

Ärzteblatt Sachsen



Inhalt 12/2003

Berufspolitik	29. Kammerversammlung	512
	Mitgliederversammlung der Kreisärztekammer Dresden 2003	526
	Gesundheitspolitisches Forum der Kreisärztekammer Leipzig	526
	Verdienstkreuz für Prof. Dr. med. habil. Manfred Wirth	528
	Verdienstkreuz für Prof. Dr. med. habil. Otto Bach	528
	Erfahrungsaustausch für Prüfer der Sächsischen Landesärztekammer	529
	DMP – Sieg der Bürokratie über ärztlichen Sachverstand	531
	Externe Qualitätssicherung Relevante Änderungen ab 2004	532
Buchbesprechung	Der Arzt als Fußabtreter der Nation	525
Amtliche Bekanntmachungen	Mittelhefter – Satzungsänderungen	533 – 540
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Zwischen Hörsaal und Luftalarm – Ärztliche Ausbildung und Tätigkeit in der Zeit von 1939-1949	541
	Konzerte und Ausstellungen	541
	Mitteilungen der Bezirksstellen Chemnitz und Leipzig	541
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	542
	Impressum	542
Originalie	Ruth H. Strasser Schwangerschaft und Herz	543
Personalia	Prof. Dr. med. habil. Reinhard Ludewig zum 80. Geburtstag	546
	Dr. med. Wolf-Dietrich Kahleyss zum 80. Geburtstag	547
	Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl zum 65. Geburtstag	547
	Prof. Dr. med. habil. Erich Köstler zum 60. Geburtstag	548
	Unsere Jubilare im Januar	550
Weihnachtsaufruf	Ärzte helfen Ärzten	551
Weihnachten	Alle Jahre wieder	552
Feuilleton	Insekt des Jahres 2003 – Die Feldgrille	554
Berufspolitik	Mandatsträger der Kammerversammlung Wahlperiode 2003/2007 Regierungsbezirk Leipzig	555
Beilagen	Fortbildung in Sachsen – Februar 2004 Impfempfehlungen E2, E9 und E10 der Sächsischen Impfkommision Perinatalogische und Neonatologische Qualitätssicherung im Freistaat Sachsen 2002	

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 „Gesundheitslotse Sachsen“
unter www.gesundheitslotse-sachsen.de zu erreichen/abrufbar.

29. Kammerversammlung

Dresden
15. November 2003

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Prof. Dr. Jan Schulze, eröffnete die turnusmäßig einberufene 29. Kammerversammlung im Plenarsaal des Kammergebäudes. Er begrüßte herzlich den Ehrenpräsidenten, Herrn Prof. Dr. Heinz Dietrich, die Träger der Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille, die Mandatsträger der sächsischen Ärzteschaft, die Mitglieder des Vorstandes, die Vorsitzenden der Ausschüsse, die Geschäftsleitung der Sächsischen Landesärztekammer, die Referenten und alle Gäste der Kammerversammlung.

Besonders willkommen hieß der Kammerpräsident Herrn Ministerialdirigent Dipl.-Med. Albrecht Einbock, Leiter der Abteilung Gesundheitswesen im Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Herrn Prof. Dr. Laniado, als Vertreter des Lehrkörpers der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden, Herrn Prof. Dr. rer.nat. Peter Dieter, Studiendekan der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden und Herrn Prof. Dr. Jan Gummert, Studiendekan der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig. Zum Zeitpunkt der Eröffnung der 29. Kammerversammlung waren 73 der gewählten 101 ärztlichen Mandatsträgern, zum späteren Zeitpunkt waren 83 Mandatsträger anwesend. Die Kammerversammlung war beschlussfähig. In einer Schweigeminute gedachten alle Teilnehmer der Kammerversammlung dem am 16. September 2003 verstorbenen Gründungsmitglied der Sächsischen Landesärztekammer Herrn Dr. Wolf-Dietrich Kirsch, Alterspräsident der Kammerversammlung der Legislaturperiode 1999 bis 2003.

Durch einen akuten Infekt war Herr Prof. Dr. Jan Schulze stimmlich indisponiert. Aus diesem Grund übernahm der Vizepräsident,



Präsident, Prof. Dr. Jan Schulze

Herr Dr. Stefan Windau, die Versammlungsleitung. Er verlas das Referat des Präsidenten über die aktuelle gesundheits-, sozial- und berufspolitische Lage:

Ärztliche Standespolitik im Prozess der Gesundheitsreform

Deutschland im Reformtaumel

Die geplanten Maßnahmen der Bundesregierung werden die sozialen Sicherungssysteme vollständig verändern. In den vergangenen Monaten löste ein Gesetzesvorschlag zur Gesundheitsreform den anderen ab. Was gestern noch Programm war, ist heute schon wieder veraltet. Am 17. Oktober 2003 hat der Bundesrat das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) mit großer Mehrheit passieren lassen. Und nachdem die Rürup-Kommission und die Herzog-Kommission mehr oder weniger fachgerechte Vorschläge unterbreitet haben, gilt es die Spreu vom Weizen zu trennen.

Zuerst einmal trifft es die Patienten durch eine Vielzahl von Beitragserhöhungen und zusätzlichen Lasten. Ob die Versicherung der Zukunft „Bürgerversicherung“ oder „Kopfpauschale“ heißen wird, bleibt wegen der umstrittenen Effektivität beider Vorschläge unbeantwortet. Ende November beginnen in der SPD sowie in der CDU die Nachverhandlungen zu beiden Modellen (die SPD hat sich am 19. November 2003 für die Bürgerversicherung entschieden, Anm. der Redaktion).

Misstrauenskultur gesunken

Für die Ärzteschaft ist das nun beschlossene Gesetz im Vergleich zum ersten Entwurf moderater ausgefallen. Manche bezeichnen es auch als deutlichen Fortschritt. Und ich muss zugeben, dass die von Misstrauen und Staatsdirigismus geprägten Passagen gemildert oder gänzlich verändert wurden. Der Arztberuf ist bei weitem nicht so Institutionalisiert, wie es im ersten Entwurf zu Beginn dieses Jahres noch aussah. Das Misstrauensinstrumentarium konnte weitestgehend zurückgedrängt werden. Auch ein staatlicher Korruptionsbeauftragter hat der sachlichen Diskussion nicht standgehalten. Jetzt haben die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen in ihren Zuständigkeitsbereichen die Kontrollverpflichtungen.

Fortbildung bleibt Kammeraufgabe

Auch die ärztliche Fortbildung bleibt in wesentlicher Verantwortung der Landesärztekammern. Und die in den Heilberufekammergesetzen sowie in den Berufsordnungen geregelte Fortbildungspflicht wird nun Bestandteil des Sozialgesetzbuches. Damit erfährt das Fortbildungszertifikat der Sächsischen Landesärztekammer und der anderen Landesärztekammern eine deutliche Aufwertung. Denn mit der Fortbildungspflicht sind auch Sanktionen verbunden, wenn man diese gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nicht nachweisen kann. Es drohen Honorarkürzungen und nach sieben Jahren der Zulassungsentzug. Ein Zertifikat ist letztlich der beste Nachweis für die eigene Fortbildung. Unsere Sächsische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung wird sich deshalb auf eine noch größere Nachfrage nach dem Fortbildungszertifikat einzustellen haben. Und es ist auch vorgesehen, den Ärzten mit dem Fortbildungszertifikat eine Plakette auszuhändigen, welche auf dem Praxisschild den Erhalt des Zertifikates dokumentiert. Der Patient kann



so über die geleistete Fortbildung schon am Praxiseingang informiert werden.

Gesundheitsreform scheidet in den Anfängen

Viele der Änderungen und Neuregelungen sind im Prozess des Gesetzgebungsverfahrens erst durch die massive Intervention der Selbstverwaltungskörperschaften zustande gekommen. Allen voran ist hier die Bundesärztekammer zu nennen. Die Sächsische Landesärztekammer, als akzeptierter sachlicher Gesprächspartner, hat gleichfalls über zahlreiche Wege die ärztlichen Standpunkte deutlich gemacht, um die gravierendsten Eingriffe zu verhindern oder abzuschwächen.

Versucht man die Hauptziele dieses GMG zu analysieren, so wird es im Verbund mit DRG und DMP, integrierter Versorgung, Hausarztmodellen, Gesundheitszentren oder Teilöffnungen der Krankenhäuser zu einer enormen Vielfalt von Vertragsverhältnissen mit nachhaltiger Modifizierung der Krankenversorgung kommen. Dabei ist ein ganzes Stück Steuerungsmacht an die Krankenkassen übergegangen. Über dem Schmidt/Seehofer Gesetz steht unverkennbar die Rationierung von Gesundheitsleistungen, von der alle direkt oder indirekt betroffen sind. Aufgabe der Ärzteschaft bleibt es deshalb, „gute Medizin“ zu definieren.

Alle sogenannten Reformmaßnahmen greifen zu kurz und gewähren der Politik nur eine Schonfrist von vielleicht einem Jahr. Trotzdem lobt das Bundesgesundheitsministerium die Agenda 2010 vollmundig.

Integrierte Versorgung

Inwieweit die integrierte Versorgung durch das GMG eine Verbesserung erfährt, ist offen. Auch die Einrichtung von medizinischen Versorgungszentren ist im Detail noch nicht zufriedenstellend geregelt. Gerade die Betreiber eines Versorgungszentrums sind noch nicht abschließend definiert. Ob es aber vorteilhaft ist, wenn nichtärztliche Personen oder Gesellschaften Träger solcher Zentren sein können, ist mit Blick auf die ärztliche Unabhängigkeit zu überdenken. Dass die Bundesgesundheitsministerin die Abschaffung der Polikliniken nach der politischen Wende 1989 vor kurzem als Fehler bezeichnet hat, ist sächsischen Ärzten gegenwärtig nur schwer zu vermitteln. Die niedergelassenen Kollegen sollten sich bei der Ausgestaltung einer integrierten Versorgung verstärkt einbringen. Denn



Präsidium der 29. Kammerversammlung

29. Kammerversammlung

Dresden
15. November 2003

im Gegensatz zur Praxisgebühr besteht hier sehr viel Spielraum, den es zu füllen gilt. Die Krankenhäuser haben fertige Konzepte in der Schublade, doch ob sie dem wirtschaftlichen Erfordernissen einer staatlichen versus privatwirtschaftlichen Gesundheitsversorgung gerecht werden, ist gegenwärtig offen.

Ein großer Streitpunkt war auch das ursprünglich geplante Zentrum für Qualität in der Medizin. Es sollte als staatsnahe Einrichtung Leitlinien entwickeln, Medikamente bewerten und die Qualitätssicherung übernehmen. Jetzt ist das Institut in einer selbstverwalteten Lösung als Institut zur Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen vorgesehen. Die Einwände der Selbstverwaltungskörperschaften haben ein Umdenken bewirkt. Nicht vereinbar mit der Unabhängigkeit ist die Regelung, dass der Vorstand des Institutes nur im Einvernehmen mit dem Gesundheitsministerium berufen werden kann. Diese Lösung muss überdacht werden.

Die Erstellung von Leitlinien kann auch nicht zu den Aufgaben des Institutes gehören, denn dafür gibt es das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin. Zudem bilden Leitlinien, die eine Verbesserung der Versorgungsqualität erreichen können, nur eine Teilmenge der Medizin. Die rechtliche Fixierung von Leitlinien, wie es in den Disease Management Programmen (DMP) erfolgt, ist dagegen vollkommen ungeeignet. DMP sind im Ansatz wichtige Instrumente für eine Verbesserung der medizinischen Versorgung chronisch Kranker. Aber nicht in dieser Form.

Bürokratie im Arztberuf nimmt zu

Ein erklärtes Ziel der Gesundheitsministerin war die Minimierung der Bürokratie. Doch gerade bei den DMP wird das genaue Gegenteil deutlich. Was derzeit in den sächsischen Allgemein- und Schwerpunktpraxen bei der Realisierung des RSA-DMP-Diabetes abläuft, kann sich ein Außenstehender nicht vorstellen. Formulare mit unlogischen Fragen müssen mit den Patienten ausgefüllt und jede Seite einzeln unterschrieben werden. Tritt ein Fehler auf, beginnt die Prozedur von vorn. 80 Prozent der Bögen sind in Sachsen fehlerhaft.

Woran liegt das? Am System! Das für die Akkreditierung der Verträge zuständige Bundesversicherungsaufsichtsamt hält sich an das Gesetz. Eine Vereinfachung des Verfahrens wird zwischen den Krankenkassen und den KV'en angestrebt. Mittlerweile gibt es elek-

tronische Programme zur Datenübermittlung, aber auch diese sind bisher im Gesetz nicht vorgesehen und deshalb nicht zugelassen. Ein Rückschritt in das letzte Jahrhundert! Damit ist eine Situation in Sachsen eingetreten, welche vorhersehbar war. Die Kassen haben auf einer Einführung der DMP ohne wissenschaftliche Vorprüfung bestanden und den bestehenden und sehr gut evaluierten Diabetesvertrag in Sachsen gekündigt, um Geld aus dem Risikostrukturausgleich zu erhalten. Und selbst jetzt, wo das Kind im Brunnen liegt, versucht man zu retten, was nicht mehr zu retten ist.

Von Beginn an hat die Sächsische Landesärztekammer die Einführung der Chronikerprogramme in der durch Politik und Krankenkassen vorgegebenen Art und Weise abgelehnt, weil zum einen die medizinischen Standards in Sachsen untergraben wurden und zum anderen mit einer enormen Zunahme an Bürokratie zu rechnen war. Und wenn man bedenkt, dass die Formulare nur der Krankenkasse nutzen, weil diese dann Geld aus dem Risikostrukturausgleich erhält, dann ist es erst recht eine Zumutung für meine Kollegen, sich dieser Prozedur zu unterziehen. Die Einführung weiterer solcher Chronikerprogramme muss gestoppt werden, will man den guten Gedanken einer integrierten Versorgung nicht zerstören und die Arbeitsfähigkeit der ohnehin knappen Hausarztpraxen nicht lahm legen.

Rechtliche Fragen

Ärzte müssen sich von Juristen auch die Frage gefallen lassen: Warum macht ihr das denn mit? Die Frage ist berechtigt, denn durch die DMP werden auch rechtliche Probleme auf sie zukommen. Nur ein Beispiel: Nach den vorher geltenden sächsischen Diabetes-Leitlinien konnten auch langfristige Folgen, zum Beispiel die Schädigung der Niere durch eine frühe Mikroalbumin-Bestimmung, erkannt werden. Im neuen Chronikerprogramm fehlt eine solche Untersuchung. Führt der Arzt die Untersuchung trotzdem durch, bekommt er sie nicht vergütet. Klärt er aber den Patienten über mögliche Spätfolgen und die Möglichkeit der Vorsorgeuntersuchung nicht auf, so kann der Patient bei späteren Komplikationen gegen den Arzt klagen. Der Arzt hat immer den „Schwarzen Peter“ und nicht die Politik. Im Übrigen wird in Streitfällen vor Gericht immer der Facharztstandard eingefordert und nicht die gesetzlich fixierten RSA-DMP akzeptiert.

Kassierung der Praxisgebühr unerträglich

Auch weitere Maßnahmen der Rot-Grünen-Regierung sind nicht nur rechtlich umstritten. Eine Praxisgebühr soll ab 1. Januar 2004 in der Hausarztpraxis pro Quartal für die Krankenkassen einkassiert werden. Warum eigentlich beim Arzt, weshalb nicht bequem über die Chipkarte der Versicherten? Ein Argument für die Kassierung beim Arzt ist die Steuerungsfunktion für unnötige Arztbesuche. Wenn der Patient die zehn Euro in bar bezahlen muss, wird ihn das mehr schmerzen, als wenn es am Quartalsende von seinem Konto abgebucht wird.

Aber sehr viel mehr gegen die Kassierung an der Anmeldung spricht doch:

- die Wahrscheinlichkeit, dass Krankheiten verschleppt werden,
- die Zerstörung des individuellen Patienten-Arzt-Verhältnisses,
- eine Zunahme an Bürokratie für die Abrechnung und
- eine Mehrbelastung der Angestellten.

Die frühzeitige positive Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Praxisgebühr hat leider eine wirksame Gegenargumentation verhindert. Die Spaltung der Ärzteschaft hat in diesem Punkt wieder dazu geführt, dass die Politik ohne großen Widerstand eine unausgegorene Entscheidung durchsetzen konnte. Die Praxisgebühr steht nun im Gesetz. Das Verfahren ist noch offen. Das Inkassorisiko liegt beim Arzt. Hier müssen Ärzte ansetzen und sinnvolle Änderungen erreichen.

Ob die Ziele der Gesundheitsministerin durch die Gesundheitsreform überhaupt erreicht werden können ist zudem fraglich. Die Praxisgebühr wird durch den Verwaltungsaufwand aufgebraucht, die DMP verursachen Mehrkosten von zwei bis vier Millionen Euro durch die Bürokratie, die Aut idem Regelung hat auch keinen wirtschaftlichen Nutzen gebracht. Mit anderen Worten: Es steht jetzt schon schlecht um die Anfänge der Gesundheitsreform. Ob eine Werbekampagne des Bundesgesundheitsministeriums mit 3,1 Millionen Euro Kosten daran etwas ändert? Sicher nicht! Schade ums Geld, es hätte für die medizinische Betreuung besser genutzt werden können. Aber wie heißt es doch: „Die Hoffnung stirbt zuletzt.“

Der Bundesregierung vollkommen aus dem Ruder gelaufen sind die notwendigen Maßnahmen auf dem Arbeitsmarkt. Wenn es nicht ständig steigende Arbeitslosenzahlen gäbe,

wären die Einnahmen im Renten- und Sozialbereich höher und damit auch die finanziellen Probleme in diesen Bereichen weitaus geringer.

Stellung der Hausärzte gefährdet

Durch eine hausarztzentrierte Versorgung werden sich gravierende Veränderungen für Leistungserbringer und Patienten im ambulanten Sektor ergeben. Die vorgesehenen Einzelverträge zwischen Krankenkassen und „besonders qualifizierten“ Hausärzten schwächen diese Arztgruppe in ihrem Verhandlungsstatus und bringen den Krankenkassen mehr Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten. Also Macht. Der Sicherstellungsauftrag teilt sich in Zukunft stärker zwischen Krankenkassen und Kassenärztlicher Vereinigung (KV). Rechtlich nicht definiert ist aber der Begriff „besonders qualifiziert“. Und kein Arzt hat Anspruch auf einen solchen Vertrag. Ein Patient ist mindestens ein Jahr an den Hausarzt seiner Wahl gebunden, was die freie Arztwahl innerhalb dieses Zeitraumes einschränkt. Und durch die Einzelverträge wird die Position der Hausärzte und die Bedeutung der KV'en, ohne ein honorarpolitisches Mandat, geschwächt.

Elektronische Chipkarten können Kosten senken

Das Zeitalter der Informationstechnologie wird auch verstärkt in Praxis und Klinik Einzug halten, denn durch die Bundesregierung sind Neuerungen vorgesehen, welche sich auf die tagtägliche Arbeit im stationären und ambulanten Bereich auswirken werden: Die Schlüsselworte lauten elektronische Gesundheitskarte und Heilberufsausweis. Beide Chipkarten sollen bereits ab 2006 genutzt werden können. Das hat das Bundesgesundheitsministerium im GMG festgeschrieben. Der Fahrplan ist knapp bemessen. Im ersten Quartal 2004 soll die Architektur für die neuen Technologien entwickelt werden. Daran schließt sich die Erarbeitung von Anforderungen und Kriterien der Umsetzung an. Gleichzeitig soll es 2004 auch noch eine Testphase unter realen Bedingungen geben, damit bereits ab 2005 die Gesundheitskarte für Patienten verteilt werden kann. Wie der konkrete Zeitplan für den Heilberufsausweis aussehen soll, ließ der Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, Klaus-Theo Schröder, auf dem eHealth-Fachkongress in Dresden offen.

29. Kammerversammlung

Dresden
15. November 2003

Doch nur die gleichzeitige Einführung beider Chipkarten ist sinnvoll, wenn man die Funktionalität eines Datentransfers zum Versicherungsstand, den ärztlichen Befunden, einem elektronischen Rezept und Notfallinformationen sicher und effektiv nutzen will. Erst dann wird es auch zu den erwarteten jährlichen Einsparungen im Gesundheitswesen von rund 1,2 Mrd. Euro kommen. Aber beide Karten bis 2006 ohne schwerwiegende Probleme einzuführen, ist nach den Erfahrungen aus der Autobahnmaut und dem Firmenkonsortium „Toll Collect“ nicht zu erwarten. Rund 80 Millionen Bundesbürger müssen mit einer elektronischen Gesundheitskarte ausgerüstet werden. Und allein 300.000 berufstätige Ärzte in Deutschland benötigen einen Heilberufsausweis.

SaxTeleMed

Das Bundesgesundheitsministerium kann auf gute Erfahrungen in Sachsen zurückgreifen und muss das Rad eigentlich nicht neu erfinden: Das Modellprogramm SaxTeleMed. In diesem Programm ist ein erfolgreicher Test der elektronischen Befundung zwischen Krankenhäusern und Praxen unter Einbeziehung eines elektronischen Arzttausweises hervorragend gelungen. Sämtliche Probleme des Datenschutzes und der Schnittstellen konnten gelöst werden. Doch im SPD-regierten Deutschland kann nicht sein, was nicht sein darf: Ein CDU-regiertes ostdeutsches Bundesland ist dem Zeitgeist voraus. Deshalb finden die Resultate des Programms nur über Umwege nach Berlin.

Berufsordnung der Ärzte ändert sich

In Sachsen stehen neben den bundespolitisch hervorgerufenen Veränderungen auch auf Landesebene wichtige Aufgaben an. Dazu gehören die neuen Regelungen über erlaubte Informationen durch Ärzte (Werbung), zur medizinischen Ausbildung durch die neue Approbationsordnung und die Abschaffung des AiP ab 1. Oktober 2004 sowie die Weiterbildung durch die Novellierung der (Muster-) Weiterbildungsordnung. Sie ist eine bundeseinheitliche Empfehlung, welche die Qualität und Vergleichbarkeit der Weiterbildung sichern und zugleich die Flexibilität zwischen ambulantem und klinischen Bereich garantieren soll. Ab 1. Januar 2005 wird in Sachsen nach Beschlussfassung durch die Kammerversammlung (Juni 2004) die neue Weiterbildungsordnung eingeführt.

Die Approbationsordnung sieht neben einem stärker praxisbezogenen Studium in kleineren Praxisgruppen die Abschaffung des Arzt im Praktikum vor. Durch die Abschaffung gewinnt das praktische Jahr eine neue wichtige Rolle. Außerdem ist damit zu rechnen und zu fordern, dass ein Absolvent der Medizin mit Berufseintritt wie ein Assistenzarzt gestellt werden muss. Vergütung inklusive.

Dauerthema: Ärztemangel

Aus der Fach- und Tagespresse oder aus eigener Erfahrung ist der Rückgang der berufstätigen Ärzte in Sachsen bis 2010 bekannt. Eine Zuspitzung der Lage ergibt sich aus dem Zusammentreffen zweier Parameter: Dem Altersdurchschnitt der berufstätigen Kollegen und dem stetigen Rückgang bei den Absolventen der Medizin, die tatsächlich den Arztberuf ergreifen. Hier nur zwei Zahlen: 1998 konnten in der Sächsischen Landesärztekammer 367 Erstmeldungen von Ärzten im Praktikum verzeichnet werden, in diesem Jahr gerade einmal 184.

Die Sächsische Landesärztekammer hat das Problem des Ärztemangels bereits seit 1995 auf allen Ebenen dargestellt. Es ist also nicht neu. Einen Teilerfolg der Bemühungen um eine Lösung konnte dahingehend erzielt werden, dass es seit 2002 Arbeitsgruppen im sächsischen Sozialministerium zu diesem Thema gibt. Diese Arbeitsgruppen haben zahlreiche Vorschläge erarbeitet, deren Umsetzung aber von allen Partnern abhängt.

Die Dynamisierung eines Versorgungsdefizits ist für die kommenden fünf Jahre zu erwarten. Zahlreiche Briefe von niedergelassenen Ärzten, Klinikärzten und Bürgermeistern erreichen die Sächsische Landesärztekammer zu diesem ernstesten Problem.

Ein Vorschlag zur Teillösung dieser Frage hat vor einem Monat die Ärzteschaft in Sachsen beschäftigt: Das Förderdarlehen für die Niederlassung im ländlichen Bereich in Höhe von 100.000 EURO. Ein Vorschlag, der aber noch nicht über das Stadium einer Idee hinaus ist. Es ist weder die Finanzierung, noch sind die rechtlichen Grundlagen geklärt. Aber es gibt noch mehr: Die Angleichung der Vergütung an westdeutsches Niveau, eine verstärkte Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin und weniger Bürokratie, welche den Arztberuf unattraktiv macht. Dass Letzteres eintritt, ist allerdings Illusion, wie DMP, DRG, Praxisgebühr etc. zeigen.

Lösung Osteuropa?

Die Anwerbung von ausländischen Ärzten löst das Problem nicht, zumal nicht nur Sachsen Bedarf an Medizinern hat. Auch die Sprachbarriere schließt eine größere Zuwanderung aus. Eine positive Informationskampagne für die ärztliche Tätigkeit in Sachsen und auch Eigeninitiative können dagegen zum Erfolg führen. Erfinderisch waren die Sachsen doch schon immer.

