichkeiten gesucht werden, die Attraktivität des Arztberufes wieder zu erhöhen und jungen Fachärzten Perspektiven für den Berufseinstieg zu bieten. Zum einen sollte das Ost-West-Gefälle in der Vergütung vollständig beseitigt werden und zum anderen eine staatliche, finanzielle Unterstützung bei der geplanten Niederlassung eines jungen Arztes in Form von zinsgünstigen Darlehen oder Krediten möglich sein. Mit Hilfe von Existenzgründer-Seminaren könnten junge Fachärzte bei der Übernahme einer freien Praxis fachlich unterstützt werden. Gleichzeitig sollten Anreize für Medizinstudenten geschaffen werden, den Arztberuf nach dem Studium auch zu ergreifen, damit sie nicht in andere Bereiche, wie zum Beispiel die Pharmaindustrie oder das Versicherungswesen, abwandern. Und zuletzt wäre zu überlegen, ob die Weiterbildungsstellen erhöht oder neu verteilt werden könnten. Eine "Green Card" für Ärzte oder eine Niederlassung von Ärzten aus anderen Ländern der Europäischen Union gehören auch noch zu den denkbaren Möglichkeiten, um die ärztliche Versorgung in der Zukunft zu sichern.

Reform der medizinischen Ausbildung
Die medizinische Ausbildung in Deutschland ist zwar im internationalen Vergleich noch immer eine der Besten, trotzdem muss sie verändert werden, damit
der Arztberuf wieder attraktiver wird und
Abiturienten verstärkt in die medizinische
Ausbildung streben. Vor allem Studienzeiten und Praxisrelevanz sind zu verbessern.
Auf Landes- und auch auf Bundesebene
gibt es deshalb schon seit längerem Überlegungen, die Approbationsordnung entsprechend zu verändern. Zentrale Vorschläge sind:

- die Arbeit in kleineren Studiengruppen mit praxisorientierten Lernen zur Qualitätsverbesserung,
- die Implementierung praxisnaher Ausbildungsabschnitte in das Studium durch die Verbindung von vorklinischen und klinischen Studienabschnitten,
- die Verkürzung der Studienzeiten und damit die frühere Verfügbarkeit der Absolventen auf dem Arbeitsmarkt mit sofortiger tariflicher Vergütung,
- Mittelfristig die Abschaffung des Arzt im Praktikum (AiP) durch Änderung der Bundesärzteordnung.

Mit diesen Vorschlägen kann die Attraktivität und Qualität des Medizinstudiums und auch des Arztberufs verbessert werden. Diese geplante praxisnahe Ausbildung verursacht natürlich höhere Kosten, die bisher leider von den Kultus- und Hochschulministerien nicht bewilligt werden!

Weiterbildung und Fortbildung

Auf dem 104. Deutschen Ärztetag 2001 wurde ein Entwurf des Paragraphen-Teils für die zu novellierende (Muster-)Weiterbildungsordnung als Grundlage für die weiteren Beratungen verabschiedet. Die Novellierung soll die Bedingungen für den Erwerb von Facharzt- und Schwerpunktbezeichnungen von Bereichen sowie von Befähigungsnachweisen neu re-

geln. Die Bezeichnungen der Fakultativen Weiterbildung und der Fachkunde wird es in Zukunft nicht mehr geben. Zurzeit werden auf Bundesebene die Definition (umfassende inhaltliche Gebietsgrenzen) und die Festlegung der Facharztkompetenz sowie Definition, Inhalte und Mindestforderungen für den Erwerb von Schwerpunkten, Bereichen und Befähigungsnachweisen erarbeitet. Dazu werden Stellungnahmen der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften und Berufsverbände eingeholt. Mit ihnen soll überprüft werden, inwieweit Weiterbildungsbezeichnungen entfallen oder in andere bestehende Weiterbildungsgänge bzw. in die ärztliche Fortbildung übernommen werden könnten. Zusammengehörende Gebiete und Spezialisierungen werden so auf ihre gemeinsame Basis bzw. Grundkenntnisse hin überarbeitet und gegebenenfalls verknüpft (z.B. "common trunk") mit dem Ziel, die Anzahl an Weiterbildungsbezeichnungen zu reduzieren sowie Weiterbildungsmöglichkeiten berufsbegleitend auszubauen.

Besonders beachtet werden sollte, dass die Weiterbildungsbezeichnung für den Patienten verständlich ist, die Möglichkeiten für eine Weiterbildung im ambulanten Bereich stärker berücksichtigt werden und eine Annäherung bzw. Abgleich mit den Bezeichnungen der Europäischen Richtlinie zur gegenseitigen Anerkennung von Diplomen geboten ist. Ein wichtiger Diskussionspunkt ist auch die geplante und notwendige Zusammenführung der allgemeinmedizinischen und der internistischen Weiterbildung.

In diese Novelle sollen die Landesärztekammern stärker einbezogen werden. Daher werden wir rechtzeitig vor der geplanten Verabschiedung auf einem Deutschen Ärztetag ausführlich in einer Kammerversammlung über den Entwurf berichten. In der Fortbildung ergeben sich für die Zukunft ebenfalls einige Neuerungen. So haben sich die deutschen Ärzte für eine Fortbildungspflicht ausgesprochen sowie ein Programm zur Zertifizierung erarbeitet. Bestrebungen seitens der Po-

25. Kammerversammlung

10. November 2001

litik, eine Pflichtfortbildung für Ärzte auf den Weg zu bringen, wurde damit eine Absage erteilt. Die Sächsische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung hält ein umfassendes, attraktives und vielfach genutztes Angebot an Fortbildungen für die sächsischen Ärzte bereit.

Transplantation und Allocation in Ostdeutschland

Seit Einführung des Transplantationsgesetzes und der dazu erlassenen Ausführungsbestimmungen besteht zwar Rechtssicherheit für die Organspende, jedoch keine Versorgungsgerechtigkeit. Wir und die Bürger müssen sich Gedanken darüber machen, wie 14 Tausend unheilbar kranke Patienten schneller mit Spenderorganen versorgt werden können. Voraussetzung dafür sind zum einen ausreichend vorhandene Spender und Transplantationszentren und zum anderen kurze Wartelisten. Die Zuteilung sollte sich nach der schwere der Erkrankung, der Aktualität und dem lokalen Faktor richten. Insgesamt muss ein besseres Verhältnis zwischen Spendenaufkommen und nachfolgender Transplantation gefunden und die Wartelisten entflochten werden. Neben der laufenden Aufklärung über die Organspende muss auch über verstärkte Aktionen zur Werbung unter den Bürgern, wie auch unter Ärzten nachgedacht werden, damit sich die Einstellung zur Organspende langfristig ändert, denn ein Patient mit einem Spenderorgan hat eine sehr viel bessere Lebensqualität als ein Dialyse-Patient. Diesem Zweck soll im kommenden Monat ein Workshop dienen, der in unserer Kammer zusammen mit Transplanteuren, den Transplantationsbeauftragten Sachsens und den Dialyse-Ärzten durchgeführt wird.

Biowissenschaften/Bioethik

Biowissenschaften und Bioethik bilden den Abschluss meiner Ausführungen. Ich habe dieses Thema bewusst an das Ende gelegt, weil ihm eine sehr große Bedeutung für den Arzt, die Medizin und vor allem für die Gesellschaft des zweiten Jahrtausends innewohnt. Gleichzeitig dient der Punkt als Überleitung in die nachfolgenden Themen.

Die Möglichkeiten und Risiken, die mit den Biowissenschaften verbunden sind, werfen alte und neue ethische Fragen der Menschheit auf. Die Biowissenschaften sind, ich zitiere, "von herausragender strategischer Bedeutung im Bemühen Europas, zu einer führenden wissensbasierten Wirtschaft zu werden". Dieses Zitat stammt aus einem Konsultationspapier der Europäischen Gemeinschaft zum Thema "Biowissenschaften" und macht vor allem die wirtschaftliche Stellung des Wissenschaftszweiges deutlich.

Neue Technologien, neue Arbeitsplätze und Wettbewerbsfähigkeit stehen dort im Vordergrund. Für uns Mediziner sind ganz andere Fragen ausschlaggebend. Dem Menschen wird es nicht nur gelingen, neue Werkzeuge für Diagnose und Therapie zur Behandlung bisher nicht kontrollierbarer menschlicher Krankheiten zu entwickeln, sondern er wird auch die Versorgung chronisch Kranker durch gentechnisch hergestellte Arzneimittel und Gentests wesentlich verbessern. Die "Post-Genom-Ära" wird insgesamt den Gesundheitszustand und die Lebensqualität vor allem älterer Menschen beeinflussen und die durchschnittliche Lebenserwartung weiter steigen lassen. All das sind für die Menschheit ungeahnte Erfolge der Biowissenschaften. Sie bergen aber ethische, gesellschaftliche und rechtliche Probleme, die noch gelöst werden müssen. Stammzellenforschung, überzählige Embryonen und Designer-Babys sind hier nur Schlagworte für die Herausforderung an die Gesellschaftsordnungen von Heute und in der Zukunft. Ärzte werden zunehmend zwischen dem Eid des Hippokrates und den Möglichkeiten der modernen Gen-Medizin stehen. Bioethik ist, nach der Definition von Warren Reich, "das systematische Studium des menschlichen Verhaltens auf dem Gebiet der Wissenschaften vom Leben und in der Gesundheitspflege, inso-



Der Präsident Prof. Dr. Jan Schulze im Gedankenaustausch mit Dr. Peter Schwenke

weit dieses Verhalten im Licht moralischer Werte und Prinzipien bewertet wird".

Es muss vielleicht innerhalb der Ärzteschaft eine Diskussion über Biowissenschaften angestoßen werden, um Ärzte dafür zu sensibilisieren. Damit kann auch verhindert werden, dass es zu einem Missbrauch der Forschungsergebnisse aus der "Post-Genom-Ära" kommt. Neue Theorien, wie die von Nobelpreisträger Blobel zur Stammzellenforschung, können auch dazu beitragen, Wege aus dem Entscheidungsdilemma zwischen einem und einem anderen Leben zu finden. Im internationalen Vergleich geht Deutschland einen bioethischen Sonderweg mit der wohl ausführlichsten und kontroversesten Debatte in Politik und Wissenschaft. Eine umfassende Aufklärung und Information der Bevölkerung über Chancen und Risiken der Biowissenschaften wird sich sicher positiv auf die Anwendung deren Ergebnisse auswirken.

Den vollständigen Wortlaut der Rede des Präsidenten finden Sie auf unserer Homepage www.slaek.de, unter "Aktuelles in Kürze". Inhalte des sich anschließenden einstündigen produktiven und engagierten Meinungs- und Gedankenaustausches waren:

■ Die Auffrischung der theoretischen und besonders der praktischen Kenntnisse auf dem Gebiet der Herz-Lungen-Wiederbelebung wird vom Ausschuss "Notfall-und Katastrophenmedizin" betont empfohlen.

Kommen Sie zum Reanimationstraining, damit sie im Notfall "2: 15" sicher, praktisch beherrschen!

■ Die zwingende Notwendigkeit einer tiefgreifenden Reform der Approbationsordnung und des Medizinstudiums, welches einen vollverantwortlichen, selbständigen in der Medizin breit ausgebildeten Arzt und Abschaffung der Arzt im Praktikum-Phase zum Ziel hat, wird erneut angemahnt.

■ Die Obduktion als Basiswerkzeug der Qualitätssicherung ist erforderlich. Der klinische Stellenwert der Obduktion

Der klinische Stellenwert der Obduktion wurde erneut deutlich hervorgehoben. Bedeutsam und wichtig ist die Frequenzsteigerung der Obduktion auch bei der



Frau Dr. Maria Eberlein-Gonska sprach zum Stellenwert der Obduktion

Bearbeitung von Gutachten und zur Feststellung der Tumorrezidivquote. Eine Umfrage des Ausschusses "Qualitätssicherung und Therapie" der Sächsischen Landesärztekammer hat ergeben, dass die Obduktionsfrequenz an den Sächsischen Krankenhäusern 0 bis 39 Prozent, im Durchschnitt nur 6,7 Prozent beträgt. ■ Auch die sächsischen Ärzte sollten sich über die diagnostische Vorgehensweise bei Verdacht auf Kontamination mit gefährlichen Erregern (Milzbrand, Pest, Tularämie, Pocken, Ebola, Lassa, Q-Fieber, Brucellose, Botulismus) eingehend informieren. Das Robert Koch-Institut hat auf seiner Internetseite die Informationen zum Thema Bioterrorismus erweitert und spezifiziert [www.rki.de].

■ Umfassende berufspolitische Bedeutung hat weiterhin der Zusammenhalt und das Miteinander aller ärztlichen Kollegen, sowohl der niedergelassenen als auch der angestellten Ärzte.

■ Die Bereitschaftszeit im Krankenhaus muss als Arbeitszeit gewertet werden. Bedeutsam sind die Urteile der Arbeitsgerichte von Gotha und Kiel. Das Urteil des Europäischen Gerichtshofes vom 3. Okto-

ber 2000 besagt auch, dass europäisches Recht vor nationalem Recht besteht.

- Patientenschulung, Patientenberatung und Patienteninformation muss in erster Linie in unseren Praxen stattfinden.
- In ein Beratungsgespräch mit dem Patienten über seine Krankheit gehört eine transparente Patienteninformation mit Grenzziehung in ethischer Richtung.

Medizinische Aspekte der Präimplantationsdiagnostik

Professor Dr. Henry Alexander, Leipzig Vorsitzender der Kommission "Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung"

Herr Professor Alexander sprach über fachliche Aspekte, Definition, Indikation, Verfahren, Risiken und geltende rechtliche Regelungen der Präimplantationsdiagnostik. Dieser Einführungsvortrag in die komplexe und komplizierte Thematik der Präimplantationsdiagnostik wird im "Ärzteblatt Sachsen" im ersten Quartal 2002 abgedruckt.

Ethische Aspekte der Präimplantationsdiagnostik

Professor Dr. Rolf Haupt, Leipzig Vorsitzender der Ethikkommission

Unser Grundgesetz schützt in seinen ersten Artikeln menschliches Leben als höchstes Gut und verleiht ihm eine Würde, die wiederum ebenfalls unter dem Schutz des Grundgesetzes steht und unantastbar ist. Nach den Auseinandersetzungen im Embryonengesetz und den erfolgten Festlegungen beginnt menschliches Leben mit Verschmelzung von Eizelle und Samenzelle - von diesem Moment an ist menschliches Leben existent und untersteht somit dem eben vorher genannten Schutz. So lange eine befruchtete Eizelle in ihren ersten Teilungsphasen Zellen hervorbringt, die Anlagen für einen gesamten Menschen in sich tragen, werden auch diese einzelnen Zellen (bis zum 8-Zellen-Stadium) als Embryo angesehen. Es handelt sich in diesem Stadium um sogenannte totipotente Zellen, aus denen sich ein ganzer Mensch entwickeln kann. Das Embryonenschutzgesetz verbietet in Deutschland das Manipulieren an diesen Strukturen, lässt aber möglicherweise die Frage unbeantwortet, inwieweit im späteren Stadium noch vor der Einpflanzung eine Entnahme von Zellen zur genetischen Untersuchung möglich ist und dann bereits als pränatale diagnostische Maßnahme eingeordnet werden kann. Die Abspaltung einer Zelle zur genetischen Untersuchung aus dem vorher genannten frühen Stadium käme einer strafbaren Klonierung im Sinne von § 6 Abs. 1 des Embryonenschutzgesetzes gleich.

