

Ärzteblatt Sachsen



Inhalt 1/2004

Berufspolitik	Unser Gesundheitssystem 2004	4
	Chaos im Gesundheitswesen	5
	Das neue Jahr	5
	1.000 Fortbildungszertifikat überreicht	6
	Schwierige Zeiten bedeuten auch immer eine große Chance	6
	Anmerkungen zur Umsetzung der neuen Ärztlichen Approbationsordnung	8
	Allgemeinmedizin – Herausforderung und Chance nach der neuen Approbationsordnung	11
	Zur novellierten (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003	13
	Impressum	16
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Mitarbeiter der Sächsischen Landesärztekammer erlernen Anwendung des Defibrillators	17
	Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf »Arzthelfer/Arzthelferin«	18
	Weiterbildung zur Praxismanagerin/Praxismanager	19
	Pensionskasse für Arzthelferinnen: Die Gesundheitsrente	19
	Ungarische Delegation in Dresden	19
	Pharmakotherapieberatungsdienst für Ärzte erweitert sein Angebot	20
	Konzerte und Ausstellungen	20
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	21
Mitteilungen der Ärzteversorgung	Beitragswerte 2004	
	Sächsische Ärzteversorgung	22
Leserbrief	Plädoyer für ein unvernuünftiges Gespräch	23
Verschiedenes	Senioren – Aktiv in Europa	23
	8. Sächsisches Seniorentreffen	24
Personalia	Unsere Jubilare im Februar	25
	Prof. em. Dr. med. habil. Herbert Edel zum 90. Geburtstag	26
	Prof. (em.) Dr. med. habil. Hans-Günther Niebeling zum 80. Geburtstag	27
	Prof. Dr. med. habil. Helga Schwenke-Speck zum 70. Geburtstag	27
	Dr. med. Helmut Schmidt zum 60. Geburtstag	29
Kultur und Kunst	Horst Weber – Malerei und Zeichnungen	29
	Nachruf für Dr. med. habil. Hans-Werner Kintzel	30
Medizingeschichte	In memoriam Prof. Dr. med. Dr. med. h.c. mult. Kurt Semm	31
Beilagen	Fortbildung in Sachsen – März 2004	
	Externe vergleichende Qualitätssicherung im Freistaat Sachsen im Jahr 2002...	
	Impfempfehlungen E 12 der Sächsischen Impfkommision	
	Inhaltsverzeichnis Ärzteblatt Sachsen 14. Jahrgang (2003)	

Sächsische Landesärztekammer und „Ärzteblatt Sachsen“:
<http://www.slaek.de>, E-Mail: dresden@slaek.de,
 Redaktion: presse@slaek.de, „Gesundheitslotse Sachsen“:
www.gesundheitslotse-sachsen.de

Unser Gesundheitssystem 2004



Was wird erhalten bleiben von unserem Gesundheitssystem – und was wird sich wie verändern? Keiner wird dieses jetzt genau voraussagen können. Eines aber steht fest: Dieses GKV-Modernisierungsgesetz behandelt mehr schlecht als recht Symptome, ohne das Übel an der Wurzel zu packen – nämlich endlich die Finanzierungsgrundlagen unseres Gesundheitssystems zukunftssicher zu gestalten. Es wäre eine gravierende Fehleinschätzung, dieses Gesetz als ein Kostendämpfungsgesetz mit fraglichem Erfolg abzutun. Es wird wesentliche Strukturveränderungen einleiten. Nur wenige, uns Ärzte betreffende Aspekte sollen hier angerissen werden.

Im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens konnten die ärztlichen Körperschaften einige Unzumutbarkeiten verhindern oder zumindest mildern, anderes aber wurde verschärft. Die Freiberuflichkeit des Arztes wird von der Politik zunehmend als ein Gewand des Lobbyismus missverstanden. Einerseits im Unvermögen der Politik, den Sinn und Nutzen der Freiberuflichkeit – mit den besonderen Verpflichtungen der Freiberufler – zu erfassen und zu wichten. Andererseits kommt ganz klar eine ideologische Grundhaltung wesentlicher politischer Kräfte zum Ausdruck. Es liegt auf der Hand – dieses Gesetz bedroht die Freibe-

ruflichkeit des Arztes oder das, was von ihr noch übrig ist. Der Arzt „neuen Typus“ als Dienstleistungserbringer, immer mehr eingepfercht in Vorschriften, erdrückt von Bürokratie, stärker von Prüfungen und Regressen bedroht denn je, sieht sich einer zunehmenden Macht der Kostenträger gegenüber.

Man nennt es „Professionalisierung“ der Kassenärztlichen Vereinigungen. Tatsächlich aber steht dahinter der Versuch, die Interessenvertretung der Vertragsärzteschaft zu schwächen. Den Kassenärztlichen Vereinigungen werden zunehmend stringente Aufgaben per Gesetz übertragen, was das Verhältnis zur Basis fast zwangsläufig belasten muss. Wie wird es den Kassenärztlichen Vereinigungen gelingen, effiziente Strukturen aufzubauen, die eine echte Interessenvertretung der Ärzte dennoch ermöglichen? Erste Ansätze werden erkennbar (Consult – „Töchter“ etc.). Entscheidend aber wird sein, wie es gelingt, die Zusammenarbeit zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Berufsverbänden oder die der Berufsverbände untereinander zu gestalten. Schaffen wir es, die Interessen zu bündeln? Partikularismus und Atomisierung wären tödlich! Die Ärztekammern als Dachorganisationen müssen auch aus diesen Gründen die Zusammenarbeit mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und Berufsverbänden intensivieren.

Wie wird die „hausarztzentrierte Versorgung“ zum Wohle der Patienten umgesetzt werden können, ohne dass der wenig diagnostik- und therapieverlassende DMP-konforme richtgrößenunterbietende Verwaltungsmediziner den Vertrag erhält? Bekanntlich besteht ja kein Anspruch auf Vertragsabschluss. Gelingt es, die integrierte Versorgung als eine tatsächliche Überwindung der sektoralen Grenzen von ambulanter und stationärer Versorgung zu etablieren? Oder wird es wieder viel Papier und ansonsten ein Hauen und Stechen um das nun zu verteilende Geld geben? Wird es die Politik – so ganz nebenbei – schaffen, Vertragsärzte und Krankenhauslandschaft – alle

stehen unter Druck – gegeneinander in Stellung zu bringen? Man nennt es Wettbewerb um Qualität. Wird nicht aber allzu oft Preisdumping die Folge sein, mit langfristig eher – natürlich zunächst kaschierter – schlechterer Qualität?

Haben die Konsenspolitiker aus SPD, Grünen und Union in ihrer nächtlichen Euphorie des „großen Wurfes“ auch die Folgen wohl bedacht? Neben einer fraglichen Kostendämpfung wird – trotz aller gegenteiligen Beteuerungen – dem gnadenlosen Durchökonomisieren des Arztberufes und des Gesundheitssystems das Tor weit geöffnet. Haben diese Politiker es billigend in Kauf genommen oder eher gar beabsichtigt? Sie werden sich eines Tages – hoffentlich wählerwirksam – fragen lassen müssen.

Zweifelsfrei hat auch die Ärzteschaft manche Kritik einzustecken. Dieses GKV-Modernisierungsgesetz aber wird durch seinen intendierten Ökonomismus die Beziehungen im Gesundheitssystem auch zwischen Ärzten und Patienten viel negativer beeinflussen, als man es wahrhaben will. Die Politik opfert Bewahrenswertes in kurzsichtiger und unverantwortlicher Art und Weise auf dem Altar der tagespolitischen Opportunität.

Bei aller Kritik – im Gesetz stecken natürlich auch Chancen, die wir aber nicht positivistisch überbewerten dürfen. Nichts desto trotz müssen wir diese ergreifen. Trotz aller Widrigkeiten und Anstürme – unser wesentliches „Kapitel“ ist unser Handeln im Beruf nach Innen und Außen. Wir müssen aus unserem Stand heraus wieder ein Arztbild entwickeln, was den Modeströmungen widersteht, ansonsten würden wir einer unter vielen Gesundheitsberufen. Lassen Sie uns – in aller Nüchternheit und ohne Illusionen – die Diskussion führen – und handeln.

Dr. Stefan Windau
Vizepräsident



Chaos im Gesundheitswesen

Bereits im Dezember hat sich das „Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen“ in großer Sorge um die Patientenversorgung an das Bundesgesundheitsministerium gewandt. In einem Schreiben an Frau Ulla Schmidt machten die 36 Verbände, Vereine und Patientenvertreter ihre Bedenken gegen die Umsetzung der Gesundheitsreform zum 1. Januar 2004 deutlich.

Ab 1. Januar 2004 werden viele Neuregelungen im Gesundheitssystem gleichzeitig in Kraft treten. Die rechtssichere Ausgestaltung von Verfahren und Rahmenbedingungen dieser Neuregelungen ist aber bis zum heutigen Tag nicht erfolgt. Das hat nach Feststellung des Bündnis Gesundheit 2000 zu einer massiven Verunsicherung der Patienten geführt. Die Auswirkungen sieht man in den Wartezimmern der Ärzte, Zahnärzte und therapeutischen Einrichtungen, bei Augenoptikern, Apothekern und Orthopädietechnikern. Viele Menschen gingen in Sorge um ihre Gesundheit noch zum Jahresende 2003 zum Arzt, weil sie nicht wussten, ob sie in diesem Jahr mit gleicher

Qualität behandelt und ob sie verstärkt zur Kasse gebeten werden.

Die Patienten wissen außerdem nicht, welche Zuzahlungen sie ab diesem Jahr wo und in welcher Höhe zu leisten haben oder welche Unterstützung sie von den Krankenkassen erhalten werden. An dieser Situation hat auch eine Werbekampagne des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung nichts geändert.

Durch die Festschreibung einer Kassengebühr (Praxisgebühr), die zwangsweise Einführung von Disease Management Programmen und die Regelungen zur Zuzahlung bei Medikamenten sowie die unklare Lage in Bezug auf die Befreiung davon, rechnen die Mitglieder des „Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen“ mit massiven Problemen bei den Heilberufen zu Jahresbeginn 2004. Es ist mit erheblichen Warteschlangen, wenn nicht sogar mit einem Kollaps der medizinischen Betreuung durch die unklare Rechtslage zu rechnen. Durch die bürokratische Überlastung der Heilberufe wird es zu einer Verschlechterung der

medizinischen Versorgung kommen. Davon ist das Bündnis überzeugt.

Das Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen formulierte in dem Schreiben deshalb die Forderung: Wir drängen auf eine mehrstufige Einführung der Gesundheitsreform ab dem 2. Quartal 2004, damit die Patienten und das Gesundheitssystem Zeit für notwendige Anpassungen und Umstrukturierungen haben. In dieser Zeit bestünde auch die Chance, noch offene Verfahrensregeln durch das Bundesgesundheitsministerium rechtssicher zu erarbeiten und auf den Weg zu bringen. Dazu gehören insbesondere die Kassengebühr (Praxisgebühr), die Zuzahlungsbefreiung für chronisch Kranke und die Regelungen für ambulante Pflegedienste. Wir bitten Sie, sich auf Bundesebene für ein solches Verfahren einzusetzen.

Ein gleichlautendes Schreiben wurde auch an den Ministerpräsidenten, Herrn Prof. Dr. Georg Milbradt, und die Sozialministerin des Freistaates Sachsen, Frau Helma Orosz, geschickt.

kö



Blick vom Laubegaster Ufer in Dresden

Foto: Katja Garten, Dresden

Das neue Jahr

Das neue Jahr ist angekommen.
Haben wir uns vorgenommen,
Euch zu wünschen in der Zeit
Glück und Fried und Einigkeit.
Soviel Tröpflein in dem Regen,
Soviel Glück und soviel Segen
Soll Euch Gott der Höchste, geben.
Glückseliges neus Jahr!

Zwischen dem Alten
zwischen dem Neuen,
hier uns zu freuen,
schenkt uns das Glück.
Und das Vergangene
heißt mit Vertrauen
vorwärts zu schauen,
schaun zurück.

Johann Wolfgang von Goethe

Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer und das Redaktionskollegium „Ärzteblatt Sachsen“ wünschen Ihnen für das Jahr 2004 beste Gesundheit, Wohlergehen, Zufriedenheit und Glück.



1.000 Fortbildungszertifikat überreicht



Herrn Dr. med. Steffen Prager, Facharzt für HNO, Bildmitte, wird im Beisein von Herrn Prof. Dr. med. Andreas Hartmann, Leitender Chefarzt des Städtischen Klinikums „St. Georg“ Leipzig, rechts, das 1.000 Fortbildungszertifikat durch das Akademiemitglied, Herrn PD Dr. med. Eberhard Meister, links, überreicht.

Das Fortbildungszertifikat der Sächsischen Landesärztekammer gewinnt im Lichte des neuen Gesundheitsstrukturgesetzes ab 1. Januar 2004 sehr an Bedeutung.

Im „Ärzteblatt Sachsen“ wurde darüber schon mehrfach berichtet. Vertragsärzte müssen zukünftig ihre Fortbildungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen, sonst drohen Honorarkürzungen oder sogar der Entzug der Zulassung. Umso mehr freut es die Sächsische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung, dass Herrn Dr. med. Steffen Prager im Dezember 2003 das 1.000 Zertifikat überreicht werden konnte. Herzlichen Glückwunsch!

Als Ergänzung wird die Sächsische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung ab 2004

eine Fortbildungsplakette zum Zertifikat überreichen.

Diese Plakette kann vom (Vertrags-) Arzt am Praxisschild oder an anderer gut sichtbarer Stelle im Wartezimmer zur Information seiner Patienten über die durchgeführten Fortbildungen angebracht werden.

Die Plakette stellt unter diesem Gesichtspunkt ein Qualitätssiegel dar.

Prof. Dr. Otto Bach, Vorsitzender der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung

Schwierige Zeiten bedeutet auch immer eine große Chance

Arthur Schnitzler, ein österreichischer Arzt, der Schriftsteller wurde, hat geschrieben: „Bereit sein ist viel, warten können ist mehr, doch erst den rechten Augenblick nutzen, ist alles“. Fest steht, es gibt zu wenige Ärzte, die direkt mit Patienten arbeiten. Viele junge Ärzte, die von deutschen Steuergeldern ausgebildet werden, nehmen oftmals nicht mehr den Weg über die Arbeit am Patienten, sondern gehen gleich nach dem Studium in andere Berufsfelder, fern vom Klinik- und Praxisalltag, oder sie werden Arzt im Ausland. Die Gründe sind weitestgehend bekannt und es gibt dazu genug Umfragen mittlerweile. Deshalb komme ich zu dem Punkt des richtigen Augenblicks, wie ihn Arthur Schnitzler beschreibt.

Es ist der richtige Augenblick, dass die Ärzteschaft mit Führungsverantwortung sich inhaltlich gute Konzepte zur Gewinnung von jungen Ärztinnen und Ärzten überlegt. Doch noch viel wichtiger ist, dass die jungen Ärzte sich überlegen, was sie in der jetzigen Situation genau wollen. Es ist kein Geheimnis, dass man mehr „fordern“ kann, wenn man „gefragter“ ist. Jahrelang kannten wir Ärzte das Verhältnis nur andersherum, wo keine Nachfrage, da keine Diskussion über Forderungen.

Das heißt: hier und jetzt ist eine große Chance, etwas anders zu gestalten. Es ist an der Zeit, dass wir jungen Ärzte klarere Aussagen über unsere Forderungen machen, und damit meine ich „verhältnismäßig angebrachte Forderungen“. Ich gehe davon aus, dass 90% aller Chefärzte oder Geschäftsführer von Kliniken bei dem Wort Forderungen sofort in eine „Abwehr-Stellung“ gehen. Umfragen haben gezeigt, dass es den jungen Ärzten jedoch nicht nur um Geld geht. Viele junge Ärzte lehnen die Kliniklaufbahn ab, weil sie immer wieder kurz befristete Verträge bekommen, weil sie die Hierarchieformen nicht mehr ertragen wollen und weil Ihnen keine gut konzipierte Weiterbildung angeboten wird. Jetzt ist also der richtige Augenblick für junge Ärzte, dort Verträge zu unterschreiben, wo sie eine Zukunft sehen, wo das Fortbildungskonzept klar ist, kultivierte Arbeitsbedingungen und kollegialer Umgangston herrschen.

Wie kann man nun junge Mediziner dazu bringen, sich an ein Krankenhaus zu binden?

■ Zeigen Sie dem jungen Arzt/der Ärztin ein für ihn und sie zugeschnittenes Fortbildungskonzept auf. Das heißt: klare Aussagen

über die Zeit auf Station, im OP, in der Funktionsabteilung, in der Ambulanz etc. Fragen Sie in dem Bewerbungsgespräch, was der Bewerber will und kommen Sie ihm/ihr entgegen.

■ Bieten Sie Teilzeitstellen an, und diese nicht nur für Frauen.

■ Sorgen Sie für eine Atmosphäre in der Klinik, in der junge Ärzte Respekt vor den „Oberen“ haben, aber keine Angst, Fragen zu stellen, auch mal kontrovers zu diskutieren und um Dinge zu bitten. Kollegialität über Grenzen der Hierarchie hinweg ist immer wieder ein wichtiges Argument bei jungen Ärzten. Gerade diese nennen junge Ärzte als Grund, in anderen Ländern tätig werden zu wollen (siehe auch zahlreiche Berichte/Leserbriefe im „Deutschen Ärzteblatt“).

■ Bieten Sie unbefristete Verträge an oder solche, die über die üblichen 2 bis 3 Jahre hinaus gehen.

■ Bieten Sie finanzielle Rahmenbedingungen, die es einem jungen Mediziner ermöglichen, auch ohne Bereitschaftsdienst-Vergütung sich eine angemessene Existenz in Sachsen aufbauen zu können. Dies bedeutet sicher auch ein Überdenken der Verteilung von Poolgeldern (zurzeit eher: „oben mehr und unten we-

niger“) und eine generelle Diskussion der Gehälterverteilung im Gesundheitswesen.

■ Erwarten Sie nicht unbezahlte Überstunden. Finden Sie für Ihre Klinik Möglichkeiten eines Kompromisses zwischen Freizeitausgleich und Bezahlung. Wird ein junger Arzt das Mühen um gerechte Arbeitsverteilung und Vergütung in der Klinik spüren, dann wird Mehrarbeit auch selbstverständlicher geleistet.

Dies sind einige Möglichkeiten, die dazu führen könnten, dass wieder mehr Ärzte nicht den Weg ins Ausland oder in andere Berufe einschlagen, sondern dort arbeiten, wo sie gefragt sind und gebraucht werden. Ich möchte hier aber auch noch einen Punkt ansprechen, der allgemein in Deutschland, aber besonders in Bundesländern, die östlicher liegen, eine immer größere Rolle spielt. Da durch den „Ärztmangel“ mittlerweile in manchen Krankenhäusern der Alltag und die Nachtdienste mit einheimischen Ärzten nicht mehr bewältigt werden können, werden mehr und mehr ausländische Kollegen eingestellt. Hier möchte ich kritisch anmerken, dass es zurzeit in Deutschland keine einheitliche Regelung bezüglich der Anforderungen an fachliche und sprachliche Qualität für solche Kollegen gibt, wie sie beispielsweise vor dem Arbeiten am Patienten in den USA gestellt werden. Auch kritisiere ich, dass diese Kollegen zum Teil geringere Gehälter bekommen als deutsche Kollegen. Das könnte zur Folge haben, dass es zu Disbalancen in der Zusammenarbeit zwischen Kollegen kommt. Diese Disbalance hat nicht ihre Ursache darin, dass man nicht mit ausländischen Kollegen zusammenarbeiten will, sondern darin, dass ungelöste Tarif-

probleme und ungleiche Bedingungen in Bezug auf Qualifikationen bestehen.