Die Situation des Ärztemangels wird sich dennoch dramatisch verschärfen. Denn die Umsetzung des EuGH-Urteils zu „Bereitschaftszeit ist Arbeitszeit“ kann sich besonders negativ auswirken. Sicher bringt es manchem Kollegen mehr Freizeit und Entlastung, dem anderen jungen Arzt aber eine finanzielle Einbuße. Aber nach Schätzungen der Krankenhausgesellschaft Sachsen benötigen wir bei Umsetzung des Urteils an den hiesigen Kliniken rund 800 neue Arztstellen. Doch schon heute sind 360 freie Stellen nicht zu besetzen. Und je länger mit positiven Anreizen gewartet wird, umso mehr Ärzte gehen völlig ausgebrannt vorzeitig in den Ruhestand und umso mehr Absolventen wandern in das europäische Ausland oder in berufsfremde Gebiete ab. Dennoch hat der Ärztemangel auch eine positive Seite: Die Verhandlungspositionen der Ärzte werden gestärkt, weil man sie braucht.

Ärztliche Standespolitik im Reformprozess

Die Sächsische Landesärztekammer ist als Selbstverwaltungskörperschaft mehr denn je gefragt. Es gilt, politische Grenzen auszuloten, die eine Körperschaft einzuhalten hat. Doch die ärztliche Standespolitik im Prozess der Reformen wird auch weiterhin geprägt sein von:

- der Besinnung auf das Gesamtinteresse aller Ärzte,
- der wirtschaftlichen Sicherung der Berufsausübung,
- einer vehementen Verteidigung der ärztlichen Berufsfreiheit,
- dem Kampf gegen die wachsende Bürokratie im ärztlichen Berufsalltag und
- einer Aufklärung der Patienten über die Hintergründe gesundheitspolitischer Maßnahmen.

Nicht umsonst hat sich der neu gewählte Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer die Berufspolitik für die kommenden vier Jahre als Schwerpunkt gesetzt.

Die nächste Reform kommt

Das Jahr 2004 wird die Sächsische Landesärztekammer nicht minder stark mit berufspolitischer Arbeit beschäftigen. Auch innerärztlichen Streit wird es geben. Es wird noch viel Kraft benötigt. Auch aus den Reihen der Mandatsträger. Und man muss sich beständig für die Herausforderungen motivieren müssen. Dazu ist es manchmal gut sich derer zu bedienen, die den ärztlichen Beruf als Außenstehende betrachten und positiv hervorheben. Der Philosoph Karl Jaspers hat einmal in seinem Aufsatz „Der Arzt im technischen Zeitalter“ gesagt: „Die Praxis des Arztes ist konkrete Philosophie“. In dem tradierten Dualismus von naturwissenschaftlicher und zugleich ethisch menschlicher Dimension des ärztlichen Handelns spiegelt sich die Gesellschaft. Die tägliche Arbeit, die Entscheidungen müssen sich demnach an den Maßstäben der Ethik, der Moral und in Zukunft verstärkt

der Ökonomie messen lassen. Die Erwartungen der kranken Menschen können nur dann erfüllt werden, wenn eine Medizin nach menschlichem Maß möglich ist. Doch die Rahmenbedingungen dafür müssen immer wieder eingefordert werden.

(Die vollständige Rede finden Sie im Internet unter www.slaek.de).

Die Schwerpunktthemen der sich anschließenden sehr lebhaften und sachlichen **Aussprache zu den aktuellen gesundheitspolitischen und berufspolitischen Problemen** waren:

Sorge um den Erhalt einer wohnortnahen hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung der Patienten

Der Ausschuss „Ambulante Versorgung“ der Sächsischen Landessärztekammer sieht in dem Gesundheitsreformgesetz wesentliche Nachteile gegenüber der derzeitigen Rege-

lung und befürchtet eine Verschlechterung der Patientenversorgung.

Der grundsätzliche Einwand ist, dass die offensichtlich größere Nähe zum Staatshaushalt das Gesundheitssystem vom jeweiligen politischen Geschäft abhängig macht. Wir müssen deshalb versuchen, unser bisher vorbildliches staatsunabhängiges Gesundheitssystem zu erhalten, es darf nicht ein staatliches Gesundheitswesen werden. Mit diesem Gesetz werden zusätzliche bürokratische Hürden eingeführt. Es kommt verwaltungstechnisch zu erheblichem Mehraufwand. Das bedeutet, dass Betreuungszeit für den Patienten in Verwaltungszeit umgewandelt wird oder dass zusätzlich Personal eingestellt werden muss.

Einzelne Krankheiten sind nicht mehr in den Versicherungsleistungen enthalten, als Beispiel die Sehstörungen, die durch die Verordnung von Brillen behandelt werden können. Dies kann zu einer deutlichen Verschlechterung der

29. Kammerversammlung

Dresden
15. November 2003



*Dr. Bernhard Ackermann, Zwickau
Alterspräsident der Kammerversammlung*

Sehkraft der Bevölkerung führen mit Gefahren für das Allgemeinwohl – zum Beispiel Verkehrssicherheit.

Das Kassieren der Patientengebühr von 10 EUR pro Quartal ist einzig und allein die Aufgabe der Krankenkassen, die die kaufmännischen Voraussetzungen dazu besitzen. In allen Arztpraxen sollten deshalb Hinweisschilder angebracht werden, die besagen, dass die Patientengebühr nicht von den Praxen einbehalten werden, sondern an die Kassen abgeführt werden müssen.

Die obligatorische Überweisung vom Hausarzt zum Facharzt bedeutet eine wesentliche Verzögerung in der Behandlung und kann speziell bei akuten Fällen zu einer Gefahr für den Patienten werden. Die bereits überlasteten Allgemeinarzt-Praxen werden durch die



Prof. Dr. Friedrich Kamprad, Leipzig

zusätzliche Überweisungs-Zettel-Schreiberei weiter belastet und degradiert.

Die Einführung von Regelleistungsvolumina wird zu längeren Wartelisten in entsprechenden Facharzt-Einrichtungen (zum Beispiel in radiologischen Praxen) führen. Da der einzelne Facharzt entsprechend seinem Regelleistungsvolumen mit festen Preisen vergütet werden soll und seine Leistungen, die das Volumen überschreiten, in starker Abstufung geringer oder gar nicht vergütet werden sollen, wird es zu langen Wartelisten in fast allen Fachgebieten kommen.

Von einem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen erwarten die ambulant tätigen Ärzte praktikable Regeln für die Zusammenarbeit untereinander, sowie für den Umgang mit den Krankenkassen und Apotheken. Solche Regeln sollen so-

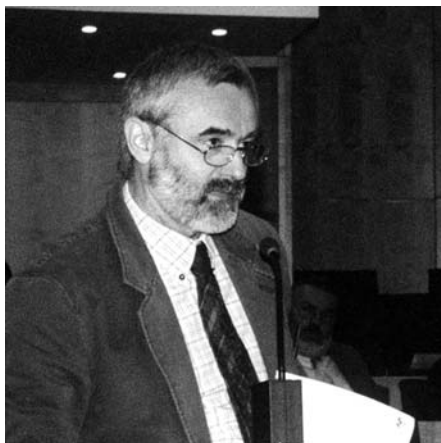
wohl den anerkannten Bedürfnissen und zumutbaren Möglichkeiten der Patienten als auch den unternehmerischen Chancen der Praxen gerecht werden. Als Beispiel sei eine Überprüfung und Regelung der Preise für Arzneimittel genannt, denn in Deutschland, Belgien und Frankreich hat dasselbe Präparat einen ganz verschiedenen Preis.

Geschlossenheit und Schulterschluss

Innere und äußere Geschlossenheit der gesamten deutschen Ärzteschaft ist unbedingt notwendig und gerade jetzt im Reformprozess von großer Bedeutung. Die Ärzte müssen in ganz Deutschland gemeinsam eine Einheit demonstrieren. Die Ärzte dürfen sich nicht durch die Politik auseinander dividieren lassen. Sie müssen die Verteidigung des ärztlichen Berufsstandes über Partikularinteressen stellen.

Ärztlemangel

Die Ärzteschaft hat einen hohen Altersdurchschnitt. Der Anteil der Ärzte, die aus Altersgründen in den kommenden Jahren in den Ruhestand gehen, ist höher denn je. Der Anteil der über 59-Jährigen an den berufstätigen Ärzten in der Bundesrepublik Deutschland ist von 1995 bis 2002 um 58 Prozent gewachsen. Bis 2008 müssen aus Altersgründen 28.800, bis 2013 sogar 62.000 Ärzte ersetzt werden. Besonders kritisch ist die Lage in den neuen Bundesländern. Außerdem fehlt der Nachwuchs. In den vergangenen acht Jahren ist in Deutschland die Zahl der Absolventen um 25 Prozent zurückgegangen. Im gleichen Zeitraum sank die Zahl der Ärzte



Dr. Winfried Rieger, Ebersbach

im Praktikum um 22 Prozent. Als Folge werden die Versorgungslücken immer größer. Allein in der hausärztlichen Versorgung ergibt sich in Deutschland bis 2008 ein Bedarf von 2200, ab 2009 ein Bedarf von 2600 Ärzten in diesem Fachgebiet pro Jahr. Die Ärzte in den neuen Bundesstaaten erhalten niedrigere Honorare als die Kollegen in den alten Bundesländern. Außerdem betreuen sie durchschnittlich mehr Menschen. Eine Arbeitszeit von wöchentlich 65 Stunden ist bei den Ärzten der fünf neuen Bundesländer Normalität. Wenn die Politik nicht bald Gegenmaßnahmen ergreift, wird die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung im Osten Deutschlands in naher Zukunft zusammenbrechen.

Sächsische Ärzte lehnen Kassierung der Praxisgebühr für die Krankenkassen ab

Die Politik deklariert die Praxisgebühr vorwiegend als ein Steuerungselement für Patientenverhalten – tatsächlich aber handelt es sich in erster Linie um ein Finanzierungsinstrument für die Krankenkassen, also um eine „Kassengebühr“. Die sächsischen Ärzte protestieren dagegen, dass der Arzt als Kassierer für die Krankenkassen fungieren soll. Die sächsischen Ärzte fordern den Gesetzge-



Dr. Wolfgang Strauß, Leipzig

ber auf, diesen unwürdigen Zustand ein Ende zu machen. Denn der bürokratische Aufwand – Kassieren der Gebühr, Ausstellung von Quittungen, Führen eines Kassenbuches, Prüfen von Befreiungsbescheiden, Deponieren des Geldes etc. – wird zu einer erheblichen Mehrbelastung des nichtärztlichen Personals und der Ärzte führen. Wir verweisen auf den Beschluss Nr. 9 der Kammerversammlung auf Seite 524. Die sächsischen Ärzte verlangen deshalb, dass die verantwortlichen Landespolitiker beim Bundesgesetzgeber intervenieren.

Schwerpunkt: Neuordnung des Medizinstudiums und Abschaffung des AiP in der Bundesrepublik Deutschland

Der „Arzt im Praktikum“ (AiP) wird ab 1. Oktober 2004 abgeschafft. Das Bundeskabinett hat am 5. November 2003 mit der Zustimmung zum „Entwurf eines Gesetzes der Bundesärzteordnung und anderer Gesetze“ den Weg für die Abschaffung des „Arztes im Praktikum“ (AiP) frei gemacht. Das Hauptthema am Vormittag der Kammerversammlung war die Novellierung der Appro-

bationsordnung und die damit verbundene Änderung der Studienordnung an den deutschen und insbesondere an den beiden sächsischen Medizinischen Fakultäten.

Der Präsident des Medizinischen Fakultätentages, Herr Prof. Dr. Gebhardt von Jagow, referierte über die Thematik:

Welche Anstrengungen unternehmen die Medizinischen Fakultäten, um die praxisnahe Ausbildung umzusetzen?

Dieser interessante Vortrag wird im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 1/2004, abgedruckt.

Neuordnung des Medizinstudiums an der Universität Leipzig im Rahmen der Umsetzung der neuen Approbationsordnung und der Abschaffung des AiPs zum 1. Oktober 2004

*Prof. Dr. Jan Gummert,
Studiendekan der Medizinischen Fakultät
der Universität Leipzig*

Das AiP wurde 1988 eingeführt, um die Ausbildung der angehenden Ärzte zu verbessern. Diese Begründung war im wesentlichen eine Farce, denn es ging darum, die damals sehr hohen Zahl von Berufsanfängern kostenneutral in den Kliniken unterbringen zu können. Die Ausbildungsqualität spielte eine untergeordnete Rolle und wurde – auch retrospektiv betrachtet – durch die Einführung des AiP nicht verbessert.

Die Einführung der neuen Approbationsordnung zum Wintersemester 2003/2004 hat das Ziel, die Ausbildung zum Arzt weiter zu verbessern. Gleichzeitig hat die Bundesregierung beschlossen, den AiP zum 1. Oktober 2004 abzuschaffen.

Ulla Schmidt: „Durch die neue Approbationsordnung wird die Ausbildung der Ärzte praxisnäher, wir brauchen daher den Arzt im Praktikum nicht mehr“. Auch die Abschaffung des AiP wird mit vorgeschobenen Argumenten begründet.

Allein durch den zeitlichen Zusammenhang – die ersten Studenten werden frühestens 2009 vollständig nach neuer Approbationsordnung

29. Kammerversammlung

Dresden
15. November 2003



Podiumsdiskussion zum Medizinstudium

ausgebildet sein – hat sich die Politik entlarvt. Wie ist es denn um die Qualifikation der Berufsanfänger 2005 bestellt? Haben diese schon die vermeintlichen Segnungen der neuen Approbationsordnung genossen und brauchen den AiP nicht mehr?

Die aktuelle Abschaffung der AiP-Phase hat sicherlich eher mit dem drohenden Ärztemangel und der immer geringer werdenden Attraktivität des Arztberufes zu tun. Trotzdem begrüße ich natürlich die Abschaffung des AiP, führt dies doch zu einer gerechteren Bezahlung der Leistung angehender Ärzte.

Die Umsetzung der neuen Approbationsordnung hat auch die Leipziger Fakultät vor große Probleme gestellt. Die Ansätze der Approbationsordnung sind sicherlich richtig, allerdings ist die Umsetzung angesichts des Ressourcenmangels (Geld und Personal) und gleichzeitigem Anstieg der Studentenzahlen kaum zu bewältigen. Kritisch wird auch aus Leipziger Sicht das zweite Examen gesehen, dass erst am Ende des Praktischen Jahres die zweite große Hürde für den Studenten darstellt.

Ein weiterer Problemkreis ist die Verlagerung vieler Prüfungen auf die Ebene der Universität. Eine sinnvolle Gestaltung der Prüfungen kann nur durch zusätzliches Personal sowohl auf Verwaltungsebene als auch auf Lehrebene bewältigt werden.

Trotz aller Vorbehalte und Probleme haben wir in Leipzig – auch Dank eines enormen Engagements einiger Studenten – eine zukunftsweisende Studienordnung aufgebaut, die dem Konzept eines integrativen Blockstudiums folgt. Erstmals werden in Leipzig drei PBL – Kurse in den zweiten Studienabschnitt integriert. Die derzeit vorliegende Studienordnung ist nur der Anfang, durch den modularen Aufbau können

mit zunehmender Erfahrung problemlos weitere Konzepte integriert werden.

Neuordnung des Medizinstudiums an der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden

Prof. Dr. Peter Dieter,
Studiendekan der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden

Hintergründe für die Einführung des AiP waren 1988/90 der postulierte Ärzteüberschuss und der fehlende Praxisbezug im Studium – eine sofortige Niederlassung nach dem Studium sollte unterbunden werden. Hintergründe der Abschaffung des AiP ist der Ärztemangel – Niederlassung ohne Facharztausbildung ist nicht mehr möglich. Aber wie sieht es mit der Praxisbezogenheit des Studiums aus? In Dresden wurde mit dem Reformcurriculum DIPOL® der Praxisbezug deutlich erhöht durch – Papierfälle, Standardisierte Patienten, Simulationszentrum, Klinische Blockpraktika, Einbezug der Lehrkrankenhäuser und Lehrpraxen. Erste Absolventen mit „Teil- DIPOL®“ bereits 2002, Absolventen mit Voll- DIPOL® erst Ende 2009. Bei der (unbestreitbar notwendigen) Abschaffung des AiP zum 1. Oktober 2004 muss eine politische Lösung gefordert werden für 1) die Finanzierbarkeit und 2) Absolventen, die nicht in die Facharztausbildung gehen.

Die Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden setzt seit 1998 eine umfassende Reform aller Studienjahre im Studiengang Medizin um. Ziel des Umstrukturierungsprozesses ist der Aufbau eines integrativen Kurssystems unter Einbeziehung problemorientierter Lehr- und Lernformen (DIPOL) mit einem gleichzeitigen Ausbau der bereits existierenden praxisnahen

Ausbildungsanteile. Im Rahmen des klinischen Untersuchungskurses erhalten die Studenten die Gelegenheit, häufige und typische Erkrankungsbilder im direkten Patientenkontakt zu erleben. Dabei erhalten sie die Möglichkeit, grundlegende ärztliche Untersuchungstechniken kennen zu lernen und zu trainieren. Die im 5. Studienjahr angesiedelten Blockpraktika bieten dann Gelegenheit zu einer intensiven Auseinandersetzung mit den jeweiligen fachspezifischen Inhalten.

Das Ergebnis der sich anschließenden konstruktiven und interessanten Podiumsdiskussion über die Neuordnung des Medizinstudiums ist der bestätigte Beschluss Nr. 10 der Kammerversammlung, der auf Seite 524 abgedruckt ist.

Wahl der Delegierten zu den Deutschen Ärztetagen gemäß § 6 Abs. 2 der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer

Der Deutsche Ärztetag ist die jährliche Hauptversammlung der Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern. Er ist Organ der Bundesärztekammer. Gemäß § 4 Abs. 3 der Satzung der Bundesärztekammer ist die Zahl der Abgeordneten zum Deutschen Ärztetag auf 250 begrenzt. Bezogen auf die Anzahl ihrer Mitglieder erhält die Sächsische Landesärztekammer 12 Sitze im Deutschen Ärztetag. Gemäß § 6 Abs. 2 der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer wählt die Kammerversammlung aus den Mitgliedern der Landesärztekammer Delegierte zu den Deutschen Ärztetagen für vier Jahre, die mit der Amtsperiode der Kammerversammlung beginnen.

Die Kammerversammlung wählte folgende Delegierte und Ersatzdelegierte (in der Reihenfolge der erreichten Stimmen):

Delegierte:

1. Prof. Dr. med. Jan Schulze, Dresden
FA für Innere Medizin, A
2. Prof. Dr. med. Otto Bach, Leipzig
FA für Psychiatrie und Psychotherapie, R
3. Dr. med. Stefan Windau, Leipzig
FA für Innere Medizin, N
4. Erik Bodendieck, Wurzen
FA für Allgemeinmedizin, N
5. Dr. med. Claus Vogel, Leipzig
FA für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, N
6. Prof. Dr. med. Gunter Gruber, Leipzig
FA für Innere Medizin, A

7. Dr. med. Rudolf Marx, Mittweida
FA für Öffentliches Gesundheitswesen,
FA für Kinder- und Jugendmedizin, A
8. Prof. Dr. med. Rolf Haupt, Leipzig
FA für Pathologie, R
9. Dr. med. Thomas Lipp, Leipzig
FA für Allgemeinmedizin, N
10. Dr. med. Thomas Fritz, Dresden
FA für Innere Medizin, A
11. Dr. med. Steffen Liebscher, Aue
FA für Innere Medizin, N
12. Dr. med. Gisela Trübsbach, Dresden
FÄ für Radiologie, N

Ersatzdelegierte

13. Prof. Dr. med. Eberhard Keller, Leipzig
FA für Kinder- und Jugendmedizin, A
14. Dr. med. Günter Bartsch, Neukirchen
FA für Kinder- und Jugendmedizin, N
15. Dr. med. Helmut Schmidt, Hoyerswerda
FA für Kinder- und Jugendmedizin, A
16. Mascha Lentz, Dresden
Ärztin im Praktikum, A
17. Dr. med. Clemens Weiss, Leipzig
FA für Urologie, FA für Chirurgie, R
18. Prof. Dr. med. Wolfgang Leupold,
Dresden
FA für Kinder- und Jugendmedizin, A
19. Dr. med. Maria Eberlein-Gonska,
Dresden, FÄ für Pathologie, A

Stand und Probleme der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen

Dr. Rainer Kluge,

Leiter der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen

Die Gutachterstelle der Sächsischen Landesärztekammer steht vor einer wesentlichen personellen Veränderung.

Seit Beginn seiner ehrenamtlichen Tätigkeit am 1. Januar 1992 hat Herr Rudolf Koob, Vorsitzender Richter am OLG a.D., verantwortlich den juristischen Teil der Arbeit der Gutachterstelle wahrgenommen.

Diese umfangreiche Arbeit hat er jederzeit verlässlich und schnell erledigt. Neben der laufenden Tätigkeit hat er insbesondere in der Anfangszeit dieser Tätigkeit auf vielen Kreis-kammerveranstaltungen der Sächsischen Ärzteschaft die Grundzüge des Arzthaftungsrechtes erläutert.

Die Ausarbeitung der ersten Verfahrensordnung der Gutachterstelle, die Einrichtung des Sachverständigenrates und die Anpassung der Verfahrensordnung an aktuelle Veränderungen sind wesentliche Meilensteine dieser Tätigkeit.



*Verabschiedung von Herrn Rudolf Koob
Vorsitzender Richter am OLG a.D.*

Die Sächsische Landesärztekammer ist Herrn Rudolf Koob zu großem Dank verpflichtet. Seit dem 1. März 2003 ist nunmehr Herr Wolfgang Schaffer in dieser Funktion tätig. Nach einer Übergangszeit von sieben Monaten wird er nun diesen Bereich vollverantwortlich übernehmen.

Herr Wolfgang Schaffer ist in seiner aktiven Dienstzeit in verschiedenen hochrangigen Funktionen der bayerischen Justiz tätig gewesen, zuletzt als Präsident des OLG.

Satzung der Sächsischen Landesärztekammer zur Erteilung des Fortbildungszertifikates (freiwillig zertifizierte Fortbildung)

Professor Dr. Otto Bach,

Vorsitzender der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung

Nachdem die Modellphase des freiwilligen Fortbildungszertifikates sowohl auf der Ebene der Bundesärztekammer wie auch der Sächsischen Landesärztekammer – wie man rückblickend wohl zurecht einschätzen kann – erfolgreich abgeschlossen wurde, machen sich Änderungen des Regelwerkes erforderlich, die durch mehrere Gründe erklärlich sind. Zum einen ist es erforderlich, die Regularien an die von der Bundesärztekammer vorgegebenen verbindlichen Regeln anzupassen, zum anderen sollten Maßnahmen mit Motivationsförderung mit einer Plakette erreicht werden, die der Arzt, der das Zertifikat erworben hat, als Qualifizierungsmerkmal nach außen sichtbar machen kann.

Im Hinblick auf die Zunahme der Bedeutung des Fortbildungszertifikates im Rahmen der



*Herr Wolfgang Schaffer,
Präsident des OLG a.D.*

durch das verabschiedete Gesundheitsreformgesetz geforderten Nachweispflicht der Fortbildungsaktivitäten für alle Ärzte wurden die Regeln in einer neuen Satzung in einen höheren Grad von Verbindlichkeit gebracht. Bis zum Zeitpunkt der Kammerversammlung am 15. November 2003 haben fast genau 1000 Ärzte das Fortbildungszertifikat erworben.

Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Professor Dr. Wolfgang Saueremann,

Vorsitzender des Ausschusses Satzungen

Die Änderungen einzelner Vorschriften der Berufsordnung wurden auf Grundlage der Beschlüsse des 106. Deutschen Ärztetages für uns sächsische Ärzte durch die Kammer-versammlung notwendig.

1. Änderung des § 26, der den ärztlichen Notfalldienst regelt:

Ein Vorschlag des 106. Deutschen Ärztetages, der „familienfreundlichen“ Erweiterung der Befreiungstatbestände

1. für Ärztinnen
2. oder, wenn der andere Elternteil die Versorgung des Kindes nicht gewährleisten kann auch für männliche Ärzte bis zu drei Jahren des Kindes,

konnte der Diskussion der sächsischen Delegierten zur Kammerversammlung nicht standhalten.

Die Kammerversammlung entschied sich für Sachsen für eine Begrenzung auf 12 Monate ohne Unterschied der Geschlechter. Dieses Abstimmungsergebnis kam zustande, nachdem sich auch Frauen und jüngere Mütter

29. Kammerversammlung

Dresden
15. November 2003

zustimmend für das Argument der 12 Monate Befreiung geäußert hatten.

2. Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit bei der Zusammenarbeit mit Dritten, insbesondere mit der Industrie.

Zu diesem Problem konnte nur die Sicht des Berufsrechtes mit Fokussierung auf den Patientenschutz im Beschluss der Kammer berücksichtigt werden, es ergeben sich somit für die §§ 30, 32, 33 und 34 Veränderungen. Nach der Novellierung der sächsischen Berufsordnung ist zum Beispiel auch ein individuelles Fortbildungssponsoring in angemessener Weise nicht ordnungswidrig. Angemessen ist das Sponsoring dann wohl unbestritten, wenn die reine Teilnahme an einer sonst nicht erreichbaren Fortbildung dadurch abgedeckt wird.

Die Berufsordnung regelt aber nur berufsrechtliche, nicht strafrechtliche Voraussetzungen für die Zusammenarbeit mit Dritten.

Bei einschlägigen Entscheidungen sollte sich der einzelne Arzt deshalb die Grundsätze der Gesamtregelung immer vor Augen halten:

1. Äquivalenz von ärztlicher Leistung und Gegenleistung
2. Trennung von Beschaffungsentscheidung und Zuwendungsempfang
3. Transparenz der finanziellen Zuwendungen
4. Dokumentation der Zusammenarbeit.

Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Dr. Claus Vogel,

Vorsitzender des Ausschusses Finanzen

Am 1. Januar 2004 sind folgende Änderungen der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vorgesehen, die von der 29. Kammerversammlung am 15. November 2003 beschlossen worden sind:

In Fortführung des bisherigen Verwaltungshandelns soll die Bestätigung des Steuerberaters über die Höhe der Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit als Nachweis für die Veranlagung zum Kammerbeitrag anerkannt werden. Insbesondere vielen niedergelassenen Ärzten liegt der Einkommensteuerbescheid des Vorjahres erst relativ spät vor, so dass im Jahr 2003 fünfmal häufiger Fristverlängerungen für die Einreichung der Nachweise gewährt werden mussten als im Vorjahr (ca. 3.500). Das bedeutet neben einer verspäteten Veranlagung von einer großen Zahl von Ärzten auch einen hohen Verwaltungsaufwand.



Dr. Claus Vogel

Weiterhin ist vorgesehen, die Anlage zu § 2 Abs. 5 der Beitragsordnung, das ist die Tabelle über Kammerbeiträge, von bisher 25 Beitragsstufen auf 30 Beitragsstufen zu erhöhen. Für Ärzte, die bisher gemäß ihres Nachweises höhere Einkünfte als 120.000 EUR erzielten, wurde der Kammerbeitrag durch Multiplikation der Einkünfte mit dem Beitragsatz von 0,6 % ermittelt. Aufgrund von Rechenfehlern konnten viele dieser Selbststeufernicht akzeptiert werden und es musste eine Festsetzung des Kammerbeitrages erfolgen. Dies erforderte neben dem notwendigen Schriftverkehr auch die Nachforderung oder Rückzahlung von Beiträgen. Außerdem ergab diese Form der Berechnung regelmäßig unrunde Beträge, die buchhalterisch aufwendiger zu handhaben sind.

Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Dr. Claus Vogel,

Vorsitzender des Ausschusses

Dr. Peter Wicke,

Leiter der Ärztlichen Stelle RöV/StrlSch VO

Herr Dr. Wicke wies auf die Novelle der Röntgenverordnung hin, die am 1. 7. 2002 in Kraft getreten ist. Diese weist den Ärztlichen Stellen einen erweiterten Prüfungsumfang zu, der sich unter anderem auf die rechtfertigende Indikation sowie die Einführung von Dosisreferenzwerten bezieht. Besonders letztere bedeuten in bezug auf Erfassung, Bewertung und Weiterleitung an das Bundesamt für Strahlenschutz für die Ärztlichen Stellen eine erhebliche bürokratische Mehrbelastung. Darüber hinaus muss zunehmend die digitale Bild-

gebung (die den klassischen Röntgenfilm ablöst) als derzeitiger Stand von Wissenschaft und Technik berücksichtigt werden. Die schrittweise Umsetzung dieser zusätzlichen Aufgaben soll vorsorglich durch einen Gebührenrahmen (225,00 bis 450,00 EUR) abgesichert werden, das heißt solange die Prüfungen im bisherigen Umfang durchgeführt werden, verbleibt es bei der derzeitigen Gebührenhöhe von 225,00 EUR.

Die Strahlenschutzverordnung vom 20. Juli 2001 fordert die Einrichtung von Ärztlichen Stellen zur Qualitätssicherung der medizinischen Strahlenanwendung am Menschen für den Bereich Nuklearmedizin als auch Strahlentherapie. In der Gebührenfestlegung wurde sowohl der umfangreiche Prüfungsauftrag als auch die unterschiedliche Ausstattung der Einrichtungen berücksichtigt.

Finanzen – Haushaltsplan 2004

Dr. Claus Vogel,

Vorsitzender des Ausschusses Finanzen

Der Vorsitzende des Finanzausschusses der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Dr. Claus Vogel, stellte den Mandatsträgern den Haushaltsplan 2004 detailliert und schlüssig vor.

Der Haushaltsplan 2004 orientiert sich eng an den Istzahlen des Jahres 2002, wobei zusätzliche Aufwendungen aufgrund neuer Aufgaben und Projekte und auch deren Reduzierung berücksichtigt worden sind.

Insgesamt steigen die Aufwendungen gegenüber dem Jahr 2002, also für zwei Haushaltsjahre um 4,4 % und gegenüber dem Haushaltsplan 2003 um 2,4 %. Es kann eine konstante ausgewogene Entwicklung festgestellt werden. Die Personalkosten steigen gegenüber dem Haushaltsplan 2003 aufgrund geänderter tariflicher Bestimmungen im BAT-O. Der Stellenplan weist eine Planstelle weniger als im Vorjahr aus. Die Übernahme weiterer Aufgaben zum Beispiel Ärztliche Stelle gemäß StrlSchVO wird durch innerbetriebliche Rationalisierung und die Einbeziehung von ehrenamtlich tätigen Ärzten realisiert.

Die Erhöhung des Aufwandes für die Selbstverwaltung um 8,0 % gegenüber dem Haushaltsplan 2003 ist vor allem durch die Absicherung von Aufgaben für die Ärztliche Stelle Röntgen und StrlSchVO durch ehrenamtlich tätige Ärzte verursacht. Insgesamt steigt der Sachaufwand um 0,2 % gegenüber dem Haushaltsplan 2003. Die Abschreibungen der Betriebs- und Geschäftsausstattung entwickeln

sich entsprechend des bestätigten Investitionsplanes. Der Zinsaufwand verringert sich wegen der rückläufigen Zinszahlungen des Annuitätendarlehens für das Kammergebäude. Die Einnahmen sinken gegenüber dem Ist 2002 um 4,8 %, während gegenüber dem Haushaltsplan 2003 eine Steigerung von 2,4 % vorgesehen ist.

Die Kammerbeiträge werden aufgrund der Umstellung der Bemessungsgrundlage für den Kammerbeitrag vorsichtig kalkuliert. Die demographische Entwicklung der Kammermitglieder unter Berücksichtigung der Anzahl der berufstätigen Ärzte und die bei der Berechnung vorliegenden Veranlagungsergebnisse sind in die Kalkulation eingeflossen.

Die Gebühren laut Gebührenordnung steigen aufgrund der Erhebung von Gebühren für die Ärztliche Stelle StrlSchVO und für die Zertifizierung von Fortbildungsveranstaltungen. Die Gebühren für die Fortbildung entsprechen dem Niveau des Haushaltsplanes 2003. Die Höhe der Gebühren für Qualitätssicherung ergibt sich aus der Kalkulation des Sonderhaushaltes Qualitätssicherung und sichert eine 100 %ige Kostendeckung durch die Krankenkassen. Die Kapitalerträge werden niedriger als im Haushaltsplan 2003 geplant und ergeben sich aus der Höhe der für Geldanlage zur Verfügung stehenden liquiden Mittel und den kalkulierten Zinssätzen. Die Einnahmen Ärzteblatt resultieren aus der Erstattung von Autorenhonoraren. Die sonstigen Einnahmen

sinken gegenüber dem Haushaltsplan 2003, da noch nicht zugesagte Zuschüsse nicht planbar sind.

Insgesamt liegt ein ausgeglichener Haushalt des Jahres 2004 vor, der den Grundsätzen einer sparsamen und wirtschaftlichen Haushaltsführung entspricht.

Beschlüsse der 29. Kammerversammlung

Die Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer fassten zur 29. Kammerversammlung am 15. November 2003 folgende Beschlüsse:

Beschlussvorlage Nr. 1:

Vorschlagsliste für die Delegierten zu den Deutschen Ärztetagen in der Wahlperiode 2003-2007 (Wahlergebnis Seite 520 – 521)

29. Kammerversammlung

Dresden
15. November 2003

Beschluss Nr. 2:

Satzung der Sächsischen Landesärztekammer zur Erteilung des Fortbildungszertifikates (freiwillig zertifizierte Fortbildung) (bestätigt)

Beschluss Nr. 3:

Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

Beschluss Nr. 4:

Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

Beschluss Nr. 5:

Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer (mit Änderungen bestätigt)

Beschluss Nr. 6:

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

Beschluss Nr. 7:

Haushaltsplan 2004 (bestätigt)

Beschluss Nr. 8:

Bekanntgabe der Termine für den 14. Sächsischen Ärztetag/
30. Kammerversammlung und die 31. Kammerversammlung (bestätigt)

Beschluss Nr. 9:

Gegen Bürokratie durch Praxisgebühr (bestätigt)

Die Kammerversammlung hat beschlossen: Ab dem 1. Januar 2004 sind die Vertragsärzte gesetzlich verpflichtet, von jedem Patienten die „Praxisgebühr“ von 10 Euro je Erstinanspruchnahme des Arztes pro Quartal zu kassieren. Die Politik deklariert die Praxisgebühr vordergründig als ein Steuerungselement für Patientenverhalten – tatsächlich aber handelt es sich in erster Linie um ein Finanzierungsinstrument für die Krankenkassen. Die Praxisgebühr wird mit dem Honoraranspruch des Arztes verrechnet. Der Patient erhält keine direkte Gegenleistung. In Wahrheit handelt es sich um eine „Kassengebühr“. Dieser Systembruch drängt uns Ärzte in eine neue Rolle. Wir protestieren dagegen, dass der Arzt als Kassierer für die Krankenkassen fungieren soll. Es ist völlig unakzeptabel, dass der Arzt diese aufwendige Aufgabe dazu noch ohne Vergütung erledigen soll, während er selbst auf die einbehaltene Praxisgebühr noch mit einem

Verwaltungskostenanteil durch die Kassenärztliche Vereinigung belastet werden muss. Dem Arzt entstehen neben Mühe, Zeitaufwand, Personal- und Sachkosten nun auch noch Gebühren dafür, dass er für andere gratis kassiert!

Wir fordern den Gesetzgeber auf, diesem unwürdigen Zustand ein Ende zu machen. Denn der bürokratische Aufwand – Kassieren der Gebühr, Ausstellung von Quittungen, Führen eines Kassenbuches, Prüfen von Befreiungsbescheiden, Deponieren des Geldes etc. – wird zu einer erheblichen Mehrbelastung des nicht-ärztlichen Personals und der Ärzte führen. Die Zeit für die Zuwendung zum Patienten wird noch knapper werden.

Außerdem wird die Belastung der Hausärzte überproportional steigen, zumal gerade von diesen neben dem häufigen Kassieren der Praxisgebühr ebenso oft Überweisungsscheine ausgestellt werden müssen, um eine erneute Fälligkeit der Praxisgebühr für den Patienten bei einem anderen Facharztbesuch zu vermeiden. Dies ist insbesondere mit Blick auf den zunehmenden Hausärztemangel auch in Sachsen und bei der jetzt schon immensen Arbeitsbelastung kontraproduktiv.

Fast wie Hohn wirkt es, dass – nach derzeitigem Kenntnisstand – das Inkassorisiko für nicht erhebliche Praxisgebühren beim Arzt verbleiben soll. Ein Boykottieren der Praxisgebühr durch die Vertragsärzte ergibt keinen Sinn, da es dadurch zu direkten Honorarverlusten der Vertragsärzte käme und geltendes Recht gebrochen werden würde. Wir sächsischen Ärzte haben uns schon oft für sinnvolle Steuerungselemente des Inanspruchnahmeverhaltens ärztlicher Leistung ausgesprochen, aber diese überbürokratisierende und provozierende Regelung lehnen wir ab!

Wir fordern den Gesetzgeber auf, sinnvolle und weniger bürokratisch handhabbare Steuerungselemente statt dieser Praxisgebühr einzuführen, die dann von der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Kassen mit Augenmaß ausgestaltet werden können. Wir fordern unsere verantwortlichen Landespolitiker deshalb auf, beim Bundesgesetzgeber entsprechend zu intervenieren.

Beschluss Nr. 10:

Konsequenzen aus der Abschaffung des „Arzt im Praktikum“ (AiP) (bestätigt)

Die Kammerversammlung hat beschlossen: Die Abschaffung des AiP ist für den 1. Ok-

tober 2004 vorgesehen. Daraus ergeben sich zahlreiche Veränderungen für die Studenten der Humanmedizin in Deutschland. Auch in Sachsen wird es Neustrukturierungen der nachfolgenden Abschnitte und Veränderungen in der Lehre geben. Mit der Abschaffung des AiP nach derzeitigem Sachstand werden aber die Absolventen verschiedener Jahrgänge durch eine Stichtagsregelung ungleich behandelt. Zudem ist eine Vergütung nach den derzeit geltenden AiP-Gehältern nicht mehr möglich. Die Sächsischen Ärzte begrüßen grundsätzlich die geplante Abschaffung des „Arzt im Praktikum“ (AiP) durch die Bundesregierung. Dennoch fordern sie notwendige Modifizierungen, auch zur Sicherung des ärztlichen Nachwuchses in Sachsen.

1. Die Sächsischen Ärzte plädieren dafür, den „Arzt im Praktikum“ (AiP) für alle Absolventen des Medizinstudiums aus unterschiedlichen Jahrgängen ohne Übergangsbestimmungen abzuschaffen. Sie fordern eine erweiterte Stichtagsregelung. Alle Absolventen sollten in Zukunft unmittelbar nach dem bestandenen Staatsexamen (3. (alt) bzw. 2. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung) die Approbation als Arzt erhalten.

2. Die Sächsischen Ärzte fordern für junge Assistenzärzte vom Berufsstart an angemessene Gehälter. Die Bundesregierung wird aufgefordert, die mit der Abschaffung des „Arzt im Praktikum“ (AiP) verbundenen erhöhten finanziellen Belastungen der Krankenträger durch entsprechende aus Steuern finanzierte Zuschüsse auszugleichen.

3. Die Sächsischen Ärzte sehen in der Neuregelung (Abschaffung des AiP) eine Aufwertung der berufspraktischen Ausbildung während des Medizinstudiums im sogenannten „Praktischen Jahr“ (PJ = 6. Studienjahr). An den beiden Medizinischen Fakultäten in Sachsen, in Leipzig und Dresden, und den mit ihnen verbundenen Akademischen Lehrkrankenhäusern ergeben sich daraus erhöhte Anforderungen an die Qualität der Ausbildung. Die Bundes- und Landespolitik wird aufgefordert, die Rahmenbedingungen für die Qualität der Ausbildung zu verbessern.

4. Die Sächsischen Ärzte sehen die Notwendigkeit, dass möglichst viele Studenten im dritten Tertial des Praktischen Jahres in einer allgemeinmedizinischen Lehrpraxis arbeiten. Deshalb fordern die Sächsischen Ärzte die Aufnahme eines solchen Ausbildungsabschnittes in die Studienordnungen der Bundesländer.

5. Die Sächsischen Ärzte begrüßen zugleich das Gerichtsurteil „Bereitschaftsdienst ist Arbeitszeit“ des Europäischen Gerichtshofes vom 9. September 2003. Die enorme Arbeitsbelastung auch junger Ärzte ist damit in Deutschland nicht mehr möglich. Die Bundesregierung wird aufgefordert, die gesetzlichen Regelungen zum 1. Januar 2004 umzusetzen und Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, dass ausreichend ärztliches Personal in den Kliniken eingestellt werden kann.

Beschluss Nr. 11:

Geplante Honorarangleichung (bestätigt)

Die Kammerversammlung hat beschlossen: Die sächsische Kollegenschaft lehnt die Art der geplanten Honorarangleichung für die Vertragsärzte auf Kosten der Kollegen aus den Westbundesländern ab.

Auf diesem Wege wird eine erhebliche Unterfinanzierung im Osten zementiert und legalisiert, die den Bürgern der Ostbundesländer auf Dauer eine schlechte medizinische Versorgung aufzwingt. Durch die Form der Honorarangleichung wird negiert, dass eine 20 %ige Differenz der Mittelzuwendung für ambulante Versorgung 2004 besteht. Nur durch Mehrarbeit, Mehraufwand und erheblichen Verzicht

auf Lebensqualität kompensiert die Ärzteschaft die Minderversorgung im Osten Deutschlands. Die sächsische Ärzteschaft fordert hier kein Almosen von Westkollegen, sondern Arbeitsbedingungen und eine Honorierung, die unsere gesellschaftliche Arbeit anerkennt und Rahmenbedingungen schafft, die die ärztliche Tätigkeit im Osten attraktiv werden lässt.

Die Satzung der Sächsischen Landesärztekammer zur Erteilung des Fortbildungszertifikates (freiwillig zertifizierte Fortbildung), die Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer, die Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer und die Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer werden im vollen Wortlaut im Mittelhefter unter „Amtliche Bekanntmachungen“ in diesem Heft, Seiten 533 bis 540, amtlich bekannt gemacht.

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer beendete gegen 17.00 Uhr die 29. Kammerversammlung, bedankte sich bei allen Teilnehmern für die sehr konstruktive und durch den Vizepräsidenten, Herrn Dr. Windau, zügig geführte Veranstaltung. Herr Prof. Dr. Jan Schulze wünschte allen ein gutes und erholsames Wochenende.

Schlagworte der

29. Kammerversammlung

Herr Dr. Lutz Liebscher, Schriftführer, hat einige interessante Wortschöpfungen aus der 29. Kammerversammlung zusammengestellt:

positives Chaos

DIPOL-Curriculum

[Dresdner integratives Problem/Praxis/

Patienten – orientiertes Lernen]

authentischer Papierpatient

standardisierter Patient

Schauspielerpatient

Hammerexamen

Unworte des Tages

„Gerichtsfestes Studium“

„besonders qualifizierte Ärzte“

klug/köhler

Bekanntmachung der Termine:

Der **14. Sächsische Ärztetag/30. Kammerversammlung** findet am Freitag und Sonnabend, dem **25. und 26. Juni 2004** und die **31. Kammerversammlung** am Sonnabend, dem **13. November 2004**, im Kammergebäude der Sächsischen Landesärztekammer statt.

Der Arzt als Fußabtreter der Nation

Uwe Kerner
Verlag BoD Norderstedt
172 Seiten
ISBN 3-8330-114 2-4

Dr. med. Uwe Kerner, Jahrgang 1947, ist Facharzt für Radiologie in eigener Praxis in Chemnitz. Das Manuskript zu diesem Buch entstand vor, während und nach der Bundestagswahl 2002.

Dr. Kerner hat seit dem 2. April 2002 chronologisch geordnet und detailliert berufs-, partei-, gesundheits- und weltpolitische Betrachtungen, Analysen und Interpretationen durchgeführt. Besonders beachtenswert ist die Tatsache, dass der Autor regelmäßig die deutsche Politik und die Weltpolitik vor der Bundestagswahl 2002 und danach auswertete, bewertete und

dokumentierte. Aus über 42 Einzelartikeln entstand dieser interessante Buchbeitrag über die Zukunft des ärztlichen Berufsstandes und des deutschen Gesundheitswesens. Hauptthemen sind: die Zerstörung des ärztlichen Berufsbildes, der Abbau der medizinischen Grundversorgung, die Auswirkungen der Politik auf das Gesundheitswesen und die gesellschaftlichen Prozesse im Umfeld des Arztes. Eine erfolglose Gesundheitsreform jagt die nächste. Die medizinische Versorgung der deutschen Bevölkerung wird immer mangelhafter und teurer. Gesundheit wird zum käuflichen und wahrscheinlich bald schon für viele Bürger unseres Landes zu einem unbezahlbaren Luxus. Dr. Kerner beschreibt anschaulich die insuffizienten Arbeits-, Lebens- und Vergütungsbedingungen der Ärzte und deren prognostisch ungünstigen Auswirkungen auf die

Patientenversorgung. Eindeutig räumt der Autor mit dem weit verbreiteten Irrglauben auf, dass die Ärzte durchweg Großverdiener und Abrechnungsbetrüger seien. Tatsache ist jedoch, dass die Ärzte ausgebeutet, ausgenützt und verleumdet werden, in dem ihre Arbeitszeiten und Leistungen signifikant untervergütet und in den Medien immer neue Kampagnen gegen die Ärzteschaft geschmiedet werden. Der Autor macht Vorschläge zum Umbau des deutschen Gesundheitswesens. Den Ärzten stellt er in seinem Buch gesundheitsorganisatorische Modelle vor. Interessant ist die kritische Durchleuchtung des derzeitigen Gesundheitssystems in Deutschland und die Vergleiche des Autors mit dem ehemaligen DDR-Gesundheitssystem.

Prof. Dr. Winfried Klug

Mitgliederversammlung der Kreisärztekammer Dresden 2003

Der Einladung zur diesjährigen Mitgliederversammlung am 3. November 2003 waren rund 60 Kollegen gefolgt. Leider zählten nur wenige jüngere Kollegen zu den Gästen.

Nach der Eröffnung bot das „Duo Alfa“ – Studentinnen der Dresdner Spezialmusik- und Musikhochschule – einen fulminanten Auftakt mit der Sonate für Violine und Klavier c-moll von Edward Grieg. Die zu Recht geforderte Zugabe bildete „Vidui“ aus Baal-Schem von Ernst Bloch.

In seinem Bericht über die Arbeit des Vorstandes vom vergangenen Jahr ging Herr Dr. Norbert Grosche als Vorsitzender der Kreisärztekammer besonders auf die sich entwickelnde prekäre Lage zum ärztlichen Nachwuchs ein. Die hierzu bereits im letzten Berichtszeitraum begonnene Zusammenarbeit mit der Fachschaftsvertretung der hiesigen Medizinischen Fakultät zeigt in diesem Jahr erste Ergebnisse. Bis August wurde gemeinsam mit den Studenten ein Fragebogen entwickelt, der die momentane Lage der Studierenden aller Studienjahre abbilden soll. Gefragt werden neben der Einschätzung der regionalen

Arbeitslage, Einstellungen zum Studium, zur Wahl des Studienortes, dem späteren Ausbildungsziel sowie auch erwartete Verdienstmöglichkeiten. Gegenwärtig läuft die Befragung in den verschiedenen Studienjahren. Die Kreisärztekammer unterstützt finanziell den Druck der Bögen und übernimmt die Kosten für Datenerfassung und Auswertung.

In tabellarischer Übersicht wurden die weiteren Ausgaben und Einnahmen des Berichtszeitraumes dargestellt. Einen Schwerpunkt bildet hierbei die Betreuung der Senioren, die sich neben den vier etablierten Veranstaltungen (Reisebericht über Asien und Sizilien, Besuch des Ständehauses mit Führung durch den Präsidenten des Oberlandesgerichtes sowie ein Gastspiel des Theater Seniors Dresden mit einer szenischen Erich-Kästner-Lesung) auch in einer gemeinsamen Ausfahrt nach Schloss Wackerbarth und Alt-Kötzschenbroda widerspiegelt. Modifiziert werden in Übereinstimmung die Glückwünsche zu Geburtstagen. Erwähnung fanden auch die Begleitumstände zum Dresdner Ärzteball, der ab nächstem Jahr in neuer Fassung an anderem Ort ausgerichtet werden soll.

In der Diskussion griff der anwesende Präsident der Landesärztekammer Herr Prof. Dr. Schulze die wesentlichen berufspolitischen Punkte noch einmal auf und verdeutlichte den Anwesenden die sich abzeichnende Verschlechterung der allgemeinen ärztlichen Versorgungslage, insbesondere in den ländlichen Kommunen.

Einen weiteren Höhepunkt des Abends bildete der Vortrag der Leiterin der Restaurierungswerkstatt der Gemäldegalerie Alte und Neue Meister. Die Referentin, Frau Giebe, ging hierbei dezidiert auf die Geschehnisse im August vergangenen Jahres ein. In eindrucksvollen Bildern wurde die Rettung der in den Depots unter der Gemäldegalerie von der Flut bedrohten wertvollen Bilder erlebbar. Von besonderem Interesse war die Darstellung der nachfolgenden Restaurierungsarbeiten an Bildern und Rahmen, die immer noch andauern. Eine ausführliche Diskussion hierzu konnte noch manch offene Frage beantworten.

Der Vorstand der
Kreisärztekammer Dresden

Gesundheitspolitisches Forum der Kreisärztekammer Leipzig

„Gute Medizin definieren wir. Auch in Zukunft“. Mit diesen Worten hat der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, die Position der deutschen Ärzteschaft auf einem gesundheitspolitischen Forum der Kreisärztekammer Leipzig am 12. November 2003 deutlich gemacht. Das Forum fand im Rahmen der Mitgliederversammlung statt. Gegenüber den rund 300 Gästen im Festsaal des Neuen Rathauses, vorwiegend Ärzte der Stadt Leipzig, sprach Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe die Probleme aus der Gesundheitsreform direkt an. „Die Reform der Sozialsysteme führt zu einer Rationierung von Gesundheitsleistungen. Der Systemwechsel macht das Gesundheitssystem zu einer Gesundheitsindustrie. Und eine Vielzahl neuer Vertragsmöglichkeiten im medizinischen Sektor schwächt die Stellung des einzelnen Arztes. Dadurch wird die Macht der Krankenkassen gestärkt.“

Die Ärzte werden in der Zukunft mit zahlreichen bürokratischen und finanziellen Repressionen zu kämpfen haben. Bestes Beispiel ist die Praxisgebühr, welche der Arzt ab 1. Januar 2004 vom Patienten zu kassieren hat. „Diese „Kassengebühr“ wird zu einer erheblichen Mehrbelastung des Praxispersonals führen und die Arzt-Patientenbeziehung negativ belasten“, so Dr. Stefan Windau, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer, im Podium.