Die Präimplatationsdiagnostik bei extrauterin gezeugten menschlichen Anlagen soll verhindern, dass in frühsten Phasen erkennbare erbliche schwerwiegende Krankheiten nicht von vornherein ein sich entwickelndes Lebewesen belasten. Im Verdachtsfall einer solchen Möglichkeit einer erblichen Erkrankung soll deshalb nach der Präimplantationsdiagnostik entschieden werden, ob die betroffene Embryonenanlage intrauterin eingepflanzt oder "verworfen" wird. Das Verwerfen dieser Embryonenanlage kommt einer Tötung nach gesetzlicher Definition gleich.

Die heftige Diskussion um die Präimplantationsdiagnostik geht einerseits von den Ängsten aus, dass die Freigabe dieser diagnostischen Möglichkeit dazu führt, dass eine Selektion generell zur Regel werden könnte und auch die Frage nach dem Geschlecht beispielsweise ein Grund für Einpflanzen oder Nichteinpflanzen sein könnte. Andererseits wird besonders von den christlichen Kirchen darauf hingewiesen, dass das wertvolle Gut des menschlichen Lebens ein göttliches Geschenk ist, und sich deshalb auch der Eingriff verbietet. Der Deutsche Ärztetag hat heftig und sehr kontrovers zu diesen Fragen diskutiert.

Die Ethikkommission der Sächsischen Landesärztekammer hat sich mit diesen Fragen mehrfach in Sitzungen befasst und folgende Meinung formuliert:

Die kleine Gruppe von extrauterin ge-

zeugten Embryonenanlagen, die dazu dienen soll, Eltern, die auf natürlichem Wege zu keiner Zeugung gekommen sind, die Elternschaft zu ermöglichen – benötigen in der Vorbereitung ein aufwendiges medizinisches Verfahren.

Es scheint uns deshalb sinnvoll, bei Verdacht auf eine mögliche schwere erbliche Krankheit eine Präimplantationsdiagnostik vorzunehmen und nur eine "gesunde" embryonale Erbanlage intrauterin zur Austragung zu bringen.

Uns erscheint deshalb dieser Weg mit der genannten Einschränkung als eine Möglichkeit, diese Form durch eine Gesetzgebung zur Fortpflanzungsmedizin festlegen zu können. Es erscheint uns hingegen weniger zumutbar, dass man ohne vorherige Diagnostik in derartigen Verdachtsfällen die Implantation vornimmt, unter dem Hinweis, dass bei pränataler intrauteriner Diagnostik im Falle einer feststellbaren schwerwiegenden Krankheit die Schwangerschaft unterbrochen werden könnte. Wir halten die Zustimmung und die Beantragung durch beide Elternteile für erforderlich.

Wir befürworten also in diesem engen Rahmen die Präimplantationsdiagnostik und würden empfehlen, dass unter diesem Gesichtspunkten der Gesetzgeber gesetzliche Festlegungen trifft, die den Rahmen beschreiben und gleichzeitig die konsequente Einengung und das Ausufern der Diagnostik zu genereller Selektion ausschließt.

Sterbehilfe versus Sterbebegleitung

Aus der Sicht eines Berufspolitikers: Professor Dr. med. habil. Jan Schulze Hauptpunkte des aussagekräftigen und wohldurchdachten Vortrages des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer waren:

- Ärzte erhalten Leben, verhüten Krankheiten, heilen Kranke, lindern Leiden aber töten nicht.
- Jeder Patient muss sich zu jederzeit sicher sein, dass Ärztinnen und Ärzte konsequent für sein Leben eintreten und weder

wegen wirtschaftlicher, politischer noch anderer Gründe das Recht auf Leben zur Disposition stellen.

- Tötung auf Verlangen ist keine ärztliche Handlung.
- Eine gesetzliche Regelung der aktiven Sterbehilfe, wie sie in den Niederlanden beschlossen wurde, lehnt die sächsische Ärzteschaft kategorisch ab.
- Sterbebegleitung statt Sterbehilfe!
- Die Sterbebegleitung ist ein gesamtgesellschaftliches Anliegen.
- Der Arzt ist verpflichtet, Sterbenden so zu helfen, dass sie in Würde zu sterben vermögen.
- Hospizarbeit und die palliativmedizinische Versorgung sind vordergründig auszubauen und weiter zu entwickeln.

Der klar formulierte und sehr ausgewogene Vortrag wird im "Ärzteblatt Sachsen" im ersten Quartal 2002 allen sächsischen Ärzten zur Kenntnis gegebenen.

Aus der Sicht eines Juristen:

Prof. Dr. jur. Bernd-Rüdiger Kern, Leipzig Mitglied der Ethikkommission

Fortschritte der modernen Apparatemedizin stellen uns in zunehmendem Maße vor Probleme im Zusammenhang mit dem Lebensende. Wann gehen lebensverlängernde und lebenserhaltende Maßnahmen in sterbensverlängernde über? Darf der Arzt eine Behandlung wählen, die das Leiden des Patienten lindert, aber sein Leben - und sei es um Stunden verkürzt? Und wer entscheidet darüber, der Arzt nach objektiven Gesichtspunkten (Indikation), der Patient, für ihn ein Betreuer oder gar das Vormundschaftsgericht? Welche Rolle spielt dabei das gesellschaftliche Bewusstsein oder die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens? Nach unserem Verfassungsverständnis ist die Menschenwürde das höchste aller Güter. Davon umfasst ist auch das Recht. in Würde zu sterben. Dieses Recht darf indessen nicht nach objektiven Umständen bestimmt werden, sondern muss Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts des Einzelnen bleiben. Unsere Rechtsordnung trägt diesem Autonomieprinzip Rechnung. Das gilt jedenfalls für den Bereich der Sterbehilfe im engeren Sinne. Deshalb sind palliative Therapien zulässig, selbst wenn sie lebensverkürzend wirken. Der ärztlichen Indikation über die Aufrechterhaltung vitaler Funktionen kommt besondere Bedeutung zu. Entspricht es dem Willen des Patienten, einer lediglich sterbensverlängernden Behandlung nicht ausgesetzt zu werden, so endet an der Patientenautonomie der Behandlungsvertrag des Arztes. Er hat aber weiterhin Sterbebegleitung zu leisten. Aber wie lässt sich der Wille eines bewusstlosen Patienten feststellen? Fehlt es an einer aktuellen Willensäußerung, muss auf frühere zurückgegriffen werden. Patiententestament, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung kommen daher besondere Bedeutung zu. Sie stärken das Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Fehlt es auch daran, so werden die juristischen Möglichkeiten fragwürdig. Darf ein Betreuer für den Bewusstlosen einwilligen, oder handelt es sich um ein höchstpersönliches Recht, das betreuungsfreundlich ist? Soll ein Vormundschaftsgericht wirklich einen Betreuer mit dem Aufgabenkreis "Sterbehilfe" bestellen? Und soll das Gericht dann noch dessen Entscheidung für den Tod, zum Beispiel durch Verhungernlassen, genehmigen?

Fraglich ist, wo die Grenze des Selbstbestimmungsrechts verläuft. Ist zum Beispiel die Selbsttötung noch davon erfasst? Nach allgemeiner Ansicht muss der Wille, über das eigene Lebensende frei zu entscheiden, respektiert werden. Deshalb bleibt der Suizid und die Teilnahme daran, etwa durch die Überlassung von Tötungsmitteln, straflos. Gleichwohl widerspricht es der ärztlichen Ethik, an der Selbsttötung mitzuwirken. Das Selbstbestimmungsrecht findet in der Tötung auf Verlangen seine strafbewehrte Grenze. Zu recht, denn damit sollen die alten, kranken und schwachen Menschen davor bewahrt werden, um ihre Tötung zu bitten. Sie könnten sich einem direkten Druck ausgesetzt fühlen, ihren Angehörigen oder der Gesellschaft Anstrengungen und hohe Kosten zu ersparen. Auch im Namen der Menschenwürde sollte hier keine Ausnahme zugelassen werden. Bedauerlicherweise sind die Grenzen zwischen Sterbebegleitung, Sterbensverkürzung, Lebensverkürzung, Selbsttötung und Tötung auf Verlangen praktisch bei weitem nicht so einfach zu erkennen, wie in der Theorie. Die Konturen verschwimmen häufig. Hinzu kommt eine gewisse Diskrepanz in der Rechtsprechung der Zivilgerichte zur Aufklärungspflicht und der Strafgerichte zur Sterbehilfe.

Aus der Sicht eines Arztes: Barbara Schubert Fachärztin für Innere Medizin. Leiterin der Palliativstation, Krankenhaus St. Joseph-Stift Dresden Menschen, die sich einer Gefahr ausgesetzt sehen, durchlaufen nahezu regelhaft bestimmte Phasen der Auseinandersetzung mit dieser Bedrohungssituation. Nicht wahr haben wollen, Aggressivität, Verhandeln, Depression und Zustimmung sind typische Reaktionsweisen, die je nach Persönlichkeitsstruktur und zeitlebens eingeübten Verhaltensschemata in unterschiedlicher Reihenfolge, Intensität des Erlebens und Auslebens sowie unter Umständen mit Phasenwiederholungen ablaufen. Eine unheilbare Erkrankung, das nahe Lebensende oder die Angst vor einem schmerzreichen Weg bis dorthin, werden von sehr vielen Menschen als eine solche Bedrohungssituation empfunden und lösen entsprechende Reaktionen aus. Eine Fluchtmöglichkeit scheint der Freitod zu sein, eine andere die Tötung auf Verlangen. Medienberichte und Umfrageergebnisse erwecken den Eindruck, dass diese Fluchtmöglichkeit von einem großen Bevölkerungsteil akzeptiert, ja gewünscht wird. Meine Erfahrungen als Stationsärztin auf einer Palliativstation widersprechen diesem Eindruck. In den ersten 12 Monaten des Stationsbestehens wurden 263 Patienten behandelt, die um ihre unheilbare und in ab-

sehbarer Zeit zum Tode führende Erkrankung wussten. Zwölf von ihnen haben die Möglichkeit aktiver Sterbehilfe für sich in Erwägung gezogen. Vielen konnte die Angst vor einem schmerzvollen Lebensende genommen werden. Bei etwa 95% der Patienten mit fortgeschrittener Tumorerkrankung ließ sich eine zufriedenstellende Schmerzlinderung erreichen. Darüber hinaus ermöglichten Symptomkontrolle, fachkundige Pflege, psychosoziale Betreuung und, wenn gewünscht, seelsorgerische Begleitung der Patienten und ihren Angehörigen, den letzten Lebensabschnitt bewusst zu gestalten. Sie konnten angstarm und würdevoll sterben. Wir Ärzte haben also durchaus wirksame und sinnvolle Alternativen zur aktiven Sterbehilfe. Stellen wir uns immer wieder neu der Aufgabe, auch dem unheilbaren kranken und sterbenden Patienten kompetenter ärztlicher Begleiter zu sein!

Der praxisbezogene, realistisch dargestellte und fundamentierte Vortrag wird als Artikel im "Ärzteblatt Sachsen" im ersten Quartal 2002 publiziert.

Zusammenarbeit von Arzt und Industrie unter strafrechtlichen und berufsrechtlichen Aspekten

Oberstaatsanwalt Arthur Ast, Vertreter der Generalstaatsanwaltschaft des Freistaates Sachsen Dr. Andreas Prokop, Vorsitzender des Ausschusses Berufsrecht

Die Zusammenarbeit von Ärzten und Industrie ist seit Jahren in das Blickfeld der öffentlichen Diskussion getreten. Dies wurde nicht nur durch den sogenannten "Herzklappenskandal", sondern auch durch die Neuregelung des Gesetzes zur Bekämpfung der Korruption (BGBL I S.2038 ff) sowie Regelungen im Bereich des Hochschulrechtes, die die Einwerbung von Drittmitteln fordern. Das Strafbarkeitsrisiko lässt sich durch die Einhaltung bestimmter Prinzipien erheblich minimieren:

- Das Trennungsprinzip erfordert eine klare Trennung zwischen der Zuwendung und etwaigen Umsatzgeschäften. Nach dem Trennungsprinzip dürfen Zuwendungen an Mitarbeiter medizinischer Einrichtungen nicht in Abhängigkeit von Umsatzgeschäften mit der medizinische Einrichtung erfolgen.
- Das Transparenzprinzip/Genehmigungsprinzip verlangt die Offenlegung von Zuwendungen gegenüber den Verwaltungen oder Leitungen beziehungsweise Trägern medizinischer Einrichtungen, durch die Mitarbeiter medizinischer Einrichtung begünstigt werden oder begünstigt werden könnten.
- Das Dokumentationsprinzip erfordert, dass alle entgeltlichen oder unentgeltlichen Leistungen an medizinische Einrichtungen oder deren Mitarbeiter schriftlich fixiert werden.
- Das Äquivalenzprinzip: Bei Vertragsbeziehungen zwischen Unternehmen und medizinischen Einrichtungen und deren Mitarbeitern müssen Leistung und Gegenleistung in einem angemessenen Verhältnis zueinander stehen.

Grundlage berufsrechtlicher Betrachtungen der Problematik der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Dritten, beispielweise Industrie, sind die §§ 30 - 35 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer.

Ziel dieser Regelungen ist die Wahrung der Unabhängigkeit bei der Zusammenarbeit mit Dritten. Soweit Ärzte Leistungen für die Hersteller von Arznei-, Heil-, Hilfsmittel oder medizinisch-technischen Geräten erbringen, muss die hierfür bestimmte Vergütung der erbrachten Leistung entsprechen. Die Vergütung für die dabei erbrachte ärztliche Leistung ist zulässig, allerdings müssen Leistung und Gegenleistung in einem angemessenen Verhältnis zueinander stehen. Die Beurteilung dieses Äquivalenzprinzips ist schwierig. Auch die Gewährung von Sachleistungen oder die Überlassung von Sachwerten kann eine Verletzung dieser Vorschrift darstellen. Herr Dr. Prokop

empfiehlt die Verträge schriftlich abzuschließen und sie der Kammer zur Prüfung vorzulegen sowie das Beratungsangebot unserer Kammer anzunehmen. Hinsichtlich klinischer Prüfungen der Phase III oder IV ist zu beachten, dass das Entgelt angemessen sein muss und dass alle Leistungen nicht zu Lasten der Krankenversicherung oder privat liquidiert werden dürfen. Wann ist der Wert geringfügig? Nach Bewertung der Bundesärztekammer ist dies bis zu einer Höhe von 50 EUR der Fall. Nicht statthaft ist es, sich die Anreisekosten oder die Teilnahmezeit abgelten zu lassen. Es ist unzulässig, ein kostenloses Rahmenprogramm in Anspruch zu nehmen. Ebenso dürfen Kosten, die für Begleitpersonen entstehen, nicht durch die Industrie oder andere getragen werden.

Der Arzt darf seine Beschaffungsentscheidung nicht von einer Vorteilegewährung abhängig machen. Rabatte dürfen ausgehandelt werden, müssen aber nach Meinung des Ausschusses Berufsrecht weitergegeben werden (zum Beispiel an die Krankenkassen). Nach § 32 darf alles was über 50 EUR liegt, nicht angenommen werden. Also keine Fachbücher, Abonnements medizinische Fachzeitschriften, Softwarepakete etc. Ebenso unzulässig sind finanzielle Unterstützungen zu Betriebsfeiern, Dienstjubiläen, Einladungen zu gesellschaftlichen Events. Bedenklich kann auch die Finanzierung von Arztstellen oder die unentgeltliche Überlassung medizinischer Geräte sein. Dabei sei es ausreichend, dass der Eindruck erweckt wird, dass eine solche Beeinflussung erfolgen könnte.

