

Ärzteblatt Sachsen



Inhalt 5/2003

Berufspolitik	Entschießung zur Rezertifizierung in der ärztlichen Fortbildung	164
	Freiwilliges Fortbildungszertifikat oder Pflichtfortbildung W. Donsbach	165
	Das Ärzteimage in der Bevölkerung – und Folgerungen für die Kommunikation des Berufs	176
	Wir wirken alle mit – am Arztbild in der Öffentlichkeit	181
Amtliche Bekanntmachungen	Ergebnisse der Wahl zur Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer für die Wahlperiode 2003/2007	166
	Zusammensetzung der Kammerversammlung in der Wahlperiode 2003/2007	174
	Bundesstatistik über Schwangerschaftsabbrüche	185
	Ärztendienst für Ausländer Meldung gemäß § 5a Abs. 2 BtMVV (Substitutionsregister)	186
Mitteilungen der Geschäftsstelle	13. Sächsischer Ärztetag/28. Kammerversammlung am 27. und 28. Juni 2003	175
	Ausschreibung Richard-Merten-Preis 2003	186
	Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden	186
	Mitteilung der Bezirksstelle Leipzig	186
	Konzerte und Ausstellungen	186
	Korrektur	186
Gesundheitspolitik	Th. Grünewald, B. R. Ruf Epidemiologie, Klinik und Prävention der humanen Pocken (Variola vera) – Teil II	182
	O. Bach Präventive Strategien des Nikotinabusus	183
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	187
Originalie	M. Nitsche, Th. Pinzer, D. Roesner, U. Eckelt Kraniosynostosen: Behandlung mit interdisziplinärem Konzept	188
	Impressum	191
Kultur und Kunst	Ausstellung – Wiederkehr	192
Personalien	Unsere Jubilare im Juni	192
Beilage	Fortbildung in Sachsen – Juli 2003	

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.

Entschießung zur Rezertifizierung in der ärztlichen Fortbildung

Die Sächsische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Sächsischen Landesärztekammer hat eine Resolution zur sogenannten Rezertifizierungsdebatte und zur Er- wägung der Gesundheitspolitik, die ärztlichen Kompetenzen zukünftig regelmäßig zu prü- fen, erarbeitet. Diese Resolution möchten wir hiermit den Lesern des *Ärzteblattes Sachsen* zur Kenntnis geben. Das Papier wurde an die Gesundheitsministerin Sachsens, die Bundes- gesundheitsministerin und andere relevante Institutionen versendet.

1. In der derzeitigen Diskussion um Refor- men im Gesundheitswesen spielen Erwägun- gen seitens der Politik zur „Kompetenzerhal- tung“ der im Gesundheitswesen tätigen Ärzte eine nicht unerhebliche Rolle. Die Gesund- heitsministerin Schmidt selbst, auch die Ge- sundheitsministerkonferenz der Länder befas- sen sich fortlaufend mit der Frage, inwieweit stärker Einfluss auf das Fortbildungsverhal- ten und das fachliche Kompetenzniveau der Ärzte genommen werden müsse.

2. Die zugrunde liegenden Vorstellungen gehen offenbar von zwei Vermutungen aus:
– nur der Staat könne durch Regulierungen das Kompetenzniveau der Ärzteschaft halten
– dem einzelnen Arzt, aber auch den ärztli- chen Körperschaften sei zu misstrauen, wenn dieselben die historisch gewachsene Eigen- verantwortung auf diesem Felde in den Vor- dergrund ihrer Argumentationen stellen.

3. In der ärztlichen Berufsordnung ist die grundsätzliche Verpflichtung zur Fortbildung festgelegt, wobei die Methoden des Wissens- erwerbs (Fachliteratur, Nutzung elektronischer Medien, Workshops, Fachvorträge, klinische Visiten, Tagungen der wissenschaftlichen Fach- gesellschaften, Arbeitsgemeinschaften u. a. m.) dem einzelnen Arzt überlassen bleiben.

4. Ob sich Ärzte angemessen fortbilden, ob sich Fortbildungsangebote direkt in Kompe- tenzerhöhung im Einzelfall umsetzen, wie die Qualität eines guten Arztes zu beurteilen sei (in die neben dem fachlichen Wissen, den handwerklichen Fertigkeiten, den kommuni- kativen Kompetenzen auch sein persönliches Wertesystem und sein Menschenbild einflie- ßen), sind zwar schwierig zu beantwortende Fragen; sie sind jedoch am ehesten von den berufsständischen Organisationen der Ärzte selbst beurteilbar, die sich ja auch durch ihre

berufsrechtlichen Instanzen mit fehlerhaften ärztlichen Handlungen auseinandersetzen.

5. Für eine vernünftige und fachbezogene wirksame Fortbildung in Deutschland spre- chen im allgemeinen:

- das hohe Versorgungsniveau des deutschen Gesundheitswesens
- die weitgehende Zufriedenheit der Be- völkerung mit der ärztlichen Versorgung
- die vielfältigen und intensiv genutzten Fortbildungsangebote, die durch Fachgesell- schaften, Kliniken, Ärztekammern, Berufsver- bände, die Pharmaindustrie, spezielle Bildungseinrichtungen (Universitäten, Fortbildungs- akademien etc.) in unübersehbarer Fülle Tag für Tag angeboten werden.

Eine zunehmende Rolle spielen hierbei auch die inzwischen bundesweit eingeführten Fort- bildungszertifikate, die einen demonstrierbaren Ausweis für Fortbildungsbemühungen der Ärz- teschaft darstellen.

6. Da Messungen und Prüfungen vom fach- lichen Niveau im Sinne von wiederholten Kompetenznachweisen aus organisatorischen und wirtschaftlichen Gründen gar nicht reali- sierbar sind (Erfahrungen anderer Länder ha- ben dies erwiesen) kann es nur den Weg geben, aus dem Alltagswissen heraus sich der schwierigen Materie zu nähern. Ein generel- ler Punkt hierzu wurde schon unter 5. ausge- führt. Wenn jährlich tausende von Fortbildungs- angeboten nutzbar sind und entsprechend viel- tausende Nutzer registriert werden, muss na- turgemäß ein Effekt erwartet werden dürfen. Darüber hinaus ist als weiterer wesentlicher Aspekt die subjektive Seite des Arztes und damit seine persönliche Motivation zur Fort- bildung zu benennen.

Diese Motivation wird von unterschiedlichen Faktoren förderlich beeinflusst:

- weil der Arzt nur mit modernem Kennt- nisstand einer aufgeklärten Patientenschaft gegenüber bestehen kann,
- weil er durch fachliches Versagen seine berufliche Existenz gefährden würde,
- weil er im marktwirtschaftlichen Sinne auch in Konkurrenz zu anderen Anbietern steht,
- weil er (oft) selbst nicht nur Fortzubilden- der, sondern zugleich auch Fortbilder ist,
- weil er sich wirtschaftlichen Zwängen gegenüber sieht (z.B. Budgetierung), die es auch aus eigenexistenziellen Gründen erfor- derlich machen, durch Know-how dem dar- aus resultierenden Dilemma zu begegnen,

– und nicht zuletzt, weil er einen Beruf gewählt hat, der ihn aus ethischen Gründen zwingt, das Beste für seine Patienten zu tun. Beobachtet man diese motivationale Seite der Angelegenheit, kann man die Hypothese auf- stellen: es ist zu erwarten, dass sich jeder Arzt fortbildet,

- weil er durch den Erwerb von Zusatzqua- lifikationen auch wirtschaftliche Effekte er- warten kann,
- weil er in einer Karrierehierarchie in der Regel nur durch mehr Kenntnis, mehr Fertig- keiten und ein solides Auftreten reüssieren kann

Es erscheint im übrigen von der Politik wenig beachtet zu werden, dass die Ärzte auch in der Fort- und Weiterbildung erhebliche materiel- le Aufwendungen persönlich zu tragen haben.

7. Die Ärzteschaft muss – wenn sie ihren Beruf als freien Beruf weiter definieren will und wenn sie staatlichen Dirigismus abweh- ren will (selbst in der Zeit der Diktatoren in Deutschland ist an diesem Selbstverständnis nicht gerührt worden) – energisch gegen die derzeit obwaltenden Intentionen, den Berufs- stand zu dezimieren und zu miskreditieren, Widerstand leisten. (Die Motive der gegen- wärtigen Politik, die hinter den Angriffen auf den Berufsstand stehen, sind durchschaubar, aber hier nicht zu erörtern.) Die Aufgaben des Staates liegen völlig auf anderer Ebene. Er muss die gesundheitspolitischen Voraussetzun- gen schaffen, dass sich der Arzt seinen Pati- enten mehr zuwenden kann, indem er eine überbordende Bürokratie vermeidet, die Finan- zierungssysteme optimiert, die universitäre Ausbildung praxisorientierter gestaltet und vieles anderes mehr.

8. Die Akademie für ärztliche Fortbildung der Sächsischen Landesärztekammer setzt weiterhin auf die aus dem ärztlichen Berufs- stand heraus entwickelten Methoden der Fort- und Weiterbildung und lehnt jeglichen staatlichen Dirigismus ab. Letzteres vermag die Probleme, die es im Einzelfall geben mag, nicht zu lösen; es vermag aber den ärzt- lichen Beruf in seiner Attraktivität weiter zu schmälern, was nicht im Interesse der medi- zinischen Versorgung liegen kann.

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach
Vorsitzender der Sächsischen Akademie
für ärztliche Fort- und Weiterbildung
Mitglied des Vorstandes des Deutschen Senates
für ärztliche Fortbildung

Freiwilliges Fortbildungszertifikat oder Pflichtfortbildung

In den Turbulenzen um die Reform des Gesundheitswesens ist die Fortbildung etwas untergegangen, doch das bedeutet nicht, dass ihr Stellenwert bedeutungslos wäre, im Gegenteil. Die Gesundheitsministerkonferenz mit ihrer Arbeitsgruppe „Berufe im Gesundheitswesen“ hat sich auf der Sitzung am 26. und 27. November 2002 in Mainz durchaus mit der Fortbildung beschäftigt. Zwar wird nicht mehr von der angedachten **Rezertifizierung** gesprochen, vermutlich, weil sie mit allen Konsequenzen gar nicht machbar ist, sondern von der „Systematischen Darlegung der Kompetenzerhaltung im Gesundheitswesen“. Da sich kein Mensch etwas vernünftiges darunter vorstellen kann, wurde auch gleich ein Fragenkatalog zur „Systematischen Darlegung der Kompetenzerhaltung im Gesundheitswesen“ mitgeliefert.

Folgende Fragen wurden aufgeworfen und zur Diskussion gestellt:

1. Verpflichtung der Kammern, der Aufsichtsbehörde in regelmäßigen Abständen über die Maßnahmen zur Kompetenzerhaltung der Kammerangehörigen zu berichten?
2. Einführung einer obligatorischen Fortbildungsordnung durch die Kammern?
3. Sollen Möglichkeiten für Anreize zur Kompetenzerhaltung getroffen werden? Wenn ja, welche?
4. Sollen die Kammern Listen mit Kammerangehörigen, die ein Fortbildungszertifikat erhalten haben, veröffentlichen?
5. Möglichkeit zur Befristung von Fachgebietsbezeichnungen und Überprüfung der Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten vor Wiedererteilung?

Und das nur, weil die Politik der Meinung ist, die Ärzte bilden sich nicht richtig und nicht genügend fort bzw. es gibt keinen Nachweis für eine ordnungsgemäß absolvierte Fortbildung. Eine erfolgreich abgeschlossene Weiterbildung wird durch eine Facharzturkunde nachgewiesen. Aber eine erfolgte und erfolgreiche Fortbildung ...?

In der Berufsordnung steht im § 4 – Fortbildung –

„(1) Der Arzt, der seinen Beruf ausübt, ist verpflichtet, sich in dem Umfang beruflich weiterzubilden, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zu seiner Berufsausübung erforderlichen Fachkenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten notwendig ist.

(2) Der Arzt muss seine Fortbildung nach Absatz 1 gegenüber der Ärztekammer in geeigneter Form nachweisen können.“

Es gibt auch genügend, vielleicht zu viele, Fortbildungsangebote. Aber es fehlte bisher der Nachweis, der Beweis, dass sich ein Arzt fortgebildet hat. Einzelne Teilnahmebescheinigungen und Bestätigungen wurden bei Veranstaltungen gar nicht erst mitgenommen, verlegt oder weggeworfen, wenn sie nicht gerade für die Abrechnung nützlich sind.

Da die ersten Vorwürfe über mangelnde Fortbildung der Ärzte auf einer Gesundheitsministerkonferenz 1995 erhoben wurden, haben die Ärztekammern als Reaktion darauf das „Freiwillige Fortbildungszertifikat der Ärztekammern“ geschaffen. Nun war er endlich da, der Nachweis, der Beweis, dass sich ein Arzt fortgebildet hat. Aller Welt konnte nun kundgetan werden: „Ich habe mich fortgebildet!“ Nur – der Run auf den Erwerb des Fortbildungszertifikates blieb aus. In Sachsen wurden seit 1999 bis Ende 2002 bei ca. 17.000 Ärzten gerade einmal 718 Zertifikate erworben. Das ist zu wenig, sehr bedauerlich und ein willkommenes Argument für die Politik, die Ärzte bilden sich eben doch nicht ausreichend fort und Pflichtfortbildung, Rezertifizierung etc. sind angesagt.

Anders dagegen verhalten sich die Fortbildungsveranstalter. Diese haben ihre Chance erkannt und alle Fortbildungsanbieter möchten ihre Veranstaltung „bepunktet“ haben. Seit 1999 wurden in Sachsen 8500 Veranstaltungen zertifiziert. Im ersten Quartal 2003 allein ca. 850.

Woran liegt die zurückhaltende Beteiligung am Erwerb des „Freiwilligen Fortbildungszertifikates“?

1. Vielleicht an der „Freiwilligkeit“? Es wurde eben keine verpflichtende Festlegung zum Erwerb getroffen, man glaubte, die Ärzte würden freiwillig die Chance nutzen, der Politik zu beweisen, dass die Ärzteschaft sich ausreichend und kompetent fortbildet. Damit könnte der Politik bewiesen werden, wir brauchen keine Pflichtfortbildung.

2. Das Fortbildungszertifikat kostet Geld. Dazu kann gesagt werden, dass die Bearbeitung und Ausfertigung eines Fortbildungszertifikates Kosten verursacht, die durch satzungsgemäße Gebührenerhebung ausgeglichen werden müssen, zumal es sich um eine individuelle Leistung für einen einzelnen Arzt handelt, die nicht durch die Beiträge aller Ärzte kompensiert werden kann.

3. Das Fortbildungszertifikat bringt mir nichts und es fragt keiner danach, ist ein weiteres Argument. Von der Politik und der Öffentlichkeit ist das Bemühen der Ärztekammern, das Fortbildungsverhalten der Ärzte zu dokumentieren und nachzuweisen, sehr wohl registriert worden. Allerdings wird dabei die zurückhaltende Beteiligung höher bewertet, als das ehrliche Bemühen der Kolleginnen und Kollegen, die das Fortbildungszertifikat schon erworben haben.

Oft hört man auch die Meinung: „Das Fortbildungszertifikat ist nur etwas für niedergelassene Ärzte“. Das scheint auch unsere Statistik zu bestätigen. Von den bis Ende 2002 erteilten 718 Fortbildungszertifikaten wurden 503 an niedergelassene Ärzte erteilt und 215 an angestellte Ärzte. Das Argument der angestellten Ärzte, wir befinden uns doch in unserem Krankenhaus in einer permanenten Fortbildung, sollte gerade durch den Erwerb des Fortbildungszertifikates belegt werden.

Wenn wir nicht wollen, dass uns eines Tages eine bürokratische und sinnlose Pflichtfortbildung übergestülpt wird, sollten wir die Chance nutzen und beweisen, dass die Ärzteschaft durchaus in der Lage ist, freiwillig ihrer Fortbildungspflicht nachzukommen.

Aus diesen Gründen appellieren wir an die Ärzte Sachsens: erwerben Sie das Fortbildungszertifikat der Landesärztekammer. Auskunft dazu erteilt Ihnen Frau Rose, Referat Fortbildung, Telefon: 03 51/82 67 3-17.

Dr. med. Siegfried Herzig
Ärztlicher Geschäftsführer

Ergebnisse der Wahl zur Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer für die Wahlperiode 2003/2007

Vom 24. März bis 9. April 2003 fand gemäß §§ 9 und 10 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes vom 24. Mai 1994 sowie der Wahlordnung für die Wahl zur Sächsischen Landesärztekammer (in der Fassung der Änderungssatzung vom 09. August 2000) die Neuwahl der Mitglieder der Kammerversammlung statt.

Der Landeswahlausschuss hat in seiner Sitzung am 24. April 2003 die ordnungsgemäße Durchführung der Wahl bestätigt.

Wahlberechtigt waren insgesamt 17.257 Ärztinnen und Ärzte. Von diesen gaben 8.035 fristgemäß ihre Stimme ab. Dies entspricht einer Wahlbeteiligung von 46,56 %.

Bei der bis zum 16. April 2003 erfolgten Stimmenausszählung wurden 202 ungültige Stimmabgaben festgestellt. Dies entspricht 2,51 % der fristgemäß abgegebenen Stimmen.

Insgesamt stellten sich 144 Kandidaten zur Wahl, von denen 101 als Mandatsträger in die Kammerversammlung gewählt wurden.

