

Berufspolitik	Perspektiven für Medizinstudenten	396
	Polnisch-deutsche Konferenz zu Fragen des ärztlichen Berufsrechts	397
	SaxMediCard	398
Gesundheitspolitik	Rauchfreie Krankenhäuser	400
	Kleinzelliges Bronchialkarzinom Therapie und Ergebnisse	401
	Jahresbericht des „Gemeinsamen Krebs-Registers“	406
	Impressum	406
Amtliche Bekanntmachung	Satzungsänderung der Sächsischen Ärzteversorgung	407
	Umsetzung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung in Sachsen 2004	408
	Satzungsänderung Fachkundenachweis Leitender Notarzt	408
Ethik in der Medizin	Schönheitsoperationen – Verantwortung der Gesellschaft	410
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Veranstaltungsreihe Volkskrankheiten	412
	Ausstellungen	412
	Ärzteball	412
	Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden	412
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	413
Leserbriefe	Kein Ende der Dokumentations-Euphorie in Sicht	414
	Verschwiegener Genocid	414
Verschiedenes	Seniorenausflug Kreisärztekammer Dresden	415
	Seniorenausflug Kreisärztekammer Stadt Leipzig	415
	Qualitätsmanagement in Reha-Kliniken	416
Personalien	Prof. Dr. med. Klaus-Dieter Waldmann zum 65. Geburtstag	417
	Ursula Schmidt zum 60. Geburtstag	418
	Unsere Jubilare im September	418
	Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Harald Aurich	420
	Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Martin Link	421
	Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Georg Zeumer	422
Medizingeschichte	Carl Gustav Carus und seine Freundschaft mit König Johann von Sachsen	423
Beilage	Fortbildung in Sachsen – Oktober 2005	

Perspektiven für Medizinstudenten



Intensive Diskussionen nach den Vorträgen

Die Sächsische Landesärztekammer präsentierte sich im Frühjahr 2005 in zwei Vorlesungen Medizinstudenten in Dresden und Leipzig. „Damit wollten wir die ärztliche Selbstverwaltung und deren Aufgaben unter den zukünftigen Kollegen bekannt machen und gleichzeitig für eine ärztliche Tätigkeit in Sachsen werben“, so der Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer, Dr. Stefan Windau.

Die erste Veranstaltung in Leipzig stand unter der Überschrift „Vertragsärztliche, privatärztliche Tätigkeit und Sozialmedizin“. Nach langer Vorbereitung wurde durch Prof. Dr. med. habil. Eberhard Keller, Vorsitzender der Kreisärztekammer Stadt Leipzig, im Rahmen der Vorlesung für Allgemeinmedizin ein Überblick über die Geschichte, die Aufgaben,

die gesetzlichen Grundlagen und die Funktion der Landesärztekammer gegeben. Es wurden der Aufbau und Struktur der Kammer mit Kammerversammlung, Vorstand und Hauptgeschäftsführung erläutert und die Wahl der Delegierten zum Deutschen Ärztetag und dessen Funktion dargestellt. Prof. Keller wies besonders darauf hin, dass die Arbeit in den Gremien der Sächsischen Landesärztekammer ehrenamtlich erfolgt. Der Vortrag enthielt detaillierte Hinweise auf die Altersstruktur der Kammermitglieder und das Problem des fehlenden Nachwuchses. Die Studenten wurden dazu angeregt, sich später an der Arbeit insbesondere in den verschiedenen Ausschüssen, wie Berufsrecht, Junge Ärzte und Weiterbildung aktiv zu beteiligen. Die Vorstellung der Sächsischen Ärzteversorgung war ebenfalls Bestandteil dieser Vorlesung. Die Regularien der erweiterten Kammerversammlung, des Verwaltungs- und Aufsichtsausschusses wurden vorgestellt. Am Beispiel eines 27-jährigen Arztes (Eintrittsjahr in die SÄV 2005), der mit 65 Jahren in Rente geht, erfolgte eine Beispielrechnung.

Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen hat in einer zweiten Vorlesung über ihre Struktur, Aufgaben und Probleme berichtet. Insgesamt fiel dem Vorlesenden eine Passivität der anwesenden Studenten auf. Auf Fragen wurde ihm kaum geantwortet und die ange-



Dr. med. Nitzschke, Vorstandsmitglied der Kreisärztekammer Dresden, präsentierte die Aufgaben der Sächsischen Landesärztekammer und erläuterte die neue Weiterbildungsordnung

henden Mediziner ließen sich auch von den anschaulichen Vorträgen leider nicht mitreißen.

„Chancen und Perspektiven im Gesundheitswesen“ lautete eine zweite Veranstaltung im Medizinisch-Theoretischen Zentrum der TU Dresden Anfang Mai. Vertreter der Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und der Sächsischen Landesärztekammer haben dort in ihren Referaten und Workshops über Möglichkeiten der beruflichen Entwicklung im sächsischen Gesundheitswesen informiert. Unterstützt wurde die Veranstaltung von der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank mit einem Vortrag sowie Informationsständen zu den Fragen der Finanzierung einer eigenen Niederlassung. Rund 100 Medizinstudenten waren der Einladung gefolgt. Sie erhielten in anschaulichen Vorträgen eine Übersicht zu den Aufgaben der Selbstverwaltung, den Arbeitsmöglichkeiten in sächsischen Krankenhäusern und dem beruflichen Weg im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Von besonderem Interesse waren die Informationen zur Praxisübernahme und Finanzierung. In den anschließenden Workshops herrschte besonderer Andrang bei dem Schwerpunkt Weiterbildung. Hier galt es, zahlreiche Fragen zu beantworten. Besonderer Dank gilt der Fachschaft Medizin, weil diese in Vorbereitung der Veranstaltung einen direkten Zugang zu den Studenten ermöglicht hatte.



Gespannte Zuhörer

Prof. Dr. med. habil. Eberhard Keller
Vorsitzender der Kreisärztekammer Stadt Leipzig

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

Polnisch-deutsche Konferenz zu Fragen des ärztlichen Berufsrechts



*Podiumsdiskussion: Dr. med. Susann Katelhön, BÄK, Dr. med. Siegfried Herzig, SLÄK, Dr. med. Stefan Bednarz, Poln. ÄK, Prof. Dr. med. habil. Zbigniew Czernicki, Poln.ÄK, Dr. med. Jolanta Orłowska-Heitzmann, ÄK Krakow, Dr. med. Kurt Trübner, Essen, Dr. med. Konstanty Radziwiłł, Präs. Poln. ÄK (v.l.)
Foto: Dr. Marek Stankiewicz*

Vom 17. bis 19. Juni 2005 fand in Krzyżowa (Kreisau) eine bilaterale Konferenz zu Fragen des ärztlichen Berufsrechts statt. Der Tagungsort war das ehemalige Rittergut von Moltke, jetzt Internationales Begegnungszentrum der Jugend der Stiftung Kreisau für Europäische Verständigung. Der letzte deutsche Besitzer Helmuth James Graf von Moltke war einer der Gründer einer Widerstandsgruppe im nationalsozialistischen Deutschland, dem so genannten „Kreisauer Kreis“. Deutsche Oppositionelle verschiedener Bekenntnisse und politischer Überzeugungen diskutieren hier über die Neugestaltung eines demokratischen Deutschlands in einem vereinten Europa nach dem erhofften Ende des Hitlerregimes. Dass dieses Vorhaben im Fiasko des misslungenen Attentates vom 20. Juli 1944 endete, ist allgemein bekannt.

Eingeladen zu dieser Konferenz hatte die polnische Landesärztekammer Naczelna Izba Lekarska (NIL). Bei der langwierigen Vorbereitung und Organisation war auch Dr. med. Siegfried Herzig, der Ärztliche Geschäftsführer der Sächsischen Landesärztekammer, gemeinsam mit Dr. med. Ryszard Rzeszutko, Naczelna Izba Lekarska (NIL), beteiligt. Die Konferenz stand unter der Leitung von Prof. Dr. med. habil. Zbigniew Czernicki, dem obersten Sprecher für Berufsrecht bei der NIL. Das Grundsatzreferat „Der heutige Rechtszustand der beruflichen Verantwortung der polnischen und deutschen Ärzte und seine geplanten Änderungen nach Beitritt Polens in die EU“ wurde von Prof. Czernicki gehalten. Der Präsident der NIL, Dr. med. Konstanty

Radziwiłł, ergänzte die Ausführungen mit dem Referat „Das Problem der beruflichen Verantwortung der Ärzte in Bezug auf den Standpunkt des Komitees der europäischen Ärzte (CPME)“. Weitere Referate befassten sich mit Problemen im grenzüberschreitenden Rettungsdienst, grenzüberschreitende Zusammenarbeit auf dem Gebiet des Gesundheits- und Sozialwesens im Rahmen des EU-Projektes EU-MED-EAST. Herr Assessor Alexander Gruner (Sächsische Landesärztekammer) sprach zu den Berufspflichten von Ärzten nach der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer. Diese und weitere Referate wurden im Rahmen der Podiumsdiskussion, die sich über zwei Tage erstreckte, teils kontrovers, teils einvernehmlich debattiert. Von deutscher Seite beteiligten sich Frau Dr. Susann Katelhön, Bundesärztekammer,

Herr Dr. Rudolf Burger, Bayerische Landesärztekammer, Herr Dr. med. Siegfried Herzig und Herr Alexander Gruner (Sächsische Landesärztekammer) sowie Dr. Kurt Trübner (Essen). Die aufgeworfenen Probleme: was passiert, wenn zum Beispiel ein polnischer Arzt in den Niederlanden legal Euthanasie betreibt und dann nach Polen zurückkehrt, oder: einem polnischen oder deutschen Arzt passiert im Nachbarland ein Kunstfehler, inwieweit muss seine Heimatkammer informiert und tätig werden, konnten nicht

abschließend geklärt werden. Alle waren sich aber einig, ein einheitliches europäisches Berufsrecht bis ins letzte Detail kann es nicht geben, dazu sind die Kulturen, Traditionen und rechtlichen Voraussetzungen der 25 EU-Mitgliedstaaten zu unterschiedlich, es gilt das Berufsrecht des Landes, in dem der Arzt tätig ist und eine mehrmalige Bestrafung für ein Vorgehen gibt es nicht. Diese Konferenz hat gezeigt, dass noch viele Fragen im länderüberschreitenden ärztlichen Berufsrecht offen sind und eine Folgekonferenz, vielleicht das

nächste Mal auf deutscher Seite, durchaus ihre Berechtigung hätte.

Nebenbei sei noch bemerkt, dass die deutschen Teilnehmer während des Rahmenprogramms die wunderschönen niederschlesischen Bäder Polonica Zdrój/Bad Altheide, Duszniki Zdrój/Bad Reinerz und Kudowa Zdrój/Bad Kudowa kennen lernen konnten.

Dr. med. Siegfried Herzig
 Ärztlicher Geschäftsführer

SaxMediCard

Projekt im Freistaat Sachsen

Schrittweise soll eine elektronische Gesundheitskarte für Patienten in Verbindung mit einem elektronischen Heilberufsausweis für Ärzte in Deutschland eingeführt werden. Das Vorhaben wurde von der Bundesregierung bereits im Jahre 2004 initiiert und unter großem Zeitdruck gesetzlich auf den Weg gebracht. Die Erprobung der beiden neuen elektronischen Karten soll zuvor in sogenannten Testregionen erfolgen. Nach Abschluss aller regionalen Tests wird dann die flächendeckende Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und des elektronischen Heilberufsausweises 2006/2007 auch im Freistaat Sachsen vorgenommen.

Testregion Löbau-Zittau

Bisher wurden vom Bundesgesundheitsministerium noch keine Testregionen für das Vorhaben bestätigt. Der Freistaat Sachsen hat sich frühzeitig als einziges ostdeutsches Bundesland mit dem Landkreis Löbau-Zittau auch als Testregion beworben. Hier konnten in den vergangenen Jahren bereits mehrere Telematikanwendungen im Gesundheitswesen, zum Beispiel die Digitalisierung bildgebender Verfahren, erfolgreich erprobt werden, wodurch man auf umfangreiche Erfahrungen zurückgreifen kann. Das eigens für die Erprobung gegründete Projektbüro SaxMediCard arbeitet mit den Kostenträgern und Leistungserbringern im Freistaat Sachsen und in Kooperation mit Industriepartnern und wissenschaftlichen Einrichtungen und Körperschaften zusammen. Durch das Projektbüro soll gewährleistet werden, dass Erfahrungen und Ergebnisse aus der Erprobung der elek-

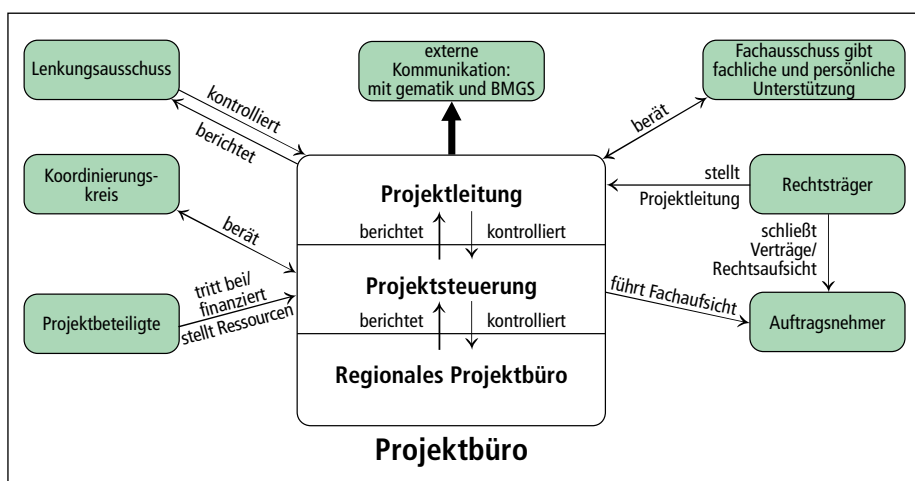
tronischen Gesundheitskarte für Patienten in Verbindung mit dem elektronischen Heilberufsausweis für Ärzte unter den Projektbeteiligten ausgetauscht und ausgewertet werden. Zur Leitung und Lenkung des Gesamtprozesses der flächendeckenden Einführung von Gesundheitskarte und Heilberufsausweis haben die Beteiligten einen Lenkungsausschuss mit folgenden Mitgliedern gebildet:

- Sächsisches Staatsministerium für Soziales,
- Sächsische Landesärztekammer,
- Kassenärztliche Vereinigung Sachsen,
- Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen,
- Sächsischer Apothekerverband,
- Krankenhausgesellschaft Sachsen,

- AOK Sachsen,
- IKK Sachsen,
- LKK Mitteldeutschland,
- DAK,
- Sächsischer Datenschutzbeauftragter und
- Fachverband für Orthopädie- und Rehabilitationstechnik.