Eine angemessene Honorierung von Referenten bei Fortbildungen oder Kongressen und die Übernahme von Reisekosten ist sicherlich unbedenklich. Ebenso ist es berufsrechtlich unbedenklich, wenn Sponsoren Krankenhäusern oder Kliniken finanzielle Unterstützung für die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltung gewähren und die Einrichtung selbst über die Verwendung der Mittel entscheidet. Nach § 34 unserer Berufsordnung darf

ein Arzt nicht: Ärztemuster gegen Entgelt weitergeben; über Arznei-, Heil-, Hilfsmittel und/oder Körperpflegemittel Werbevorträge halten und Patienten ohne hinreichenden Grund an bestimmte Apotheken, Geschäfte oder Anbieter von gesundheitlichen Leistungen verweisen. Der § 35 unserer Berufsordnung will sicherstellen, dass eine unsachgemäße Einflussnahme auf die ärztliche Entscheidung unterbleibt. Angemessen ist die Unterstützung einer Fortbildungsveranstaltung dann, wenn sie sich ausschließlich auf die unmittelbare Ausrichtung bezieht, wie Übernahme der Raummiete. Honorar- und Reisekostenübernahme. Unterbleiben müssen zum Beispiel die finanzielle Unterstützung des Rahmenprogramms oder die Reisekostenerstattung für die Teilnehmer der Veranstaltung. Berufsrechtliche Maßnahmen sind subsidiär gegenüber strafrechtlichen Maßnahmen.

Nach Abschluss eines Strafverfahrens muss geprüft werden, ob ein berufsrechtlicher Überhang besteht. Wenn das bejaht wird, kann beim Berufsgericht ein entsprechender Antrag gestellt werden.

Haushaltsplan für das Jahr 2002

Bericht: Dr. Claus Vogel, Vorstandsmitglied und Vorsitzender des Ausschusses Finanzen

Der Haushaltsplan für das Jahr 2002 ist der erste Haushaltsplan, der in Euro erstellt wurde.

Er orientiert sich am Ist 2000 und ist unter Berücksichtigung veränderter Bedingungen, Satzungen und Ordnungen sehr sparsam kalkuliert worden.

Einfluss auf die Ausgabenentwicklung des Gesamthaushaltes hat der Sonderhaushalt externe Qualitätssicherung, der sich aufgrund geänderter gesetzlicher Regelungen um 150,7 % erhöht. Dieser Sonderhaushalt wird durch die Krankenkassen finanziert.

Bei Eliminierung der externen Qualitätssicherung ergibt sich eine Entwicklung der **eigenen** Aufwendungen der Sächsi-

schen Landesärztekammer gegenüber dem Ist 2000 von 6,7 % für zwei Jahre, das heißt durchschnittlich 3,35 % pro Jahr.

Die Steigerung ist bedingt durch:

- die Anpassung der Gehälter der Mitarbeiter gemäß des Tarifvertrages BAT-Ost, Stellenplanerhöhungen gegenüber dem Jahr 2001 sind nicht vorgesehen,
- die Zunahme zu bearbeitender Vorgänge und des Schriftverkehrs in allen Referaten.
- die Novellierung der Honorar- und Teilnahmegebührenordnung für Fortund Weiterbildungsveranstaltungen und damit Anhebung der Referentenhonorare,
- höhere Umlagezahlungen an die Bundesärztekammer.
- höhere Reise- und Tagungskosten durch die Tätigkeitsaufnahme weiterer ehrenamtlich tätiger Arbeitsgruppen und Kommissionen und
- die Vorbereitung der Kammerwahl im Jahr 2003.

Die Einnahmen sinken bei Herausrechnung der externen Qualitätssicherung gegenüber dem Jahr 2000 um 6,5 % aufgrund des Rückgangs der Einnahmen aus Kammerbeiträgen. Diese ergeben sich durch die Kalkulation von Einnahmeeinbußen der Ärzte im Bemessungsjahr 2000 und des Rückgangs von Kammerbeiträgen aus Vorjahren wegen der im Jahr 2000 erfolgten Aufarbeitung von Vorgängen. Der Anteil der Kammerbeiträge an den Gesamteinnahmen sinkt damit von 72 % auf 66 %. Der durchschnittliche Kammerbeitrag je Kammermitglied entwickelt sich von 292,05 EUR im Jahr 2000 auf 264,78 EUR im Jahr 2002 weiter rückläufig. Die Einnahmen aus der Fortbildung steigen aufgrund der Novellierung der Honorar- und Teilnahmegebührenordnung für Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen im gleichen Verhältnis zu den Ausgaben. Aufgrund der Kapitalmarktlage war eine niedrigere Durchschnittsverzinsung als in den Vorjahren und damit ein Rückgang der Kapitalerträge zu kalkulieren.

Insgesamt bietet der Haushaltsplan für das Jahr 2002 keinen Spielraum für ungeplante Aktivitäten. Neue Aufgabengebiete können zukünftig nur bei Erschließung weiterer Rationalisierungsreserven, beispielsweise durch zunehmende EDVseitige Unterstützung, organisatorische Optimierung oder durch Erhebung aufwandsabhängiger Gebühren übernommen werden.

Nachwahl eines Mitgliedes des Ausschusses "Junge Ärzte"

Die Nachwahl war notwendig, da die Mitglieder des Ausschusses, Frau Christiane Eckhardt und Herr Peter Reichardt, im Freistaat Sachsen nicht mehr tätig sind. Ein Mitglied, welches bei der Wahl im November 1999 nicht gewählt wurde, rückt nach, so dass nur noch ein Mitglied für den Ausschuss neu gewählt werden musste. Frau Dr. Gabriele Schulz wurde als Mitglied des Ausschusses "Junge Ärzte" von den Mandatsträgern der Kammerversammlung gewählt.

Satzungsänderungen

Berichterstatter: Dr. med. Claus Vogel Vorstandsmitglied und Vorsitzender des Ausschusses Finanzen

Die vorgeschlagenen Satzungsänderungen basieren in erster Linie auf der Notwendigkeit der Euroumstellung. In zahlreichen Satzungen und Ordnungen der Sächsischen Landesärztekammer sind Währungsgrößen enthalten, die ab 1. Januar 2002 auf den Euro umgestellt werden müssen, um so einen reibungslosen Übergang von Deutscher Mark auf Euro zu gewährleisten. Weiterhin werden einige wenige klarstellende und redaktionelle Änderungen beschlossen.

Das Ziel der Umstellung von DM- auf Euro-Beträge besteht bei der Sächsischen Landesärztekammer in:

1. einer größtmöglichen Annäherung an die tatsächlichen Umrechnungsgrößen nach dem offiziellen Kurs von 1,95583, also die Wahrung einer größtmöglichen Kostenneutralität,

Berufspolitik Impressum

25. Kammerversammlung

10. November 2001

- 2. der Verwendung von Rundungsbeträgen, die verwaltungstechnisch einen zumutbaren Aufwand gewährleisten bzw. Signalwirkung im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit haben und
- 3. der Beachtung von Umstellungsgrößen, die sich aus gesetzlichen Regelungen ergeben, beispielsweise aus dem Einkommensteuergesetz.

Wichtige Entscheidungen aus den vorgelegten Beschlussvorlagen sind:

- Die Rückflussgelder für die Kreisärztekammern betragen 1,00 EUR/Arzt/ Monat
- Die DM-Beträge der Gebühren laut Gebührenordnung werden halbiert, so dass damit die Gebühren um ca. 2,2 % gesenkt werden.
- Der Mindestbeitrag gemäß Beitragsordnung beträgt 15,00 EUR und der Höchstbeitrag 1.800,00 EUR. Der Jahresbeitrag für freiwillige Mitglieder beträgt 175,00 EUR.
- Der Betrag in der Meldeordnung für die Verhängung von Geldbuße wurde von 5.000,00 DM auf 2.500,00 EUR umgestellt.

Beschlüsse der

25. Kammerversammlung

Die Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer fassten zur 25. Kammerversammlung am 10. November 2001 folgende Beschlüsse.

Beschlussvorlage Nr. 1:

Änderung der Reisekostenordnung (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 2:

Beschluss zur Änderung der Ordnung zur Zahlung von Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Tätigkeit sowie von Unterstützung an die Kreisärztekammern (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 3:

Satzung zur Änderung der Gebührenordnung (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 4:

Satzung zur Änderung der Beitragsordnung (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 5:

Satzung zur Änderung der Satzung der Sächsischen Ärztehilfe (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 6:

Satzung zur Änderung der Meldeordnung (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 7:

Satzung zur Änderung der Satzung über die Entschädigung der Mitglieder des Berufsbildungsausschusses

(bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 8:

Satzung zur Änderung der Satzung über die Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse zur Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf Arzthelferinnen/Arzthelfer

(bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 9:

Haushaltplan für das Jahr 2002 (bestätigt)

Die Satzung zur Änderung der Beitragsordnung, die Satzung zur Änderung der Gebührenordnung, die Satzung zur Änderung der Meldeordnung, die Satzung zur Änderung der Satzung der Sächsischen Ärztehilfe, die Satzung zur Änderung der Satzung über die Entschädigung der Mitglieder des Berufsbildungsausschusses, die Satzung zur Änderung der Satzung über die Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse zur Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf der Arzthelferinnen/Arzthelfer und die Ergänzung zu den Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung in Gebieten, Fachkunden, Fakultativen Weiterbildungen, Schwerpunkten und Bereichen der Sächsischen Landesärztekammer werden im vollen Wortlaut im "Ärzteblatt Sachsen", Heft 12/2001, im Mittelhefter Seite 553 bis 560 amtlich bekannt gemacht.

Bekanntmachungen der Termine: Der 12. Sächsische Ärztetag (26. Kam-

merversammlung) findet am Freitag, und Sonnabend, dem 14. und 15. Juni 2002, statt.

klug

Ärzteblatt Sachsen

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

Herausgeber:

Sächsische Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, Telefon (03 51) 82 67 - 0 Telefax (03 51) 82 67 - 4 12 Internet: http://www.slaek.de e-mail: presse@slaek.de

Redaktionskollegium:

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
Prof. Dr. Jan Schulze
Dr. jur. Verena Diefenbach
Knut Köhler M.A.

Redaktionsassistenz: Ingrid Hüfner

Anschrift der Redaktion

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden Telefon (03 51) 82 67 - 3 51 Telefax (03 51) 82 67 - 3 52

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

Leipziger Messe Verlag und Vertriebsgesellschaft mbH Messe-Allee 1, 04356 Leipzig Postfach 90 11 23, 04358 Leipzig Telefon (03 41) 67 87 70 Telefax: (03 41) 6 78 77 12

Internet: http://www.leipziger-messeverlag.de e-mail: boettcher@leipziger-messeverlag.de

Verlagsleitung: Thomas Neureuter Herstellungsleitung: Elma Böttcher Anzeigenleitung: Maja Schneider (-27) Anzeigenverkauf: Kritin Böttger (-28) Anzeigendisposition: Silke El Gendy (-26) Druck: Druckhaus Dresden GmbH, Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Titelgestaltung: Hans Wiesenhütter, Dresden

Zuschriften redaktioneller Art bitten wir, nur an die Redaktion, Postanschrift: Postfach 10 04 65, 01074 Dresden, zu richten. Für drucktechnische Fehler kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt, Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers und Verlages statthaft. Mit Namen oder Signum des Verfassers gezeichnete Artikel entsprechen nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte übernehmen Redaktion und Verlag keine Haftung.

Es werden nur unveröffentlichte Manuskripte angenommen. Mit der Annahme von Originalbeiträgen zur Veröffentlichung erwerben Herausgeber und Verlag das uneingeschränkte Verfügungsrecht. Die Redaktion behält sich Änderungen redaktioneller Art vor.

Bezugspreise/Abonnementpreise

Inland: jährlich 71,00 \in (138,86 DM) zzgl. Versandkosten Ausland: jährlich 73,00 \in (142,78 DM) zzgl. Versandkosten Einzelheft: 7,41 \in (14,49 DM) zzgl. Versandkosten

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



Die Leipziger Messe Verlag und Vertriebsges. mbH ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranalyse Medizinischer Zeitschriften e. V.

Aus der Vorstandssitzung

7. November 2001

Nach dem Erledigen der notwendigen Regularien, wie Beschlusskontrolle und Protokollbestätigung, stand die ausführliche Erörterung der gesundheits-, sozialund berufspolitischen Lage im Vordergrund.

Prof. Dr. Jan Schulze berichtete unter anderem aus der Vorstandssitzung der Bundesärztekammer, an der auch die Bundesgesundheitsministerin teilgenommen hatte. Insbesondere war durch die Vorstandsmitglieder der Bundesärztekammer die geplante "Aut idem"-Regelung bezüglich des Verschreibens von Generika kritisiert worden. Auch konstruktive Vorschläge der Ärzteseite führten zu keiner erkennbaren Positionsänderung der Ministerin.

Gegenstand der Erörterung waren wiederum die Disease-Management-Programme, wobei festgestellt werden musste, dass nach dem derzeitigen Stand des Gesetzestextes der Ärzteschaft zwar eine

beratende Funktion im Sinne eines Anhörungsrechtes eingeräumt wird, nicht iedoch ein Gestaltungsrecht. Auch wird die Kassenärztliche Bundesvereinigung kein Rahmenvertragspartner. Aus berufspolitischer Sicht bleibt festzustellen, dass damit die Tür zu "Einkaufsmodellen" der Krankenkassen breit geöffnet wird. Es wurden die Konsequenzen aus den politischen Rahmenbedingungen für uns in Sachsen besprochen. In diesem Zusammenhang wurde der Beratungsstand des Bündnisses Gesundheit diskutiert. Noch zeitig genug vor der Bundestagswahl werden in diesem Rahmen Politiker aller relevanten Parteien geladen und mit konkreten Fragen zu ihren Vorstellungen zur weiteren Entwicklung des Gesundheitswesens konfrontiert werden. Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer beschäftigte sich des Weiteren mit der Vorbereitung der 25. Kammerversammlung am 10. 11. 2001 und mit den aktuellen Beschlussvorlagen aus dem ärztlichen, juristischen und kaufmännischen Geschäftsbereich. Herr Dr. Torsten Schlosser erläuterte den nun unterschriftsreifen Vertrag zur externen Qualitätssicherung. Ebenso beschäftigte sich der Vorstand mit einem arbeitsrechtlichen Gutachten bezüglich der Konsequenzen eines Urteils des Europäischen Gerichtshofes zum ärztlichen Bereitschaftsdienst in Deutschland.

Der Vorstand weist in diesem Zusammenhang auf bevorstehende Personalprobleme an Krankenhäusern hin, wenn erste, ähnliche Urteile in Deutschland rechtskräftig werden sollten. Der zusätzliche Bedarf an Ärzten würde sich nach ersten Schätzungen für Sachsen auf 300 bis 350 Ärzte belaufen.

Dr. med. Stefan Windau Vorstandsmitglied

Mitgliederversammlung der Kreisärztekammer Dresden

23. Oktober 2001

Zur diesjährigen Mitgliederversammlung konnten in den Abendstunden des 23. Oktober 2001 im Plenarsaal des Kammergebäudes rund 50 Gäste begrüßt werden. Hierunter befand sich auch der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze. Nach Eröffnung durch den Vorsitzenden der Kreisärztekammer, Herrn Dr. med. Norbert Grosche, folgte eine musikalische Einstimmung durch das Sächsische Vokalensemble. Auf dem rund 25-minütigen Programm standen verschiedene Choralwerke des Dresdner Komponisten Heinrich Schütz.