Positiv dagegen äußerte sich Herr Dieter Blaßkiewitz von der Sächsischen Krankenhausgesellschaft. Nach seiner Meinung ist die Richtung der Gesundheitsreform nicht zu ändern. Deshalb sieht er nur Möglichkeiten einer Gestaltung von Prozessen. Nach seiner Auffassung ist Gesundheit nicht mehr „öffentliches Gut, sondern eine private Angelegenheit. Es ist kein Geld mehr im System und es wird

auch keines mehr dazu kommen.“ Für Herrn Dieter Blaßkiewitz besteht der finanzielle Ausweg der Krankenhäuser deshalb in einer integrierten Versorgung und der Öffnung für





Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, Moderator Dr. med. Achim Wüsthof



Frau Christine Clauß, MdL, Stellvertretende Landesvorsitzende der CDU, und Herr Prof. Dr. Eberhard Keller im Gespräch

ambulante Leistungen. Einen verstärkten Druck auf das Klinikpersonal kann er dennoch nicht feststellen. Damit ertete er scharfe Kritik auch aus den Reihen der Zuhörer. Eine Ärztin der Kinder- und Jugendpsychiatrie meldete sich spontan zu diesem Thema und machte ihrem Unmut über die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus Luft. Vor allem nach dem EuGH Urteil zur Bereitschaftszeit bemerkt sie eine Zunahme der Arbeitsbelastung durch Schichtdienst ohne Personalausgleich. Ein Mediziner der Universität Leipzig fügte dem noch einige Zahlen hinzu. Während an der Universitätsklinik das Personal für Ärzte und Schwestern im letzten Jahr abgenommen hat, stieg dagegen die Zahl der Verwaltungsangestellten an. DRG und DMP zeigen hier die ersten bürokratischen Folgen. Ob durch die Gesundheitsreform der Ärztemangel in Sachsen zu beseitigen ist, erschien dem Vorsitzenden der Bezirkstelle Leipzig der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, Herrn Dipl.-Med. Ralf-Rainer Schmidt mehr als fraglich. Nach seiner Auffassung wird die Bürokratie das Gegenteil bewirken und junge Mediziner ins Ausland treiben. Nach seinen Angaben sind heute gerade einmal noch 5 Prozent der Leipziger Ärzte unter 34 Jahre alt, 1993 waren es noch 20 Prozent.

Und was ist noch zu retten? Auf diese Frage antwortete Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe mit einem kurzen „nichts“. Den Körperschaften und Berufsvertretungen empfahl er eine schöpferische Auslegung des Reformgesetzes bis an den Rand des Möglichen, um eine gute Medizin zu sichern und den wirtschaft-

lichen Interessen nichtärztlicher Gruppierungen (sogenannte Shareholder) frühzeitig das Wasser abzugraben. Und er wiederholte noch einmal die Zielstellung: „Auch in der Zukunft müssen Ärzte und nicht Krankenkassen oder Politiker definieren, was gute Medizin ist. Und diese Definitionen müssen Eingang in politische Maßnahmen finden.“

Prof. Dr. Eberhard Keller als Vorsitzender der Kreisärztekammer Leipzig und Initiator des erfolgreichen Forums appellierte zum Abschluss noch einmal an seine Kollegen sich stärker in der Berufspolitik zu engagieren, damit eine so gut besuchte und wirkungsvolle Veranstaltung nicht ein Einzelfall bleibt.

kö

Verdienstkreuz für Prof. Dr. med. habil. Manfred Wirth



Prof. Dr. Manfred Wirth und Prof. Dr. Georg Milbradt (v.l.)

Der sächsische Ministerpräsident, Prof. Georg Milbradt, hat am Freitag, dem 21. November 2003, das Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland an Prof. Dr. med. habil. Manfred Wirth übergeben. Die Würdigung fand in der Sächsischen Staatskanzlei statt.

Der bereits 1992 an die damalige Medizinische Akademie Dresden berufene namhafte Arzt und anschließende Direktor der Poliklinik für Urologie, Herr Prof. Dr. Wirth, hat wesentlich zur internationalen Reputation des Universitätsklinikums Dresden beigetragen. Sein Engagement in einer Vielzahl von Gremien war besonders dem nationalen und internationalen Austausch von Wissenschaftlern gewidmet.

Hervorzuheben ist seine ehrenamtliche Tätigkeit als leitender ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums von 1994 bis 1999. In diese Zeit wandelten sich die ehemalige Medizinische Akademie in die Technische Universität Dresden und die Universitätskliniken in Anstalten des öffentlichen Rechts. Prof. Wirth hat diesen Aufbau entscheidend vorangetrieben und das Universitätsklinikum zu einer national und international geachteten Forschungs- und Bildungseinrichtung entwickelt.

Für sein Engagement und seine hervorragenden Dienste bei der Integration der Medizinischen Akademie Dresden in die Technische Universität Dresden wurde Prof. Dr. Wirth mit dieser Auszeichnung gewürdigt.

Verdienstkreuz für Prof. Dr. med. habil. Otto Bach

Herr Prof. Dr. Otto Bach erhielt am 24. November 2003 aus den Händen des Sächsischen Staatsministers für Wissenschaft und Kunst, Herrn Dr. Matthias Röbler, das Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland. Prof. Dr. Bach hat sich auf dem Gebiet der Medizin und der wissenschaftlichen Lehre sowie bei dem Aufbau der Universitätsklinik Dresden hervorragende Verdienste erworben, die diese Verleihung rechtfertigen.

Mit außerordentlichem Engagement wirkte Herr Prof. Dr. Otto Bach als Rektor der ehemaligen Medizinischen Akademie Dresden in der Gründungskommission, die die Voraussetzungen zur Gründung der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden schaffte, mit. Die neu gegründete medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden führte er sodann als erster Dekan sehr erfolgreich. Sein hoher persönlicher Einsatz begleitete die Umwandlung der Universitätskliniken in Anstalten des öffentlichen Rechts. Ihm wurde nach erfolgreichem Abschluss der Umwandlung am 1. Juli 1999 auf Beschluss des Aufsichtsrates des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden dann auch die vertrauensvolle Aufgabe



Prof. Dr. Otto Bach

des medizinischen Vorstandsmitgliedes und Stellvertreters des ärztlichen Direktors des Universitätsklinikums übertragen, die er mit ebenso großem Erfolg ausübte. Als überaus integre Führungspersönlichkeit bekannt, leistete er Anfang der 90er Jahre in der Personalkommission der Technischen Universität Dresden seinen wertvollen Beitrag zur personellen Erneuerung der traditionsreichen Forschungs- und Bildungseinrichtung. Neben seinem über-

durchschnittlichen Engagement bei der Neustrukturierung der Universitätskliniken und der studentischen Ausbildung hat er sich auch besonders intensiv der Verbesserung der prekären psychiatrischen Versorgungssituation Anfang der 90er Jahre gewidmet. Die positive Bilanz, die die psychiatrische Fakultät ziehen kann, ist wesentlich auch an das Wirken von Herrn Prof. Otto Bach geknüpft. Er war gleichfalls erfolgreicher Präsident der neu gegründeten deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde, nach deren Auflösung er in den Vorstand der nunmehr gesamtdeutschen Gesellschaft gewählt wurde. Gleichzeitig ist er zum Vorsitzenden der neu gegründeten sächsischen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde gewählt worden.

Seit Gründung der Sächsischen Landesärztekammer, deren Aufbau von ihm maßgeblich unterstützt wurde, ist er Vorsitzender der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung. Mit eiserner Disziplin, beispielhaftem Fleiß und unter Einsatz seiner ganzen Person wirkt er seit 1999 außerdem als gewähltes Vorstandsmitglied der Sächsischen Landesärztekammer.

Erfahrungsaustausch für Prüfer der Sächsischen Landesärztekammer

3. Informationsveranstaltung
11. November 2003

Das Ziel der Veranstaltung war es, im Bereich der Sächsischen Landesärztekammer bei Prüfungen nach der Weiterbildungsordnung (WBO) eine noch höhere Qualität bei den Prüfungen und eine sehr hohe Rechtssicherheit durch Minimierung der Anfechtbarkeit von Prüfungsergebnissen aufgrund fehlerhafter Modalitäten zu erreichen.

Im ersten Teil dieser 3. Informationsveranstaltung, zwei vorangegangene Erfahrungsaustausche fanden am 5. Oktober 1991 und am 25. April 2001 statt, sprach Prof. Dr. Gruber vor über 120 Prüfern zu den Weiterbildungsprüfungen aus ärztlicher Sicht.

Er stellte heraus, dass in unserem Kammerbereich bisher sehr wenig Klagen gegen Prüfungsentscheide geführt wurden, aber die allgemeine Zunahme der „Klagefreudigkeit“ auch auf Sachsen zutrifft. Bei 4740 Prüfun-

gen in 42 Fachgebieten haben 3,4 % der Kandidaten (161) die Facharztprüfung nicht bestanden. Die vorgelegte Analyse über 11 Jahre (1991 bis 2002) zeigte dabei große Unterschiede zwischen den einzelnen Fachgebieten auf.

Die Weiterbildungszeugnisse haben für die Einschätzung der erfolgreichen Weiterbildung eine ebenso große Bedeutung wie die Prüfung selbst, wobei aber ein gutes Zeugnis bei nicht bestandener Prüfung zur Anerkennung der angestrebten Arztbezeichnung nicht ausreicht. Das Weiterbildungszeugnis, das sich von einem Arbeitszeugnis unterscheidet, hat neben der Weiterbildungsdauer bei einem Weiterbildungsbefugten im Einzelnen die vermittelten und erworbenen eingehenden Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten ausführlich darzulegen und abschließend zum Erreichen

des Weiterbildungszieles und zur fachlichen Eignung des Antragstellers Stellung zu nehmen. Der Umfang der Weiterbildungszeugnisse über die gesamte Weiterbildungszeit schwankte in den vergangenen Jahren zwischen einer Seite (unzureichend !) und 18 Seiten.

Nach Wegfall des Weiterbildungsjahres bei einem voll zur Weiterbildung befugten Arztes hat die detaillierte Zeugniserstellung eine noch größere Bedeutung, um am Schluss das Erreichen des Gesamtzieles der Weiterbildung einschätzen zu können.

Es wurde auf die eventuellen Konsequenzen von falschen Inhalten in den Zeugnissen hingewiesen, wie zum Beispiel Ausweisen von ärztlichen Tätigkeiten im Ausland als Weiterbildung ohne vorherige Prüfung auf ihre Anrechenbarkeit (§19 WBO), von Teilzeittätigkeiten als Vollzeit-Weiterbildung, Bestätigung



Prof. Dr. Gunter Gruber

von falschen oder gar nicht erbrachten Untersuchungs- und Behandlungszahlen (EKG-, Langzeit-EKG, Fahrradergometrien, Endoskopien, Operationen und anderes mehr). In diesem Zusammenhang wurde erneut darauf hingewiesen, dass es sich bei den Zahlenangaben in den Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung (kein Satzungsrecht!) um Orientierungsgrößen handelt, und dass es in anderen Kammerbereichen bereits eine Aberkennung der Weiterbildungsbefugnis und in Einzelfällen Geldstrafen bei „Falschzeugnissen“ gegeben hat.

Zur Antragstellung auf Zulassung zur Prüfung kann der Kandidat den P(rüfungs-)Bogen bereits vier bis sechs Wochen vor Ende der Mindestweiterbildungszeit anfordern, ausfüllen und zurücksenden. Die Vorlage des Abschlusszeugnisses ist natürlich erst nach Absolvierung der jeweiligen Mindestweiterbildungszeit möglich. Weiterbildungszeugnisse sind vom Weiterbildungsbefugten, bei Verbundweiterbildungsbefugnis grundsätzlich von allen am Verbund beteiligten Weiterbildern, zu unterschreiben.

Nach ordnungsgemäßem Abschluss der Weiterbildung, durch Zeugnisse und Nachweise belegt, kann die Zulassung durch Frau Dr. Birgit Gäbler erfolgen. Bei Zweifel an der Erfüllung der Voraussetzungen kann vor der Zulassung des Kandidaten die zuständige Prüfungskommission um eine Einschätzung ge-

beten werden. Eine Ablehnung der Zulassung ist schriftlich zu begründen.

Die Festlegung des Prüfungstermines erfolgt in Absprache mit dem Vorsitzenden der Prüfungskommission in angemessener Frist nach der Zulassung. Die Ladung zum Termin erfolgt mit einer Frist von mindestens zwei Wochen.

Auch auf das Verfahren der Prüfung wurde näher eingegangen.

Er handelt sich um nicht öffentliche (mündliche) Prüfungen. Dabei können auch ärztliche Fertigkeiten (zum Beispiel Untersuchungstechniken, EKG, Bildgebende Verfahren und anderes mehr) geprüft werden. Die Dauer der Prüfung beträgt in der Regel 30 bis 45 Minuten bei ständiger Anwesenheit aller drei Prüfer und ohne Störungen von außen. Die Aufsichtsbehörde kann zusätzlich einen Prüfer bestellen.

Es prüfen in der Regel drei Prüfer, wobei mindestens zwei die geprüfte Arztbezeichnung selbst besitzen müssen.

Die Prüfungskommissionen werden vom Vorstand auf Vorschlag des Ausschusses Weiterbildung, von Fachgesellschaften und Einzelpersonen für die Dauer einer Wahlperiode gebildet.

Auf die besonderen Anforderungen an das Prüfungsprotokoll wird verwiesen, insbesondere auf die zeitgerechte Dokumentation. Dabei sollte neben den Fragen/Prüfungsinhalten auch Vermerke zur Beantwortung nicht fehlen, wobei die einfachste Form der Einschätzung

der Eintrag einer Note darstellt, die aber bei der Endbeurteilung keine spezielle Rolle spielt.

Im Ergebnis ist nur „bestanden“ oder „nicht bestanden“ entscheidend.

Aber bei Nichtbestehen ist auf die detaillierte Begründung, auf das Aufführen der konkreten Defizite als Grundlage für das mögliche Widerspruchs- oder Gerichtsverfahren besonderer Wert zu legen.

In diesen Fällen bei Nichtbestehen muss die Prüfungskommission die Verlängerung der Weiterbildungszeit um mindestens drei Monate und maximal zwei Jahre bei Gebieten und sonst um maximal um ein Jahr sowie die besonderen Anforderungen in Bezug auf die festgestellten Defizite (Auflagen) konkret festlegen.

Die Zahl der Wiederholungsprüfungen nach der Weiterbildungsordnung ist unbegrenzt.

Nach den Ausführungen über die Weiterbildungsprüfungen an der Sächsischen Landesärztekammer von Frau Iris Glowik aus juristischer Sicht stellte Herr Prof. Dr. Gunter Gruber die wichtigsten Veränderungen bei der novellierten Muster-WBO vor, die voraussichtlich in Sachsen am 1. Januar 2005 in Kraft treten wird.

Die neuen und veränderten Weiterbildungsinhalte und -verfahren werden in einer gesonderten Mitteilung im „Ärztblatt Sachsen“ im Januar 2004 ausführlich dargestellt.

Prof. Dr. Gunter Gruber
Vorsitzender Ausschuss Weiterbildung



Auditorium

DMP – Sieg der Bürokratie über ärztlichen Sachverstand

Noch ein Kreuz und noch eine Unterschrift, dann ist es geschafft: Ein weiterer Diabetiker hat sich im neuen Versorgungsprogramm eingeschrieben. Nun, so hofft er, wird die Behandlung per Gesetz besser, die langfristigen Folgen seiner Krankheit eher erkannt. Fehl-anzeige! Sein Einschreibebogen kommt, wie bei 80 Prozent der Anträge in Sachsen, an den Arzt zurück. Fehlerhaft ausgefüllt, lautet die Diagnose. Lag es am Arzt oder am Patienten? Weder noch, denn in ganz Deutschland liegt die Fehlerquote für die Aufnahmeanträge „Disease Management Programm Diabetes Typ 2“, kurz DMP, im Durchschnitt bei 85 Prozent. Also, der Fehler liegt im System. DMP oder auch Chronikerprogramme sollen die flächendeckende medizinische Versorgung von chronisch Kranken auf einem einheitlichen Niveau sichern, so der gute Ansatz. Doch das Bundesgesundheitsministerium hat durch ein Eilverfahren ohne Testphase eine Bürokratie ins Rollen gebracht, welche auch die Reduzierung von medizinischen Leistungen zur Folge haben wird.

„Im Koordinierungsausschuss zur Erarbeitung der DMP-Verträge war bereits 2002 klar, dass es ohne eine Prüf- oder Testphase schief gehen würde, doch die Krankenkassen und die Politik haben die Einführung der Chronikerprogramme gegen den ärztlichen Rat eingeführt. Das war mir zuviel, ich bin deshalb damals aus dem Koordinierungsausschuss ausgetreten“. Leicht resigniert betrachtet Prof. Dr. Jan Schulze, selbst Diabetologe und zugleich Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, den Scherbenhaufen: „Ärzte und Patienten laufen jetzt Sturm gegen die Programme. Keiner ist mehr bereit, sich an dem bürokratischen Wahnsinn weiter zu beteiligen, zumal sich die Versorgung für einen Diabetiker in Sachsen durch das Chronikerprogramm verschlechtert.“ Gerade das wurde von den Krankenkassen bisher immer vehement zurückgewiesen. Doch der Alltag sieht anders aus. Nach den vorher geltenden sächsischen Diabetes-Leitlinien konnten auch langfristige Folgen, zum Beispiel die Schädigung der Niere, durch frühe Mikroalbumin-Bestimmung erkannt werden. Im neuen Chronikerprogramm fehlen solche Untersuchungen. Die erfolgreiche Leitlinien-Vereinbarung wurde von den Krankenkassen (außer Techniker Krankenkasse) Anfang 2003 gekündigt. Die Folgen für Patienten sind abzusehen.

Auch der Internist Dr. Stephan Mager kommt zu dem Schluss: „Eigentlich gibt es nichts, was am DMP gut ist.“ Er hatte sich am Chronikerprogramm beteiligt, „um die gute sächsische kooperative Diabetikerbetreuung zu retten“. Aber die perfide Bürokratie macht jeden sinnvollen Ansatz zunichte. „Unplausible Fragestellungen führen zu Fehlern. Patienten müssen nach jeder Korrektur den Bogen noch einmal unterschreiben, auch wenn nur ein Kreuz vergessen wurde. Das versteht keiner!“ Andere nennen den Vorgang etwas milder arztfeindlich und patientenunfreundlich.

Viele Hausärzte werfen nun das Handtuch. Der Sächsische Hausärzteverband, ursprünglich vehementer Verfechter der Chronikerprogramme, ist ebenfalls auf die Barrikaden gegangen. Wegen der Bürokratie fehlt die Zeit für die eigentliche Behandlung der Patienten. Und die Ärzte sehen es nicht mehr ein, dass sie Unterschriften für die Krankenkassen eintragen.

Ganz anders die Krankenkassen selbst. Vor allem die Gesetzlichen Krankenkassen sprechen immer noch vom Erfolg der Chronikerprogramme. Warum? Eben weil sie für jeden eingeschriebenen Diabetiker in Sachsen Geld aus dem Risikostrukturausgleich (Ausgleich unter gesetzlichen Krankenkassen) erhalten. Es geht um Millionen. Nun könnte man denken, die Gesetzlichen Krankenkassen sind um die Gesundheit ihrer Versicherten bemüht, doch gerade dieses Beispiel bezeugt das Gegenteil. Den Unmut und Ärger der Patienten und Ärzte spüren die Mitarbeiter der Datenerfassungsstelle für das Chronikerprogramm tagtäglich, denn die Betroffenen wenden sich mit ihrem Frust dahin, anstatt die Politik in die Pflicht zu nehmen.

Das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung hat sich die Chronikerprogramme auf die Fahnen geschrieben, um in Wirklichkeit Kosten zu sparen, und nicht um allein die Gesundheitsversorgung von chronisch Kranken zu verbessern. Grundsätzlich ist jeder Arzt vom positiven Anliegen einer einheitlichen Versorgung chronisch Kranker in Deutschland überzeugt, doch muss dies auf dem aktuellen wissenschaftlichen Niveau erfolgen. Aber gerade an der Wissenschaftlichkeit mangelt es den Programmen. An runden Tischen, ohne fachliche ärztliche Kompe-

tenz, hat sich die Bürokratie den ungeprüften Wust an Formularen ausgedacht. Das Problem ist in Berlin bekannt, doch die Ursache sucht man nicht im eigenen Haus. Ein Schuldiger ist schnell gefunden: Das Bundesversicherungsaufsichtsamt (BVA), oder besser dessen Präsident, Herr Rainer Daubenbüchel. Dieser muss nach Prüfung die Chronikerprogramme freigeben, erst dann kann danach behandelt werden, erst dann fließt Geld aus dem Risikostrukturausgleich. Das Bundesgesundheitsministerium hatte Herrn Daubenbüchel wegen der hohen Fehlerquote schon mal einbestellt, doch ohne Erfolg. Bisher sind nur in zwei Bundesländern Chronikerprogramme zugelassen. Warum nur so wenige nach fast einem Jahr, könnte man sich fragen. Die Antwort ist einfach: Das Bundesversicherungsaufsichtsamt hält sich ans Gesetz. Und das Gesetz steht offensichtlich im Widerspruch zum Alltag einer guten medizinischen Betreuung, zum Beispiel von Diabetikern in Sachsen bis zum Jahr 2002.

Doch wie geht es nun weiter? Hinter verschlossenen Türen wird impulsiv debattiert. Auch das Sächsische Sozialministerium hat sich mittlerweile in die Diskussion eingebracht. Bisher ohne Erfolg. Von Erleichterungen beim Ausfüllen der Bögen ist die Rede, von Fristverlängerungen für Korrekturen. Die Ärzte wollen ihrem Unmut mit einem Formbrief gegenüber der Politik Luft machen. Doch erst einmal kann man ja mit dem Ausfüllen der Bögen so lange warten, bis die Krankenkassen eine Lösung zum Abbau der Bürokratie vorschlagen. Denn diese sind am Zug. Ohne Bögen kein Geld. Für Patienten hätte das erst einmal keine gravierenden Folgen, denn schreiben sie sich nicht in das Chronikerprogramm ein, werden sie behandelt wie eh und je.

Und die medizinischen Inhalten der Chronikerprogramme können bis dahin dem tatsächlichen medizinischen Standard angepasst werden. In sogenannten Anpassungsregelungen wäre dies ab 2004 möglich. Dann hätte der Feldversuch am lebenden Objekt ja doch einen Sinn gehabt. Mal abgesehen von dem Porzellan, das zerschlagen wurde, und der eingeübten Akzeptanz der Chronikerprogramme bei Patienten und Ärzten.

kö

Externe Qualitätssicherung Relevante Änderungen ab 2004

Auslösemechanismus

Das DRG-Entgeltsystem bringt auch der externen vergleichenden Qualitätssicherung neue Herausforderungen. So war es durch den Wegfall der „alten“ Fallpauschalen bzw. Sonderentgelte notwendig geworden, einen neuen Auslösemechanismus für die Qualitätssicherung zu finden, denn jede abgerechnete DRG kann prinzipiell mehrere zu dokumentierende Leistungen enthalten. Die externe Qualitätssicherung trennt sich somit endlich vom bisherigen Entgeltbezug, was vor allem von Seiten der Ärzteschaft schon länger gefordert wurde. Dazu wurde von der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) der sogen. „QS-Filter“ geschaffen, eine Software-Spezifikation, die von den EDV-Anbietern in die Kliniksoftware zu integrieren ist. Der „QS-Filter“ nutzt in erster Linie Prozeduren (OPS-Kodes) und Diagnosen (ICD-Kodes) sowie deren Kombinationen, vergleicht sie mit den Ein- und Ausschlusskriterien für die Leistungsbereiche und löst bei den entsprechenden zu erfassenden Kombinationen die Dokumentation aus. Mit diesem Verfahren wird eine gewisse Kontinuität für die Inhalte der eingeführten Qualitätssicherungsverfahren gewahrt bleiben. Die Möglichkeit, Leistungsbereiche in der Qualitätssicherung nach medizinisch-pflegerischen Kriterien unabhängig von Entgelten abzugrenzen, steht nun erstmals zur Verfügung. Medizinisch völlig unnötige Hilfskonstrukte wie sie in Form des sogen. Minimaldatensatzes – der keinerlei für die Qualitätssicherung relevanten Informationen enthält – bislang notwendig waren, werden künftig entfallen. Wichtig ist dabei, dass der „QS-Filter“ Zugriff auf abteilungsübergreifende Falldaten hat, damit von der Software tatsächlich jede zu dokumentierende Leistung erkannt und das Anlegen eines QS-Datensatzes ausgelöst wird. Mit Hilfe der „QS-Filter“-Software wird auch am Jahresende die Sollstatistik für den Vollzähligkeitsabgleich erstellt.

Einbezogene Leistungsbereiche

Das Bundeskuratorium hat beschlossen, dass ab 2004 einige Leistungsbereiche ausgesetzt werden. Dies betrifft die Module 1/1, 1/2, 3/1, 5/1, 7/1, 10/1, 12/2, 12/3, 14/1, 17/6 und 20/1. Die Ursachen dafür sind vielfältig. Vor allem zu geringe Fallzahlen (zum Beispiel Ulnarisrinnensyndrom, Schlittenprothese) und die fehlende Einbeziehung des ambulanten Sektors (zum Beispiel Hernien, Katarakt) haben zu dieser Entscheidung geführt. Das sächsische Lenkungsgremium hat sich dem angeschlossen und keine davon abweichenden Regelungen für Sachsen getroffen. Eine freiwillige Fortführung ist jedoch grundsätzlich möglich und wird von den Arbeitsgruppen Chirurgie und Urologie für die Leistungsbereiche „12/3 – Hernienchirurgie“ und „14/1 – Transurethrale Prostataresektion“ empfohlen. In allen orthopädischen bzw. unfallchirurgischen Modulen 17/1 bis 17/3, 17/5 und 17/7 ist ab 2004 ein verbindlicher Pflgeteil integriert. Allerdings sind nur wenige Items zu erfassen.