Gemäß § 23 der Wahlordnung der Sächsischen Landesärztekammer gelten folgende Bewerber in ihren Wahlkreisen als gewählt (Gewählte Mitglieder sowie nachrückende Mitglieder):

Wahlkreis im Regierungsbezirk Chemnitz

Stadt Chemnitz	1.283	596 fristgemäß	46,45 %	15
8 Sitze	Wahl-	eingegangene	Wahlbe-	ungültige
9 Kandidaten	berechtigte	Stimmbriefe	teiligung	Stimmabgaben

Gewählte Mitglieder	Stimmen	Nachrückende Mitglieder	Stimmen
Dr. med. Dietrich Meißner Facharzt für Chirurgie Niedergelassener Arzt, Chemnitz	481	PD Dr. med. Joachim Boese-Landgraf Facharzt für Chirurgie, Angestellter Arzt, Klinikum Chemnitz gGmbH	247
Dr. med. Claudia Kühnert Fachärztin für Allgemeinmedizin Niedergelassene Ärztin, Chemnitz	473		
Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl Facharzt für Kinder- und Jugend- medizin, Facharzt für Mikrobiolo- gie und Infektionsepidemiologie Angestellter Arzt, Landesunter- suchungsanstalt für Gesundheit und Veterinärwesen Sachsen in Chemnitz	440		
Dr. med. Roland Endesfelder Facharzt für Chirurgie Arzt im Ruhestand, Chemnitz	431		
Dr. med. Dietrich Hofmann Facharzt für Augenheilkunde Niedergelassener Arzt, Chemnitz	423		
Dr. med. Falko Lohse Facharzt für Chirurgie Angestellter Arzt, Klinikum Chemnitz gGmbH	392		
Dr. med. Andreas Bartusch Facharzt für Kinderchirurgie Angestellter Arzt, Klinikum Chemnitz gGmbH	344		
Dr. med. Birger Path Facharzt für Anästhesiologie Angestellter Arzt, Klinikum Chemnitz gGmbH	333		

Annaberg	216	130 fristgemäß	60,19 %	2
1 Sitz	Wahl-	eingegangene	Wahlbe-	ungültige
1 Kandidat	berechtigte	Stimmbriefe	teiligung	Stimmabgaben

Gewählte Mitglieder	Stimmen	Nachrückende Mitglieder	Stimmen
DM Hans-Georg Lembcke Facharzt für Allgemeinmedizin Niedergelassener Arzt, Schlettau	128	keine	

Aue-Schwarzenberg	482	256 fristgemäß	53,11 %	9
3 Sitze	Wahl-	eingegangene	Wahlbe-	ungültige
4 Kandidaten	berechtigte	Stimmbriefe	teiligung	Stimmabgaben

Gewählte Mitglieder	Stimmen	Nachrückende Mitglieder	Stimmen
Dr. med. Steffen Liebscher Facharzt für Innere Medizin Niedergelassener Arzt, Aue	220	Mike Ohnesorge Arzt in Weiterbildung Angestellter Arzt, HELIOS Klinikum Aue	113
Dr. med. Irmgard Murad Fachärztin für Allgemeinmedizin Niedergelassene Ärztin, Aue	190		
Lars Schirmer Arzt im Praktikum Angestellter Arzt, HELIOS Klinikum Aue	150		

Chemnitzer Land	359	188 fristgemäß	52,37 %	4
2 Sitze	Wahl-	eingegangene	Wahlbe-	ungültige
2 Kandidaten	berechtigte	Stimmbriefe	teiligung	Stimmabgaben

Gewählte Mitglieder	Stimmen	Nachrückende Mitglieder	Stimmen
Prof. Dr. med. Rainer Morgenstern Facharzt für Chirurgie Angestellter Arzt, Kreiskrankenhaus „R.-Virchow Glauchau“ gGmbH	170	keine	

Dr. med. Michael Kottke 168
 Facharzt für Innere Medizin
 Angestellter Arzt, Kreiskrankenhaus
 „R.-Virchow Glauchau“ gGmbH

Freiberg 346 199 fristgemäß 57,51 % 9
 2 Sitze Wahl- eingegangene Wahlbe- ungültige
 2 Kandidaten berechnigte Stimmbriefe teiligung Stimmbgaben

Gewählte Mitglieder Stimmen Nachrückende Mitglieder Stimmen

Dr. med. Michael Neubauer 179 keine
 Facharzt für Kinderchirurgie
 Facharzt für Chirurgie
 Angestellter Arzt,
 Kreiskrankenhaus Freiberg gGmbH

Dr. med. Hella Wunderlich 168
 Fachärztin für Allgemeinmedizin
 Niedergelassene Ärztin,
 Großhartmannsdorf

Mittlerer
Erzgebirgskreis 222 130 fristgemäß 58,56 % 1
 1 Sitz Wahl- eingegangene Wahlbe- ungültige
 3 Kandidaten berechnigte Stimmbriefe teiligung Stimmbgaben

Gewählte Mitglieder Stimmen Nachrückende Mitglieder Stimmen

Dr. med. Rolf Gründig 56 Dr. med. Carola Herbst 49
 Facharzt für Urologie
 Niedergelassener Arzt, Marienberg
 Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin
 Niedergelassene Ärztin, Zschopau

Dr. med. Gunter Wagner 24
 Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
 Angestellter Arzt, Kreiskrankenhaus
 Mittleres Erzgebirge, Zschopau

Mittweida 343 181 fristgemäß 52,77 % 5
 2 Sitze Wahl- eingegangene Wahlbe- ungültige
 4 Kandidaten berechnigte Stimmbriefe teiligung Stimmbgaben

Gewählte Mitglieder Stimmen Nachrückende Mitglieder Stimmen

Dr. med. Michael Teubner 111 DM Claudia Glanz 85
 Facharzt für Innere Medizin
 Niedergelassener Arzt, Burgstädt
 Fachärztin für Allgemeinmedizin
 Niedergelassene Ärztin, Geringswalde

Dr. med. Rudolf Marx 92 DM Angelika Straube 54
 Facharzt für Öffentliches
 Gesundheitswesen
 Angestellter Arzt,
 Gesundheitsamt Mittweida
 Praktische Ärztin
 Angestellte Ärztin
 in einer Praxis,
 Burgstädt

Stadt Plauen 334 171 fristgemäß 51,20 % 0
 2 Sitze Wahl- eingegangene Wahlbe- ungültige
 5 Kandidaten berechnigte Stimmbriefe teiligung Stimmbgaben

Gewählte Mitglieder Stimmen Nachrückende Mitglieder Stimmen

Dr. med. Tobias Kaminke 134 Prof. Dr. med. habil. Lutz Kowalzik 45
 Facharzt für Neurologie
 Niedergelassener Arzt, Plauen
 Facharzt für Haut- und
 Geschlechtskrankheiten
 Angestellter Arzt,
 Vogtland-Klinikum GmbH, Plauen

Dr. med. Hans-Jürgen Schuster 112 Dr. med. Dimitar Iliev 24
 Facharzt für Urologie
 Niedergelassener Arzt, Plauen
 Facharzt für Haut- und
 Geschlechtskrankheiten
 Angestellter Arzt,
 Vogtland-Klinikum GmbH, Plauen

PD Dr. med. Efsthios Savvidis 24
 Facharzt für Orthopädie
 Angestellter Arzt,
 Vogtland-Klinikum GmbH, Plauen

Stollberg 231 124 fristgemäß 53,68 % 3
 1 Sitz Wahl- eingegangene Wahlbe- ungültige
 1 Kandidat berechnigte Stimmbriefe teiligung Stimmbgaben

Gewählte Mitglieder Stimmen Nachrückende Mitglieder Stimmen

Dr. med. Günter Bartsch 121 keine
 Facharzt für Kinder- und
 Jugendmedizin
 Niedergelassener Arzt, Neukirchen

Vogtlandkreis 644 285 fristgemäß 44,25 % 16
 4 Sitze Wahl- eingegangene Wahlbe- ungültige
 4 Kandidaten berechnigte Stimmbriefe teiligung Stimmbgaben

Gewählte Mitglieder Stimmen Nachrückende Mitglieder Stimmen

Dr. med. Dietrich Steiniger 230 keine
 Facharzt für Chirurgie
 Angestellter Arzt, Kreiskrankenhaus
 Rodewisch-Obergöltzsch, Rodewisch

DM Jens Baumann 220
 Praktischer Arzt
 Niedergelassener Arzt, Lengelfeld

DM Axel Scurt 198
 Facharzt für Radiologische Diagnostik
 Niedergelassener Arzt, Reichenbach

DM Ulrich Lehmann Facharzt für Chirurgie Angestellter Arzt, hospitalia Kliniken GmbH, Reichenbach	193	Dr. med. Thomas Fritz Facharzt für Innere Medizin Angestellter Arzt, Universitätsklinikum Dresden	777	Uta-Katharina Schmidt Ärztin in Weiterbildung Angestellte Ärztin, Universitätsklinikum Dresden	519
--	-----	--	-----	---	-----

Stadt Zwickau	509	258 fristgemäß	50,69 %	9
3 Sitze	Wahl-	eingegangene	Wahlbe-	ungültige
3 Kandidaten	berechtigte	Stimmbriefe	teiligung	Stimmabgaben

Dr. med. habil. Eckart Wunderlich Facharzt für Innere Medizin Angestellter Arzt, Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt	752	PD Dr. med. habil. Reinhardt Sternitzky Facharzt für Innere Medizin Niedergelassener Arzt, Dresden	517
--	-----	--	-----

Gewählte Mitglieder	Stimmen	Nachrückende Mitglieder	Stimmen
----------------------------	----------------	--------------------------------	----------------

Prof. Dr. med. habil. Burkhard Knopf Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten Angestellter Arzt, Heinrich-Braun-Krankenhaus, Zwickau	223	keine	
--	-----	-------	--

Dr. med. Norbert Grosche Facharzt für Radiologie Niedergelassener Arzt, Dresden	748	DM Christina Grund Fachärztin für Allgemeinmedizin Niedergelassene Ärztin, Dresden	509
---	-----	--	-----

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Arzt im Ruhestand, Dresden	718	Dr. med. Antje Bergmann Fachärztin für Allgemeinmedizin Angestellte Ärztin, Universitätsklinikum Dresden	504
--	-----	---	-----

DM Thomas Dürr Facharzt für Allgemeinmedizin Niedergelassener Arzt, Zwickau	192		
---	-----	--	--

Dr. med. Gisela Trübsbach Fachärztin für Radiologie Niedergelassene Ärztin, Dresden	709	Dr. med. Jasin Prehn Facharzt für Allgemeinmedizin Niedergelassener Arzt, Dresden	495
---	-----	---	-----

Dr. med. Bernhard Ackermann Facharzt für Allgemeinmedizin Niedergelassener Arzt, Zwickau	180		
--	-----	--	--

PD Dr. med. habil. Maria Kabus Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Angestellte Ärztin, Krankenhaus Dresden-Neustadt	663	Eva-Maria Schlinzig Fachärztin für Allgemeinmedizin Niedergelassene Ärztin, Dresden	485
--	-----	---	-----

Zwickauer Land	323	127 fristgemäß	39,32 %	4
2 Sitze	Wahl-	eingegangene	Wahlbe-	ungültige
2 Kandidaten	berechtigte	Stimmbriefe	teiligung	Stimmabgaben

Prof. Dr. med. habil. Claus Seebacher Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten Arzt im Ruhestand, Dresden	656	Dr. med. Klaus Weinert Facharzt für Allgemeinmedizin Arzt im Ruhestand, Dresden	434
---	-----	---	-----

Gewählte Mitglieder	Stimmen	Nachrückende Mitglieder	Stimmen
----------------------------	----------------	--------------------------------	----------------

Dr. med. Diethard Weichsel Facharzt für Allgemeinmedizin Niedergelassener Arzt, Crinitzberg	108	keine	
---	-----	-------	--

Dr. med. Bettina Prager Fachärztin für Humangenetik Niedergelassene Ärztin, Dresden	652	DM Helmut Schubarth Facharzt für Allgemeinmedizin Niedergelassener Arzt, Dresden	412
---	-----	--	-----

PD Dr. med. habil. Gerhard Heptner Facharzt für Innere Medizin Niedergelassener Arzt, Dresden	628		
---	-----	--	--

Dr. med. Frieder Braun Facharzt für Allgemeinmedizin Niedergelassener Arzt, Denneritz	101		
---	-----	--	--

Bettina Pfannkuchen Fachärztin für Allgemeinmedizin Niedergelassene Ärztin, Dresden	611		
---	-----	--	--

Wahlkreise im Regierungsbezirk Dresden

Stadt Dresden	3.168	1.261 fristgemäß	39,80 %	42
19 Sitze	Wahl-	eingegangene	Wahlbe-	ungültige
28 Kandidaten	berechtigte	Stimmbriefe	teiligung	Stimmabgaben

Dr. med. Manfred Halm Facharzt für Chirurgie Angestellter Arzt, Krankenhaus Dresden-Neustadt	605		
---	-----	--	--

Gewählte Mitglieder	Stimmen	Nachrückende Mitglieder	Stimmen
----------------------------	----------------	--------------------------------	----------------

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze Facharzt für Innere Medizin Angestellter Arzt, Universitätsklinikum Dresden	941	Dr. med. Michael Nitschke Arzt in Weiterbildung Angestellter Arzt, Herzzentrum Dresden GmbH	523
--	-----	--	-----

Dr. med. Rainer Weidhase Facharzt für Chirurgie Angestellter Arzt, Krankenhaus Dresden-Neustadt	579		
--	-----	--	--

Dr. med. Ursula Hausmann Fachärztin für Allgemeinmedizin Niedergelassene Ärztin, Dresden	555		
--	-----	--	--

Dr. med. Thomas Rothe Facharzt für Allgemeinmedizin Niedergelassener Arzt, Dresden	555			
Dr. med. Brigitta Krosse Fachärztin für Innere Medizin Niedergelassene Ärztin, Dresden	545			
Dr. med. Kristina Weiss Fachärztin für Allgemeinmedizin Niedergelassene Ärztin, Dresden	545			
Dr. med. Angela Jeromin Fachärztin für Allgemeinmedizin Niedergelassene Ärztin, Dresden	541			
Dr. med. Petra Merkel Fachärztin für Chirurgie Ärztin im Ruhestand, Dresden	531			

Bautzen	420	193 fristgemäß	45,95 %	5
3 Sitze	Wahl-	eingegangene	Wahlbe-	ungültige
3 Kandidaten	berechtigte	Stimmbriefe	teiligung	Stimmabgaben

Gewählte Mitglieder	Stimmen	Nachrückende Mitglieder	Stimmen
Dr. med. Karl-Friedrich Breiter Facharzt für Innere Medizin Arzt im Ruhestand, Bautzen	158	keine	
Steffen Seiler Facharzt für Anästhesiologie Angestellter Arzt, Klinikum Krankenhaus Bautzen	147		
Christian Liebisch Arzt in Weiterbildung, Angestellter Arzt, Klinikum Krankenhaus Bischofswerda	123		

Stadt Görlitz	360	167 fristgemäß	46,39 %	3
2 Sitze	Wahl-	eingegangene	Wahlbe-	ungültige
2 Kandidaten	berechtigte	Stimmbriefe	teiligung	Stimmabgaben

Gewählte Mitglieder	Stimmen	Nachrückende Mitglieder	Stimmen
Dr. med. Matthias Liebig Facharzt für Innere Medizin Angestellter Arzt, Städtisches Klinikum Görlitz GmbH	156	keine	
Dr. med. Hans-Henning Abel Facharzt für Anästhesiologie, Facharzt für Physiologie, Angestellter Arzt, St.-Carolus-Krankenhaus, Görlitz	98		

Hoyerswerda	228	110 fristgemäß	48,25 %	2
1 Sitz	Wahl-	eingegangene	Wahlbe-	ungültige
2 Kandidaten	berechtigte	Stimmbriefe	teiligung	Stimmabgaben

Gewählte Mitglieder	Stimmen	Nachrückende Mitglieder	Stimmen
DM Norbert Dobberstein Facharzt für Innere Medizin Niedergelassener Arzt, Hoyerswerda	65	Dr. med. Helmut Schmidt Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin Angestellter Arzt, Klinikum Hoyerswerda gGmbH	43

Kamenz	374	177 fristgemäß	47,33 %	2
2 Sitze	Wahl-	eingegangene	Wahlbe-	ungültige
4 Kandidaten	berechtigte	Stimmbriefe	teiligung	Stimmabgaben

Gewählte Mitglieder	Stimmen	Nachrückende Mitglieder	Stimmen
DM Ingolf Schmidt Facharzt für Allgemeinmedizin Niedergelassener Arzt, Ossling	117	Dr. med. Matthias Czech Facharzt für Innere Medizin Angestellter Arzt, ASKLEPIOS-ASB Klinik Radeberg	80

Dr. med. Steffen Fiedler Arzt in Weiterbildung Angestellter Arzt, Malteserkrankenhaus „St. Johannes“ Kamenz	83	Maik Schimmang Arzt in Weiterbildung Angestellter Arzt, Malteserkrankenhaus „St. Johannes“ Kamenz	62
--	----	--	----

Löbau-Zittau	401	194 fristgemäß	48,38 %	10
2 Sitze	Wahl-	eingegangene	Wahlbe-	ungültige
5 Kandidaten	berechtigte	Stimmbriefe	teiligung	Stimmabgaben

Gewählte Mitglieder	Stimmen	Nachrückende Mitglieder	Stimmen
Ute Taube Fachärztin für Allgemeinmedizin Niedergelassene Ärztin, Berthelsdorf	89	Michael Korb Facharzt für Chirurgie Angestellter Arzt, Kreiskrankenhaus Löbau, Ebersbach	75

Dr. med. Winfried Rieger Facharzt für Innere Medizin Angestellter Arzt Kreiskrankenhaus Löbau, Ebersbach	87	Dr. med. Eberhard Huschke Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Angestellter Arzt, Kreiskrankenhaus Löbau, Ebersbach	72
		PD Dr. med. habil. Charles Dewey Facharzt für Diagnostische Radiologie Niedergelassener Arzt, Löbau	42

Meißen-Radebeul	519	248 fristgemäß	47,78 %	5
3 Sitze	Wahl-	eingegangene	Wahlbe-	ungültige
4 Kandidaten	berechtigte	Stimmbriefe	teiligung	Stimmabgaben

Gewählte Mitglieder	Stimmen	Nachrückende Mitglieder	Stimmen
Dr. med. Johannes Baumann Facharzt für Allgemeinmedizin Niedergelassener Arzt, Coswig	208	Dr./Universität Rouen Heinfried Duncker Facharzt für Psychotherapeutische Medizin Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie	117
Dr. med. Frank Eisenkrätzer Facharzt für Allgemeinmedizin Niedergelassener Arzt, Radebeul	206	Angestellter Arzt, Evangelische Fachklinik Heidehof gGmbH, Weinböhma	
Dr. med. Jürgen Straube Facharzt für Innere Medizin Niedergelassener Arzt, Meißen	139		

Niederschlesischer				
Oberlausitzkreis	215	92 fristgemäß	42,79 %	0
1 Sitz	Wahl-	eingegangene	Wahlbe-	ungültige
1 Kandidat	berechtigte	Stimmbriefe	teiligung	Stimmabgaben

Gewählte Mitglieder	Stimmen	Nachrückende Mitglieder	Stimmen
DM Thomas Flämig Facharzt für Innere Medizin Niedergelassener Arzt, Niesky	92	keine	

Riesa-Großenhain	317	147 fristgemäß	46,37 %	2
2 Sitze	Wahl-	eingegangene	Wahlbe-	ungültige
2 Kandidaten	berechtigte	Stimmbriefe	teiligung	Stimmabgaben

Gewählte Mitglieder	Stimmen	Nachrückende Mitglieder	Stimmen
Dr. med. Michael Aßmann Facharzt für Innere Medizin Angestellter Arzt, Klinikum Riesa-Großenhain, Riesa	135	keine	
Dr. med. Roland Zippel Facharzt für Chirurgie Angestellter Arzt, Klinikum Riesa-Großenhain, Riesa	123		

Sächsische Schweiz	502	229 fristgemäß	45,62 %	6
3 Sitze	Wahl-	eingegangene	Wahlbe-	ungültige
3 Kandidaten	berechtigte	Stimmbriefe	teiligung	Stimmabgaben

Gewählte Mitglieder	Stimmen	Nachrückende Mitglieder	Stimmen
Dr. med. Heidemarie Clausnitzer Fachärztin für Allgemeinmedizin Niedergelassene Ärztin, Heidenau	184	keine	
DM Matthias Schmidt Facharzt für Neurologie Niedergelassener Arzt, Neustadt	178		
Torsten Granzow Facharzt für Innere Medizin Niedergelassener Arzt, Hohwald/Langburkersdorf	171		

Weißeritzkreis	438	182 fristgemäß	41,55 %	1
3 Sitze	Wahl-	eingegangene	Wahlbe-	ungültige
3 Kandidaten	berechtigte	Stimmbriefe	teiligung	Stimmabgabe

Gewählte Mitglieder	Stimmen	Nachrückende Mitglieder	Stimmen
DM Klaus-Ulrich Däßler Facharzt für Innere Medizin Niedergelassener Arzt, Freital	164	keine	
Dr. med. Jörg Wienold Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Angestellter Arzt, Kreiskrankenhaus, Freital	121		
DM Ulrike Bielß Fachärztin für Innere Medizin Angestellte Ärztin, Kreiskrankenhaus, Freital	114		

Wahlkreise im Regierungsbezirk Leipzig

Stadt Leipzig	3.299	1.520 fristgemäß	46,07 %	29
19 Sitze	Wahl-	eingegangene	Wahlbe-	ungültige
30 Kandidaten	berechtigte	Stimmbriefe	teiligung	Stimmabgaben

Gewählte Mitglieder	Stimmen	Nachrückende Mitglieder	Stimmen
Dr. med. habil. Hans-Joachim Verlohren Facharzt für Innere Medizin Niedergelassener Arzt, Leipzig	890	DM Hans-Günther Korb Facharzt für Chirurgie niedergelassen als Praktischer Arzt, Leipzig	690