Grundsätzlich ist natürlich zu sagen, dass das Anwerben von Ärzten aus anderen Ländern keine Lösungsweg ist, der sich mit der Ursache befasst, sondern nur eine kurzgreifende symptomatische Therapie ist.

Abschließend noch ein paar wenige Worte, die vor allem an meine jungen Kollegen gerichtet sind. Ich finde, es ist jetzt genau der richtige Augenblick, dass sich Junge Ärzte zusammenfinden und gemeinsame Vorstellungen erarbeiten. Es ist jetzt der richtige Zeitpunkt, da das deutsche Gesundheitswesen endlich bemerkt, dass man junge motivierte Ärzte braucht. Wir jungen Ärzte müssen nun auch erkennen, dass man gemeinsam mehr erreichen kann, dass man Kollegialität nicht nur von „oben“ fordern kann, sondern auch leisten muss. Ich finde es immer wieder sehr bedenklich, dass es Menschen gibt, die behaupten, dass die schlechten Arbeitsverhältnisse der Mediziner nur deswegen über Jahre sich nicht verändern mussten, weil die gleichen Mediziner, die zu Hause alleine ihr Leid klagen, nicht in der Lage sind, gemeinsam für Ihre Interessen einzutreten. Ich will nicht, dass man uns jungen Ärzten nun alles zu Füßen legt, aber ich will auch nicht, dass man uns länger auf die Füße tritt. Und ich will vor allem im richtigen Augenblick mit anderen Ärzten gemeinsam etwas mitgestalten. Der Ausschuss „Junge Ärzte“ sieht einen Lösungsweg in der Umsetzung der oben genannten Forderungen.

Mascha Lentz
Vorsitzende des Ausschusses „Junge Ärzte“
Kontakt: junge-aerzte@web.de

Anmerkungen zur Umsetzung der neuen Ärztlichen Approbationsordnung



Prof. Dr. med. Gebhard von Jagow

Vorwort

Auf Ausgangssituation und Rahmenbedingungen bei der Umsetzung der neuen ÄAppO muss nicht eingegangen werden, siehe Th. Kirchner, „Die neue Ärztliche Approbationsordnung: Bedeutung für die Ärztliche Ausbildung“ (in: Tagungsbericht) aomFT 2002. Ein Vergleich von neuer und alter ÄAppO an Hand von zwei Übersichten soll jedoch als Leitfaden für Lösungsansätze bei den Übergangsregelungen angestellt werden. Die Kritik der Studierenden an diesen und am neuen 2. Staatsexamen ist ernst zu nehmen. Ihr kann nur begegnet werden, wenn es gelingt, Ergänzungen bei den Übergangsregelungen und eine erfolgreiche Gestaltung des neuen 2. Staatsexamens zu erreichen. Die Aufhebung des AiP

zum 1. Oktober 2004 soll skizziert, Probleme der studienbegleitenden Prüfungen sollen erörtert werden. Das Vorgehen der Fakultäten bei der Umsetzung der ÄAppO soll geschildert werden, die begleitenden Maßnahmen des Medizinischen Fakultätentages (MFT) sollen aufgezeigt und auf den aktuellen Stand der Umsetzung soll kurz eingegangen werden.

Neugestaltung des Studienverlaufs

Die Strukturierung des Studienverlaufs hat sich mit der neuen Ausbildungsordnung wesentlich verändert.

Bis zum Wintersemester 2003/2004 wurde nach der alten ÄAppO begonnen, ab Wintersemester 2003/2004 tritt die neue in Kraft. Studierende, die nach dem Stichtag 1. Oktober 2003 das Physikikum oder das bisherige erste Staatsexamen ablegen, haben ihr Studium nach der neuen ÄAppO fortzusetzen. Für die nächsten Semester müssen beide Studienordnungen überlappend angeboten werden, ein Curriculum nach der neuen ÄAppO muss sukzessive spätestens ab Sommersemester 2004 eingeführt werden. Auf Einzelheiten der umfangreichen Übergangsregelungen kann hier nicht eingegangen werden, doch zeichnen sich Härtefälle ab, für die eine Lösung gefunden werden muss.

Die alte Ausbildungsordnung:

1. Ausbildungsabschnitt: In den ersten vier Semestern wird überwiegend theoretisches Wissen gelehrt. Er wird mit der ärztlichen Vorprüfung abgeschlossen.

2. Ausbildungsabschnitt: In den folgenden sechs Semestern werden zunehmend klinische Inhalte gelehrt, nachdem die klinischen-theoretischen Fächer, wie zum Beispiel Pathologie, Pharmakologie, Mikrobiologie, Radiologie usw. vermittelt wurden. Während dieses Abschnittes erfolgen zwei ärztliche Prüfungen. Die 1. ärztliche Prüfung (M1 alt) sollte nach dem 2. klinischen Semester abgelegt werden, der 2. Abschnitt der ärztlichen Vorprüfung (M2 alt) nach dem 6. klinischen Semester. Leider wurde von den Studierenden diese Regelung nicht durchgehend befolgt, das heißt M1 und M2 nicht immer zum frühestmöglichen Zeitpunkt abgelegt.

3. Ausbildungsabschnitt: An das Praktische Jahr schließt sich der 3. Abschnitt der ärztlichen Vorprüfung (M3 alt) mit einer vorläufigen Approbation an.

4. Ausbildungsabschnitt: Es folgt der Arzt im Praktikum (AiP) mit einer Dauer von 1 1/2 Jahren. Nach Abschluss wird die Vollapprobation erteilt. Die Regelstudienzeit beträgt somit 6 Jahre und 3 Monate, die Zeit bis zur Vollapprobation 7 Jahre und 9 Monate. Wurde während des Studiums eine Doktorarbeit durchgeführt, kann nach Studienabschluss die Promotion mit dem „Dr. med.“ abgeschlossen werden.

Die neue Ausbildungsordnung:

Bereits auf den ersten Blick erscheint die neue Ausbildungsordnung einfacher strukturiert, da sie sich nur noch in drei Abschnitte gliedert und sich die Zahl der Staatsprüfung verringert hat. Es sollte jedoch nicht über-

MEDIZINISCHER FAKULTÄTENTAG DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND		
Studienverlauf der alten ÄAppO		
1. Abschnitt:	4 Semester	ärztliche Vorprüfung
2. Abschnitt:	6 Semester nach 2. klin. Semester	1. Abschnitt der ärztlichen Prüfung (M1)
	nach 6. klin. Semester	2. Abschnitt der ärztlichen Prüfung (M2)
3. Praktisches Jahr	nach PJ	3. Abschnitt der ärztlichen Prüfung (M3)
4. Arzt im Praktikum	1 _ Jahr	Approbation, Promotion
Ausbildungszeit: 7 3/4 Jahre		
1 © G. von Jagow 12-03		

MEDIZINISCHER FAKULTÄTENTAG DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND		
Studienverlauf der neuen ÄAppO		
1. Abschnitt:	4 Semester	studienbegleitende Prüfungen
	Theorie, auch klinische Inhalte	1. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (M1 neu)
2. Abschnitt:	6 Semester	studienbegleitende Prüfungen
	Vorlesungen, Seminare, Blockpraktika, Praktika, Gruppenunterricht, Übung	
3. Praktisches Jahr	1 Jahr	2. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (M2 neu)
Approbation, Promotion		
Regelstudienzeit: 6 Jahre 3 Monate		
2 © G. von Jagow 12-03		

sehen werden, dass im klinischen Studienabschnitt benotete Leistungsnachweise eingeführt wurden. Sie dienen der Kontrolle des kontinuierlich erworbenen Wissens und Könnens. Die Art der Prüfungsgestaltung liegt in der Verantwortung der Fakultäten. Sie kann als zentral organisierte Semesterabschlussprüfung für alle Unterrichtsveranstaltungen eines Semesters durchgeführt werden.

Die Zahl der zentralen Staatsprüfungen hat sich von vier auf zwei verringert. Die erste Staatsprüfung (M1 neu) findet nach vier Semestern statt und entspricht im wesentlichen dem bisherigen Physikum, die zweite Prüfung (M2 neu) erfolgt nach dem Praktischen Jahr.

Dies führte zu einer allgemeinen Kritik von Studierenden, die für die 2. Staatsprüfung die Bezeichnung „Hammerexamen“ prägten. Sie soll jedoch einen völlig anderen Charakter als die ehemalige abschließende Staatsprüfung (M3 alt) erhalten. Sie muss fallorientiert und praxisbezogen gestaltet werden. Spezielles Fachwissen, dessen Prüfung Aufgabe der studienbegleitenden Prüfungen ist, soll nicht noch einmal Gegenstand des Examens sein. Dem Institut für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) kommt bei der Ausarbeitung von M2 (neu) eine bedeutende Aufgabe zu. Diese muss in Zusammenarbeit mit den Medizinischen Fakultäten gelöst werden.

Auf die Zahl der von den Fakultäten zu prüfenden Fächer soll bei der Besprechung der Lehrinhalte und Unterrichtsformen eingegangen werden.

Der neue Studienverlauf gliedert sich in drei Abschnitte:

1. Ausbildungsabschnitt: In den ersten vier Semestern wird überwiegend theoretisches Wissen gelehrt, analog zur alten ÄAppO, jedoch müssen die Lehrinhalte wesentlich stärkeren Bezug zu den wichtigsten Krankheitsbildern besitzen. Veranstaltungen mit klinischer Relevanz kommen hinzu. Dieser Abschnitt wird mit der 1. Staatsprüfung (M1 neu) abgeschlossen; bereits im mündlichen Teil wird ein Bezug zu wesentlichen klinischen Aspekten gefordert, die auch Anamnese und Befunderhebung einschließen.

2. Ausbildungsabschnitt: In den folgenden sechs Semestern wird der Kleingruppenunterricht am Patienten mit einer geringeren Studierendenzahl intensiviert. Die praktischen

Fähigkeiten und Routinen sollen intensiv in den Blockpraktika gelehrt und erlernt werden. Die Unterrichtung der praktischen Lehrinhalte kann zum Beispiel in Testatheften dokumentiert werden. Das Selbststudium, auch in Form des E-Learnings, soll vermittelt und praktiziert werden.

3. Ausbildungsabschnitt: Nun schließt sich direkt an den zweiten Studienabschnitt das Praktische Jahr an, das Wahlpflichtfach kann auch in der Allgemeinmedizin abgeleistet werden. Es erfolgt die 2. Staatsprüfung (M2 neu) mit der Vollapprobation. Die Regelstudienzeit beträgt somit ebenfalls 6 Jahre und 3 Monate. Auch hier ist die Promotion nach Studienabschluss möglich.

Aufhebung des „Arzt im Praktikum“ (AiP)

Ab 1. Oktober 2004 entfällt der AiP. Die Abschaffung dieses Ausbildungsabschnittes wurde über Jahre vom MFT, der Bundesärztekammer, dem Deutschen Ärztetag, dem Hartmannbund und weiteren Verbänden gefordert. Das Erreichen dieses Zieles ist als Erfolg zu werten. Die jungen Ärztinnen und Ärzte können ab 1. Oktober 2004 nach dem Praktischen Jahr direkt in ihre Facharztweiterbildung eintreten. Die Kollegen, die sich zu diesem Stichtag noch in der AiP-Ausbildung befinden, müssen diese beenden, erhalten jedoch eine volle Assistenzarztvergütung.

Studienbegleitende Prüfungen

Nach der neuen Ausbildungsordnung sollen die Lehrinhalte im klinischen Studienabschnitt in Pflichtfächern, Querschnittsbereichen und Blockpraktika in fünf vorgeschriebenen Fächern vermittelt werden. Im klinischen Studienabschnitt kommen zusätzliche Praktika und klinisch praktischer Unterricht mit 14 vorgeschriebenen Fächern hinzu.

Die 22 Pflichtfächer, 12 Querschnittsbereiche und fünf Blockpraktika des klinischen Studienabschnittes sind prüfungspflichtig. Die Prüfungen müssen benotet werden. Es müssen bis zu 33 Noten vergeben werden, da mindestens 9 der 22 Pflichtfächer zu drei Gruppen mit jeweils einer fächerübergreifenden Note zusammengefasst werden müssen. Sechs Semester stehen für die unterrichtsbegleitenden Prüfungen zur Verfügung, so dass am Ende eines jeden Semesters fünf bis sechs Prüfungen durchgeführt und benotet werden müssen. Die Fakultäten sind hierbei nicht an das vom IMPP bekannte MC-Fragenformat gebunden, sondern in der Wahl ihrer Prüfungs-

instrumente frei. Die Lehrinhalte der Pflichtfächer überlappen sich mit den Inhalten der Querschnittsbereiche, Blockpraktika und zusätzlichen Praktika. Den zentralen Fächern Innere Medizin, Chirurgie, Kinderheilkunde, Frauenheilkunde und Allgemeinmedizin wird eine wesentlich größere Rolle beigemessen. Sie können über mehrere Semester in den verschiedensten Unterrichtsformen gelehrt werden, im letzten klinischen Semester etwa als ganztägige Blockpraktika. In der Unterrichtung der Querschnittsbereiche schließen sich häufig verschiedene Lehrstühle zusammen, zum Teil können diese auch von einem Lehrstuhl unterrichtet werden.

Die Ausgestaltung der Wahlfächer in der Vorklinik und Klinik wird von den Fakultäten verschieden gehandhabt. In der Vorklinik ist die Möglichkeit gegeben, das Wahlfach auch in einer anderen Fakultät zu belegen. Im 6. bis 10. Semester besitzen die Wahlfächer klinischen Inhalt. Sie werden in größerer Zahl angeboten und sollen der Einarbeitung in ein spezielles Fachgebiet dienen, zum Beispiel in das Fach, in dem die Studierenden eine Promotion durchführen möchten.

MEDIZINISCHER FAKULTÄTENTAG
DER BUNDESREPUBLIK
DEUTSCHLAND

Eingeschlagene Wege und Ziele der Med. Fakultäten

1. Die 36 Medizinischen Fakultäten erarbeiten im engen gegenseitigen Kontakt und kompetitiv die Lehrprofile (Studien/Prüfungs-Ordnungen, Studien/Prüfungs-Pläne)

Koordination durch den Medizinischen Fakultätentag: Plenum der oMFT's und aoMFT's, Weiterentwicklung durch die Präsidialkommission (PK) „Neue ÄAppO“ und die PK „Akademie für Ausbildung in der Hochschulmedizin (AHM)“, Einrichtung eines Diskussionsforum in der Homepage des MFT für den Lehrkörper, die Studierenden und Gäste

2. Neue Wege der Didaktik der Hochschulmedizin müssen durch die neu gegründete AHM entwickelt werden
3. Maßnahmen zur Evaluierung der Lehre müssen vom MFT ergriffen werden

3 © G. von Jagow 12-03

MEDIZINISCHER FAKULTÄTENTAG
DER BUNDESREPUBLIK
DEUTSCHLAND

Stand der Umsetzung

unproblematisch → schwierig

4 © G. von Jagow 12-03

Vorgehen der Fakultäten bei der Umsetzung

Die Studiendekane und Studiendekanatsleiter der medizinischen Fakultäten stehen bei der Ausarbeitung der neuen ÄAppO in einem engen Gedanken- und Informationsaustausch, der einen Wettstreit um die interessantesten Studienpläne und Prüfungsordnungen durchaus einschließt.

In der Homepage des MFT wurde ein Diskussionsforum „Neue ÄAppO“ eingerichtet, das auch den Studierenden zur Verfügung steht. Als weitere begleitende Maßnahme wurde vom MFT eine Präsidialkommission „Neue ÄAppO“ gebildet, die den Umsetzungsprozess ständig begleitet. Eine zweite Präsidialkommission wurde gegründet, deren Aktivität bereits zur Gründung einer virtuellen „Akademie für Ausbildung in der Hochschulmedizin“ (AHM) als eine Einrichtung des MFT geführt hat. Sie soll mittelfristig eine wesentliche Rolle bei der Umsetzung der neuen Ausbildungsordnung spielen. Sie ist ein Forum derjenigen Medizinischen Fakultäten, die ein besonderes Interesse an einer Qualifikation von den in der medizinischen Ausbildung tätigen Lehrpersonen sowie anderer in Gesundheitsberufen tätiger Lehrpersonen besitzen. Die Arbeit der AHM soll von jenen Fakultäten getragen werden, die bereits eigene Teilprogramme für eine entsprechende Ausbildung aufgebaut haben und bereit sind, diese für externe Teilnehmer zu öffnen.

Neben diesen Aktivitäten muss der MFT Maßnahmen zur Umsetzung einer wissenschaftlich basierten Evaluierung der Lehre ergreifen. Dies ist eine dringliche Aufgabe, da sie

die Basis einer Lehrverbesserung darstellt und die Evaluierung der Lehre gesetzlich durch die neue ÄAppO vorgeschrieben ist.

Stand der Umsetzung

Der Stand der Umsetzung an den einzelnen Fakultäten ist unterschiedlich. Einige Fakultäten haben bereits ihre Studienordnungen und Studienpläne verabschiedet und auch im jeweiligen Staatsanzeiger veröffentlicht. Andere Fakultäten befinden sich beim Abschluss dieses Prozesses, doch einige haben bis jetzt nur einen Teil der Ausbildungsordnung umgesetzt. Es soll an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass bereits im laufenden Semester benotete Leistungsnachweise im klinischen Studienabschnitt von etlichen Studierenden benötigt werden.

Die Vorbereitung von Regelungen für die Wahlfächer in Klinik und Vorklinik bereitet offenbar keine großen Schwierigkeiten. Das Gleiche trifft weitgehend für die Gestaltung der Vorlesungen, Blockpraktika und Querschnittsbereiche zu. Die Ausgestaltung der Prüfungen für die fächerübergreifenden Scheine befindet sich häufig noch in Diskussion mit den Landesprüfungsämtern. Bei der Vergabe der Prüfungsnoten muss Praxiserfahrung gesammelt werden.

Es herrscht vielerorts die Besorgnis, dass die Ausstattung mit Lehrpersonal und die Verfügbarkeit von Unterrichtsräumen zu kapazitären Engpässen führen kann. Es darf nicht übersehen werden, dass noch über mehrere Semester der klinische Unterricht überlap-

pend für beide Ausbildungsordnungen angeboten werden muss.

Es stellt sich die Frage, ob die deutsche Hochschulmedizin das Ziel erreicht, innerhalb weniger Jahre die praktische Ausbildung nachhaltig zu verbessern. Wenn man jedoch die bereits erreichten Fortschritte betrachtet, scheint mir die Erwartung begründet. Voraussetzung dafür ist jedoch eine Einstellung der ständigen Kürzungen der Landeszuführungen, (siehe auch Resolution des aoMFT „Ressourcen der Medizinischen Fakultäten“, ebenda).