Dr. Norbert Grosche schilderte anschließend die Tätigkeit des Vorstandes der Kreisärztekammer im Berichtszeitraum 2000/2001. Hierbei wurde unter anderem auf die gemeinsamen Aktivitäten zur Ver-

mittlung von Weiterbildungsstellen im Internet mit der Arbeitsgemeinschaft "Junge Ärzte" wie auch auf Kontakte mit der polnischen Ärzteorganisation hingewiesen. Des Weiteren wurde auf berufspolitische und verwaltungstechnische Arbeit aufmerksam gemacht. Der Bericht endete mit einer Finanzübersicht. Im Anschluss folgte eine lebhafte Diskussion. Im Mittelpunkt der zahlreichen Beiträge standen insbesondere die Arbeit des Seniorenausschusses sowie die derzeitige Lage zum medizinischen Nachwuchs. Ganz im Zeichen der Kunststadt Dresden stehend, folgte ein aktueller Bericht zum stand der Wiederaufbauarbeiten an der Frauenkirche. Herr Dr. Hoch veranschaulichte in einem Video sowie einem Diavortrag den Fortschritt und würdigte besonders die zahlreichen Engagements hoher Persönlichkeiten und Vereine bei der Suche nach weiteren finanziellen Mitteln.

Einen weiteren Höhepunkt bildete der umfassende Vortrag von Fritz Reimann, Vorstandsmitglied der "Gesellschaft Historischer Neumarkt e.V.". In zahlreichen Abbildungen, Grundrissen, Detailzeichnungen und Lageplänen wurde auf Besonderheiten und Schönheit eines der früheren zentralen Dresdner Plätze eingegangen. Die anwesenden Gäste wurden über die geplanten Wiederaufbaupläne informiert und auf den drohenden Verlust historischer Substanz hingewiesen. Mit weiteren engagierten Diskussionen und einem Imbiss wurde die Veranstaltung im Foyer gegen 22.30 Uhr beendet.

Dr. med. Michael Nitschke Vorstandsmitglied der Kreisärztekammer Dresden

Deutsch-polnische Arbeitsgruppe berufen



Marktplatz von Breslau/Wroclaw

Eine Deutsch-polnische Arbeitsgruppe der Sächsischen Landesärztekammer und der Polnischen Niederschlesischen Ärztekammer wurde Anfang November in Dresden berufen. Sie möchte eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit fördern und selbst Möglichkeiten der Kooperation auf unterschiedlichen Ebenen anregen. Für die unterschiedlichen Bereiche konnten auf deutscher Seite folgende Personen gewonnen werden:

Leiter – Herr Dr. med. Peter Schwenke, Leipzig, Stellvertretung – Herr Dr. med. Siegfried Herzig, Dresden, Historischer Bereich – Herr Prof. Dr. med. habil. Albrecht Scholz, Dresden, Weiterbildung – Herr Prof. Dr. med. habil. Martin Link, Dresden, Fortbildung – Herr Dr. med. Helmut Schmidt, Hoyerswerda, Verwaltungsbereich – Frau Kornelia Keller, Dresden, Öffentlichkeitsarbeit – Herr Knut Köhler, M.A., Dresden

Die Arbeit wird in ehrenamtlicher Funktion oder innerhalb einer Tätigkeit bei der Sächsischen Landesärztekammer übernommen. Bereits am 17. und 18. Oktober 2001 trafen sich in Dresden Vertreter der Arbeitsgruppe. Besonderes Interesse von Seiten der polnischen Kammer besteht in der Angleichung der dortigen

Weiterbildungsordnung an die Regelungen und Inhalte der Sächsischen Weiterbildungsordnung.

Projekte

Gleichzeitig sollen Doktorarbeiten aus dem historischen Bereich an interessierte Mediziner vergeben und bearbeitet werden. Ein erstes Thema könnte lauten: "Deutsche Ärzte und das Gesundheitswesen nach 1945 in Breslau/Wroclaw". Weiterhin wird für 2002 eine gemeinsame Veranstaltung geplant, die sich mit der besonderen Situation von Krankenhäusern an der Deutsch-polnischen Grenze beschäftigt und eine stärkere Verbindung über Landesgrenzen hinweg herstellen soll. Unter Einbeziehung von Tschechien sowie der "euregio egrensis" ist für die weitere Zukunft an ein Dreiländerprojekt gedacht. Die Arbeitsgruppe soll auch als Ansprechpartner für bereits bestehende Projekte dienen sowie neue Aktivitäten koordinieren und für fachspezifische Aufgaben weitere Fachleute hinzuziehen.

Kammerwahl in Breslau/Wroclaw

Eine Delegation der deutschen Arbeitsgruppe nahm am 17. November 2001 in Wroclaw/Breslau an der Kammerwahl

eines neuen Präsidenten teil. Der bisherige Präsident, Dr. Wlodzimierz Bednorzs, stand als Kandidat nicht zur Verfügung. weil er bereits zwei Amtsperioden Kammerpräsident gewesen ist. Als neuer Präsident der Polnischen Niederschlesischen Ärztekammer wurde im zweiten Wahlgang aus sieben Kandidaten Herr Dr. Andreas Wojna aus Wroclaw von 200 Mandatsträgern für fünf Jahre gewählt. Die sächsische Delegation überbrachte die Glückwünsche im Namen der Sächsischen Landesärztekammer und überreichte dem ausscheidenden Präsidenten ein kleines Präsent für die fast zehnjährige gemeinsame Zusammenarbeit, die nun vom neuen Präsidenten fortgeführt wird. Am Rande der Veranstaltung kam es zu weiteren Gesprächen zwischen Vertretern von Hochschulen, der polnischen Ärzteschaft und der Sächsischen Landesärztekammer.

kö



Der bisherige Präsident, Herr Dr. Wlodzimierz Bednorzs, wird verabschiedet



Dr. Schwenke beglückwünscht den neuen Präsidenten, Herrn Dr. Andreas Wojna

Ärzte und Tabak Teil 1

Zusammenfassung

Die Arbeit beschäftigt sich mit Aufgaben der Ärzteschaft bei der Kampagne gegen das Rauchen. Sie stützt sich auf wesentliche Veröffentlichungen nationaler und internationaler medizinischer Institutionen, die durch die Bundesärztekammer gefördert wurden. Durch die Beschäftigung mit diesem aktuellen Problem sollen sich die Ärztinnen und Ärzte für die medizinische und psychologische Betreuung bei der Raucherentwöhnung qualifizieren und sind dabei im Besonderen auch als Patienten für eine Entwöhnung angesprochen.

Im Mai 2001 hat die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft eine interdisziplinäre Leitlinie "Therapieempfehlungen" zur Behandlung der Tabakabhängigkeit, die auf strengen Maßstäben der EBM beruht, herausgegeben. Diese Therapieempfehlungen stellen erstmals in Deutschland eine national und international abgestimmte Grundlage für die ärztliche Be-

der Einzelne selbst, die immensen Kosten für Behandlung und Pflege belasten aber die ganze Gesellschaft und sind in Deutschland derzeit mehr als je zuvor in der Kritik.

Der Verzicht auf das Rauchen ist eine persönliche Entscheidung. Sie setzt eine bewusste Haltung voraus, die durch Aufklärung über die Gefahren und Risiken beeinflusst werden kann. Aber von wem kann eine solche nachdrückliche Warnung erwartet werden? Die Politik steht unter dem Einfluss der Tabaklobby und dem Druck des Finanzministers. Speziell die deutsche Regierung hat bezüglich eines Werbeverbotes im europäischen Rahmen kein gutes Beispiel gegeben. Wohl am ehesten gefordert sind hier die Ärzte, die die Gefahren am besten einschätzen können und die eine besondere Vertrauensstellung zu ihren Patienten innehaben.

In Verbindung damit sollten die Gesundheitsorganisationen und Ärzteverbände die Pflicht erkennen, die Werbung gegen den Tabak zu unterstützen.

Ausgehend von dieser Verantwortung haben sich in den entwickelten Ländern Organisationen mit unterschiedlicher Kompetenz zu Wort gemeldet, um mitzuhelfen, jedem Einzelnen die Verantwortung für seine Gesundheit bewusst zu machen, die Risiken durch das Rauchen aufzuzeigen und eine wirkungsvolle

handlung der Tabakabhängigkeit dar und geben den Ärzten damit eine evidenzbasierte Leitlinie für die tägliche Praxis zur arzneigestützten und zur nichtmedikamentösen Behandlung der Nikotinsucht.

Im Einzelnen werden Angaben über die Verbreitung des Rauchens und der Raucherschäden, über Krankheiten durch Rauchen und durch Passivrauchen und ihre Risikofaktoren sowie über konkrete Therapiemaßnahmen zusammengefasst. Dabei wird die besondere Stellung der Ärzte betont und deren mögliche Beiträge zur Anti-Tabak-Kampagne herausgestellt. Abschließend werden interne Maßnahmen zur Unterstützung der Kampagne speziell für Ärzteverbände vorgeschlagen.

Schlüsselwörter: Raucherkrankheiten, Risikofaktoren, Behandlung der Raucherabhängigkeit

oder gewissen Defiziten im Lebensstil. So rauchen Männer und Frauen aller Schichten, überall und in allen Lebenslagen.
Das Einstiegsalter liegt häufig schon in der Kindheit. Entsprechend wirbt eine riesige Tabakindustrie für den Zigarettenkonsum. Der Staat toleriert den Umsatz, weil er dafür stattliche Steuern einzieht. Dabei ist das Rauchen schon seit langem als höchst gesundheitsschädlich erkannt

Seit Jahrhunderten raucht die Menschheit

Tabak. Noch zu Zeiten unserer Großvä-

ter galt das Rauchen als harmloser, um-

gänglicher Genuss, ja es hatte sogar et-

was Gemütliches, Freundliches an sich,

wenn das ehrwürdige Haupt der Familie

seine Pfeife stopfte. Der Smoking erin-

nert noch an die Zeit, wo die Zigarre zum

Gespräch in intimer Gesellschaft gehörte.

Heutzutage werden vielfältige Gründe

für das Zigarettenrauchen angeführt, die

meisten sind mit den Anfechtungen un-

serer Zivilisation verbunden, dem Stress

Die Ärzte sind täglich mit Krankheiten konfrontiert, die mit Sicherheit durch das Rauchen verursacht oder zumindest gefördert werden und zum vorzeitigen Tode führen. Das fällt heutzutage um so mehr auf, weil die Lebenserwartung bei gesunder Lebensweise deutlich gestiegen ist. Das hohe Risiko für die tödlichen Auswirkungen des Rauchens trägt zwar je-

Entwöhnungstherapie zu unterstützen. Hier sollen im Wesentlichen Quellen benutzt werden, die den wissenschaftlichen Stand und die Wirkung in der Öffentlichkeit in Deutschland in den letzten Jahren bestimmt haben und die in Verlautbarungen der Bundesärztekammer mehrfach empfohlen wurden:

Im Namen des European Forum of Medical Associations und der Weltgesundheitsorganisation wurde das Tobacco Control Resource Centre unter dem Dach der British Medical Association gegründet. Es wird von einer europäischen Beratergruppe mit Mitgliedern von Ärzteverbänden aus fünf europäischen Ländern überwacht. Dieses Zentrum hat eine umfassende Studie "Ärzte und Tabak – Die große medizinische Herausforderung" in Auftrag gegeben, redigiert und verbreitet, für die David Simpson [11] als Autor zeichnet. In dieser Studie wird die besondere Verantwortung der Ärzte für eine Kampagne gegen das Rauchen begründet und literarisch überzeugend dargestellt. Das Besondere an der britischen Studie "Ärzte und Tabak" ist, dass für den Nachweis einer Gefährdung das Rauchverhalten der britischen Ärzte selbst ausgewertet wurde. Das Papier ist als Leitfaden und Nachschlagewerk für Ärzte gedacht, ist aber in der Darstellung für jedermann verständlich. Es enthält ein umfangreiches Schrifttums-

verzeichnis zu allen Aspekten des Themas. Im Kreise der Gesundheitsorganisationen in der EG wurde der Arbeit die gebührende Anerkennung zuteil. Die Bundesärztekammer hat die deutsche Veröffentlichung im letzten Jahre gefördert und durch Ergänzungen für die Situation in Deutschland aktualisiert. Angefügt wurden dabei derzeitige Kontaktadressen von einschlägigen Organisationen in Europa und den USA.

- Die Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) und das Schweizer Bundesamt für Gesundheitswesen (BAG) haben 1990 mit dem Programm "FREI von TABAK" die Initiative aufgegriffen und eine Strategie vorgestellt, die eine wirkungsvolle Entwöhnung bei Rauchern einleiten und begleiten soll. Dieses praxiserprobte Stufenprogramm mit praktischen Schritten der Raucherberatung und Rauchertherapie für die Arztpraxis "FREI von TABAK" wurde von der Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in den Texten zur Fortbildung und Weiterbildung herausgegeben [2].
- In Deutschland beschäftigen sich mit der Behandlung von Tabakabhängigkeit und ihren politischen Konsequenzen verschiedene Forschungseinrichtungen, so das Institut für Nikotinforschung und Raucherentwöhnung Erfurt unter Leitung von Professor Dr. med. Knut-Olaf Haustein, mit dem diese Arbeit abgestimmt wurde, [3] [4] [5] [6] [7]. Das Institut hat eine Dreiteilung der Aufgaben festgelegt: Forschung, medizinische Betreuung (Erfurter Raucherberatungszentrum) und Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit. Die neuesten Empfehlungen zur Therapie der "Tabakabhängigkeit" wurden in den "Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft", AVP-Sonderheft 2001 veröffentlicht [13]. Sie enthalten Grundlagen zur Pathologie und Epidemiologie des Rauchens und zur nichtmedikamentösen und medikamentösen Entwöhnung und stellen den Ärzten damit eine evidenzbasierte Leitlinie für die tägliche Praxis zur Ver-

fügung sowie ein umfassendes Schrifttumsverzeichnis.

- Das Deutsche Krebsforschungszentrum Heidelberg bemüht sich seit Jahren gemeinsam mit anderen Einrichtungen und Gesundheitsorganisationen in der KOALITION GEGEN DAS RAUCHEN, die Politik zu ermutigen, wirkungsvolle Maßnahmen gegen den Tabakkonsum durchzusetzen. Die "Rote Reihe - Tabakprävention und Tabakkontrolle" richtet sich an Experten, die dazu beitragen wollen, das Rauchverhalten in Deutschland zu ändern. "Die Rauchersprechstunde – Beratungskonzept für Gesundheitsberufe" ist als erster Band einer neuen Reihe des Deutschen Krebsforschungszentrums erschienen [1].
- Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) befasst sich seit über 20 Jahren mit der Förderung des Nichtrauchens, dem Nichtraucherschutz und der Raucherentwöhnung. Sie gab eine Übersicht über die in Deutschland angebotenen Maßnahmen zur Raucherentwöhnung "Raucherentwöhnung in Deutschland Grundlagen und kommentierte Übersicht" in der Reihe "Gesundheitsförderung konkret" heraus [10].
- Die Weltgesundheitsorganisation hat die Bekämpfung der Tabakabhängigkeit in den Mittelpunkt eines europäischen Partnerschaftsprojektes (WHO-Partnerschaftsprojekt gegen Tabakabhängigkeit KOALITION GEGEN DAS RAUCHEN) gestellt. Deutschland ist mit Polen, England und Frankreich ein wichtiger Partner des Projektes, das in Abstimmung mit dem Bundesgesundheitsministerium von der KOALITION GEGEN DAS RAUCHEN koordiniert wird [14] [15].