Dr. med. Stefan Windau Facharzt für Innere Medizin Niedergelassener Arzt, Leipzig	863	Dr. med. Katrin Behrends Fachärztin für Anästhesiologie, Angestellte Ärztin, Universitätsklinikum Leipzig	673	Dr. med. Wolfram Lieschke Facharzt für Augenheilkunde Niedergelassener Arzt, Leipzig	781
Dr. med. Michael Burgkhardt Facharzt für Urologie Facharzt für Allgemeinmedizin Niedergelassener Arzt, Leipzig	862	Prof. Dr. med. habil. Christoph Josten Facharzt für Chirurgie Angestellter Arzt, Universitätsklinikum Leipzig	654	Dr. med. Suse Körner Fachärztin für Augenheilkunde Niedergelassene Ärztin, Leipzig	761
Prof. Dr. med. habil. Eberhard Keller Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin Angestellter Arzt, Universitätsklinikum Leipzig	858	Dr. med. Clemens Weiss Facharzt für Chirurgie Arzt im Ruhestand, Leipzig	641	Prof. Dr. med. habil. Peter Leonhardt Facharzt für Innere Medizin Arzt im Ruhestand, Leipzig	747
Dr. med. Jörg Hammer Facharzt für Chirurgie Niedergelassener Arzt, Leipzig	850	DM Sylvia Gütz Fachärztin für Innere Medizin Angestellte Ärztin, Städtisches Klinikum „St. Georg“, Leipzig	612	Dr. med. Torsten Wolf Facharzt für Anästhesiologie Niedergelassener Arzt, Leipzig	743
Dr. med. Thomas Lipp Facharzt für Allgemeinmedizin Niedergelassener Arzt, Leipzig	846	Franca Noack-Wiemers Ärztin in Weiterbildung, Angestellte Ärztin, Universitätsklinikum Leipzig	604	Prof. Dr. med. habil. Rolf Haupt Facharzt für Pathologie Angestellter Arzt, Städtisches Klinikum „St. Georg“, Leipzig	714
Dr. med. Claus Vogel Facharzt für Hals-, Nasen-Ohrenheilkunde Niedergelassener Arzt, Leipzig	844	Patrick Stumpp Arzt in Weiterbildung Angestellter Arzt, Universitätsklinikum Leipzig	588	Dr. med. Bernd Pittner Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Niedergelassener Arzt, Leipzig	701
Prof. Dr. med. habil. Gunter Gruber Facharzt für Innere Medizin Angestellter Arzt, Universitätsklinikum Leipzig	840	Helmut Friedlein Arzt in Weiterbildung Angestellter Arzt, Universitätsklinikum Leipzig	543	Delitzsch 2 Sitze 4 Kandidaten	392 Wahl- berechtigte
DM Ulrike Jung Fachärztin für Orthopädie Niedergelassene Ärztin, Leipzig	821	Dr. med. Christian Rudolph Facharzt für Anästhesiologie Angestellter Arzt, Universitätsklinikum Leipzig	499	195 fristgemäß eingegangene Stimmbriefe	49,74 % Wahlbe- teiligung
Dr. med. Wolfram Strauß Facharzt für Hals-, Nasen- Ohrenheilkunde, Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie Niedergelassener Arzt, Leipzig	821	Dr. med. Holger Siekmann Facharzt für Chirurgie Angestellter Arzt, Universitätsklinikum Leipzig	484	Gewählte Mitglieder	Stimmen
Prof. Dr. med. habil. Friedrich Kamprad Facharzt für Radiologie Angestellter Arzt, Universitätsklinikum Leipzig	808	Prof. Dr. med. Ralf Paschke Facharzt für Innere Medizin Angestellter Arzt, Universitätsklinikum Leipzig	350	DM Andreas Koch Facharzt für Allgemeinmedizin Niedergelassener Arzt, Delitzsch	122
Dr. med. Mathias Cebulla Facharzt für Innere Medizin Angestellter Arzt, Städtisches Klinikum „St. Georg“, Leipzig	804			Dr. med. Konrad Reuter Facharzt für Hals-, Nasen-Ohrenheilkunde Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie Niedergelassener Arzt, Eilenburg	114
Dr. med. Kristina Kramer Fachärztin für Anästhesiologie Angestellte Ärztin, Universitätsklinikum Leipzig	781			Dr. med. Babett Auerbach Fachärztin für Orthopädie Angestellte Ärztin, Krankenhaus für Orthopädie, Bad Dübren	86
				Michael Watzula Facharzt für Anästhesiologie Angestellter Arzt, HELIOS-Klinik, Schkeuditz	56
				Döbeln 1 Sitz 1 Kandidat	220 Wahl- berechtigte
				118 fristgemäß eingegangene Stimmbriefe	53,64 % Wahlbe- teiligung
				Gewählte Mitglieder	Stimmen
				Dr. med. Lutz Liebscher Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Angestellter Arzt, HELIOS-Klinik, Leisnig	114
				keine	
				Nachrückende Mitglieder	Stimmen

Leipziger Land	403	200 fristgemäß	49,63 %	6
2 Sitze	Wahl-	eingegangene	Wahlbe-	ungültige
4 Kandidaten	berechtigte	Stimmbriefe	teiligung	Stimmabgaben

Gewählte Mitglieder	Stimmen	Nachrückende Mitglieder	Stimmen
Dr. med. Jens Taggeselle Facharzt für Innere Medizin Niedergelassener Arzt, Markkleeberg	135	Dr. med. Sabine Nötzold Fachärztin für Innere Medizin Angestellte Ärztin, HELIOS-Klinik, Borna	94
Dr. med. Matthias Schulze Facharzt für Urologie Niedergelassener Arzt, Markkleeberg	117	Thomas Kündiger Arzt im Praktikum Angestellter Arzt, HELIOS-Klinik, Zwenkau	37

Muldentalkreis	409	216 fristgemäß	52,81 %	5
3 Sitze	Wahl-	eingegangene	Wahlbe-	ungültige
3 Kandidaten	berechtigte	Stimmbriefe	teiligung	Stimmabgaben

Gewählte Mitglieder	Stimmen	Nachrückende Mitglieder	Stimmen
Simone Bettin Fachärztin für Nuklearmedizin Niedergelassene Ärztin, Grimma	172	keine	
Dr. med. Uwe Krause Facharzt für Anästhesiologie Angestellter Arzt, Krankenhaus Muldentalkreis, Grimma	172		
Erik Bodendieck Facharzt für Allgemeinmedizin Niedergelassener Arzt, Wurzen	167		

Torgau-Oschatz	300	141 fristgemäß	47,00 %	2
2 Sitze	Wahl-	eingegangene	Wahlbe-	ungültige
5 Kandidaten	berechtigte	Stimmbriefe	teiligung	Stimmabgaben

Gewählte Mitglieder	Stimmen	Nachrückende Mitglieder	Stimmen
DM Cerstin Bochenek Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten Niedergelassene Ärztin, Oschatz	77	Dr. med. Klemens Donaubaue Facharzt für Allgemeinmedizin Niedergelassener Arzt, Dahlen	53
Dr. med. Kirsten Nowack Fachärztin für Allgemeinmedizin Niedergelassene Ärztin, Torgau	65	Dr. med. Robert Nechwatal Facharzt für Innere Medizin Angestellter Arzt, Christiaan-Barnard-Klinik, Schmannewitz	40
		Dr. med. Dietburg Ebert Fachärztin für Allgemeinmedizin Niedergelassene Ärztin, Torgau	34

Das Ergebnis der als gültig anerkannten Wahl wird hiermit bekannt gemacht. Die Gewählten wurden schriftlich von ihrer Wahl in Kenntnis gesetzt. Gemäß § 8 Abs. 2 Sächsisches Heilberufekammergesetz gehören der Kammerversammlung außerdem je ein der Sächsischen Landesärztekammer angehörendes Mitglied der Medizinischen Fakultäten der Universität Leipzig und der Technischen Universität Dresden an. Hält ein Wahlberechtigter die Wahl für ungültig, kann er gemäß § 24 Abs. 1 der Wahlordnung binnen einer Woche nach Bekanntmachung des Wahlergebnisses den Landeswahlausschuss anrufen. Die neugewählte Kammerversammlung tritt am 27. Juni 2003 zu ihrer konstituierenden Tagung zusammen. Sie wählt aus ihrer Mitte den Präsidenten, den Vizepräsidenten, den Schriftführer und die übrigen Vorstandsmitglieder. Zu dieser Kammerversammlung haben neben Mandatsträgern auch Kammermitglieder mit Arztausweis als Zuhörer Zutritt.

Dresden, 24. April 2003

Landeswahlausschuss der Sächsischen Landesärztekammer
gez. Dr. jur. Verena Diefenbach
Landeswahlleiterin

Zusammensetzung der Kammerversammlung in der Wahlperiode 2003/2007

Die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer besteht aus 101 gewählten Mitgliedern.

101 Mandate: 58 Ärztinnen und Ärzte in Niederlassung (57,43 %)
 37 angestellte Ärztinnen und Ärzte (36,63 %)
 6 Ärzte im Ruhestand (5,94 %)
 21 Ärztinnen (20,79 %)
 80 Ärzte (79,21 %)

zzgl.
 2 Mandate 2 Vertreter der Universitäten
 Dresden und Leipzig

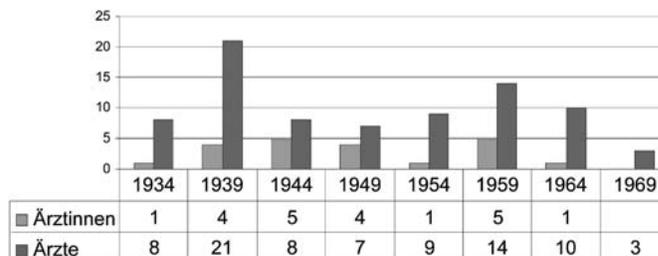
103 Sitze in der Kammerversammlung insgesamt

Gebiet	ges.	Ärzte	Ärztinnen	Niederlassung	Ange-stellte	Ruhe-stand
Allgemeinmedizin u. Prakt.	24	14	10	24		
Anästhesiologie	6	5	1	1	5	
Augenheilkunde	3	2	1	3		
Chirurgie	11	10	1	2	7	2
Frauenheilkunde u. Geb.-Hilfe	2	2		1	1	
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	3	3		3		
Haut- u. Geschlechtskrankh.	3	2	1	1	1	1
Humangenetik	1		1	1		
Innere Medizin	24	22	2	12	10	2
Kinderchirurgie	2	2			2	
Kinder- und Jugendmedizin	4	3	1		4	
Mikrobiol./Infektionsepidemiolog.	1	1			1	
Neurologie	2	2		2		
Neurologie/Psychiatrie	1	1				1
Nuklearmedizin	1		1	1		
Öffentl. Gesundheitswesen	1	1			1	
Orthopädie	1		1	1		
Pathologie	1	1			1	
Radiologie/Diagn. Radiologie	4	3	1	3	1	
Urologie	3	3		3		
in Weiterbildung	2	2			2	
Arzt im Praktikum	1	1			1	
	101	80	21	58	37	6

Altersstruktur der Kammerversammlung

Altersklasse	Ärztinnen	Ärzte	Gesamt
1934 bis 1938	1	8	9
1939 bis 1943	4	21	25
1944 bis 1948	5	8	13
1949 bis 1953	4	7	11
1954 bis 1958	1	9	10
1959 bis 1963	5	14	19
1964 bis 1968	1	10	11
1969 und jünger	0	3	3

Grafische Darstellung



13. Sächsischer Ärztetag/ 28. Kammerversammlung am 27. und 28. Juni 2003

Der 13. Sächsische Ärztetag/28. Kammerversammlung findet am 27. und 28. Juni 2003 im Kammergebäude der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, Plenarsaal, statt. Die Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer können an den Arbeitstagungen mit Vorlage des Arztausweises als Zuhörer teilnehmen.

Tagesordnung

28. Kammerversammlung Freitag, 27. Juni 2003, 14.00 Uhr

- 1. Eröffnung des 13. Sächsischen Ärztetages und Feststellung der Beschlussfähigkeit**
Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident
 - 2. Die Tätigkeit des Präsidenten und des Vorstandes in der Wahlperiode 1999 – 2003 unter Einbeziehung des Tätigkeitsberichtes 2002 Gesundheits- und berufspolitische Schwerpunkte für die Zukunft**
Bericht: Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident
 - 3. Finanzen**
 - 3.1. Jahresabschlussbilanz 2002
Bericht: Dr. Claus Vogel, Vorstandsmitglied
Vorsitzender des Ausschusses Finanzen
Dipl.-Kfm. Wulf Frank, Wirtschaftsprüfer
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Bansbach, Schübel, Brösztl & Partner
 - 3.2. Entlastung des Vorstandes und der Geschäftsführung für das Jahr 2002
 - 3.3. Wahl des Abschlussprüfers für das Jahr 2003
 - 4. Konstituierende Kammerversammlung**
 - 4.1. Feststellung des Alterspräsidenten der Kammerversammlung und Feststellung der Beschlussfähigkeit
Frau Dr. jur. Verena Diefenbach, Landeswahlleiterin
 - 4.2. Bildung der Wahlkommission
Alterspräsident
 - 4.3. Wahl des Präsidenten, des Vizepräsidenten, des Schriftführers und der übrigen Vorstandsmitglieder in Einzelwahlgängen gemäß § 7 Abs. 2 Hauptsatzung
Leitung: Alterspräsident
- Der neugewählte Präsident übernimmt die weitere Leitung der Kammerversammlung.

Abendveranstaltung Freitag, 27. Juni 2003, 19.30 Uhr

Begrüßung

Der neugewählte Präsident

Totenehrung

Verleihung der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ 2003 für Verdienste um die sächsische Ärzteschaft

Festvortrag:

Das Arztbild in der Bevölkerung

Frau Prof. Dr. med. Dr. phil. Ortrun Riha, Universität Leipzig, Direktorin des Karl-Sudhoff-Institutes für Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften

Musikalischer Ausklang

Fortsetzung der 28. Kammerversammlung Sonnabend, 28. Juni 2003, 9.00 Uhr

- 5. Bildung von Ausschüssen und Wahl der Ausschussmitglieder gemäß § 12 Hauptsatzung**
 - 5.1. Satzungen
 - 5.2. Berufsrecht
 - 5.3. Ambulante Versorgung
 - 5.4. Krankenhaus
 - 5.5. Schwerpunktbehandlung und -betreuung chronisch Erkrankter in Praxis und Klinik
 - 5.6. Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie
 - 5.7. Ärzte im öffentlichen Dienst
 - 5.8. Prävention und Rehabilitation
 - 5.9. Hygiene und Umweltmedizin
 - 5.10. Arbeitsmedizin
 - 5.11. Notfall- und Katastrophenmedizin
 - 5.12. Ärztliche Ausbildung
 - 5.13. Weiterbildung
 - 5.14. Junge Ärzte
 - 5.15. Ärztinnen
 - 5.16. Senioren
 - 5.17. Sächsische Ärztehilfe
 - 5.18. Finanzen
- 6. Bekanntgabe des Termins der 29. Kammerversammlung und des 14. Sächsischen Ärztetages (30. Kammerversammlung)**
- 7. Verschiedenes**

14. erweiterte Kammerversammlung Sächsische Ärzteversorgung Sonnabend, 28. Juni 2003, 14.00 Uhr

- 1. Begrüßung und Feststellung der Beschlussfähigkeit**
Der neugewählte Präsident
- 2. Tätigkeitsbericht 2002 der Sächsischen Ärzteversorgung**
 - 2.1. Bericht des Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses
Dr. Helmut Schmidt
 - 2.2. Bericht des Vorsitzenden des Aufsichtsausschusses
Dr. Hans-Dieter Simon
 - 2.3. Jahresabschlussbericht für das Jahr 2002 und Diskussion
Dipl.-Kfm. Wulf Frank
 - 2.4. Versicherungsmathematisches Gutachten
Rentenbemessungsgrundlage und Rentendynamisierung 2003
Dipl.-Math. Hans-Jürgen Knecht
 - 2.5. Entlastung des Verwaltungsausschusses, des Aufsichtsausschusses und der Verwaltung für das Jahr 2002
- 3. Satzungsänderungen**
Dr. Helmut Schmidt
- 4. Haushaltsplan 2004**
Dr. Helmut Schmidt
- 5. Bekanntgabe des Termins der 15. erweiterten Kammerversammlung**
- 6. Verschiedenes**

Ende gegen 17.00 Uhr

W. Donsbach

Das Ärzteimage in der Bevölkerung – und Folgerungen für die Kommunikation des Berufs

TU Dresden, Institut für Kommunikationswissenschaft



Prof. Dr. phil. habil. Wolfgang Donsbach

Einleitung

Kaum ein anderer Beruf in der Gesellschaft – Stars des Showbusiness, Profisportler und Politiker einmal ausgenommen – zieht ein solches Interesse der Bevölkerung auf sich wie der des Arztes. Im Gegensatz zu den genannten anderen Berufen kommt dieses Interesse beim Arzt jedoch durch die persönliche Betroffenheit des Einzelnen zu Stande. Der Arztberuf und die Qualität der von ihm gelieferten Leistung ist von zentraler Bedeutung für die eigene Existenz. Dies hebt ihn aus allen anderen Berufen heraus. Angesichts dieser einfachen Tatsachen ist es verwunderlich, dass es nur relativ wenige Studien gibt, die sich mit den Einstellungen der Bevölkerung zum Arztberuf beschäftigen. In diesem Beitrag, der auf einen Vortrag bei der Sächsischen Landesärztekammer im Januar

2003 zurückgeht, versuche ich dieses Material zusammenzutragen und nach verschiedenen Gesichtspunkten zu ordnen. Die Ordnungskriterien werden sein: Erwartungskriterien der Bevölkerung an den Arzt und Veränderungen im öffentlichen und veröffentlichten Ansehen des Arztes. Am Ende will ich einige Kommunikationsstrategien aufzeigen, wie sich der Arztberuf in der Öffentlichkeit darstellen kann. Da, wie erwähnt, die empirische Basis bisher noch sehr schmal ist, bleibt dies notgedrungen wenig konkret.

Hinzu kommt, dass die hier vorgestellten Daten alle mehr oder weniger öffentlich zugänglich sind und insofern gerade für den an seiner Profession besonders interessierten Arzt möglicherweise keine neuen Erkenntnisse bringen. Tatsache ist aber auch, dass zu beobachtende Veränderungen im Gesundheitsverhalten und den Gesundheitseinstellungen der Bevölkerung – Stichwort Heilberufe neben der klassischen Schulmedizin – Anlass zur Sorge geben, ob sich dies nicht langfristig auf die Identität des Berufs auswirken kann, was dann möglicherweise letztlich auch zum Nachteil für die Gesundheitsversorgung der gesamten Bevölkerung sein kann.

Erwartungen der Bevölkerung an den Arzt

Das Institut für Demoskopie Allensbach befragte zuletzt im Januar 1999 die deutsche Bevölkerung danach, was sie unter „einem guten Arzt“ verstehe. Die Befragten sollten die drei wichtigsten Eigenschaften in einer offenen Frage (also ohne Antwortvorgaben) nennen. Ganz eindeutig an der Spitze der von den Deutschen genannten wichtigsten Eigenschaften eines guten Arztes stehen – wie angesichts der erwähn-

ten existenziellen Bedeutung des Arztberufs nicht anders zu erwarten – die fachliche Kompetenz und Erfahrung. Insgesamt fast 60 Prozent nennen diese Eigenschaft. So wenig wie dies eine Überraschung ist, so fällt doch auf, dass bereits die vier nächsten Eigenschaften eher „weiche“ Faktoren sind, die auf die menschlichen Eigenschaften und die persönliche Beziehung zwischen Arzt und Patient verweisen: „Zeit nehmen, zuhören können“ erwartet jeder Zweite in dieser offenen Frage, dass man ihm vertrauen könne (31 Prozent), dass Einfühlungsvermögen/Menschenkenntnis vorhanden sei (21 Prozent) und dass der Arzt „freundlich, sympathisch“ sei (18 Prozent) (Grafik 1). Dieses Ergebnis wird bestätigt durch die Ergebnisse einer Umfrage, die der Verfasser für das Universitätsklinikum der TU Dresden unter der Bevölkerung Dresdens und Leipzigs durchgeführt hat. Auch hier stehen nach dem Fachwissen der Ärzte drei persönliche bzw. menschliche Beurteilungskriterien an der Spitze: Man erwartet, dass das Personal freundlich ist, dass man individuell behandelt wird und dass die Ärzte „zugänglich“ sind. Gerade bei diesen persönlichen Eigenschaften fallen dann auch die Urteile der Bevölkerung leicht negativer aus, während Fachwissen und Kompetenz in der Anwendung neuester Verfahren mehr oder weniger unbestritten sind.