Das Bundesgesundheitsministerium beabsichtigte die Entscheidung, ob der Landkreis Löbau-Zittau als Testregion ausgewählt wird, Ende September 2005 zu treffen. Zuvor wird die dafür zuständige Stelle, die gematik GmbH, das Projekt vor Ort besuchen und nach festgelegten Kriterien bewerten. Ein dezentrales Testlabor unter Beteiligung eines Fachaus-





schusses von Mitgliedern des Lenkungsausschusses soll die notwendigen Voraussetzungen schaffen. Bei Bestätigung der Testregion Löbau-Zittau kann umgehend ein Minitest zur Erprobung der elektronischen Gesundheitskarte und des elektronischen Heilberuferausweises in diesem Landkreis mit 500 Versicherten, 20 Ärzten, 30 Apotheken, 130 Heil- und Hilfsmittelerbringern sowie einem Klinikum und einem Altenheim durchgeführt werden. Die Ergebnisse dieses Tests und die anderer Modellregionen werden dann in die flächendeckende Einführung der beiden elektronischen Karten einfließen.

Elektronischer Heilberuferausweis

Für die am Minitest teilnehmenden 20 niedergelassenen Ärzte und für die Ärzte im Klinikum wurden die Heilberuferausweise ausgestellt. Sie enthalten die Funktionen Authentifizierung und entsprechen den Anforderungen einer qualifizierten digitalen Signatur. In enger Zusammenarbeit mit der Sächsischen Landesärztekammer wurden die Heilberuferausweise ausgegeben.

Die Ärzte im niedergelassenen Bereich brauchen zukünftig grundsätzlich einen gültigen personengebundenen elektronischen Heilberuferausweis, um Daten von einem Versicherten lesen zu können. Mit dem Heilberuferausweis sollen künftig Befunde, Rezepte und Arztbriefe elektronisch und rechtssicher signiert sowie unter Beachtung des Datenschutzes weitergegeben werden können.

Das Klinikum Löbau-Zittau gGmbH mit seinen beiden Standorten in Ebersbach und Zittau bietet aufgrund seiner bereits bestehenden Erfahrungen in Verbindung mit dem

Modellprojekt zur „Digitalisierung bildgebender Verfahren und Bildkommunikation der Krankenhäuser im Freistaat Sachsen“ (SaxTeleMed) beste Voraussetzungen für diesen Test. Im Zuge dieses Modellprojekts war an diesen Häusern die Telematik-Struktur für den neuen elektronischen Heilberuferausweis eingerichtet worden und könnte nun erneut für Projekte dieser Art genutzt werden. Die Ärztinnen und Ärzte dieses Klinikums können schon heute zum Beispiel diktierte Befunde am Computer signieren und auf eine elektronische Patientenakte zurückgreifen. Durch diese klinikweite elektronische Patientenakte haben die behandelnden Ärzte den direkten Zugriff auf Labordaten, die digitalen Röntgenbilder und viele elektronisch vorliegende Befunde. Die Behandlung kann optimiert und im Zusammenhang mit der Arzneimitteldokumentation die Verordnung ungeeigneter Medikamente vermieden werden. Durch die besseren Kommunikationsmöglichkeiten zwischen den Leistungserbringern werden Arbeitsabläufe vereinfacht und das Leistungsgeschehen transparent gestaltet. Vor allem im Krankenhaus, wo es zu einer Konzentration von Versicherten und Ärzten kommt, ist ein sehr hoher Informationsbedarf vorhanden.

Durch die Verlagerung von stationären Maßnahmen in den ambulanten Sektor durch die DRG ist ein effizienter Informationsfluss über Fachgebiete hinweg notwendig. Damit können administrative Abläufe und die Patientenbetreuung gleichermaßen erheblich verbessert werden. Aus dieser Sicht ist das Potential der beiden elektronischen Karten im Gesundheitswesen durch eine optimale Vernetzung

nicht hoch genug einzuschätzen, vorausgesetzt der Versicherte stimmt der Speicherung von sensiblen Behandlungs- und Gesundheitsdaten auf seiner Karte zu. Macht er das nicht, so bringt die elektronische Gesundheitskarte keinen weiteren Nutzen als die bereits vorhandene Versichertenkarte.

Kostensenkung

Ein weiteres Hauptziel der neuen elektronischen Karten ist neben der Verbesserung von Behandlungsabläufen die Einsparung von Kosten auf Seiten der Krankenversicherungen und Apotheken. Durch die Vermeidung von Missbrauch sollen 200 Mio. Euro und durch das elektronische Rezept 800 Mio. Euro eingespart werden. Aus diesem Grund gibt es Überlegungen der Refinanzierung von telematikbedingten Aufwendungen in der Praxis durch Klick- oder Rezeptgebühren.

Auch andere Länder planen die Einführung elektronischer Karten für Heilberufe und Patienten (Österreich) oder haben diese bereits in der Anwendung (Frankreich).

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

Links zum Thema:

- SaxMediCard – <http://www.saxmedicard.de/index.php>
- SaxTeleMed – <http://www.sachsen.de/de/bf/saxtelemed/>
- Telemedizin Löbau-Zittau – <http://www.telemedizin-loebau-zittau.de/>
- Klinikum des Landkreises Löbau-Zittau gGmbH – http://www.kllz.de/index_fs_000000.html
- Managementgesellschaft Gesundheitszentrum Löbau-Zittau (MGLZ) – <http://www.mglz.de/>
- Sächsische Landesärztekammer – <http://www.slaek.de>
- Freistaat Sachsen – <http://www.sachsen.de/>

Rauchfreie Krankenhäuser – zukünftig auch im Freistaat Sachsen?!

Das Europäische Netzwerk „Rauchfreies Krankenhaus“

Bereits in einem früheren Beitrag wurden präventive Strategien des Tabakkonsums umfassend dargestellt (Bach, O., 2003). Hervorgehoben wurden die besonderen Chancen und Möglichkeiten von Krankenhäusern und Praxen in der Förderung des Nichtrauchens.

Dieser Beitrag beschäftigt sich speziell mit dem europäischen Netzwerk „Rauchfreies Krankenhaus“ und den besonderen Erfahrungen in der Umsetzung. Es ist beabsichtigt, sächsische Einrichtungen für das Projekt „Rauchfreies Krankenhaus“ zu interessieren, denn neben Schulen sind Krankenhäuser ein wichtiger öffentlicher Raum, der im Freistaat Sachsen zukünftig rauchfrei werden muss.

Primäres Anliegen des Projekts „Rauchfreies Krankenhaus“ ist nicht die Durchsetzung eines strikten Rauchverbotes, sondern ist die Stärkung des gesundheitsfördernden Handelns im Krankenhaus in Bezug auf die Einschränkung des Tabakkonsums. Dazu gehören zum Beispiel die routinemäßige Raucheranamnese, die Ausstiegsberatung (Kurzintervention) oder eine Vermittlung in langfristige Entwöhnungsbehandlungen. Zur Etablierung dieser Behandlungselemente ist der Aufbau von Kooperationsstrukturen zu den regional existierenden Angeboten (zum Beispiel niedergelassener Ärzte, Psychologen, Suchtberatungsstellen) zwingend notwendig, um eine langfristige ambulante Weiterbetreuung sicher zu stellen. Des Weiteren ist die Durchsetzung des Nichtraucherschutzes zentrales Anliegen „Rauchfreier Krankenhäuser“.

Nachdem sich 1996 das erste nationale Netzwerk „Rauchfreier Krankenhäuser“ in Frankreich etablierte, erfolgt drei Jahre später eine Zusammenführung verschiedener nationaler Aktivitäten im Rahmen eines EU-Projektes „European Network Smoke-free Hospitals“ (ENSH). Seit dieser Zeit wurden verschiedene Instrumente entwickelt, die eine Umsetzung vor Ort in den Einrichtungen erleichtern. Allgemeiner Zielstellungen sind im Kodex des ENSH beschrieben (siehe Abb.1), während praktische Schritte zur Umsetzung dieser Zielstellung innerhalb eines umfangreichen Leitfadens für „Rauchfreie Krankenhäuser“ zusammengestellt sind. Zur Einschätzung und Dokumentation der aktuellen Situation im Sinne einer Standortbestimmung auf dem Weg zum „Rauchfreien Krankenhaus“ dient ein Fragebogen zur Selbsteinschätzung. Die erwähnten Dokumente befinden sich ebenfalls

„Krankenhäuser sind dazu verpflichtet, bei der Reduzierung des Tabakkonsums und seiner schädlichen Gesundheitsfolgen eine wichtige Aufgabe zu erfüllen. Ihre Aufgabe besteht nicht nur darin, zum Schutz der Nichtraucher für eine rauchfreie Umgebung zu sorgen. Sie sind auch dazu verpflichtet, Raucher bei der Tabakentwöhnung aktiv zu unterstützen. Das gilt für die Patienten wie auch für das Krankenhauspersonal.“

Abb. 1: Auszug aus dem Kodex des Europäischen Netzwerkes „Rauchfreier Krankenhäuser“

wie die Antragsunterlagen zur Aufnahme in das Netzwerk „Rauchfreier Krankenhäuser“ auf der Homepage des Deutschen Netzes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser unter www.dngfk.de.

In Deutschland existiert das Netzwerk „Rauchfreier Krankenhäuser“ seit 2001. Bis jetzt beteiligten sich bundesweit 24 Einrichtungen, die entweder bereits rauchfrei sind oder Initiativen auf dem Weg zum „Rauchfreien Krankenhaus“ begonnen haben. Regional konzentrieren sich die deutschen Einrichtungen auf den Großraum Berlin (sieben Einrichtungen) sowie Nordrhein-Westfalen (neun Einrichtungen). Das Deutsche Herzzentrum Berlin übernahm in der Etablierung rauchfreier Einrichtungen eine Vorreiterrolle – seit 1. Februar 2000 ist diese Einrichtung rauchfrei in allen Gebäuden und Raumteilen. Jüngstes Mitglied ist das Zentralklinikum Augsburg, welches Anfang 2005 einen Stufenplan zur Etablierung der Rauchfreiheit innerhalb der nächsten drei Jahre vorstellte. Ein sächsisches Krankenhaus sucht man leider vergebens im Mitgliederverzeichnis des Netzwerkes „Rauchfreier Krankenhäuser“.

Mit dem Stufenplan zum „Rauchfreien Krankenhaus“ (Abb. 2)

Zur Realisierung des „Rauchfreien Krankenhauses“ werden acht Module vorgeschlagen, welche unter anderem auf den praktischen Erfahrungen und Erkenntnissen der Netzwerkeinrichtungen basieren. Sie bieten den Einrichtungen, die rauchfrei werden möchten, Anleitung für eine schrittweise Realisierung. Je nach erreichter Stufe werden Plaketten in Bronze, Silber, Gold vergeben. Der Weg zum „Rauchfreien Krankenhaus“ beginnt mit der Gründung einer ständigen Arbeitsgruppe, deren Vorsitz in idealer Weise die Krankenhausleitung innehat. Besonderer Schwerpunkt sind in der zweiten Umsetzungsphase („Silber“) unterstützende Maßnahmen des Krankenhauses für die Tabakentwöhnung. Dazu zählt die systematische Raucheranamnese, motivierende Ausstiegsgespräche, Verfügbarkeit medikamentöser und verhaltenstherapeutischer Entwöhnungsangebote sowie eine systematische Nachsorge für Teilnehmer der Tabakentwöhnungsmaßnahmen innerhalb eines Jahres. Die Angebote zur Tabakentwöhnung richten sich dabei nicht nur an Patienten

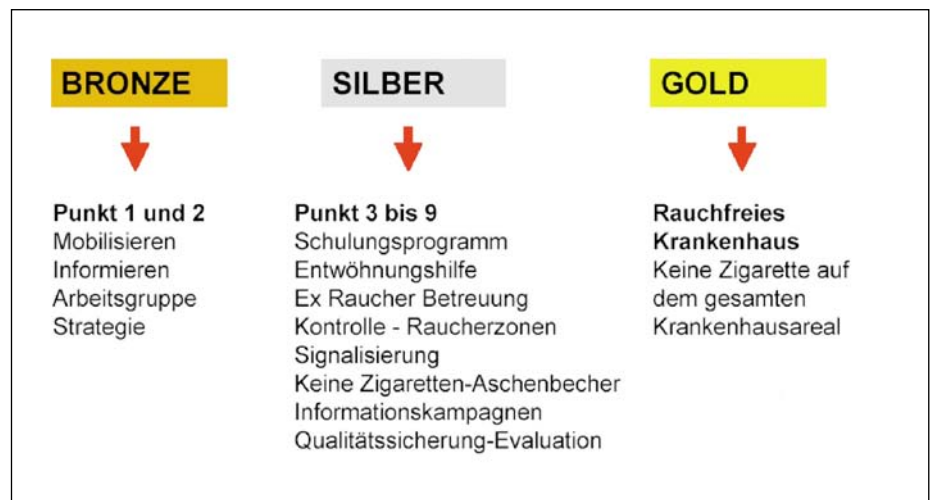


Abb. 2: Etappen zum „Rauchfreien Krankenhaus“

Land	Rauchen im Krankenhaus ist...
Belgien	verboten
Bulgarien	verboten
Dänemark	teilweise eingeschränkt
Finnland	verboten
Frankreich	teilweise eingeschränkt
Deutschland	teilweise eingeschränkt (Arbeitsstättenverordnung)
Griechenland	verboten
Großbritannien	nicht eingeschränkt
Irland	verboten
Italien	verboten
Niederlande	verboten
Portugal	verboten
Schweden	verboten
Slowakei	verboten
Spanien	verboten
Tschechien	verboten

Tab. 1: Gesetzliches Rauchverbot ist in Krankenhäusern bzw. anderen Gesundheitseinrichtungen in vielen europäischen Ländern bereits Realität (Stand: 2003; Quelle WHO)

ten, sondern stehen dem Krankenhauspersonal regelmäßig zur Verfügung. „Gold“ ist erreicht, wenn das Krankenhaus einschließlich Krankenhausgelände rauchfrei sind.

Gesetzliche Regelungen wären hilfreich – Rauchverbot in Krankenhäusern bereits in vielen europäischen Ländern durchgesetzt

Regelungen des Gesetzgebers hinsichtlich eines Rauchverbotes in Kliniken und Krankenhäusern können den Prozess zum Rauchfreien Krankenhaus erheblich unterstützen.

In vielen Ländern Europas besteht bereits jetzt ein Rauchverbot in diesen Einrichtungen (Tab. 1). In Deutschland bestehen lediglich Einschränkungen auf Grundlage Arbeitsstättenverordnung.

Nachweislich führt die Ausweitung von Nichtraucherzonen in öffentlichen Einrichtungen zur Verringerung des Pro-Kopf-Konsums von Tabakprodukten. Raucher werden im Konsumverzicht unterstützt und erhalten Anreize zur dauerhaften Beendigung des Tabakkonsums, wenn gleichzeitig zum gesetzlichen Rauchverbot adäquate Angebote zur Tabakentwöhnung vorgehalten werden. Eine breite Akzeptanz in der Bevölkerung für gesetzliche Maßnahmen zur Einschränkung des Tabakkonsums in öffentlichen Einrichtungen wie Krankenhäusern ist mit über 70 % durchaus gegeben. Bei angemessener Aufklärung und Information nimmt die Zustimmung sowohl bei Nichtrauchern als auch bei Rauchern nach der Einführung von Rauchverboten noch zu (Bornhäuser, A., 2002).