Im Folgenden sollen die Angaben in diesen Arbeiten über

- die Verbreitung des Rauchens und der Raucherschäden,
- Krankheiten mit besonders hohem Risiko durch Rauchen,
- die speziellen Risikofaktoren f
 ür die Gesundheit.
- Risikofaktoren f
 ür die Gemeinkosten,

- die Einschätzung der besonderen Stellung der Ärzte,
- konkrete Maßnahmen zur Behandlung der Abhängigkeit,
- Beiträge zur Strategie von Anti-Tabak-Kampagnen sowie
- interne Maßnahmen für Ärzte und Ärzteverbände

zusammengefasst werden.

Verbreitung des Rauchens und der Raucherschäden

Weltweit sterben jährlich Millionen Menschen an Krankheiten, die durch das Rauchen verursacht oder wenigstens begünstigt werden, im Jahre 2000 laut WHO vier Millionen Menschen. Dabei steht das Schlimmste noch bevor, denn wenn die heute jüngeren Raucher ein höheres Lebensalter erreichen, muss man bis 2030 mit weiteren 10 Millionen Tabakopfern jährlich rechnen. 500 Millionen der gegenwärtigen Weltbevölkerung werden einen Tabaktod sterben, davon 250 Millionen im mittleren Alter [11]. Speziell in der westlichen Welt gilt Tabakkonsum heute schon als Todesursache Nummer eins. Noch 1990 starben in Europa eine dreiviertel Million im mittleren Lebensalter am Rauchen, davon in den EG-Ländern eine viertel Million. Heute rechnet man allein auf dem Gebiet der Europäischen Union bereits mit 1,1 Millionen tabakbedingten Todesfällen jährlich. In Deutschland rauchen 43% aller Männer und 30 % aller Frauen im Alter zwischen 18 und 59 Jahren [11]. Täglich sind 308 Tote durch Zigarettenrauchen gegenüber 21 Toten durch Verkehrsunfälle zu beklagen [13]. Besonders alarmierend ist, dass auch ca. 30 % der Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren ständig oder gelegentlich rauchen. Dabei sinkt das Einstiegsalter.

Untersuchungen des Rauchens und seiner Folgen bei den britischen Ärzten [11] In England beschäftigten sich schon seit 1951 vor allem zwei Wissenschaftler, Richard Doll und Bradford Hill, mit Fallstudien über den Zusammenhang von Zigarettenkonsum und Lungenkrebs.

Aber ihre Schlussfolgerung, dass das Rauchen ein bedeutender Faktor bei der Bildung des Lungenkarzinoms sei, wurde von der Fachwelt lange Zeit nicht akzeptiert. Vor allem ihre Methode der Fallstudien an einzelnen Krebspatienten wurde für den Nachweis einer Schädigung durch Tabak angezweifelt. Als Rechtfertigung der Raucher für ihre Sucht und vor allem seitens der Tabakwerbung wurde damals unterstellt, dass manche Menschen von Natur aus zum Rauchen und auch zum Krebs neigen. Richard Doll und Bradford Hill mussten für die Beweisführung andere Wege gehen! Sie untersuchten über lange Zeit hinweg eine genau umrissene Personengruppe mit bekanntem Rauchverhalten auf ihren Gesundheitszustand. Für eine statistisch signifikante Aussage musste diese Gruppe groß genug sein und präzise und zuverlässige Angaben aller Personen über ihr Rauchverhalten liefern. Dafür geeignet schienen ihnen die britischen Ärzte, weil bei ihnen ein persönliches, aber auch ein besonderes berufliches Interesse an der Studie vorausgesetzt werden konnte. Außerdem waren sie in Ausübung ihres Berufes durch das britische Arztregister erfasst, und so war es möglich, auch 40 Jahre später ihr Schicksal zu verfolgen. Mehr als zwei Drittel der 59 000 britischen Ärzte waren zu einer Mitarbeit bereit. Die Gruppe wurde 40 Jahre lang beobachtet, wobei die Rauchgewohnheiten und der Gesundheitsstatus einschließlich der Todesrate beobachtet wurden. Die Studienergebnisse wurden regelmäßig veröffentlicht und anlässlich der Weltkonferenz zu Tabak und Gesundheit im Jahre 1994 zusammengefasst. Im Untersuchungszeitraum von 40 Jahren hatten die Raucher unter den britischen Ärzten eine dreimal so hohe Sterberate im mittleren Lebensalter wie die Nichtraucher. Als nach bekannt werden der ersten Ergebnisse von Doll und Hill viele Ärzte das Rauchen aufgaben, zeigte es sich, dass das Aufhören möglich ist und dass von einer vorbestimmten Neigung zum Rauchen nicht mehr die Rede sein konnte. Die abstinent gewordene Teilgruppe wurde aber weiter beobachtet. Dass die Zahl der Rauchertoten dort zurückging, widerlegte die vielfach angenommene Prädisposition zum Lungenkrebs, zumal die Krankheit vor dem Raucherzeitalter kaum eine Rolle gespielt hat. Die Auswirkung des Tabaks auf sie und ihre Kollegen überzeugte die britischen Ärzte nachhaltiger von der Notwendigkeit einer Kampagne gegen das Rauchen als es jede medizinische Literatur vermocht hätte.

Krankheiten durch Rauchen

Tabak enthält als Hauptwirkungsstoff das Alkaloid Nikotin, darüber hinaus aber noch etwa 4.000 organische und anorganische Inhaltsstoffe, die nach dem Rauchen in der Leber abgebaut werden. Die Abbauprodukte können danach noch 2 bis 3 Tage wirksam sein (Kanzerogene als ct-Gifte). Tabakrauchen gilt als Genuss, weil es durch die Wirkung von Nikotin und anderen Substanzen akut die Stimmungslage verbessert sowie die Konzentration und Leistungsfähigkeit erhöht, das Hungergefühl herabsetzt, den Stoffwechsel beschleunigt und das Gewicht verringert. Aber mit der Gewöhnung wird nach höheren Dosen verlangt; sonst treten Entzugssymptome auf, die sich in gegengesetzter Weise äußern nämlich durch Gereiztheit, Schläfrigkeit, Unruhe, Leistungsbeeinträchtigung, Angst, Hunger und Gewichtszunahme. Damit ist Nikotin als psychoaktive Substanz zwar verantwortlich für die Ausbildung der Sucht, aber nicht für die massiven Gesundheitsschäden durch das Rauchen allgemein. Diese Gesundheitsschäden werden durch mehr als 4.000 Inhaltsstoffe des Tabakrauches, darunter Teer, Kohlenmonoxid und über 40 kanzerogene Substanzen, hervorgerufen. Langfristig verursachen diese Tabakgifte schwere, oft tödliche Erkrankungen:

- Fast die Hälfte aller Krebstode, speziell ca. 90% aller Lungenkrebstode, sind eindeutig durch Tabakgenuss ausgelöst worden (27.000 Neuerkrankungen jährlich in Deutschland), aber darüber hinaus gehören nachweislich dazu auch
- Herzerkrankungen wie der Infarkt und Gefäßerkrankungen wie Schlaganfall oder Arteriosklerose (80.000 90.000 Neuerkrankungen jährlich in Deutschland [4]),
- Lungenentzündungen oder chronische Bronchitiden, aber auch
- Fehl- und Frühgeburten und Fortpflanzungsschwierigkeiten [5].

Fortsetzung des Artikels erfolgt im "Ärzteblatt Sachsen", Heft 1/2002

Literatur beim Verfasser Dr. med. Barbara Gamaleja Ärztin in der Geschäftsführung für medizinische Sachfragen

Änderung der Gebührenanpassungsverordnung

Die Sechste Verordnung zur Anpassung der Höhe der Vergütungen nach der Gebührenordnung für Ärzte, der Gebührenordnung für Zahnärzte sowie nach der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet (Sechste Gebührenanpassungsverordnung – 6. GebAV) vom 18. Oktober 2001, veröffentlicht im Bun-

desgesetzblatt vom 31. Oktober 2001 (BGBl I, S. 2721), tritt am 01. Januar 2002 in Kraft.

Die Ärzte in den neuen Bundesländern erhalten damit für ihre auf der Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erbrachten ärztlichen Leistungen ab 1. Januar 2002 90 % des Honorars ihrer Kollegen in den alten Bundesländern. Das

bedeutet, dass der bisherige "Ostabschlag" von 14 % auf 10 % gesenkt worden ist. Für Anfragen steht Ihnen Frau Rätz, Dipl.-Betriebswirtin (FH), Sachbearbeiterin Berufsrechtliche Angelegenheiten, unter der Telefonnummer (0351) 8 26 74 24 zur Verfügung.

Assessorin Iris Glowik Juristische Geschäftsführerin

Korrektur

In dem Artikel "Dr. med. Erich Thomas", "Ärzteblatt Sachsen", Heft 11/2001, Seite 525, zweite Spalte, 3. Zeile, muss korrigiert werden: "Medizinische Universitätsklinik Leipzig (**Prof. Dr. Strümpell)".**

Die Redaktion

Mitteilung der Bezirksstelle Leipzig

Die Bezirksstelle Leipzig der Sächsischen Landesärztekammer ist aus Urlaubsgründen in der Zeit vom

24.12.2001 bis 4.1.2002 nicht besetzt.

In dringenden Angelegenheiten steht Ihnen die Hauptgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 8 26 74 11, zur Verfügung.

Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen

Nach dem Transfusionsgesetz vom 1. Juli 1998 (Transfusionsgesetz – TFG), das am 7. Juli 1998 in Kraft getreten ist, müssen stationäre und ambulante Einrichtungen der Krankenversorgungen, die Blutprodukte anwenden, ein Qualitätssicherungssystem entwickeln.

Der Qualitätsbeauftragte hat bis spätestens 31. 12. 2001 in einjährigem Abstand der Sächsischen Landesärztekammer nachzuweisen, dass das Qualitätssicherungssystem der Anwendung von Blutprodukten den Vorgaben der Richtlinien entspricht. Wir machen darauf aufmerksam, dass im "Ärzteblatt Sachsen", Heft 2/2001, dazu das Muster einer Selbstverpflichtungserklärung veröffentlicht wurde und erinnern nochmals an den Abgabetermin 31. Dezember 2001.

Dr. med. Siegfried Herzig Ärztlicher Geschäftsführer

Konzerte und Ausstellungen in der Sächsischen Landesärztekammer

Konzerte

Donnerstag, 13. Dezember 2001 19.30 Uhr Weihnachtliches Konzert

Es musiziert die Streichergruppe des Carl-Maria-von-Weber-Gymnasiums, Sächsische Spezialschule für Musik Dresden Leitung: Kammervirtuos Volker Dietzsch

Sonntag, 13. Januar 2002 Junge Matinee Klaviermusik

Werke von Scarlatti, Bach, Mozart, Beethoven, Messiaen u.a. Hochschule für Musik Carl Maria von Weber Dresden

Ausstellung

Foyer der Sächsischen Landesärztekammer

> Ali Nassir Malerei und Zeichnungen bis 14. Januar 2002

Foyer der Sächsischen Ärzteversorgung

> Dyrck Bondzin "Still-Leben, Portraits, Landschaft"

bis 28. Februar 2002

Programmänderungen bleiben vorbehalten.
Alle Kammermitglieder sind mit ihren Angehörigen und Freunden sehr herzlich eingeladen.

Vor dem Weihnachtlichen Konzert am 13. Dezember 2001 bietet das Restaurant ab 17.00 Uhr bei Kerzenschein weihnachtliche Speisen an.
Um Voranmeldung unter 03 51/8 26 71 10 wird gebeten.

Ärzte helfen Ärzten

Hartmannbund-Stiftung

Weihnachtsaufruf der ärztlichen, zahn- und tierärztlichen Organisationen für die Hartmannbund-Stiftung "Ärzte helfen Ärzten"

Sehr verehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

Maurice Stans, ein ehemaliger amerikanischer Regierungsbeamter, sagte einmal: "Das Aufstellen eines Budgets ist die Kunst, Enttäuschungen gleichmäßig zu verteilen." Diese Aussage können wir aus unserer tagtäglichen Arbeit heraus nur bestätigen, sind wir seit Jahren gezwungen, mit Budgets zu leben. Leider zwingen auch die finanziellen Umstände in der Stiftung "Ärzte helfen Ärzten" in den letzten Jahren, mit nur knappen Budgets ein anspruchsvolles Programm für unsere Kolleginnen und Kollegen sowie Kollegenkinder in Not aufrecht zu erhalten. Enttäuscht sind sicher unsere Stipendiaten, wenn wir Unterstützungsbeiträge kürzen müssen, aber enttäuscht sind auch wir, die wir aufgrund immer engerer Ressourcen unsere Hilfe reduzieren müssen.

Gerade jetzt vor Weihnachten hoffen wieder viele unserer Kolleginnen und Kolle-

gen, hoffen Arztkinder in ihrer finanziellen Not auf eine Hilfe durch die Stiftung "Ärzte helfen Ärzten". In einer Zeit, in der der Terror nie für möglich gehaltenen Dimensionen annimmt, sollten wir uns auf den Wert besinnen, der die Basis eines menschlichen und vertrauensvollen Umfanges miteinander darstellt, die Nächstenliebe.

Die Hartmannbund-Stiftung "Ärzte helfen Ärzten", das große Gemeinschaftswerk der gesamten Ärzteschaft, unterstreicht durch ihr Hilfeprogramm einzigartig das soziale und kollegiale Engagement einer ganzen Berufsgruppe. Sie gibt denen Hoffnung, die heute in existenzieller Not sind. Helfen Sie bitte, gerade jetzt in der Vorweihnachtszeit, gerade jetzt, wo uns alle das Gefühl der Ohnmacht gegenüber Terroranschlägen an der Menschlichkeit zweifeln lässt, dass wir ein wenig Hoffnung geben können.

Mit unserer dringenden Bitte um Hilfe verbinden wir unseren aufrichtigen Dank an alle Einzelspender und Organisationen, die der Stiftung in den letzten 46 Jahren durch ihre Unterstützung geholfen und Mut gemacht haben.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Prof. Dr. Hoppe

Präsident der Bundesärztekammer und

des Deutschen Ärztetages

Dr. Richter-Reichhelm

1. Vorsitzender der Kassenärztlichen

Bundesvereinigung

Dr. Thomas

Vorsitzender des Hartmannbundes -

Verband der Ärzte Deutschland e.V.

Dr. Montgomery

1. Vorsitzender des Marburger Bundes –

Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschland e.V., Bundesverband

Dr. Zollner

Bundesvorsitzender des NAV-Virchow-Bundes – Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands,

DAZ, e.V.

Frau Dr. Bühren

Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes e.V.

Prof. Dr. Dr. Hoffmann

Präsident des Verbandes der leitenden

Krankenhausärzte Deutschlands e.V.

Dr. Walter

Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärzte des

Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

Dr. Dr. Weitkamp

Präsident der Bundeszahnärztekammer, Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V.

Dr. Beckmann

Bundesvorsitzender des Freien Verbandes

Deutscher Zahnärzte e.V.

Prof. Dr. Pschorn

Präsident der Bundestierärztekammer e.V

Die Stiftung hat folgende Konten:

"Ärzte helfen Ärzten", Deutsche Apotheker- und Ärztebank Stuttgart, Nr. 0001486942 (BLZ 60090609), Postbank Stuttgart, Nr. 41533-701 (BLZ 60010070) oder Sparkasse Bonn

Nr. **24000705** (BLZ 38050000).

Internet-Ecke

In diesem kleinen Kasten möchten wir Sie in Zukunft regelmäßig auf hilfreiche Internet-Adressen für Ärzte hinweisen. Dies soll gezielt zu einem bestimmten Thema und mit einer kurzen Charakteristik dieser Adresse(n) geschehen.