Veränderungen im Öffentlichen Ansehen des Arztes

Ansehen, Traumberuf, Vertrauen

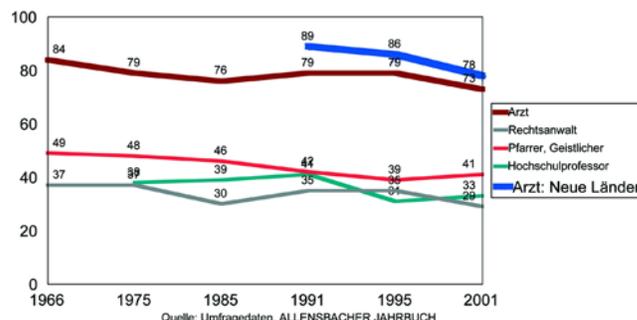
Der Arztberuf steht nach wie vor an der Spitze der von der Bevölkerung am meisten geschätzten Berufe. Im Juni 2001 – wiederum auf der Basis von Umfragen des Instituts für Demos-

Grafik 1: Ansprüche an Ärzte: Weiche Faktoren dominieren
offene Frage: „Das ist ja sicher schwer zu sagen, aber was verstehen Sie unter einem guten Arzt?“ 3 wichtige Eigenschaften



Quelle: Umfragedaten, ALLENSBACHER JAHRBUCH 1998-2002, Angaben für Januar 1999

Grafik 2: Ansehen des Arztes in der Bevölkerung – Trend
Frage: „Hier sind einige Berufe aufgeschrieben. Könnten Sie bitte vier oder fünf davon herausuchen, die Sie am meisten schätzen, vor denen Sie am meisten Achtung haben?“



Quelle: Umfragedaten, ALLENSBACHER JAHRBUCH

kopie Allensbach – zählten 74 Prozent der Bevölkerung den Arztberuf zu den vier oder fünf Berufen, die sie am meisten schätzen, vor denen sie am meisten Achtung haben. Damit steht der Arztberuf weit vor anderen Professionen wie Rechtsanwälten (31 Prozent), Pfarrern (38 Prozent), Hochschulprofessoren (33 Prozent) oder Unternehmern (29 Prozent). Allerdings hat dieses überaus positive Image auf sehr hohem Niveau leicht gelitten. Die ersten Umfragezahlen mit der gleichen Fragestellung liegen für das Jahr 1966 vor, so dass über einen Zeitraum von fast vier Jahrzehnten das Berufsprestige nachvollzogen werden kann. In den 60er Jahren waren es immerhin noch 84 Prozent der Westdeutschen, die den Arztberuf zu den am meisten geschätzten und geachteten zählten – ein Rückgang von 11 Prozentpunkten, der sich gleichermaßen auch im Osten vollzogen hat. Dort liegen die ersten vergleichbaren Zahlen für das Jahr 1991 vor und seitdem sagen 11 Prozentpunkte weniger, dass der Arztberuf für sie zu den am meisten geschätzten gehört (Grafik 2). Angesichts der noch nach wie vor bestehenden Dominanz im Vergleich zu allen anderen Professionen muss dies nicht beunruhigen, zeigt aber dennoch eine leichte Veränderung in der gesellschaftlichen Stellung des Berufs, bei der sich eine Ursachenforschung lohnen würde.

Auch auf die Frage, welches ihr „heimlicher Traumberuf“ sei, nennen die relativ meisten Deutschen mit 16 Prozent den Arztberuf. Auffällig ist hier vor allem die unterschiedliche Sichtweise von Männern und Frauen. Dreimal mehr Frauen als Männer würden am liebsten Ärztin werden, ein geschlechtsspezifischer Unterschied, den es in gleichem Ausmaß im umgekehrten Verhältnis sonst nur noch bei Autorennfahrern gibt. Angesichts dieser Zahlen überrascht es nicht, dass der Arzt auch weiterhin als eine Vertrauensperson gesehen wird. Die Frage, ob man ganz allgemein „den meisten Ärzten heute vertrauen oder nicht vertrauen (kann)“ bejahten 1999 zwei Drittel der Bevölkerung. Ost- und Westdeutsche sind sich dabei fast bis auf den Punkt einig. Hier liegen Trendzahlen nur für den Westen vor, die – entgegen den Zahlen für das Ansehen – keine lineare Entwicklung zeigen. Im Jahr 1982 antworteten 69 Prozent, dass man den meisten Ärzten vertrauen kann, 1999 sind es mit 63 Prozent noch fast ebenso viele. Einen relativen Tiefpunkt hatte das Vertrauen der Ärzte im Jahr 1992, wo nur 54 Prozent diese Antwort gaben.

Vorstellungen, Stereotype

Diese eher allgemeinen Fragen nach Ansehen und Vertrauen sagen noch nichts darüber aus, welche konkreten Vorstellungen, Urteile und Stereotypen die Menschen gegenüber dem Arztberuf hegen. Auch hierüber liegen die letzten erhobenen Daten nur aus dem Jahr 1999 vor, jedoch sind bei solchen Images keine langfristigen Veränderungen zu erwarten, so dass die Zahlen zumindest in ihrem groben Muster auch heute noch gelten dürften. Das Bild, das sich bei dieser sogenannten „gestützten“ Abfrage von Eigenschaften mit Vorgaben ergibt, ist differenzierter, aber auch kritischer als die pauschalen Urteile, die wir bisher behandelt haben.

Am häufigsten stimmen die Deutschen der Antwortvorgabe zu, dass es sich beim Arztberuf um einen anstrengenden Beruf handele (72 Prozent). Bei den drei danach genannten Urteilen handelt es sich bereits um Kritik am Arztberuf: 63 Prozent sagen, die Ärzte nehmen sich zu wenig Zeit, 52 Prozent, sie nehmen Privatpatienten wichtiger als andere und ebenso viele, dass es zu lange Voranmeldungszeiten gebe. Das Urteil über die Fachkompetenz im engeren Sinne fällt zurückhaltender

aus, als es den im ersten Abschnitt referierten Erwartungen entspricht. Nicht einmal jeder Zweite glaubte jeweils, dass die deutschen Ärzte technisch und medizinisch auf dem neuesten Stand seien, und mit 45 Prozent halten ebenso viele (oder wenige) die Ärzte für „Vertrauen erweckend“. Dafür folgt in gleichem Ausmaß eine weitere Kritik an einer wahrgenommenen mangelnden Individualität der Behandlung: 44 Prozent der Deutschen kritisieren, dass ihnen die Behandlung nicht erklärt wird. Dies verhält sich spiegelbildlich zu der Tatsache, dass nur ein Drittel der Ansicht ist, Ärzte seien „menschlich“ und gingen auf die Patienten ein.

Nicht dominant, aber in seinem Ausmaß auch berufspolitisch bedenklich ist ein harter Kern von rund einem Drittel der Deutschen, die eine zu starke materielle Orientierung der Ärzte kritisieren. 32 Prozent meinen, Ärzte denken ans

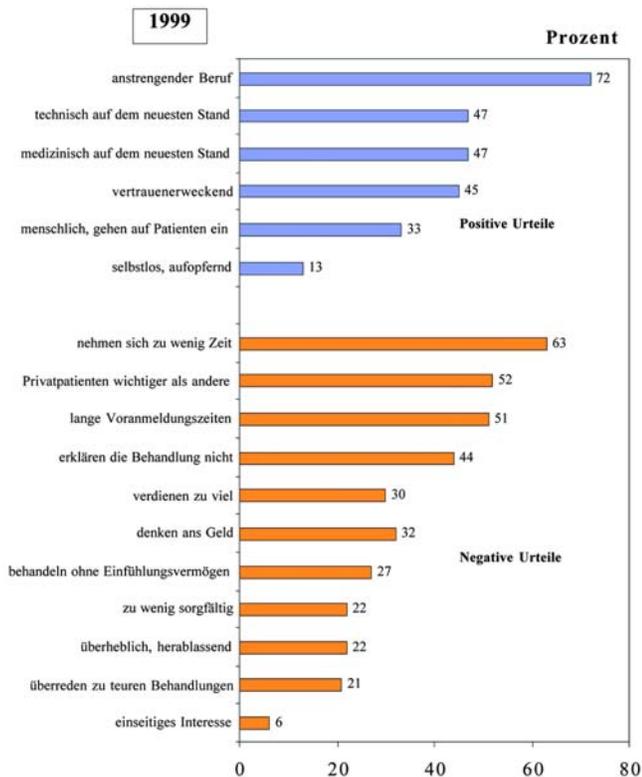
Geld, und ebenso viele, sie würden zu viel verdienen. Auch die bereits erwähnte Antwort, dass Privatpatienten ihnen wichtiger seien als andere sowie die von 21 Prozent genannte Ansicht, sie „überredeten zu teuren Behandlungen“, hauen in die gleiche Kerbe (Grafik 3).

Wenn man versucht, diese Detailwahrnehmungen auf den Punkt zu bringen, so kann man behaupten, dass die Überzeugung von der fachlichen Kompetenz der Ärzte zu wünschen übrig lässt, während gleichzeitig ein erheblicher Teil der Bevölkerung offensichtlich negative Erfahrungen gemacht hat mit der persönlichen Ansprache und der individuellen Behandlung durch den Arzt. Zwar eine Minderheit, die aber dennoch einen erheblichen Anteil der Bevölkerung ausmacht, erkennt bei den Ärzten auch eine zu große pekuniäre Motivation, zu der sicher nicht zuletzt auch Diskussionen über die Reform des Gesundheitswesens und immer mal wieder auf-

scheinende Skandale um finanzielle Unregelmäßigkeiten bei Abrechnungen beigetragen haben. Auch bei diesen Stereotypen des Arztberufs wäre es interessant, langfristige Entwicklungen dokumentieren zu können, jedoch liegen nur für die Spannweite der 90er Jahre (1992 bis zu den gerade referierten Zahlen von 1999) Trends vor. In fast allen Bereichen zeigen sich dabei relativ wenige Veränderungen mit Ausnahme des Geldverdienens: 1992 meinte noch jeder zweite Deutsche, Ärzte würden zu viel verdienen, während dies 1999 doch auf das erwähnte Drittel zurückgegangen ist. Möglicherweise haben aktuelle Themen der öffentlichen Diskussion im Jahr 1992 einen Ausreißer produziert. Dieses Jahr zeigte sich ja bereits beim Vertrauen in den Arztberuf als ein relativer Tiefpunkt, der sich möglicherweise durch gesundheitspolitische Diskussionen oder einzelne Affären aufklären lässt.

Grafik 3: Das Arztimage in der Bevölkerung

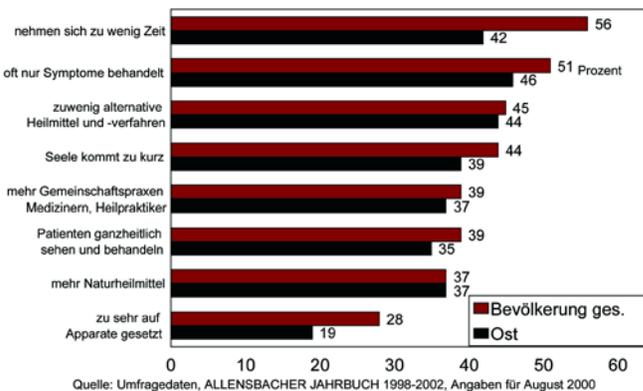
Frage: „Was haben Sie ganz allgemein für einen Eindruck von den Ärzten?“, gestützte Auswahl



Quelle: Umfragedaten, ALLENSBACHER JAHRBUCH 1998-2002, Angaben für Januar 1999

Grafik 4: Detail-Kritik an Ärzten

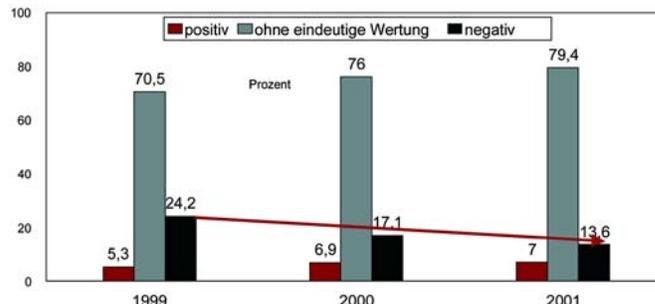
Frage: „Wir haben einmal Kritik und Anregungen gesammelt, was sich manche an der heutigen medizinischen Beratung anders wünschen. Was davon würden Sie nach Ihren Erfahrungen sagen?“



Quelle: Umfragedaten, ALLENSBACHER JAHRBUCH 1998-2002, Angaben für August 2000

Grafik 5: Bewertung von Ärzten in den Medien

Aussagen in Tages-, Wochen-, TV-Medien



Quelle: Medien Tenor August 2001, Untersuchung jeweils 2. Quartal 1999/ 2000/ 2001; Welt, FAZ, Süddeutsche Zeitung, Frankfurter Rundschau, BILD, ARD Tagesschau, ZDF Heute, RTL Aktuell, SAT.1 18:30, ProSieben Nachrichten, Spiegel, Focus, Die Zeit, Die Woche, Rheinischer Merkur

Reform-Wünsche

Eine weitere Frage des Instituts für Demoskopie Allensbach wollte von der Bevölkerung wissen, was sie sich in der heutigen medizinischen Beratung und Betreuung anders wünscht. Zunächst bestätigt sich das bisherige Bild: Vor allem mehr Zeit, die sich die Ärzte für den einzelnen Patienten nehmen (von 56 Prozent genannt, vor allem im Westen der Republik) und dass „die Seele (nicht mehr) zu kurz komme“ (44 Prozent).

Diese Befragung aus dem Jahr 2000 bringt aber auch einen neuen, gesundheits- wie auch berufspolitisch bedenklichen Punkt ans Tageslicht: ein relativ starkes Bedürfnis der Bevölkerung nach sogenannten para-medizinischen Verfahren. Jeweils rund 4 von 10 Deutschen finden, dass es zu wenig alternative Heilmittel und Verfahren gebe. Sie wünschen sich mehr Gemeinschaftspraxen von Medizinern mit Heilprakti-

kern, dass die Patienten „ganzheitlich gesehen und behandelt“ und dass mehr Naturheilmittel eingesetzt werden. Spiegelbildlich dazu kommt dann auch die Kritik an der sogenannten „Schulmedizin“: Jeder Zweite meint, dass oft nur die Symptome behandelt, 37 Prozent, dass zu starke Medikamente verschrieben würden und immerhin noch 28 Prozent, dass man „zu sehr auf Apparate setzt“ (Grafik 4).

Hier zeigt sich eine deutliche Erosion in das Vertrauen der klassischen Medizin im engeren Sinne. Als Laie steht es mir nicht an, diese Kritik zu bewerten, als selbst empirisch arbeitender Wissenschaftler hege ich jedoch persönlich starke Bedenken gegenüber Verfahren, deren Wirksamkeit in der Regel nicht auf kausal-analytischen Nachweisen beruht. Hier ist offensichtlich die Bevölkerung in einem erheblichen Maße Eindrücken aus den Medien wie auch aus der persönlichen Kommunikation ausgesetzt,

die zu einer solchen latenten Unzufriedenheit mit dem Arztberuf führt. Während Reaktionen auf die Kritik an Zeitaufwand und Individualität der Behandlung aus der Individualität des bestehenden Arztberufs heraus geschehen könnten, würde die Erfüllung dieser Erwartungen an andere Heilverfahren den Charakter und die Identität des Arztberufs von Grund auf verändern. Die deutsche Ärzteschaft hat sich mit diesen Themen schon auseinandergesetzt, sie wird dies aber in Zukunft noch sehr viel stärker tun müssen, um auf diese nicht mehr nur subtilen Strömungen in der Bevölkerung reagieren zu können.

Die Interpretation der Ergebnisse zu einer letzten Frage über das Arztbild der Bevölkerung wird vor diesem Hintergrund entsprechend schwer: „Ob man schon einmal persönlich erlebt habe, dass einem Ärzte nicht wirklich helfen konnten bei einer Krankheit“ antwor-

ten 1999 61 Prozent mit Nein, ein Drittel, dass dies ein- oder zweimal geschehe, und 9 Prozent sogar mehrfach. Besonders herb fällt auch hier die Kritik im Westen aus, wo 4 von 10 Befragten die Antwort gaben, dass zumindest einmal ihnen Ärzte nicht wirklich helfen konnten bei einer Krankheit (Ost: 30 Prozent). Es ist wie mit dem halben und dem vollen Glas: Ohne ein Benchmarking zu anderen Berufen oder zu Ärzten in anderen Ländern (beides liegt nicht vor) sind die Ergebnisse schwer zu bewerten. Eine Re-Analyse der Originaldaten würde jedoch mit großer Sicherheit zutage fördern, dass es eine starke Korrelation zwischen den kritischen Antworten auf diese Frage und den Antworten zu alternativen Verfahren der Medizin gibt.

Der Arzt in den Medien

Einen noch weißen Fleck auf der Forschungslandkarte stellt die Analyse der Medienberichterstattung über Ärzte dar. Die einzigen öffentlich zugänglichen Daten hat bisher der „Medien Tenor“ (eine kontinuierliche Inhaltsanalyse der wichtigsten deutschen Nachrichtenmedien) geliefert. Wenn Ärzte in Nachrichten und Kommentaren in den Print- und Fernsehmedien vorkamen, dann geschah dies ganz überwiegend ohne eine eindeutige Wertung. Allerdings gab es in den Jahren 1999, 2000 und 2001 jeweils deutlich mehr negative als positive Bewertungen von Ärzten in den Medien. Besonders negativ war das Bild im Jahr 1999, in dem 24 Prozent negativen Wertungen nur 5 Prozent positive gegenüberstanden. Dieses Verhältnis hat sich im Jahr 2001 leicht gebessert, als es „nur“ noch doppelt so viele negative wie positive Bewertungen gab (Grafik 5).

Diese „Kodierungen“, wie wir das nennen, sind ganz unspezifisch und umfassen alle Themenbereiche und Kontexte. Sie sind daher auch nur begrenzt aussagefähig. Und auch hier hängt natürlich die Berichterstattung von aktuellen Ereignissen und Themen der Gesundheitsreform und einzelner Skandale im Gesundheitswesen ab. Man darf auf einen längerfristigen Trend in den nächsten Jahren gespannt sein.

Als Fazit zum Image des Arztberufs kann man thesenartig festhalten: Das Ansehen des Berufs ist auf einem sehr hohen Niveau leicht gesunken, aber noch immer dominiert der Arztberuf die Prestigeskala der Professionen in Deutschland. Die Kompetenz wird zwar weitgehend akzeptiert (sofern sich die Patienten hier ein Urteil überhaupt zutrauen können), allerdings erkennen die Menschen starke Defizite im zwischenmenschlichen Bereich. Sie wünschen,

dass sich die Ärzte mehr Zeit nehmen und dass sie mehr auf den Einzelnen eingehen. Ein „Raffgier-Stereotyp“ existiert bei einem harten Kern von rund einem Drittel der Deutschen. Sie sehen vor allem eine materielle Orientierung des Berufs, was für sie vermutlich unvereinbar ist mit der gesellschaftlichen Verantwortung und der persönlichen Bedeutung für die Gesundheit und damit die Existenz des Einzelnen. Besonders bedenklich sind die beobachtbaren Trends zu einer „alternativen Medizin“, die vor allem im Westen zu beobachten ist. Mit einer allgemein angestiegenen Technikfeindschaft bzw. Technikangst ist auch einhergegangen ein Fabel für Formen der medizinischen Behandlung, die nicht auf der üblichen wissenschaftlichen Basis beruhen.