Zusammenfassung:

Tabakkonsum ist nach wie vor das bedeutendste einzelne Gesundheitsrisiko für Atemwegs-, Herz-Kreislauf- und Krebserkrankun-

gen und somit die Ursache frühzeitiger Sterblichkeit. Jährlich sterben in Deutschland an den Folgen des Rauchens über 110.000 Menschen.

Angesichts dieser Tatsachen sind verstärkte Anstrengungen zur Reduktion des Tabakkonsums von besondere Bedeutung. Der vorliegende Beitrag beschreibt Chancen und Möglichkeiten von Krankenhäusern in der aktiven Förderung des Nichtrauchens im Rahmen des Europäischen Netzwerkes Rauchfreier Krankenhäuser. Besondere Unterstützung erhält die Umsetzung des Projektgedankens durch gesetzliche Regelungen, wie sie bereits in einer Vielzahl europäischer Länder bestehen.

Schlüsselwörter: Gesundheitsförderung, Nikotinkonsum, Rauchfreies Krankenhaus

Literatur beim Verfasser:

Dr. rer. medic. Olaf Rilke
Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V.
Leiter der Geschäftsstelle
Glacisstraße 26
01099 Dresden
Tel./Fax: 0351 804 5506
E-Mail: SLSeV@t-online.de

Kleinzelliges Bronchialkarzinom Therapie und Ergebnisse ¹⁾

Einführung

Das Bronchialkarzinom verursacht die meisten Krebstodesfälle in den Industrienationen. Auch in Deutschland steht es bei den Männern an erster, bei den Frauen an dritter Stelle der tumorbedingten Todesursachen, wobei die Häufigkeit bei den Frauen weiter zunimmt. Im Jahr 2000 wurden in Deutschland 38.990 Todesfälle durch Bronchialkarzinome registriert (12). Das Zigarettenrauchen ist der wesentliche Risikofaktor, ein kleinerer Teil der Karzinome ist auch durch berufliche

Schadstoffbelastung (Asbestfeinstaubexposition, Strahlenbelastung im Uranbergbau) bedingt. Bei wenigen Patienten lässt sich kein auslösendes Agens eruieren. Der Krankheitsverlauf und somit auch die Prognose sind vom histologischen Tumortyp abhängig, wobei im wesentlichen zwischen kleinzelligem (SCLC) und nichtkleinzelligem (NSCLC) Bronchialkarzinom unterschieden wird. Aufgrund des frühen Befalls der mediastinalen Lymphknoten und der hohen Fernmetastasierungstendenz befindet sich über die Hälfte der Pati-

enten mit SCLC bei Diagnosestellung bereits im Stadium IV, Stadium I und II werden kaum gesehen. Bei den Patienten mit NSCLC sind nur etwa ein Drittel primär metastasiert, hingegen können immer wieder auch niedrige Stadien diagnostiziert werden. Da auch die einzuleitende Therapie entsprechend vom histologischen Typ und vom Tumorstadium abhängt, ist die morphologische Sicherung und eine genaue Stadieneinteilung prätherapeutisch unbedingt anzustreben. Die Prognose ist beim Bronchialkarzinom insgesamt

1) Retrospektive Untersuchung eigener Patienten aus dem Fachkrankenhaus Coswig, erfasst im Krebsregister der neuen Bundesländer

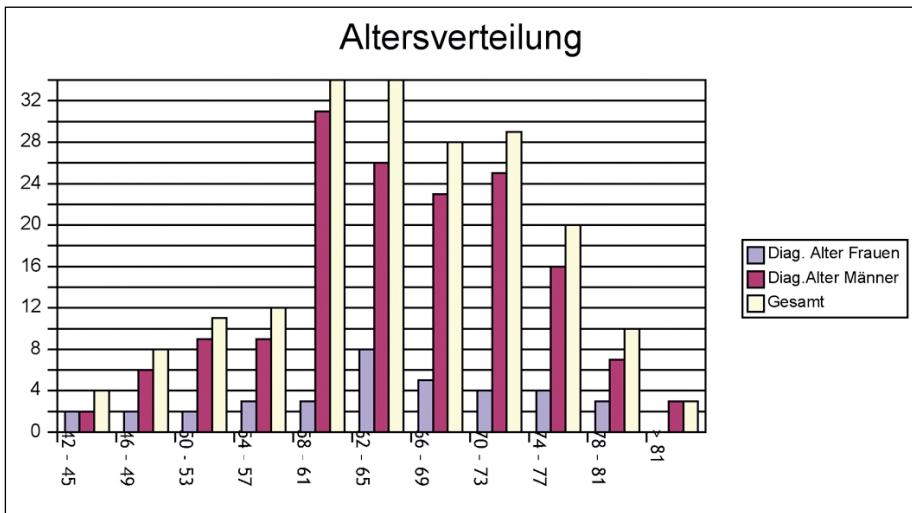


Abb. 1: Altersverteilung bei Diagnosestellung

schlecht mit einem mittleren Überleben von unter einem Jahr. Die unterschiedlichen Verläufe der Patienten mit SCLC und NSCLC zeigen sich insbesondere ab dem zweiten Jahr. Das 2-Jahres-Überleben beträgt bei Patienten mit NSCLC insgesamt immerhin ca. 25 Prozent, im Stadium I sogar ca. 70 Prozent, im Stadium II noch 40 Prozent, was durch die Rate der kurativ resektablen Karzinome bedingt ist. Beim SCLC liegt die 2-Jahres-Überlebensrate lediglich bei ca. 10 Prozent, ein 5-Jahres-Überleben ist selten. Die vorliegende Arbeit aus dem Fachkrankenhaus Coswig stellt eine Standortbestimmung dar zur Situation der Patienten mit kleinzelligem Bronchialkarzinom, da aufgrund des großen Einzugsgebietes im östlichen Sachsen eine recht große Patientengruppe beobachtet werden konnte. Es wird über den klinischen Verlauf unter der bisherigen Standardtherapie berichtet. Die schlechte Prognose der Erkrankung betont nochmals die Notwendigkeit, auch im weiteren durch Studien neue Therapiekonzepte und moderne Zytostatika zu prüfen, wobei sich diese neuen Konzepte gegenüber den bisherigen Standards bewähren und eine signifikante Prognoseverbesserung zeigen müssen, um dann in den klinischen Alltag übernommen werden zu können.

Methodik

Im Freistaat Sachsen besteht seit 1993 eine ärztliche Meldepflicht für Krebserkrankungen an das gemeinsame Krebsregister GKR der Länder Mecklenburg-Vorpommern, Bran-

denburg, Berlin, Sachsen-Anhalt, Sachsen und Thüringen. Die Meldung wird dabei über insgesamt etwa 30 Tumorzentren realisiert. Die im Fachkrankenhaus Coswig diagnostizierten Patienten können computergestützt über das „MADOS“-Programm mit aktuellem Tumorstadium und Morphologie-Verschlüsselung an das Tumorzentrum Dresden gemeldet werden, wodurch eine Auswertung der Meldedaten ermöglicht wird. Dabei zeigt sich, dass derzeit im Fachkrankenhaus Coswig pro Jahr ca. 450 Bronchialkarzinome diagnostiziert werden, von denen zwischen 10 und 20 Prozent den morphologischen Typ des kleinzelligen Bronchialkarzinoms aufweisen(a).

In der vorliegenden Untersuchung wurden die Unterlagen der Patienten mit kleinzelligem Bronchialkarzinom, die in den Jahren 1999,

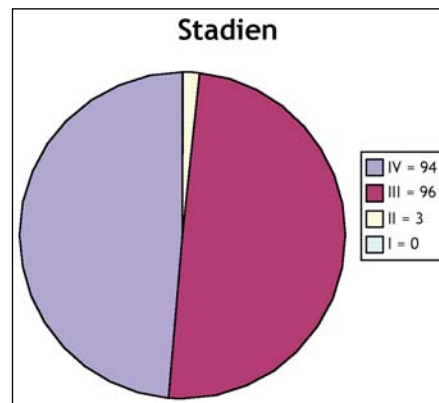


Abb. 2: Tumorstadium bei Diagnosestellung

2000, 2001 und 2002 diagnostiziert wurden, ausgewertet. In die Auswertung gingen 193 Patienten ein. Die Nachbeobachtungszeit liegt zwischen 18 Monaten und fünf Jahren. Im Juni 2004 lebten noch 12 dieser Patienten.

Struktur des Patientenkollektivs

Der Anteil weiblicher Patienten stieg in der Gesamtgruppe diagnostizierter Bronchialkarzinome von 1999 bis 2002 von 13 auf ca. 20 Prozent an. Bei den Patienten mit kleinzelligem Karzinom zeigt sich derzeit ein in etwa konstanter Anteil von Patientinnen (18 Prozent in der vorliegenden Untersuchung). Die Altersstruktur der ausgewerteten Patienten mit kleinzelligem Bronchialkarzinom zeigt, dass 40 Prozent der Patienten zur Diagnosestellung zwischen 60 und 70 Jahren alt sind, 25 Prozent sind über 70 Jahre alt (Abbildung 1). Der Anteil von Patienten mit SCLC, die in frühen Stadien, also Stadium I und II, diagnostiziert wurden, ist sehr gering (3 von 193 Patienten), dem Stadium III zugeordnet wurden 96 der 193 Patienten, bereits bei Diagnosestellung metastasiert (Stadium IV) waren 94 Patienten. (Abbildung 2). Zur besseren Vergleichbarkeit in Studien sollte heute auch für die Stadieneinteilung des kleinzelligen Bronchialkarzinoms nach der UICC-Klassifikation vorgegangen werden, wobei die frühere Einteilung in „limited disease“ den Stadien I-IIIb entspricht, Stadium IV entspricht „extensive disease“.(13)

Ergebnisse und Diskussion

Die klassische Tumormorphologie eines kleinzelligen Karzinoms, die einen kleinen Primärherd in Verbindung mit der schon ausgeprägten mediastinalen LK-Metastasierung beschreibt, nämlich T1N3, wurde lediglich bei 5 der 193 Patienten in der Primärdiagnose angegeben. Auffallend war zudem der hohe Anteil von T4-Tumoren, die praktisch alle eine Infiltration der mediastinalen Strukturen beschreiben und sich häufig kaum von der mediastinalen LK-Metastasierung abgrenzen ließen. Möglicherweise lässt sich durch die retrostetischen Infiltrationen, die häufig bei ausgedehnten zentralen Veränderungen vorliegen, der Primärherd nicht mehr abgrenzen, sodass der kleine Primärtumor dann nicht in die Tumormorphologie eingeht.

Viele Patienten wurden nicht nur im Rahmen der Erstdiagnostik und jeweils zu den Therapiezyklen stationär in unserer Klinik behandelt, sondern auch nach Abschluss der Primär-

therapie zur Verlaufsbeobachtung gesehen. Bei einem Tumorprogress nach mindestens dreimonatiger stabiler Krankheitssituation nach der first-line-Therapie stellt sich bei entsprechendem Therapiewunsch des Patienten auch die Indikation zur second-line-Therapie, welche in der untersuchten Patientengruppe bei 83 Patienten eingeleitet wurde, was einem Anteil von 48% der chemotherapierten Patienten entspricht. Immer wieder wurden aber auch Patienten unter palliativer Intention zur Intensivierung der symptomatischen Therapie bei Verschlechterung der Krankheitssituation aufgenommen, von den 193 ausgewerteten Patienten verstarben etwa 40 Patienten im Verlauf im Rahmen ihres Tumorprogresses in unserer Klinik. Als **therapeutischer Standard** ist derzeit nach Diagnosestellung die Einleitung einer platinhaltigen oder adriamycinhaltigen Chemotherapie anzusehen (1,6), insbesondere bei den noch nicht metastasierten und somit potentiell kurativ therapierbaren Patienten. Dabei wurde bislang eine Sequenz von vier bis sechs Zyklen empfohlen, anschließend erfolgte die kurative Strahlentherapie (11). Geeignete Chemotherapieprotokolle sind beispielsweise Carbo- oder Cisplatin in Kombination mit Etoposid, ggf. zusätzlich Vincristin, sowie Adriamycin in Kombination mit Cyclophosphamid und Vincristin oder Etoposid (ACO, ACE). Nach neueren Studien wird angestrebt, die Bestrahlung möglichst früh im Sinne einer kombinierten Chemo- / Radiotherapie ins Behandlungskonzept einzubringen. Es wird bei diesem Procedere über ein medianes Überleben von 12 bis 20 Monaten berichtet bei gleichzeitig deutlicher Zunahme der Toxizitäten. Im Stadium IV sollte bei ausreichenden körperlichen Reserven und klinischer Verträglichkeit ebenfalls eine Standardtherapie durchgeführt werden; ergänzende supportive Maßnahmen einschließlich palliativer Strahlentherapieoptionen sollten sich dabei ins Behandlungskonzept einfügen.

Von den 193 diagnostizierten Patienten wurde bei 172 Patienten eine zytostatische Therapie eingeleitet, dies entspricht einem Anteil von 89 Prozent. Die Auswertung der **first-line-Chemotherapie** zeigt, dass insgesamt 117 Patienten (68 Prozent) ein platinhaltiges Protokoll (überwiegend Carboplatin/Etoposid, aber auch in Einzelfällen in Kombination mit Vincristin oder Taxol) als Primärtherapie erhalten haben, weitere 5 Patienten (3 Prozent) erhielten ACO oder ACE. Somit konnte eine Standardtherapie bei 71 Prozent der che-

motherapierten Patienten als Erstlinientherapie eingeleitet werden. Der Anteil eines dieser Therapieprotokolle bei den im Verlauf kurativ bestrahlten Patienten lag sogar bei 50 von 64 Patienten (78 Prozent).

Bei im allgemeinen guter Verträglichkeit des Carboplatins wird die Kombination Carboplatin/Etoposid in unserem Haus als primäre Therapieoption eingesetzt, insbesondere da bislang ein besseres Outcome unter Cisplatinhaltiger Therapie nicht belegt ist. Einzelne Patienten kamen erst im Verlauf ihrer Erkrankung in unsere Klinik, wobei hier jeweils die eingeleitete Therapie entsprechend fortgesetzt wurde. Im Rahmen von Studienprotokollen wurde besonders beim Stadium IV wiederholt auch nach dem ACE-Schema therapiert.