Die Kompetenz der Anbieter und der praktische Nutzen sind die wichtigsten Auswahl-Kriterien

Heute:

Suchen im Internet

Gezieltes Suchen und Finden von Informationsangeboten im Datenmeer des

Internet ist für eine effektive Arbeit wesentlich. Neben einer Vielzahl an thematischen Suchkatalogen wie Altavista, Infoseek u.ä. gibt es für den Suchenden auch sogenannte Meta-Suchmaschinen. Diese suchen nicht innerhalb ihrer eigenen Verzeichnisse, sondern in den Katalogen der größten Suchmaschinen weltweit nach den gewünschten Informationen. In sehr kurzer Zeit stehen dem Suchenden die zutreffendsten Ergebnisse mit abstract zur Verfügung. Mit Hilfe von "und" – "oder" Verknüpfungen kann die Suche mit Stichworten

ganz präzise erfolgen und die Trefferzahl wesentlich begrenzt werden. Über die angegebene Adresse kann man sofort auf die betreffende Homepage zugreifen.

Viel Erfolg beim Finden mit:

- http://www.google.com (eine gezielte Suche nach Bildern ist ebenfalls möglich)
- http://meta.rrzn.uni-hannover.de

Knut Köhler AG Multimedia



Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

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

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

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

■ Bezirksstelle Chemnitz

Plauen Stadt/Vogtlandkreis

2 Fachärzte für Chirurgie

Freiberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Aue-Schwarzenberg

Facharzt für Kinderheilkunde 2 Fachärzte für Allgemeinmedizin*)

Chemnitzer Land

Facharzt für Chirurgie Facharzt für Allgemeinmedizin*) Facharzt für Augenheilkunde

Zwickau-Stadt

Facharzt für Chirurgie

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 7. 1. 2002 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. (03 71) 2 78 94 06 oder 2 78 94 03 zu richten.

Freiberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 27. 12. 2001 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. (03 71) 2 78 94 06 oder 2 78 94 03 zu richten.

■ Bezirksstelle Dresden

Weißeritzkreis

Innere Medizin/Kardiologie

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 28. 12. 2001 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Telefon-Nr. (03 51) 88 28 – 3 30 zu richten.

Dresden-Stadt

Facharzt für Augenheilkunde Facharzt für Chirurgie

Landkreis Bautzen

Facharzt für Allgemeinmedizin*) Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 8. 1. 2002 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Telefon-Nr. (03 51) 88 28 – 3 30 zu richten.

■ Bezirksstelle Leipzig

Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*) Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde **Delitzsch**

Facharzt für Innere Medizin (Fachärztlicher Versorgungsbereich)

Torgau-Oschatz

Facharzt für Kinderheilkunde

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 7. 1. 2002 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Telefon-Nr. (03 41) 2 43 21 53 zu richten.

Abgabe von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden für Gebiete, für die keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, folgende Vertragsarztsitze der **Planungsbereiche** zur Übernahme veröffentlicht:

■ Bezirksstelle Chemnitz

Annaberg

Facharzt für Chirurgie geplante Abgabe: 1. 1. 2002

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 1164, 09070 Chemnitz, Tel.-Nr. (03 71) 27 89 – 4 06 oder 27 89 – 4 03.

■ Bezirksstelle Dresden

Dresden-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*) geplante Abgabe: sofort

Dresden-Nord, großes Ärztehaus Facharzt für Innere Medizin*) (Hausärztlicher Versorgungsbereich) geplante Abgabe: 2002/2003

Hoyerswerda-Stadt/ Landkreis Kamenz

- östlicher Standrand von Dresden – Facharzt für Innere Medizin*) (Hausärztlicher Versorgungsbereich) geplante Abgabe: 1. 4. 2002 Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Telefon-Nr. (03 51) 8 82 83 30.

■ Bezirksstelle Leipzig

Leipziger Land

Facharzt für Allgemeinmedizin*) geplante Abgabe: 2002

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Telefon-Nr. (03 41) 24 32 – 1 53.

KV Sachsen, Landesgeschäftsstelle

Dr. med. Bernhard Hohaus zum 65. Geburtstag



Am 13. 12. 2001 feiert Herr Dr. med. Bernhard Hohaus seinen 65. Geburtstag. Anlass für einen Rückblick und Würdigung einer Chefarztpersönlichkeit. Bernhard Hohaus wurde 1936 in Kieslingswalde/Schlesien geboren. Nach dem Besuch des Freiberger Gymnasiums folgte das Medizinstudium zunächst an der Universität Leipzig. Die klinische Ausbildung und 1962 das medizinische Staatsexamen legte er an der Medizinischen

Akademie Dresden ab. Die Ausbildung zum Facharzt für Chirurgie begann Bernhard Hohaus für ein Jahr in Freiberg und setzte sie an der Medizinischen Akademie in Dresden bei Professor Kirsch bis zum Abschluss 1968 fort. Bereits im Jahr 1970 wurde er Oberarzt an dieser Klinik. Die 1968 begonnene Zweitfacharztausbildung schloss er 1971 mit dem Facharzt für Neurochirurgie ab. Seit 1974 ist Bernhard Hohaus dem Kreiskrankenhaus Riesa verbunden. Zunächst als Oberarzt und seit dem 1. 1. 1975 als Chefarzt der Chirurgischen Abteilung und heutigen Chirurgischen Klinik.

Ihm ist es zu verdanken, dass in Riesa eine leistungsfähige, dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand entsprechende, qualitätsorientierte chirurgische Versorgung aufgebaut wurde. Insbesondere die zielgerichtete Führung der 17 chirurgischen Ausbildungsassistenten zum Fach-

arzt und die kontinuierliche Fort- und Weiterbildung und Profilierung seiner Mitarbeiter sollen dabei hervorgehoben werden. Trotz der vielfältigen chirurgischen Versorgungsaufgaben übernahm Bernhard Hohaus 1979 die Position des stellvertretenden und ab 1988 des amtierenden Ärztlichen Direktors. 1990 wurde er zum Leitenden Chefarzt des Kreiskrankenhauses Riesa bestellt. Somit oblag es seiner Führung das Kreiskrankenhaus Riesa in der Nachwendezeit zu einem anerkannten Schwerpunktkrankenhaus auszubauen und zu profilieren. Im Namen der chirurgischen Mitarbeiter, Ihrer Schüler sowie aller ärztlichen Kollegen des Landkreises Riesa-Großenhain gratulieren wir Ihnen herzlich und wünschen Ihnen noch viele erfüllte Jahre.

> Dipl.-Med. Wolfram Thieme Dr. med. Henrik Ullrich

Dr. med. Walter Houda zum 65. Geburtstag



Am 19. Dezember 2001 feiert Herr Dr. med. Walter Houda, Chefarzt der Klinik für Urologie und Kinderurologie der Vogtland-Klinikum Plauen GmbH, seinen 65. Geburtstag. Alle Mitarbeiter der Klinik gratulieren ihm auf das Herzlichste. In Weberschan, Kreis Saaz (im heutigen

In Weberschan, Kreis Saaz (im heutigen Tschechien), wurde er geboren und 1945 mit seiner Familie aus der Heimat vertrieben. Die Familie Houda siedelte sich in Unterwürschnitz, Kreis Oelsnitz, an.

Nach Absolvierung der Grund- und Oberschule studierte er an der Humboldt-Universität zu Berlin Medizin und legte 1965 das Staatsexamen ab. Im gleichen Jahr nahm er die Facharztausbildung für Urologie am Ernst-Scheffler-Krankenhaus Aue, die er 1968 mit Erfolg abschloss. 1970 wurde Herr Dr. Houda Leiter der Dialyseabteilung, die der Urologischen Klinik in Aue zugeordnet war, 1978 1. Oberarzt und stellvertretenden Chefarzt der Nephro-Urologischen Klinik in Aue. Als Dr. Walter Houda zum Chefarzt der Urologischen Klinik und Kinderklinik 1983 berufen wurde, verfügte diese über 40 Betten. Unter seiner Regie wurden nicht nur die "offenen Operationen" perfektioniert, er förderte auch die Endourologie, wie die URS, die PNL, die Operation mit Ultraschall und Laser und auch die minimal invasive Chirurgie. Herr Dr. Houda ist stellvertretendes Vorstandsmitglied der

Zentraleuropäischen Gesellschaft für Urologie und Mitglied der Facharztprüfungskommission Urologie der Sächsischen Landesärztekammer. Eines seiner Höhepunkte war 1997 die Ausrichtung der "4. Wissenschaftlichen Tagung der Südostdeutschen Gesellschaft für Urologie" in Plauen, deren Kongresspräsident er war sowie die "XIX. Tagung der Sächsischen Gesellschaft für Urologie e.V. und des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e.V. des Landesverbandes Sachsen" am 20. 10. 2001, ebenfalls in Plauen.

Wir wünschen unserem verehrten Chef zu seinem Ehrentag alles denkbar Gute und vor allem Gesundheit. Möge er noch lange mit seiner Gattin Maria den neuen Lebensabschnitt mit den zahlreichen Hobbys und Reisen genießen können.

> Dr. Wolfgang Haller 1. Oberarzt Im Namen der Mitarbeiter

	60 Jahre	27. 01.	Dr. med. Scheppan, Kurt		70 Jahre
01. 01.	Dr. med. Frömsdorf, Rainer	27.01	04736 Waldheim	02. 01.	Dr. med. Kern, Ruth
01. 01.	02708 Löbau Huschke, Barbara	27. 01.	Dr. med. Siegel, Angelika 01827 Graupa	08, 01,	01558 Großenhain Dr. med. Sonntag, Irma
01. 01.	02708 Löbau	28. 01.	DiplMed. Volkmer, Ingrid	00.01.	04463 Großpösna
01. 01.	Dr. med. Matthes, Sylvia	20.01	04299 Leipzig	11. 01.	Werner, Friedmar
01. 01.	09526 Olbernhau Dr. med. Reichert, Heidemarie	29. 01.	Dr. med. Bessen, Renate 01237 Dresden	14. 01.	01819 Berggießhübel Dr. med. di Pol, Gerhard
01. 01.	02923 Horka/OT Mückenhain	29. 01.	Dr. med. Halamoda, Heidemarie	14. 01.	04107 Leipzig
02. 01.	Dr. med. Böhme, Gisela		01067 Dresden	17. 01.	Dr. med. Köhler, Marianne
02. 01.	01558 Großenhain Dr. med. Uhlemann, Inge	29. 01.	Hötzeldt, Ilse 08280 Aue	23. 01.	09366 Stollberg Dr. med. Ullrich, Bernhard
02. 01.	09618 Brand-Erbisdorf	29. 01.	DiplMed. Kawe, Gerd	23. 01.	04687 Trebsen
03. 01.	Dr. med. Birkenhagen, Ilse		04279 Leipzig	26. 01.	Dr. med. Esterluß, Walter
04. 01.	01445 Radebeul Dr. med. Kohl, Gunda	29. 01.	Dr. med. Strunk, Renate 04356 Leipzig	30. 01.	01917 Kamenz Dr. med. Elsner, Joachim
04. 01.	09112 Chemnitz	30. 01.	Fieber, Gudrun	30. 01.	01324 Dresden
05. 01.	Dr. med. Scharfenberg, Reinhold	20. 01	01324 Dresden	00.01	75 Jahre
06. 01.	04103 Leipzig Jacob, Hermann	30. 01.	Dr. med. Zettl, Elke 04105 Leipzig	09. 01.	Prof. Dr. med. habil. Bertolini, Rolf 04416 Markkleeberg
	08223 Falkenstein	31. 01.	Dr. med. Bergmann, Gisela	17. 01.	Dr. med. Karwath, Werner
06. 01.	Dr. med. Schmieder, Giselhart	21 01	04155 Leipzig Dr. med. Schmidt, Wilhelm	20. 01	09456 Annaberg-Buchholz
07. 01.	04158 Leipzig Heinke, Klaus	31. 01.	02827 Görlitz	20. 01.	Prof. Dr. med. habil. Rose, Wolfgang 01277 Dresden
	02708 Löbau		65 Jahre	22. 01.	Dr. med. Hahn, Winfried
08. 01.	Dr. med. Richter, Hannelore	03. 01.	Dr. med. Richter, Eva-Maria	22 01	09648 Mittweida
10. 01.	04289 Leipzig Dr. med. Hübner, Günter	04. 01.	01259 Dresden Dr. med. Aschenborn, Christine	23. 01.	Prof. Dr. sc. med. Kaden, Wolfgang 08315 Bernsbach
10. 01.	08301 Schlema	01.01.	08058 Zwickau		80 Jahre
11. 01.	Dr. med. Merten, Ulrich	04. 01.	Dr. med. Bräunig, Konrad	07. 01.	Dr. med. Rocholl, Albrecht
12. 01.	01326 Dresden Dr. med. Patzig, Karin	05. 01.	08541 Theuma Dr. med. Langer, Rosemarie	13. 01.	01309 Dresden Dr. med. Doerfel, Günter
	04157 Leipzig		08525 Plauen	15. 01.	08107 Kirchberg
12. 01.	Dr. med. Seifert, Manfred	07. 01.	Prof. Dr. med. habil. Rupprecht, Edgar	12 01	81 Jahre
12. 01.	08468 Reichenbach PD Dr. med. habil. Tymnik, Gerd	08. 01.	01187 Dresden Prof. Dr. med. habil. Ebert, Rolf	13. 01.	Dr. med. Purrucker, Fritz 09114 Chemnitz
	01561 Skäßchen		01217 Dresden	18. 01.	Dr. med. Herzog, Eleonore
13. 01.	Dr. med. Beier, Wolfgang	08. 01.	Doz. Dr. med. habil. Hempel, Gottfried 01855 Saupsdorf	26 01	01217 Dresden Dr. med. Möbius, Werner
15. 01.	04860 Torgau Dr. med. Bötticher, Thomas	08. 01.	Dr. med. Thiele, Wolfgang	26. 01.	01723 Wilsdruff
	08060 Zwickau		01796 Pirna	27. 01.	Dr. med. Christof, Roland
15. 01.	Dr. med. Müller, Almut	11. 01.	Dr. med. Anger, Regine 04425 Taucha		07919 Mühltroff 82 Jahre
16. 01.	01139 Dresden Fickelscherer, Ingrid	12. 01.	Dr. med. Pittschaft, Helga	18. 01.	Prof. Dr.med.habil.
	01900 Bretnig-Hauswalde		04249 Leipzig		Dietzsch, Hans-Joachim
17. 01.	Dr. med. Harksel, Klaus 04860 Torgau	15. 01.	Dr. med. Schrader, Dieter 04179 Leipzig	22. 01.	01326 Dresden Dr. med. Burkhardt, Hans
17. 01.	Dr. med. Hunger, Klaus	15. 01.	Dr. med. Winkler, Ingrid	22. 01.	04357 Leipzig
10.01	09669 Frankenberg	16.01	02906 Niesky	28. 01.	Dr. med. Lorenz, Irene
18. 01.	Dr. med. Klemm, Gudrun 01217 Dresden	16. 01.	Hänel, Helgard 04155 Leipzig	29. 01.	01067 Dresden Dr. med. Leibiger, Wolfgang
19. 01.	Dr. med. Haustein, Jürgen	20. 01.	Dr. med. Blum, Nora	27. 01.	01896 Pulsnitz
10.01	02782 Seifhennersdorf	21 01	01324 Dresden	02.01	83 Jahre
19. 01.	Dr. med. Lenk, Gislinde 04229 Leipzig	21. 01.	Dr. med. Mehlhose, Barbara 09127 Chemnitz	02. 01.	Dr. med. Patzelt, Oskar 04808 Wurzen
22. 01.	Dr. med. Feller, Ingrid	21. 01.	Schäfer, Rosemarie	08. 01.	Dr. med. von Zimmermann, Blandine
22 01	04158 Leipzig	22 01	04155 Leipzig	00.01	01217 Dresden
22. 01.	Dr. med. Hajesch, Ute 01705 Freital	22. 01.	Dr. med. Kleemann, Christine 04288 Leipzig	09. 01.	Dr. med. Gawantka, Joachim 09468 Geyer
22. 01.	Dr. med. Michalek, Werner	23. 01.	Prof. Dr. med. habil.	22. 01.	Dr. med. Nickol, Renatus
23. 01.	04838 Eilenburg Dr. med. Gläser, Harald		Platzbecker, Heinrich 01328 Dresden		01219 Dresden 85 Jahre
<i>23</i> . U1.	09579 Grünhainichen	25. 01.	Dr. med. Albrecht, Evelyn	23. 01.	Dr. med. Illing, Heinrich
23. 01.	Dr. med. Hüttner, Barbara		09366 Stollberg		09496 Marienberg
23. 01.	08523 Plauen Dr. med. Müller, Hermann	25. 01.	Dr. med. Bauermeister, Brigitte 04288 Leipzig	17, 01,	87 Jahre Dr. med. Sieg, Heinz
23. 01.	01796 Pirna	25. 01.	Dr. med. Jäger, Siglinde	17. 01.	09599 Freiberg
24. 01.	Dr. med. Oeser, Gerhild		01920 Gödlau	18. 01.	Dr. med. Merkl, Ursula
25. 01.	01324 Dresden Dr. med. Becker, Christian	26. 01.	Dr. med. Parulewski, Lothar 07985 Elsterberg		04683 Naunhof 88 Jahre
23. 01.	01796 Pirna	27. 01.	Prof. Dr. med. habil. Andreas, Klaus	09. 01.	Prof. em. Dr. med. habil. Edel, Herbert
25. 01.	Dr. med. Kramer, Christian		01219 Dresden		01465 Langebrück
25. 01.	01277 Dresden Dr. med. Lämmer, Bernd	28. 01.	Dr. med. Thieme, Reiner 09496 Marienberg	02. 01.	89 Jahre Dr. med. Runge, Anneliese
<i>23</i> . U1.	04277 Leipzig	30. 01.	PrivDoz. Dr. med. habil.	02.01.	04157 Leipzig
25. 01.	Noack, Ingrid		Liebold, Friedrich	04. 01.	Dr. med. Langer, Horst
27. 01.	01744 Dippoldiswalde Jahn, Siegrid	30. 01.	04299 Leipzig Dr.med. Nowak, Gisela	10. 01.	01689 Weinböhla Dr.med. Schubert, Walter
	09337 Hohenstein-Ernstthal		04275 Leipzig	10.01.	02999 Lohsa
27. 01.	Dr. med. Olthoff, Karl-Heinz	31. 01.	Dr. med. Quast, Manfred	26.01	90 Jahre
	09669 Frankenberg		04109 Leipzig	26. 01.	Dr. med. Weißgerber, Renate 04758 Oschatz
					>