Wenn sich ein Krankenhaus dafür entschieden hat, Leistungsbereiche „freiwillig“ weiterzuführen, müssen geringfügige Anpassungen am „QS-Filter“ vorgenommen werden, da die Voreinstellung zur Auslösung eines QS-Bogens nur die bundesweit verpflichtend zu dokumentierenden Leistungsbereiche betrifft. Die Software ist aber grundsätzlich in der Lage, auch in den „freiwilligen“ Modulen entsprechende Leistungen zu erkennen und einen Datensatz für die Qualitätssicherung zu generieren.

Zugehörigkeit zum Erfassungsjahr

Bisher ergaben sich immer wieder Differenzen zwischen krankenhausinternen Statistiken und der Vollzähligkeit der Datensätze im Rahmen der externen Qualitätssicherung; vor allem in Leistungsbereichen mit relativ langer Verweildauern. Dies hatte seine Ursache

darin, dass die Leistungsabrechnung auf dem Aufnahmedatum beziehungsweise dem OP-Datum beruht, in der externen Qualitätssicherung aber das Entlassungsdatum über die Zugehörigkeit zum Erfassungsjahr entscheidet. Die Zugehörigkeit zum Erfassungsjahr ist nunmehr ab 2004 in allen Modulen (betrifft nicht die Neonatalerhebung!) ausschließlich vom Aufnahmedatum abhängig. Einschlusskriterium für „Überlieger“ ist der 31. Januar, das heißt, Patienten, die im Dezember aufgenommen, aber erst im Februar entlassen werden, sind dann ab 2005 nicht mehr zu dokumentieren.

Finanzierung/Sanktionen

Die Finanzierung der externen Qualitätssicherung erfolgt ab 2004 ähnlich dem bekannten DRG-Systemzuschlag. Mit jeder abgerechneten DRG erhält das Krankenhaus einen Zuschlag auf die Vergütung, unabhängig davon, ob überhaupt eine Dokumentationspflicht besteht. Man nimmt dabei die ungerechte Verteilung zwischen operativen und konservativen Kliniken bewusst in Kauf, um den Verwaltungsaufwand nicht noch mehr in die Höhe zu treiben.

Eine Sanktionierung erfolgt erst, wenn das Krankenhaus weniger als 80 % der dokumentationspflichtigen Fälle erfasst hat; darunter ist dann jedoch für jeden nichtdokumentierten Fall ein Abschlag von 150 EUR fällig, das heißt auch für die 20 % Fälle im eigentlich „sanktionsfreien Korridor“! Die sogenannten „Dokumentationsrate“ eines Krankenhauses (= dokumentierte Datensätze (Ist)/ zu dokumentierende Datensätze (Soll)) wird über alle Module ermittelt.

Es sollte darauf geachtet werden, dass die „QS-Filter“-Software und die für das Jahr 2004 gültige Erfassungs-Software gemäß BQS-Spezifikation 7.0 noch vor dem Jahreswechsel installiert wird. Vom Bundeskuratorium ist für 2004 keine Karenzphase vorgesehen, das heißt um der Sanktionierung zu entgehen, müssen alle zu dokumentierenden Krankenhausesfälle ab Aufnahmedatum 1. Januar 2004 erfasst werden!

Dr. med. Torsten Schlosser
Leiter der Projektgeschäftsstelle
Qualitätssicherung

Amtliche Bekanntmachungen

Inhaltsverzeichnis

1. Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer
Vom 3. Dezember 2003
2. Satzung der Sächsischen Landesärztekammer zur Erteilung des Fortbildungszertifikates
Vom 3. Dezember 2003
3. Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer
Vom 3. Dezember 2003
4. Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer
Vom 3. Dezember 2003

Im Übrigen möchten wir an dieser Stelle nochmals darauf verweisen, dass sich die Neufassungen auch auf der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer www.slaek.de befinden oder auf Nachfrage im Einzelfall auch versandt werden.

Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Vom 3. Dezember 2003

Aufgrund von § 17 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes (SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), zuletzt geändert mit Artikel 17 des Gesetzes vom 28. Juni 2001 (SächsGVBl. S. 426, 428), hat die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer am 15. November 2003 folgende Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer beschlossen:

Artikel 1

Die Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Berufsordnung – BO) vom 24. Juni 1998 (genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie vom 17. Juni 1998, AZ. 52-5415.20/14, veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 8/1998, S. 352), zuletzt geändert mit Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 22. November 2002 (genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales vom 15. November 2002, Az. 61-5415.21/6, veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 12/2002, S. 581), wird wie folgt geändert:

1. Dem § 7 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Angehörige von Patienten und andere Personen dürfen bei der Untersuchung und Behandlung anwesend sein, wenn der verantwortliche Arzt und der Patient zustimmen.“

2. § 26 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) Der 4. Spiegelstrich erhält folgende Fassung:

„– für Ärztinnen ab dem Zeitpunkt der Bekanntgabe ihrer Schwangerschaft und bis zu 12 Monaten nach der Entbindung,“

b) Nach dem 4. Spiegelstrich wird folgender neuer Spiegelstrich eingefügt:

„– für Ärzte ab dem Tag der Geburt des Kindes für einen Zeitraum von 12 Monaten, soweit nicht der andere Elternteil die Versorgung des Kindes gewährleistet,“

c) Der bisherige 5. Spiegelstrich wird 6. Spiegelstrich.

3. § 30 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Die nachstehenden Vorschriften dienen dem Patientenschutz durch Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit gegenüber Dritten.“

b) Absatz 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Dem Arzt ist es nicht gestattet, zusammen mit Personen, die weder Ärzte sind noch zu seinen berufsmäßig tätigen Mitarbeitern gehören, zu untersuchen oder zu behandeln. Dies gilt nicht für Personen, welche sich in der Ausbildung zum ärztlichen Beruf oder zu einem medizinischen Assistenzberuf befinden.“

c) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3.

4. § 32 erhält folgende Fassung:

„Dem Arzt ist es nicht gestattet, von Patienten oder Anderen Geschenke oder andere Vorteile für sich oder Dritte zu fordern, sich oder Dritten versprechen zu lassen oder anzunehmen, wenn hierdurch der Eindruck erweckt wird, dass die Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung beeinflusst wird. Eine Beeinflussung liegt dann nicht vor, wenn der Wert des Geschenkes oder des anderen Vorteils geringfügig ist.“

5. § 33 erhält folgende Fassung:

„§ 33 Arzt und Industrie

(1) Soweit Ärzte Leistungen für die Hersteller von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln oder Medizinprodukten erbringen (z. B. bei der Entwicklung, Erprobung und Begutachtung), muss die hierfür bestimmte Vergütung der erbrachten Leistung entsprechen. Die Verträge über die Zusammenarbeit sind schriftlich abzuschließen und sind auf Verlangen der Ärztekammer vorzulegen.

(2) Die Annahme von Werbegaben oder anderen Vorteilen ist untersagt, sofern der Wert nicht geringfügig ist.

(3) Dem Arzt ist es nicht gestattet, für den Bezug der in Absatz 1 genannten Produkte, Geschenke oder andere Vorteile für sich oder einen Dritten zu fordern. Diese darf er auch nicht sich oder Dritten versprechen lassen oder annehmen, es sei denn, der Wert ist geringfügig.

(4) Die Annahme von geldwerten Vorteilen in angemessener Höhe für die Teilnahme an wissenschaftlichen Fortbildungsveranstaltungen ist nicht berufswidrig. Der Vorteil ist unangemessen, wenn er die Kosten der Teilnahme (notwendige Reisekosten, Tagungsgebühren) des Arztes an der Fortbildungsveranstaltung übersteigt oder der Zweck der Fortbildung nicht im Vordergrund steht. Satz 1 und 2 gelten für berufsbezogene Informationsveranstaltungen von Herstellern entsprechend.“

6. § 34 Abs. 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Dem Arzt ist es nicht gestattet, für die Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln oder Medizinprodukten eine Vergütung oder andere Vorteile für sich oder Dritte zu fordern, sich oder Dritten versprechen zu lassen oder anzunehmen.“

Artikel 2 **In-Kraft-Treten**

Die geänderte Satzung tritt am 1. Januar 2004 in Kraft.

Dresden, 15. November 2003

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Dr. med. Lutz Liebscher
Schriftführer

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales hat mit Schreiben vom 25. 11. 2003, Az 61-5415.21/6 die Genehmigung erteilt.

Die vorstehende Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer wird hiermit ausgefertigt und wird im Ärzteblatt Sachsen bekannt gemacht.

Dresden, den 3. Dezember 2003 Der Präsident
Prof. Dr. Jan Schulze

Satzung der Sächsischen Landesärztekammer zur Erteilung des Fortbildungszertifikates (freiwillig zertifizierte Fortbildung)

Vom 3. Dezember 2003

Aufgrund von § 16 Abs. 2 und 3 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), zuletzt geändert mit Artikel 17 des Gesetzes vom 28. Juni 2001 (SächsGVBl. S. 426, 428) in Verbindung mit § 4 Abs. 2 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 24. Juni 1998 (veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 8/1998, S. 352), zuletzt geändert durch Satzung vom 9. November 2002 (veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 12/2002, S. 581) hat die Kammerversammlung am 15. November 2003 die folgende Satzung der Sächsischen Landesärztekammer zur Erteilung des Fortbildungszertifikates in Übereinstimmung mit dem Beschluss des 106. Deutschen Ärztetages beschlossen:

§ 1

Fortbildungszertifikat

- (1) Zum Nachweis ihrer beruflichen Fortbildung können alle Ärzte¹ nach in dieser Satzung aufgeführten Voraussetzungen ein Fortbildungszertifikat erwerben.
- (2) Ein Fortbildungszertifikat wird erteilt, wenn der Arzt innerhalb der letzten drei Jahre 150 Fortbildungspunkte erworben und dokumentiert hat. Das Fortbildungszertifikat hat beginnend vom Datum der Ausstellung eine Gültigkeitsdauer von drei Jahren.
- (3) Das Fortbildungszertifikat ist entsprechend der Berufsordnung ankündigungsfähig. Mit dem Erwerb des Zertifikates wird den Ärzten eine Plakette übergeben, die von Ärzten auf ihrem Praxisschild oder an anderer Stelle angebracht werden kann.

§ 2

Anerkennung von Fortbildungen

- (1) Für den Erwerb von Fortbildungspunkten werden sowohl die Teilnahme von nach den Absätzen 2 bis 5 anerkannten Fortbildungsveranstaltungen als auch von in § 3 Abs. 4 bis 6 aufgeführten Fortbildungsaktivitäten angerechnet.
- (2) Für den Erwerb des Fortbildungszertifikates werden in der Regel von der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung oder von anderen Landesärztekammern der Bundesrepublik Deutschland zertifizierte Fortbildungsveranstaltungen anerkannt. Die fachlichen Themen der Fortbildungsveranstaltungen sollen inhaltlich den

Gebieten der Weiterbildungsordnung zuzuordnen sein. Im Zweifelsfall entscheidet die Sächsische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung über die Anerkennung.

(3) Es ist anzustreben, dass sich die Themen der besuchten Fortbildungsveranstaltungen aus fachbezogenen und allgemeinen ärztlichen Themen (z. B. Notfallmedizinische, ethische, medizinrechtliche, wirtschaftliche) zusammensetzen.

(4) Die Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen außerhalb des Bereiches der Sächsischen Landesärztekammer wird anerkannt, wenn die Bewertung der Veranstaltung gemäß § 3 Abs. 1 entspricht oder sie von einer anderen Landesärztekammer der Bundesrepublik Deutschland anerkannt worden ist.

(5) Veranstaltungen, die zu Bezeichnungen der Weiterbildungsordnung führen, sind auf die freiwillig zertifizierte Fortbildung nicht anrechenbar, es sei denn, sie werden im Sinne der Fortbildung genutzt.

(6) Für das Zusammenwirken von Arzt und Industrie bei der Durchführung oder der Teilnahme von Fortbildungsveranstaltungen gelten die Vorschriften der Berufsordnung.

§ 3

Bewertung von Fortbildungsveranstaltungen

(1) Fortbildungsveranstaltungen werden nach folgenden Kriterien mit Punkten bewertet:

Art der Veranstaltung	Dauer	Punkte
Fortbildungsreferat mit Diskussion	je 1 Std.	1 maximal 8 Punkte pro Tag
Qualitätszirkel Ärztetammtisch	mindestens 3 Std.	3
klinische Hospitationen Visiten	je 1 Std.	1 maximal 8 Punkte pro Tag
Kongress/Symposium	eintägig/mehrtägig	maximal 6 Punkte pro Tag
Balintgruppen	8 Std.	10
Reanimationskurse	8 Std.	15

(2) Im Einzelfall kann auf Beschluss der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung in Abstimmung mit dem Vorstand der Sächsischen Landesärzte-

kammer die Punktbewertung im Sinne der Teilnehmerstimulierung für gesundheitspolitisch wichtige Themen (z. B. Katastrophenmedizin, notfallmedizinisches Training) geändert werden.

(3) Fortbildungsveranstaltungen, die im „Ärzteblatt Sachsen“ (Grüne Seiten) veröffentlicht werden, erhalten auf Antrag der Veranstalter nach Bewertung durch die Sächsische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung einen Punktwert, der mit der Ankündigung der Veranstaltung ausgewiesen wird (FZ 1 = Fortbildungszertifikat 1 Punkt).

(4) Strukturierte Fortbildung über Fachzeitschriften und über das Internet mit nachgewiesener Auswertung des Lernerfolges in Schriftform werden mit einem Punkt pro Übungseinheit bewertet. Es sind maximal 10 Punkte pro Jahr anrechenbar.

(5) Für die Fortbildungsaktivitäten durch Selbststudium von Fachliteratur sind jährlich 10 Punkte anrechenbar.

(6) Autoren, Referenten, Moderatoren/Trainer und dergleichen von Fortbildungsveranstaltungen erhalten für jede Unterrichtsstunde einen Punkt. Auf diese Weise sind maximal 10 Punkte pro Jahr anrechenbar.

(7) Nachfolgende Institutionen können ihre Fortbildungsveranstaltungen nach dem Punkteschema gemäß Absatz 1 dieser Satzung selbst bewerten:

- Kreisärztekammern der Sächsischen Landesärztekammer,
- Kassenärztliche Vereinigung Sachsen,
- Sächsische medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaften,
- Sächsische ärztliche Berufsverbände,
- Universitätskliniken, akademische Lehrkrankenhäuser, Schwerpunktkrankenhäuser im Freistaat Sachsen.

(8) Für das Verfahren der Zertifizierung von Fortbildungsveranstaltungen wird entsprechend der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer eine Gebühr erhoben.

§ 4

Regeln der Anerkennung des Fortbildungszertifikates

(1) Die Ausstellung für das Fortbildungszertifikat erfolgt auf Antrag. Der Arzt sollte das von der Sächsischen Landesärztekammer vorgesehene Antragsformular (Fortbildungs-

mappe) verwenden. Die erforderlichen Fortbildungsnachweise sind beizufügen.

(2) Frühestens nach Ablauf der Gültigkeitsdauer nach § 1 Abs. 2 Satz 2 kann ein neues Fortbildungszertifikat ausgestellt werden.

(3) Die Sächsische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung entscheidet über die Anerkennung der Anträge.

(4) Für die Erteilung des Fortbildungszertifikates wird entsprechend der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer eine Gebühr erhoben.

§ 5

In-Kraft-Treten, Außer-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 01. Januar 2004 in Kraft. Gleichzeitig treten die Beschlüsse zum Fortbildungsdiplom der Sächsischen Akademie für ärztliche Fortbildung der Sächsischen Landesärztekammer (freiwillig zertifizierte Fortbildung) vom 20. Nov. 1998 (Ärzteblatt Sachsen, Heft 12/1998, S. 576) sowie vom 20. Juni 2001 (Ärzteblatt Sachsen, Heft 8/2001, S. 373) und 19. Juni 2002 (Ärzteblatt Sachsen, Heft 7/2002, Seite 340) außer Kraft.

Dresden, 15. November 2003

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Dr. med. Lutz Liebscher
Schriftführer

Die vorstehende Satzung der Sächsischen Landesärztekammer zur Erteilung des Fortbildungszertifikates (freiwillig zertifizierte Fortbildung) wird hiermit ausgefertigt und wird im Ärzteblatt Sachsen bekannt gemacht.

Dresden, den 3. Dezember 2003 Der Präsident
Prof. Dr. Jan Schulze

¹ Im Text werden die Berufsbezeichnungen „Arzt“, „Ärzte“ einheitlich und neutral für Ärztinnen und Ärzte verwendet.

Satzung

zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Vom 3. Dezember 2003

Aufgrund des § 14 Abs. 3 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes (SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), zuletzt geändert mit Artikel 17 des Gesetzes vom 28. Juni 2001 (SächsGVBl. S. 426, 428) hat die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer am 15. November 2003 die folgende Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 26. Juni 2002 beschlossen:

Artikel 1

Die Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 26. Juni 2002 (genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales vom 24. Juni 2002, Az. 61-5415.21/4, veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 7/2002, S. 337) wird wie folgt geändert:

1. § 5 Abs. 2 wird wie folgt neu gefasst:

„(2) Der Selbsteinstufung ist eine Kopie des Auszuges des Einkommensteuerbescheides oder eine schriftliche Bestätigung des Steuerberaters als Nachweis über die Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit des Bemessungsjahres gemäß § 2 beizufügen.“

2. Die Anlage zu § 2 Abs. 5 der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer wird wie folgt neu gefasst:

Artikel 2

Die geänderte Satzung tritt am 01. Januar 2004 in Kraft.

Dresden, 15. November 2003

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Dr. med. Lutz Liebscher
Schriftführer

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales hat mit Schreiben vom 25. 11. 2003, Az 61-5415.21/4 die Genehmigung erteilt.

Die vorstehende Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer wird hiermit ausgefertigt und wird im Ärzteblatt Sachsen bekannt gemacht.

Dresden, den 3. Dezember 2003 Der Präsident
Prof. Dr. Jan Schulze

**„Anlage zu § 2 Abs. 5 der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer
(gültig für das Beitragsjahr 2004)**

Tabelle über Kammerbeiträge
Mindestbeitrag 15,00 EUR

Beitragsstufe	Einkünfte pro Jahr in EUR		Jahresbeitrag in EUR
	über	bis	
1		5.000,00	15,00
2	5.000,00	10.000,00	40,00
3	10.000,00	15.000,00	70,00
4	15.000,00	20.000,00	105,00
5	20.000,00	25.000,00	140,00
6	25.000,00	30.000,00	175,00
7	30.000,00	35.000,00	205,00
8	35.000,00	40.000,00	240,00
9	40.000,00	45.000,00	270,00
10	45.000,00	50.000,00	300,00
11	50.000,00	55.000,00	330,00
12	55.000,00	60.000,00	360,00
13	60.000,00	65.000,00	390,00
14	65.000,00	70.000,00	420,00
15	70.000,00	75.000,00	450,00
16	75.000,00	80.000,00	480,00
17	80.000,00	85.000,00	510,00
18	85.000,00	90.000,00	540,00
19	90.000,00	95.000,00	570,00
20	95.000,00	100.000,00	600,00
21	100.000,00	105.000,00	630,00
22	105.000,00	110.000,00	660,00
23	110.000,00	115.000,00	690,00
24	115.000,00	120.000,00	720,00
25	120.000,00	125.000,00	750,00
26	125.000,00	130.000,00	780,00
27	130.000,00	135.000,00	810,00
28	135.000,00	140.000,00	840,00
29	140.000,00	145.000,00	870,00
30	145.000,00	150.000,00	900,00

über 150.000,00

0,60% bis zu Einkünften von 416.666,66 EUR

= Kammerbeitrag

= Beitrag maximal 2.500,00 EUR“

Satzung

zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Vom 3. Dezember 2003

Aufgrund des § 14 Abs. 3 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes (SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), zuletzt geändert mit Artikel 17 des Gesetzes vom 28. Juni 2001 (SächsGVBl. S. 426, 428) hat die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer am 15. November 2003 die folgende Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer beschlossen:

Artikel 1

Die Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Gebührenordnung – GebO) vom 15. März 1994 (genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie vom 14.03.1994, Az.: 52/8870-1-000/10/94, veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 4/1994, Seite 270), zuletzt geändert mit Satzung vom 26. Juni 2002 (genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Az.: 61-5415.21/5, veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 7/2002, S. 340) wird wie folgt geändert:

1. Im § 1 Abs. 1 wird als Satz 2 eingefügt:

„Für Amtshandlungen, die nicht in der Gebührenordnung enthalten sind, wird eine Gebühr erhoben, die nach in der Gebührenordnung bewerteten vergleichbaren Amtshandlungen zu bemessen ist.“

2. Nr. 7 der Anlage zu der Gebührenordnung wird wie folgt neu gefasst:

„7. „Ärztliche Stellen“ nach Röntgenverordnung und nach Strahlenschutzverordnung

7.1. Röntgenverordnung

7.1.1. Prüfung zur Qualitätssicherung der Anwendung von Röntgenstrahlen am Menschen durch die „Ärztliche Stelle“ gemäß § 17 a Röntgenverordnung vom 18. Juni 2002 in der jeweils geltenden Fassung

Gebühr je Röntgenstrahler 225,00 EUR bis 450,00 EUR

7.1.2. Prüfung zur Qualitätssicherung der Anwendung von Röntgenstrahlen am Menschen durch die „Ärztliche Stelle“

gemäß § 17 a Röntgenverordnung vom 18. Juni 2002
Gebühr je Röntgenstrahler 225,00 EUR

7.2. Prüfung zur Qualitätssicherung der medizinischen Strahlenanwendung am Menschen durch die „Ärztliche Stelle“ gemäß § 83 Abs. 1 bis 4 in Verbindung mit § 86 und § 87 Abs. 7 der Strahlenschutzverordnung vom 20. Juli 2001

7.2.1. Nuklearmedizin

– Gebühr je Nuklearkamera 250,00 EUR

– Zuschlag für erhöhten

Prüfaufwand bei Therapie 800,00 EUR

7.2.2. Strahlentherapie

– Gebühr für Prüfung pro Einrichtung vor Ort (bis zu drei Anlagen) 2.000,00 EUR

– Zuschlag für jede weitere Anlage 250,00 EUR“

Artikel 2

Die geänderte Satzung tritt am 1. Januar 2004 in Kraft mit Ausnahme von Artikel 1 Nr. 7.1.2., der rückwirkend zum 1. Juli 2002 in Kraft tritt und am 31. Dezember 2003 außer Kraft tritt.

Dresden, 15. November 2003

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Dr. med. Lutz Liebscher
Schriftführer

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales hat mit Schreiben vom 25. 11. 2003, Az 61-5415.21/5 die Genehmigung erteilt.

Die vorstehende Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer wird hiermit ausgefertigt und wird im Ärzteblatt Sachsen bekannt gemacht.

Dresden, den 3. Dezember 2003 Der Präsident
Prof. Dr. Jan Schulze

Zwischen Hörsaal und Luftalarm – Ärztliche Ausbildung und Tätigkeit in der Zeit von 1939 bis 1949



Im Dezember erscheint das Buch „Erlebnisse – Sächsische Ärzte in der Zeit von 1939 bis 1949“. Dieser erste von der Sächsischen Landesärztekammer herausgegebene Band enthält Zeitzeugenaussagen und eine Reihe zeitgenössischer Dokumente und Fotos von Ärzten, welche damals in Sachsen studiert oder gearbeitet haben. Neben der dramatischen Darstellung der medizinischen Versorgungslage, die durch einen eklatanten Mangel an Personal und Medikamenten gekennzeichnet war, finden sich auch persönliche Schicksale sowie Berichte über die Situation an den sächsischen Universitäten.

Dieses Buch zeigt auf anschauliche Weise, wie an unterschiedlichen Orten mit den Problemen der Zeit umgegangen wurde. Viele der erwähnten Personen und Einrichtungen sind der älteren Ärztegeneration bekannt. Aber auch jungen Lesern oder solchen ohne medizini-

schen Hintergrund bietet diese Lektüre einen interessanten und aufschlussreichen Einblick in die schwierigen Verhältnisse dieser Zeit. Auf Anregung des Seniorenausschusses wurden alle sächsischen Ärzte, die in der ersten Hälfte der zwanziger Jahre geboren wurden, gebeten, ihre Erlebnisse aus der Zeit während und nach dem Zweiten Weltkrieg niederzuschreiben. Das Ergebnis finden Sie in diesem etwa 200 Seiten umfassenden Sammelband, in dem 23 Autoren die gesellschaftlichen und politischen Umstände und Bedingungen ihrer medizinischen Ausbildung und Tätigkeit beschreiben.

Das Buch wurde von der Sächsischen Landesärztekammer herausgegeben und ist gegen eine Schutzgebühr von 8 EUR unter der Nummer 0351 8267351 zu bestellen.

kö

Konzerte und Ausstellungen

Konzerte

Sonntag, 11. Januar 2004,
11.00 Uhr

Junge Matinee

Streicher-Kammermusik

Ausführende sind Schülerinnen und Schüler des Carl-Maria-von-Weber-Gymnasiums, der Sächsischen Spezialschule für Musik Dresden in Vorbereitung auf den Wettbewerb „Jugend musiziert“

Sonntag, 1. Februar 2004,
11.00 Uhr

Junge Matinee

Lieder der Romantik und Opernarien

von Tschaikowski, Rachmaninow u.a.
Ausführende:
Studenten der Fachrichtung Gesang
Am Klavier:

Tatjana Khomich, Musiktheaterkorrepetition
(Klasse Prof. Karl Heinz Knobloch)
Hochschule für Musik
„Carl Maria von Weber“ Dresden

Programmänderungen bleiben vorbehalten.
Alle Mitglieder sind mit ihren angehörigen und
Freunden sehr herzlich eingeladen.