Von den Patienten, die mit **Carboplatin/Etoposid** behandelt wurden, zeigten über 2/3 eine partielle oder komplette Remission

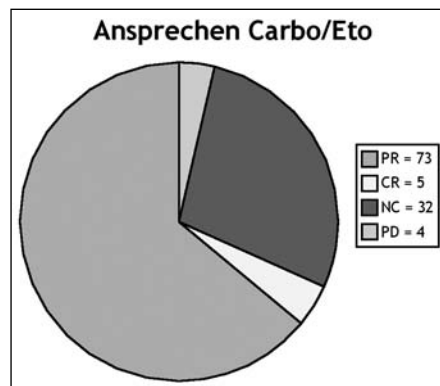


Abb. 3: Ansprechen auf first-line-Therapie mit Carboplatin/Etoposid

(Abbildung 3). Im Unterschied zu Literaturangaben wurden zwar sehr viele partielle, aber kaum komplette Remissionen konstatiert. Relativ häufig ließen sich computertomographisch besonders im Bereich der mediastinalen Lymphknotenmetastasen noch minimale Residuen nachweisen, die unter alleiniger bildgebender Diagnostik nicht sicher einzuordnen waren. Somit wurden hier nach unserer Auffassung die Kriterien für eine komplette Remission – das Fehlen sichtbarer Tumormanifestationen – dann nicht eindeutig erfüllt. Möglicherweise ist die Vergleichbarkeit mit den älteren Studien unter diesem Gesichtspunkt schwierig, da die CT-Diagnostik inzwischen deutlich verbessert wurde.

Prinzipiell decken sich aber die **Ansprechraten** mit den älteren Therapiestudien (3, 4), in denen die overall-response-rate mit 60 bis 90 Prozent bei limited disease und 40 bis 70 Prozent bei extensive disease angegeben wurde, vergleichbar für die platinbasierte und die adriamycinbasierte Therapie. Auch in der vorliegenden retrospektiven Untersuchung lässt sich belegen, dass das Ansprechen auf die Therapie im M0-Stadium besser war als bei den bereits zum Diagnosezeitpunkt metastasierten Patienten (Ansprechen auf Standardtherapie bei M0 (CR+PR): 70 Prozent, bei M1 60 Prozent). Der Stellenwert **neuer Chemotherapeutika** ist weiterhin nicht ganz klar. Auch wenn die Ansprechraten unter Zugabe von Taxol zu Carboplatin/Etoposid in einzelnen Studien besser waren als unter der bisherigen Standardtherapie, zeigte sich bislang kein eindeutiger Überlebensvorteil (7,8). Eine Studie zeigt verbesserte Überlebensraten

unter Cisplatin/Irinotecan (9), wobei sich solche neuen Schemata erst in größeren Vergleichsstudien und in der praktischen Umsetzung bewähren müssen. Im klinischen Alltag zeigt sich, dass die Durchführung der Standardtherapie nicht immer möglich ist. Begleiterkrankungen, die eine zytostatische Therapie ganz verhindern, lagen im untersuchten Patientenkollektiv nur selten vor. Eine leichte Einschränkung der Nierenfunktion ist nicht als absolute Kontraindikation zur zytostatischen Therapie zu sehen, sondern erfordert eine adäquate Dosisanpassung, verstärkte Flüssigkeitszufuhr und entsprechende Kontrollen. Bei kardial vorgeschädigten Patienten ist die Flüssigkeitsbelastung durch eine platinhaltige Therapie zu bedenken, eine KHK ohne Einschränkung der Pumpfunktion ist aber sicher per se keine Kontraindikation. In Einzelfällen manifestierte sich eine latente Herzinsuffizienz unter einer platinhaltigen oder adriamycinhaltigen Therapie; intensives klinisches Monitoring, Anpassung der Infusionsgeschwindigkeit und medikamentöse Therapie erlaubten dennoch in den meisten Fällen eine problemlose Fortsetzung der Behandlung.

Als moderates Therapieschema hat sich die Kombination **Vincristin/Etoposid** etabliert, wenn möglich ergänzt durch **Cyclophosphamid**. Von jeder dieser drei Substanzen ist eine Monoaktivität beim kleinzelligen Bronchialkarzinom mit einer ORR von > 30% bekannt(5). In der untersuchten Gruppe erhielten 45 Patienten die Kombination Vincristin/Etoposid, die dann zum Teil bei Stabilisierung des AZ mit Carboplatin oder Cyclophosphamid eskaliert werden konnte, oder primär Cyclophosphamid/Vincristin/ Etoposid. Von den 45 primär nach diesen Schemata (Vincristin/Etoposid oder Cyclophosphamid/Vincristin/Etoposid) behandelten Patienten wiesen immerhin 21 eine partielle Remission auf, bei

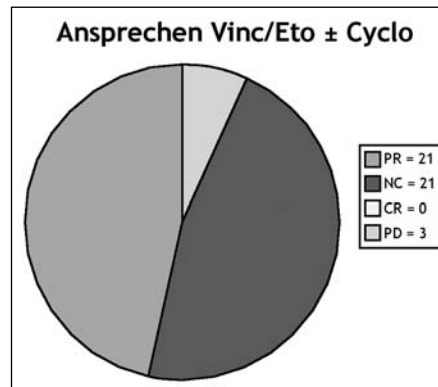


Abb. 4: Ansprechen auf first-line-Therapie mit Vincristin/Etoposid/Cyclophosphamid

weiteren 21 Patienten ließ sich eine Stabilisierung im Sinne eines „No Change“ beobachten (Abbildung 4). Therapiebegrenzende hämatotoxische Reaktionen traten unter dieser Therapie praktisch nicht auf. Die Überlebenskurven zeigen, dass das mittlere Überleben unter dieser Alternativtherapie zwar unter dem der Standardtherapie liegt, im Vergleich zu nicht zytostatisch behandelten Patienten besteht jedoch ein deutlicher Benefit (Abbildung 5). Dabei orientierte sich die Anzahl der Zyklen streng am klinischen Verlauf und der subjektiven Verträglichkeit. Erfahrungsgemäß geht auch das Erreichen eines status idem oft mit einer Stabilisierung der Tumorerkrankung einher und die Patienten profitieren klinisch deutlich. Da es sich bei der Chemotherapie des bereits metastasierten kleinzelligen Bronchialkarzinoms um einen palliativen Therapieansatz handelt, sollte in den **Therapieentscheid** neben der Einschätzung des Allgemeinzustandes und der Belastbarkeit des Patienten durch den Behandler auch der Therapiewunsch und die Risikobereitschaft des Patienten eingehen. Dabei ist festzustellen, dass sich nach aus-

föhrlicher Aufklärung über die Krankheits-situation und die Therapieoptionen nur sehr wenige Patienten, denen aus klinischer Sicht eine Therapie zumutbar ist, gegen eine Chemotherapie entscheiden.

Bei Therapieeinleitung wurde jeweils eine Serie von vier bis sechs Zyklen angestrebt. Von den Patienten, die mit einem platin- oder adriamycinhaltigem Regime behandelt wurden, erhielten ca. 70 Prozent mindestens vier Therapiezyklen, was eine gute Durchführbarkeit belegt. Wesentliche **hämatotoxische Reaktionen** (Grad 3 und 4 nachWHO) traten lediglich bei unter einem Drittel der chemotherapierten Patienten auf. Dabei zeigten sich diese nur selten im Rahmen der first-line-Therapie, sondern meist erst in der second- oder third-line-Therapie oder in Situationen, in denen in engem zeitlichen Zusammenhang mit der Chemotherapie die Durchführung einer Radiatio (Cerebrum, Knochen, Mediastinum bei Einflußstauung) erforderlich wurde. Dies unterstreicht aber auch noch einmal die Problematik bei Durchführung einer kombinierten Chemoradiotherapie unter kurativem Ansatz im nicht metastasierten Stadium. Wenn man in der vorliegenden Untersuchung die Gruppe der primär nicht metastasierten Patienten (**M0**) betrachtet, bei denen eine zusätzliche **kurative Radiatio** angestrebt wurde, fällt auf, dass zwar primär mehr als die Hälfte der Patienten (99 von 193) zu dieser Gruppe gehörten, jedoch letztlich nur 64 Patienten tatsächlich kurativ bestrahlt wurden. Bei einem Teil der Patienten musste aus funktionellen Gründen auf eine kurative Strahlentherapie verzichtet werden (respiratorische Insuffizienz bei COPD, Lungengerüsterkrankungen oder Herzinsuffizienz). Es fällt jedoch eine Gruppe von Patienten auf, bei denen sich trotz primär guten Ansprechens auf die Zytostase zum Zeitpunkt der geplanten Radiatio eine Metastasierung manifestiert

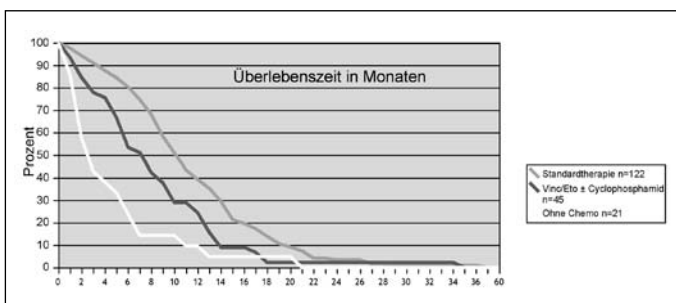


Abb. 5: Überleben in Abhängigkeit von der Therapie

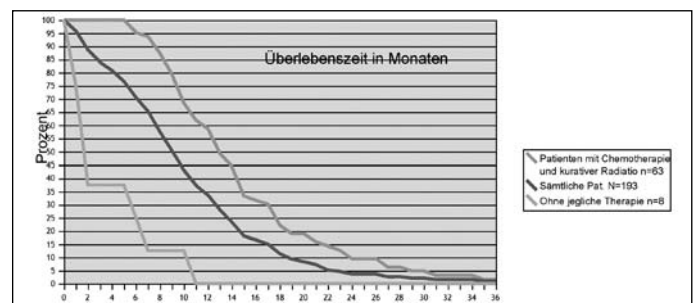


Abb. 6: Überleben der kurativ bestrahlten Patienten

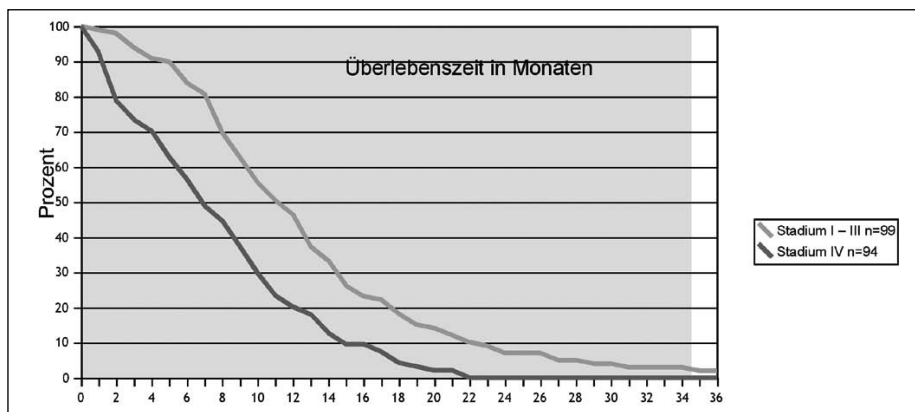


Abb. 7: Überleben in Abhängigkeit vom Tumorstadium bei Diagnosestellung

hatte: 8 Patienten mit cerebraler Metastasierung, 4 Patienten mit Lebermetastasierung, 2 Patienten mit ossärer Metastasierung. Daher musste bei diesen Patienten auf eine kurative Strahlentherapie verzichtet werden bzw. die Strahlendosis unter palliativen Gesichtspunkten modifiziert werden. Diese Verläufe werfen nochmals die Frage auf, ob die kurative Strahlentherapie früher ins Behandlungskonzept genommen werden sollte, um eine frühere lokale Tumorkontrolle zu erreichen, oder ob nicht doch schon bei Diagnosestellung eine nur klinisch und radiologisch nicht fassbare Mikrometastasierung vorlag.

Bei sehr gutem Ansprechen auf die zytostatische Therapie wird zusätzlich zur kurativen Radiatio auf Tumor und Mediastinum die so genannte prophylaktische bzw. adjuvante **Hirnbestrahlung** empfohlen, nach der sich das Risiko einer im weiteren Krankheitsverlauf auftretenden Hirnmetastasierung um etwa die Hälfte verringert (2). Diese Behandlung wurde im analysierten Zeitraum lediglich bei 14 der 64 kurativ bestrahlten Patienten durchgeführt, wobei einige Patienten diese Option aufgrund der Erschöpfung nach der Chemotherapie und anschließenden pulmonalen Bestrahlung ablehnten. Aufgrund der kleinen Patientengruppe ist eine statische Auswertung bezüglich Überleben und Auftreten einer cerebralen Metastasierung nicht möglich.

Das **mittlere Überleben**, auf die Gesamtgruppe der Patienten bezogen, liegt bei 9 Monaten, wobei nach einem Jahr noch 36 Prozent der Patienten lebten, nach 2 Jahren jedoch nur noch 4 Prozent, nach 3 Jahren noch 1,5 Prozent (3 Patienten). Das längste beobachtete Überleben in unserer Patientengruppe liegt bei 58 Monaten. Die Durchsicht

der Krankenakten von Patienten mit kleinzelligem Bronchialkarzinom zeigte aber auch einzelne Patienten mit einem Langzeit-Überleben von bis zu 10 Jahren, die jedoch aufgrund des früheren Diagnosedatums nicht in die Auswertung eingehen konnten.

Die Auswertung der kurativ bestrahlten Patienten zeigt ein mittleres Überleben von 14 Monaten, nach einem Jahr lebten noch 62 Prozent, nach 2 Jahren jedoch nur noch 11 Prozent. (Abbildung 6). Dies spiegelt noch einmal die Aggressivität der Tumorentität mit frühen, oft therapeutisch nur schwer angehbaren Rezidiven wieder. Andererseits wird das beobachtete 2-Jahresüberleben möglicherweise auch durch die relativ kleine Patientengruppe (64 Patienten) beeinflusst.

Einfluss auf die Überlebenszahlen nimmt erwartungsgemäß auch das primäre Tumorstadium: Die Gesamtgruppe der Patienten im primären Stadium M0 zeigte ein mittleres Überleben von 12 Monaten, im Stadium M1 hingegen nur von knapp 7 Monaten (Abb. 7). Aufgrund des sehr geringen Anteils von Patienten in kleinen Tumorstadien ist auch die Rate der **operierten Patienten** gering, es handelt sich praktisch um Einzelfälle. Begrenzend ist dabei überwiegend der mediastinale LK-Status.