Ausblick

Als Zukunftsperspektive dient das Ziel: „Die Umsetzung der neuen Ausbildungsordnung ist erreicht, wenn es gelungen ist, die Ausbildung so zu gestalten, dass die Studierenden am Ende ihrer 6 1/4-jährigen Regelstudienzeit beim Beginn der Facharztweiterbildung in der Lage sind, sowohl häufige als auch wichtige Erkrankungen selbstständig zu diagnostizieren, therapeutische Maßnahmen einzuleiten und ein Erfahrungsschatz besteht, der es ermöglicht, den Patienten angemessen zu führen“.

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Gebhard von Jagow
Präsident des Medizinischen Fakultätentages
der Bundesrepublik Deutschland
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main

Herr Prof. Dr. von Jagow hat am
15. 11. 2003 auf der 29. Kammerversammlung
den Vortrag gehalten.

Allgemeinmedizin – Herausforderung und Chance nach der neuen Approbationsordnung

TU Dresden
Medizinische Fakultät
Medizinische Klinik III



Dr. med. Antje Bergmann

Zusammenfassung:

Am 1. 10. 2003 wurde die neue Ärztliche Approbationsordnung (ÄAppO) in Kraft gesetzt. Die Allgemeinmedizin nimmt in der neuen ÄAppO einen wichtigen Platz ein. Eine der wichtigsten Neuerungen ist ein obligatorisches Blockpraktikum.

Die Umsetzung des Gesetzestextes an den einzelnen Hochschulen ist sehr unterschiedlich und vielgestaltig.

An der Medizinischen Fakultät Dresden wurde die Allgemeinmedizin in die Diskussionen um eine neue Studienordnung, welche den Anforderungen der ÄAppO entspricht, von Beginn an einbezogen. Die Möglichkeiten und die Herausforderungen, eine anspruchsvolle und praxisrelevante Lehre im Fach zu gestalten, sind enorm. Die Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus als Reformfakultät des Stifterverbandes für die Deutsche Wissenschaft und Harvard Medical International Associated Institution setzt im DIPOL-Curriculum (Dresdner Integratives Patienten-, Praxis- und Problem-orientiertes Lernen) die enge Verknüpfung von Theorie und Praxis, einen

Studienabschnitt		Abschluss/Schein
„Vorklinik“ erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung	Allgemeinmedizin (AM) als Wahlfach [§2, (8)]	nicht scheinpflichtig
	– AM als eines der 22 Fächer mit Leistungsnachweis [§27 (1)] – Integration mit Querschnittsbereichen (12) möglich – AM als Wahlfach	scheinpflichtig (Anlage 12) scheinpflichtig scheinpflichtig
„Klinik“ zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung	Blockpraktikum AM (1-6 Wochen)	Leistungsnachweis
Praktisches Jahr	3. Tertial (16 Wochen) AM möglich [§3 (1)]	Bescheinigung (Anlage 4)

Tabelle 1: Allgemeinmedizin nach neuer ÄAppO

höheren Anteil der Ausbildung am Krankenbett in kleineren Gruppen um. Welchen Stellenwert die Allgemeinmedizin in dieser Neuordnung in Dresden hat, darauf soll in aller Kürze dieser Artikel eingehen.

1. Einleitung

Die tägliche Arbeit eines Hausarztes ist geprägt von einem bestimmten Problemspektrum. Der Anteil älterer Patienten nimmt entsprechend der allgemeinen Bevölkerungsentwicklung einen immer größeren Raum ein. Dementsprechend ist der Anteil von Patienten, welche chronisch erkrankt oder multimorbide ist, in der Langzeitbetreuung gestiegen. Weiterhin spielen Akut-Erkrankungen, die Prävention und Früherkennung, der hohe Anteil an komplexen biopsychosoziale Probleme eine große Rolle. Die allgemeinmedizinische Arbeitsweise, wie zum Beispiel der Aufenthalt im Niederprävalenz-Bereich bei Anamnese und Befund, die Einbeziehung der Familie und des sozialen Umfeldes, die Hausbesuche unterscheidet sich von anderen Fachdisziplinen. Ein Hausarzt hat eine wichtige Stellung im Versorgungssystem und gut definierte Funk-

tionen (primärärztliche Funktion, haus- und familienärztliche Funktion, soziale Integrationsfunktion, Gesundheitsbildungsfunktion, Koordinationsfunktion, psychosoziale Betreuungsfunktion, ökologische Funktion, Schutzfunktion, Dokumentationsfunktion).

Diese komplexen Kenntnisse und Fertigkeiten können – wie in anderen Fächern auch – nur von entsprechend ausgebildeten und tätigen Ärzten und im entsprechenden Versorgungsetting vermittelt werden. Dass heißt, die allgemeinmedizinische Ausbildung muss von Allgemeinmedizinern bestritten werden. Dies ist an den Hochschulen Konsens.

Das „Wie“ ist durchaus in den einzelnen Bundesländern und an einzelnen Standorten unterschiedlich.

2. Forderungen der neuen Ärztlichen Approbationsordnung

Das Fach Allgemeinmedizin kann (siehe Tabelle 1) vom ersten bis zum letzten Jahr der Mediziner Ausbildung angeboten werden. Einige dieser Veranstaltungen sind Pflicht andere optional.

Der Gesetzgeber hat für das Fach Allgemeinmedizin ein mindestens einwöchiges Blockpraktikum vorgeschrieben.

Die neue Approbationsordnung schreibt unter anderem 12 Querschnittsfächern vor (Tabelle 2). Hierfür sind Leistungsnachweise zu erbringen. Diese Querschnittsfächer werden in Dresden in verschiedene DIPOL-Kurse integriert.

Mindestunterrichtszeit ist in der Regel eine Semesterwochenstunde oder zehn Stunden pro Fach. Diese Mindestanforderungen an diese Bereiche werden jedoch oft deutlich übertroffen.

Diese Querschnittsfächer können auch über mehrere klinische Semester verteilt werden.

3. Umsetzung im Dresdner Curriculum

3.1 Praktikum

Bislang war ein Praktikum von dreimal fünf Stunden in einer akkreditierten allgemeinmedizinischen Lehrpraxis im 9. Semester für jeden Studenten vorgesehen. Dieses wird letztmalig in dieser Form und in diesem Umfang im Sommersemester 2004 durchgeführt. Das geforderte Blockpraktikum wird erstmals 2004 im Wintersemester stattfinden.

Die Medizinische Fakultät hat derzeit über 40 Lehrpraxen, die die praktische Ausbildung der Studenten gewährleisten. Die Lehrpraxisinhaber gestalten diese (zeitintensiven) Praktika mit enormen persönlichen Einsatz. Der große Vorteil dieser Art von Lehre ist das Verhältnis Lehrender:Student gleich 1:1!

Das Praktikum im Fach Allgemeinmedizin hat unter den Studenten einen guten Anklang gefunden (siehe Bericht von Franziska Grube, cand.med.).

Tabelle 2: Querschnittsfächer nach neuer ÄAppO

1. Epidemiologie, Medizinische Biometrie und Medizinische Informatik
2. Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin
3. Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, Öffentliche Gesundheitspflege
4. Infektiologie, Immunologie
5. Klinisch pathologische Konferenz
6. Klinische Umweltmedizin
7. Medizin des Alterns und des alten Menschen
8. Notfallmedizin
9. Klinische Pharmakologie/Pharmakotherapie
10. Prävention, Gesundheitsförderung
11. Bildgebende Verfahren, Strahlentherapie und Strahlenschutz
12. Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren

Franziska Grube: Erfahrung Allgemeinmedizin

Nach fast fünf Studienjahren bot sich uns im letzten Semester vor dem Zweiten Staatsexamen (Sommersemester 2003) die Möglichkeit, ein Praktikum der Allgemeinmedizin zu absolvieren. Wenn man nicht im Rahmen seiner Fakultäten seine Praxisfamiliarzeit bei einem Allgemeinmediziner abgeleistet hatte, der erste Kontakt mit dem Beruf des Hausarztes.

Im vollgepackten POL-Kurs „Prävention und Versorgung“ hatten wir schon in einigen Vorlesungen in die Allgemeinmedizin reingeschnuppert. Nun, im Sommersemester sollte diese Theorie durch praktische Erfahrung untermauert werden.

Dreimal fünf Stunden waren für das Praktikum Allgemeinmedizin vorgesehen. Um all die vielen Studenten unseres Jahrgangs auf die

Dresdner Hausarztpraxen zu verteilen und gleichzeitig Stundenplankollisionen mit anderen Praktika und Tutorien zu vermeiden, wurde dafür im Stundenplan ein Wochentag relativ freigehalten. Von März bis Juli standen dann für jeden Studenten drei Termine auf dem Programm.

Ich konnte nach Absprache mit der recht peripher gelegenen Allgemeinmedizinpraxis in Oschatz glücklicherweise schon die letzte Woche meiner Wintersemesterferien nutzen, um zum einen drei ganze Tage am Stück und zum anderen von morgens bis abends bei Herrn Dr. Telle zu hospitieren.

Dies erwies sich als äußerst günstig. Lagen doch die Haus- und Pflegeheimbesuche zu meist in der frühen Nachmittagszeit. Anderen Studenten entging die Möglichkeit, diesen wichtigen Bestandteil der Hausarztstätigkeit kennenzulernen, wenn sie nur die vorgesehenen fünf Stunden pro Praktikumstag dem Arzt über die Schulter schauten. (Was sich aber nicht vermeiden ließ, wenn man weiter entfernt gelegene Praxen besuchte und trotzdem nachmittags Zusatzpraktika des POL-Kurses „Notfälle-Verletzungen-Intensivmedizin“ an der Uni wahrnehmen wollte.)

Mit meinem Allgemeinmedizinpraktikum bin ich sehr zufrieden und Herrn Dr. Telle sehr dankbar, dass ich bei ihm den Praxisalltag miterleben durfte. Der reichte von Husten, Schnupfen, Heiserkeit über Geschwürversorgung und Fäzenziehen bis hin zu Besuchen im Pflegeheim, wo es entweder um die Einweisung ins Krankenhaus nach Sturz und vermutlichem Schenkelhalsbruch, Diabeseinstellung oder medikamentöse Behandlung von Depression ging. Ich konnte lernen, dass nicht nur medizinisches Know how wichtig ist, um eine Praxis erfolgreich zu führen. Es gehört auch viel Menschlichkeit und Einfühlungsvermögen, Unternehmerteil, Geduld den vielen Pharmavertretern gegenüber und die Kenntnis einer ganzen Reihe von Gesetzen und Vorschriften dazu. Der Arbeitstag des Hausarztes endet nicht, wenn um 19.00 Uhr die Praxistür geschlossen wird, sondern erst, wenn Abrechnung und Post erledigt sind.

Doch all die Mühe wird belohnt, wenn der Hausarzt vom jüngsten Nachwuchs bis zur Uroma alle Familienmitglieder kennt und – besonders in ländlichen Gegenden – sozusagen zur Familie gehört.

3. Woche	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Datum	02.02.04	03.02.04	04.02.04	05.02.04	06.02.04
7.30 bis 12.30	Praktika	Praktika	Praktika	Praktika	Praktika
13.00 bis 14.30	VL Allgemeinmedizin	VL Rechtsmedizin	VL Public Health	VL Allgemeinmedizin	Prüfung
15.00 bis 16.30	Tutorium	VL Naturheilkunde	Tutorium	VL Public Health	
17.00	VL Naturheilkunde				

Abbildung 1: Stundenplan Kurs „Prävention und Versorgung“, Wintersemester 2003/2004

3.2 Theoretische Ausbildung

Die theoretischen Grundlagen des Faches werden in einem dreiwöchigen integrativen DIPOL-Kurs „Prävention und Versorgung“ vermittelt.

Im Wintersemester 2003/2004 sind neben der Allgemeinmedizin folgende Fächer integriert: Rechtsmedizin, Teile der Arbeitsmedizin (Prävention in der Arbeitsmedizin und Gesundheitsförderung) sowie die Querschnittsfächer: Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, Öffentliche Gesundheitspflege; Prävention, Gesundheitsförderung sowie Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren. Wie ein Stundenplan dieses Kurses aussieht, ist in der Abbildung 1 ersichtlich. Die Schwerpunkte des Kurses liegen auf der Prävention, in der Erläuterung von Versorgungsstrukturen, in gesundheitspolitischen Aspekten, im Vermitteln von EBM (evidence based medicine). Für die Lehre stehen verschiedene Unterrichtsformen zur Verfügung.

Die klassische Vorlesung hat nach wie vor auch im DIPOL ihren Stellenwert, wenn es um Vermitteln von Grundlagen und dem Wissen um ein spezielles Problem geht.

Sie wird ergänzt von Tutorien, in denen in kleinen Gruppen (8 bis 10 Studenten) und

einem Tutor (auch „fachfremd“) bestimmte Probleme anhand eines (realen) Falles diskutiert werden. Die Lernziele eines Falles erarbeiten sich die Studenten größtenteils selbst. Die Tutorien sind angelegt, Grundsteine für das „lebenslangen Lernen“ zu legen, ohne dies ist der Wissenszuwachs in der Medizin nicht zu bewältigen. In der Gruppe wird sich einem Problem genähert, Differentialdiagnosen erörtert, Diagnostik festgelegt für die einzelnen Fragestellungen sowie die Therapie besprochen. Eine weitere Form des Unterrichtes in kleineren Gruppen sind die Fallseminare. Mittels eines Falles werden durch Experten (Fachvertreter) offene Fragen geklärt. Hospitationen, Seminare ergänzen die Veranstaltungen. Longitudinal werden Gesprächsführungsseminare zu Arzt-Patient-Kommunikation angeboten. Diese Seminare sind ebenfalls in die Kurse integriert und haben bestimmte Problemfelder als Grundlage (zum Beispiel: Mitteilung schwerwiegender Diagnosen im Onkologie-Kurs).

4. Zusammenfassung

Ziel der neuen Approbationsordnung war und ist es, die praktische Ausbildung zu fördern. Diese Forderungen umzusetzen sind – wenn

gleich mühevoll – wichtig und notwendig. Vor dem Hintergrund, dass das AiP (Arzt im Praktikum) ab 1.10. 04 per Stichtagregelung wegfallen wird, ist eine verbesserte und praxisnahe Ausbildung unserer Studenten unabdingbar. Dieses beginnt innerhalb des Studiums und setzt sich im Praktischen Jahr, als letzten Teil vor der Erlangung der Approbation, fort. Gegenwärtig sind noch viele Fragen in der Umsetzung der ÄAppO offen, speziell die Änderung der scheinpflichtigen Fächer, die Übergangsregelungen, die neuen Prüfungsformen geben Anlass zu Diskussionen zwischen den Studiendekanaten und den Landesprüfungsämtern. Eine Präsidialkommission „Neue ÄAppO“ des Medizinischen Fakultätentages wurde für diese besondere Aufgabe eingerichtet. Diese Neugestaltung der Lehre ist aufwendig, jedoch im Austausch untereinander, durch die hohe Motivation der Lehrenden zu bewältigen. Deshalb sehe ich die neue Approbationsordnung als Chance und Herausforderung.

Anschrift der Verfasser:

Dr. med. Antje Bergmann
Lehrbereich Allgemeinmedizin,
Medizinische Klinik III, Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus der TU Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Zur novellierten (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003



Prof. Dr. med. Gunter Gruber

Aufgrund der Entwicklung der Medizin in Wissenschaft und Praxis, die Inhalte der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) von 1992 stammten aus der Zeit um 1990 (!) und den Forderungen des SGB V (Hausarzt), war die Novelle dringend notwendig. Sie sollte erfol-

gen im Sinne der Deregulierung (Regelumfang optimieren), Praktikabilität (Machbarkeit hauptberuflich, berufsbegleitend?), der Transparenz für Arzt und Patienten (Ankündigung der Arztbezeichnungen), der Qualitätssicherung (Prüfungen in allen Weiterbildungsbezeichnungen), der Flexibilität (Nachqualifizierungen) und letztlich im Sinne der Ehrlichkeit z.B. durch Forderung nach detaillierten Zeugnissen).

Was ist neu/verändert in der novellierten M-WBO?

Sie gliedert sich in drei Abschnitte:

- Abschnitt A enthält mit dem Paragraphenteil alle grundsätzlichen rechtlichen Bestimmungen,
- Abschnitt B stellt das Kapitel für die Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen dar und
- Abschnitt C weist die Zusatz-Weiterbildungen aus.

In den Abschnitten B und C sind die einzelnen Weiterbildungsbezeichnungen und Inhalte der Weiterbildungsgänge aufgeführt.

Vorangestellt sind diesen Abschnitten „Allgemeine Bestimmungen“ und „Begriffserläuterungen“.

Die Zahl der Weiterbildungs-Kategorien wurde von 5 auf 3 reduziert, indem die Fachkunden und die Fakultativen Weiterbildungen in den Gebieten als Arztbezeichnungen abgeschafft wurden. Die 156 Arztbezeichnungen nach der Weiterbildungsordnung (WBO) verringerten sich auf 104.

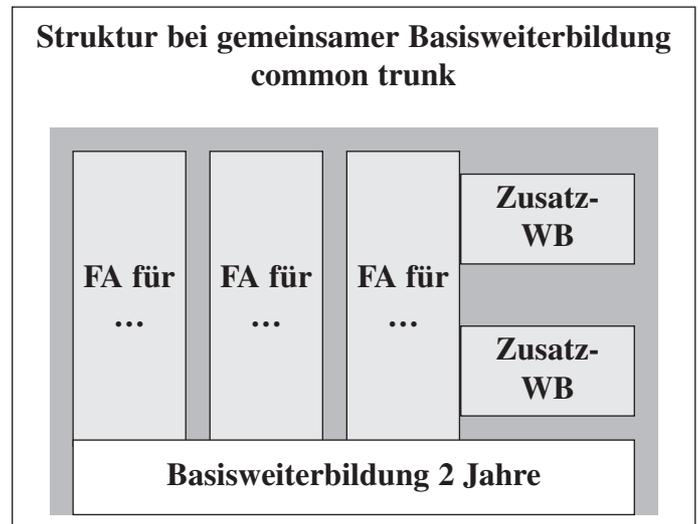
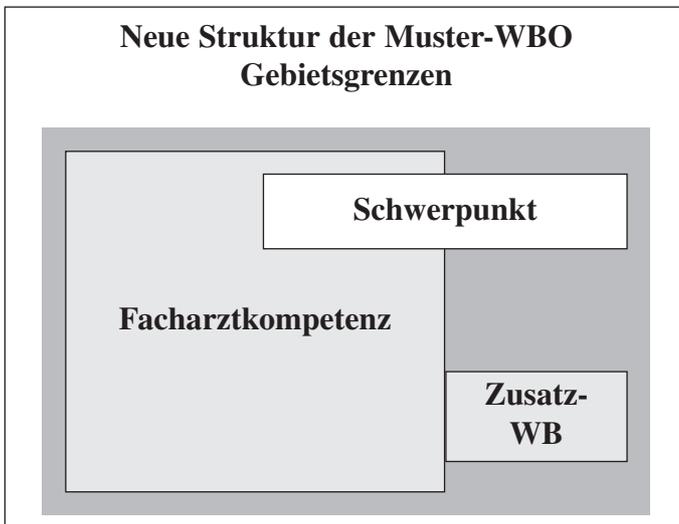
Im Text wird die Bezeichnung „Arzt/Ärzte“ einheitlich für Ärztinnen und Ärzte verwendet. Zu wichtigen ausgewählten Details der Novelle:

- Die Weiterbildung erfolgt in angemessen vergüteter (neue Konkretisierung!) hauptberuflicher Ausübung der ärztlichen Tätigkeit an zugelassenen Weiterbildungsstätten unter Anleitung besonders befugter Ärzte.