A. Scholz, C.-P. Heidel, M. Lienert

Vom Stadtkrankenhaus Dresden-Johannstadt zum Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

Medizinische Fakultät TU Dresden Institut für Geschichte der Medizin



Das Verwaltungsgebäude des Johannstädter Krankenhauses mit dem Hauptzugang zum Klinikum. Blick von der Fürstenstraße (heute Fetscherstraße)

Vor- und Gründungsgeschichte des Stadtkrankenhauses Johannstadt

Als 1896 die Entscheidung getroffen wurde, ein für die medizinische Versorgung der rasch anwachsenden Dresdener Bevölkerung dringend notwendiges zweites Stadtkrankenhaus in der Johannstadt zu errichten, waren dem bereits andere Standortpläne - nämlich im Süden Dresdens vorausgegangen. Schließlich wurde aber auf den Vorschlag des Stadtbauamtes zurückgegriffen, das Stadtkrankenhaus im Osten der Stadt anzusiedeln. Immerhin hatte die Johannstadt durch die rege Bautätigkeit seit Mitte der 1870er Jahre bereits bis zur Jahrhundertwende die Größe einer mittleren Stadt erreicht und zählte etwa 61.000 Einwohner.

Nach dreijähriger Bauzeit wurde das auf dem Areal des ehem. Birkenwäldchens und im sog. Pavillonstil gebaute Stadtkrankenhaus Dresden-Johannstadt am 2. Dezember 1901 feierlich eröffnet. Es verfügte über 17 Häuser mit einer Bettenkapazität von 581 Betten, die mit den bereits geplanten Erweiterungsbauten um 300 Betten erhöht werden sollte. Tatsächlich wurden aber erst 1913 und 1915 zwei weitere Krankengebäude in dem noch

freien Areal östlich der von der Inneren Klinik belegten Häuser an der Trinitatisstraße (heute Fiedlerstraße) fertiggestellt.

Die Kliniken am Johannstädter Krankenhaus

Die größte Klinik des Johannstädter Krankenhauses war die Innere Abteilung, der zudem die beiden sog. Absonderungshäuser für ansteckende Krankheiten und das Haus für "Unruhige" unterstanden. Als ärztlicher Leiter war der ehedem am Friedrichstädter Krankenhaus sowie an der Diakonissenanstalt Dresden tätige Richard Schmaltz (1856-1935) berufen worden. Schmaltz hatte sich insbesondere um die kurz nach der Jahrhundertwende als diagnostische Methode in der inneren Medizin einen Aufschwung erlebende Hämatologie durch eigene Untersuchungen etwa zur Pathologie des Blutes verdient gemacht. Als Schmaltz 1910 in den Ruhestand trat, übernahm Otto Rostoski (1872-1962) die Innere Abteilung. Der weitreichend wissenschaftlich interessierte Rostoski hat ganz maßgeblich die Entwicklung des Johannstädter Krankenhauses mitbestimmt und durch seine international Anerkennung erlangenden wissenschaftlichen und praktischen Leistungen das Renommee der Einrichtung geprägt. So verdankt ihm das Krankenhaus sowohl die Einrichtung eines Röntgeninstitutes, womit er - gemeinsam mit Paul Erich Saupe (1893-1943) – zugleich eine entscheidende Grundlage zur Entwicklung der Röntgenologie und Strahlentherapie als eigenständiges Fachgebiet am Krankenhaus geschaffen hatte, als auch die bereits 1924 begründete europaweit (vermutlich sogar weltweit) erste Diabetikerambulanz. Aufsehenerregend waren zudem seine gemeinsam mit Saupe und dem Friedrichstädter Pathologen in vierjähriger Forschungsarbeit vorgelegten Untersuchungsergebnisse zu den Ursachen des sog. "Schneeberger Lungenkrebses".

Die Chirurgische Abteilung, die ihren Hauptsitz im sog. chirurgischen Doppelhaus hatte und über drei Operationssäle sowie verschiedene Laboratorien verfügte, unterstand seit Eröffnung des Krankenhauses dem nicht zuletzt auch militärärztlich qualifizierten und als Lehrer für klinische Chirurgie ausgewiesenen Benno Credé (1847-1929). Wissenschaftlich hatte sich Credé vor allem den mit der Blütezeit der Bakteriologie einhergehenden Versuchen zur "inneren Desinfektion" durch Einbringen antiseptisch wirkender Medikamente in die Blutbahn gewidmet. Das diesbezüglich von ihm eingeführte kolloidale Silber (Collargol) wurde in seiner Klinik - wenn auch in offensichtlich recht rigoroser Form - zur "allgemeinen Körperdesinfektion" angewandt. Neben diesen beiden großen Kliniken verfügte das Johannstädter Krankenhaus von Anfang an auch über eine Augenabteilung, eine Abteilung für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten sowie die Pro-

Mit dem Amt des Prosektors wurde mit Eröffnung des Klinikums der erst 33jährige Paul Rudolf Geipel (1869-1956) betraut. Neben zahlreichen wissenschaftlichen Studien und Veröffentlichungen zu klinisch-pathologischen Problemen erlangte Geipel vor allem auch internationale

Anerkennung durch seine Forschungen zur Pathologie des Herzens. In seinen 1906 und 1909 veröffentlichten Untersuchungen konnte er die – gleichzeitig von Ludwig Aschoff (1866-1942) entdeckten – mikroskopisch erkennbaren Granulome des Myokards bei floriden rheumatischen Prozessen nachweisen. Seitdem werden diese Granulome als "Aschoff-Geipelsche Knötchen" bezeichnet.

Neu- und Erweiterungsbauten am Klinikum

Durch die Kriegs- und Nachkriegsjahre und insbesondere mit den durch die verheerende Inflation 1923 ausgelösten gravierenden Sparmaßnahmen im öffentlichen Sektor verhindert, wurden erst mit der seit 1924 wieder spürbaren wirtschaftlichen Konsolidierung die schon seit längerem bestehenden Planungen von Erweiterungs- und Neubauten des Johannstädter Krankenhauses erneut aufgegriffen. Dies betraf insbesondere den Neubau für eine Augen- und Ohrenabteilung, die Errichtung eines Infektionshauses sowie einer II. Inneren Abteilung (physikalischdiätetische Abteilung) und den Neubau einer Kinderklinik sowie Kranken- und Säuglingspflegeschule. Infolge der beginnenden Weltwirtschaftskrise ist zwar ein Großteil dieser Vorhaben nicht mehr zur Ausführung gekommen, doch konnte der großzügig geplante, zugleich auch modernste Komplex eines Kinderklinikneubaus in Verbindung mit einer Schwesternschule am Johannstädter Krankenhaus realisiert werden. Deren offizielle feierliche Einweihung fand gleichzeitig mit der Eröffnung der II. Internationalen Hygieneausstellung und des Hygiene-Museums am 15. Mai 1930 statt.

Schließung des Johannstädter Krankenhauses

In Auswirkung der Weltwirtschaftskrise wurde allerdings nicht nur bereits 1931 über mögliche Einsparungen im Staatshaushalt intensiv nachgedacht und bereits geplante Neu- und Erweiterungsbauten auch im Gesundheitswesen zurückgestellt. Vielmehr führte diese Situation auch zu unpopulären Sparmaßnahmen wie die Schließung des Stadtkrankenhauses Dresden Johannstadt 1932. Trotz aller Hinweise auf die wirtschaftliche Bedeutung des Krankenhauses im Stadtteil Johannstadt, auf die medizinische Unterver-

sorgung der Dresdener Bevölkerung im Falle von Epidemien oder auch nur normalen Schwankungen der gesundheitlichen Lage sowie auf den negativen Einfluss auf die gesundheitliche Betreuung, wenn gerade das modernste Dresdener Krankenhaus mit seiner herausragenden Kinderabteilung geschlossen würde, blieb der Stadtrat bei dieser Entscheidung.

1934 bis 1945 – "Biologisches Zentralkrankenhaus für das Deutsche Reich" Nachdem die Nationalsozialisten auch in Dresden die Macht übernommen hatten, ordneten sie die Wiedereröffnung des Johannstädter Klinikums an. Anfang Juni 1933 nahmen Innere, Chirurgische und Augenabteilung wieder Patienten auf, im Oktober 1933 folgte die Kinderklinik. Die Schwesternschule blieb vorerst geschlossen. Jedoch erstrebte Dresden für sich den Titel "Stadt der Volksgesundheit" und stellte dafür neben dem Deutschen Hygiene-Museum und der dort etablierten Staatsakademie für Rassenund Gesundheitspflege auch sein Stadtkrankenhaus Dresden-Johannstadt zur Verfügung. Mit der Umstrukturierung des Klinikums und seiner Umbenennung in "Rudolf-Heß-Krankenhaus" am 5. Juni 1934 sollte es zu einem Vorzeigeobjekt für die von Reichsärzteführer Gerhard Wagner (1888-1939) propagierte "Neue Deutsche Heilkunde" werden und sowohl der klinischen Erforschung und praktischen Erprobung naturheilkundlicher Methoden dienen, als auch erbbiologische und rassenhygienische Forschungen betreiben. Für diese speziellen Aufgaben erhielt es finanzielle Unterstützung durch die NSDAP und die Reichsärztekammer. Die Leitung des gesamten Klinikums wurde erstmals in die Hände eines Chefarztes - Hermann Jensen (1895-1946) - gelegt und damit das Führerprinzip durchgesetzt. Jensen, seit 1928 Mitglied der NSDAP, wurde - nach Entlassung von Karl Seidel - Leitender Arzt der Chirurgischen Abteilung und galt in der Folgezeit als erfahrener Arzt, der vor allem auf eine gute fachliche Ar-



Der 1927 bis 1929 erbaute Komplex der Kinderklinik und des Zentralgebäudes mit Kinderpolilinik (mittleres und linkes Gebäude) sowie der Schwesternschule (rechts)

beit Wert legte. Der Leiter der Inneren Abteilung, Otto Rostoski, wurde an das Stadtkrankenhaus Friedrichstadt versetzt. Als Pathologe kam der Rassenhygieniker Hermann Alois Böhm (1884-1962), seit 1923 Mitglied der NSDAP und Blutordensträger, entfaltete aber keine große wissenschaftliche Tätigkeit und verließ Dresden bereits im Jahre 1937 wieder. Die für die angestrebte "Synthese von Schulmedizin und Naturheilkunde" wesentlichen Abteilungen waren die Innere Abteilung, als deren Leiter der ausgewiesene Diabetologe und Feingeist Louis Ruyter Radcliff Grote (1886-1960) nach Dresden kam, und die drei "Biologischen Abteilungen", aus denen 1935 die "Klinik für Naturheilkunde" unter Leitung von Alfred Brauchle (1898-1964) hervorging. Brauchle war einer der bekanntesten und fähigsten Naturärzte seiner Zeit, der über eine große Ausstrahlung verfügte. Ein einziger Dresdener Vertreter der Naturheilkunde konnte sich an dem "Großen Experiment" beteiligen, der Ernährungsforscher Ragnar Berg (1873-1956). Dieser Pionier bei der Erforschung der Mineralstoffe in den Nahrungsmitteln und des menschlichen Mineralstoffwechsels arbeitete von 1934 bis 1945 in einem ernährungsphysiologischen Labor im Rudolf-Heß-Krankenhaus.

Brauchle und Grote einigten sich zunächst auf eine gemeinsame theoretische Basis ("Gespräche über Schulmedizin und Naturheilkunde", Leipzig 1935). Sie richteten eine Gemeinschaftsstation mit 35 Betten ein, die von einem Naturheilkundler geleitet und von einem Schulmediziner mit allen diagnostischen Möglichkeiten begleitet wurde. Erfolgversprechende Verfahren, wie Heilfasten oder naturheilkundliche Behandlung der Pneumonie, führte Grote in seine Klinik ein. Zu den Ergebnissen der gemeinsamen Arbeit erschienen in den Jahren 1934 bis 1943 mehr als 200 Publikationen. Viele Mediziner wurden aber auch in den Kursen der Fortbildungsschule des Rudolf-Heß-Krankenhauses mit der Naturheilkunde vertraut gemacht, bis diese im September 1939 schließen mußte.

Im Juli 1939 wurde der Grundstein gelegt für eine "Rudolf-Heß-Akademie", an der Studenten in den klinischen Semestern die Naturheilkunde kennen lernen sollten. Mit Ausbruch des Zweiten Weltkrieges wurde die Bautätigkeit aber eingestellt und – auch auf Betreiben einflussreicher Vertreter der Schulmedizin – nicht wieder aufgenommen.