PR-Strategien für den Arztberuf

Noch vor wenigen Jahrzehnten wäre es anrühlich gewesen, überhaupt öffentlich über PR für den Beruf reden, von dem man eine ausschließlich intrinsische Berufsorientierung erwartet. Diese ausschließliche Orientierung am Gemeinwohl ist beim Arztberuf prototypisch, sie war aber bei diesem Beruf ebenso wenig die alleinige Dimension des Selbstverständnisses wie beispielsweise bei Anwälten, die auch von der Berufssoziologie meist im gleichen Atemzug genannt werden, wenn es um die „echten“ Professionen geht. Erstens müssen auch Ärzte und Anwälte sehen, wo sie materiell bleiben, und zweitens gibt es innerhalb dieser Berufe eine erhebliche Bandbreite an Berufsorientierungen. Ärzte waren im Durchschnitt nie frei von auch materiellen Motiven – mal weniger, mal mehr und manchmal auch zu viel – und es gibt vielleicht gerade unter jüngeren Berufsangehörigen eine gewisse Verschiebung in den Wertigkeiten von althergebrachter Gemeinwohlorientierung und hedonistischer Lebensplanung. Letzterem sind jedoch angesichts der physischen und psychischen Belastung der Mehrzahl der Ärzte, die auch von der Bevölkerung anerkannt wird, natürliche Grenzen gesetzt.

Da das Selbstverständnis der Ärzte nicht Gegenstand dieses Beitrags ist und dem Verfasser darüber auch keine empirischen Daten vorliegen, beschränke ich mich hier auf einige Anmerkungen zum öffentlichen Bild des Arztes und den aus ihm folgenden Schlussfolgerungen für das Auftreten. Wir haben gesehen, dass dieses Bild nicht unkritisch ist, dass zunehmend die Patienten das Gefühl haben, in der Praxis und in der Klinik „als Menschen“ nicht mehr wahrgenommen zu werden und viele daher –

im wahrsten Sinne des Wortes – ihr Heil in heilsversprechenden alternativen Medizinverfahren suchen. Mir steht nicht an, mich zu deren Validität zu äußern. Tatsache ist aber, dass eine weitergehende Vermischung oder gar Gleichstellung aller Arten von „Behandlung“ letztlich demjenigen schadet, der in seine Kompetenz am meisten investiert und auch den größten Aufwand treiben muss, um seine Leistung zu erbringen. Einen erheblichen Schaden trägt dann auch die Gesellschaft als Ganzes davon, wenn die Erosion eines wohl begründeten Kompetenz-Monopols dazu führt, dass die medizinische Versorgung im Mittel schlechter wird, weil nicht mehr die wissenschaftlich am besten begründeten Verfahren zur Anwendung kommen, sondern diejenigen, die das „sozial“ und „menschlich“ beste Zeitgeist-Image haben.

Dies ist auch genau der Punkt, an dem Handlungsbedarf in der öffentlichen Selbstdarstellung, mithin also in der „PR“ der Ärzteschaft, erforderlich ist. Aus meiner Sicht besteht zunächst ein dringender Bedarf für eine „Wissenschafts-Offensive“, bei der im Mittelpunkt das steht, was man in der Wissenschaftstheorie das „Abgrenzungskriterium“ nennt: Die Spreu vom Weizen der best practice zu trennen. Sowohl berufs- und damit interessenpolitisch als auch gesellschaftlich wäre es von Schaden, wenn die Ärzteschaft in der Hoffnung auf kurzfristige Markt- und Imageerfolge dem Rufe aus weiten Teilen der Bevölkerung nachkäme, mehr gemeinsame Sache mit Heilpraktikern und deren Medikationen zu machen. Die Grenzen würden weiter verwischen, die Kompetenzhoheit schwinden, die objektiven medizinischen Leistungen in ihrer Qualität und in ihrem Marktwert sinken.

Wie dies im Einzelnen zu geschehen hat, kann hier nicht erörtert werden – nur dass es ein Ziel sein muss, scheint auf der Hand zu liegen. Die Ärzteschaft hat im Übrigen mit Praxen und Krankenhäusern ein einmaliges Potenzial an Kommunikationswegen zu ihren Zielgruppen (die ja die ganze Bevölkerung umfasst). Statt oft kurzfristiger, als Interessenpolitik durchschaubarer sogenannter Aufklärung der Verbände und Vereinigungen zur ökonomischen Gesundheitsreform sollten diese Wege viel mehr für diese inhaltliche, den Kern und die Identität des Berufs berührende Auseinandersetzung genutzt werden!

Aber was wird man der sich so äußernden Ärzteschaft hinsichtlich ihres spezifischen Kompetenz-Monopols glauben, wenn gleichzeitig ein

großer Teil der Menschen die Erfahrung macht, dass sich Ärzte zu wenig Zeit für sie nehmen, die Behandlung nicht richtig erklären, es zu lange Voranmeldungszeiten gibt, „die Seele zu kurz kommt“ oder beim Arzt kein Einfühlungsvermögen vorhanden ist? Hier ist offensichtlich kein Handlungsbedarf in Form von PR-Kommunikation, sondern in Form von Praxisorganisation und Patientenkommunikation notwendig. Nur solche realen Veränderungen im beruflichen Verhalten des Arztes kreieren die Chance, auch bei dem oben genannten Punkt auf offene Ohren zu stoßen. Dabei sollten solche Veränderungen keine rein taktischen

Manöver zur gezielten (und vorübergehenden) Flankierung eines anderen Kommunikationszieles (siehe oben) sein, sondern von Grunde auf das Arzt-Patienten-Verhältnis auf eine andere, vielleicht wieder auf die ursprüngliche Basis stellen.

Natürlich werden hierzu mit Kopfschütteln die Einwände kommen, dass unser Gesundheitssystem mit seinen überbordenden Ansprüchen an die technische und zeitliche Leistungsfähigkeit der Ärzteschaft dafür überhaupt keine Zeit lasse. Aber vieles von dem, was Patienten beklagen, lässt sich auch durch andere Organisationsweisen in Praxen und Krankenhäusern

und vor allem andere Kommunikations-, man könnte auch sagen: Umgangsformen des Arztes und nicht zuletzt auch seines Personals lösen. Angesichts der derzeitigen Reformunfähigkeit unseres Gesundheitssystems muss man kurzfristig ohnehin auf die kleinen individuellen Lösungen setzen, statt auf grundlegende Systemveränderungen.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. phil. habil. Wolfgang Donsbach
Institut für Kommunikationswissenschaft
der TU Dresden, 01062 Dresden

E-Mail: wolfgang.donsbach@mailbox.tu-dresden.de

Wir wirken alle mit – am Arztbild in der Öffentlichkeit

Die öffentliche Diffamierung unseres Berufsstandes wird zunehmend unerträglich. Deshalb danke ich all denen, die Gelegenheiten wahrnehmen oder auch herbeiführen, um die Interessen der Ärzte vor Politikern und Medien zu vertreten und sich zum Beispiel auch über das „Bündnis Gesundheit 2000“ konstruktiv in die Gesundheitspolitik einbringen. Streiks und Trillerpfeifen halte ich für ungeeignete Protestmittel. Dienst nach Vorschrift – da muss jeder für sich entscheiden, was er darunter versteht, denn Patienten nicht zu behandeln geht ebenso wenig, wie die verdammte Bürokratie wegzulassen. Kein Niedergelassener kann den Briefwechsel mit Behörden, Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassen wirklich abrechnen oder seine Praxis vorübergehend schließen, ohne in ethische Konflikte zu kommen oder dies zu anderer Zeit nacharbeiten zu müssen. Kein Angestellter kann Dokumentationen oder Arztberichte ungefährdet unterlassen.

Jeder von uns ist aufgerufen, beste Arbeit am Patienten zu leisten, denn dieses Vertrauensverhältnis ist es, um das uns Politiker und Kassenfunktionäre beneiden und das sie mit Hilfe der Medien zu zerstören versuchen. Neben der fachlich qualifizierten Betreuung der Patienten ist es wichtig, dass die Patienten bei der tagtäglichen Begegnung mit „Ihrem“ Arzt selbst mit Leib und Seele erfahren, nicht nur hören oder lesen, dass er auf ihrer Seite steht. Sie müssen wissen und spüren, von wem und weshalb medizinische Leistungen

eingeschränkt werden. Sie sollten in den Streit um Kostenübernahmen und Bewilligung von Leistungen eingebunden werden, nur dann bemerken sie auch, dass wir ihre Partner sind und dass es bei ärztlichen Protesten eben nicht nur um Arztgehälter, sondern ganz vordergründig auch um den Erhalt eines Gesundheitswesens geht, das Patienten eine bestmögliche Versorgung und uns Ärzten dafür entsprechende Arbeitsbedingungen gewährleistet.

Andererseits gilt es, berufsständige Forderungen, wie den Erhalt der ärztlichen Freiheit oder Sicherung eines angemessenen Einkommens durchzusetzen. Solche Protestinhalte müssen

von uns und den Vertretern der zahlreichen ärztlichen Organisationen trotz mittelbarer Zusammenhänge strikt von den Forderungen einer optimierten medizinischen Patientenversorgung getrennt werden, wenn wir in der Öffentlichkeit glaubhaft bleiben wollen.

Für das Erreichen gesundheitspolitischer Ziele muss die gesamte Bevölkerung motiviert und einbezogen werden, für die Durchsetzung berufspolitischer Belange dürfen Patienteninteressen keinesfalls missbraucht werden!

Dr. med. Lutz Liebscher
Kreisärztekammer Döbeln

Th. Grünewald, B. R. Ruf

Epidemiologie, Klinik und Prävention der humanen Pocken (*Variola vera*) – Teil II

Tabelle 3: Differentialdiagnostische Unterscheidung *Variola vera* versus *Varizellen*

Symptom	Variola	Varizellen
<i>Initialstadium</i>		
Fieber	vor Exanthem	bei Exanthem
mucosales Exanthem	+++	++
Rash	regelmäßig genitales Schenkeldreieck frei	sehr selten
Lumbosakralschmerz	+++	+/-
<i>Eruptionsstadium</i>		
Vesikeln	groß prall gefüllt zentrale Nabelung möglich druckdolent Hautrelief oftmals noch erkennbar	klein bis mittelgroß wenig seröses Sekret keine Nabelung Pruritus
Ausbreitungsmuster	Gesicht und behaarte Kopfhaut Oropharynx akral, auch palmoplantar genitales Schenkeldreieck geringer	Stammbetont Gesicht und behaarte Kopfhaut Oropharynx selten palmarplantar
Synchronisation der Effloreszenzen	+++ (ab 2. bis 3. Tag)	-

Differentialdiagnose

Im Initialstadium ist das Spektrum der möglichen Differentialdiagnosen mannigfaltig. Im Eruptionsstadium ist die Abgrenzung zu den Varizellen von größter Bedeutung (Tabelle 3). Vesikulo-bullöse Syphilide, die in früheren Zeiten eine wichtige Differentialdiagnose darstellten (Jochmann, 1913 und Höring, 1954) sind heute selten geworden. Allergische Exantheme stellen eine weitere Gruppe von Erkrankungen dar, gegen die die Pocken abgegrenzt werden müssen (Fenner, 1988 und Stüttgen und Parish, 1990).

Die generalisierte Vaccinia als auch generalisierte Tierpockenerkrankungen lassen sich klinisch nicht von den Erkrankungen durch Variola-Viren unterscheiden.

Virologische Diagnostik

Die Verdachtsdiagnose der Erkrankung wird klinisch gestellt. Die Bestätigung der Diagnose erfolgt initial mit der Elektronenmikroskopie, die die typische Morphologie von Orthopoxviren (Kastenform) detektiert, jedoch nicht zwischen Variola-, Vaccinia- oder Tierpocken-Viren unterscheiden kann. Die definitive Diagnosestellung erfolgt mittels kultureller (Anzucht auf Eidotterhaut) oder molekularbiologischer Nachweisverfahren (PCR mit Variola-spezifischen Primern). Die letzteren Verfahren erfordern jedoch eine hohe Expertise und Laborumgebungen der Sicherheitsstufe 4.

Krankheitsmanagement

Die Unterbrechung von Infektionsketten stellt die zentrale epidemiologische Maßnahme dar. Dieses beinhaltet die Quarantänisierung von Erkrankten (nach §29 IfSG) als auch die Absonderung von Kontaktpersonen ersten Grades. Hierbei ist eine Unterbringung in einem Krankenzimmer der biologischen Sicherheitsstufe 4 (BSL-4 containment) zu fordern. In Deutschland sind fünf Behandlungszentren für solche hochansteckenden Erkrankungen (in Sachsen: Klinikum St. Georg, Leipzig) eingerichtet. Bei einer hohen Anzahl Erkrankter wird man jedoch Kompromisse im Sinne einer niedrighwelligen Kohortenisolierung eingehen müssen.

Eine wirksame antivirale Therapie der Pocken ist derzeit nicht verfügbar. Daher stehen bei der Versorgung Erkrankter symptomatische Maßnahmen im Vordergrund: Hierzu zählen die lokale Desinfektion der Haut und Schleimhäute mit geeigneten Desinfizienten als auch eine supportive Therapie zum Ausgleich von Flüssigkeits-, Protein- und Elektrolytverlusten. Eine antibakterielle Chemoprophylaxe kann die Sterblichkeit reduzieren.

Experimentellen Ansätzen mit antiviralen Substanzen ist bislang mit nur ein geringer Erfolg beschieden gewesen (Übersichten bei Smeed und Sidwell, 2003 sowie Baker und Kern, 2003). Hierzu gehören auch Versuche mit Cidofovir und seinen zyklischen Analoga (Bray, 2002).

Für die die Behandlung von Pockenvirus-Infizierten gibt es die Möglichkeit der aktiven und passiven Immuntherapie:

Die postexpositionelle Vakzinierung mit einem Vaccinia-Stamm in den ersten 72-96 Stunden nach Kontakt führt zu einer Verbesserung der Prognose quoad vitam als auch in der Regel zu abgemilderten Krankheitsverläufen. Die gleichzeitige Gabe von Vaccinia (nicht: Variola!)-Immunglobulin kann diesen positiven Effekt noch verstärken. Problematisch ist hierbei, daß die weltweiten Ressourcen dieses Immunglobulins äußerst begrenzt sind.

Prävention

Bei Fehlen einer wirksamen und leicht verfügbaren antiviralen Therapie ist die Vorbeugung das A&O im Management eines bioterroristisch motivierten Anschlages mit Pockenviren. Hierzu stehen die aktive und passive Immunisierung zur Verfügung.

Pockenschutzimpfung

Sie wird mit einer attenuierten, vermehrungsfähigen Vakzine durchgeführt. Früher wurde sie auf tierischer Haut (sog. Dermovakzine) als virushaltige Lymphe gewonnen. Heute wird das Vaccinia-Virus auf Hühner-Fibroblasten gezüchtet und steht als Pockenimpfstoff der zweiten Generation zur Verfügung. Für diesen Impfstoff fehlen jedoch wissenschaftliche Daten zu seiner Wirksamkeit, die aufgrund von Analogieschlüssen zur Dermovakzine (gleicher Virusstamm, Viruskonzentrationen) angenommen wird.

Die Impfung ist mit signifikanten Nebenwirkungen verbunden (ein Todesfall auf eine Million und eine schwere Impfenzephalitis auf ca. 100 000 Geimpfte) verbunden.

Weitere Komplikationen sind u.a. die generalisierte Vaccinia, bakterielle Kontaminationen mit nachfolgenden invasiven bakteriellen Infektionen am Impfort, das Ekzema vaccinatatum sowie die Vaccinia gangraenosum und sehr selten auch die Impferkeratitis.

Diese Impfnutzen sind bei Impfnativen von Bedeutung, bereits effektiv Pockenschutzgeimpfte (zwei Impfnarben) vertragen die Impfung in der Regel ohne schwere Nebenwirkungen.

Im Anschlagsfall erfolgt die Pockenschutzimpfung als einmalige Maßnahme, wobei im Gegensatz zu früher (damals Skarifizierung mit Federkielmesser oder Skalpelle) mit einer zuvor in die Pockenimpflösung getauchten

Bifurkationsnadel in die Haut 7-15 x inokuliert wird.

Bei einer wirksamen Impfung („take“) entwickelt sich eine Pustel. Geimpft werden müssen alle gegenüber dem Pockenvirus exponierten Personen (keine Graduierung der Kontaktstufen) und in Form eines Ausbruchsmangements eine noch festzulegende um den Anschlagort wohnende Population im Sinne einer Riegelungsimpfung. Auch noch drei bis vier Tage nach Infektion bietet die Pockenschutzimpfung einen protektiven Effekt (Mc Vail, 1902) und führt oftmals zu einem mildereren Verlauf oder gar zur Verhinderung klinischer Manifestationen (Mortimer, 2003).

Eine immer wieder gestellte Frage ist, ob eine lange zurückliegende Pockenschutzimpfung noch wirksam ist. Immunologische Untersuchungen hierzu sind wenig hilfreich, da aus der Höhe von Antikörpern und Titern nicht auf die Schutzwirkung zurückgeschlossen

werden kann. Untersuchungen zur zellulären Immunität zeigen jedoch Vaccinia-spezifische zytotoxische Memory-Zellen auch Jahrzehnte nach der Impfung (Demkowiecz, 1996). Aus früheren Beobachtungen kann jedoch gesagt werden, daß eine Pockenschutzimpfung, die länger als drei Jahre zurückliegt, in fast allen Fällen im Sinne einer echten Krankheitsprävention nicht mehr wirksam ist. Es gibt jedoch feldepidemiologische Beobachtungen, daß auch Altimpflinge (>40 Jahre; Feemster, 1932 und Lane, 1969) deutlich geringere Infektionsraten bei Exposition gegenüber Pockenviren aufweisen. Da jedoch derzeit für den Nachweis einer solchen Reaktionslage geeignete Surrogatmarker fehlen, sind auch Altimpflinge im Krisenfall zu impfen. Weiterhin zeigen Beobachtungen (Fenner, 1988; Sarkar, 1973 und 1974; Rao, 1974) daß auch eine wirksame Pockenschutzimpfung nicht vor der Infektion schützt, jedoch liegen hierzu keine systematischen virologisch-immunologischen Untersuchungen vor. Auf jeden Fall

ist die Pockenschutzimpfung geeignet, die klinische Manifestation zu verändern oder gar zu verhindern. Durch den Wegfall des Erupstadiums ist damit ein wesentlicher epidemiologischer Beitrag zur Verhinderung der Ausbreitung der Pockenerkrankung geleistet.

Literatur

Literaturnachweise sind bei den Verfassern zu beziehen.

Anmerkung der Verfasser

Weitere Informationen, Bildmaterial und Links können auf der Website der 2. Klinik für Innere Medizin des Klinikum St. Georg, Leipzig unter www.mccl.de/smallpox abgerufen werden. Für medizinische Notfälle steht die im Seuchenalarmplan des Freistaates Sachsen angegebene 24-Stunden-Telefonhotline zur Verfügung.