Eine Auswertung der potentiell kurativ resezierten Bronchialkarzinome aus dem FKH Coswig aus den Jahren 1971 bis 1975 und 1981 bis 1985, als in jährlichen bzw. zweijährlichen Abständen Röntgenreihenuntersuchungen durchgeführt wurden, zeigte, dass bei diesen Gruppen von 425 bzw. 500 Patienten der Anteil an kleinzelligen Bronchialkarzinomen immerhin bei 12,2 Prozent bzw. 7,2 Prozent lag. Überwiegend wurde die histolo-

gische Diagnose dabei erst intraoperativ gestellt. Dabei lag die Rate der 5-Jahres-Überlebensrate dieser Patienten insgesamt bei knapp 30 Prozent. Bei den N0-Stadien betrug das 5-J.ÜL ca. 50 Prozent, beim N1-LK-Status schon nur noch ca. 27 Prozent, bei höherem Stadium trat praktisch kein 5-Jahres-Überleben mehr auf (10). Aufgrund der jetzt nicht mehr durchgeführten Reihenuntersuchungen fehlen diese kleinen Stadien aber im klinischen Alltag derzeit weitgehend.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass das kleinzellige Bronchialkarzinom trotz intensiver therapeutischer Bemühungen weiterhin eine sehr schlechte Prognose aufweist. Die Patienten profitieren aber sowohl bezüglich des klinischen Befindens als auch bezüglich des Überlebens von einer der Situation angepassten zytostatischen Therapie. Die in den Jahren 1999 bis 2003 eingesetzten Therapieschemata sind ausreichend gut verträglich und weisen nur geringe Toxizitäten in der first-line-Therapie auf, der Stellenwert von Kombinationen mit neuen Chemotherapeutika wird sich entsprechend herausstellen. Der größte Benefit zeigte sich für die Patienten im Stadium M0, die ergänzend kurativ bestrahlt werden konnten. Für diese Patienten praktikable Konzepte einer früheren Kombinationstherapie zu etablieren, wird in Kooperation zwischen Chemotherapeuten und Strahlentherapeuten angestrebt. In Einzelfällen kann sogar ein Langzeitüberleben beobachtet werden. Auch die Operation in multimodale Konzepte einzubinden, muss innerhalb von Studien angestrebt werden, wobei aufgrund des meist schon initial fortgeschrittenen LK-Status derzeit letztlich nur wenige Patienten kurativ reseziert werden können. Dabei weisen unsere Daten darauf hin, dass Krebsfrüherkennungsprogramme auch beim kleinzelligen Bronchialkarzinom möglicherweise durch Diagnosestellung zu einem resektablen Zeitpunkt zu einer Prognoseverbesserung beitragen können.

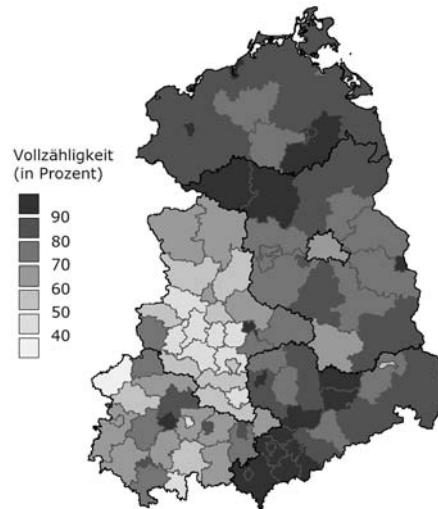
Literatur beim Verfasser:

Anschrift der Verfasser:

Dr. med. Nicol Hollmann, Westfalzklinikum
Kaiserslautern, Medizinische Klinik V, ChÄ
Dr. Feth und Dr. Hinze, Standort IV –
Krankenhausstraße 10, 67806 Rockenhausen
(bis 1. 7. 2004 FKH Coswig)
Prof. Dr. med. G. Höffken, Dr. med. S. Riha,
Fachkrankenhaus Coswig, Zentrum für
Pneumologie und Thoraxchirurgie, Neucoswiger
Str. 21, 01640 Coswig, Innere Abteilung.

Jahresbericht des GKR »Krebsinzidenz 2000« erschienen

Das Gemeinsame Krebsregister hat seinen Jahresbericht „Krebsinzidenz 2000“ herausgegeben. Damit ist nach „Krebsinzidenz 1999“ ein weiteres Heft der Jahresberichtsserie in der Schriftenreihe des GKR erschienen. Der Jahresbericht gibt einen Überblick über die Krebsneuerkrankungen des Jahres 2000, gegliedert nach den am GKR beteiligten Bundesländern Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und den Freistaaten Sachsen und Thüringen. Neben allgemeinen epidemiologischen Daten zu Fallzahlen, Inzidenzen oder zur Diagnose-sicherung gibt es Angaben zur Stadienverteilung und zum Inzidenztrend für ausgewählte Tumorlokalisationen sowie zur regionalen Verteilung der Krebsinzidenz nach Kreisen. Datengrundlage sind die ärztlichen Krebsmeldungen, die das GKR in mehr als 90% der Fälle über die Tumorzentren bzw. klinischen Krebsregister erreichen. Mit Berlin hat dabei ab dem 01.07.2004 das fünfte der sechs am GKR beteiligten Bundesländer die Meldepflicht eingeführt. Nur in Brandenburg existiert nach wie vor lediglich ein Melderecht für Ärzte mit Informationsverpflichtung gegenüber dem Patienten. Hier wird derzeit über die Einführung einer Meldepflicht diskutiert. Eine weitere Meldequelle sind die Leichenschau-scheine. Sollten sie relevante Hinweise auf eine Krebserkrankung enthalten, die dem GKR nicht als Arztmeldung bekannt geworden ist, wird der Fall als sog. DCO-Fall (Death Certificate Only) übernommen. Die Vollzähligkeit des Eingangs ärztlicher Krebsmeldungen konnte gegenüber dem vor-jährigen Jahresbericht von 70% auf 75% erhöht werden. Dabei gibt es starke regionale Unterschiede (siehe Abbildung). Aus Sachsen werden bereits 92% aller Krebsneuerkrankungen von den Ärzten gemeldet, aus Sachsen-Anhalt hingegen nur 58%. Trotz der insgesamt guten Arbeit der klinischen Krebsregister des Freistaates Sachsen gibt es auch hier regionale Unterschiede in der Erfassung. Kann in einer Reihe von Kreisen, vor allem in Südwestsachsen, bereits von einer annähernd vollzähligen Erfassung ausgegangen werden, so beträgt sie in den Landkreisen Freiberg, Kamenz und Delitzsch sowie im Muldentalkreis dagegen weniger als 80%, in Hoyerswerda sogar unter 60%. Insgesamt sind für das Jahr 2000 mehr als 77.000 Krebsneuerkrankungen registriert worden, davon ca. 24% als DCO-Fälle (1999: 74.000 Fälle, 27% DCO).



Die häufigsten Tumorlokalisationen bei Männern sind der Lungenkrebs mit 19%, Prostatakrebs mit 17% und Darmkrebs mit 13% aller Krebsneuerkrankungen. Damit behauptet der Lungenkrebs im Erfassungsgebiet des GKR noch Rang 1 im Gegensatz zu Deutschland insgesamt, wo lt. Schätzung des Robert-Koch-Instituts (RKI) der Lungenkrebs mit 16% nur auf Rang 3 hinter Prostatakrebs (20%) und Darmkrebs (16%) liegt. Zu beachten ist allerdings, dass bei der RKI-Schätzung keine DCO-Fälle berücksichtigt werden. Bei Frauen ist der Brustkrebs die häufigste Lokalisation mit 25% aller Fälle vor Darmkrebs (13%) und Lungenkrebs (6%). Hier liefert die RKI-Schätzung für Deutschland insgesamt die gleiche Rangfolge (24%, 18% bzw. 5%). Während der Lungenkrebs bei Männern während der letzten 15 – 20 Jahre einen rückläufigen Trend hat, steigt er bei Frauen weiter deutlich an. In Sachsen betrifft heute jeder fünfte Lungenkrebsfall eine Frau. Vor 20 Jahren war es noch jeder achte. Bei den unter 50jährigen ist das Lungenkrebsrisiko der Frauen im gesamten GKR-Erfassungsgebiet in den letzten 20 Jahren um 70% gestiegen, während es bei den Männern um 40% gesunken ist. Dies zeigt, dass in gezielten Kampagnen gegen das Rauchen neben Früherkennungsmaßnahmen nach wie vor das größte Potenzial zur Vermeidung von Krebserkrankungen steckt.

Roland Stabenow
Gemeinsames Krebsregister
– Registerstelle –
Brodauer Straße 16/22, 12621 Berlin
Tel.: ++49 (0)30 56581410
www.krebsregister-berlin.de

Ärzteblatt Sachsen

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

Herausgeber:

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

Redaktionskollegium:

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

Redaktionsassistent: Ingrid Hüfner

Anschrift der Redaktion

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Telefon 0351 8267-351
Telefax 0351 8267-352

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Gruner-Straße 62, 04107 Leipzig
Telefon: 0341 710039-90
Telefax: 0341 710039-99
Internet: www.leipziger-verlagsanstalt.de
E-Mail: info@leipziger-verlagsanstalt.de

Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigendisposition: Silke El Gendy, Melanie Bölsdorff
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 und 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 Abbonementsgelder werden jährlich im Voraus in Rechnung gestellt.

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

ISSN: 0938-8478

Satzungsänderungen der Sächsischen Ärzteversorgung

Die nachfolgenden Satzungsänderungen sind das Ergebnis der aktuellen gesetzlichen Entwicklungen. Die Anforderungen des Bundesministeriums der Finanzen vom September 2004 im Hinblick auf die steuerlich notwendige Vergleichbarkeit der Sächsischen Ärzteversorgung mit der gesetzlichen Rentenversicherung führten zur Einschränkung der Beitragsrückgewähr (§ 25) sowie der Streichung der Kapitalabfindung von Kleinstrenten (§ 26). Hinsichtlich der Einbeziehung der berufsständischen Versorgungseinrichtungen in das System der Europäischen sozialen Sicherungssysteme und der notwendigen Übergangsvorschriften wurde eine klare Gliederung durch § 46 b (§§ 9, 42) vorgenommen.

Die Rückwirkung der Satzungsänderungen zum 01.01.2005 ist im Hinblick auf die Möglichkeit eines erhöhten Sonderausgabenabzugs (§ 10 EStG) für den Veranlagungszeitraum 2005 der Mitglieder der Sächsischen Ärzteversorgung zwingend notwendig.

12. Satzung zur Änderung der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung vom 02. November 1991 Vom 28. Juni 2005

Artikel I Neuregelungen

Die Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung vom 02. November 1991 in der Fassung der 11. Änderungssatzung vom 26. Juni 2004, genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatministeriums für Soziales vom 08. September 2004, Aktenzeichen 32-5248.12/3 V (veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen 10/2004, S. 475 und im Deutschen Tierärzteblatt 11/2004, S. 1207)

wird wie folgt geändert:

1. Zu § 9

§ 9 Absatz 1 der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung wird wie folgt neu gefasst:

(1) Ärztinnen und Ärzte sowie Tierärztinnen und Tierärzte, die nach Inkrafttreten dieser Satzung Pflichtmitglied der Landesärztekammer oder der Landestierärztekammer werden, sind Pflichtmitglieder der Sächsischen Ärzteversorgung, soweit sie das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, § 46 b nichts anderes bestimmt und sie nicht berufsunfähig sind.

2. Zu § 12

In § 12 wird die Bezeichnung „(Absatz 2 Nrn. 2 und 3)“ durch die Bezeichnung „(Absatz 2 Nrn. 3 und 4)“ ersetzt.

3. Zu § 19

§ 19 wird wie folgt neu gefasst:

§ 19

Beitrag für Zeiten des Bezuges von Erwerbseinkommen und sonstigen Leistungen aus den Sozialversicherungen

Mitglieder, die gemäß § 6 Absatz 1 Nr. 1 SGB VI von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind und Erwerbseinkommen oder sonstige Leistungen aus den Sozialversicherungen beziehen, haben für diese Zeiten den Beitrag zu zahlen, der ohne diese Befreiung an die gesetzliche Rentenversicherung zu entrichten wäre, mindestens jedoch einen Beitrag nach § 15 Absatz 3.

4. Zu § 23

§ 23 Absatz 3 Satz 3 wird wie folgt neu gefasst:

Die Beiträge gemäß §§ 15 Absatz 3 Satz 2, 16, 17, 19 und 20 werden zum Ende eines Kalendermonats fällig.

5. Zu § 25

§ 25 Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt neu gefasst:

(2) Endet die Mitgliedschaft, ohne dass eine Beitragsüberleitung nach Absatz 1 möglich ist, kann innerhalb einer Frist von drei Monaten seit Empfang des förmlichen Bescheides über die Beendigung der Mitgliedschaft die Beitragsrückgewähr beantragt werden, wenn nicht mehr als 59 Beitragsmonate vorhanden sind.

6. Zu § 26

§ 26 Absatz 5 wird gestrichen.

7. Zu § 34

§ 34 Absätze 3 und 4 werden wie folgt neu gefasst:

(3) Das Waisengeld beträgt bei Halbweisen bis zum Ablauf des sechsten Kalendermonats $\frac{1}{4}$ danach $\frac{1}{5}$, bei Vollweisen bis zum Ablauf des sechsten Kalendermonats $\frac{2}{5}$ danach $\frac{1}{3}$ des sich nach §§ 28 bis 31 errechnenden Ruhegeldes, das dem Mitglied zustand oder zugestanden hätte, wenn es am Tag seines Todes dauernd berufsunfähig gewesen wäre. Ist dem Mitglied vorgezogenes Altersruhegeld eingewiesen worden, errechnet sich das Waisengeld aus dem gemäß § 29 Absatz 2 Satz 1 gekürzten Ruhegeld.

(4) Der Anspruch auf Waisengeld erlischt

1. mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die Waise volljährig wird. Das Waisengeld wird auf Antrag über die Volljährigkeit hinaus bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres gezahlt, solange die Waise in Berufsausbildung steht oder dauernd erwerbsunfähig ist.
2. mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die Waise stirbt.

8. Zu § 42

§ 42 Absatz 4 wird gestrichen.

9. Zu § 46 b

Es wird folgender neuer § 46 b eingefügt:

§ 46 b

Mitgliedschaft zum 01.01.2005

§ 9 findet auf Pflichtmitglieder der Landesärztekammer und der Landestierärztekammer keine Anwendung, die bis zum 31.12.2004 das 45. Lebensjahr vollendet haben und

1. von der Pflichtmitgliedschaft in der Sächsischen Ärzteversorgung oder einem anderen inländischen berufsständischen Versorgungswerk auf Antrag oder durch Rechtsvorschrift ausgeschlossen wurden oder
2. zu diesem Zeitpunkt Pflichtmitglied eines anderen berufsständischen Versorgungswerkes sind.

² Dies gilt entsprechend für Befreiungen von der Pflichtmitgliedschaft wegen Anerkennung eines privaten Versicherungsvertrages und Befreiungen zugunsten einer bestehenden fortgesetzten Mitgliedschaft bei einem anderen inländischen berufsständischen Versorgungswerk.

Artikel II

Inkrafttreten der Satzung

Die Satzungsänderungen treten rückwirkend zum 01. Januar 2005 in Kraft.

Dresden, den 25. Juni 2005

gez. Dr. med. Helmut Schmidt
Verwaltungsausschuss
Vorsitzender

gez. TA Günter Elßner
Aufsichtsausschuss
Stellvertretender Vorsitzender

gez. i. V. Dr. med. Stefan Windau
Vizepräsident

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident der Sächsischen Landesärztekammer

Ausfertigungsvermerk

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales hat mit Bescheid vom 27.06.2005, AZ 32-5248.12/3 VI, die Genehmigung erteilt.

Die vorstehende 12. Satzung der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung wird hiermit ausgefertigt und im Ärzteblatt Sachsen und im Deutschen Tierärzteblatt bekannt gegeben.