Ausstellungen

Foyer der
Sächsischen Landesärztekammer

Daniel Klawitter

Nächtlicher Garten –
Zeichnungen und Malerei
bis 12. Januar 2004

Horst Weber (1932 – 1999)

Malerei – Zeichnungen
Gedenkausstellung

14. Januar bis 14. März 2004

Vernissage

Donnerstag, 15. Januar 2004, 19.30 Uhr

3. und 4. Obergeschoss der
Sächsischen Landesärztekammer

Prof. em. Dr. med. habil. Herbert Edel

zum 90. Geburtstag des Arztes und Malers

14. Januar bis 14. März 2004

Midisage

Donnerstag, 19. Februar 2004, 19.30 Uhr

Foyer der
Sächsischen Ärzteversorgung

Jochen Fiedler

Landschaften – Pastelle und Ölbilder
bis 8. Januar 2004

Mitteilungen der Bezirksstellen Chemnitz und Leipzig

Die Bezirksstellen Chemnitz und Leipzig sind wegen Urlaub in der Zeit vom 22. 12. 2003 bis 2. 1. 2004 nicht besetzt.

In dringenden Angelegenheiten wenden Sie sich bitte an die Hauptgeschäftsstelle in Dresden, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, Telefon: 0351 82670.

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

Zwickau-Stadt

Facharzt für Innere Medizin
Fachärztlicher Versorgungsbereich
Reg.-Nr. 03/C066

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 23. 12. 2003 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789406 oder 2789403 zu richten.

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Radiologie
Reg.-Nr. 03/C067

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 7. 1. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789406 oder 2789403 zu richten.

■ Bezirksstelle Dresden

Sächsische Schweiz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 03/D075

Landkreis Meißen

Facharzt für Chirurgie
(Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)
Reg.-Nr. 03/D076

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 9. 1. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 8828330 zu richten.

■ Bezirksstelle Leipzig

Leipzig-Stadt

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Reg.-Nr. 03/L035

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 9. 1. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Telefon-Nr. 0341 2432153 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 Chemnitz

Chemnitz-Stadt

2 Fachärzte für Allgemeinmedizin*)
(Gemeinschaftspraxis)
geplante Praxisabgabe: Ende 2004

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 1164, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789406 oder 403.

■ Bezirksstelle Leipzig

Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: 2004
Facharzt für Innere Medizin*)
Hausärztlicher Versorgungsbereich
geplante Praxisabgabe: ab April 2004

Leipziger Land

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: April 2004

Torgau-Oschatz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: April 2004

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. (03 41) 24 32 153.

KVS Landesgeschäftsstelle

Ärzteblatt Sachsen

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

Herausgeber:

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

Redaktionskollegium:

Prof. Dr. Jan Schulze
Prof. Dr. Winfried Klug (V.i.S.P.)
Dr. Günter Bartsch
Prof. Dr. Siegwart Bigl
Prof. Dr. Heinz Dietrich
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 0351 8267-351
Telefax 0351 8267-352

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Käthe-Kollwitz-Straße 60, 04109 Leipzig
Telefon 0341 22555-0
Telefax: 0341 22555-25
Internet: www.leipziger-verlagsanstalt.de
E-Mail: info@leipziger-verlagsanstalt.de

Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigenleitung: Kristin Böttger
Anzeigendisposition: Melanie Bölsdorff
Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste Nr. 6 vom 1.1.2003 gültig.
Druck: Druckhaus Dresden GmbH,
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Titelgestaltung: Hans Wiesenhütter, Dresden

Zuschriften redaktioneller Art bitten wir, nur an die Redaktion, Postanschrift: Postfach 10 04 65, 01074 Dresden, zu richten. Für drucktechnische Fehler kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt, Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers und Verlages statthaft. Mit Namen oder Signum des Verfassers gezeichnete Artikel entsprechen nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte übernehmen Redaktion und Verlag keine Haftung. Es werden nur unveröffentlichte Manuskripte angenommen. Mit der Annahme von Originalbeiträgen zur Veröffentlichung erwerben Herausgeber und Verlag das uneingeschränkte Verfügungsrecht. Die Redaktion behält sich Änderungen redaktioneller Art vor.

Bezugspreise/Abonnementpreise
Inland: jährlich 89,00 € incl. Versandkosten
Einzelheft: 7,40 € zzgl. Versandkosten 2,00 €

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

Die Leipziger Verlagsanstalt ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranlyse Medizinischer Zeitschriften e.V.

ISSN: 0938-8478

Ruth H. Strasser

Schwangerschaft und Herz

TU Dresden
Medizinische Fakultät
Medizinische Klinik II/Kardiologie
Herzzentrum

Einleitung

Kardiale Erkrankungen bei Schwangerschaft lassen sich grundsätzlich in drei verschiedene Gruppen einteilen (Abbildung 1):



Abbildung 1

Die vorliegende Arbeit basiert auf einem Kurzreferat während der Dresdner Herz- und Kreislaufwoche und möchte lediglich auf die potentiellen Probleme hinweisen. Es würde den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen, für jede Detailsituation von Mutter und Kind eine spezifische Therapieempfehlung zu geben. Hier sollte zwingend die Zusammenarbeit zwischen einem spezialisierten Herzzentrum und einem gynäkologischen Zentrum angestrebt werden.

Im Rahmen einer großen prospektiven, multizentrischen Studie konnte erstmals im Jahre 2001 anhand von 562 Patientinnen mit 599 Schwangerschaften gezeigt werden, dass 13 % der Schwangerschaften durch ein Lungenödem, Auftreten von Arrhythmien, Hirnschlag oder kardialen Tod kompliziert sind. Aber auch 20 % der Fälle sind durch kindliche Komplikationen charakterisiert, die sich in erster Linie durch Frühgeburten, Wachstumshemmung, Tod in 2 % der Fälle oder angeborene Herzfehler manifestieren (Abbildung 2). Als Prädiktoren des mütterlichen Risikos können

- ein vorangegangenes kardiales Ereignis
- vorangegangene Rhythmusstörungen sowie
- insbesondere eine eingeschränkte linksventrikuläre Funktion
- die mütterliche Zyanose oder
- eine Obstruktion des linksventrikulären Ausflusstraktes

gewertet werden (Abbildung 3).

Als Prädiktoren des kindlichen Risikos zeigte sich eine mütterliche Zyanose. Auch hier spielt die Einschränkung der linksventrikulären Funktion und die Obstruktion des linksventrikulären Ausflusstraktes eine entscheidende

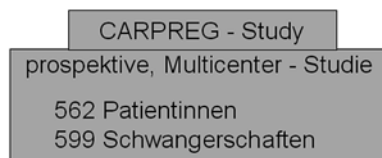
Rolle. Aber auch eine Antikoagulation der Mutter während der Schwangerschaft stellt ein erhöhtes Risiko für Mutter und Kind dar.

Physiologische Veränderungen während der Schwangerschaft

Physiologischerweise kommt es während der Schwangerschaft zu deutlichen hämodynamischen Veränderungen bei der Mutter, die an einer Steigerung des Herzzeitvolumens bis zu 50 % bereits in der sechsten Schwangerschaftswoche manifest sind. In dieser Zeit kommt es auch zu einer Steigerung bis zu 30 % des Schlagvolumens, begleitet von einer bis zu 20 %igen Steigerung der Herzfrequenz, so dass eine Sinustachykardie zwischen 100 bis 110 durch-

geführten Veränderungen bei der Mutter, die an einer Steigerung des Herzzeitvolumens bis zu 50 % bereits in der sechsten Schwangerschaftswoche manifest sind. In dieser Zeit kommt es auch zu einer Steigerung bis zu 30 % des Schlagvolumens, begleitet von einer bis zu 20 %igen Steigerung der Herzfrequenz, so dass eine Sinustachykardie zwischen 100 bis 110 durch-

Schwangerschaft bei Frauen mit Herzkrankungen



13 % der Schwangerschaften kompliziert durch

- Lungenödem
- Arrhythmien
- Hirnschlag
- kardialer Tod

20 % kindliche Komplikationen

- Frühgeburt, Wachstumshemmung
- Tod (2 %)
- angeborene Herzfehler (7 %)

Circulation 2001; 104: 515-521

Abbildung 2

CARPREG - Study

Prädiktoren des mütterlichen Risikos:

- vorangegangenes kardiales Ereignis
- Rhythmusstörung
- eingeschränkte LV-Funktion
- Zyanose
- Obstruktion der LV-Ausflussbahn

Prädiktoren des kindlichen Risikos:

- Zyanose
- eingeschränkte LV-Funktion
- Obstruktion des linksventrikulären Ausflusstraktes
- Antikoagulation
- Rauchen
- Multipara

Circulation 2001; 104:515-521

Abbildung 3

aus als physiologisch während der Schwangerschaft angesehen werden kann. Bezüglich der kardialen und kardiologischen Diagnostik (Abbildung 4) in der Schwangerschaft gibt es einige Besonderheiten, die beachtet werden sollten. So zeigt sich im EKG in der Regel eine Achsendrehung nach links mit unspezifischen ST-Streckensenkungen und T-Wellen-Veränderungen, die keinen eigenen pathognomonischen Wert darstellen. Im Rahmen der Echokardiographie zeigt sich eine geringe

Zunahme der Größe aller Herzhöhlen, sowie die bereits erwähnte Steigerung der linksventrikulären Ejektionsfraktion unter physiologischen Bedingungen. In der Regel wird ein funktioneller Reflux über der Mitral-, Tricuspidal- und insbesondere über der Pulmonalklappe beobachtet, die keinen pathologischen Befund darstellen. Auch kann häufig ein geringer, hämodynamisch nicht relevanter Perikarderguss während der Schwangerschaft gesehen werden. Zu beachten ist, dass grund-

sätzlich Belastungstests bis 70 % der maximalen Belastung in der Schwangerschaft durchführbar sind, es allerdings keine systematischen Sicherheitsdaten vorliegen. Wünschenswert ist eine Überwachung des Kindes unter besonderer Berücksichtigung der kindlichen Bradykardie in der Nachbelastungsphase.

Kardiologische Diagnostik in der Schwangerschaft

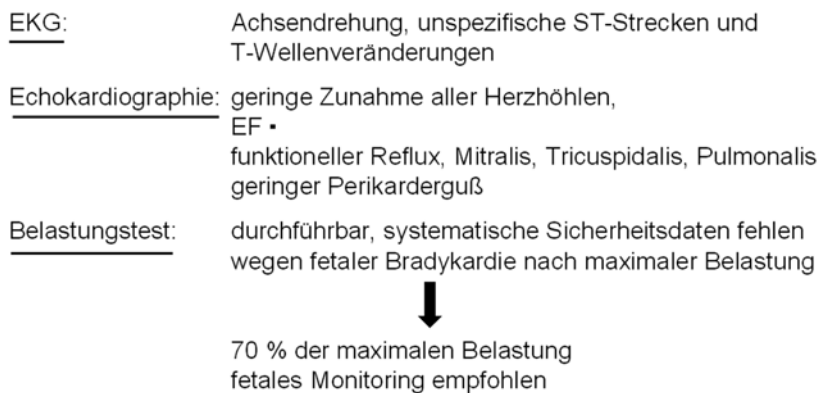


Abbildung 4

Angeborene Vitien und Schwangerschaft

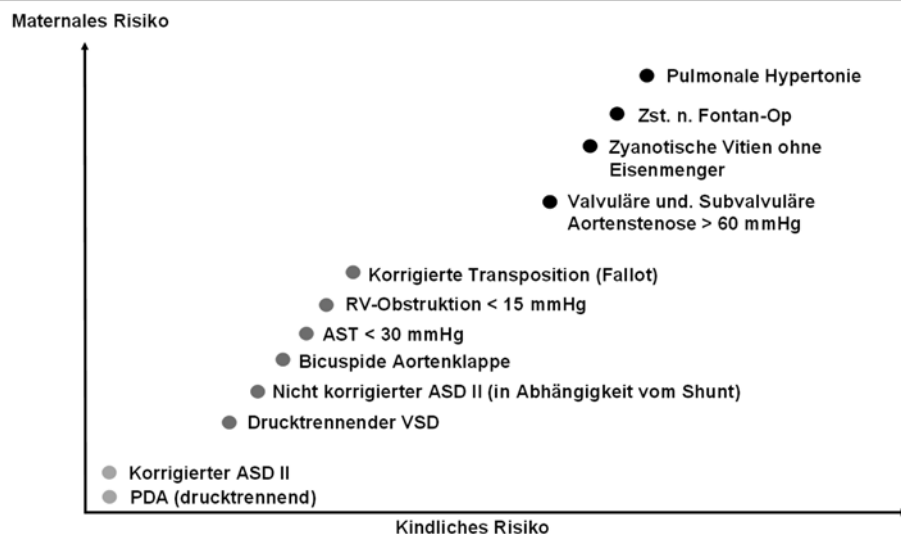


Abbildung 5

Klappenvitien und Antikoagulation in der Schwangerschaft

Zu den wichtigen vorbestehenden Herzerkrankungen die in der Schwangerschaft besonderer Beachtung bedürfen, gehören schwerwiegende Klappenvitien und Zustand nach operierten Klappenvitien. Hier stellt die Antikoagulation einen wesentlichen Risikofaktor insbesondere für das Kind dar. Groß angelegte Studien zur optimalen Antikoagulation fehlen, sodass lediglich die Perspektive der derzeit erfolgreich durchgeführten Praxis gegeben werden kann. Dabei bleibt das Thrombose- und Thrombembolierisiko einerseits, das Blutungsrisiko und teratogene Risiko andererseits, bestehen. Patientinnen mit mechanischen Herzklappen, die einer permanenten oralen Antikoagulation bedürfen, sollten vor einer möglichen Konzeption beraten werden, da Warfarinabkömmlinge als plazentagängige Substanzen in der Frühphase der Schwangerschaft teratogene Wirkung aufweisen. Diese teratogene Wirkung ist mit Embryopathien in ca. 5 % der Fälle in Abhängigkeit der verwendeten Dosis in der 6. bis 12. Gestationswoche besonders hoch, weshalb es angeraten ist, diese Problematik mit den Patientinnen mit mechanischen Herzklappen vor der Konzeption zu besprechen und im Falle des Kinderwunsches bereits in der Frühphase der Schwangerschaft eine Umstellung auf niedermolekulare Heparine vorzunehmen. Hierbei ist allerdings ein erhöhtes Klappenthromboserisiko sorgfältig abzuwägen. Dringend ist eine kardiologische Betreuung angeraten. Nach der 12. Schwangerschaftswoche bis zur 36. Schwangerschaftswoche kann in niedriger Dosierung auf eine orale Antikoagulation mit Warfarin bzw. Coumarinabkömmling unterhalb der Dosierung unter 5 mg umgestellt werden, da das teratogene Risiko in dieser Zeit sehr gering ist. Peripartal sollte dann erneut eine Umstellung auf Heparine, sei es niedermolekulares, sei es zur besseren Therapiekontrolle unfractioniertes Heparin, umgestellt werden. Auch hier sollte ein spezialisiertes Zentrum zu Rate gezogen werden und eine enge Zusammenar-

beit zwischen Gynäkologie und Kardiologie erfolgen. Zwischenzeitlich liegen auch einzelne Fallberichte vor, die anraten, durchgehend eine Antikoagulation mit niedermolekularem Heparin während der gesamten Schwangerschaft durchzuführen. Dies setzt allerdings eine hohe Compliance der Patienten voraus und ist für Klappenvitien bisher nicht zugelassen. Die Gefahr von Klappenthrombosen ist nicht zu unterschätzen. Kritisch bemerkt werden muss dazu auch, dass bisher keine systematischen Sicherheitsuntersuchungen zu dieser Art der Therapie vorliegen und nur kleinere Studien mit dieser Thematik bisher publiziert wurden.

Als weitere große Gruppe der vorbestehenden Herzerkrankungen in der Schwangerschaft sind die angeborenen Vitien der Mutter zu nennen. Durch die verbesserte Diagnostik und chirurgische Therapie erreichen etwa 90 % der Kinder mit angeborenen Vitien heute das Erwachsenenalter. So werden derzeit ca. 6.000 schwangere Herzpatientinnen mit angeborenen Vitien in Deutschland beobachtet, das heißt jede 133. Schwangerschaft wird von einer Patientin mit angeborenem kardialen Vitium ausgetragen. Entscheidend für die Führung ist das Kurz- und Langzeitrisiko für die Mutter, das fetale Risiko und das Wiederholungsrisiko eines angeborenen Herzvitiums für das Kind. Eine vitale Gefährdung für die Mutter stellen alle Vitien mit manifester Eisenmengerreaktion und mit einer primären oder sekundären pulmonalen Hypertonie dar. Hierzu zählen auch alle größeren, nicht korrigierten Shuntvitien. Ein ausgeprägtes vitales Risiko stellt das Vorliegen eines Marfan-Syndroms oder ein angeborenes Vitium mit einer linksventrikulären Ausflussbahnobstruktion dar. Nach bisheriger Datenlage ist eine Eisenmengerreaktion eine absolute Kontraindikation gegen eine Schwangerschaft. In der Abbildung 5 ist eine orientierende Zusammenstellung der wichtigsten angeborenen Vitien und des daraus resultierenden maternalen Risikos bei Auftreten einer Schwangerschaft zusammengestellt. Die Häufigkeit der Spontanaborte ist streng korreliert vom Grad der Zyanose der Mutter und der Hypoxämie abhängig. Hier kann die sogenannte **80 % Regel** angewendet werden. Diese besagt, dass eine O₂-Sättigung in Ruhe bei der Mutter unter 80 %, einer Abortrate von über 80 % entsprechen dürfte. Wichtig in der Beratung der Patientinnen mit angeborenen Vitien ist die Möglichkeit eines

Wiederholungsrisikos für einen angeborenen Herzfehler von ca. 4 %. Eine gemeinsame Betreuung dieser Patientinnen durch einen Gynäkologen und ein Herzzentrum ist unbedingt angeraten. Eine besondere Konstellation stellen Patientinnen mit operierten, angeborenen Vitien dar. Die Risikoeinschätzung für eine Schwangerschaft und die Überwachung der Schwangerschaft muss zwingend durch den Kardiologen und den Gynäkologen in enger Kooperation erfolgen. Die eventuell anstehende Frage eines notwendigen Schwangerschaftsabbruches muss auf alle Fälle individuell getroffen werden und sollte im interdisziplinären Konsens zwischen Patientin, Kardiologe, Gynäkologe und anderen betreuenden Ärzten erfolgen.

Kardiovaskuläre Erkrankungen durch die Schwangerschaft

Als wichtigste kardiovaskuläre Erkrankungen, die durch eine Schwangerschaft ausgelöst werden können seien genannt:

1. Präeklampsie
2. Peripartale Kardiomyopathie
3. Supraventrikuläre und ventrikuläre Rhythmusstörungen begünstigt durch begleitende Elektrolytenstörungen
4. Thrombembolische Erkrankungen.

Die peripartale Kardiomyopathie tritt in etwa 1:2.500 Geburten auf, wird allerdings häufig übersehen, da unspezifische Symptome wie Dyspnoe eher als Begleitsyndrom einer hochschwangeren Frau der Schwangerschaftssymptomatik als solche zugeordnet wird. Be-

merkenswert ist, dass die peripartale Kardiomyopathie in 80 % eine vollständige oder teilweise Rückbildung erfährt, während in 20 % der Fälle die Patientinnen versterben bzw. nur mit der Durchführung einer Herztransplantation überleben. Wichtig ist die Beobachtung, dass auch bei vollständiger Restitutio ad integrum eine peripartale Kardiomyopathie ein deutliches erhöhtes Wiederholungsrisiko in einer erneuten Schwangerschaft hat. Darauf sollte die betroffene Patientin aufmerksam gemacht werden und die Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung auf die kardiologische Diagnostik ausgedehnt werden.

Die häufigsten Rhythmusstörungen in der Schwangerschaft sind supraventrikuläre Rhythmusstörungen, einschließlich biventrikuläre Tachykardien. Da Antiarrhythmika potentiell teratogen sind, sollte nach Rücksprache mit dem Kardiologen die antiarrhythmische Therapie sparsam und nur bei vitaler oder hämodynamischer Bedrohung Verwendung finden. Betablocker oder Kalziumantagonisten fanden bisher die weiteste Anwendung in der Schwangerschaft.

Literatur beim Verfasser

Kontaktadresse:

Prof. Dr. med. R. H. Strasser, F.E.S.C
Medizinische Klinik II/Kardiologie
Technische Universität Dresden
Herzzentrum
Fetscherstr. 76, 01307 Dresden
Tel: 0351 450-1701
Fax: 0351 450-1702

E-Mail: Ruth.Strasser@mailbox.tu-dresden.de

Prof. Dr. med. habil. Reinhard Ludewig zum 80. Geburtstag



Am 4. Oktober 2003 beging Reinhard Ludewig seinen 80. Geburtstag, verbunden mit einem wissenschaftlichen Symposium und Festakt am Institut für Klinische Pharmakologie der Universität Leipzig. Eine Vielzahl von Gästen aus dem In- und Ausland, Wegbegleitern des beruflichen Wirkens und persönlichen Freunden war der Einladung gefolgt.

Geboren in Dresden, wohlbehütet aufgewachsen in einer gutbürgerlichen Familie, musste der junge Abiturient Jahre des Frontkrieges und der Gefangenschaft erfahren. In der frühen Nachkriegszeit galt seine ganze Kraft dem Wiederaufbau seiner schwer zerstörten Geburtsstadt. Nach Absolvierung eines 6-jährigen Medizinstudiums in Wien und Erlangung des Doktorgrades kehrte er 1953 erneut in seine Heimatstadt zurück und war hier als praktischer Arzt und parallel hierzu in einem endokrinologisch orientierten Labor des Arzneimittelwerkes Dresden unter Leitung von Prof. Thren tätig.

Entscheidend in der beruflichen Entwicklung von Reinhard Ludewig war sein Wechsel von der Abteilung von Prof. Thren an das von Fritz Hausschild geleitete Pharmakologische Institut der Leipziger Universität im Jahre 1956. Es folgten Jahre sehr erfolgreichen beruflichen Schaffens. Seine ersten wissenschaftlichen Publikationen waren auf die Beschreibung der Wirkqualitäten des aus Wasserstoffperoxid freigesetzten Superoxidradikals ge-

richtet, eine Thematik, die über eine Reihe von Jahren inhaltlicher Schwerpunkt seiner Forschungstätigkeit blieb und schließlich 1963 zum Habilitsthema reifte. Höhepunkt und sichtbarer Erfolg dieser Arbeiten war die Entwicklung der auf Peroxidbasis beruhenden Präparate Oxyderm®, Elawox® und Gingivox®, die Aufnahme in das Arzneimittelsortiment der damaligen DDR fanden.

Die Etablierung und frühe Entwicklung des Fachgebietes der Klinischen Pharmakologie an der Universität Leipzig ist untrennbar mit dem Wirken von Reinhard Ludewig verbunden. In Aus- und Weiterbildung von Studenten und Ärzten erkannte der junge Ludewig frühzeitig die Lücke zwischen pharmakotherapeutischen Lehrinhalten der tierexperimentell orientierten klassischen Pharmakologie und jenen klinischer Disziplinen und half sie erfolgreich zu schließen. Erste von ihm gehaltene fakultative Vorlesungen zu arzneimitteltherapeutischen Fragestellungen im Jahre 1957 wurden von der studentischen Zuhörerschaft begeistert aufgenommen. Die kontinuierliche und erfolgreiche Zuwendung zu klinisch-pharmakologischen Lehr- und Forschungsinhalten hatten folgerichtig personell und strukturell seine Berufung zum Dozenten und ordentlichen Professor in den Jahren 1977 bzw. 1979 und die Etablierung einer selbständigen Abteilung bzw. des Instituts für Klinische Pharmakologie unter seiner Leitung in den Jahren 1982 bzw. 1984 an der Medizinischen Fakultät der Leipziger Universität zur Folge.

Mit Hingabe widmete sich Herr Ludewig der kontinuierlichen arzneimitteltherapeutischen Weiterbildung von Ärzten und Apothekern. Im besonderen erwähnt seien hierbei die allmonatliche Herausgabe der „Pharmakotherapeutischen Arztinformationen“ in der „Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung“ bzw. in „Medizin aktuell“ der Jahre 1976 – 1989, die Wahrnehmung des Vorsitzes der lokalen Bezirkstherapiekommission und die Herausgabe mehrerer kurzgefasster Fachbücher zum wissenschaftlich fundierten Einsatz von Arzneimitteln. Eine Vielzahl von Diplomanden und Doktoranden fand hierbei ihr wissenschaftliches Betätigungsfeld.