Literatur beim Verfasser
Dr. Thomas Grünewald
Prof. Dr. med. habil. Bernhard Ruf
Sächsisches Kompetenzzentrum für Infektiologie
2. Klinik für Innere Medizin
Klinikum St. Georg, Leipzig
Delitzscher Straße 141, D-04129 Leipzig

O. Bach

Präventive Strategien des Nikotinabusus

Nachdem der Gesandte Jean Nicot am Beginn des 16. Jahrhunderts die Tabakpflanze (*Nicotiana Tabacum*) nach Europa gebracht hatte, beherrschte der Konsum derselben nahezu die gesamte Bevölkerung. Die Epidemiologie des Nikotinkonsums der Gegenwart weist das Phänomen auch in einer gesundheitlich aufgeklärten Bevölkerung in der Bundesrepublik auf eindrucksvolle Weise auf. In Deutschland werden täglich 386 Mio. Zigaretten, 9 Mio. Zigarren, 40 Tonnen Feinschnitttabak und 2 Tonnen Pfeifentabak geraucht. Im Jahre 2000 betrug der Anteil der erwachsenen Raucher 39 % der Männer und 31 % der Frauen. 5,8 Mio. der 18 – 59-jährigen Bevölkerung rauchen mehr als 20 Zigaretten am Tage. 25 % der 15-jährigen Schüler und 22 % der Schülerinnen sind Raucher. Bis auf Tabakrauchen attributierbare Mortalitätsrate betrug für Frauen 9,2 %, für Männer 26,2 % (John 2001). Das entspricht etwa 100.000 Menschen im Jahr.

Etwa 6 Mio. Tabakabhängigen stehen 1,6 Mio. Alkoholranke und 150000 Drogenabhängige in Deutschland gegenüber (BÄK intern 2002). Die Einnahmen des Staates aus der Tabaksteuer sind erheblich (etwa 21 Milliarden €)

die materiellen Verluste durch die Folgekrankheiten dürften die Summe übersteigen. Gegen die Stimmen von Deutschland und Großbritannien hat der EU-Ministerrat am 2.12.02 ein weitreichendes Tabakwerbe- und Sponsoringverbot ausgesprochen, welches ab 2005 wirksam werden soll (BÄK intern Jan. 2002). Die Haltung der Bundesregierung in dieser Angelegenheit zeigt, wie ambivalent die Gesellschaft mit dem Problem umgeht. Diese Ambivalenz wird genährt durch Phänomene unterschiedlicher Art: die körperlichen und sozialen Folgen des schädlichen Konsums treten erst Jahrzehnte nach dem Konsumbeginn ein; Paradoxien der Einstellungen der Bevölkerung kommen hinzu: mit dem Begriff Droge wird Suchterzeugung connotiert, mit dem Begriff Tabak aber Genussmittel. Die Zigarettenwerbung stellt den Raucher als jung, überlegen und sexy dar. Jugendliche stehen nicht selten vor der paradoxen Situation, dass die Ermahner zugleich Konsumenten sind (Trimper 1999).

Rauchen ist eine Form der Abhängigkeit und damit haben in erster Linie Ärzte die Verantwortung für das Problem.

Tabelle 1: Kriterien der Nikotinabhängigkeit

- der Zwang zu rauchen
- Kontrollverlust bezüglich Beginn und Menge
- das Auftreten von Entzugserscheinungen
- Mengensteigerung
- Vernachlässigung anderer Tätigkeiten zugunsten des Rauchens
- fortgesetztes Rauchen trotz Kenntnis der schädlichen Folgen

Tabelle 2: Kriterien der Nikotinentzugssymptomatik

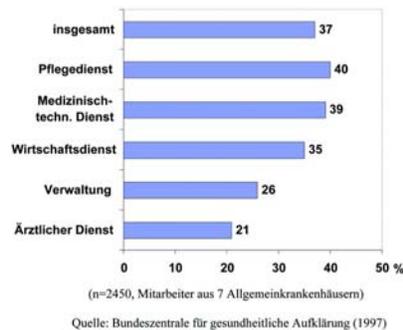
- A: täglicher Konsum
- B: Beendigung oder Reduzierung des Konsums führt zu mindestens 4 Symptomen von
 - Dysphorie
 - Schlaflosigkeit
 - Ablenkbarkeit, Ärger
 - Konzentrationsstörung
 - Unruhe
 - gesteigerter Appetit
- C: Die Symptome von B führen zu Beeinträchtigungen im sozialen und beruflichen Bereich
- D: Die Symptome gehen nicht auf andere körperliche oder psychische Störungen zurück

Die genannten Gründe führen dazu, dass es die Nikotinprävention schwer hat und die Mediatoren einer wirkungsvollen Prävention (Ärzte, Schwestern, Lehrer u.a.) selbst eher ambivalent eingestellt sind, obwohl präventive Strategien sinnvoll sein können wie viele Studien belegen. In den USA wurde vor etwa 20 Jahren ein Tabakrauchen – Krebsprogramm eingeführt, welches die Qualifikation der Ärzte in den Mittelpunkt rückte. Das Ergebnis war, dass, wenn nur 50 % der Ärzte ihre rauchenden Patienten entsprechend beraten würden und nur 10 % den Rat befolgen würden, in den USA jährlich 2 Millionen Menschen zu rauchen aufhören würden. Eine Raucherentwöhnungskampagne in Australien (Australias National Tobacco Campaign nach Kröger 2002), die mit massiven Angstappellen arbeitete und erwachsene Raucher als Zielgruppe hatte, führte zum Rückgang der Raucherprävalenz um 1,8 % (auf Deutschland bezogen würde das knapp 100.000 Aussteiger bedeuten). 67 % der Raucher äußerten demnach Aussteigermotivation und 86 % der Nichtraucher fühlten sich in ihrer Haltung bestätigt. Entsprechende Studien, die Massenmedien professionell einbeziehen, aus England und Kanada belegen dies. Die John-Cleese-Campaign von 1992 – 1995 in England führte zu Spots im Fernsehen, in denen ein bekannter Komiker einbezogen war. Die Prävalenz der Konsumenten sank um 1,2 %.

Bei den präventiven Strategien sind einige Probleme zu bedenken. Studien zur Frage, welche Botschaften das Konsumverhalten beeinflussen, erwiesen, dass Hinweise auf gesundheitliche Risiken am wenigsten wirksam waren. Die Konsumenten wissen in der Regel, was sie tun, wenn sie sich eines Suchtmittels bedienen. Hingegen waren Themen, die die Tabakindustrie delegitimieren („die manipulieren euch, die verdienen an eurem Verhalten“) und das Problem des Passivrauchens effektiver.

Mit Fragen der Suchtprävention von Jugendlichen haben sich hier in Sachsen Studien der Arbeitsgruppe Prof. Dr. Petermann (Leipzig) befasst (zum Beispiel. Leppin, Hurrelmann, Petermann 2000, Petermann et. al. 2002). Die Autoren stellen zunächst einen positiven Trend zur Senkung des Nikotinkonsums Ende der 90iger Jahre fest. Sie leiten aus einer

Rauchverhalten von Krankenhausmitarbeitern 1995/96



Typologie jugendlicher Nichtraucher ein Konzept präventiver Lebenskompetenz ab, dass den Einstieg in den Konsum verhindern kann. Dazu gehören ausgewählte Informationen, Steigerung des Selbstwertgefühls, Vermittlung von Lebensbewältigungsfertigkeiten (Stressmanagement, Problemlösungsfertigkeiten, Angstbewältigung) und Erhöhung der Selbstwirksamkeitseinstellung. Diese Strategien, die die Drogendistanz aufrechterhalten bzw. erhöhen soll, spielen sich gleichsam im vormedizinischen Bereich (zum Beispiel in der Schule) ab. Dabei ist personale Kommunikation der entscheidende Punkt der Intervention. In diesem Feld der persönlichen Intervention liegen auch die Einwirkungsmöglichkeiten der Ärzte und besonders der Hausärzte. Die Ärzte haben in der Gesellschaft ein hohes Prestige und damit eine hohe Akzeptanz in ihren Verlautbarungen. Jeder Süchtige konsultiert zu irgendwelchen Zeitpunkten seinen Arzt oder er ist durch stationäre Behandlung unter unmittelbarem ärztlichen Einfluss. Auf diese Weise können High-risk-Gruppen (Schwangere, Jugendliche, Herz-Kreislauf-erkrankte...) angesprochen werden. Leider kommt hier die obengenannte Ambivalenz wieder zum Vorschein. 25 % der Ärzte rauchen selbst!

In Krankenhäusern und Praxen muss Nikotinfreiheit erreicht werden. Auch hier haben amerikanische Studien bemerkenswerte Effekte gezeigt. (Kurt 1989) Strategisch ging man dabei so vor, dass im Krankenhaus ein Teamkoordinator benannt wurde, der den Prozess zum nikotinfreien Krankenhaus langfristig ideell vorbereitet. Zunächst wurden Raucherzonen geschaffen, die zunehmend reduziert wurden. Jeder Raucher wurde auf der Krankenkurve gekennzeichnet. Bei Visiten erfolg-

ten entsprechende Hinweise. Entwöhnungspläne wurden angeboten und gegebenenfalls pharmakologische Unterstützung eingeleitet. Allgemeine Ratschläge zum Beginn des Nichtrauchens sind: sofort aufhören, Zigaretten aus dem Haus, Kleider geruchlos machen, Rauchern aus dem Weg gehen, Gewichtszunahme zunächst in Kauf nehmen. Erforderlichenfalls (Raucher mit hohem Konsum – 40 Zigaretten und mehr) Nikotinpflaster oder ähnliches verwenden. Sie senken die Rückfallgefahr nachweislich.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die wichtigsten Maßnahmen für Ärzte kurativ bzw. präventiv bezüglich Nikotinkonsum wirksam zu werden sind:

- selbst nicht rauchen,
- Raucher identifizieren und regelmäßig den schädlichen Konsum zur Sprache bringen,
- Entwöhnungspläne mit den Patienten aufstellen,
- Krankenhäuser und Praxen rauchfrei machen,
- Einfluss auf andere Mediatoren (zum Beispiel Lehrer) nehmen,
- Antiraucherkampagnen der Medien im persönlichen Kontakt mit Patienten verstärken,
- Entwöhnungsmotivationen patiententypisch fördern.

Befunde aus der Prädiktorforschung belegen, dass günstige Faktoren eines Konsumabbruchs starke Motivation des Konsumenten, hohe Selbstwirksamkeit und ein supportives Netzwerk sind. Dagegen belasten starke Abhängigkeit, psychiatrische Komorbidität und hohes Stressniveau die Prognose. An die Politik sind bezüglich der Suchtprävention Ansprüche zu stellen, die ein menschenwürdiges Leben aller sozialen Schichten sichert, die Jugend in den Mittelpunkt der Sorge und Fürsorge stellt, Frühinterventionsprogramme fördert, die einen möglichst frühen Einsatz des Neugier- und Probierkonsums von Kindern zu erreichen versuchen. Es sind aber auch repressive Maßnahmen (Werbespots, Sponsoringverbote, Tabaksteuererhöhungen uvam.) sinnvoll.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Prof. Dr. med. habil. Otto Bach
Vorsitzender der Sächsischen Akademie
für ärztliche Fort- und Weiterbildung

Bundesstatistik über Schwangerschaftsabbrüche

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales wurde vom Statistischen Bundesamt in oben genannter Angelegenheit angeschrieben und um Mitteilung der aktuellen Anschriften der Ärzte gemäß § 18 Abs. 3 Nr. 1 SchKG gebeten. Die Sächsische Landesärztekammer, wie auch das Sächsische Staatsministerium für Soziales, können dieser Auskunftspflicht nicht nachkommen, da mangels eines Zulassungsverfahrens für Einrichtungen im Sinne des § 13 SchKG keine Erkenntnisse darüber vorliegen, in welchen Arztpraxen und Krankenhäusern Schwangerschaftsabbrüche vorgenommen worden sind oder vorgenommen werden sollen. Mit der nachstehenden Veröffentlichung weist das Sächsische Staatsministerium für Soziales ausdrücklich auf die Auskunftspflicht der Inhaber der Arztpraxen und der Leiter der Krankenhäuser nach § 18 Abs. 1 SchKG hin:

„Gemäß § 18 Abs. 1 in Verbindung mit § 17 Abs. 1 Schwangerschaftskonfliktberatungsgesetz (SchKG) vom 21. August 1995 (BGBl. I 1995, 1050 ff) besteht für **Inhaber von Arztpraxen und Leiter von Krankenhäusern**, in denen innerhalb von zwei Jahren vor dem Quartalsende Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt wurden, eine **Auskunftspflicht** zu folgenden Erhebungsmerkmalen:

1. Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen im Berichtszeitraum (auch Fehlanzeige), rechtliche Voraussetzungen des Schwangerschaftsabbruchs (Beratungsregelung oder nach Indikationsstellung),

2. Familienstand und Alter der Schwangeren sowie die Zahl ihrer Kinder,

3. Dauer der abgebrochenen Schwangerschaft,

4. Art des Eingriffs und beobachtete Komplikationen,

5. Bundesland, in dem der Schwangerschaftsabbruch vorgenommen wird, und Bundesland oder Staat im Ausland, in dem die Schwangere wohnt,

6. Vornahme in Arztpraxis oder Krankenhaus und im Falle der Vornahme des Eingriffs im Krankenhaus die Dauer des Krankenhausaufenthaltes.

Die Auskunftspflichtigen haben dabei Name und Anschrift ihrer Arztpraxis bzw. ihres Kran-

kenhauses anzugeben. Der Name der Schwangeren darf **nicht** angegeben werden.

Die Mitteilungspflicht besteht vierteljährlich zum jeweiligen Quartalsende. Für die Mitteilung bzw. Fehlanzeige ist ein **Erhebungsbogen** zu verwenden, der beim Statistischen Bundesamt, Zweigstelle Bonn Referat VIII A 2, 53117 Bonn Telefon: 01888 / 644 - 8154, E-Mail: schwangerschaftsabbrueche@destatis.de abgefordert werden kann. Das Sächsische Staatsministerium für Soziales bittet um Kenntnisnahme und Beachtung.

gez. Jürgen Hommel, Referatsleiter“
vd

Ärztendienst für Ausländer

Der Sächsische Ausländerbeauftragte, der sich für die Belange der in Sachsen lebenden Ausländer einsetzt, beabsichtigt, einen „Ärztendienst für Ausländer“ einzurichten und bittet um nachfolgende Veröffentlichung eines Aufrufs im Ärzteblatt Sachsen:

Projekt „Ärztendienst für Ausländer“

Ein häufiges Problem, besonders bei Flüchtlingen, sind psychische Erkrankungen, Angst- und gewisse Zwangsstörungen sowie Depressionen. Bei der Behandlung dieser Erkrankungen ist es unerlässlich, dass der behandelnde Arzt zum Einen eventuelle Besonderheiten des entsprechenden Kulturkreises kennt und zum Anderen, dass eine gute sprachliche Verständigung möglich ist. Aber auch bei anderen

Erkrankungen ist eine ausreichende sprachliche Verständigung von Nöten.

Aus diesem Grund möchte ich eruiieren, ob und gegebenenfalls wie viele Ärzte es in Sachsen gibt, die Fremdsprachen beherrschen. Ziel soll sein, eine Zusammenstellung von Ärzten zu bekommen, welche Fremdsprachen beherrschen, um in Einzelfällen Migranten bzw. Ausländern einen entsprechenden fremdsprachigen Arzt empfehlen zu können. Eventuell soll die Liste auch im Internet Interessierten zur Verfügung gestellt werden. Gute Erfahrungen hat der Sächsische Ausländerbeauftragte bereits mit dem sogenannten „Anwaltsnotdienst für Ausländer“ gemacht.

Grundlage für die Tätigkeit des Sächsischen Ausländerbeauftragten ist das Gesetz über

den Sächsischen Ausländerbeauftragten vom 9. März 1994, wonach er die Aufgabe hat, die Belange der in Sachsen lebenden Ausländer zu wahren und zu vertreten.

Der Sächsische Ausländerbeauftragte bittet interessierte Ärzte, sich mit Namen, Anschrift und Telefonnummer sowie mit Angabe der entsprechenden Sprachkenntnisse bzw. Angebote bei ihm zu melden:

Der Sächsische Ausländerbeauftragte
Herr Heiner Sandig
Bernhard-von-Lindenau-Platz 1
01067 Dresden
Tel.: 0351 493 51 71/77
E-Mail: Fanja.Frenzel@slt.sachsen.de

vd

Meldungen gemäß § 5a Abs. 2 BtMVV (Substitutionsregister)

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat die Sächsische Landesärztekammer gebeten, die Ärzteschaft über die **aktualisierten Versionen der „Organisatorischen Festlegungen zur Führung des Substitutionsregisters (§ 5a Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung) – Informationen und Empfehlungen –“, Stand 24. Februar 2003 sowie des entsprechenden Meldeformulars zu informieren.**

Die aktuellen Versionen stehen im Internet auf der Webseite des BfArM unter www.bfarm.de im Abschnitt „Betäubungsmittel/Grundstoffe“ zur Verfügung. Die beim Substitutionsregister eingegangenen Meldungen sind in der Vergangenheit seitens der Ärzteschaft leider nicht immer mit der erforderlichen Sorgfalt ausgefüllt worden (vgl. Punkt 9 der „Organisatorischen Festlegungen zur Führung des Substitutionsregisters“). Um künftig hierdurch ver-

ursachte Rückfragen zu vermeiden und somit den Arbeitsaufwand für alle Beteiligten zu vermindern, wurden wir gebeten, die in unserem Zuständigkeitsbereich substituierenden Ärzte hinsichtlich ihrer diesbezüglichen Sorgfaltspflicht zu sensibilisieren.

Dr. med. Siegfried Herzig
Ärztlicher Geschäftsführer

Ausschreibung Richard-Merten-Preis 2003

Im Jahre 2003 wird wieder der mit 5.000 Euro dotierte Richard-Merten-Preis zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin ausgeschrieben.

Das Stiftergremium Richard-Merten-Preis hat sich zum Ziel gesetzt, Arbeiten auszuzeichnen und zu würdigen, die unter Nutzung von modernen Informationstechnologien (EDV) eine Verbesserung des Qualitätsmanagements in der Humanmedizin ermöglichen oder schon nachweislich bewirkt haben. Als Rahmenthema benennt das Stiftergremium in diesem Jahr:

„Disease Management Programme (DMP) – Die praktische Umsetzung von Therapieleitlinien für Volkskrankheiten“.

Die Ausschreibung 2003 soll vor allem Arbeiten hervorrufen, die die Qualitätssicherung des ärztlichen Handelns im niedergelassenen und ambulanten Bereich fördern – bezogen auf die gerade beginnende Einführung der Chronikerprogramme für Volkskrankheiten.

Die Arbeiten müssen bis zum 1. Juli 2003 (Datum des Poststempels) per Einschreiben an das Sekretariat Richard-Merten-Preis, c/o MCS AG, Im Kappelhof 1, 65343 Eltville geschickt werden.

Die Einzelheiten über die Bewerbungsunterlagen erfragen Sie bitte unter der gleichen Adresse.

Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden

Wir möchten Sie hiermit zu unserem nächsten Seniorentreffen einladen.

Anders als üblich, treffen wir uns diesmal

am 4. Juni 2003, 15.00 Uhr am Eingang des Ständehauses, Schlossplatz 1.

Der Präsident des Oberlandesgerichtes Dresden wird das unlängst wieder eröffnete und rekonstruierte Ständehaus am Schlossplatz im

Rahmen einer Führung vorstellen. Neben interessanten Aspekten zur Baugeschichte wird sicherlich auch die Geschichte der Dresdner Justiz für einen kurzweiligen Nachmittag sorgen. Sie sind mit Ihrem Partner recht herzlich eingeladen.

Ihr Seniorenausschuss der
Kreisärztekammer Dresden

Mitteilung der Bezirksstelle Leipzig

Die Bezirksstelle Leipzig der Sächsischen Landesärztekammer ist aus Urlaubsgründen in der Zeit vom **26.05. bis 06.06.2003** nicht besetzt.