- Unterbrechung der Weiterbildung, insbesondere aus Gründen wie Schwangerschaft, Elternzeit, Wehr- und Ersatzdienst – soweit eine Weiterbildung nicht erfolgt –, wissenschaftliche Aufträge oder Krankheit (bisher über 6 Wochen/Jahr!) kann auf die Weiterbildung nicht angerechnet werden.
- Eine Weiterbildung in Teilzeit ist anzurechnen, wenn sie mindestens die Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit beträgt. Die Weiterbildungszeit verlängert sich entsprechend. Sie ist nicht mehr vorher bei der Ärztekammer ankündigungspflichtig!
- Alle Arztbezeichnungen nach der WBO erfordern eine abschließende Prüfung und sind nach Anerkennung führbar.
- Die Weiterbildungsbefugnis wird wie bisher auf Antrag in einem bestimmten Umfang erteilt, wenn die Vorbedingungen (durch die zuständige Stelle zugelassenen Weiterbildungsstätte, entsprechende persönliche und fachliche Eignung, Jahres-Morbiditäts- und Leistungsstatistik und anderes mehr) erfüllt sind. Dabei kann die Befugnis zur Weiterbildung nur für eine Facharztweiterbildung und/oder den zugehörigen Schwerpunkt und/oder grundsätzlich für eine Zusatz-Weiterbildung erteilt werden.
- Die Erteilung einer Verbundweiterbildungsbefugnis ist möglich.
- Dem Antrag auf Weiterbildungsbefugnis ist ein gegliedertes Programm für die Weiterbildung zum Facharzt, Schwerpunkt oder zur Zusatz-Weiterbildung, für die die Befugnis beantragt wird, beizufügen. Dieses gegliederte Programm muss der Weiterbildungsbefugte auch den unter seiner Verantwortung Weiterzubildenden aushändigen!

- Der Weiterbildungsbefugte hat dem Arzt in Weiterbildung ein Weiterbildungszeugnis auszustellen, das im einzelnen die erworbenen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten darlegt und zur Frage der fachlichen Eignung ausführlich Stellung nimmt. Bei Verbundweiterbildungsbefugnis sind grundsätzlich die Unterschriften aller am Verbund beteiligten Ärzte auf dem Abschlusszeugnis erforderlich.
- Die ausführlichen Weiterbildungszeugnisse sind deshalb so wichtig, weil die zurzeit gültige Regelung § 4 (8) WBO entfällt. Bisher soll Weiterbildung für ein Gebiet grundsätzlich mindestens 1 Jahr unter Anleitung von Ärzten abgeleistet werden, die im vollen Umfang zur Weiterbildung befugt sind. Nur durch detaillierte Zeugnisse kann der Erfüllungsstand der Weiterbildung beurteilt werden. Das ist besonders dann von Bedeutung, wenn mehrere Abschnitte der Weiterbildung zum Beispiel in Weiterbildungsstätten absolviert wurden, die nur eine begrenzte Weiterbildungsbefugnis hatten. Eine Summation der Weiterbildungszeiten kann nur dann erfolgen, wenn die Morbiditäts- und Leistungsstatistiken nicht identisch sind, sondern sich ergänzen.
- Der befugte Arzt ist verpflichtet, die Weiterbildung persönlich zu leiten sowie zeitlich und inhaltlich entsprechende der WBO zu gestalten und die Richtigkeit der Dokumentation der Weiterbildung eines in Weiterbildung befindlichen Arztes zu bestätigen.
- Der Arzt in Weiterbildung hat die Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungsinhalte zu dokumentieren!

- Der Weiterbildungsbefugte führt mit seinen Ärzten in Weiterbildung nach Abschluss eines Weiterbildungsabschnittes, mindestens jedoch einmal jährlich ein Gespräch, in welchem der Stand der Weiterbildung von beiden Seiten beurteilt wird. Bestehende Defizite werden aufgezeigt. Der Inhalt des Gespräches ist zu dokumentieren und dem Antrag auf Zulassung zur Prüfung beizufügen!
- Neben speziellen Übergangsbestimmungen, die für einzelne Arztbezeichnungen, zum Beispiel bei Fusionen oder Common trunk-Regelungen, im Abschnitt B und C ausgewiesen sind, werden unter § 20 MWBO allgemeine Übergangsbestimmungen formuliert.
- So können Kammermitglieder, die sich bei Inkrafttreten dieser WBO in Weiterbildung befinden, diese bei der Facharztweiterbildung innerhalb von 7 Jahren, bei der Schwerpunkt- und Bereichsweiterbildung innerhalb von 3 Jahren, bei der Weiterbildung zur Fakultativen Weiterbildung oder Fachkunde innerhalb von 2 Jahren nach den Bestimmungen der bisher gültigen WBO abschließen. Sie können sich aber auch für die Weiterbildung nach der neuen WBO entscheiden, wenn entsprechende Arztbezeichnungen fortgeführt werden. Das wird einige Schwierigkeiten in den Gebieten bereiten, in denen die Weiterbildungsstrukturen zum Beispiel durch Common trunk-Weiterbildung wesentlich verändert wurden. Aber bei der Einzelfallüberprüfung ist die Anerkennung von Vorleistungen über den §10 WBO (abweichender gleichwertiger Weiterbildungsgang) möglich.
- Kammermitglieder, die bei Einführung einer neuen Bezeichnung in die WBO in dem jewei-



ligen Gebiet, Schwerpunkt oder der Zusatz-Weiterbildung innerhalb der letzten 8 Jahre vor der Einführung mindestens die gleiche Zeit regelmäßig und nicht nur gelegentlich an Weiterbildungsstätten oder vergleichbaren Einrichtungen tätig waren, welche der Mindestdauer der Weiterbildung entspricht, können auf Antrag die Anerkennung zum Führen der Bezeichnung erhalten, nachdem sie die dazu erforderliche Prüfung bestanden haben.

Der Antragsteller muss den Nachweis dieser regelmäßigen Tätigkeit erbringen. Die Anträge sind innerhalb einer Frist von 3 Jahren zu stellen. Die Forderung nach einer Prüfung bei Neueinführung einer Arztbezeichnung in das Weiterbildungsrecht ist neu. Bisher erfolgten die Anerkennungen in diesen Fällen in der Regel ohne Prüfung.

Die Weiterbildungsanforderungen werden durch Verwaltungsrichtlinien konkretisiert, zum Beispiel Angabe von Richtzahlen für einzelne Untersuchungs- und Behandlungsverfahren. Letztere werden zurzeit in den Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer nach Abstimmung mit den Fachgesellschaften und Berufsverbänden erarbeitet.

Das Gebiet wird als definierter Teil einer Fachrichtung der Medizin beschrieben.

Die Gebietdefinition bestimmt die Grenzen der Ausübung fachärztlicher Tätigkeit.

Auch durch zusätzliche Weiterbildung zum Beispiel im Schwerpunkt oder in Zusatz-Weiterbildungen dürfen die Gebietsgrenzen bei der ärztlichen Tätigkeit nicht überschritten werden (Abbildung 1).

Der Arzt kann aber nie alle Inhalte seines Gebietes beherrschen, deshalb beschreibt die Facharztkompetenz wiederum nur die obligaten Inhalte für die Facharztweiterbildung.

Neu ist die Struktur der gemeinsamen Basisweiterbildung (common trunk) (Abbildung 2) mit unterschiedlicher Dauer für die Gebiete Chirurgie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Innere Medizin und Allgemeinmedizin, Pharmakologie, Pathologie).

Das Gebiet Orthopädie fusioniert mit dem jetzigen Schwerpunkt Unfallchirurgie der Chirurgie in der Facharztbezeichnung Orthopädie und Unfallchirurgie.

Besondere Probleme wird die Umsetzung des neuen Gebietes Innere Medizin und Allgemeinmedizin mit zwei Facharztkompetenzen mit sich bringen.

Um der Forderung nach Durchsetzung des Hausarztprinzips ab 1. 1. 2006 nach SGB V gerecht zu werden und um den jahrelangen

innerärztlichen Streit im ambulanten Bereich zwischen den Praktischen Ärzten/Allgemeinmedizinern und hausärztlich tätigen Internisten abzubauen, erfolgte die Fusion der zwei Gebiete in ein großes Gebiet nach der WBO vorwiegend aus politischen Erwägungen. Auf zwei Deutschen Ärztetagen wurde diese Fusionen mit unterschiedlichen Mehrheiten angenommen.

Die bisherigen Ausbildungsfächer Allgemeinmedizin und Innere Medizin an den Hochschulen werden dadurch nicht betroffen.

Nach einer gemeinsamen Basisweiterbildung von 3 Jahren stationärer Weiterbildung in der internistischen Patientenversorgung, wobei für den Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin 12 Monate in Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung (auch in 3-Monatsabschnitten), ableistbar sind,

– schließt sich zum Erwerb des Facharztes für Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt) eine 24-monatige Weiterbildung in der ambulanten hausärztlichen Versorgung, davon sind 6 Monate in Chirurgie anrechenbar, an. Außerdem wird der 80-Stunden-Kurs Psychosomatische Grundversorgung gefordert.

Nach Erfüllung dieser Mindestzeiten und -inhalte nach der WBO kann die Facharztprüfung nach 5 Jahren abgelegt werden,

– schließen sich zum Erwerb des Facharztes für Innere Medizin mit Schwerpunkt ... 3 Jahre Weiterbildung im gewählten Schwerpunkt an, davon sind 18 Monate ambulant ableistbar.

Nach mindestens 6 Jahren kann die Prüfung zu diesen Facharztkompetenzen abgelegt werden.

In den Prüfungen werden einerseits sowohl die Inhalte der allgemeinen Inneren Medizin und der Allgemeinmedizin sowie andererseits die Inhalte der allgemeinen Inneren Medizin und die der gewählten Schwerpunkte geprüft. Auf dem nächsten Deutschen Ärztetag soll noch über einige Zusatz-Weiterbildungen diskutiert werden (Betriebsmedizin, Ärztliches Qualitätsmanagement, Ernährungsmedizin, Medizinische Begutachtung, Sexualmedizin, Umweltmedizin, Suchtmedizinische Grundversorgung). Dabei geht es bei diesen und anderen Arztbezeichnungen vorrangig um die Frage, ob sie zukünftig nach der WBO oder im Rahmen der curricularen Fortbildung erworben werden sollen.

Wegen der großen Bedeutung der „Dauerbaustelle Weiterbildungsordnung“ wurde beschlossen, dass zukünftig auf jedem Deut-

schen Ärztetag ein halber Tag zur Diskussion von Weiterbildungsproblemen reserviert wird. Die Umsetzung der MWBO in das Landesrecht erfordert zuvor die Anpassung des Sächsischen Heilberufekammergesetzes.

Obwohl die Weiterbildung Landesrecht darstellt, ist die nahezu wortgetreue Umsetzung der MWBO in Sachsen, von minimalen vorwiegend redaktionellen Abweichungen abgesehen, vorgesehen, damit die sächsischen Ärzten nach einem Wechsel in andere Kammerbereiche keinerlei Anerkennungsprobleme ihrer Weiterbildung und Arztbezeichnungen bekommen.

Nach Annahme durch die Kammerversammlung im Juni 2004, Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde und die Veröffentlichung im „Ärzteblatt Sachsen“ kann die neue WBO voraussichtlich ab 1. 1. 2005 in Kraft treten.

Der gesamte Text der MWBO ist im Internet unter www.bundesaerztekammer.de, Themen A-Z, Weiterbildung einsehbar.

Am Schluss werden die Gebiete und ihre Facharzt- (FA) und Schwerpunkt- (SP) Kompetenzen sowie die beschlossenen Zusatz-Weiterbildungen aufgelistet.

Abschnitt B: Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen

1. Gebiet Anästhesiologie
2. Gebiet Anatomie
3. Gebiet Arbeitsmedizin
4. Gebiet Augenheilkunde
5. Gebiet Biochemie
6. Gebiet Chirurgie
 - 6.1 FA Allgemeine Chirurgie
 - 6.2 FA Gefäßchirurgie
 - 6.3 FA Herzchirurgie
 - 6.4 FA Kinderchirurgie
 - 6.5 FA Orthopädie und Unfallchirurgie
 - 6.6 FA Plastische Chirurgie
 - 6.7 FA Thoraxchirurgie
 - 6.8 FA Visceralchirurgie
7. Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe
 - SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
 - SP Gynäkologische Onkologie
 - SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin
8. Gebiet Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
 - 8.1 FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
 - 8.2 FA Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen
9. Gebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten

- | | |
|---|--|
| 10. Gebiet Humangenetik | 30. Gebiet Strahlentherapie |
| 11. Gebiet Hygiene und Umweltmedizin | 31. Gebiet Transfusionsmedizin |
| 12. Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin | 32. Gebiet Urologie |
| 12.1 FA Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt) | Abschnitt C: Zusatz-Weiterbildungen |
| 12.2 FA Innere Medizin und SP Angiologie | Akupunktur |
| FA Innere Medizin und SP Endokrinologie und Diabetologie | Allergologie |
| FA Innere Medizin und SP Gastroenterologie | Andrologie |
| FA Innere Medizin und SP Hämatologie und Onkologie | Betriebsmedizin |
| FA Innere Medizin und SP Kardiologie | Dermatohistologie |
| FA Innere Medizin und SP Nephrologie | Diabetologie |
| FA Innere Medizin und SP Pneumologie | Flugmedizin |
| FA Innere Medizin und SP Rheumatologie | Geriatric |
| 13. Gebiet Kinder- und Jugendmedizin | Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie |
| SP Kinder-Hämatologie und -Onkologie | Hämostaseologie |
| SP Kinder-Kardiologie | Handchirurgie |
| SP Neonatologie | Homöopathie |
| SP Neuropädiatrie | Infektiologie |
| 14. Gebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie | Intensivmedizin |
| 15. Gebiet Laboratoriumsmedizin | Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie |
| 16. Gebiet Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie | Kinder-Gastroenterologie |
| 17. Gebiet Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie | Kinder-Nephrologie |
| 18. Gebiet Neurochirurgie | Kinder-Orthopädie |
| 19. Gebiet Neurologie | Kinder-Pneumologie |
| 20. Gebiet Nuklearmedizin | Kinder-Rheumatologie |
| 21. Gebiet Öffentliches Gesundheitswesen | Labordiagnostik |
| 22. Gebiet Pathologie | – fachgebunden – |
| 22.1 FA Neuropathologie | Magnetresonanztomographie |
| 22.2 FA Pathologie | – fachgebunden – |
| 23. Gebiet Pharmakologie | Manuelle Medizin/Chirotherapie |
| 23.1 FA Klinische Pharmakologie | Medikamentöse Tumortherapie |
| 23.2 FA Pharmakologie und Toxikologie | Medizinische Informatik |
| 24. Gebiet Physikalische und Rehabilitative Medizin | Naturheilverfahren |
| 25. Gebiet Physiologie | Notfallmedizin |
| 26. Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie | Orthopädische Rheumatologie |
| SP Forensische Psychiatrie | Palliativmedizin |
| 27. Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie | Phlebologie |
| 28. Gebiet Radiologie | Physikalische Therapie und Balneologie |
| SP Kinderradiologie | Plastische Operationen |
| SP Neuroradiologie | Proktologie |
| 29. Gebiet Rechtsmedizin | Psychoanalyse |
| | Psychotherapie |
| | – fachgebunden – |
| | Rehabilitationswesen |
| | Röntgendiagnostik |
| | – fachgebunden – |
| | Schlafmedizin |
| | Sozialmedizin |
| | Spezielle Orthopädische Chirurgie |
| | Spezielle Schmerztherapie |
| | Spezielle Unfallchirurgie |
| | Sportmedizin |
| | Tropenmedizin |

Prof. Dr. med. Gunter Gruber
Vorsitzender Ausschuss Weiterbildung

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 Diettrich
Dr. Hans-Joachim Gräfe
Dr. Rudolf Marx
Prof. Dr. Peter Matzen
Dr. jur. Verena Diefenbach
Knut Köhler M.A.

Redaktionsassistentz: Ingrid Hüfner

Anschrift der Redaktion

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Telefon 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: Silke El Gendy

Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste Nr. 7 vom 1.1.2004 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: 8,40 € 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

Mitarbeiter der Sächsischen Landesärztekammer erlernen Anwendung des Defibrillators



Dr. Ralph Kipke (Bildmitte), Schulungsleiter

Großer Andrang, viel Publikum. Plötzlich bricht jemand zusammen und bleibt reglos liegen. Sollte ein tödliches Herzkammerflimmern (plötzlicher Herztod) die Ursache sein, kann ein schnell eingesetzter Defibrillator lebensrettend wirken. Aus dieser Erkenntnis heraus werden Defibrillatoren mehr und mehr dem geschulten Laien zugänglich gemacht. Auch die Sächsische Landesärztekammer beteiligt sich an Frühmaßnahmen.

Publikumsverkehr erfordert Erste Hilfe

Die Sächsische Landesärztekammer hat bereits seit einem Jahr einen Defibrillator in ihrem Gebäude installiert. Und 23 Mitarbeiter haben sich in einer Schulung zum Ersthelfer ausbilden lassen. Denn in dem Gebäude der Landesärztekammer finden jährlich rund 500 Veranstaltungen mit über 15.000 Teilnehmern statt. „Wir möchten für den Notfall, der hoffentlich niemals Eintritt, gerüstet sein“, sagt die Hauptgeschäftsführerin, Dr. Verena Diefenbach. „Jede Veranstaltung ist mit mindestens einem unserer geschulten Mitarbeiter abgesichert. Unsere Gäste können sich nicht nur wohl, sondern im Notfall auch sicher fühlen.“

Sächsische Landesärztekammer sieht Verantwortung

Dr. Ralph Kipke, Leiter des Projektes Früh-Defibrillation, hat in Dresden schon zahlreiche Schulungen an den neuen Geräten durchgeführt. Auch die Mitarbeiter der Sächsischen Landesärztekammer haben bei ihm die Bedienung und Anwendung des Defibrillators er-

lernt. Zu den Schulungsinhalten gehören „Erste Hilfe“, Atem- und Pulstest sowie die sichere Anwendung der Technik. „Durch eine Sprachsteuerung des Gerätes und weitere Sicherheitsstufen sind Anwendungsfehler am Patienten so gut wie ausgeschlossen“, meint Dr. Kipke am Rande der Wiederholungsschulung in der Sächsischen Landesärztekammer. „Ein interner Speicher zeichnet zudem die Maßnahmen auf. Nur wenn ein plötzlicher Herztod vorliegt, wird ein elektrischer Impuls zur Stimulation des Herzmuskels abgegeben.“

Viele transportable und bedienungssichere Geräte sind mittlerweile in Kaufhäusern oder Flughäfen zu finden. Auch immer mehr Großeinrichtungen wie AMD oder Infinion haben ihre Mitarbeiter die Funktionsweise und den Einsatz des Defibrillators erlernen lassen.