Gleichsam zum Inbegriff des Ludewigschen beruflichen Schaffens muss sein über Jahrzehnte währendes Engagement auf dem Gebiet der Klinischen Toxikologie gezählt wer-

den. Neben seinen Verdiensten in der Etablierung und Entwicklung eines weit über die Grenzen Sachsens hinaus bekannten und geschätzten Toxikologischen Beratungs- und Auskunftsdienstes seit Anbeginn der 60er Jahre am Leipziger Pharmakologischen Institut muss vor allem die Herausgabe des von ihm gemeinsam mit Prof. Lohs verfassten Ratgebers „Akute Vergiftungen“ Erwähnung finden. Dieser Ratgeber, u. a. auch vertrieben in mehreren osteuropäischen und asiatischen Ländern, ist in ununterbrochener Folge seit seiner Erstauflage im Jahre 1966 in 9. und vorerst letzter Auflage im Umfang von über 800 Seiten in der Wissenschaftlichen Verlagsgesellschaft Stuttgart im Jahre 1999 erschienen.

Wer Herrn Ludewig in seiner Vitalität und geistigen Frische kennt, den wird es kaum verwundern, dass nach seiner Emeritierung im Jahre 1989 seine medizinisch-wissenschaftliche und publizistische Tätigkeit nicht erlosch, sondern sich im Gegenteil, befreit von der Wahrnehmung der vielfältigen Aufgaben eines Hochschullehrers und Institutsdirektors, neuen und vielseitig reflektierten Themengebieten zuwandte. Zu einem Lieblingskind seiner wissenschaftlichen Betätigung in dieser Nachfolgezeit ist zweifelsfrei die medizinische Graphologie und Hermeneutik geworden, die zur Gründung des Lehrauftrages „Medizinische Graphologie und Schriftpsychologie“ an der Universität Leipzig führte und sich unter der (studentischen) Zuhörerschaft bis gegenwärtig lebhaften Interesses erfreut.

Seine medizinisch-geschichtlichen Beiträge zu Bach, Mozart und Beethoven, so seine Bachmonographie, seine Publikationsschrift zum „Meinungsstreit über die Ursache des Todes von Mozart“ und seine Publikationsserie „Beethoven und das Gift im Wein“ erfreuen sich weltweiten Interesses und führen zu erbetenen Lesungen in zahlreichen Ländern.

Ich wünsche dem Jubilar, auch im Namen seiner wissenschaftlichen Schüler und Wegbegleiter und im Namen von Freunden und Angehörigen auf seinem weiteren Lebensweg alles erdenklich Gute. Mögen ihm sein Humor, seine geistige Frische und Begeisterungsfähigkeit, seine gute körperliche Physis und seine berufliche Interessiertheit für viele weitere Jahre begleiten.

Prof. Dr. Rainer Preiss, Leipzig

Dr. med. Wolf-Dietrich Kahleyss zum 80. Geburtstag



Am 15.11.1923 wurde Wolf-Dietrich Kahleyss in Dessau geboren.

Dort ging seine Schulzeit nahtlos in den Kriegsdienst über. 1946 begann er – gern der Familientradition folgend – das Medizinstudium in Halle. Nach Staatsexamen und Promotion in Jena sowie internistischen Assistentenjahren in Dessau wandte er sich 1956 der Pädiatrie zu und begann die Ausbildung an der Medizinischen Akademie Magdeburg. Bereits 1960 war er als Oberarzt in den akademischen Lehrbetrieb integriert. 1964 entschloss er sich, die Chefarztstelle in der Kinderklinik des Kreiskrankenhauses Meißen anzunehmen, die er bis November 1988 inne hatte.

In diesen Jahren bildete Dr. Kahleyss zahlreiche junge Ärzte zu Fachärzten aus. Vorbildlich waren dabei seine vorbehaltlose Zuwendung zu jedem einzelnen Patienten, die Gründlichkeit, mit der alle Belange des jeweiligen Krankheitsbildes und des sozialen Umfeldes beachtet wurden und die Beharrlichkeit, mit der Schwierigkeiten ausgeräumt wurden, sei es das Herankommen an schwer zugängliche Literatur, rare Medikamente oder seien es Probleme der Weiterbetreuung des Patienten. Sein konsequentes „Für-alle-dasein“ schloss das gesamte Klinikpersonal ein und bewirkte ein ideales Betriebsklima. Ambulanten Kollegen stand er jederzeit als Ratgeber zur Verfügung. Schwierige Patienten betreute er selbst auch ambulant. Seine Sprechstunde für Kinder mit Diabetes mellitus, chronische Nierenerkrankungen und seine Neugeborenen-Mütterberatung führte er fort, bis Ende 1991 die Auflösung der Polikliniken seinem ärztlichen Wirken die Grundlage entzog.

Neben der Leitung der Kinderklinik mit damals 116 gut ausgelasteten Betten setzte sich Dr. Kahleyss als Kreispädiater mit der gleichen Intensität auch für die mannigfaltigen Probleme der Kinderkrippen und für die Mütterberatungen im Kreis Meißen ein und erreichte bald, dass die Mütterberatungen ausschließlich von Kinderärzten durchgeführt wurden. Wer die damaligen Umstände kennt, weiß, wie zäh um jede kleine Veränderung gerungen werden musste und wie schwierig es sein konnte, Verbesserungen zu erreichen (zum Beispiel einen Bürgermeister, dem andere Räume nicht zur Verfügung standen, da-

von zu überzeugen, dass die Kinderkrippe nicht direkt über den Kuhstall gehört). Als Mitglied der Facharztprüfungskommission wird Dr. Kahleyss manchem Kandidaten wegen seiner abschließenden medizinhistorischen Frage in Erinnerung geblieben sein. Sein Entschluss, die Klinikleitung mit dem Erreichen der Altersgrenze abzugeben, entsprang letztlich dem Bedürfnis, dem politischen Druck auszuweichen und die dadurch bedingten Aspekte der Leitungstätigkeit ad acta legen zu können.

Der Kontakt zur Klinik riss nie ab. Seine ehemaligen Mitarbeiter denken gern an ihre Arbeit unter diesem Chef zurück, der sie durch sein Beispiel prägte, niemandem etwas abzuverlangen, was er nicht selbst zu tun bereit war, der neben der ernsthaften klinischen Arbeit Besuche von Kunstausstellungen organisierte, unvergessliche Klinikfeste und -ausflüge anregte und mitgestaltete, Anregungen für die Allgemeinbildung gab und keine Frage – ob medizinisch oder allgemein – unbeantwortet lassen wollte.

Zum Geburtstag wünschen ihm seine früheren Mitarbeiter, dass ihm seine bewundernswert gute Kondition noch viele Jahre erhalten bleiben möge, dass es ihm noch lange gelingt, die Welt, ob fern oder nah, nach bisher Unentdecktem abzusuchen und dass ihm – gemeinsam mit seiner Frau und seinen Kindern – noch recht lange vergönnt bleibt, die angenehmen Seiten des Lebens aktiv zu genießen.

Jochen Drubig, Meißen

Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl zum 65. Geburtstag

Prof. Dr. Siegwart Bigl wurde am 23. November 1938 in Bernsdorf, Kreis Glauchau, geboren. Er studierte Humanmedizin in Leipzig und Dresden und legte 1962 an der Medizinischen Akademie Carl Gustav Carus das Staatsexamen ab. Im gleichen Jahr promovierte er zum Dr. med.

Nach Pflichtassistenten- und allgemeinärztlicher Tätigkeit trat Dr. Bigl 1964 in das Hygieneinstitut Karl-Marx-Stadt ein, erwarb den

Facharzt für Mikrobiologie und Infektions-epidemiologie und wirkte von 1967 bis 1970 als Leiter der Abteilung Mikrobiologie. 1970 wechselte Dr. Bigl an die Kinderklinik am Ernst-Scheffler-Krankenhaus Aue. Hier schloss er 1973 die Weiterbildung zum Facharzt für Kinderheilkunde erfolgreich ab und war von 1974 bis 1977 als Oberarzt tätig. 1977 kehrte Dr. Bigl an das Bezirks-Hygiene-Institut Karl-Marx-Stadt zurück und prägte als Bereichs-

leiter für Infektionsschutz bis 1990 maßgeblich das anerkannte hohe fachliche Niveau dieses Bereiches. Da sein besonderes Interesse stets infektionsepidemiologischen und immunprophylaktischen Problemen galt, habilitierte sich Dr. Bigl 1985 an der Akademie für Ärztliche Fortbildung mit dem Thema „Studien zur Erprobung und Anwendung der Mumpsimmunprophylaxe in der DDR sowie zur Serodiagnostik und Epidemiologie des



Mumps“ zum Dr. sc. med. und erhielt 1987 die *Facultas docendi* an dieser Einrichtung für die Fächer Infektiologie und Mikrobiologie. Nach der Wende wurde Dr. med. habil. Siegwart Bigl die Funktion des Direktors des oben genannten Institutes übertragen. Mit Gründung der Nachfolgeeinrichtung, der Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen, wurde er am 1. Oktober 1992 zum Vizepräsidenten und Abteilungsdirektor Humanmedizin berufen und

mit der Wahrnehmung der Präsidenschaft für 2 Jahre beauftragt, eine Funktion, die Prof. Dr. Bigl im Zuge der in zweijährigen Abständen zwischen 3 Vizepräsidenten erfolgenden Rotation vom 1. Juni 1997 bis 31. Mai 1999 erneut ausübte. Zwischenzeitlich erwarb er den Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin. 1998 erhielt Prof. Dr. Siegwart Bigl eine außerplanmäßige Professur nach Sächsischem Hochschulgesetz an der Universität Leipzig. Zahlreiche einschlägige Publikationen, viele von ihm betreute wissenschaftliche Arbeiten und Dissertationen, die seit 1993 wahrgenommenen Vorlesungen (Impfkurse für Studenten der Medizin in den klinischen Semestern an der Universität Leipzig), die Tätigkeit als Vorsitzender der Sächsischen Impfkommision (seit 1991) und als Mitglied der Ständigen Impfkommision am Robert Koch-Institut (seit 1999) unterstreichen sein engagiertes Wirken auf immunprophylaktischem Gebiet.

Mit Prof. Dr. Siegwart Bigl schätzen wir einen Arzt und Wissenschaftler, der außer seiner hauptberuflichen Tätigkeit, dem nebenamtlichen Wirken als Pädiater sowie der Mitarbeit in zahlreichen wissenschaftlichen Gremien inner- und außerhalb Sachsens den Belangen der sächsischen Kollegen stets aufgeschlossen gegenübersteht und beispielgebend an Problemlösungen mitarbeitet. Seit 1995 ist Prof. Siegwart Bigl Mandatsträger für die Kammerversammlung der Sächsischen

Landesärztekammer und aktiv im Ausschuss „Prävention und Rehabilitation/Gesundheit und Umwelt“ tätig. 1999 übernahm er den Vorsitz des Ausschusses „Hygiene und Umweltmedizin“. Dabei war und ist Prof. Dr. Bigl unter anderem maßgeblich an der alljährlichen Durchführung des Dresdner Kolloquiums „Umwelt und Gesundheit“ beteiligt. Auch hier und darüber hinaus in seinem Wirken als Vorsitzender der durch seine Initiative gegründeten Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Schutzimpfungen in Sachsen e.V. ist es sein Bestreben, den Gedanken der Prävention als gemeinsames Anliegen von niedergelassenen und im Krankenhaus tätigen Ärzten sowie dem Öffentlichen Gesundheitsdienst zu fördern. Seit November 1999 ist Prof. Dr. Bigl Mitglied des Redaktionskollegiums „Ärztblatt Sachsen“. Seine Mitarbeiter und Kollegen danken Prof. Dr. Siegwart Bigl für Unterstützung und Verständnis und wünschen ihm beste Gesundheit und weiterhin Kraft und Energie für die vielfältigen fachlichen und persönlichen Aufgaben und Interessen, die auch in den kommenden Jahren auf ihn warten.

Dr. med. Dietmar Beier

Der Vorstand und das Redaktionskollegium „Ärztblatt Sachsen“ wünschen Herrn Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl weiterhin beste Gesundheit, Schaffenskraft und Wohlergehen.

Prof. Dr. med. habil. Erich Köstler zum 60. Geburtstag

Herr Köstler wurde am 2. Dezember 1943 in Feldenhof, Kreis Kalisch, geboren. Nach dem Abitur nahm er nach dem medizinischen Vorpraktikum 1963 das Studium der Humanmedizin an der Leipziger Alma mater auf. Die Promotion erfolgte 1969. Im gleichen Jahr nahm Herr Köstler die ärztliche Tätigkeit an der Hautklinik Dresden-Friedrichstadt auf. Frühzeitig entwickelte sich sein dermatochirurgisches und internistisches Interesse. Unter seinen Lehrern sind hier besonders Prof. Knoch (Medizinische Akademie Dresden) und Prof. Beickert (Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt) zu erwähnen.

Trotz dieser Ausflüge in „fremdes Territorium“ blieb die Liebe zur Dermatologie bestehen und dominant. 1974 erhielt Herr Köstler die Facharztanerkennung für Haut- und Geschlechtskrankheiten und 1980 wurde er zum Oberarzt der Klinik ernannt.

Das Interesse an fachübergreifenden Themen spiegelte sich in der Habilitationsschrift „Porphyria cutanea tarda – Untersuchungen zur Ätiologie, Pathogenese und Therapie“ wider, die Herr Köstler 1986 an der Akademie für Ärztliche Fortbildung Berlin erfolgreich verteidigen konnte. Diese Thema zieht sich wie

ein roter Faden durch sein wissenschaftliches Oeuvre.

1990 wurde der Jubilar zum Privatdozenten an der Medizinischen Akademie Carl Gustav Carus, Dresden, ernannt. 2003 erfolgte die Ernennung zum apl. Professor an der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden. Als erster Oberarzt der Hautklinik Dresden-Friedrichstadt ist er über viele Jahre an der studentischen Ausbildung aber auch der Weiterbildung der AiP und Assistenzärzte beteiligt gewesen.

Herr Köstler hat sich kontinuierlich um zertifizierte Fortbildung bemüht und auf diesem



bereit ist, Verantwortung in die eigenen Hände zu nehmen. Davon zeugt auch seine jahrzehntelange ehrenamtliche Tätigkeit als Richter und in den ärztlichen Standesorganisationen Sachsens. Im Kreise der Kollegen wie auch seiner vielen Patienten hat er sich

große Achtung und Dankbarkeit erworben. Ich wünsche dem Jubilar zum 60. Geburtstag Gesundheit, Schaffensfreude und noch viele glückliche Jahre.

Uwe Wollina, Dresden

Wege die Zusatzbezeichnungen für Allergologie, Phlebologie und Akupunktur erworben. Daneben ist er ein ausgezeichnete Operateur mit histopathologischem Hintergrund. Er hat sich ein wissenschaftliches Interesse über die Jahre bewahrt und durch interdisziplinäre Kooperation eine beachtliche Anzahl wichtiger Publikationen in deutschsprachigen und internationalen Journalen in maßgeblicher Autorenschaft veröffentlicht. Einige Schwerpunkte daraus lassen sich wie folgt charakterisieren:

Porphyria cutanea tarda und Hämochromatose, Dermato-Onkologie, Autoimmunität.

Die Palette der Journale umfasst dermatologische, internistische und pathologische Zeitschriften. Zahlreiche Vorträge und Posterbeiträge ergänzen diese Aktivitäten. Hier ist er Vorbild für viele junge Dermatologen, die sich auch außerhalb der universitären Laufbahn die wissenschaftliche Neugier und den Arbeitsstil bewahren.

Herr Köstler ist Mitglied verschiedener Fachgesellschaften wie der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft und der Vereinigung für operative und onkologische Dermatologie. Er hat viele Interessen und ist beleibe kein engstirniger Fachmann: Kunst, Geschichte, Zeitgeschehen beschäftigen ihn. Er ist stets ein kritischer Geist und sein hintergründiger Humor besticht im persönlichen Gespräch. Ich habe Herrn Köstler als stets hilfsbereiten und loyalen Mitarbeiter schätzen gelernt, der

Unsere Jubilare im Januar

Wir gratulieren

60 Jahre						
01. 01.	Dr. med. Franke, Rainer 08412 Königswalde	23. 01.	Dr. med. Grumppmann, Gerhard 09212 Limbach-Oberfrohna	23. 01.	Prof. Dr. med. habil. Kamprad, Friedrich 04157 Leipzig	
02. 01.	Dipl.-Med. Skaletzki, Kristin 01705 Pestertwitz	23. 01.	Dr. med. Landwehr, Christine 01612 Nünchritz	23. 01.	Dr. med. Stief, Ingrid 01324 Dresden	
03. 01.	Priv.-Doz. Dr. med. habil. Koza, Klaus-Dieter 01731 Kautzsch	23. 01.	Schreiter, Waltraud 02625 Bautzen	24. 01.	Dr. med.habil. Kunze, Wolfgang 04821 Brandis	
03. 01.	Dr. med. Starke, Wolf-Rüdiger 04808 Thallwitz	24. 01.	Dipl.-Med. Vogel, Dietmar 08543 Jocketa	24. 01.	Dr. med. Lohmann, Ingeborg 09337 Bernsdorf	
04. 01.	Marschner, Hannelore 02828 Görlitz	25. 01.	Stark, Jochen 08228 Rodewisch	24. 01.	Dr. med. Schultz, Gisela 08451 Crimmitschau	
07. 01.	Dr. med. Clausnitzer, Heidemarie 01257 Dresden	26. 01.	Prof. Dr. med. habil. Kleditzsch, Jürgen 89250 Senden/Aufheim	25. 01.	Dr. med. Börner, Peter 04288 Leipzig	
07. 01.	Dr. med. Tautz, Wilfried 01796 Pirna	26. 01.	Küpferling, Marianne 03050 Cottbus	25. 01.	Dr. med. Esterl, Dioto 08543 Pöhl / OT Jocketa	
08. 01.	Dr. med. Kramer, Kristina 04289 Leipzig	28. 01.	Dr. med. Lange, Wolfram 04600 Altenburg	25. 01.	Dr. med. Fleischer, Eberhard 04416 Markkleeberg	
09. 01.	Dr. med. Ebermann, Christiane 04703 Leisnig	28. 01.	Rosemann, Ulrich 02826 Görlitz	25. 01.	Dr. med. Miedlich, Ursula 04357 Leipzig	
09. 01.	Dr. med. Reiche, Evelyn 01219 Dresden	29. 01.	Prof. Dr. med. habil. Wiese, Manfred 04155 Leipzig	28. 01.	Dr. med. Reinhold, Günther 09350 Rödlitz	
11. 01.	Dr. med. habil. Barth, Volker 08289 Schneeberg	65 Jahre			28. 01.	Dr. med. Seliger, Karlheinz 07973 Greiz
11. 01.	Prof. Dr. med. Gahr, Manfred 01324 Dresden	03. 01.	Dr. med. Ermlich, Gunther 01326 Dresden	29. 01.	Dr. med. Neumann, Holm 18347 Ostseebad Dierhagen	
11. 01.	Dr. med. Hartmann, Helmut 04229 Leipzig	03. 01.	Dr. med. Künzel, Rolf 04227 Leipzig	29. 01.	Parentin, Roswitha 08233 Schreiersgrün	
11. 01.	Dr. med. Lehmann, Hans-Ulrich 01309 Dresden	03. 01.	Dr. med. Müller, Irene 09366 Stollberg	29. 01.	Streller, Barbara 01109 Dresden	
11. 01.	Dr. med. Schmidt, Helmut 02979 Elsterheide	03. 01.	Dr. med. Völz, Brigitte 02826 Görlitz	31. 01.	Dr. med. Kroh, Jürgen 01640 Coswig	
12. 01.	Dr. med. Ebert, Werner 01920 Cunnersdorf	05. 01.	Dr. med. Ehrhardt, Waltraud 02828 Görlitz	70 Jahre		
12. 01.	Dr. med. Stumpf, Rainer 04575 Neukieritzsch	06. 01.	Dr. med. Neumann, Gudrun 09496 Marienberg	01. 01.	Dr. med. Werner, Irmgard 01445 Radebeul	
13. 01.	Dipl.-Med. Flohrer, Sabine 04442 Zwenkau	06. 01.	Dr. med. Siegel, Elwira 08115 Schönfels/Lichtentanne	04. 01.	Dr. med. habil. Schleusing, Michael 04015 Leipzig	
13. 01.	Dr. med. Grahl, Karl-Otto 09127 Chemnitz	08. 01.	Grötzsck, Adelheid 01705 Freital	06. 01.	Dr. med. Fernschild, Adelgund 04317 Leipzig	
13. 01.	Dr. med. Thieme, Frank 02828 Görlitz	08. 01.	Dr. med. Schönrock, Christine 08340 Schwarzenberg	11. 01.	Dr. med. Leutritz, Sigrid 01307 Dresden	
14. 01.	Dipl.-Med. Görler, Wilhelm 08328 Stützengrün	08. 01.	Dr. med. Stange, Helga 04683 Naunhof	14. 01.	Dr. med. Müller, Helga 04860 Torgau	
15. 01.	Dr. med. Engst, Roland 01157 Dresden	09. 01.	Rödenbeck, Helgard 04105 Leipzig	17. 01.	Dr. med. Dörfelt, Helga 12557 Berlin	
15. 01.	Dr. med. Gruhle, Reiner 01587 Riesa	10. 01.	Reiße, Gisela 08289 Schneeberg	20. 01.	Dr. med. Burtzik, Karin 04318 Leipzig	
15. 01.	Dr. med. Herrmann, Wolfgang 09127 Chemnitz	12. 01.	Dr. med. habil. Herber, Friedrich 04103 Leipzig	20. 01.	Dr. med. Kratzsch, Peter 02625 Bautzen	
17. 01.	Lindner, Bernd 09376 Oelsnitz	13. 01.	Dr. med. Friedel, Wolfgang 08326 Sosa	20. 01.	Dr. med. Scharfe, Peter 01237 Dresden	
18. 01.	Prof. Dr. med. habil. Felber, Werner 01309 Dresden	13. 01.	Dr. med. Smilowsky, Brunhilde 01587 Riesa	20. 01.	PD Dr. med. habil. Thiele, Gerhard 04157 Leipzig	
19. 01.	Dr. med. Lucas, Wilfried 04158 Leipzig	14. 01.	Dr. med. Bergan, Margot 02625 Bautzen	20. 01.	Dr. med. Tischendorf, Heinz 09573 Augustusburg	
19. 01.	Dr./Med. Univ. Budapest Priber, Birgit 01217 Dresden	14. 01.	Dr. med. Franz, Renate 04463 Großpönsa	26. 01.	Dr. med. Orda, Ursula 08523 Plauen	
20. 01.	Büttig, Hans 01796 Pirna	14. 01.	Dr. med. Lindlar, Reinhold 08523 Plauen	28. 01.	Dr. med. Stürzbecher, Klaus 04178 Leipzig	
20. 01.	Gerber, Elke 02739 Eibau	14. 01.	Dr. med. Müller, Claus 01796 Pirna	29. 01.	Dr. med. Meinerzhagen, Klaus 01705 Freital	
20. 01.	Hajal, Ghassan 02929 Rothenburg	15. 01.	Büchner, Klaus 02953 Gablenz	30. 01.	Dr. med. England, Manfred 04103 Leipzig	
20. 01.	Dr. med. Herold, Wilfried 04425 Taucha	16. 01.	Dr. med. Garten, Claus 01277 Dresden	30. 01.	Dr. med. Wickleder, Rudolf 09126 Chemnitz	
20. 01.	Dr. med. von Koch, Joachim 09618 St. Michaelis	16. 01.	Dr. med. Härtel, Günter 08373 Voigtlaide	75 Jahre		
21. 01.	Lantzsck, Volker 01662 Meißen	17. 01.	Dr. med. Pisowotzki, Anneliese 01279 Dresden	04. 01.	Dr. med. Haberland, Rolf 01589 Riesa	
21. 01.	Dr. med. Laqua, Peter 01445 Radebeul-Wahnsdorf	17. 01.	Sauerbrei, Klaus 08261 Schöneck	05. 01.	Dr. med. Meier, Hans-Joachim 09366 Stollberg	
22. 01.	Dr. med. Dittrich, Wilfried 09394 Hohndorf	19. 01.	Jahn, Rosemarie 04299 Leipzig	07. 01.	Dr. med.habil. Lehnert, Wolfgang 01445 Radebeul	
22. 01.	Dipl.-Med. Gabsch, Uwe 01705 Freital	19. 01.	Dr. med. Rochelt, Ingrid 01157 Dresden	12. 01.	Dr. med. Ripp, Wolfgang 01324 Dresden	
22. 01.	Dr. med. Hillscher, Andreas 01328 Dresden	19. 01.	Dipl.-Med. Schmelz, Wolfgang 01816 Bad Gottleuba	14. 01.	Dr. med. Michel, Edith 04155 Leipzig	
22. 01.	Dr.med. Pröhl, Lothar 08209 Vogelsgrün	20. 01.	Dr. med. Heil, Gotthard 10717 Berlin	23. 01.	Dr. med. Thomas, Brigitte 01640 Coswig	
22. 01.	Dr. med. Sterzel, Gottfried 02708 Löbau	20. 01.	Dr. med. Walbe, Bernd 04416 Markkleeberg	24. 01.	Dr. med. Donath, Rolf 01731 Kreischau	
				28. 01.	Dr. med. Heinrich, Ursula 01796 Pirna	

80 Jahre
13. 01. Prof. Dr. med. habil. Dürwald, Wolfgang
04299 Leipzig

81 Jahre
31. 01. Dr. med. Kliemant, Hans-Jürgen
01662 Meißen

82 Jahre
07. 01. Dr. med. Rocholl, Albrecht
01309 Dresden
13. 01. Dr. med. Doerfel, Günter
08107 Kirchberg

83 Jahre
13. 01. Dr. med. Purucker, Fritz
09114 Chemnitz
18. 01. Dr. med. Herzog, Eleonore
01217 Dresden
26. 01. Dr. med. Möbius, Werner
01723 Wilsdruff

84 Jahre
18. 01. Prof. Dr. med. habil. Dietzsch, Hans-Joachim
01326 Dresden
22. 01. Dr. med. Burkhardt, Hans
04357 Leipzig
28. 01. Dr. med. Lorenz, Irene
01067 Dresden
29. 01. Dr. med. Leibiger, Wolfgang
01896 Pulsnitz

85 Jahre
02. 01. Dr. med. Patzelt, Oskar
04808 Wurzen
08. 01. Dr. med. von Zimmermann, Blandine
01217 Dresden
09. 01. Dr. med. Gawantka, Joachim
09468 Geyer
22. 01. Dr. med. Nickol, Renatus
01219 Dresden

87 Jahre
23. 01. Dr. med. Illing, Heinrich
09496 Marienberg

89 Jahre
17. 01. Dr. med. Sieg, Heinz
09599 Freiberg

90 Jahre
09. 01. Prof. em. Dr. med. habil. Edel, Herbert
01465 Langebrück

91 Jahre
02. 01. Dr. med. Runge, Anneliese
04157 Leipzig
04. 01. Dr. med. Langer, Horst
01689 Weinböhla
10. 01. Dr. med. Schubert, Walter
02999 Lohsa

Ärzte helfen Ärzten

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

Sehr verehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege, das Weihnachtsfest nähert sich mit Riesenschritten. Viele Kolleginnen, Kollegen und Kollegenkinder haben sich an die Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ mit der Bitte um finanzielle Hilfe gewandt. Es handelt sich bei den Hilfesuchenden um Waisen und Halbwaisen aus Arztfamilien sowie um aus Mittel- und Osteuropa übergesiedelte Kolleginnen und Kollegen, die noch ihre Gleichwertigkeitsprüfung zur Erlangung der Approbation absolvieren müssen und zurzeit Sozialhilfeempfänger sind. Die Stiftung hat in diesem Jahr noch nicht ausreichend viele Spenden eingenommen, um allen, die sie in ihrer Not um Unterstützung gebeten haben, auch helfen zu können. Die Stiftung hofft daher auf den Erfolg dieses Aufrufs, sagt doch ein afrikanisches Sprichwort: „Der Weg zur Quelle führt immer gegen den Strom.“

Von den Kolleginnen und Kollegen, die gegen den Strom anschwimmen, die nicht wegschauen, wenn andere in Not sind, lebt die Stiftung. Von diesen Menschen schöpfen diejenigen Mut, die auf die Hilfe der Stiftung angewiesen sind. Dies unterstreichen die beiden Sätze aus einem jüngst bei der Stiftung eingegangenen Dankschreiben: „Wir sind Ihnen sehr dankbar, dass die Stiftung unsere Fami-

lie unterstützt hat. Die Beihilfe war nicht nur Geldunterstützung, sondern auch moralische Unterstützung.“ Diesen Dank eines Arztheopaares möchten wir auf diesem Wege allen Kolleginnen und Kollegen weitergeben, die mit ihren Spenden dazu beigetragen haben, den Kolleginnen, Kollegen und Kollegenkindern zu zeigen, dass Solidarität in der Ärzteschaft keine Phrase ist, sondern gelebt wird. Die Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ ist das große Gemeinschaftswerk der gesamten Ärzteschaft. Die Stiftung dokumentiert durch ihr anspruchsvolles Hilfsprogramm einzigartig das Engagement einer ganzen Berufsgruppe für ihre Angehörigen. Helfen Sie bitte gerade jetzt in der Vorweihnachtszeit, dass wir die Kolleginnen, Kollegen und Kollegenkinder, die sich vertrauensvoll an die Stiftung gewandt haben, nicht enttäuschen müssen.