Dresden, den 28.06.2005 Siegel gez. i. V. Dr. med. Stefan Windau
Vizepräsident
Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident der Sächsischen Landesärztekammer

Satzung zur Änderung der Satzung zur Erteilung des Fachkundenachweises Leitender Notarzt

Satzung zur Änderung der Satzung zur Erteilung des Fachkundenachweises Leitender Notarzt
Vom 28. Juni 2005

Die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer hat am 25.06.2005 die folgende Satzung zur Änderung der Satzung zur Erteilung des Fachkundenachweises Leitender Notarzt beschlossen:

Artikel 1

Die Satzung zur Erteilung des Fachkundenachweises Leitender Notarzt vom 8. März 1994, zuletzt geändert mit Satzung zur Änderung der Satzung zur Erteilung Leitender Notarzt vom 21. Nov. 2000 (veröffentlicht im

Ärzteblatt Sachsen, Heft 2/2001, S. 58) wird wie folgt geändert:

§ 1 wird wie folgt neu gefasst:

„§ 1

Zweck

Die Qualifikation und Fortbildung zum Leitenden Notarzt ist in Ausführung des § 28 Abs. 1 i. V. m. § 35 Abs. 2 des Gesetzes über den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz (SächsBRKKG) vom 24. Juni 2004 (SächsGVBl. 2004, S. 245) erforderlich.“

Artikel 2

Die Satzung zur Änderung der Satzung zur Erteilung des Fachkundenachweises Leitender Notarzt tritt am 01.07.2005 in Kraft.

Dresden, den 25. Juni 2005
i. V. Dr. med. Stefan Windau
Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident
Dr. med. Lutz Liebscher
Schriftführer

Die vorstehende Satzung zur Änderung der Satzung zur Erteilung des Fachkundenachweises Leitender Notarzt wird hiermit ausgefertigt und wird im Ärzteblatt Sachsen bekannt gemacht.

Dresden, den 28. Juni 2005
Der Vizepräsident
Dr. Stefan Windau

Umsetzung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung in Sachsen 2004

Bericht des Sächsischen Landesamtes für Mess- und Eichwesen (§§ 4a und 11)
(Stand der Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien und bei der Durchführung messtechnischer Kontrollen)

Zusammenfassung

Es werden die Ergebnisse der Tätigkeit des Sächsischen Landesamtes für Mess- und Eichwesen im Jahre 2004 im Bereich der Medizin dargestellt. Die Überwachungstätigkeiten betreffen die Qualitätssicherung in den medizinischen Laboratorien, auf den Stationen in Krankenhäusern, in den Praxen niedergelassener Ärzte, in anderen medizinischen Einrichtungen (§ 4a Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV)1)) und messtechnische Kontrollen an Medizinprodukten mit Messfunktion (§ 11 MPBetreibV).

Einleitung

Seit 2004 müssen alle Laboratorien nach der neuen Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (Rili-BÄK)2), die im § 4a MPBetreibV verankert ist, arbeiten. Seither gelten grundlegend andere Vorgaben für die analytische Präzision und Richtigkeit. Das Sächsische Landesamt für Mess- und Eichwesen hat den Umstellungsprozess in den Jahren 2002 bis 2004 praxisnah auf herkömmlichen Wegen und elektronisch kommuniziert. Es interessieren demzufolge

Allgemeine Angaben	
Anzahl der erfassten überwachungspflichtigen Laboratorien (ohne Arztpraxen nur mit patientennaher Sofortdiagnostik)	210
Anzahl der Überwachungen	85
Rili-BÄK wurden konsequent eingehalten (Lab. in %)*	28
Interne Präzisionskontrolle (PK)	
In 19 Lab. entsprach die PK nicht in allen Anforderungen der Rili-BÄK (Lab. in %)*	22
Bei 230 kontrollierten überwachungspflichtigen Messgrößen entsprach bei 5 Kontrollen die Präzision nicht den Vorgaben der Rili-BÄK (Messgrößen in %)**	2
Interne Richtigkeitskontrolle (RK)	
In 22 Lab. entsprach die RK nicht in allen Anforderungen den Rili-BÄK (Lab. in %)*	26
Bei 230 kontrollierten überwachungspflichtigen Messgrößen entsprach bei 6 Kontrollen die Richtigkeit nicht den Vorgaben der Rili-BÄK (Messgrößen in %)**	3
Externe Richtigkeitskontrolle (Ringversuche)	
Einzelne Zertifikate fehlten in 30 Laboratorien (Lab. in %)*	35

Tabelle 1: Ergebnisse der Überwachung von eigenständigen medizinischen Laboreinheiten (2004)

* Laboratorien in % der überwachten Laboratorien

** Messgrößen in % der überwachten Messgrößen

die Effekte, die eigene repräsentative Überwachungen ausweisen.

Überwachung der Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien

Ergebnisse von eigenständigen, in der Regel hauptamtlich laboratoriumsmedizinisch geleiteten Laboratorien

Im Berichtsjahr haben nur 28 % der überwachten Laboratorien die Richtlinie vollständig umgesetzt. Präzision und Richtigkeit von

insgesamt 230 überprüften Messgrößen können als gut bezeichnet werden. Allerdings haben 5 Laboratorien in Kenntnis ihrer Unpräzision und 6 Laboratorien in Kenntnis ihrer Unrichtigkeit für jeweils eine Messgröße unbeirrt weiter analysiert und damit den Vorschriften der RiLiBÄK zuwider gehandelt. Rund ein Drittel dieser Laboratorien konnte nicht alle geforderten Zertifikate von Ringversuchen vorweisen. Dieser inakzeptabel hohe Anteil resultiert oft daraus, dass diese Laboratorien (noch) nicht an 4 Ringversuchen pro Jahr

teilgenommen haben. Bezüglich der überprüften Messgrößen sagt dieser Umstand zunächst jedoch nichts über deren Richtigkeit aus.

Ergebnisse von Krankenhäusern, Arztpraxen und sonstigen Einrichtungen, die Laboruntersuchungen als patientennahe Sofortdiagnostik durchführen

Tab. 2 gibt die Überwachungsergebnisse diese Messstellen für die Qualitätssicherung wider. In Krankenhäusern (44) wurden im Berichtsjahr die Qualitätssicherungsmaßnahmen an 647 Glucose-Messgeräten und vielen weiteren Messgeräten kontrolliert. Alle Krankenhäuser waren bereits in den Vorjahren mehrfach überwacht. Alle Krankenhäuser kontrollieren die Qualität in der Regel mit beachtlich gutem Ergebnis, obwohl durch die Umstellung auf die neue Rili-BÄK die formalen Erfordernisse nur zu 46 % eingehalten wurden. Ein einzelnes Krankenhaus hatte die Qualitätskontrolle aus unerfindlichem Grund zwischenzeitlich eingestellt. In den Praxen niedergelassener Ärzte (200; durchweg Erst-Überwachungen) bestätigten sich die Negativerfahrungen der Vorjahre. 28 % dieser Praxen nahmen keine Qualitätskontrolle vor, so dass eingehende Unterweisungen und kurzfristige Nachkontrollen nötig wurden. In Pflegeheimen (69), bei Rettungsdiensten (56) und in sonstigen Einrichtungen (13) wurde ebenfalls erstmals überwacht. Auch in diesen Einrichtungen führten 28 % keine Qualitätskontrolle durch.

Gesamteinschätzung der Überwachungsergebnisse

In Sachsen zeichnet sich ein neues Bild der Qualitätssicherung von quantitativen labor-diagnostischen Untersuchungen ab. Trotz vielfältiger, zumeist organisatorischer Schwierigkeiten im Rahmen der Umstellungsphase auf die neue Rili-BÄK kann nicht toleriert werden, dass 2 bis 3 % der (überwachten) Messgrößen keine ausreichende Präzision bzw. Richtigkeit aufweisen. In der Richtlinie ist eindeutig festgelegt, dass für diesen Fall die Bestimmung der Messgröße eingestellt werden muss. Der Umstand, dass 28 % der überwachten ambulanten Messstellen eine patientennahe Sofortdiagnostik ohne Qualitätskontrolle von Präzision und Richtigkeit praktizieren, gefährdet Patienten. Folge-Richtlinien der BÄK setzen darauf, dass die Überregulation für zu viele Einzelheiten abgebaut, und dass künftig die konstruktive Eigenverantwortung und die persön-

	Anzahl Überwachungen	Qualitätssicherung erfolgt nach Rili-BÄK (Einrichtungen in %)*		
		ja	z. T.	nein
Krankenhäuser	44	46	52	2
Arztpraxen	231	35	37	28
Sonst. Einrichtungen	138	11	61	28

Tabelle 2: Ergebnisse der Überwachung von Krankenhäusern, Arztpraxen und sonstigen Einrichtungen, die Laboruntersuchungen als patientennahe Sofortdiagnostik durchführen

* Einrichtungen in % der überwachten Einrichtungen

liche fachliche Motivation für Qualitätssicherung befördert werden.

Die Überwachungs- einschließlich flankierende Maßnahmen des Sächsischen Landesamtes für Mess- und Eichwesen stellen in

Zusammenarbeit mit den Laboratorien, der Ärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung und der Industrie eine wichtige Grundlage für die Verbesserungsbestrebungen zur Einhaltung der Qualität dar.

Überwachung der Fristen zur Durchführung messtechnischer Kontrollen

Die Eichbehörde überwacht die Einhaltung der messtechnischen Kontroll-Fristen für Medizinprodukte mit Messfunktion. Diese Kontrollen dienen der Früherkennung von messtechnischen Fehlern. Tab. 3 weist aus, dass 501 Einrichtungen resp. Arztpraxen 6.342 Messgeräte (in insgesamt 501 Einrichtungen resp. Arztpraxen; im wesentlichen Blutdruckmessgeräte, Thermometer zur Bestimmung der Körpertemperatur und Tretkurbelergometer) auf die Durchführung der messtechnischen Kontrollen überprüft wurden. 253 (4%) waren nicht rechtzeitig messtechnisch kontrolliert worden. Beim Einsatz am Patienten war somit nicht bekannt, dass die zugelassenen Fehlergrenzen zum Zeitpunkt ihres Einsatzes eingehalten waren. In Krankenhäusern fanden sich nur gelegentliche Verstöße in nicht nennenswertem Ausmaß.

Das heißt, dass die Erhöhung der Überwachungsdichte und der Anzahl von eingeleiteten Ordnungswidrigkeitsverfahren eine signifikante Senkung der Fristüberschreitungen bei der Durchführung von messtechnischen Kontrollen gegenüber den Vorjahren bewirkt

Medizinprodukte	Anzahl	Prüffristen nicht eingehalten (Anzahl)
zur Bestimmung der Hörfähigkeit	29	1
zur Bestimmung von Körpertemperaturen	2639	118
zur nichtinvasiven Blutdruckmessung	3397	213
zur Bestimmung des Augeninnendruckes	65	2
Therapiedosimeter	9	0
Diagnostikdosimeter	32	9
Tretkurbelergometer	171	29
Gesamt (Anzahl)	6342	253

Tab. 3: Einhaltung der Fristen zur messtechnischen Kontrolle von Medizinprodukten mit Messfunktion

hat. Die Einhaltung des § 11 MPBetreibV ist bei den Messgeräten zur Bestimmung der Hörfähigkeit, zur Bestimmung des Augeninnendruckes und bei den Therapiedosimetern sehr zufrieden stellend.

Aussicht

Die Ergebnisse des Jahres 2004 zeigen insgesamt, dass die Überwachungsschwerpunkte 2005 neu festgesetzt werden müssen. Die Überwachungsdichte kann bei akkreditierten medizinischen Laboratorien und solchen, die vom Landesamt ein Zertifikat für die Einhaltung des § 4a MPBetreibV erhalten haben, verringert werden. Die Überwachungsdichte bei Arztpraxen und sonstigen medizinischen

Einrichtungen muss zumindest erhalten bleiben. Die Betreiber von Medizinprodukten, einschließlich die In-vitro-Diagnostika, müssen sensibilisiert werden, die Medizinprodukte-Betreiberverordnung in allen Teilen umzusetzen.

Literatur bei den Verfassern
Anschrift der Verfasser:
Dipl.-Chemiker Jürgen Conell
Sächsisches Landesamt für
Mess- und Eichwesen
Hohe Straße 11, 01069 Dresden

Prof. Dr. med. habil. Lothar Beier
Sächsische Landesärztekammer
Ausschuss „Qualitätssicherung in
Diagnostik und Therapie“
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Schönheitsoperationen – Verantwortung der Gesellschaft

In Deutschland ist seit einigen Jahren ein verstärkter Trend zu ästhetischen Operationen zu bemerken. Solche so genannten Schönheitsoperationen werden zudem in den Medien und häufig durch private Institute oder Kliniken massiv und reißerisch beworben. Die Vermarktung von plastisch-ästhetischen Eingriffen in Serien privater TV-Sender, im Internet, bei Radioverlosungen oder in Tageszeitungen ist mit Blick auf den operativen Vorgang unsachlich. In den Beiträgen wird dem oftmals jugendlichen Millionenpublikum suggeriert, dass sich durch Operationen das Aussehen eines Menschen mehr oder weniger problemlos wechselnden Schönheitsidealen angleichen lässt. Gerade Jugendliche sind in Gefahr, aufgrund übersteigter oder schlicht falscher Erwartungen an die plastisch-operative Medi-

zin zu Fehlentscheidungen verführt zu werden. Es wird in den Medien der Eindruck vermittelt, dass so genannte Schönheitsoperationen etwas weitgehend Normales darstellen. Mit dieser Medienpräsenz wird das Interesse an Schönheitsoperationen unweigerlich geweckt. Und mehr noch: Schönheitsoperationen werden zum erstrebenswerten Konsumgut stilisiert. Es wird auch der Eindruck vermittelt, alles sei machbar und noch dazu ohne Probleme. Dabei wird vollkommen übersehen, dass es sich um medizinische Eingriffe handelt, die dauerhaft Spuren hinterlassen und mit spezifischen Risiken verbunden sind.

Zielgruppe: Jugendliche

Im Jahre 2004 wurden rund 700.000 plastisch-ästhetische Operationen in Deutsch-

land durchgeführt. Zu über 85 Prozent handelte es sich um Patientinnen. Jede zweite Frau in Deutschland ist generell nicht abgeneigt, einen plastisch-ästhetischen Eingriff vornehmen zu lassen.

Ein Viertel aller Patienten ist erst zwischen 15 und 25 Jahren alt. Der Anteil der Teenager, also der unter 18-jährigen liegt bei 15 Prozent, wobei hier jedoch die Korrektur angeborener Fehlbildungen, wie beispielsweise absteher Ohren im Vordergrund steht. Ein Fünftel der Operationen bei Kindern und Jugendlichen muss aufgrund weiterer körperlicher Veränderungen durch das nicht abgeschlossene Wachstum wiederholt oder korrigiert werden. Aus diesem Grund verbieten sich nach Ansicht der Vereinigung der Deut-

schen Plastischen Chirurgen bei Patienten unter 18 Jahren rein ästhetisch motivierte Eingriffe, wie etwa Brustvergrößerungen.