Nachdem1941 Rudolf Heß eigenmächtig nach England geflogen war, wurde das Klinikum eilig in "Gerhard-Wagner-Krankenhaus" (nach dem 1939 verstorbenen Reichsärzteführer) umbenannt. Im Jahre 1943 wurde Brauchle von Gauleiter Martin Mutschmann genötigt, Dresden zu verlassen. Damit endete die fruchtbare Zusammenarbeit mit Grote. Im Februar 1945 wurde auch das Gerhard-Wagner-Krankenhaus ein Opfer der Fliegerangriffe auf Dresden. Da die Kellergeschosse zu sogenannten "U-Stationen" ausgebaut und Not-OP-Säle eingerichtet worden waren, waren im Klinikum selbst nur wenige Todesopfer zu beklagen.

Entwicklung nach 1945

Die Bombenangriffe hatten das Krankenhaus zu cirka 50 Prozent zerstört. Die Schäden reichten von zersplitterten Fenstern über ausgebrannte Kliniken bis zu total zerbombten Gebäuden. Parallel zum stufenweise erfolgenden Wiederaufbau nahmen alle Kliniken innerhalb eines Jahres ihre Arbeit auf. Von den 8 Klinikleitern wurde nur der Chirurg Hermann Jensen, der gleichzeitig Ärztlicher Direktor gewesen war, aus politischen Gründen entlassen. Nachdem in den Folgejahren einzelne Senioren ihre Arbeit beendeten, hatte sich 1947 eine personelle Stabilität in der Leitung der Kliniken ergeben, die den Aufbau vorantreiben konnte. 1953 war ein Großkrankenhaus einschließlich der 1945 dem Verband angeschlossenen Frauenklinik entstanden, das einen Bettenstand von 2.359 Betten versorgte. Cirka 150 Ärzte und 790 Schwestern widmeten sich mit hohem Einsatz den Patienten.

Das Jahr 1954 sollte ein Markstein in der Geschichte des Dresdener Gesundheitswesens und der Entwicklung des Johannstädter Krankenhauses werden. Hochschulstrategische Planungen der neuen politischen Führung in Verbindung mit der



Krankentransport neben Aufräumarbeiten im Gelände des Stadtkrankenhauses, ca. 1946

Ärzteflucht verlangten in den 50er Jahren neue Hochschulstandorte für die gesamte DDR. Obwohl Dresden im August 1953 in den Planungsüberlegungen nicht erwähnt wurde, erreichten Dresdner Ärzte unter Leitung des Chirurgen Albert Fromme innerhalb von drei Wochen einen scheinbar endgültigen Ministerratsbeschluss so zu verändern, dass Dresden als neuer Standort akzeptiert und eine andere Stadt aufgegeben wurde. Nach vielen Vorbereitungen wurde im September 1954 die Medizinische Akademie "Carl Gustav Carus" gegründet, womit erstmalig eine Hochschulausbildung für Mediziner, wenn auch auf den klinischen Studienanteil begrenzt, in Dresden möglich war. Die seit 1748 existierende Tradition der Ausbildung von Ärzten hatte ihren vorläufigen Höhepunkt erreicht. Die vielfältigen, sich aus der Akademiegründung ergebenden Aufgaben stellten eine enorme Herausforderung dar. Hierzu gehörte die räumliche und personelle Ausgestaltung neu zu schaffender Kliniken und Institute. Es dauerte mehrere Jahre, bis der Lehrkörper in personeller Stabilität die Verpflichtungen in Lehre und Forschung realisieren konnte. Die Vorklinik absolvierten die Studenten an Universitäten der DDR sowie in späteren Jahren auch in osteuropäischen Ländern. Da die Gebäude des Stadtkrankenhauses für die neuen Verpflichtungen nicht ausreichen konnten, bestimmte ein großzügiges Bauprogramm im ersten Jahrzehnt der Akademie das Tagesgeschehen. Studentenheim, Hörsäle, ein Verwaltungsgebäude und Kliniken wurden neu gebaut, andere Häuser umgebaut. Manche als Provisorium gedachte Lösung sollte Jahre bis Jahrzehnte Bestand haben.

Die Ausgestaltung des Studiums durchlief mehrere Reformschritte, in deren Mittelpunkt eine stärkere Verzahnung theoretischer und praktischer Inhalte stand. Das Niveau der Ausbildung war in der Medizin und Zahnmedizin hoch und wurde von engagierten Professoren, Dozenten und ärztlichen Kollegen realisiert. Wir können von einem gesamtdeutschen Ausbildungsstandard sprechen, denn in Dresden ausgebildete Ärzte waren in der DDR ebenso erfolgreich wie in der Bundesrepublik. Die den Grundzügen des Systems entsprechende Politisierung des Medizinstudiums wurde auf vielen Ebenen umgesetzt, überwiegend jedoch als Last empfunden.

Die Forschungsaktivitäten der Medizinischen Akademie führten die Tradition der Ärzte von Dresden-Johannstadt weiter. die sich stets in einer Offenheit für Innovationen und interdisziplinäres Arbeiten ausgeprägt hatte. Ideenreichtum, wissenschaftliches Potential und Kenntnis internationaler Tendenzen führten in den 60er und 70er Jahren zu mehreren Deutschland- bzw. DDR-Premieren. In Dresden entstand 1968 die erste Suizidberatungsstelle, 1971 das erste Institut für Nuklearmedizin für die DDR, 1975 das erste deutsche Institut für Klinische Pharmakologie. Ein Paukenschlag war 1979 die erste Lebertransplantation innerhalb des Bereiches der damaligen sozialistischen Länder. Für eine Reihe von Forschungsprojekten lag in Dresden die DDR-weite Leitung und Koordination der jeweiligen Aktivitäten.

In den knapp vier Jahrzehnten ihres Bestehens war die "MEDAK" bei der Bevölkerung ein fester Begriff für eine gute ärztliche Versorgung und Betreuung geworden. Hieran hatten Ärzte, Schwestern und Personal einen gleichermaßen wichtigen Anteil. Es gab Schwestern und Ärzte, die Jahrzehnte an dieser Einrichtung gearbeitet haben. Dies führte zu einem wichtigen Phänomen, nämlich der Konstanz eines Stammes von Mitarbeitern, die ihre Erfahrungen in der Betreuung der Patienten und in der Ausbildung junger Ärzte und Studenten einsetzen konnten.

Die trotz der 1990 einsetzenden Initiative für die Etablierung einer Vorklinik vorgesehene Abwicklung der Akademie entwickelte sich zu einem Motor und Stimulus, die von der Landesregierung beförderte und nach dem Modell einer Gründungskommission zukunftsorientierte Medizinische Fakultät 1993 zu gründen, womit seitdem das vollständige Medizinstudium in Dresden möglich ist und entsprechende Resonanz findet.

Die Vereinigung des vorhandenen kreativen Potentials von Ärzten, Wissenschaftlern und medizinischem Personal mit dem innovativen Input zugezogener Führungskräfte hat auf der Grundlage der Erneuerung der medizintechnischen Ausstattung zu einem wesentlichen Aufschwung in der Qualität der Patientenbetreuung und der medizinischen Forschung geführt.



Prof. Scholz bei der Ausstellungseröffnung

Eine Ausstellung über die Thematik findet im Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Haus 25, bis 19. Dezember 2001 statt.

Literatur bei den Autoren Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Albrecht Scholz Institut für Geschichte der Medizin Fetscherstraße 74, 01307 Dresden Tel.: 03 51/3 17 74 02, Fax: 03 51/3 17 74 01 e-mail: geschichte@imib.med.tu-dresden.de

Weihnachten Von Krippen und Tannenbäumen

Die Weihnachtszeit ist nun wieder herangerückt und das bedeutet, sich im letzten Heft des Jahres 2001 des "Ärzteblatt Sachsen" mit Weihnachtsbräuchen und Sitten, die auch anderswo in der Welt heimisch geworden sind, zu beschäftigen.

Am Heilig Abend versammelt sich die Familie erwartungsvoll am geschmückten Christbaum und vielerorts lässt die Krippe nicht nur Kindheitserinnerungen wach werden, sondern führt uns den eigentlichen Grund des Festes vor Augen.

Über lange Zeit wurde beispielsweise in Bayern und Österreich Weihnachten nicht unter dem Christbaum gefeiert, sondern an der Krippe, die in der guten Stube aufgestellt wurde. Dreh- und Angelpunkt sind Maria und Josef mit dem Jesuskind. Zeugen im Hintergrund sind Ochs und Esel. Über dem Stall leuchtet hell der Stern von Bethlehem, und noch heute darf am Heilig Abend die Krippe in vielen Familien und nicht zuletzt in den Kirchen fehlen, denn sie erzählt uns doch im übertragenen Sinne von den Ereignissen in der Heiligen Nacht.

Höchstwahrscheinlich wurde das Jesuskind gar nicht in einem Stall geboren, sondern kam in einer Höhle in den Sandsteinbergen am Rande von Bethlehem zur Welt. Von Forschern wird vermutet, dass die Krippe damals nicht aus Holz, sondern aus Lehm und Stroh und Steinen der Standsteinhöhlenwände bestand. Wie dem auch sein mag, der griechische Kirchenschriftsteller Origenes (etwa 185 -254) berichte von Pilgern, welche die Geburtsgrotte aufsuchten. Da nun nicht alle Gläubigen Gelegenheit hatten, die Geburtsstätte aufzusuchen, versuchte die Kirche den Heiligen Ort den Menschen auf andere Weise näher zu bringen. So bauten die Christen, später Mönche, Missionare, Pfarrer, Lehrer und Wanderprediger Nachbildungen der Geburtsgrotte als Anschauungsmaterial. Erste Kirchenkrippen wurden der Überlieferung nach etwa um 1563 in Prag, später etwa 1607 in München und Innsbruck aufgestellt. Nach und nach wurde es zur Weihnachtszeit in den Kirchen üblich, in Altarnähe Krippen aufzubauen. Gegen Ende des 18. Jahrhunderts wurde dieser Brauch in Kirchen ausgesetzt. So kam es, dass sich Bürger und Bauern zu Hause Krippen errichteten, und so wurde dieser Brauch fortgeführt.

In der Zeit der Auswanderung, insbesondere nach Amerika, gelangten die Krippen auch nach Übersee.

In den Wohnräumen der Christen erhielten Krippen und Figuren die Prägung heimatlicher Landschaft und Gegebenheit. So wurde in jeder Gegend die Weihnachtskrippe nach eigenem Stil geprägt. Italien zum Beispiel gilt ohnehin als das Krippenland. Hier entwickelte sich eine richtungsgebende Krippenkultur. Während

es bei der Gestaltung der Krippen keine Richtlinien gibt, sind jedoch die Farben der Gewänder der Figuren genau festgelegt. Traditionsgemäß wird das Jesuskind in weiße und goldene Tücher als sinnbildliche Farbe Gottes gewickelt. Maria trägt ein rotes Gewand zum Zeichen der Gottesliebe, und sie ist mit einem blauen Mantel eingehüllt. Josef trägt ein gelbes Gewand, die Farbe der Weisheit mit blauem und braunem Mantel.

Die Engel tragen weiß und goldene Farben und die Hirten sind mit grünen Gewändern ausgestattet, die neues Leben symbolisieren sollen.

Die Drei Könige tragen Gewänder, die in den Grundfarben dargestellt werden.

Auch im Leben der modernen Welt ist es gut bestellt um die Erhaltung und Pflege der geschätzten Krippe. Heute kann man noch immer Krippen bauen, und es macht besonders Freude, wenn man dies gemeinsam mit seinen Kindern tut. Bei der Bastelei bleibt genug Zeit, von Josef und Maria zu berichten und über die frohe Botschaft, die um die ganze Welt ging. Es ist eine schöne Gelegenheit, ein bisschen in die Vergangenheit zurückzukehren und sich gemeinsam mit den Kindern auf das Weihnachtsfest vorzubereiten und zu freuen.

Neben den Krippen haben die Weihnachtsbäume erhebliche Bedeutung im Weihnachtsbrauchtum. Allein in Deutschland werden schätzungsweise etwa 20 Millionen Tannenbäume und 10 Millionen Fichten gekauft und aufgestellt, und sie zieren die Wohnstube von Weihnachten bis zu Beginn des neuen Jahres.

In den allermeisten Fällen handelt es sich dabei um geschnittene Bäume aus speziellen Weihnachtsbaumkulturen, die eigens für diesen Zweck und nicht zuletzt aus merkantilen Zwecken angelegt wurden. Der Weihnachtsbaum, so wie wir ihn kennen, also mit brennenden Kerzen und Verzierungen, wurde erstmals durch Lieselotte von der Pfalz im Jahre 1708 bekannt. Richtig populär wurde im 19. und 20. Jahrhundert der Brauch des deutschen Christbaums. Dieser Brauch zu Weihnachten wurde auch in viele andere europäische Länder und nach Übersee sowie in weitere Regionen der Erde gebracht. So sind zum Beispiel in Dänemark, Finnland, Schweden, Norwegen und Island zwei Feste verschmolzen, denn das einheimische Julfest mit seinen alten bäuerlichen Ernte- und Mittwinterbräuchen ist mit dem importierten Weihnachtsfest vereint. In Australien ist zu unserer Weihnachtszeit gerat Sommer- und Ferienzeit. Dort werden die Häuser mit dem Grün des "christmas bush" und mit den "christmas bells", glockenförmigen Blumen, geschmückt. Die Geschenke gibt es



am Weihnachtsmorgen von Santa Claus. In Süd- und Mittelamerika werden Pinien und Kakteen und Kunststoffbäume für den Kerzenschmuck genutzt, und nur in den großen Städten gibt es eigens aus Europa importierte Tannenbäume.

Die Weihnachtsbräuche in den Vereinigten Staaten von Amerika setzten sich aus all dem Gut zusammen, das die Einwanderer aus ihrer Heimat mitgeführt haben. So haben die Engländer Santa Claus mitgebracht, und erste amerikanische Weihnachtsbäume wurden ab etwa 1830 erwähnt. Diese Tradition hat offenbar aus deutschen Landen seinen Weg nach Amerika gefunden.

Die Amerikaner mögen es besonders, hohe und prächtige Weihnachtsbäume mit allerlei Glimmer und Verzierung zu haben, die an öffentlichen Plätzen aufgestellt werden. Heute findet man in der Mehrzahl Weihnachtsbäume auch in amerikanischen Wohnungen, allerdings häufig aus Plastik, da dies so schön praktisch ist.

Bei unseren europäischen Nachbarn gibt es ähnliche, an unsere Bräuche angelehn-

te Weihnachtstraditionen. In Spanien ist allerdings der Dreikönigstag wichtiger als der Heilige Abend. Jedoch trifft man sich auch hier zum 24. Dezember mit der ganzen Familie und feiert. Weihnachtsbäume, besonders künstliche, sind bekannt.

Nicht zuletzt in Osteuropa und der GUS, hier insbesondere verbunden mit dem Fest des Jahreswechsels, haben weihnachtlich geschmückte Bäume einen festen Platz erhalten.

In einer Zeit, wo das Böse auf unserem Globus versucht, Macht zu gewinnen und der Kampf für und um den Frieden aktueller denn je geworden ist, ist es besonders wichtig, sich friedlicher Traditionen zu besinnen.

Eine Frohe Botschaft sollte für alle Menschen dieser Welt möglich werden. Wünschen wir uns deshalb besinnliche und friedfertige Weihnachtstage und für das Jahr 2002 Frieden und Verständigung in aller Welt.

Dr. Hans-Joachim Gräfe Kohren-Sahlis