Frau Dr. Diefenbach: „Für die Sächsische Landesärztekammer ist es selbstverständlich, dass die Mitarbeiter für den Notfall gerüstet sein müssen. Den Notarzt können wir jedoch nicht ersetzen.“

Hintergrund

Ein Defibrillator ist ein Gerät zur Erzeugung von elektrischen Impulsen zur Therapie ver-

schiedener lebensbedrohlicher Herzrhythmusstörungen, vor allem aber eines Herzstillstands (plötzlichen Herztodes). Defibrillatoren gehören zur Standardausrüstung jeder Intensivstation und jedes Operationssaals. Außerdem befinden sie sich auf allen Rettungs- und Notarztwagen, in Rettungshubschraubern sowie mittlerweile in vielen Passagierflugzeugen. Neben der Herz-Lungen-Wiederbelebung, wie sie im Erste-Hilfe-Kurs gelehrt wird, ist die Defibrillation der wichtigste Therapieschritt im Kampf gegen den plötzlichen Herztod.

Die Geräte haben eine sprachgesteuerte Benutzerführung und übernehmen die Auswertung des EKGs. Dem Laien bleibt lediglich die Aufgabe, das Gerät einzuschalten und sich an die Sprachanweisungen zu halten. Wichtig ist darauf hinzuweisen, dass ein Defibrillator nur bei kurzfristigen und lebensbedrohlichen Rhythmusstörungen des Herzens, zum Beispiel nach Unfällen oder Infarkten eingesetzt wird. Längerfristige Herzrhythmusstörungen werden medikamentös oder mit Hilfe von Herzschrittmachern behandelt.

kö

Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf »Arzthelfer/Arzthelferin«

Die Sächsische Landesärztekammer führt die nächste schriftliche Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf „Arzthelfer/Arzthelferin“ an folgendem Termin durch:

**Montag, den 17. Mai 2004,
8.00 – 14.15 Uhr**

Folgende **Prüfungsorte** für die Abschlussprüfung wurden festgelegt:

Regierungsbezirk Chemnitz

Berufliches Schulzentrum für
Gesundheit und Sozialwesen
An der Markthalle 10, 09111 Chemnitz

Berufliches Schulzentrum Wirtschaft
und Gesundheit
Wielandstraße 51, 08525 Plauen

Regierungsbezirk Dresden

Sächsische Landesärztekammer
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Berufliches Schulzentrum für Wirtschaft
und Soziales
Carl-v.-Ossietzky-Straße 13 – 16,
02826 Görlitz

Regierungsbezirk Leipzig

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

Berufliches Schulzentrum Torgau
Repitzer Weg 10, 04860 Torgau

Die praktischen Prüfungen werden im Juni 2004 durchgeführt. Dazu ergehen gesonderte Einladungen.

I. Zulassung zur Abschlussprüfung

Zur Abschlussprüfung mit Beginn 17. Mai 2004 können regulär zugelassen werden:

1. Auszubildende und Umschülerinnen, deren Ausbildungs- oder Umschulungsverhältnis nicht später als am 31. August 2004 endet.

2. Bewerberinnen/Bewerber, die den Antrag auf eine Wiederholungsprüfung gestellt haben (§ 34 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz).

II. Zulassung in besonderen Fällen

1. Auszubildende und Umschülerinnen (bei Umschulungszeit von 30 – 36 Monaten), deren Ausbildungs-/Umschulungszeit nach dem 31. August 2004 endet, können den Antrag auf vorzeitige Zulassung zur Abschlussprüfung stellen.

Gemäß § 40 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz können Regelungen auf Zulassung zur Abschlussprüfung vor Ablauf der 3-jährigen Ausbildung nach Anhören des ausbildenden Arztes und der Berufsschule getroffen werden (maximal mögliche Ausbildungsverkürzung von insgesamt sechs Monaten).

Als Maßstäbe für die Einzelfallentscheidung sind festgelegt:

- mindestens gute Lern- und Ausbildungsergebnisse in der Arztpraxis,
- gute Lernmotivation und Lernergebnisse mit Notendurchschnitt bis 2,0 in der Berufsschule,
- mindestens befriedigende Note in der Zwischenprüfung.
- Die Inhalte des Ausbildungsrahmenplanes und des im Berufsschulunterricht vermittelten Lernstoffes – soweit er für die Berufsausbildung wesentlich ist – müssen dabei vollständig anwendungsbereit sein.

2. Bewerberinnen/Bewerber ohne vorangegangenes Berufsausbildungsverhältnis, die nachweisen, dass sie mindestens das Zweifache der Zeit, die als Ausbildungszeit vorgeschrieben ist, in dem Beruf der Arzthelferin tätig gewesen sind (§ 40 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz).

III. Verkürzung der Ausbildungszeit

Gemäß § 29 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz hat die Sächsische Landesärztekammer auf Antrag die Ausbildungszeit zu kürzen, wenn zu erwarten ist, dass die Auszubildende das Ausbildungsziel in der gekürzten Zeit erreicht.

Als Maßstäbe für die Einzelfallentscheidung sind festgelegt:

- Ausbildungsende bis spätestens 30. November 2004,
- Nachweis befriedigender Leistungen in der Praxis,

- Lernergebnisse bis 3,0 in der Berufsschule.

Das Vorliegen von Abitur, Berufsgrundbildungsjahr sowie der Abschluss einer fachfremden privaten Berufsschule rechtfertigen grundsätzlich keine Verkürzung von vornherein.

IV. Anmeldung und Zulassungsverfahren

Die Anmeldung zur Abschlussprüfung hat mit vollständigen Unterlagen gemäß § 10 der „Prüfungsordnung für die Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf der Arzthelferinnen“ der Sächsischen Landesärztekammer (veröffentlicht im Internet unter www.slaek.de) – **bis spätestens zum 12. März 2004 zu erfolgen.**

Bei Antrag auf Verkürzung, auf vorzeitige Zulassung oder Zulassung ohne vorangegangenes Berufsausbildungsverhältnis (siehe Ziffer II.1./2. und III.) sind zusätzlich die oben genannten Nachweise zum selben Termin einzureichen.

Über die Zulassung zur Abschlussprüfung entscheidet die zuständige Stelle. Hält sie die Zulassungsvoraussetzungen nicht für gegeben, so entscheidet der Prüfungsausschuss (§ 39 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz). Die Anmeldeformulare und die Gebührenbescheide für die Prüfungsgebühren erhalten die ausbildenden Ärzte oder in den Fällen von Ziffer I.2. (Wiederholungsprüfung ohne Ausbildungsverlängerung) und II.2. (Externe Prüfung) die Teilnehmerinnen von der Sächsischen Landesärztekammer.

Gemäß § 22 Abs. 1 der oben genannten Prüfungsordnung stellt der Prüfungsausschuss fest, welcher Tag als Tag des Bestehens der Prüfung gilt. Mit dem Tag des Bestehens der Abschlussprüfung endet das Berufsausbildungs- oder Umschulungsverhältnis.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern unter Tel. 0351 8267340-341 zur Verfügung.

Marina Hartmann
Leitende Sachbearbeiterin
Referat Arzthelferinnenwesen

Weiterbildung zur Praxismanagerin/Praxismanager

Die Tendenz zu größeren Organisationseinheiten sowie veränderte wirtschaftliche Rahmenbedingungen erfordern in Zukunft MitarbeiterInnen in Arztpraxen mit besonderer Managementkompetenz. Die Entwicklung in der ambulanten Versorgung wird in den nächsten Jahren Innovationen im Kommunikationsbereich sowie neue Formen der Arbeitsorganisation unterhalb der ärztlichen Entscheidungsebene notwendig machen. Dies gilt insbesondere auch für qualitätssichernde Maßnahmen. Die Ärztekammer Schleswig-Holstein bietet interessierten Arzthelferinnen und Arztfachhelferinnen die „Weiterbildung zur Praxismanagerin“ an.

Die Weiterbildung erfolgt berufsbegleitend und richtet sich an Mitarbeiterinnen in Arztpraxen, die in Abstimmung mit der ärztlichen Entscheidungsebene eigenverantwortlich Führungs- und Managementaufgaben übernehmen möchten. Das Konzept geht von 800 Weiterbildungsstunden über 2 Jahre aus, von denen 640 Stunden in Form von Modulen als theoretischer Teil – meist Freitag bis Sonntag – in Bad Segeberg stattfinden werden. 100 Stunden werden durch ein 2-wöchiges Praktikum und 60 Stunden durch einen Praktikumsbericht in Form einer Abschlussarbeit erreicht. Mit Bestehen der mündlich/praktischen Prüfung wird der Abschluss Praxismanagerin erreicht.

Die Kosten der Qualifizierungsmaßnahme betragen insgesamt 2.950 EURO zuzüglich einer Prüfungsgebühr von 250 EURO. Eine monatliche Ratenzahlung ist möglich. Im Internet unter www.aeksh.de stehen Informationen zur Weiterbildung zur Verfügung.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Susanne Cords, Lehrarzhelferin, Edmund-Christiani-Seminar der Ärztekammer Schleswig-Holstein, Tel. 04551/18813153 oder Gabriele Schröder, Sachbearbeiterin, Edmund-Christiani-Seminar der Ärztekammer Schleswig-Holstein, Tel. 04551/ 803178.

Marina Hartmann, Leitende Sachbearbeiterin,
Referat Arzthelferinnenwesen

Pensionskasse für Arzthelferinnen: Die Gesundheitsrente

Umsetzung des Anspruchs auf Entgeltumwandlung im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung für Mitarbeiterinnen in Arztpraxen

Der Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen (AAA), Herr Sauer mann informiert, dass mit dem Tarifvertrag zur betrieblichen Altersversorgung durch Entgeltumwandlung aus dem Jahr 2002 die Tarifvertragsparteien einen

Beitrag zur Zukunftssicherung von Arzthelferinnen im Alter geleistet haben, indem sie die Möglichkeit zum Aufbau einer zusätzlichen kapitalgedeckten Altersversorgung eröffnen. Die AAA empfiehlt daher allen niedergelassenen Ärzten, den Anspruch der Arzthelferinnen auf Entgeltumwandlung mit der Gesundheitsrente zu erfüllen. Für den Arzt als Arbeitgeber entstehen keine Kosten, und der Verwaltungsaufwand ist minimal. Bei der Gehaltsumwandlung der Arzthelferin entstehen

auch für den Arzt Ersparnisse bei den Sozialversicherungsbeiträgen. Für die Motivation der Mitarbeiter und um deren Altersversorgung noch weiter aufzustocken, empfehlen wir, diese Ersparnis zusätzlich als Arbeitgeberleistung in die Rentenversicherung einzuzahlen. Weitere ausführliche Informationen finden Sie Internet unter www.slaek.de, Rubrik Arzthelferinnen und www.bundesaeztekammer.de.

Marina Hartmann, Leitende Sachbearbeiterin,
Referat Arzthelferinnenwesen

Ungarische Delegation in Dresden

Am 8. Dezember 2003 besuchte eine Delegation des Ministeriums für Gesundheit und Soziales aus Ungarn im Rahmen eines 14-tägigen Studienaufenthaltes auch die Sächsische Landesärztekammer. Unter den Gästen befanden sich Vertreter des Ministeriums, Hauptabteilung Gesundheit und Pflege, der Fachvereinigung der ungarischen Krankenhausdirektoren sowie Vertreter der Nationalen Kasse für Gesundheitsversicherung.

In einem ausführlichen Gespräch wurde ihnen vom Ärztlichen Geschäftsführer der Sächsischen Landesärztekammer, Herrn Dr. Siegfried Herzig, eine Einführung in das deutsche Gesundheitswesen gegeben. Die Gäste interessierte besonders die Aufgaben und die Rolle der ärztlichen Selbstverwaltung, die Zusammenarbeit mit dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales und die Aus- und Fortbil-



Ungarische Delegation besucht Sächsische Landesärztekammer

dung der Ärzte. Lebhaftige Fragen und Diskussionen lösten auch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz aus. Am Schluss der Veranstaltung wurde diese Begegnung für beide Seiten

als besonders interessant und aufschlussreich eingeschätzt.

Dr. med. Siegfried Herzig
Ärztlicher Geschäftsführer

Pharmakotherapieberatungsdienst für Ärzte erweitert sein Angebot

Der Pharmakotherapieberatungsdienst des Institutes für Klinische Pharmakologie der Technischen Universität Dresden, der niedergelassenen Kollegen im Bereich der Kassenerztlichen Vereinigung Sachsen seit 1995 unentgeltlich zur Verfügung steht, ist ab sofort auch per E-Mail erreichbar. Somit können Fragen zur Arzneitherapie von Patienten in der ärztlichen Praxis jetzt rund um die Uhr gestellt werden. Diese werden durch die Spezialisten des Institutes umgehend beantwortet. Durch die zunehmend längeren Arbeitszeiten der niedergelassenen Ärzte und die vermehrte Akzeptanz des Mediums Internet ist der neue Service nach Anregung von Kollegen eingerichtet worden. Weiterhin hat der Beratungsdienst eine neue, zentrale Telefonnummer für alle Anfragen, die uns besser erreichbar macht. Wie in den vergangenen Jahren steht der Patient, aber auch die Evidenzbasis der Verordnungen und nicht zuletzt zunehmend die Wirt-

schaftlichkeit der Arzneitherapie im Fokus der Beratung. Es werden Anfragen zu allen Themengebieten der Arzneitherapie schnell und präzise beantwortet, wie zum Beispiel:

- Arzneitherapieprobleme in der Schwangerschaft und Stillzeit,
- Anfragen zu Indikationen und Kontraindikationen,
- Unerwünschte Arzneimittelwirkungen,
- Erörterung pharmakotherapeutischer Alternativen,
- Dosisanpassung,
- Arzneimittelinteraktionen,
- Neue Pharmakotherapieprinzipien.

Durch optimale, evidenzbasierte und auf den individuellen Patienten bezogene Auskünfte über mögliche Arzneimittelinteraktionen oder Therapieprobleme sowie individuelle Dosisberechnungen oder auch Nennung risikoar-

mer Therapiealternativen kann durch diesen Service ein Beitrag zur Arzneimittelsicherheit geleistet werden.

Es bestehen folgende Möglichkeiten, den Service zu kontaktieren:

Pharmakotherapieberatungsdienst für niedergelassene Ärzte in Sachsen
Institut für Klinische Pharmakologie
Technische Universität Dresden
Fiedlerstrasse 27, 01307 Dresden

Tel.: 0351 4585053
(Montag bis Donnerstag
8.30 Uhr bis 16.00 Uhr,
Freitag
8.30 Uhr bis 14.30 Uhr)

Fax: 0351 4584341

E-Mail: klinische.pharmakologie@mailbox.tu-dresden.de

Internet: www.tu-dresden.de/medikp/

Konzerte und Ausstellungen

Konzerte

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

Horst Weber (1932 – 1999)

Malerei – Zeichnungen

Gedenkausstellung

14. Januar bis 15. 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



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

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 04/C001

Zwickau-Stadt
Facharzt für Haut- und
Geschlechtskrankheiten
Reg.-Nr. 03/C002

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 7. 2. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789406 oder 2789403 zu richten.

■ Bezirksstelle Dresden

Bautzen
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 04/D001

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 16. 1. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 8828330 zu richten.

**Görlitz-Stadt/
Niederschlesischer Oberlausitzkreis**
Facharzt für Innere Medizin
Fachärztlicher Versorgungsbereich
Reg.-Nr. 04/D002

Riesa-Großenhain
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 04/D003

Bautzen
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 04/D004

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10. 2. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 8828330 zu richten.

■ Bezirksstelle Leipzig

Delitzsch
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 04/L001
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 04/L002

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 6. 2. 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
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: 1. 10. 2004

Aue-Schwarzenberg
Facharzt für Innere Medizin*)
Hausärztlicher Versorgungsbereich
geplante Praxisabgabe: 1. 10. 2004

Mittweida
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie/
Psychotherapie
geplante Praxisabgabe: sofort

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

■ Bezirksstelle Dresden

**Hoyerswerda-Stadt/Kamenz
Radeberg**
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: 4. Quartal 2004

Weißeritzkreis
Facharzt für Innere Medizin*)/
Diabetologe DDG
Hausärztlicher Versorgungsbereich
geplante Praxisabgabe: 2004

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 8828330

■ Bezirksstelle Leipzig

Leipzig-Stadt
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: 1. 7. 2004

Torgau-Oschatz
2 Fachärzte für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: 1. 7. 2004

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. 0341 2432153.

Beitragswerte 2004

Sächsische Ärzteversorgung

Vorbehaltlich der Beschlüsse des Vermittlungsausschusses von Bundestag und Bundesrat zum Beitragssicherungsgesetz gelten folgende Rechengrößen und Beitragswerte ab 01. Januar 2004:

I. RENTENVERSICHERUNG

1. Beitragssatz für alle Bundesländer: 19,50 %

Arbeitgeberanteil:	9,75 %
Arbeitnehmeranteil:	9,75 %

2. Beitragsbemessungsgrenze:

neue Bundesländer

alte Bundesländer

gültig ab 01.01.2004	4.350,00 EUR/Monat	5.150,00 EUR/Monat
	52.200,00 EUR/Jahr	61.800,00 EUR/Jahr

FÜR DIE SÄCHSISCHE ÄRZTEVERSICHERUNG ergeben sich damit satzungsgemäß folgende Beitragswerte:

1) Höchstbeitrag	848,25 EUR/Monat	1.004,25 EUR/Monat
2) Mindestbeitrag (1/10 vom Höchstbeitrag)	84,83 EUR/Monat	100,43 EUR/Monat
3) halber Mindestbeitrag	42,42 EUR/Monat	50,22 EUR/Monat
4) Einzahlungsgrenze für Pflichtbeiträge und freiwillige Mehrzahlungen	2.120,63 EUR/Monat	2.510,63 EUR/Monat
(gilt nicht bei Anwendung der persönlichen Beitragsgrenze nach §§ 21, 44 SSÄV)		

Der Nachweis über die im Jahr 2003 an die Sächsische Ärzteversorgung gezahlten Beiträge wird Ihnen bis spätestens bis zum 31. März 2004 zugeschickt.

II. GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG UND ERSATZKRANKENKASSEN

1) Beitragssatz	spezifisch für jede Krankenkasse	
2) Beitragsbemessungsgrenze	3.487,50 EUR/Monat	3.487,50 EUR/Monat

III. PFLEGEVERSICHERUNG

1) Beitragssatz	1,7 %	1,7 %
2) Beitragsbemessungsgrenze	3.487,50 EUR/Monat	3.487,50 EUR/Monat

Lastschriftverfahren 2004 für Beiträge zur Sächsischen Ärzteversorgung

Für alle Mitglieder, die mit uns das Lastschriftverfahren vereinbart haben, erfolgt der Lastschrifteinzug 2004 zu den nachfolgend genannten Terminen. Gemäß § 23 Abs. 3 SSÄV werden die Beiträge für angestellte Mitglieder zu jedem Monatsende und für die in Niederlassung befindlichen Mitglieder zum Ende eines jeden Quartals fällig, sofern nicht ein monatlicher Einzug vereinbart wurde.

Monatlicher Lastschrifteinzug

Monat	Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember
Termin	30.01.	27.02.	31.03.	30.04.	28.05.	30.06.	30.07.	31.08.	30.09.	29.10.	30.11.	27.12.

Quartalsweiser Lastschrifteinzug

Quartal	I.	II.	III.	IV.
Termin	31.03.	30.06.	30.09.	27.12.