Aufklärung vorab

Die Sächsische Landesärztekammer fordert daher, dass so genannte Schönheitsoperationen ausschließlich nach strenger ärztlicher Prüfung der Gründe und von qualifizierten Fachärzten vorgenommen werden sollten. Nicht indizierte so genannte Schönheitsoperationen sind nicht als ärztliche Heileingriffe anzusehen. Das bedeutet allerdings nicht, dass sie verboten sind. Vielmehr folgt die Rechtfertigung ganz aus der ausdrücklichen Einwilligung des Patienten. Dazu ist eine nachdrückliche Aufklärung notwendig. Die Anforderungen der Rechtsprechung gehen sogar soweit, dass selbst Horrorbilder von hässlichen Narbenbildungen an die Patienten weiterzugeben sind, um sie darüber aufzuklären, welchen Gefahren sie sich bei einer solchen Operation aussetzen.

Qualifikation

Wer sich mit dem Gedanken an eine Operation aus ästhetischen Erwägungen befasst, sollte deshalb zuvor sehr gründlich darüber nachdenken, denn jede Operation stellt zunächst einmal einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit dar, und es gibt keine Erfolgsgarantie. Wer ernsthafte Gründe für eine plastisch-ästhetische Operation hat, sollte sich an einen gut qualifizierten Operateur wenden. Die Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer, wie auch die Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer, sieht für plastisch-ästhetische Eingriffe nur eine systematische Weiterbildung – die zum Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie – vor. Die Plastische und Ästhetische Chirurgie befasst sich mit der Wiederherstellung und Verbesserung von Körperformen und sichtbar gestörter Körperfunktionen durch funktionswiederherstellende oder verbessernde plastisch-operative Eingriffe. Daneben können Fachärzte für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde sowie Fachärzte für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie die Zusatzbezeichnung „Plastische Operationen“ erwerben und damit konstruktive und rekonstruktive plastische operative Eingriffe, welche Form, Funktion und Ästhetik wiederherstellen oder verbessern, im jeweiligen Fachgebiet vornehmen. Die Bezeichnungen „Schönheitschirurg“, „kosmetischer Chirurg“ oder ähnliches sind

nicht in der Weiterbildungsordnung geregelt und demnach nicht geschützt. Sie beinhalten keinerlei Aussagekraft hinsichtlich der Qualifikation für die Durchführung plastisch-ästhetischer Eingriffe. Schwerwiegende Probleme im Zusammenhang mit plastisch-ästhetischen Operationen treten häufig nicht nur wegen mangelnder Fertigkeiten und Kenntnisse bezüglich der eigentlichen Operationsverfahren, sondern vor allem auch wegen eines erheblich mangelhaften Komplikationsmanagements auf.

Ärztliche Verantwortung

Die Sächsische Landesärztekammer appelliert an die ärztliche Verantwortung. Die Indikation zur Durchführung eines operativen, unumkehrbaren Eingriffs stellt in der Regel der Arzt. Beim Wunsch nach einer Korrektur des Aussehens wird die Indikation vom Patienten selbst gestellt. Der Arzt muss in einem solchen Fall subjektiv bestimmte Vorstellungen der Patienten umsetzen. Dadurch kommt es zu einer Umkehrung des eigentlichen ärztlichen Handelns. Die Medizin degradiert zu einer Dienstleistung und der Patient zum Kunden mit Gewährleistungsansprüchen. Ein leichtfertiger Umgang mit den Möglichkeiten der modernen Medizin in Bezug auf die Schönheitsoperationen entspricht in keiner Weise den ärztlich-ethischen Maßstäben. Die Sächsische Landesärztekammer fordert die Fachgesellschaften auf, eine Evaluation für Schönheitsoperationen zu entwickeln, um entsprechende Maßnahmen für eine Qualitätssicherung dieser Eingriffe einzuführen. Der Wildwuchs von selbsternannten „Schönheitschirurgen“ kann zudem zukünftig über die Berufsordnung beeinflusst werden. Denn der vom 108. Deutschen Ärztetag in Berlin beschlossene Zusatz der Facharztbezeichnung „Plastische und Ästhetische Chirurgie“ schafft Transparenz, so dass Patienten besser zwischen hochqualifizierten Fachärzten und selbst ernannten Schönheitschirurgen unterscheiden können.

Werbeverbot

Zu begrüßen sind die vom Bundesrat am 8. Juli 2005 beschlossenen Änderungen im Heilmittelwerbegesetz, wonach nunmehr auch Schönheitsoperationen in den Anwendungsbereich dieses Gesetzes einbezogen werden. Damit wird eine ethische Grenzlinie gesetzlich abgesichert. Mit dem Gesetz zur Änderung des Heilmittelwerbegesetzes wird irreführende und ethisch bedenkliche Werbung

für Schönheitsoperationen untersagt. Dies betrifft zum Beispiel die unkommentierte Veröffentlichung von Vorher-Nachher-Bildern, die eine Erfolgsgarantie suggerieren, aber in der Regel keinen Hinweis auf das Operationsverfahren und damit verbundene Risiken darstellen. Die Änderungen des Heilmittelwerbegesetzes (Bundestagsdrucksache 15/5728) treten Ende August 2005 in Kraft.

Information als gesellschaftliche Aufgabe

Aus Sorge um die Folgen eines völlig überzogenen Schönheitsideals hat die Bundesärztekammer die Initiative für die Koalition gegen den Schönheitswahn ergriffen und Vertreter von Politik, Kirchen und Gesellschaft an einen Tisch geholt. Gemeinsam und vor allem mit Unterstützung des Deutschen Lehrerverbandes wird die Koalition in einer breit angelegten Informationskampagne Kinder und Jugendliche über die Gefahren so genannter schönheitschirurgischer Eingriffe aufklären. Die Partner der Koalition gegen den Schönheitswahn appellieren an die Medien, verantwortungsbewusster in der Darstellung solcher Operationen vorzugehen und vor allem nicht länger Kinder und Jugendliche als Zielgruppe anzusprechen.

Zahlen der Plastischen Chirurgie in Deutschland

700 000 Eingriffe pro Jahr,
davon 25 Prozent rein ästhetische Eingriffe
Häufigste ästhetische Operationen:

1. Gewebeunterfütterung
2. Injektionen mit Botulinumtoxin
3. Fettabsaugung
4. Lidstraffung
5. Brustvergrößerung
6. Brustverkleinerung
7. Nasenkorrektur
8. Bauchdeckenstraffung
9. Ohrkorrektur
10. Bruststraffung
11. Facelift
12. Korrektur der Gynäkomastie
13. Stirnlift
14. Oberarmstraffung
15. Oberschenkelstraffung
16. Bodylift
17. Kinnvergrößerung

VDPC, 07.03.2005

Knut Köhler M.A. für den
Gesprächskreis Ethik in der Medizin

Veranstaltungsreihe Volkskrankheiten

Die Veranstaltungsreihe in Kooperation zwischen der Sächsischen Landesärztekammer und dem Deutschen Hygiene-Museum richtet sich an Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten und die Öffentlichkeit. Ziel ist das Gespräch zwischen Ärzten, Pflegekräften und Öffentlichkeit sowie die Ermöglichung eines gleichberechtigten und wechselseitigen Austausches über Prävention, Behandlung und Lebensstil.

31. August, Mittwoch, 19.00 Uhr Diabetes, Bluthochdruck, Übergewicht – eine Frage des Lebensstils oder der Veranlagung?

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Medizinische Klinik und Poliklinik III Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden
Prof. Dr. Hans-Joachim Zunft, Deutsches Institut für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrücke

7. September, Mittwoch, 19.00 Uhr Alte Infektionskrankheiten

Prof. Dr. med. habil. Stefan Schubert, Medizinische Klinik und Poliklinik IV Universitätsklinikum Leipzig

14. September, 19.00 Uhr Einmal Rückenschmerzen – immer Rückenschmerzen?

Neue Erkenntnisse zu Prävention und Therapie
Dr. med. Uwe Ettrich, Klinik und Poliklinik für Orthopädie
Prof. Dr. Balck, Medizinische Psychologie und medizinische Soziologie, beide Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden

21. September, 19.00 Uhr Demenz – Wenn vergessen eine Krankheit ist

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Vjera Holthoff, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden
Sr. Benedicta, (Prof. Dr. Arndt) Fachhochschule Neubrandenburg
Fachbereich Gesundheit und Pflege

29. September, 19.00 Uhr Volkskrankheit Depression

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach, Neurologe und Psychiater, Leipzig

Jede Veranstaltung wird mit zwei Fortbildungspunkten auf das ärztliche Fortbildungszertifikat anerkannt.

Veranstaltungsort: Lingnerplatz 1,
01069 Dresden

Eintritt: 2 € / 1 € (Inhaber einer Jahreskarte kostenlos)

Mitteilung der Bezirksstelle Leipzig

Die Bezirksstelle Leipzig der Sächsischen Landesärztekammer ist aus Urlaubsgründen in der Zeit vom **15. August 2005 bis 29. August 2005** nicht besetzt.

In dringenden Angelegenheiten steht Ihnen die Hauptgeschäftsstelle in Dresden, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, Tel. 0351 8267411, zur Verfügung.

Viva la Danza!

Die Kreisärztekammer Dresden beehrt sich einzuladen zum

12. DRESDNER ÄRZTEBALL

am 27. August 2005 um 19 Uhr in die

ORANGERIE SCHLOSS PILLNITZ

Es erwarten Sie zu „La Notte della Danza“: Ein Galaempfang ab 18 Uhr
Musik, kulinarische Genüsse aus Küche und Keller, ein festliches Feuerwerk und
tänzerische Verführungen auf gepflegtem Tanzparkett

Dem tanzfreudigen Publikum steht eine dem edlen Schuhwerk und den rasantesten Tänzen angemessene
Parkettfläche zur Verfügung. Um baldmögliche Kartenreservierung wird höflich gebeten bei **Frau Riedel**,

Sächsische Landesärztekammer, Postfach 10 04 65, 01074 Dresden, Telefon 8267 426.

Der Preis der Ballkarte beträgt 65 Euro, ermäßigt 40 Euro.

Ausstellungen

Foyer der
Sächsischen Landesärztekammer
und 4. Etage

Anita Voigt-Hertrampf

Der alte Garten

Malerei – Zeichnungen

20. Juli bis 11. September 2005

Foyer der
Sächsischen Ärzteversorgung

Karin Junge

Experimente mit

dem Innenleben

Collagen und Druckgrafik

bis 15. September 2005

Vorschau für Herbst 2005

Sonntag, 2. Oktober 2005, 11.00 Uhr

Junge Matinee

Klavier- und Kammermusik

Schülerinnen und Schüler

des Sächsischen Landesgymnasiums für
Musik Carl Maria von Weber Dresden

Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden

Wir möchten Sie für
Mittwoch, den 7. September 2005,
15.00 Uhr

in den Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer einladen.

Zu Gast ist Herr Dr. sc. phil. Volker Dudeck, Direktor des Städtischen Museums Zittau. Inhalte seines Vortrages sind die Zittauer Bibel und die Zittauer Fastentücher. Sie sind mit Ihrem Partner herzlich willkommen. Im Anschluss finden Sie im Foyer ein Kaffee- und Kuchenbuffet.

Ihr Seniorenausschuss der Kreisärztekammer
Dresden



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.

■ Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Annaberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 05/C046

Aue-Schwarzenberg

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 05/C047

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Innere Medizin*)
(hausärztlicher Versorgungsbereich)
Reg.-Nr. 05/C048

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 05/C049

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 05/C061

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 24. 8. 2005 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel.: 0371 27 89-406 oder 27 89-403 zu richten.

Chemnitzer Land

Facharzt für Innere Medizin*)
(hausärztlicher Versorgungsbereich)
Reg.-Nr. 05/C050

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin (Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)
Reg.-Nr. 05/C051

Stollberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 05/C052

Zwickau-Stadt

Facharzt für Urologie

Reg.-Nr. 05/C053

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten

Reg.-Nr. 05/C054

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 05/C055

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 05/C056

Facharzt für Radiologie (Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 05/C057

Facharzt für Radiologie (Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 05/C058

Mittweida

Facharzt für Allgemeinmedizin*) (Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 05/C059

Facharzt für Allgemeinmedizin*) (Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 05/C060

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 7. 9. 2005 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel.: 0371 27 89-406 oder 27 89-403 zu richten.

■ Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Görlitz-Stadt/Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Reg.-Nr. 05/D054

Sächsische Schweiz

Facharzt für Innere Medizin/Pneumologie/Allergologie

Reg.-Nr. 05/D055

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 24. 8. 2005 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: 0351 8828-330, zu richten.

Sächsische Schweiz

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Reg.-Nr. 05/D056

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 05/D057

Facharzt für Allgemeinmedizin*) (Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 05/D060

Facharzt für Allgemeinmedizin*) (Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 05/D061

Meißen

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Reg.-Nr. 05/D058

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 05/D059

Dresden-Stadt

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten

Reg.-Nr. 05/D062

Bautzen

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 05/D063

Riesa-Großenhain

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 05/D064

Hoyerswerda-Stadt/Kamenz

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Reg.-Nr. 05/D065

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 7. 9. 2005 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: 0351 8828-330, zu richten.

■ Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Leipzig-Stadt

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 05/L034

Facharzt für Anästhesiologie (Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis) Reg.-Nr. 05/L035

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Reg.-Nr. 05/L036

Leipziger-Land

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin (Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 05/L037

Delitzsch

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten

Reg.-Nr. 05/L038

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 9. 9. 2005 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.: 0341 243 21 53 zu richten.

Abgabe von Vertragsarztsitzen

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

■ Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Dresden-Stadt

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

geplante Praxisabgabe: sofort

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

geplante Praxisabgabe: 1. Januar 2006

Hoyerswerda-Stadt/Kamenz

Facharzt für Allgemeinmedizin*) (Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)

geplante Praxisabgabe: Ende 2006

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

geplante Praxisabgabe: Januar 2006

Görlitz-Stadt/Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

geplante Praxisabgabe: 1. Juli 2006

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: 0351 88 28-330.

■ Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

geplante Praxisabgabe: 2006

Döbeln

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

geplante Praxisabgabe: Mitte 2006

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig Tel.: 0341 243 21 53.

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Landesgeschäftsstelle

Kein Ende der Dokumentations-Euphorie in Sicht

Gemeinschaftspraxis Dr. med. Heiner Fritzsch
Dr. med. Sigune Fritzsch
3. 3. 2005
Ärztblatt Sachsen
Schützenhöhe 12, 01099 Dresden

Sehr geehrte Damen und Herren, erlauben Sie, dass wir Ihnen den Wortlaut eines Schreibens an den AOK-Landesverband zukommen lassen, der unsere Gedanken zur neuen „Hausarztbasierten integrierten Versorgung“ für AOK-Versicherte widerspiegelt: Die Teilnahme an dieser Aktion wurde geschickt mit der Verpflichtung verknüpft, auch die bisherigen DMPs durchführen zu müssen. Kollegen mit großen Praxen, die bereits jetzt am Zeitlimit arbeiten, bekommen eben mal noch die umfangreiche DMP-Dokumentation oben aufgepackt. Da kommen bei 15 Diabetikern pro Tag (keine Seltenheit in allgemein-ärztlichen und internistischen Hausarztpraxen) schnell mal 1 bis 2 Stunden Verwaltungsarbeit hinzu! Woher aber die Zeit nehmen bei vollem Wartezimmer? Vielleicht nach dem letzten Hausbesuch am Abend? Da warten aber bereits verschiedene Kassenanfragen, Versorgungsämter, Renten- und Kurgutachten! Wer gewinnt nun eigentlich bei dieser – sicher gut gemeinten – Aktion?