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

Konzerte und Ausstellungen

Konzerte

Sonntag, 1. Juni 2003

11.00 Uhr

Junge Matinee

Lieder, Arien und Duette

von Beethoven, Mozart, Puccini,
Strauss, Verdi, Wolf u. a.

mit Studenten der Hochschule für Musik
„Carl Maria von Weber“ Dresden

Ausstellungen

Foyer der Sächsischen Landesärztekammer

Karola Smy & Wolfgang Smy
Der Wald hat Ohren, das Feld hat Augen –
Linolschnitte und Gemälde
bis 12. Mai 2003

Christiane Latendorf

Wiederkehr

Scherenschnitte und Malereien

Vernissage

Donnerstag, 15. Mai 2003, 19.30 Uhr

Einführung: Karin Weber,
Kunstwissenschaftlerin und Galeristin, Dresden

Foyer der Sächsischen Ärzteversorgung

Susanne Kiesewetter

Malerei und Grafik „Augen-Blicke“

Korrektur der Legende zur Abbildung „Ärztblatt Sachsen“, Heft 4/2003, Seite 120, unten: „Auf Einladung von Frau Friederike de Haas war auch der **Sächsische Staatsminister für Wissenschaft und Kunst, Dr.-Ing. Matthias Rößler**, im Podium.“



Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

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

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

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

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

■ Bezirksstelle Chemnitz

Aue-Schwarzenberg

Facharzt für Chirurgie
Reg.-Nr. 03/C022

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 26. 5. 2003 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.

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 03/CO23
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 03/C024

Zwickau-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 03/C025

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 7. 6. 2003 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

Dresden-Stadt

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Reg.-Nr. 03/D028

Bautzen

Facharzt für Innere Medizin/Pneumologie
Reg.-Nr. 03/D029

Meißen

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 03/D030

Riesa-Großenhain

Facharzt für Augenheilkunde, Reg.-Nr. 03/D031

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10. 6. 2003 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 8 82 83 30 zu richten.

■ Bezirksstelle Leipzig

Leipzig-Stadt

Facharzt für Chirurgie, Reg.-Nr. 03/L010

Leipziger Land

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Reg.-Nr. 03/L011

Döbeln

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 03/L012

Torgau-Oschatz

Facharzt für Anästhesiologie, Reg.-Nr. 03/L013

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 6. 6. 2003 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 in den **Planungsbereichen** zur Übernahme veröffentlicht.

■ Bezirksstelle Dresden

Dresden-Stadt

Facharzt für Innere Medizin*)

(Hausärztlicher Versorgungsbereich)

geplante Praxisabgabe: ab Mitte 2004

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 8 82 83 30.

■ Bezirksstelle Leipzig

Leipziger Land

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

geplante Praxisabgabe: August 2003

Döbeln

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

geplante Praxisabgabe: Februar 2004

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

geplante Praxisabgabe: Juli 2004

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. (03 41) 2 43 21 53.

KVS Landesgeschäftsstelle

M. Nitsche¹, Th. Pinzer², D. Roesner³, U. Eckelt¹

Kraniosynostosen: Behandlung mit interdisziplinärem Konzept

TU Dresden
Medizinische Fakultät¹ Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie² Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie³ Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie

Zusammenfassung:

Kraniosynostosen sind seltene Schädelneubildungen, die auf vorzeitiger Verknöcherung einzelner oder mehrerer Schädelnähte beruhen und häufig mit ausgeprägten Einschränkungen des skelettalen Schädelwachstums einhergehen. Sie werden aufgrund des schnellen Hirnwachstums schon in den ersten Lebensjahren symptomatisch. Meist führt die permanente intrakranielle Drucksteigerung bereits frühzeitig

zu irreversiblen Hirnschäden. Die Sterblichkeit dieser Kinder ist erhöht. Im interdisziplinären Behandlungszentrum des Universitätsklinikums Dresden werden diese Fehlbildungen seit 1995 erfolgreich operativ behandelt. Das standardisierte frontoorbitale Advancement ist bei fast allen Kraniosynostoseformen Operationsmethode der Wahl.

Schlüsselwörter:

Kraniosynostose, Kraniosynostose, frontoorbitales Advancement

Einleitung

Prämature Schädelnahtsynostosen gehören zu den seltenen Erkrankungen des Skeletts. Durch eine vorzeitige knöcherne Fusion einzelner, selten aller Schädelnähte wird ein regelrechtes Wachstum der Schädelkalotte behindert und damit die Ausbildung der im und am Schädel lokalisierten Organstrukturen gestört. Daraus resultiert eine Entwicklungshemmung der Schädelkalotte senkrecht zur befallenen Naht, gleichzeitig aber eine verstärkte Ausdehnung in anderer Richtung, so dass charakteristische Schädeldeformitäten entstehen.

Kraniosynostosen werden auf Grund des schnellen Hirnwachstums meist schon in den ersten Lebensjahren symptomatisch. Bereits im dritten Jahr erreicht das Hirn ca. 80% des Erwachsenenvolumens. So entsteht zeitig ein Mißverhältnis zwischen Volumen der Schädelkapsel und dem wachsenden Gehirn, eine Kraniosynostose, die zur intrakraniellen Drucksteigerung führt (Mühling, J. 1995; Renier D., Lajeunie E., Arnaud E. et al. 2000).

Die Pathogenese der Kraniosynostosen ist noch nicht vollständig geklärt. Virchow ging in seiner klassischen Theorie (1851/52) von einer Erkrankung der Schädelnähte aus, die er als primäre Wachstumszentren der Schädelkalotte sah. Neuere Untersuchungen widersprechen dieser Auffassung. Als sicher gilt, dass die im Chondrokranium präformierte Schädelbasis das primäre Wachstumszentrum des knöchernen Schädels ist und die knöcherne Vereinigung der Knochenschuppen des kalottenbildenden Desmokraniums erst sekundär nach Abschluß des Schädelbasiswachstums erfolgt (Alden T., Lin K., Jane J. 1999)

Nach heutiger Ansicht beruhen Kraniosynostosen auf hereditären Störungen der Chondroblastenteilungsfähigkeit in der knorpeligen Schädelbasis, die ein ungenügendes Wachstum in diesem Bereich zur Folge haben und bereits in der siebten bis achten Schwangerschaftswoche beginnen. Aktuellen Untersuchungen zufolge

sind dabei Missense-Mutationen der Gene für die Synthese von drei Fibroblasten-Wachstumsfaktor-Rezeptoren (FGFR) und deren Transkriptionsfaktoren (TWIST) auf Chromosom 10 (10q26) von Bedeutung, die beim Crouzon-Syndrom, Pfeiffer-Syndrom, Apert-Syndrom und Beare-Stevenson Cutis-gyrata-Syndrom nachgewiesen worden sind. Die veränderte Expression und Rezeptorbindungsaffinität für den Fibroblastenwachstumsfaktor (FGF) beeinflusst dabei die Proliferation der Chondroblasten negativ (Kan, S., Wilkie A. 2002).

Auf Grund des ungenügenden Wachstums des Chondrokraniums nach ventral werden die desmalen Ossifikationszentren im vorderen Kalottenbereich zu langsam voneinander disloziert, so dass die zwischen diesen Wachstumszentren gelegenen membranösen Suturen vorzeitig verknöchern. Das betrifft vor allem die Kranznaht und vordere Anteile der Lambdannaht (Mühling, J. 1995).

Die Kinder fallen oft bereits zeitig durch funktionelle Störungen auf, die eine klar altersabhängige Dynamik zeigen. Nach Frühsymptomen wie Kopfschmerz, Unruhe, Schlafstörungen, häufigem Weinen, Erbrechen und Trinkschwäche treten mit fortlaufendem Wachstum gelegentlich zerebrale Anfälle auf. Abhängig vom Ausbildungsgrad der Kraniosynostose können sich mit zunehmender Behinderung des Hirnwachstums bereits in den ersten Lebensjahren Wachstumsretardierungen, Visusverluste durch Optikusatrophie, Hörverluste, Herniationen von Hirngewebe durch Lücken in der Kalotte, Liquorzirkulationsstörungen mit Erweiterung der Ventrikelräume und Ausbildung eines Hydrozephalus sowie zerebrale Durchblutungsstörungen mit umschriebenen Hirninfarkten entwickeln. Auf Grund der Mittelgesichtshypoplasie tritt häufig eine starke Einengung des Nasen-Rachen-Raumes auf. Rezidivierende Paukenergüsse und Mittelohrentzündungen

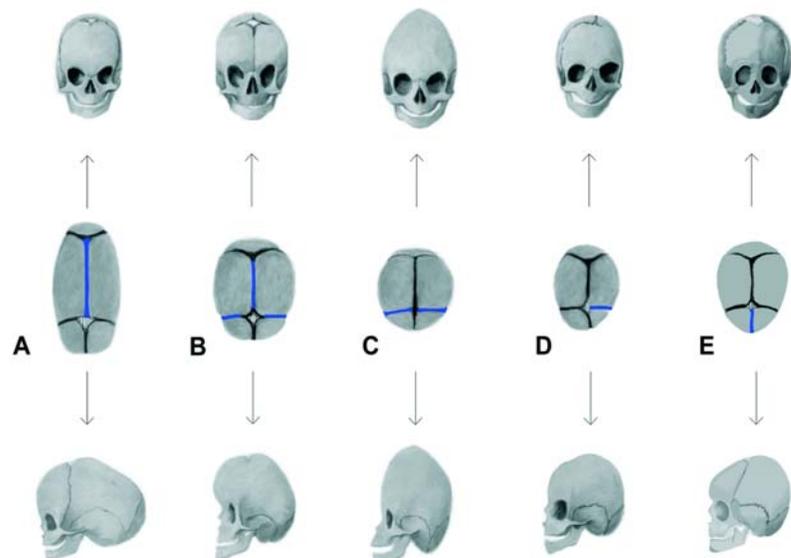


Abb. 1: Formen der Kraniosynostosen; A) Skaphozephalus; B) Brachyzeephalus; C) Oxyzeephalus; D) Plagiozeephalus; E) Trigonozeephalus

auf dem Boden einer behinderten Mittelohrbelüftung sowie rezidivierende bronchopulmonale Infekte, Zahnkaries und Gingivitiden durch die chronische Mundatmung sind weitere mögliche Folgen dieser Dysmorphie. Eine Progression dieser Symptome ist hauptsächlich bis zum 6. Lebensjahr zu erwarten. Die Kindersterblichkeit ist in den ersten Lebensjahren erhöht. Kraniosynostosen gehen gelegentlich mit multiplen Fehlbildungen einher und werden meist innerhalb klinischer Syndrome beschrieben. Am bekanntesten und häufigsten ist dabei das Crouzon-Syndrom (Dysostosis craniofacialis), ein charakteristisches Turmschädelsyndrom. Es tritt bei etwa 1:25.000 Geburten auf und entspricht einem auf den Schädel begrenzten genetisch bedingten Fehlbildungssyndrom mit autosomal-dominantem Erbgang, einhundertprozentiger Penetranz und wechselnder Stärke der Expressivität. Im Unterschied dazu ist das ebenfalls autosomal-dominant mit einer Häufigkeit von etwa 1:100.000 auftretende Apert-Syndrom (Akrocephalosyndaktylie-Syndrom 1b) nicht auf den Schädel beschränkt. Neben einem Akrocephalus variabler Ausprägung bestimmen hier auch Syndaktylien mit dysmorphen, verkürzten, meist knöchern fusionierten 2. – 4. Finger (Löffelhände) und kutanen Syndaktylien der Zehen, ferner Anomalien von Halswirbelsäule, Hirn, Herz, Gastrointestinal- und Urogenitaltrakt das klinische Bild. Darüber hinaus weisen auch die Syndrome nach Pfeiffer, Opitz (Trigonocephalus), Carpenter und Saethre-Chatzen sowie das Kleeblatt-Schädel-Syndrom frühkindliche Kraniosynostosen auf, die in unterschiedlicher Ausprägung zu Schädeldeformierungen mit den oben beschriebenen funktionellen Folgen führen (Mühling, J. 1995).

Klassifikation:

Virchow differenzierte neun Schädeldeformitäten, die er auf den vorzeitigen Nahtverschluss zurückführte (Mühling, J. 1995). Für die operative Therapie werden nach Marchac und Renier (5) nur fünf Schädeldeformitäten unterschieden: Trigonocephalus (Dreiecksschädel), Plagiocephalus (Schiefschädel), Oxycephalus (Turmschädel), Brachycephalus (Kurzschädel), Skaphocephalus (Kahnschädel), (Abbildung 1 und Abbildung 2).

Diagnostik

Die komplexe Symptomatik der Kraniosynostosen erfordert eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit in Diagnostik und Therapie. Obwohl häufig bereits nach der Geburt erkenn-

bar, werden diese Fehlbildungen oft als Geburtstraumata fehlgedeutet. Nicht selten ist die Dysmorphie so schwach ausgebildet, dass die Diagnose Kraniosynostose erst spät gestellt wird, wenn bereits irreparable Schäden eingetreten sind. Die frühe Diagnose ist allerdings erforderlich, um zum günstigen Zeitpunkt mit der Therapie beginnen zu können. Bei positiver Familienanamnese und Verdacht auf eine Kraniosynostose sollte gezielt nach hirndruckverdächtigen Symptomen gesucht werden. Gleichzeitig hilft das Erkennen assoziierter Fehlbildungen die Zuordnung der Schädeldeformierung zu bekannten klinischen Syndromen. Hilfreich ist die Berechnung des Schädelindex ($SI = (\text{Schädelbreite} \times 100) / \text{Schädelhöhe}$). Normal ist ein Wert zwischen 70 und 80, ein Wert über 80 spricht beispielsweise für einen Brachycephalus.

Eine große Bedeutung hat die ophthalmologische Untersuchung. Wesentlich ist die Funduskopie zur Erkennung eines Papillenödems als Frühzeichen erhöhten intrakraniellen Drucks. Visus und Gesichtsfeld geben Aufschluss über das Ausmaß bereits eingetretener Schädigungen. Störungen des binokularen Sehens durch einen Hypertelorismus sollten ebenso wie Hornhautschäden infolge eines insuffizienten Lidschlusses bei Protrusio bulbi rechtzeitig



Abb. 2: Oxycephalus

erkannt und behandelt werden. Bei HNO-ärztlichen Untersuchungen können Atemwegsbehinderungen sowie Paukenbelüftungsstörungen diagnostiziert werden.

Die klinische und röntgenographische Diagnostik von mund-kiefer-gesichtschirurgischer Seite beurteilt Ausmaß und Folgen der Faziostenose und ermittelt begleitende Fehlbildungen wie Gaumenspalten.

Von neurologisch-pädiatrischer bzw. neurochirurgischer Seite kann der intrakranielle Druck indirekt durch Fontanometrie beim Kleinkind sowie auch direkt durch epidurale oder intraparenchymatöse Druckmessung festgestellt werden. Die transkranielle Dopplersonographie ermöglicht eine Beurteilung der zerebralen Durchblutung (Govender P., Nadvi S., Madaree A. 1999).

Unerlässlich für die präoperative Diagnostik der Kraniosynostose und -stenose ist die radiologische Diagnostik. Im nativen Röntgenbild fallen neben den pathologischen Verknöcherungen und Dysmorphien mit zunehmendem Alter auch hirndruckbedingte Verstärkungen der physiologischen Wolkenzeichnungen der Schädelkalotte, Impressiones digitatae, und erweiterte Foraminae von Emissarien auf. Die 3-D-Computertomographie des knöchernen Schädels, von manchen Autoren generell gefordert, sowie die Stereolithographie, sind sicherlich nur bei Vorliegen von Pansynostosen oder Fehlbildungssyndromen, die auch den Gesichtsschädel einbeziehen, gerechtfertigt. Die Magnetresonanztomographie ermöglicht darüber hinaus Aussagen über zerebrale Fehlbildungen, Liquorzirkulationsstörungen und Parenchymläsionen infolge hirndruckbedingter ischämischer Ereignisse.

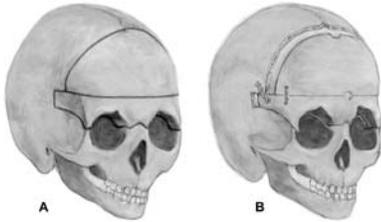


Abb. 3: frontoorbitales Advancement;
A) Osteotomielinien, B) Advancement nach
Fixation

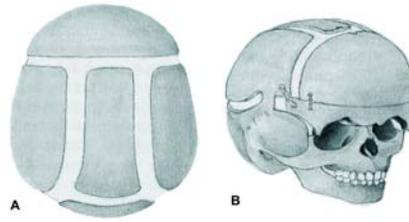


Abb.4: frontoorbitales Advancement mit linearer
Kraniektomie; A) Schädelaufrsicht,
B) nach Fixation

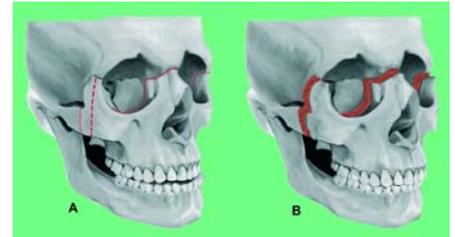


Abb. 5: Osteotomie und Mittelgesichtsvor-
verlagerung in der Le-Fort-III-Ebene
A) präoperativ, B) postoperativ

Therapie

Das rasche Wachstum im ersten Lebensjahr erfordert eine frühzeitige chirurgische Intervention bereits in den ersten Lebensmonaten auch bei Fehlen einer klinischen Symptomatik. Unseren bisherigen Erfahrungen zufolge ist die Durchführung des Eingriffes um den zwölften Lebensmonat anzustreben, da sich die Komplikationsrate mit zunehmendem Alter erhöht. Ursachen dafür liegen in der Verlängerung der Operationsdauer durch die mit dem Lebensalter zunehmende Stärke und Mineralisation der Schädelknochen, die eine schlechtere Formbarkeit und abnehmende Reossifikationspotenz zur Folge haben. Weiterhin erschwert die Ausbildung der Sinus frontales die Operationstechnik.

Im interdisziplinären Behandlungszentrum des Universitätsklinikums Dresden erfolgt durch die Fachgebiete der Kinderchirurgie, Neurochirurgie und Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie die Korrektur der knöchernen Schädelbildungen. Das standardisierte frontoorbitale Advancement (Abbildung 3) ist ausschließlich des Skaphozephalus Operationsmethode der Wahl. Operativer Zugangsweg ist der Bügelschnitt, der die Darstellung des knöchernen Schädels im frontalen, temporalen und supra-

orbitalen Bereich ermöglicht. Nach Bildung eines frontalen Knochendeckels, der unterhalb der Stirnwölbung beginnend die knöcherne Stirnstruktur bis zur Kranznaht in gesamter Breite umfasst, wird die intra-extrakranielle Präparation eines horizontal verlaufenden streifenförmigen supraorbitalen Knochensegmentes möglich. Das frontoorbitale Knochensegment wird in einer zweiten Phase der Operation entsprechend der Fehlbildung ausgeformt und mit einem Advancement wieder eingelagert. Das Ausmaß der Vorverlagerung richtet sich nach der Stärke der Wachstumshemmung und dem individuellen Erscheinungsbild. In Hinblick auf das zu erwartende Wachstum wird eine Überkorrektur vorgenommen. Anschließend erfolgt die Modellation des frontalen Knochendeckels zur Anpassung an das ausgeformte und vorverlagerte frontoorbitale Segment. Die Knochenfragmente werden in der korrigierten Lage fixiert. Dabei kommen im frontalen Bereich vorrangig resorbierbare Osteosynthesematerialien zum Einsatz. Der Kranznahtbereich bleibt aus Stabilitätsgründen Titan-Mikroplatten vorbehalten. Abschließend wird der operative Zugang verschlossen. Nicht resorbierbare Osteosynthesematerialien sollten nach drei bis sechs Monaten entfernt werden, da das appositionelle

Knochenwachstum eine Verlagerung der Titanmikroplatten nach intrakraniell verursachen kann. Durch Verwendung resorbierbarer Materialien im frontoorbitalen Bereich bleibt dieser Zweiteingriff auf die Kranznaht beschränkt.