Mit unserer dringenden Bitte um Hilfe verbinden wir nochmals unseren aufrichtigen Dank an alle Einzelspender und Organisationen, die der Stiftung in den letzten 48 Jahren durch ihre Unterstützung geholfen und Mut gemacht haben.

Mit herzlichen kollegialen Grüßen

Prof. Dr. Hoppe
Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages

Dr. Richter-Reichhelm
1. Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Dr. Thomas
Vorsitzender des Hartmannbundes –
Verband der Ärzte Deutschlands e.V.

Dr. Montgomery
1. Vorsitzender des Marburger Bundes –
Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen
und Ärzte Deutschlands e.V., Bundesverband

Dr. Zollner
Bundesvorsitzender des NAV-Virchow-Bundes –
Verband der niedergelassenen Ärzte
Deutschlands e.V.

Frau Dr. Bühnen
Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes e.V.

Prof. Dr. Weiser
Präsident des Verbandes der leitenden
Krankenhausärzte Deutschlands e.V.

Dr. Walter
Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärzte des
Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

Dr. Dr. Weitkamp
Präsident der Bundeszahnärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der
Deutschen Zahnärztekammern e.V.

Dr. Beckmann
Bundesvorsitzender des
Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte e.V.

Prof. Dr. Pschorn
Präsident der Bundestierärztekammer e.V.

Die Stiftung hat folgende Konten:
„Ärzte helfen Ärzten“, Deutsche Apotheker-
und Ärztebank Stuttgart Nr. 0001486942
(BLZ 60090609), Postbank Stuttgart Nr.
41533-701 (BLZ 60010070) oder Sparkasse
Bonn Nr. 24000705 (BLZ 38050000).

Alle Jahre wieder

Mein diesjähriger Beitrag zum Weihnachtsfest beschäftigt sich mit dem Brauchtum in der Vorweihnachtszeit.

Wie auch in anderen Gegenden Deutschlands ist in Sachsen die vorweihnachtliche Zeit im Kreise des Jahreslaufes reich an Volksbräuchen. Diese Tatsache ist umso bedeutungsvoller, als unser relativ kleines Land inmitten Deutschlands durch die Reformation im 16. Jahrhundert eigentlich sehr viel von seinem ursprünglichen katholischen Brauchtum verloren hat.

Die Adventszeit erstreckt sich vom 30. November, dem Andreastag, bis zum Heiligen Abend am 24. Dezember. Advent heißt Ankunft und das Wort in seiner Bedeutung (adventus) kommt aus dem Lateinischen. Ist es doch die in den christlichen Kirchen in den vier Wochen bis zum Heiligen Abend mit den vier Adventssonntagen festlich begangene Zeit der Vorbereitung und Erwartung der Ankunft Christi in der Welt. Schon im 6. Jahrhundert nach Christi Geburt wurde von Papst Gregor die Adventsliturgie in ihren Grundzügen festgelegt. Die vier Wochen vor Weihnachten sollen symbolisch auf 4000 Jahre verweisen, die die Menschheit nach kirchlicher Sicht auf die Ankunft des Erlösers warten musste. Mit dem ersten Adventssonntag beginnt auch zugleich das Kirchenjahr.

Am Beginn der Adventszeit steht also der Andreastag. Dieser wird besonders im Erzgebirge, im Vogtland und in der Lausitz begangen. An diesem Tag werden in erster Linie Liebesorakel erstellt. Heiratsfähige Mädchen gehen der Frage nach, ihren künftigen Gemahl zu ergründen.

Wesentliches Kennzeichen der weihnachtlichen Vorbereitungszeit sind so mancherlei, teils auch noch auf germanische Glaubensvorstellungen zurückführende volkstümliche Bräuche. Besonders weit verbreitet ist der Brauch des Aufstellens der Adventskalender und Adventskränze. Diese Bräuche gehören der jüngeren Vergangenheit an. Der Adventskalender ist ursprünglich dafür gedacht, besonders Kinder auf das Weihnachtsfest vorzubereiten. Die Motive des Bildhintergrundes und die Herstellungsweise wechseln, aber die Anzahl der Kästchen, also 24, bleibt konstant. Hinter den aufklappbaren Türchen in dem Komplexbild sind kleine Überraschungen oder auch Süßigkeiten versteckt. Die Zahl 24 entspricht den Tagen vom 1. bis zum 24.



Dezember, dem Heiligen Abend. Im Jahre 1903 wurde der erste Adventskalender in München gedruckt. Innerhalb weniger Jahre wurden die Adventskalender so populär, dass sie bis 1920 internationale Anerkennung fanden. Leider führte die kommerzielle Auslegung dazu, dass christliche Motive in den Hintergrund traten und heute teilweise Comicfiguren an deren Stelle getreten sind. Industriell gefertigt erhält man heute schon so einen Adventskalender für sage und schreibe 49 Cent. Dennoch bleibt der Adventskalender eine große Freude für alle Kinder.

Der Adventskranz ist mit vier Kerzen geschmückt. Schon in der Antike kannte man den Kranz als Siegeszeichen. Er ist das Symbol des Kampfes der Menschen gegen die Dunkelheit. Diese schöne Sitte ist ebenso wie der Adventskalender ein sehr junger vorweihnachtlicher Brauch, der noch um 1900 in vielen Familien unbekannt war und er ist keineswegs der Vorläufer des Weihnachtsbaumes. Da 24 Adventskerzen an einem Kranz erheblichen Platz fordern würden, wurde symbolisch für jeden Adventssonntag eine Kerze im Kranz platziert. Geht man der etwa mehr als einhundertjährigen Geschichte des Adventskranzes nach, so stößt man auf den evangelischen Theologen Johann Wichern (1808/1881), den Begründer der Inneren Mission in Hamburg.

Der wohl festlichste Tag der Vorweihnachtszeit ist der Sankt Nikolaustag am 6. Dezember. Wer es nicht glauben will, dem sei gesagt, dass Nikolaus wirklich gelebt hat und zwar im 4. Jahrhundert nach Christi Geburt als Bischof von Myra in Kleinasien. Er wurde als volkstümlicher Heiliger späterhin verehrt und er war der Schutzpatron der Kaufleute, Bäcker, Seeleute und der Kinder. In der bildenden Kunst wird er häufig als Bischof mit Mitra und Krummstab, aber auch mit Broten und Äpfeln als Geschenken dargestellt. An diese Verehrung knüpft der Brauch an, vor allem die Kinder oder liebe Menschen am 6. Dezember, dem Nikolaustag, zu beschenken. Deshalb stellen die Kinder am Abend zuvor ihre Schuhe, natürlich geputzt, vor das Bett oder die Haustür oder sie hängen ihre Strümpfe wie die Kinder in England an die Tür oder den Fensterstock. Die braven Kinder finden natürlich am Nikolausmorgen Süßigkeiten darin. In Sachsen ist neben Sankt Nikolaus auch der Knecht Ruprecht und das Bornkinnl, letzteres in Gestalt eines kleinen weiß gekleideten Mädchens, bekannt. Vor der Reformation waren Sankt Nikolaus und Sankt Martin die beiden Heiligen, die den Kindern Gaben brachten. Die Reformation bewirkte, dass Nikolaus und Martin in den Hintergrund traten und dafür Knecht Ruprecht von Franken aus auch in Sachsen Einzug hielt.

Ein weiterer Brauch ist erwähnenswert. Im Erzgebirge und im Vogtland werden Gebildebrote zum Nikolaustag in der Vorweihnachtszeit gebacken. Sie sind unter dem Namen „Nikolaus-Zöpfe“ bekannt, anderswo werden sie auch als Kipfel benannt. Die Herstellung dieses Backwerkes erfolgt aus vier Teigsträngen, die geflochten werden. Die Legende bringt die Nikolauszöpfe auch mit Frau Holle in Verbindung, und so sind sie auch als „Hollenzopf“ bekannt.

Auch Spekulator ist ein weihnachtliches Gebäck. Der heilige Nikolaus hatte den lateinischen Beinamen „speculator“. Es ist die Bezeichnung für Aufseher, gleichbedeutend mit Bischof. Dem Beinamen also verdankt dieses Butter-Mandel-Kleingebäck aus würzigem Mürbeteig seinen Namen. Holland und das Rheinland gelten als die Heimat desselben. Es wird in vielfältigen Reliefformen ausgestochen und die Bilder stellen die Nikolausgeschichte dar.

Die Vorweihnachtszeit, insbesondere in Sachsen, ist durch einen weiteren Volksbrauch gekennzeichnet, der wohl zu den schönsten gehört. Es ist namentlich das Stollenbacken. Dieser Brauch ist heute inzwischen weltweit verbreitet. Allerdings hat auch hier die Industrialisierung einem guten Brauch einen schlechten Dienst erwiesen. Bereits Ende September kann man schon Stollen in den Handelsketten kaufen. Das hat mit Tradition wenig zu tun, und so ist auch der Geschmack dementsprechend. Das ursprüngliche Stollenbacken verläuft nach eigenen und überlieferten Rezepten. Besonders hat der „Heiliger Christstollen oder Christstollen nach Dresdner Art von sich reden gemacht. Die besondere Auswahl der Zutaten bringt den Köstlichkeitsgrad dieses Backwerkes zum Ausdruck. So gibt es zum Beispiel Mandelstollen, Rosinenstollen und Mohnstollen, aber auch Butterstollen. Eigentlich sollte dieses Gebäck erst zum Weihnachtsfest angeschnitten werden, aber in der Vorweihnachtszeit werden die Stollen heute schon gern zu einer guten Tasse Kaffee als besonderer Leckerbissen verzehrt. Der Stollen symbolisiert nichts anderes als das in weiße Windeln gewickelte Christkind.



Zum ersten Mal, so erzählt die Legende, soll in Naumburg ein Christstollen um 1329 von einem Bäcker hergestellt worden sein. Die Naumburger Bäcker wurden daraufhin damals verpflichtet, ihren Bischöfen zwei lange Weizenstollen als Zins zu entrichten. In der Vorweihnachtszeit müssen also allerlei Vorbereitungen für das Christfest getroffen werden, so eben das Stollenbacken, das Besorgen von Geschenken – die selbstverständ-

lich der Weihnachtsmann bringt – der Hausputz und die Bevorratung mit allerlei gutem Essen und Getränken.

Die Vorbereitungen für das Weihnachtsfest sollen, insbesondere in Sachsen, am 23. Dezember beendet sein, weil der Heilige Abend bereits vielfach als Feiertag gezählt wird. Weihnachten ohne Bescherung ist kaum mehr denkbar. Dieser Brauch ist auch schon sehr alt. Oft war die Bescherung früher mit dem Nikolaustag verbunden, so dass es zu Weihnachten keine Geschenke mehr gab. An die Stelle des heiligen Nikolaus trat also der „Heilige Christ“. Luthers Kinder bescherete noch im Jahre 1535 der Nikolaus. Doch bereits ein Jahrzehnt später ist aus dem Nikolaus der Heilige Christ, uns heute als Weihnachtsmann geläufig, bekannt geworden.

Die Weihnachtsgeschenke sind auch eine Erinnerung an die Gaben, die die Heiligen Drei Könige dem Jesuskind brachten. Die Weihnachtsgaben haben aber auch ihre Wurzel in dem Bibelwort „Also hat Gott die Welt geliebt“, in seinem Erlösergeschenk an uns – in Gestalt seines eingeborenen Sohnes. Daran denkt heute kaum noch jemand. Das Austauschen von Weihnachtsgeschenken erfolgt jetzt als Zeichen der Liebe und der Wertschätzung der Eltern und Kinder und der Menschen untereinander.

Zum Weihnachtsfest wünscht man sich in den Familien und untereinander Gesundheit, Frieden und Geborgenheit. Dies sind Dinge, die man nicht kaufen und verschenken kann, aber man kann etwas dafür tun – und dies zu jeder Zeit. Das ist die schönste Tradition. Dazu ist aber Vernunft und Toleranz der Menschen erforderlich.

Unter diesem Blickwinkel und mit dem Rückblick auf alte und schöne Bräuche sowie Traditionen zum Weihnachtsfest, wünschen der Autor und das Redaktionskollegium des „Ärztblatt Sachsen“ allen Leserinnen und Lesern unseres Kammerorgans frohe und gesunde Weihnachtsfeiertage sowie alles Gute für das kommende Jahr 2004.

Dr. Hans-Joachim Gräfe
Kohren-Sahlis



Fotos: Katja Garten, Dresden

Insekt des Jahres 2003 Die Feldgrille

Ein Jahr hat uns mit Sonnenschein und Naturgenuss verwöhnt. Ein Jahrhundertssommer und ein wunderschöner Herbst hat uns begeistert. Wenn jetzt die Herbststimmung unsere Erinnerungen langsam verdrängt, besteht doch die Gewissheit, dass sich die Lebensuhr der Natur bereits schon wieder auf das nächste Frühjahr vorbereitet.

Lassen wir die Erinnerungen an die schönen Sommertage noch einmal wach werden. Ein lauer Sommertag ist Inbegriff für den Duft der Wiesen, das Gezitscher der Vögel und nicht zuletzt auch für das Zirpen der Heuschrecken und Grillen.

Dieses Jahr war ein Ehrenjahr für eben diese Sängerschar unter den Insekten. Die Feldgrille wurde stellvertretend zum Insekt dieses Jahres bestimmt. Das geschah zu einem Zeitpunkt, an dem niemand voraussehen konnte, dass auch das Jahr mit seinem Wetter ein echtes Ehrenjahr für die Grille werden würde. Die Feldgrille ist ein sehr wärmeliebendes Insekt und von Europa bis Nordwestafrika beheimatet. Wir können sie an wärmeexponiertem Trockenrasen erleben. Sie wird sich vor allem durch ihren weithin hörbaren Gesang verraten. Das schwer zu ortende Zirpen erfüllt die warme Luft über einer Wiese. Sucht man neugierig den Ort des Gesangs, wird man alsbald in der Stille verharren. Die Augen wird man vergeblich nach dem „Sänger“ schweifen lassen. Er sitzt schon längst – durch die kleinste Bodenerschütterung gewarnt – in seinem selbstgegrabenen Haus in Form einer tiefen Erdhöhle. Er wird sich erst wieder sehen lassen, wenn die „Gefahr“ vorbei ist. Das Grillenmännchen hat sich vor dem Ein-

gang einen kleinen Platz freigehalten und von allen Grashalmen befreit. Von hier erklingen die Lieder je nach Stimmung, und die kann sich ändern. Allein auf weiter Flur wird der Lockgesang angestimmt. Er weist anderen Männchen und den umherlaufenden Weibchen ein untrügliches Zeichen. In der Regel werden sich andere Männchen auf der Wiese daraufhin melden, und es entbrennt ein unerbittlicher, den Raum ausfüllender Rivalengesang. Nun kann sich das Weibchen den besten Sänger auswählen und sich zu seinem Haus begeben. Das Männchen kann mit seinen langen Fühlern das Weibchen ertasten und beginnt nun mit einem leisen Minnegesang, bevor die Behausung von dem Paar dann auch zur Paarung genutzt wird.

Die Feldgrillen zählen zu der Verwandtschaft der Heuschrecken. Bei uns leben neben der Feldgrille noch drei weitere Arten, die sich in der Lebensweise doch zum Teil sehr unterscheiden. Lediglich die kleine Waldgrille ähnelt der Feldgrille, hat aber einen ganz zarten Gesang. Schon bekannter ist das Heimchen, welches in unseren Häusern, bevorzugt in den Heizungskellern, Einzug gehalten hat und von dort mit nicht enden wollenden Gesängen für Unruhe sorgt. Nicht selten fliegen die Heimchen abends dem Licht folgend durch das Fenster in die Wohnung. Das Heimchen muss als Kulturfolger angesehen werden. Die eigentliche Heimat liegt in den wärmeren Ländern Europas. Dem Kleingärtner ist vielleicht die robuste und beeindruckend gestaltete Maulwurfgrille bekannt. Sie lebt nur in selbst gegrabenen Höhlen unter Tage, singt auch aus diesem Hinterhalt und ist auf aller-

lei frische Wurzeln spezialisiert. Weiter gibt es noch zwei Spezialisten. Zum einen lebt eine nur wenige Millimeter messende Grillenart als Gast bei Ameisen. Eine andere Art, das Weinberghähnchen, kommt mehr im südlichen Europa vor.

Viel Geduld ist nötig, um die Grillen bei ihrem Treiben zu beobachten. In einem bequemen Lager in der duftenden Wiese, gleich neben dem Eingang zur Grillenwohnung, wird man regungslos viel Zeit verbringen müssen, ehe sich die Grille scheu an das Tageslicht begibt. In Arglosigkeit wird sie dann ihre Flügel leicht lüften und zum Gesang anheben. Ganze 28 Muskeln in der Sängerbrust sind beteiligt, um dem Gesang zur Perfektion zu verhelfen – und es singen nur die Männer!

Das wusste wohl Martin Luther nicht ganz genau, als er Folgendes niederschrieb, was uns an den vergangenen Sommer erinnert und in die nun anbrechende Zeit einstimmen kann. Ein Grille kam bei strenger Kälte zu ihrer Nachbarin, der Ameise. „Frau Nachbarin,“ sagte sie, „leih mir doch eine Speise! Ich habe Hunger und nichts zu essen.“ – „Hast du denn nicht Speise für den Winter gesammelt?“ fragte die Ameise. – „Ich hatte keine Zeit dazu.“ war die Antwort. „Keine Zeit? - Frau Grille, was hast du denn im Sommer zu tun gehabt?“ – „Ich habe gesungen und musiziert.“ erwiderte die Grille. „Nun gut!“ ließ jetzt die Ameise sich vernehmen. „Da du im Sommer musiziert hast, so magst du im Winter tanzen. Wer nicht arbeitet, soll auch nicht essen!“

Dr. med. Hannes Rietzsch
Saarplatz 3, 01189 Dresden



Die gelblichen Anteile der fluguntüchtigen Flügel sind für die Lauterzeugung umgebildet.



Feldgrillenmännchen (*Gryllus campestris*) schaut scheu aus seiner Behausung. Die Grille bewegt sich nur unweit von ihrem Bau. Fotos: Dr. Hannes Rietzsch

Mandatsträger der Kammerversammlung Wahlperiode 2003/2007

Regierungsbezirk Leipzig



Stadt Leipzig

Dr. med. habil. Hans-Joachim Verlohren
Facharzt für Innere Medizin
Niedergelassener Arzt, Leipzig



Dr. med. Claus Vogel
Facharzt für Hals-, Nasen-
Ohrenheilkunde
Niedergelassener Arzt, Leipzig



Dr. med. Stefan Windau
Facharzt für Innere Medizin
Niedergelassener Arzt, Leipzig



Prof. Dr. med. habil. Gunter Gruber
Facharzt für Innere Medizin
Angestellter Arzt
Universitätsklinikum Leipzig



Dr. med. Michael Burghardt
Facharzt für Urologie
Facharzt für Allgemeinmedizin
Niedergelassener Arzt, Leipzig



DM Ulrike Jung
Fachärztin für Orthopädie
Niedergelassene Ärztin, Leipzig



Prof. Dr. med. habil. Eberhard Keller
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Angestellter Arzt
Universitätsklinikum Leipzig



Dr. med. Wolfram Strauß
Facharzt für Hals-, Nasen-
Ohrenheilkunde
Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie
Niedergelassener Arzt, Leipzig



Dr. med. Jörg Hammer
Facharzt für Chirurgie
Niedergelassener Arzt, Leipzig



Prof. Dr. med. habil. Friedrich Kamprad
Facharzt für Radiologie
Angestellter Arzt
Universitätsklinikum Leipzig



Dr. med. Thomas Lipp
Facharzt für Allgemeinmedizin
Niedergelassener Arzt, Leipzig



Dr. med. Mathias Cebulla
Facharzt für Innere Medizin
Angestellter Arzt
Städtisches Klinikum „St. Georg“, Leipzig



Dr. med. Kristina Kramer
Fachärztin für Anästhesiologie
Angestellte Ärztin
Universitätsklinikum Leipzig



Dr. med. Bernd Pittner
Facharzt für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe
Niedergelassener Arzt, Leipzig



Dr. med. Wolfram Lieschke
Facharzt für Augenheilkunde
Niedergelassener Arzt, Leipzig



Delitzsch

DM Andreas Koch
Facharzt für Allgemeinmedizin
Niedergelassener Arzt, Delitzsch



Dr. med. Suse Körner
Fachärztin für Augenheilkunde
Niedergelassene Ärztin, Leipzig



Dr. med. Konrad Reuter
Facharzt für Hals-, Nasen-
Ohrenheilkunde
Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie
Niedergelassener Arzt, Eilenburg



Prof. Dr. med. habil. Peter Leonhardt
Facharzt für Innere Medizin
Arzt im Ruhestand, Leipzig



Döbeln

Dr. med. Lutz Liebscher
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Angestellter Arzt
HELIOS-Klinik, Leisnig



Dr. med. Torsten Wolf
Facharzt für Anästhesiologie
Niedergelassener Arzt, Leipzig



Leipziger Land

Dr. med. Jens Taggeselle
Facharzt für Innere Medizin
Niedergelassener Arzt, Markkleeberg



Prof. Dr. med. habil. Rolf Haupt
Facharzt für Pathologie
Angestellter Arzt
Städtisches Klinikum „St. Georg“, Leipzig



Dr. med. Matthias Schulze
Facharzt für Urologie
Niedergelassener Arzt, Markkleeberg

**Muldentalkreis**

Simone Bettin
Fachärztin für Nuklearmedizin
Niedergelassene Ärztin, Grimma



Dr. med. Uwe Krause
Facharzt für Anästhesiologie
Angestellter Arzt, Krankenhaus
Muldentalkreis, Grimma



Erik Bodendieck
Facharzt für Allgemeinmedizin
Niedergelassener Arzt, Wurzen

**Torgau-Oschatz**

DM Cerstin Bochenek
Fachärztin für Haut- und
Geschlechtskrankheiten
Niedergelassene Ärztin, Oschatz



Dr. med. Kirsten Nowack
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Niedergelassene Ärztin, Torgau