Die Termine verstehen sich als Auftragstermine unserer Bank, das heißt, die Abbuchung von bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG geführten Konten von Mitgliedern der Sächsischen Ärzteversorgung erfolgt zu den oben genannten Terminen. Bei Mitgliedern, die für den Lastschrifteinzug ein Konto bei einer anderen Bank bzw. Sparkasse angegeben haben, erfolgt die Belastung ihres Kontos je nach Bearbeitungsdauer bei dem jeweiligen Kreditinstitut.

Wir bitten darum, dass die abzubuchenden Beträge auf dem Konto zu den oben genannten Terminen verfügbar sind.

Plädoyer für ein unvernünftiges Gespräch – Gedanken nach dem Vortrag von Frau Prof. Riha

Der Vortrag von Frau Prof. Riha auf dem 13. Sächsischen Ärztetag hat uns den Spiegel der Allensbach-Umfrage vorgehalten. Die Ergebnisse nimmt man zum Teil mit Unverständnis auf. Aber können wir dem Patienten gram sein? Er versucht den Umdrehungen des Steuerrades im Bundesgesundheitsministerium zu folgen und sucht bei seinem Arzt Halt, denn er will nicht im Stich gelassen werden. Der Politik kreidet er schon lange an, dass sie es mit der Wahrheit nicht so genau nimmt. Als Ärzte sollten wir uns von diesem Erscheinungsbild scharf abgrenzen, sonst hatten wir mal das Vertrauen der Patienten. Ärzte sind es gewohnt, komplizierte Sachverhalte den Patienten so zu erklären, dass sie verstanden werden. Wenn wir jedoch in unseren Gesprächen die Begrifflichkeit von Politikern benutzen, deren Halbwertszeit nur wenig über

der Halbwertszeit ihrer Halbwahrheiten liegt, verschleiern wir die Probleme mit – und das merkt unser Gegenüber.

Wir wissen aus vielen Umfragen, Wirtschaftsanalysen u. ä. warum die Ärzteschaft und das Gesundheitswesen heute in dieser Verfassung sind. Wir sollten uns nun die Zeit nehmen, mit Patienten darüber zu reden, ob die höhere Zuzahlung durch einen Einnahmeverlust, oder doch durch eine Kostenexplosion im Gesundheitswesen verursacht ist. Frau Prof. Riha sagt richtig, dass sich niemand für Arbeitszeitmodelle interessiert. Dann sollte darüber gesprochen werden, warum die Wartelisten für viele Kassenpraxen seit dem Sommer schnell länger werden. Gibt es wirklich einen Ärztemangel, der mit ausländischen Ärzten aufgefüllt werden muss, oder haben wir einen Tarifkonflikt, der mit den Füßen ausgetragen

wird? Wir sollten mit unseren Patienten auch Lesarten zu anderen Themen trainieren, die auf der Seele lasten: werden die Menschen zukünftig gebeten, bis 67 zu arbeiten, weil wir sie brauchen, oder sollen die Menschen erst ab 67 Rente bekommen dürfen? In dieser an Meinungsmanipulation nicht armen Zeit sollten wir uns als des Vertrauens Würdige positionieren und nicht nur Krankheiten des Körpers erklären.

Diese Gespräche kosten Zeit, werden nicht vergütet, sind aber bestimmt oft eine bessere Investition in die Zukunft, als manche Fortbildung zu einem nagelneuen Krankheits-Erfassungssystem – und verbessern vielleicht bald wieder das Arztbild in der Bevölkerung.

Dr. Friedemann Reber, Dresden

Senioren – Aktiv in Europa

Unter dem Motto „Senioren – Aktiv in Europa“ fand vom 6. bis 8. Oktober 2003 in Hannover der Deutsche Seniorentag der BAGSO (Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V.) statt.

In 20 Symposien, 22 Workshops, 28 Foren und zahlreichen Ausstellungen wurden die gesellschaftlichen und sozialen Probleme der Seniorengeneration in Deutschland und darüber hinaus in der EU, insbesondere unter dem Aspekt der EU-Erweiterung, von einer großen Besucherzahl behandelt und diskutiert.

Unter anderem standen folgende Themen im Mittelpunkt:

- Europäische Sozialunion – Traum oder kommende Realität?
- Gesundheit zwischen Markt und Menschenwürde
- Älterwerden in geistiger und körperlicher Fitness
- Würdevolles Leben am Lebensende möglich?
- Wie wird Generationssolidarität gesellschaftlich-gesetzlich organisiert?
- Alt und Jung gemeinsam: Beispiele lebendiger Generationensolidarität
- Ernährung und Gesundheit
- Alter im Abseits oder Alter als Chance? Was hält die Gesellschaft zusammen?
- Kommunen: Ort der Versorgung oder Ort der Beteiligung?

– Brückenfunktion Deutschlands zu den osteuropäischen Ländern.

Die Seniorengeneration mit einem Bevölkerungsanteil von mehr als 20 % sieht nur in einem Dialog und fairen Ausgleich mit der jungen Generation eine Chance.

Dies wurde auch in der Eröffnungsveranstaltung von dem niedersächsischen Ministerpräsidenten Wulff und dem Oberbürgermeister von Hannover Schmalstieg bekräftigt. Die Senioren sind gewillt Opfer zu bringen, wenn diese sozial vertretbar sind. Die BAGSO mit über 80 Verbänden in der BRD will die Leistungen der älteren Menschen für das Allgemeinwohl verdeutlichen und die sozialen und wirtschaftlichen Potentiale älterer Menschen – insbesondere der so genannten „Jungen Alten“ das heißt der 60 bis 80-Jährigen – nutzen. Die demografische Entwicklung in der BRD und den meisten Ländern der EU zwingt uns dazu, die Synthese von Flexibilität, Spontaneität und Kreativität der jungen Generation mit dem Wissen, den Erfahrungen und der Reife der Seniorengeneration herzustellen. Die Tatsache, dass 60 % der Betriebe in der BRD keine Arbeitnehmer über 55 Jahre beschäftigen spricht eine andere Sprache. Es wurde auf dem Seniorentag auch auf die bei uns immer noch bestehende „Altersdiskriminierung“ hingewiesen. Die europäischen Richtlinien zur Senioren-

generation sind noch nicht in die deutsche Rechtssprechung übernommen worden.

Kritisch wurde auch die Betreuung der hochbetagten Senioren in den Alters- und Pflegeheimen eingeschätzt. Unzureichende Pflege, bedingt durch das vorgeschriebene „Minuten-Pflegeprogramm“, auch bei Schwerstbehinderten, ungenügende Unterstützung bei der Erhaltung einer gewissen Mobilität und eine dem Alter und der Behinderung nicht angepasste Ernährung (zu kalorienreich und zu nährstoffarm) wurden beklagt und bedürften einer Verbesserung.

Eine Berliner Studie zur stomatologischen Versorgung über 70-Jähriger ergab alarmierende Befunde:

- 52 % waren zahlos
- 5 % bedurften dringend einer paradontologischen Behandlung
- bei 72 % war eine prothetische Versorgung notwendig.

Kritisch setzten sich der Vorstandschef der Barmer Ersatzkasse, Dr. Eckhart Fiedler, der KBV-Vorsitzende, Dr. Manfred Richter-Reichhelm, und der Vorsitzende der DGVP, Dr. Bahlo, mit der Gesundheitsreform auseinander. Sie bemängelten die geringen positiven Effekte dieser Reform und dass andererseits 2/3 der Mehreinnahmen für die Verwaltungsaufgaben verbraucht werden. Dr. Bahlo wies darauf hin, dass wir uns nun aus dem Solidarprinzip ver-

abschieden – zum großen Nachteil unserer fast 2 Millionen Pflegebedürftigen. Er kritisierte, dass das Diktat des Geldes, die „Geschäftemacherei“ auch in der Medizin Einzug gehalten hat.

Interessant waren die Ausführungen von Christiane Richter, Berlin, und Margit Grilz-Wolf, Wien, zum Thema „Alt und Jung gemeinsam – Beispiele lebendiger Generationensolidarität“. Frau Richter hat rüstige Seniorinnen zu Schulmediatoren, das heißt zu Konfliktberaterinnen ausgebildet, die in 52 Berliner Schulen

nach Rücksprache und Einvernehmen mit den zuständigen Lehrern tätig sind. Diese haben nachweisbar das Konfliktpotential, das sich häufig in tätlichen Auseinandersetzungen und so genanntem „Mobbing“ zwischen den Schülern äußert, abgebaut.

In Wien besteht seit mehr als fünf Jahren eine Patenschaft zwischen einer Hauptschule und einem Pflegeheim. Die Schüler besuchen regelmäßig das Heim. Sie sprechen, malen oder basteln mit den Heimbewohnern, sie veran-

stalten gemeinsame Ausflüge. Das alles erfolgt auf freiwilliger Basis und vorheriger Absprache aller Beteiligten an diesem Projekt. Der Seniorentag in Hannover hat in anschaulicher Weise dargelegt, dass die sozialen und gesellschaftlichen Probleme des 21. Jahrhunderts die Generationen nur gemeinsam lösen können und dass eine Diskussion über einen bevorstehenden „Generationskonflikt“ nur destruktiv zum Nachteil unserer Gesellschaft sein kann.

Dr. med. Eberhard Hempel

8. Sächsisches Seniorentreffen

An vier zur Auswahl gestellten Terminen Ende September/Anfang Oktober fand das diesjährige Seniorentreffen statt. Bereits das 8. Mal in Folge hat der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer die ärztlichen Senioren und ihre Partner eingeladen. Teils bei wunderschönem herbstlichem Sonnenschein, teils leider auch bei stürmischem Regenwetter trafen die Busse der Kammern Dresden, Chemnitz und Leipzig am Vormittag auf Schloss Augustusburg ein. Die Gäste konnten eine späte Wirkungsstätte des besonders in Leipzig bekannten und geschätzten Baumeisters Hieronymus Lotter betrachten, Einblicke in damaligen fürstlichen Wohnkomfort nehmen, die Schlosskirche mit ihrer Orgel und einem originalen Cranachgemälde bewundern und sich von der Perfektion mittelalterlicher Technik im Brunnenhaus faszinieren lassen. Zum

Mittagessen wurden die Senioren in bewährter Tradition in der Sächsischen Landesärztekammer erwartet. Die Nachmittagsveranstaltung wurde mit einer Begrüßung durch Vertreter des Kammervorstandes eröffnet. Es folgte ein Diapositiv-Vortrag von Frau Dr. med. habil. Mechthild Gottschalk über ihren unentgeltlichen Einsatz als ärztliche Seniorin im Auftrag des Komitees „Ärzte für die dritte Welt“ im Urwald und den Bergregionen der Philippinen. Die Ausführungen von Kollegin Gottschalk werden den Hörern noch lange im Gedächtnis bleiben. Sie waren Anlass zu lebhaften Diskussionen im Nachgang der Veranstaltung und zeigten wie ärztliches Wissen und Erfahrung auch im Seniorenstande – allerdings in diesem Falle mit einer gehörigen Portion Zivilcourage – überaus sinnvoll und nutzbringend eingebracht werden können. Stil-

voll ergänzt wurde der Nachmittag durch eine musikalische Umrahmung.

Die inhaltliche und organisatorische Ausgestaltung des 8. Seniorentreffens lag – wie auch in den anderen Jahren – in den Händen Landesausschusses Senioren der Kammer. Letztmalig führte Frau Prof. Helga Schwenke als Ausschussvorsitzende die Regie in der Vorbereitungsphase.

Nach 10-jähriger engagierter, profilgebender Tätigkeit musste der Ausschuss ihren Wunsch und den von Herrn Kollegen Dr. med. habil. Heinz Brandt akzeptieren, ihr Amt mit der auslaufenden Legislaturperiode niederzulegen und nicht erneut für den Ausschuss zu kandidieren. Für die langjährige verdienstvolle Tätigkeit wird herzlichster Dank gesagt. Fünf Kolleginnen und Kollegen nahmen mit der Kammerwahl ihre Arbeit als neue Ausschussmitglieder auf und werden außerordentlich bemüht sein, das erfolgreiche Wirken fortzusetzen.

Der Zuspruch zu den Seniorentreffen ist mit jedem Jahr gewachsen. Im Jahr 2003 fanden die oben erwähnten vier Termine mit je 160 Teilnehmern statt. Trotzdem konnten in den Kreisärztekammern zahlreiche Anmeldungen nicht berücksichtigt werden. Es musste erstmalig in diesem Jahr zu einer Hilfslösung gegriffen werden, indem die Einladungen alternierend auf einen Zwei-Jahres-Rhythmus gestreckt werden. Damit ist der Ausschuss in der Hoffnung, möglichst vielen ärztlichen Senioren auch weiterhin einen interessanten vergnüglichen Tag zu bieten, der die Möglichkeit gibt, die Verbindung zur Kammer ebenso wie das kollegiale Miteinander in der Ruhestandszeit zu pflegen.

Dr. med. Ute Göbel, Leipzig

Unsere Jubilare im Februar

Wir gratulieren

02. 02.	60 Jahre Dr. med. Huhle, Monika 01219 Dresden	08. 02.	Dr. med. Reinhardt, Roswitha 08115 Lichtentanne	10. 02.	Arnold, Hans Dresden
02. 02.	Kanig, Erdmuthe 02625 Bautzen	09. 02.	Gottschalk, Rosemarie 09526 Olbernhau	12. 02.	Dr. med. Schuster, Johannes 08261 Schöneck
02. 02.	Schindler, Eckard 01326 Dresden	11. 02.	Dr. med. Göhler, Helga 04451 Borsdorf	18. 02.	Dr. med. Meier, Wolfgang 08485 Lengenfeld
03. 02.	Beier, Friederike 01099 Dresden	12. 02.	Otto, Ute 04838 Laußig	23. 02.	Dr. med. Kissing, Wolfgang 01328 Dresden
04. 02.	Dr. med. Schaaf, Gisa 09217 Burgstädt	12. 02.	Dr. med. Uhlmann, Volkmar 09221 Neukirchen	26. 02.	Dr. med. Heinrich, Gerhard 01796 Pirna
04. 02.	Dipl.-Med. Weber, Annelie 01445 Radebeul	18. 02.	Dr. med. Förster, Peter 09544 Neuhausen	28. 02.	Dr. med. Kinzer, Wera 09119 Chemnitz
05. 02.	Mahn, Karin 04107 Leipzig	18. 02.	Dr. med. Schreyer, Christel 04289 Leipzig	28. 02.	Dr. med. Neumerkel, Horst 02977 Hoyerswerda
06. 02.	Bolz, Hartmut 01796 Pirna	19. 02.	Dr. med. Martin, Jochen 09131 Chemnitz		80 Jahre
09. 02.	Dr. med. Güldner, Gundela 01809 Heidenau	19. 02.	Dr. med. Reichert, Brigitte 04318 Leipzig	01. 02.	Hübner, Gertraud 04319 Leipzig
09. 02.	Dr. med. Schallawitz, Steffi 04651 Bad Lausick	20. 02.	Prof. Dr. med. habil. Frank, Karl-Heinz 01309 Dresden	08. 02.	Dr. med. Gräßer, Annelies 04157 Leipzig
10. 02.	Dr. med. Herrschelmann, Brunhild 04155 Leipzig	20. 02.	Dr. med. Heydenreich, Rudolf 04758 Oschatz-Thalheim	18. 02.	Böttcher, Werner 04279 Leipzig
11. 02.	Dr. med. Petzold, Joachim 04316 Leipzig	20. 02.	Priv.-Doz. Dr. med. habil. Tauchert, Hermann 04277 Leipzig		81 Jahre
11. 02.	Dr. med. Stephan, Gudrun 08248 Klingenthal	22. 02.	Dr. med. Krauskopf, Ulrike 04229 Leipzig	24. 02.	Dr. med. Kunze, Irmgard 08258 Wernitzgrün
11. 02.	Dipl.-Med. Voigt, Marlies 01468 Moritzburg	22. 02.	Dr. med. Werner, Johannes 08340 Schwarzenberg		82 Jahre
13. 02.	Dr. med. Klose, Gerd 04668 Großsteinberg	22. 02.	Dr. med. Wünsche, Wolfgang 01099 Dresden	07. 02.	Dr. med. Kreihs, Werner 02708 Löbau
14. 02.	Dr. med. Paschmionka, Rita 04316 Leipzig	23. 02.	Dr. med. Wolf, Peter 01462 Ockerwitz		83 Jahre
15. 02.	Dr. med. Müller, Dietmar 09128 Kleinolbersdorf-Altenhain	24. 02.	Meyer, Erich 09337 Callenberg/Langenchursdorf	06. 02.	Prof. Dr. med. habil. Seyfarth, Harro 04288 Leipzig
16. 02.	Dr. med. Dünnebieber, Rosemarie 01683 Nossen	24. 02.	Prof. Dr. med. habil. Naumann, Dieter 09127 Chemnitz	10. 02.	Dr. med. Schmeiser, Marianne 01219 Dresden
16. 02.	Dr. med. Hesse, Christian 01776 Hermsdorf	24. 02.	Dr. med. Schlicker, Gisela 01129 Dresden	13. 02.	Dr. med. Ahnert, Friedrich 04109 Leipzig
16. 02.	Dr. med. Schramm, Ines 04275 Leipzig	24. 02.	Starke, Steffen 01796 Pirna	13. 02.	Dr. med. Kluge, Helmut 01067 Dresden
17. 02.	Dr. med. Schmidt, Bernd 08340 Schwarzenberg	24. 02.	Dr. med. Städtner, Jochen 08371 Glauchau	23. 02.	Dr. med. Klöppel, Eva 04275 Leipzig
18. 02.	Dr. med. Schneider, Annerose 01996 Hosena	25. 02.	Dr. med. Roloff, Dorothea 01768 Reinhardtsgrimma	26. 02.	Dr. med. Berlin, Krista 01069 Dresden
18. 02.	Dipl.-Med. Vodel, Karin 08248 Klingenthal	26. 02.	Dr. med. Nüßgen, Reiner 01099 Dresden		84 Jahre
19. 02.	Dr. med. Fiedler, Edith 09128 Chemnitz	26. 02.	Dr. med. Riedel, Klaus 08060 Zwickau	15. 02.	Dr. med. Franck, Gerhard 08349 Erlabrunn
20. 02.	Dipl.-Med. Wobst, Frank 01558 Großenhain	28. 02.	Dr. med. Flieger, Jan 01909 Bühlau	16. 02.	Dr. med. Fischer, Helmut 04564 Böhlen
21. 02.	Kitzbichler, Hans-Peter 08209 Auerbach	28. 02.	Dr. med. Langer, Elisabeth 08056 Zwickau	24. 02.	Dr. med. Staufenbiel, Katharina 04357 Leipzig
23. 02.	Strunz, Jürgen 08107 Hartmannsdorf		70 Jahre	29. 02.	Dr. med. Kerber, Jürgen 09114 Chemnitz
25. 02.	Dr. med. Behnert, Christine 08058 Zwickau	02. 02.	Dr. med. Wildenhain, Rolf 08058 Zwickau		88 Jahre
27. 02.	Dr. med. Ostertag, Karoline 01187 Dresden	03. 02.	Dr. med. Niescher, Wolfgang 02797 Oybin	17. 02.	Nawka, Joachim 02627 Radibor
27. 02.	Schleif, Christine 04155 Leipzig	05. 02.	Dr. med. Raatzsch, Isolde 01328 Dresden	27. 02.	Dr. med. Pastrek, Johann 09557 Flöha
28. 02.	Dr. med. Gneuß, Hannelore 08485 Lengenfeld	07. 02.	Dr. med. Maier, Liane 01069 Dresden	29. 02.	Prof. Dr. sc. med. Sachsenweger, Rudolf 04277 Leipzig
28. 02.	Dr. med. Seifert, Werner 02827 Görlitz	08. 02.	Hantzsch, Siegfried 01847 Lohmen		89 Jahre
29. 02.	Bayer, Petra 04155 Leipzig	08. 02.	Dr. med. Meister, Eva-Maria 04107 Leipzig	03. 02.	Dr. med. Krause, Helmut 09111 Chemnitz
29. 02.	Dipl.-Med. Hoffmann, Brigitte 04129 Leipzig	15. 02.	Dr. med. Scholbach, Lilli 04105 Leipzig	28. 02.	Dr. med. Lawonn, Heinz 04680 Zschadraß
		15. 02.	Dr. med. Wolz, Herta 01237 Dresden		91 Jahre
02. 02.	65 Jahre Dr. med. Peter, Friedmar 09468 Tannenberg	16. 02.	Dr. med. Scharfe, Egbert 01774 Höckendorf	18. 02.	Dr. med. Dr. med.dent. Becker, Heinz 08371 Glauchau
03. 02.	Dr. med. Melzer, Hubert 09419 Thum	17. 02.	Dr. med. Fröhlich, Dieter 08058 Zwickau		92 Jahre
05. 02.	Dr. med. Heider, Alfons 04720 Zschwitz	24. 02.	Dr. med. Lohse, Ursula 04109 Leipzig	20. 02.	Dr. med. Kunzmann, Annie 04460 Kitzten
05. 02.	Dr. med. Töpfer, Frithjof 01328 Dresden	26. 02.	Dr. med. Gottschalk, Horst 04277 Leipzig		93 Jahre
06. 02.	Dr. med. Schwabe, Isolde 09112 Chemnitz	09. 02.	75 Jahre Prof. Dr. med. habil. Fuchs, Ulrich 04155 Leipzig	01. 02.	Dr. med. Seefried, Johannes 01326 Dresden
06. 02.	Dr. med. Winter, Bernd 04179 Leipzig			07. 02.	Dr. med. Biskupski, Franz 04159 Leipzig