Bei Pansynostosen ist zusätzlich zum frontoorbitalen Advancement eine lineare Kraniektomie erforderlich, um eine Remodellation bei gleichzeitiger intrakranieller Drucksenkung zu erreichen. Dabei werden beidseits parallel zur Sagittalnaht ca. 1cm breite Knochenstreifen reseziert. Diese Kraniektomien setzen sich beidseitig bogenförmig entlang der Lambdanaht sowie der Sutura squamosa fort und nähern sich der Koronarnaht bis auf etwa 2cm, so dass ein stabilisierender Knochensteg verbleibt. Über der hinteren Fontanelle wird die Kraniektomie über die Mittellinie hinaus ausgedehnt und mit der Gegenseite verbunden. Über dem Sinus sagittalis superior verbleibt ein schützender Knochenstreifen. Der Schädel kann der Ausbreitung des Hirns somit in allen Richtungen nachgeben. (Abbildung 4).

In seltenen extremen Fällen (frühe Pansynostosen) kann eine Kombination des frontoorbitalen Advancements mit einer totalen Kraniektomie im Hinterhauptsbereich kombiniert werden. Eine weitere Möglichkeit der Vergrößerung



Abb. 6: Patientin mit Oxyzephalus präoperativ, nach Entfernung des Osteosynthesematerials und im Alter von drei Jahren (von links nach rechts)



Abb. 7: Plagiocephalus; präoperativ (3. Lebensjahr) und postoperativ (5. Lebensjahr)

des Schädelvolumens im Hinterhauptsbereich ist das okzipitale Advancement.

Diese Eingriffe sollten vor Abschluss des ersten Lebensjahres erfolgen. Danach nimmt die Reossifikationspotenz deutlich ab und es besteht die Gefahr inkompletter Schädelverknöcherungen.

Kraniosynostosen mit ausgeprägter Mittelgesichtshypoplasie sowie Protrusio bulbi erfordern eine Operationserweiterung im Sinne einer Mittelgesichtsvorverlagerung. Nach realisiertem frontoorbitalem Advancement wird der gesamte Gesichtsschädel in der Le-Fort-III-Ebene über Bügelschnitt- und oralen Zugang gelöst und entsprechend der Fehlbildung vorverlagert und in korrigierter Position fixiert (Abbildungen 5). Diese Eingriffe erfolgen bei älteren Kindern und Erwachsenen einzeitig. Einem zweizeitigen Vorgehen wird aber besonders bei Kleinkindern wegen des deutlich niedrigeren Operationsrisikos der Vorrang gegeben. Abhängig vom Ausmaß der Mittelgesichtsfehlbildung erfolgt die Mittelgesichtsverlagerung entweder bereits nach zwei bis vier Monaten oder erst nach weitgehend abgeschlossenem Schädelwachstum (ab vollendetem zehnten Lebensjahr).

Komplikationsmöglichkeiten bestehen in Duraverletzungen, aufsteigenden Infektionen aus dem Respirationstrakt sowie Blutungen aus dem besonders bei stark erhöhtem intrakraniellen Druck gestauten Sinus sagittalis superior und Emissarien. Sie sind durch Duraplastiken, prinzipielle perioperative Breitspektrumantibiotikaprophylaxe, Deckung und Deepithelialisierung eröffneter Stirnhöhlen sowie rechtzeitige Blutsubstitution kalkulierbar und kontrollierbar.

Diskussion

In unserem Behandlungszentrum wurden bisher 10 Patienten mit dieser sehr seltenen Erkrankung operativ versorgt. Das Patientengut setzte sich aus vier Patienten mit Trigenocephalus sowie je zwei Patienten mit Plagio-, Oxy- und Skaphocephalus zusammen. Die Operation erfolgte in sechs der Fälle nach Abschluss des ersten Lebensjahres, in drei Fällen bis zum fünften Lebensjahr sowie in einem Fall im dreizehnten Lebensjahr. Dabei beobachteten wir keine schwerwiegenden Komplikationen. Vereinzelt auftretende lokale Wundheilungsstörungen und postoperative Krampfanfälle konnten gut beherrscht werden. Retrospektive Studien verschiedener internationaler Behandlungszentren, die zum Teil mehrere hundert craniofaziale chirurgische Eingriffe umfassen, beschreiben eine generelle Komplikationsrate von maximal 22% bei einer

Gesamtmortalität von bis zu 1,6% (Whitaker L., Munro I., Salyer K. et al. 1979; Poole M. 1988). Der Anteil schwerwiegender bzw. lebensbedrohlicher Zwischenfälle liegt diesen Untersuchungen zufolge bei etwa zehn Prozent und steht in Verbindung mit postoperativen Infektionen, Hirnödemen, Blutungen sowie vasovagalem Schock (Jones B., Jani P., Bingham R. 1992; Poole M. 1988).

Unter allen Komplikationen nehmen postoperative Infektionen den größten Stellenwert ein und treten in bis zu 15% der Fälle auf. Es handelt sich dabei vorrangig um lokale Wundinfektionen. Epidurale sowie frontale Abszesse, Meningitiden und Osteomyelitiden werden nur in Einzelfällen beschrieben (Whitaker L., Munro I., Salyer K. et al. 1979). Übereinstimmend wird festgestellt, dass die Wahrscheinlichkeit entzündlicher Ereignisse mit dem Alter der Patienten und der Operationszeit zunimmt (Siegel J., Israele V. 1989; David D., Cooter R. 1987). Zu den primär nicht entzündlichen postoperativen Komplikationen zählen Liquorzysten, venöse Luftembolien, lokale Flüssigkeitsansammlungen, Krampfanfälle, Visusveränderungen im Sinne von passagerer und permanenter Erblindung sowie Schädigungen des Nervus facialis. Selten werden Fälle von Diabetes insipidus als Folge eines SIADH (syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone) beobachtet (Matthews D. 1979, Fabrowski L., Black S., Mickle J. 2000). Diese Komplikationen treten in jeweils weniger als einem Prozent der untersuchten Fälle auf. Direkte Hirnverletzungen werden nicht beschrieben.

Diese Daten verdeutlichen das kalkulierbare und kontrollierbare Risiko craniofazialer chirurgischer Eingriffe zur Korrektur von Schädeldeformitäten bei prämaturnen Schädelnahtsynostosen. Das Ausmaß der zu erwartenden irreversiblen Schädigungen infolge einer Kraniosynostose und nicht zuletzt auch die psychosoziale Beeinträchtigung der fehlgebildeten Patienten rechtfertigen den operativen Eingriff in nahezu allen Fällen (Abbildungen 6, 7) (Wolfe S., Morrison G., Page L. 1993).

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

Dr. Matthias Nitsche

Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie am Universitätsklinikum „C. G. Carus“ der TU Dresden Fetscherstraße 74, 01309 Dresden

Graphiken in Anlehnung an:

Mühling J: Craniofaziale Chirurgie. aus: Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie/ hrsg. von J.-E. Hausamen, bearb. v. J. Bier-3.

völlig neubearb. Aufl.; Springer-Verlag, 12:403-26

Ärztblatt 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. Jan Schulze
Prof. Dr. Winfried Klug (V.i.S.P.)
Dr. Günter Bartsch
Prof. Dr. Siegwart Bigl
Prof. Dr. Heinz Diettrich
Dr. Hans-Joachim Gräfe
Dr. Rudolf Marx
Prof. Dr. Peter Matzen
Dr. jur. Verena Diefenbach
Knut Köhler M.A.

Redaktionsassistentz: 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
Käthe-Kollwitz-Straße 60, 04109 Leipzig
Postfach 90 11 23, 04358 Leipzig
Telefon (03 41) 22555-0, Telefax: (03 41) 22555-15
Internet: www.leipziger-messeverlag.de
E-Mail: info@leipziger-messeverlag.de

Verlagsleitung: Thomas Neureuter
Herstellungsleitung: Elma Böttcher
Anzeigenverkauf: Kristin Böttger
Anzeigendisposition: Silke El Gendy
Abonnementservice: Steffen Lochmann
Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste Nr. 6 vom 1.1.2003 gültig.
Druck: Druckhaus Dresden GmbH,
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Titelgestaltung: Hans Wiessenhütter, 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 89,00 € incl. Versandkosten
Einzelheft: 7,40 € 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 Abonnementgelder werden jährlich im Voraus in Rechnung gestellt.

LA-MED

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

Wiederkehr

Ausstellung



Vogelschwimmer

Mit dem Titel „Wiederkehr“ ist eine Ausstellung von **Christiane Latendorf**, Jahrgang 1968, überschrieben, welche im Mai bis Juli 2003 in der Sächsischen Landesärztekammer zu sehen ist. Mit einer farbenreichen Formen-

sprache der Märchen erschafft die Künstlerin eine Brücke zwischen sprachlichen Dimensionen und philosophischen Meta-Ebenen. Sie schafft sinnliche Verbindungen zwischen der Schönheit der Erinnerung und dem grauen Moment des Seins: „Die Stunden wachsen zu einem Umhang aus Tagen und Wochen, schreibe ich alles auf, wird grün, was einst grau und öde war“, beschreibt die Künstlerin ihre philosophisch-lyrische Herangehensweise. Wiederkehr im Sinne von stetiger Wiederholung ist das beherrschende Thema ihrer Arbeiten in der Sächsischen Landesärztekammer. Der Rhythmus des Lebens als Ausdruck von Entschwinden oder Erinnern prägen die ausdrucksstarken Kompositionen aus Ornamenten, Zeichen und Masken. „Jeder Tag kehrt wieder, jede Stunde auch, was bleibt sind Erinnerungen der schönen

und der traurigen Stunden, nichts auslassen, alles kommt wieder und vergeht zu schönen Gedanken von einem morgigen Tag.“

Die Künstlerin änderte ihre eigene berufliche Lebensrichtung nach einer Lehre zur Apothekenfacharbeiterin und dem Studium der Pharmazie. Von 1992 bis 1997 studierte sie Malerei und Grafik an der Hochschule für Bildende Künste in Dresden, um seit dem als freischaffende Künstlerin zu arbeiten.

Ausstellung vom 13. Mai bis 14. Juli 2003

Vernissage am 15. Mai 2003

Einführung Karin Weber, Dresden
Kunstwissenschaftlerin und Galeristin

kö

Unsere Jubilare im Juni

Wir gratulieren

60 Jahre	
01. 06.	Dr. med. Eilmes-Mewis, Hella 01219 Dresden
01. 06.	Dr. med. Fischer, Helga 08321 Zschorlau
02. 06.	Dr. med. Buch, Barbara 09217 Burgstädt
02. 06.	Dr. med. Buchholz, Uta 09573 Augustusburg
02. 06.	Dr. med. Hecht, Karola 04416 Markkleeberg
02. 06.	Dr. med. Wolf, Heidrun 01069 Dresden
04. 06.	Dr. med. Michel, Günter 08529 Plauen
04. 06.	Dr. med. Schneider, Annerose 09125 Chemnitz
05. 06.	Dipl.-Med. Thomas, Bärbel 04779 Wermisdorf
06. 06.	Hildebrandt, Wolfgang 01129 Dresden
09. 06.	MUDr./Palacky-Univ.Olomouc Brandhoff, Regina 08112 Wilkau-Haßlau
09. 06.	Dr. med. Müller, Urte 04680 Colditz
10. 06.	Anschütz, Niels 01744 Dippoldiswalde
11. 06.	Dr. med. Fickelscherer, Dietger 01900 Brettnig-Hauswalde
11. 06.	Dr. med. Hänig, Frank 09221 Neukirchen
12. 06.	Hilbert, Herbert 02999 Knappensee-Groß Särchen
13. 06.	Dr. med. Lederer, Rolf 02763 Zittau
13. 06.	Dr. med. Löser, Bernd 01217 Dresden
13. 06.	Dr. med. Schaal, Dietmar 09366 Stollberg
16. 06.	Dr. med. Ficker, Friedemann 01324 Dresden
16. 06.	Dr. med. Märtens, Karin 01309 Dresden
16. 06.	Dr. med. Nagel, Uwe 08396 Waldenburg
17. 06.	MUDr./Palacky-Univ.Olomouc Ullmann, Hanna 01796 Struppen-Siedlung
18. 06.	Dr. med. Gräfe, Margit 04159 Leipzig
18. 06.	Koppe, Armin 09212 Limbach-Oberfrohna
19. 06.	Dr. med. Lenk, Eva-Maria 01445 Radebeul
19. 06.	Scheibner, Maria 09380 Thalheim
22. 06.	Dipl.-Med. Stryczek, Gisela 01445 Radebeul
23. 06.	Dr. med. Fritz, Thomas 01309 Dresden
23. 06.	Dr. med. Kirsch, Barbara 04158 Leipzig
23. 06.	Kößler, Hedwig 09127 Chemnitz
23. 06.	Weigel, Brunhilde 02782 Seiffenhennersdorf
25. 06.	Prang, Renate 01219 Dresden
25. 06.	Dr. med. Reichel, Dietmar 09437 Börnichen
27. 06.	Dr. med. Franke, Joachim 04158 Leipzig
27. 06.	Dr. med. Köcher, Volker 08529 Plauen
27. 06.	Dr. med. Mühlbach, Falk 01462 Cossebaude
28. 06.	Dr. med. Boeck, Gerd 01594 Nickritz
29. 06.	Dr. med. Vollhardt, Axel 02994 Bernsdorf
30. 06.	Dr. med. Schneider, Birgit 04157 Leipzig
30. 06.	Dr. med. Weise, Ina 04249 Leipzig
65 Jahre	
02. 06.	Dr. med. Fritz, Karl 09456 Annaberg-Buchholz
02. 06.	Dr. med. Weigel, Klaus 09526 Olbernhau
02. 06.	Dr. med. Zbik, Ingeborg 08645 Bad Elster
03. 06.	Dr. med. habil. Bellée, Heiner 01187 Dresden

05. 06. Dr. med. Flach, Karin
01324 Dresden
05. 06. Dr. med. Lehm, Renatus
01833 Stolpen
05. 06. Dr. med. Seege, Dietrich
01067 Dresden
06. 06. Dr. med. Eichstädt, Herta
06. 06. Dr. med. Hunger, Rosemarie
01454 Radeberg
06. 06. Mader, Rosemarie
09405 Gornau
07. 06. Dr. med. Bittner, Helmut
04105 Leipzig
07. 06. Dr. med. Trobisch, Frank
01796 Pirna
08. 06. Dr. med. Einkenel, Harald
08248 Klingenthal
08. 06. Dr. med. Kinder, Manfred
01796 Struppen Siedlung
08. 06. Prof. Dr.med.habil. Schiffner, Helga
01309 Dresden
09. 06. Belke, Jutta
01468 Moritzburg
09. 06. Dr. med. Wappler, Dietmar
02625 Bautzen
10. 06. Dr. med. Schmechtig, Ingeborg
04703 Leisnig
12. 06. Dr. med. Görner, Klaus
09573 Augustusburg
13. 06. Prof. Dr. med. habil. Neumann, Georg
04159 Leipzig
14. 06. Dr. med. Polster, Johanna
01462 Altfranken
16. 06. Dr. med. Barke, Helga
01326 Dresden
16. 06. Schönfeld, Peter
08468 Reichenbach
18. 06. Dr. med. Gindl, Peter
04155 Leipzig
18. 06. Dr. med. Müller, Irene
04277 Leipzig
18. 06. Dr. med. Schirmer, Klaus
09113 Chemnitz
19. 06. Nötzold, Gerda
09116 Chemnitz
20. 06. Dr. med. Bartsch, Klaus
08523 Plauen
20. 06. Dr. med. Siebenmark, Theo
04159 Leipzig
21. 06. Dr. med. von Löbbecke, Jürgen
09599 Freiberg
21. 06. Dr. med. Pohl, Klaus
09131 Chemnitz
23. 06. PD Dr. med. habil. Sorger, Helmut
04107 Leipzig
23. 06. Dr. med. Uhlmann, Bernd
09113 Chemnitz
23. 06. Dr. med. Wolf, Ludwig
04600 Altenburg
24. 06. Dr. med. habil. Gottschalk, Mechthild
04316 Leipzig
24. 06. Helbig, Jochen
08312 Lauter
24. 06. Dr. med. Nötzold, Dietrich
09116 Chemnitz
25. 06. Prof. Dr. sc. med. Emmrich, Peter
04316 Leipzig
26. 06. Dr. med. Glück, Sigrid
04159 Leipzig
26. 06. Dr. med. Menzel, Klaus
01445 Radebeul
26. 06. PD Dr. med. habil. Schenker, Ulrich
04349 Leipzig
27. 06. Dr. med. Scheibner, Hartmut
09380 Thalheim
28. 06. Dr. med. Klimm, Inge
04416 Markkleeberg
28. 06. Paschke, Ursula
02977 Hoyerswerda
29. 06. Nischwitz, Lieselotte
02827 Görlitz
30. 06. Prof. Dr. med. habil. Prager, Wolfgang
04315 Leipzig
- 70 Jahre**
02. 06. Dr. med. Becker, Alfons
08301 Schlema
02. 06. Dr. med. Mehlhorn-Cimutta, Bertl
09114 Chemnitz
09. 06. Doz. Dr. med. habil. Otto, Ulrich
04103 Leipzig
09. 06. Dr. med. Schyra, Horst
01109 Dresden
11. 06. Dr. med. Müller, Siegfried
08645 Bad Elster
14. 06. Dr. med. Lewek, Angela
04107 Leipzig
15. 06. Dr. med. Zipper, Gert-Christian
02826 Görlitz
21. 06. Dr. med. Glöckner, Eva
09618 Brand-Erbisdorf
24. 06. Dr. med. Rohrbach, Joachim
04425 Taucha
26. 06. Dr. med. Reinhardt, Christa
04315 Leipzig
27. 06. Dr. med. Funke, Wilhelm
04357 Leipzig
27. 06. Dr. med. Guhr, Paul
01217 Dresden
29. 06. Doz. Dr. med. habil.
Naumann, Hans-Joachim
01237 Dresden
- 75 Jahre**
20. 06. Becker, Helga
01468 Reichenberg
24. 06. Dr. med. Donath, Alexander
04509 Delitzsch
- 80 Jahre**
24. 06. Dr. med. Müller, Sigrid
01705 Freital
- 81 Jahre**
09. 06. Prof. Dr. med. Claus, Justus
04103 Leipzig
17. 06. Prof. Dr. med. habil. Lorenz, Wolfgang
08451 Crimmitschau
- 83 Jahre**
09. 06. Dr. med. Stegmann, Johannes
08645 Bad Elster
12. 06. Dr. med. Scholze, Siegfried
01877 Bischofswerda
20. 06. Prof. Dr. med. habil. Trenckmann, Heinz
04299 Leipzig
- 84 Jahre**
24. 06. Dr. med. Ochernal, Annaliese
01309 Dresden
- 85 Jahre**
03. 06. Dr. med. Schreckenbach, Gerhard
04552 Borna
27. 06. Dr. med. Pongratz, Gudrun
01689 Weinböhla
29. 06. Dr. med. Sobtzick, Ernst
08060 Zwickau
- 86 Jahre**
20. 06. Dr. med. Walther, Heinrich
04275 Leipzig
- 87 Jahre**
27. 06. Dr. med. Chudoba, Erhard
09599 Freiberg
- 88 Jahre**
20. 06. Dr. med. Parisius, Ullrich
04860 Torgau
- 92 Jahre**
22. 06. Dr. med. Jansen, Gertrud
09376 Oelsnitz
- Wünsche, im Geburtstagskalender nicht aufgeführt zu werden, berücksichtigen wir selbstverständlich,
Bitte lassen Sie uns das wissen.

Die Redaktion