Prof. em. Dr. med. habil. Herbert Edel zum 90. Geburtstag

Herr Prof. em. Dr. med. habil. Herbert Edel beging am 9. Januar 2004 seinen 90. Geburtstag. Herbert Edel wurde in Dresden geboren. Er widmete sich sein Leben lang, neben seiner Haupttätigkeit als Arzt und Hochschullehrer, immer wieder der Malerei und wurde mit seinen Kunstwerken durch bundesweite Ausstellungen bekannt. Schon in seiner frühen Schul- und Gymnasialzeit am Wettiner Gymnasium in Dresden erhielt er vielseitige künstlerische Anregungen, so dass er noch während dieser Periode die Volkshochschule Dresden unter Alexander Watin besuchte. Nach seinem Schulabschluss widmete er sich in einem Studium an der Staatlichen Akademie für Kunstgewerbe in Dresden weiter der Kunst. Unter Prof. Erler wurden ihm hier neben den Grundlagen der Malerei auch besondere Techniken und Fähigkeiten vermittelt.

1934 zog es ihn in andere Gebiete, fern von seiner Heimat. Er studierte Medizin unter anderem in Berlin und München. Anfang und Endpunkt seines Medizinstudiums war jedoch Tübingen. Dort konnte er, parallel zur Medizin, unter Walther Lehner ein Studium am Zeicheninstitut der Universität Tübingen aufnehmen. 1939 erhielt er dort das Staatsexamen, promovierte und bekam schließlich das worauf er so lange hingearbeitet hatte: Seine Approbation. Für kurze Zeit arbeitete er noch als Medizinalpraktikant im Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt, bevor er im Oktober seinen Wehrmachtsdienst antrat. Bis Juli 1945 diente er als Truppenarzt bei der Infanterie und den österreichischen Gebirgsjägern in Frankreich, Polen, Russland und Griechenland. Sein Dienst als Stabsarzt in Reserve endete in amerikanischer Kriegsgefangenschaft. In der Endphase des Krieges entstanden, unter dem Eindruck des Krieges, viele Grafiken von griechischen und italienischen Landschaften.

Arbeitete er 1945 noch als Assistenzarzt im Stadt Krankenhaus Dresden-Johannstadt, so war er ein Jahr später schon praktischer Arzt und Geburtshelfer in Langebrück. Gleichzeitig engagierte er sich nebenamtlich als Amtsarzt in Radeberg. Mit 40 Jahren begann er seine Hoch-



schullehrerlaufbahn an der Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“ in Dresden als Facharzt für Innere Medizin und Physiotherapie. Er setzte sich als Mitglied der Akademie der Wissenschaften in der Sektion Ernährung ein und habilitierte schließlich 1961. Fünf Jahre später wurde er Professor mit dem Lehrauftrag für Innere Medizin und wiederum drei Jahre später ordentlicher Professor mit Lehrstuhl für Innere Medizin und Physiotherapie. Dabei gelang es ihm hervorragend, physiotherapeutische Methoden in umfassende Behandlungskonzepte einzubeziehen und diese Herangehensweise auch Kollegen und Studenten zu vermitteln. Gleichzeitig war er stellvertretender Vorsitzender der Sektion Diätetik der Gesellschaft für Ernährung und der Gesellschaft für Physiotherapie.

Ausdruck seiner wissenschaftlichen Tätigkeit waren eine Fülle von Veröffentlichungen. Standardwerke im deutschsprachigen und europäischen Raum waren – und sind noch – seine Elektrotherapiebibel und sein mit K. Knauth verfasstes Atemtherapiebuch. Dabei wird besonders seine Fähigkeit zur Zusammenarbeit mit Krankengymnasten und Physiotherapeuten deutlich. Immer wieder betonte er diese gegenseitige Befruchtung als wichtige Triebkraft für Untermauerung und Neuentwicklung von Methoden in diesem Fachbereich.

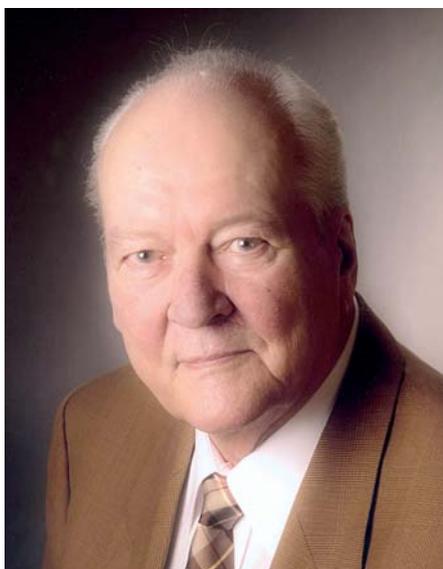
Obwohl ihm zu DDR-Zeiten der Kontakt zu Kollegen im westlichen Ausland erschwert wurde – er war kein „Reisekader für das NSW“ – nutzte er alle gegebenen Möglichkeiten, sich mit den Entwicklungen international vertraut zu machen. Seine Sonderdrucksammlung – die er bereitwillig zur Verfügung stellte – war legendär.

Neben seiner Haupttätigkeit als Arzt und Hochschullehrer widmete sich Herbert Edel immer wieder seinem liebsten Hobby, der Kunst. Die Bilder, die er geschaffen hat, waren schon in zahlreichen Ausstellungen mit den Dresdner Malerkollegen Dr. Thomas, Dr. Langer und Einzelausstellungen in Dresden, Berlin, Radeberg, Köthen, Langebrück und Klotzsche zu sehen. In der Sächsischen Landesärztekammer befinden sich seit 1997 dreißig Bilder von ihm zur Besichtigung. 1991 hat sich Prof. Herbert Edel in seinen wohlverdienten Ruhestand begeben. Das hindert ihn jedoch nicht daran, weiterhin zu malen.

Prof. Dr. med. Jan Schulze,
Präsident der Sächsischen Landesärztekammer
Dr. med. Rudolf Hentschel,
Oberarzt der Medizinische Klinik und Poliklinik III

Aus Anlass des Jubiläums werden in Würdigung der insbesondere künstlerischen Verdienste von Prof. em. Dr. med. habil. Herbert Edel Malerei und Grafik mit Ansichten der Stadt Dresden und expressionistische Grafik in einer **Ausstellung vom 13. Januar bis 15. März 2004 im 3. und 4. Obergeschoss der Sächsischen Landesärztekammer gezeigt. Am 19. Februar 2004 findet ab 19.30 Uhr eine Midisage statt.** Die Einführung erfolgt durch die Galeristin Frau Angelika Sillack. Eine Würdigung seiner beruflichen Laufbahn erfolgt durch Herrn Ministerialdirigent Dipl.-Med. Albrecht Einbock vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Herrn Prof. Dr. Albrecht Scholz, Direktor des Institutes für Geschichte der Medizin an der Medizinischen Akademie der TU Dresden.

Prof. (em.) Dr. med. habil. Hans-Günther Niebeling zum 80. Geburtstag



Am 19. Dezember 2003 beging Herr Prof. (em.) Dr. med. habil. Hans-Günther Niebeling seinen 80. Geburtstag. Da ihm in der Geschichte der Neurochirurgie ein nicht unbedeutender Platz zukommt, soll diese Laudatio seinen Lebensweg und sein Lebenswerk in Kürze darstellen.

Hans-Günther Niebeling wurde am 19. 12. 1923 in Dresden als Sohn eines Ingenieurs geboren. Nach dem Schulbesuch von 1929 bis 1942 in Dresden legte er dort im März 1942 das Abitur ab. Noch im gleichen Monat wurde er zur Wehrmacht einberufen. 1943 wurde er in Russland verwundet und kam infolge der längerdauernden Behandlung in den Studentenzug von Prof. Dr. C. Seyfarth im Krankenhaus St. Georg in Leipzig. So konnte er sein Medizinstudium im Sommer 1944 beginnen. Im Frühjahr 1945 kam er in russische Gefan-

genschaft. Seine Eltern verlor Niebeling früh. Seine Mutter war das letzte Opfer eines Luftangriffes auf Dresden am 7. 5. 1945.

Nach der Entlassung aus der Gefangenschaft konnte er sein Medizinstudium Ende 1945 in Leipzig fortsetzen. 1950 legte er das Staatsexamen ab und erhielt die Approbation als Arzt. 1951 wurde Niebeling mit einer Arbeit „Klinisch-histologische Betrachtungen über das solitäre zentrale Neurinom“ promoviert. Ab August 1950 war er Assistent an der Neurologischen Klinik der Universität Leipzig, dessen Direktor der bekannte Neuroanatom Richard Arwed Pfeifer war, der ein Jahr zuvor Merrem nach Leipzig geholt hatte, um hier eine neurochirurgische Arbeitsstätte aufzubauen. Bereits im Dezember 1950 wurde Niebeling Merrems erster Assistent. Beide zusammen haben dann die erste neurochirurgische Universitätsklinik der damaligen DDR aufgebaut.

1956 wurde Niebeling Facharzt für Neurochirurgie, 1958 Oberarzt. Sein Interesse galt ganz besonders der Neuroelektrodiagnostik, speziell dem EEG. So überrascht es nicht, dass er sich 1961 mit dem Thema „Die Leistungsfähigkeit der Elektroenzephalographie bei der Diagnostik raumbeengender Prozesse unter besonderer Berücksichtigung der neurologisch-neurochirurgischen Untersuchungsmethoden“ habilitierte. Für die Entwicklung und Herstellung eines eigenen EEG-Gerätes erhielt er 1964 den Rudolf-Virchow-Preis. Kurze Zeit später erschien seine „Einführung in die Elektroenzephalographie“, die zu einem Standardwerk wurde (erstes deutsch-sprachiges Lehrbuch zu diesem Thema). Fehlende Parteizugehörigkeit waren seiner akademischen Laufbahn abträglich. So wurde er erst 1969 außerordentlicher Professor. 1970 wurde er mit der Hans-

Berger-Medaille geehrt. Mit dem Tod von Professor Georg Merrem wurde Niebeling 1971 zum kommissarischen, 1975 zum amtierenden Direktor der Neurochirurgischen Universitätsklinik ernannt. Erst 1976 erfolgte die Ernennung zum ordentlichen Professor. Im gleichen Jahr erhielt er die Ehrenplakette der Gesellschaft für klinische Medizin der DDR. Nach Verleihung des Titels „Obermedizinalrat“ 1984 beendete Niebeling seine berufliche Tätigkeit 1987. In wissenschaftlicher Hinsicht sind 90 Publikationen, 7 Buchbeiträge oder Monographien und über 400 Vorträge im In- und Ausland zu nennen.

Er war Mitbegründer der Gesellschaft für Neurochirurgie der DDR und über viele Jahre ihr Vorsitzender bzw. Vorstandsmitglied (ununterbrochen von der Gründung bis zu seiner Emeritierung). Auch im Ausland genoss er hohes Ansehen. So wurde er 1972 Ehrenmitglied der Gesellschaft für Neurochirurgie Chiles und korrespondierendes Mitglied der Chilenischen Gesellschaft für Elektroenzephalographie und Neurophysiologie. Von der National Brain Research Foundation (New York) erhielt er eine spezielle Anerkennung für hervorragende Arbeit auf dem Gebiet der Neurochirurgie.

Professor Niebeling kann auf ein langes und erfülltes Arbeitsleben zurückblicken, wobei der Weg durch die politische Situation in der DDR oft besonders steinig war.

Stetiges Vorwärtsdrängen und der feste Wille, seine Zielvorstellungen zu verwirklichen, zeichneten ihn aus.

Wir wünschen dem Jubilar noch eine lange Freude an dem Erreichten und viel Gesundheit!

J. Skrzypczak, Leipzig

Prof. Dr. med. habil. Helga Schwenke-Speck zum 70. Geburtstag

Der Lebenslauf einer engagierten Ärztin und Wissenschaftlerin an einer Universität der DDR und in der BRD

Am 22. Dezember 1933 hineingeboren in ein großbürgerliches Elternhaus – der Vater Erich Schwele, ein kluger, warmherziger, selbstsicher – gelassener Textilkaufmann in Leipzig, half bedrohten jüdischen Geschäftsfreunden

bei der Flucht ins Ausland – formten sich ihre eigenen Wertvorstellungen nach Abitur und Medizinstudium 1952 bis 1957 in den nachfolgenden ersten Berufsjahren unter den vielfältigen gegenseitigen Einflüssen der wechselnden Bezugsgruppen während der unterschiedlichen, überlegt gewählten und zielstrebig verfolgten Etappen des Berufslebens.

Nach Pflichtassistent, Approbation und Promotion 1959 und nach Beginn der Facharztweiterbildung Innere Medizin am Kreiskrankenhaus Wurzen ging sie 1962 an das Institut für medizinische Mikrobiologie und Epidemiologie der Universität nach Leipzig, um sich dort, unter der Leitung von Prof. Dr. Wildführ, die Fertigkeiten und Erfahrungen zu erwerben,

die für ihre späteren wissenschaftlichen serologisch-immunologischen Arbeiten wichtig waren. 1963 wechselte sie an die Klinik für Innere Medizin (Direktor Prof. Dr. Rolf Emmrich) in die hämatologisch-onkologische Arbeitsgruppe von Prof. Dr. Perlick, und erwarb den Facharzt für Innere Medizin 1965.

Von da an war sie 20 Jahre lang als sogenannte Funktionsärztin tätig und seit 1974 mit der *Facultas docendi* versehen – beides verbunden mit Pflichten und mit Verantwortung jedoch ohne zugehörige Rechte und ohne entsprechendes Salär, so war das üblich damals. Sie hielt Vorlesungen in ausgewählten Kapiteln der Pathophysiologie und Innerer Medizin, auch für Studenten der Zahnmedizin, führte Seminare und Spezialpraktika und betreute zahlreiche Diplomanden und Promovenden, darunter spätere Professoren alten und neuen Rechts, Klinikchefs und Nationalpreisträger.

Seit 1985 war sie reguläre Oberärztin an der Abteilung Hämatologie/Onkologie und der Knochenmarktransplantationseinheit in Leipzig. Zu deren Aufbau 1980 hatte sie wesentlich beigetragen: schon 1966 während mehrmönatiger Studienaufenthalte in Warschau, Prag und Sofia (Reisen in westliche Länder waren zwar uns in der DDR, aber nicht den Polen, Tschechen und Bulgaren untersagt!) machte sie sich mit den damals neuesten hämatologischen Untersuchungsmethoden vertraut und errichtete danach in Leipzig ein Referenzlabor für die DDR für ausgewählte zellulär-immunologische Methoden. Ihre von der WHO unterstützte Teilnahme an einem Arbeitsprogramm in London zur Immunogenetik der Maus wurde von den DDR-Behörden abgelehnt, eine weitere Mitarbeit dort war dadurch nicht möglich. Ihr Einsatz als Sekretär der „Arbeitsgruppe immunologische Diagnostik“ in der „Gesellschaft für Klinische und Experimentelle Immunologie in der DDR“ führte zur Einrichtung immunologischer Institute an allen Universitäten der DDR im Zeitraum 1975 bis 1980. Als Vorlauf für die Einführung der klinischen Knochenmarktransplantation etablierte sie die Methode der Lymphozytenmischkultur für die Spender-Empfänger-Auswahl. Erfolgreich waren auch tierexperimentelle Modelle zur Transplantationsimmunität (Graft-versus-Host-Reaktion). Nach zahlreichen Veröffentlichungen habilitierte sie sich 1980 mit einem Teilaspekt dieser Problematik.

Erst nach der politischen Wende wurde sie 1990 ordnungsgemäß zur Hochschuldozentin für Innere Medizin ernannt – wie mehrere



ebenso engagierte gleichaltrige Kolleginnen an anderen Leipziger Universitätskliniken, die in gleicher Weise jahrzehntelang in schwieriger Zeit in Lehre, Forschung und Patientenversorgung ihre Lebenskraft verbrauchten – und schließlich 1994, 61-jährig, zur außerplanmäßigen Professorin – keine Ruhmestadt der Leipziger Universität! Ihre wissenschaftliche Arbeit und Lehrtätigkeit setzte sie bis zu ihrer Emeritierung 1996 fort. Sie ist Mitglied zahlreicher wissenschaftlicher Gesellschaften und erhielt mehrere Preise und Auszeichnungen. Doch damit nicht genug, es gibt ein „zweites Leben“ im Beruf: Ab 1997 übernahm sie an der Helios-Klinik in Borna eine hämatologisch-onkologische Honorartätigkeit.

Noch viel umfangreicher sind aber die ehrenamtlichen Aufgaben, die sie sich wählte, gewachsen aus der Einsicht in die gesellschaftliche Gebundenheit allen ärztlichen Wirkens. In der Wendezeit verfolgte sie die politische Entwicklung mit wachem Blick auf der Suche nach Formen und Regeln der notwendigen Neugestaltung: Gemeinsam mit einigen Gleichgesinnten motivierte sie ab November 1989 die akademischen Mitarbeiter der Leipziger Fakultät zur Gründung eines „Freien Verbandes der Ärzte, Zahnärzte und Naturwissenschaftler in der Medizin“, ein Vorhaben, welches schließlich im März 1990 – die bevorstehende Vereinigung der beiden deutschen Staaten vor Augen – wegen der anderen Organisationsstruktur ärztlicher Verbände in der Bundesrepublik, in die Gründung des Marburger Bundes, Landesverband Sachsen, mündete, zu dessen erster stellvertretenden Vorsitzenden und später zur Vor-

sitzenden im Regierungsbezirk Leipzig sie gewählt wurde.

Seit Gründung der Sächsischen Landesärztekammer 1990 bis 1999 war Frau Professor Dr. Schwenke-Speck Mandatsträgerin in der Kammerversammlung. 1991 regte sie die Errichtung eines Landesausschusses Senioren bei der Sächsischen Landesärztekammer an, als dessen Vorsitzende sie gewählt wurde und dessen Arbeitsinhalte bis 2003 sie wesentlich prägte. Vor allem ist ihr die Organisation der alljährlichen landesweiten Seniorenentretten zu danken. Die Erfahrungen von fast 40 Jahren ambulanter und klinischer Tätigkeit als Ärztin bei der Behandlung und beratenden Begleitung hämatologisch-onkologisch Kranker und Sterbender und ihre ausgeprägte Empathie bewogen sie 1993, den Hospiz-Verein Leipzig e.V. zu gründen. Dabei wurde sie von dem Theologen Karsten Speck, mit ihm seit 1986 in zweiter Ehe verbunden, ermutigt und tatkräftig unterstützt. Der zunächst ausschließlich ambulante Wirkungskreis des Hospizvereins konnte seit 1. 2. 2002 durch eine stationäre Einrichtung ergänzt werden, für deren Finanzierung durch öffentliche und private Mittel Frau Professor Dr. Schwenke-Speck sorgte, und die in der Leipziger Villa der Familie des Arztes und Dichters Gottfried Benn geschaffen werden konnte.

Im Rahmen dieses Vorhabens arbeitete sie unter anderem mit der Krupp-von-Bohlen und Halbach-Stiftung zusammen, in deren Beirat für ein „Stiftungsunternehmen Hospiz“ sie 2001 berufen wurde. Frau Professor Dr. Schwenke-Speck ist Mitbegründerin der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz in Sachsen und bis jetzt in deren Vorstände tätig.

Für ihre vielfältige Lebensleistung als Ärztin und für ihr beispielhaftes ehrenamtliches Engagement wurde Frau Professor Dr. Schwenke-Speck mit der Verleihung der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ der Sächsischen Landesärztekammer geehrt.

Und gibt es bei alledem auch noch privates? Aber ja: Einen großen und interessanten Freundeskreis, zum Teil noch aus gemeinsamer Jugendzeit, einen Literatur-Lesezirkel à la Marcel Reich-Ranicki, regelmäßige Konzertbesuche und das Dauerthema mit ihrem Ehemann Karsten, dem Bündnis-90-Politiker: „Mehr Demokratie erreichen, aber wie?“.

Bleibt zu wünschen: Noch viele Jahre unverdrossenes, beharrliches, widerständiges, zukunftsweisendes Wirken bei guter Gesundheit.

Dr. Peter Schwenke, Vizepräsident i. R.

Dr. med. Helmut Schmidt zum 60. Geburtstag



Dr. Helmut Schmidt, geboren am 11. 1. 1944 in Cottbus, konnte erst mit einem Jahr Verzögerung auf Grund seiner „staatsfeindlichen“ Äußerung über den Berliner Mauerbau das Studium der Humanmedizin 1963 an der Martin Luther Universität Halle/Wittenberg beginnen. Nach seinem Staatsexamen arbeitete

er als Assistenzarzt unter Professor L. Weingärtner und diplomierte mit Untersuchungen zur Mumpsmeningitis 1973. Er promovierte 1977 bei Professor W. Rumler mit dem Thema: „Herzfrequenzuntersuchungen bei Neugeborenen“.

Nach seiner Qualifikation zum Facharzt für Kinderheilkunde arbeitete er von 1974 bis 1979 als Stationsarzt und später als Oberarzt an den Kinderkliniken der Bezirkskrankenhäuser in Cottbus und Plauen. Im Jahre 1981 wurde er erster Oberarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin in Hoyerswerda, der er seit 7. 1. 1991 als Chefarzt vorsteht.

Chefarzt Dr. Helmut Schmidt ist seit Gründung der Sächsischen Landesärztekammer einer ihrer aktivsten Mitglieder und Gestalter. Er hat die Kreisärztekammer Hoyerswerda mitgegründet und in den ersten Jahren geleitet. Sein Engagement im Bauausschuss unserer Kammer im Hinblick auf den gelungenen Neubau bewies seine großen Fähigkeiten. Bei seiner Tätigkeit als Mitglied und seit 1994 als Vorsitzender des Finanzausschusses leistete Dr. Helmut Schmidt mit seiner fundierten Fachkenntnis im finanziellen Bereich unserer Kam-

mer große Dienste. Von 1995 bis 2003 arbeitete er als Mitglied des Vorstandes und wurde auf Grund seines hervorragenden Managements in dem sensiblen Metier der Finanzen als Nachfolger von Dr. Manfred Halm zum Vorsitzenden unseres Verwaltungsausschusses des Versorgungswerkes gewählt. Er führte das Versorgungswerk zusammen mit allen Angestellten und den Mitgliedern des Verwaltungsausschusses durch die finanziell kritische Zeit, die durch den weltweiten Aktienverfall ausgelöst worden war. Unser Versorgungswerk ist heute, auch Dank seiner weit-sichtigen Strategie, in der Lage, wieder an eine Dynamisierung der Leistungsbezüge zu denken. Die Verleihung der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ 1999 erfolgte nicht zuletzt für seine aufopferungsvolle Arbeit im Interesse der gesamten sächsischen Ärzteschaft.

Wir wünschen Herrn Dr. Helmut Schmidt beste Gesundheit, Elan und eine glückliche Hand als leitender Chefarzt einer großen Kinderklinik so wie als Hauptverantwortlicher für unser sächsisches Versorgungswerk.

Prof. Dr. med. habil. Eberhard Keller

Horst Weber – Malerei und Zeichnungen Gedenkausstellung

Ausstellung



Die Landschaft bedeutet für Horst Weber (1932 bis 1999), stets mehr als nur die Summe empfangener Sinneseindrücke, schon gar nicht in fein ziselierten Kompositionen. Als Wahrheitssuchender und bekennder Christ formen sich ihm die Bilder zu Metaphern für die Widersprüchlichkeit menschlicher Beziehungen und Gefährdungen der Natur in einer zerissenen Welt.

**Ausstellung im Foyer der
Sächsischen Landesärztekammer**

14. Januar bis 14. März 2004

Vernissage

**am 15. Januar 2004,
19.30 Uhr**

Nachruf für Dr. med. habil. Hans-Werner Kintzel

* 3. April 1922
† 29. Juli 2003

Hans-Werner Kintzel, Kinderarzt und ehemals Hochschullehrer an der früheren Medizinischen Akademie Dresden, starb am 29. Juli 2003 im 82. Lebensjahr an den Folgen eines Verkehrsunfalls in Tirol. Als Doktorand (Lothar Pelz) und früherer Mitarbeiter (Klaus Heyne) unseres ärztlichen Kollegen und väterlichen Freundes möchten wir aus Anlass seines Todes an diesen aufrichtigen Mann erinnern:

Herr Kintzel war am 3. April 1922 in Dresden geboren worden. Hier in Sachsen wuchs er in umsorgender westpreußischer Familientradition auf, besuchte die Schule und lebte dort über ein halbes Jahrhundert. Ein Medizinstudium in Innsbruck, für ihn beglückende Zeit der Sinnsuche, beendete vorerst der Krieg mit Militärdienst als Gebirgsjäger und Fronteinsatz in der Sowjetunion und auf dem Balkan. In britischer Kriegsgefangenschaft konnte er sein Studium der Medizin fortsetzen; mit Promotion an der Grazer Medizinischen Fakultät und Wiener Gattin kam er in das zerstörte Dresden zurück. Seine Heimatstadt wurde auch zu seiner Schicksalsstadt. Herr Kintzel gehörte zu jener „Nie-Wieder!“-Generation, welche den Nationalsozialismus, selbst schon früh zweifelnd, bis zu seinem bitteren Ende erlebte. Persönliche und intellektuelle Freiheit – ganz im Sinne des Sachsen Johann Gottlieb Fichte – und Wahrhaftigkeit gehörten für ihn zur unabdingbaren Menschenwürde; ihre Missachtung war ihm unerträglich. „Dieu et la liberté“ diese „Parole meines Lebens“ (H.W.K.), fand er auf einem bretonischen Friedhof und so lautete bereits der Segen Voltaires für Benjamin Franklins Enkel. Mit dieser vorbildlichen Geisteshaltung wagte er aus dem System des „real existierenden Sozialismus der DDR“ auszubrechen und getreu seiner Lebensmaxime den Weg in die Freiheit zu suchen. Dafür ertrug er Verhaftung, Anklage (Abb. 1) und verschärften Strafvollzug. Mehr als ein Jahr Gefängniszeit bis zum „West-Austausch“ gegen „Industriediamanten“ – welch ein Äquivalent! – galt es zu überleben. Diese für ihn außerordentlich deprimierende, aber auf ihre Art auch lehrreiche Zeit hat er selbst beschrieben. Er wollte nie etwas Außergewöhnliches, sondern er war stets bestrebt, die Anforderungen des ärztlichen Alltags außergewöhnlich gut zu meistern. Fleiß und kristalline Nützlichkeit waren ihm gemäß, die Habilitation 1966 mit Berufung zum Hochschuldozenten 1967 nur logische Folge.

Und doch war im Jahre 1974 seine Verweigerung zunehmender Einengung seines Lebensprinzips im DDR-spezifischen Sozialismus etwas Außergewöhnliches. Dem materiell gesicherten „Es-geht-seinen-Gang“ mit dem Alibi der Pflichterfüllung widersprach seiner Verantwortung für praktizierte Gedankenfreiheit. Herrn Kintzel hat die beispielhafte Tradition bekennender Lehrer an deutschen Hochschulen und Universitäten fortgesetzt!

Herrn Kintzels wissenschaftlichen Interessen und Beiträge galten schwerpunktmäßig den gefährdeten Jüngsten, den Früh- und Neuge-

Medizinischen Akademie erhalten und gipfelte während des 1974 wegen „Republikflucht“ gegen Herrn Kintzel eingeleiteten Strafprozesses in einer Verteidigungsrede von Kurt Lorenz. Lassen wir aber Herrn Kintzel selbst sprechen (1993) : „... Dankbar war ich, als er (Kurt Lorenz – die Autoren) am zweiten Verhandlungstag vortrat und dem Gericht erklärte, dass ich eben nicht nur, wie behauptet, Pastemak, Solschenyzin und Sacharow gelesen hätte, sondern mich auch mit der anderen zeitgenössischen sowjetischen Literatur befasst hätte...“



Abb. 1: 1974 im Stasi-Untersuchungsfängnis (Original K.H.)

borenen. Ihrer Sauerstoffnot mit resultierendem Energiemangel versuchte er durch „gesteuerte Hypothermie“ zu begegnen, ihrer Gefährdung infolge Anflutens toxischer Stoffwechselprodukte (Bilirubin) durch pharmakologische Induktion der Reifung körpereigener Entgiftungsenzyme. Seine frühen Untersuchungen zur Pathophysiologie der Leukozytenfunktion – „zu früh aufgegeben“ (H.W.K.) – fanden und finden in der Dresdener Universitätskinderklinik mit klinisch relevanten Ergebnissen ihre Fortsetzung. Er gehörte zu den Pionieren beim Aufbau spezialisierter Neugeborenenabteilungen an deutschen Universitätskliniken.

Seine frühe Publikation aus dem Jahre 1956 war eine Gemeinschaftsarbeit mit Kurt Lorenz; wie ein Omen sollte sich diese Verbindung der beiden Autoren erweisen. Die freundschaftliche und von gegenseitiger Achtung geprägte Haltung blieb während der gemeinsamen Tätigkeit an der Kinderklinik der damaligen

In der Bundesrepublik musste sich Herr Kintzel eine neue Existenz aufbauen. Der Weg führte ihn über die Kinderklinik der Universität Bochum (damaliger Direktor: Prof. Dr. C. Mietens) in das Allgäu, wo er als Chefarzt der Kinder-Kurklinik in Oy-Mittelberg bis zur altersbedingten Entpflichtung eine neue und eigene Wirkungsstätte fand. Knapp drei Jahrzehnte ist das Allgäu zu seiner Wahlheimat geworden; hier fand er seine letzte Ruhe. Wir sind dankbar für die Bereicherung, die unser Leben durch die Begegnung mit diesem aufrechten Manne erfahren hat: Dieu et la liberté.

Anschrift der Autoren:
Prof. Dr. med. habil. Klaus Heyne
Illerweg 73
24146 Kiel
Prof. (i.R.) Dr. med. habil. Lothar Pelz
Fontaneweg 07
18146 Rostock

In memoriam Prof. Dr. med. Dr. med. h.c. mult. Kurt Semm FRCOG (ed.), FICS (hon.)

* 23. März 1927
† 16. Juli 2003



*Prof. Dr. Semm
mit Teilnehmern des
1. Oschatzer Weiter-
bildungskurses am
28. und 29. Juli 1990
in Oschatz bei Übungen
am „Pelvitainer“*

Nach langer schwerer Krankheit ist Professor Dr. med. Kurt Semm am 16. Juli 2003 in Tucson/Arizona im Kreise seiner Familie gestorben. Er fand seine letzte Ruhestätte am 1. August 2003 auf dem alten Friedhof in München-Solln. Mit Kurt Semm verliert die deutsche Gynäkologie einen national wie international anerkannten Pionier der Laparoskopie. Mit seinem nie erlahmenden Elan und seiner bajuwarischen Durchsetzungskraft hat Semm gegen große Widerstände die Laparoskopie zu einer heute unverzichtbaren diagnostischen und therapeutischen Methode in der Frauenheilkunde gemacht und die Endoskopie in nahezu allen medizinischen Fachgebieten weltweit maßgeblich beeinflusst. Sein Name bleibt eng mit der Entwicklung der Frauenheilkunde in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts verbunden.

Kurt Karl Stephan Semm erlebte seine Kindheit und Jugend in München. Nach dem Ende des II. Weltkrieges begann er zunächst eine Lehre als Werkzeugmacher in München und studierte anschließend an der Ludwig-Maximilians-Universität München Humanmedizin. Er legte 1950 das Staatsexamen ab, wurde 1951 mit „Summa cum laude“ promoviert und habilitierte sich 1958 mit dem Thema: „Das Wehenproblem unter Berücksichtigung des Oxytocin-Oxytocinase-Haushaltes“.

1963 erfolgte die Ernennung zum apl. Professor an der II. Universitätsfrauenklinik München. Unter dem Eindruck der „Automatisierung des Aufblasvorganges für das Pneumoperitoneum an der I. Medizinischen Universitätsklinik München“, so beschreibt es Semm, führte er 1967 die Laparoskopie zur gynäko-

logischen Diagnostik an der Frauenklinik ein. Nach seiner Berufung auf den Lehrstuhl der Frauenklinik der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel am 01. Oktober 1970, die er bis 1995 leitete, entwickelte Semm die Laparoskopie zu einer umfassenden operativen Behandlungsmethode und die Kieler Klinik zu einem weltweit anerkannten Ausbildungszentrum. Die Entwicklung laparoskopischer Instrumente, Apparate und Operationstechniken prägen seine ärztliche Tätigkeit in Kiel und führten zur ersten endoskopischen Appendektomie 1980 an der Kieler Frauenklinik. Die von Semm erarbeitete umfangreiche Palette an Instrumenten und Geräten erlaubte immer ausgedehntere laparoskopische Eingriffe. 1980 berichteten Semm und Mettler über die ersten Ovarrektomien mit der Röderschens Schlinge, 1984 entwickelte Semm die laparoskopisch assistierte vaginale Hysterektomie und 1991 die laparoskopische suprazervikale Hysterektomie mit Mukosa-Resektion aus der Zervix. Mit ständigen Weiterbildungsveranstaltungen und Operationskursen in Deutschland und besonders in den USA, demonstrierten Semm und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter seiner Klinik die neuen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten der Laparoskopie. In den Lehrbüchern „Pelviskopie und Hysteroskopie“ (1976) und „Operationslehre für endoskopische Abdominalchirurgie“ (1984) sowie in seinem „DIA-Atlas der Pelviskopie, Hysteroskopie und Fetoskopie“ (1979) legte er damals die umfassendsten Darstellungen zur Laparoskopie vor.

Die bahnbrechenden Leistungen von Semm wurden mit Ehrendoktorwürden, zahlreichen

Ehrenmitgliedschaften, Orden und Medaillen anerkannt. Im Jahre 1987 würdigte die Bundesrepublik Deutschland seine Verdienste mit dem Bundesverdienstkreuz und 1995 mit der Verleihung des Bundesverdienstkreuzes am Bande. Sein Lebenswerk wurde im März 2002 in New York mit dem Titel „Pioneer in Endoscopy“ der Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgeons (SAGES) geehrt.

Der Tod von Kurt Semm erinnert die Oschatzer Frauenärzte an eine sehr fruchtbare und ergebnisreiche Zusammenarbeit mit dem Kieler Ordinarius. Mit der Einführung der Laparoskopie in unserer Abteilung im Jahre 1981 entstanden in den folgenden Jahren die ersten Kontakte zu ihm. Uneigennützig half uns Semm mit Literatur, Filmmaterial und Instrumenten bei der Weiterentwicklung der in der damaligen DDR noch wenig verbreiteten Laparoskopie. Nach der Wiedervereinigung Deutschlands hatten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unserer Klinik wiederholt Gelegenheit in der Kieler Frauenklinik zu hospitieren. Diese Zusammenarbeit fand auch ihren Niederschlag in der Mitarbeit Oschatzer Gynäkologen an dem von Liselotte Mettler anlässlich des 75. Geburtstages von Kurt Semm herausgegebenen Lehrbuches „Endoskopische Abdominalchirurgie in der Gynäkologie“.

Die sächsischen Frauenärzte lernten den streitbaren Wissenschaftler und unermüdlischen Lehrer „hautnah“, anlässlich des 1. Oschatzer Weiterbildungskurses vom 27. bis 28. Juli 1990 in Oschatz kennen. Vor über 200 Tagungsteilnehmern erläuterten Semm und seine Kieler Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Leidenschaft und rhetorischem Geschick in zahlreichen Vorträgen, Videofilmen und praktischen Übungen am „Pelvitainer“ den diagnostischen und operativen Wert der Laparoskopie. Die von Semm ausgehende Begeisterungsfähigkeit, verbunden mit der Aufbruchstimmung der damaligen Zeit, hatte der Laparoskopie Anfang der 90er Jahre einen gewaltigen Schub in unserer Region gegeben.

Wir sind dankbar, einem bedeutenden deutschen Gynäkologen und einem beeindruckenden Menschen begegnet zu sein und werden sein Andenken in Ehren bewahren.

Dr. med. Manfred Schollmeyer
Chefarzt der Gyn.-gebh. Abt. an der
Collm Klinik Oschatz, Parkstr. 1, 04758 Oschatz