- Die Kassen werden mehr DMP-Patienten bekommen, zusammen mit einem nicht unerheblichen Betrag aus dem DMP-Topf!
- Der deutsche Hausärzterverband gewinnt schon jetzt deutlich an Mitgliedern – es sei ihnen gegönnt. Spielt hier nicht auch die Angst der Ärzte mit, den „Anschluss zu verpassen“?
- Auch der neue „hausarztbasierte“ Kassenarzt (war es das nicht schon vorher?) „gewinnt“ ca. 20 Euro pro Jahr, plus Gesundheitscheck, plus DMP-Gebühr, die durch Diskettenlösung mit entsprechenden Softwarekosten bereits wieder nach unten geht. Wiegt das wirklich den immensen Schreibaufwand auf???
- Und der Patient, zu dessen Wohl die ganze Initiative ins Leben gerufen wurde?

Für den Fall, dass sein Hausarzt schon vorher einen „guten Job“ gemacht hat, gewinnt er – gar nichts! Vertrauensvolle ärztliche Gespräche, ausreichende Diagnostik, wirtschaftliche Therapie, Koordinationsmaßnahmen und effektive Einbindung der fachärztlichen Kollegen waren schon früher keine Fremdwörter für uns, genauso wie der Besuch zahlreicher Fortbildungen!

Bei der BARMER bekommt der Patient wenigstens noch 3 mal Praxisgebühr zurück. Noch Gedanken zu diesem Thema:

1. Die Zufriedenheit bei der täglich, ärztlichen Arbeit hängt eng mit der Anzahl der zu behandelnden Patienten und unserem Zeitguthaben pro Patient zusammen.
2. Wenn ärztliche Maßnahmen unter Zeitdruck durchgeführt werden müssen, erhöht sich die Gefahr von Fehlern! Das schadet dem Patient und kann für den Arzt fatale Folgen haben!

Fazit:

Für ein paar Euro mehr gibt es weniger Zeit am Patienten! Freizeitverlust und Arbeitsunzufriedenheit gibt es noch gratis dazu.

Lassen Sie doch solche Kollegen die DMP machen, die sich die Zeit dafür nehmen wollen und können, aber zwingen Sie uns bitte in keinem Knebelvertrag! Bei der Barmer hat man das offenbar erkannt.

Zurück bleibt der verunsicherte Patient, der sich darüber wundert, dass sein langjähriger Hausarzt nicht auch sein „integrierter Hausarzt“ sein will. Vielleicht merkt er ja den Unterschied im Sprechstundenablauf!

Mit besten Grüßen
Hausarzt Dr. med. Heiner Fritzsch

Verschwiegener Genocid

Es war der 24. April 2002, und ich stand in einer langen, unabsehbaren Schlange schweigender, schwarz gekleideter Menschen, die sich zentimeterweise vorwärts bewegte, stundenlang, in sengender Sonne, Frauen und Männer, Alte und Junge, an den Händen mitgeführte Kinder, hinauf auf den Tsitsernakaberd, den Berg des Mahnmales am Rande von Yerevan, der Gedenkstätte eines Volkes an den Beginn seiner dunkelsten Stunden der Neuzeit. Der Berg ist schwarz von Menschen. Hunderttausende kommen hier jährlich zusammen aus allen Teilen des Landes und der Diaspora, den über die Welt verstreuten Gemeinden im Ausland. Ich war in dieses karge „Land der Steine“ gekommen, um Entwicklungshilfe zu leisten, brachte als Deutscher, als Görlitzer, moderne, medizinisch-diagnostische Methoden mit an die Universität und hatte alsbald Freundschaft geschlossen mit den intelligenten, wissbegierigen, warmherzigen Menschen dieses ungewöhnlichen Volkes. Und nun hatten sie mich mitgenommen zu dieser ernstesten und würdevollen Prozession. Auf Grund ihrer Anders-

artigkeit (301 n.Chr. hatten sie als erstes Volk in der Geschichte inmitten eines heidnischen, später islamischen Umfeldes das Christentum angenommen), ihrer stolzen Identitätsbewahrung und ihrer Randalage am Ende des Abendlandes waren sie schon immer ein Spielball der Mächtigen gewesen, Vertreibungen und Massaker ihr Schicksal. Aber was 1915 geschah sprengte alles Dagewesene. Es war der erste, geplante, systematisch durchgeführte Völkermord der Türken an 1 bis 1,5 Millionen Armeniern. Das alles ist längst dokumentierte Geschichte, nachzulesen in den verzweifelten Berichten von Augenzeugen, dem des deutschen Pastors Johannes Lepsius beispielsweise, der von der deutschen Militärsensur, dem Kriegverbündeten Türkei zuliebe, verboten wurde. Die Welt wusste davon und schwieg. Dieses Schweigen hatte Hitler zum Genocid an den Juden ermuntert. Aber die Armenier haben es bis heute nicht vergessen. Keine Familie ist ohne Opfer. Oben am Berg stehen sie jetzt, an der schlanken Stele mit Blick auf den mächtigen, für sie unerreichba-

ren Ararat, ihren Berg, singen leise ihre alten, traurigen Lieder. Und da stehen die Gedenktafeln für die Menschen, die ihnen in der Not beigestanden haben, die sie auch nicht vergessen haben, eine für Johannes Lepsius und eine für Franz Werfel, den deutschen Juden, der ihre Geschichte mit seinem Roman weltbekannt gemacht hat.

Als wir vom Berg herabsteigen, stelle ich die Frage. Warum wollt ihr nicht vergessen? Warum wollt ihr nicht verzeihen? Warum gebt ihr diese Last an Kinder und Kindeskinde weiter? Wollt ihr diese „Keule“ (Martin Walser) bis in alle Ewigkeit schwingen? Muss nicht irgendwann einmal Schluss sein? – Und dann kommt die Antwort. Erst wenn der türkische Präsident hier steht, seine Knie beugt, wie euer Willi Brandt in Warschau, wenn er bekennt und um Vergebung bittet, dann können wir beginnen zu verzeihen. Und erst, wenn wir verziehen haben, können wir beginnen zu vergessen. Das ist die Reihenfolge. Nichts erledigt sich von allein.

Prof. Dr. Peter Stosiek
Walter-Rathenau-Straße 15, 02827 Görlitz

Seniorenflug der Kreisärztekammer Dresden in den Spreewald

„Ob Du reisen sollst, reisen in die Mark?
Wag es getrost, und Du wirst es nicht bereuen.
Eigentümliche Freuden und Genüsse werden
Dich begleiten...“
Th. Fontane

Für den Wonnemonat Mai 2005 lud die Kreisärztekammer Dresden in dankenswerterweise wieder ihre Senioren zu einer gemeinsamen Ausfahrt ein.

Mit drei Bussen fuhren 150 gut gelaunte Teilnehmer nach Lübbenau in den Spreewald. Neben der Wiedersehensfreude stimmten das saftige Grün und blühende Rapsfelder auf der Fahrt fröhlich ein.

Auch Petrus hatte ein Einsehen und stellte die „Brause“ kurz vor dem Land Brandenburg ab. In Lübbenau erwarteten uns das Schlosshotel und die Orangerie mit südlichem Flair und gediegenem Ambiente zum wohlgeschmeckenden Mittagessen. Anschließend starteten wir zur Kahnfahrt nach dem reizvollen Spreewald



Unsere Kahnfahrt in Lübbenau 2005

waldorf Lehde – vorbei an üppig blühenden Freilandazaleen, Rhododendren und Fliederbäumen.

Der Fährmann erzählte viel Interessantes über seine Region unter anderem, dass es im Spreewald ca. 800 km befahrbare Wasserwege gibt.

Nach der Rückkehr ergab sich die Gelegenheit, über den kleinen Spreewaldmarkt zu bummeln und die bekannten Gurken zu

kosten. Durch den das Schloss umgebenden englischen Park (angelegt zwischen 1817 bis 1820) bummelten wir wieder zum klassizistischen Schloss. Es befand sich seit dem 16. Jahrhundert im Besitz der Grafen zu Lynar. Eine Gedenktafel erinnert daran, dass Wilhelm Friedrich Graf zu Lynar, der an der Vorbereitung des Putsches gegen Hitler beteiligt war, im September 1944 hingerichtet wurde. Die Erben übernahmen das Schloss nach der Wende und bauten es zu einem Kleinod aus, welches noch den Charme der Vergangenheit ausstrahlt.

Nach einer schönen Kaffeetafel traten wir – angefüllt mit neuen Eindrücken – die Rückfahrt an und möchten hiermit dem Seniorenausschuss mit Frau Dr. Unger, Frau Riedel und Herrn Dr. Nitschke für diesen wunderbaren Tag sehr herzlich danken.

Dr. med. Uta Anderson
Fritz-Schulze-Straße 8
01445 Radebeul

Seniorenflug der Kreisärztekammer Stadt Leipzig in die Domstadt Merseburg

Am 25. 5. und 1. 6. 2005 starteten 218 Seniorinnen und Senioren der Kreisärztekammer Stadt Leipzig – teilweise mit ihren Partnern – zum diesjährigen gemeinsamen Ausflug nach Merseburg.

Das erste Ziel war der berühmte Dom, dessen Geschichte uns nahegebracht und erneut ins Gedächtnis gerufen wurde. Michael Schönheit, der uns Leipzigern bestens bekannte Gewandhausorganist, der auch als Domorganist in Merseburg tätig ist, erläuterte am 1. 6. 2005 kurz die Bau- und Renovierungsgeschichte der wertvollen Ladegast-Orgel, auf der er anschließend drei Werke zu Gehör brachte (Bach, Schumann und Mendelssohn-Bartholdy). Anschließend bewunderten wir einzelne Kunstwerke im Dom, so zum Beispiel das Halbreifrelief Rudolfs von Schwaben, und statteten dem durch das tragische Ereignis der Hinrichtung des unschuldigen Kammerdieners des Bischofs Thilo von Trotha berühmt gewordenen Raben einen Besuch ab. In der Krypta rezitierte unsere



Domführerin sogar einige Passagen aus den Merseburger Zaubersprüchen in althochdeutscher Sprache.

Die Mittagszeit verbrachten wir im restaurierten Ständehaus bei angeregten kollegialen Gesprächen, wo für das leibliche Wohl bestens gesorgt war.

Danach startete die Stadtführung in mehreren Gruppen. Bei schönstem Sonnenschein leuchtete der gepflegte Schlossgarten mit dem Schlossgartensalon und der Orangerie in seiner Blütenpracht. Vorüber am schönen Aus-

blick auf die Saale mit einem Wehr ging es durch den Schlossinnenhof über die Saalebrücke zur Neumarktkirche St. Thomae, die am Jakobs-Pilger-Weg nach Compostela in Spanien liegt und auf deren Empore die Möglichkeit zur Übernachtung der Pilger gegeben ist. Ein modernes Tryptichon, die Leiden der Menschheit in Holzplastiken zur Darstellung bringend, beeindruckte uns. Weiter ging es zum Alten Rathaus aus gotischer Zeit sowie zur ebenfalls gotischen Stadtkirche St. Maximi.

Zum Abschluss des interessanten gemeinsam erlebten Tages boten verschiedene Freisitze im Zentrum der Stadt die Möglichkeit, sich bei einer Erfrischung nochmals auszutauschen und die Erinnerung an die gemeinsamen Studien- und Arbeitsjahre aufleben zu lassen.

Dr. med. habil. Mechthild Gottschalk
Schubarthstraße 9
04316 Leipzig-Mölkau

Qualitätsmanagement in Reha-Kliniken Deutschlands und Osteuropa

Eine Anfrage an die Gesetzlichen Krankenkassen Deutschlands

Die Vogtland-Klinik in Bad Elster ist die erste Reha-Klinik in Sachsen, die eine Zertifizierung nach dem Qualitätsmanagementsystem IQMP-Reha erhalten hat. Andere Klinik werden folgen, so die Paracelsus-Klinik in Bad Elster. IQMP-Reha, das Integrierte Qualitätsmanagement-Programm-Reha, ist ein integriertes Verfahren für das Qualitätsmanagement, welches die Vorteile national (zum Beispiel DEGEMED-Zertifizierung) wie international (zum Beispiel DIN EN ISO 9001) anerkannter Qualitätsmanagement-Systeme mit den hohen inhaltlichen Qualitätsanforderungen der medizinischen Rehabilitation verbindet. Entwickelt wurde IQMP-Reha unter Federführung von Prof. Dr. W. Müller-Fahnow vom Lehrstuhl für Versorgungssystemforschung der Charite in Berlin. Im März 2004 wurde es der Öffentlichkeit vorgestellt. Der Bundesverband der Privaten Krankenanstalten (BDPK), der die Interessen von rund 1200 Akut- und Reha-Kliniken vertritt, empfiehlt seinen Mitgliedern die Zertifizierung nach diesem System.

Nach einer Mitteilung der Verwaltungsdirektorin und Qualitätsbeauftragten der Vogtland-Klinik Bad Elster, Frau Dr. Christel Johne, vom 8. März 2005, konnte die zügige Zertifizierung nach IQMP-Reha bereits im August 2004 vor allem deshalb erfolgen, weil sich das Unternehmen der Klinikgruppe Dr. Dr. Nebel seit vielen Jahren intensiv mit

Qualitätssicherung beschäftigt und als erste Klinik in Deutschland 1996 nach DIN EN ISO 9001 zertifiziert wurde.

Der informierte Patient von heute und morgen wolle Qualität vergleichen können und habe ein Recht auf Information, so die Geschäftsführerin der Vogtland-Klinik, Frau Dr. med. Katharina Nebel. Eine kontinuierliche Verbesserung und dauerhafter Erfolg sind nach ihrer Meinung nur durch eine zukunftsfeste Qualitätssicherung möglich.

Die Kliniken für medizinische Rehabilitation stehen in einem intensiven Wettbewerb untereinander. Dies hängt mit einer niedrigeren Nachfrage nach rehabilitativen Maßnahmen zusammen, die im wesentlichen der Verunsicherung durch die Gesundheitsreform und die weitverbreitete Angst um den Arbeitsplatz zurückzuführen ist.

Stationäre Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation müssen spätestens ab diesem Jahr interne Qualitätsmanagementstrukturen vorhalten und sich einer externen Qualitätssicherung unterziehen. Eine entsprechende Vereinbarung nach § 137 d Abs. und 1 a SGB V haben die Spitzenverbände der Krankenkassen mit den Spitzenorganisationen der stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen geschlossen. Auch die Rentenversicherungsträger fordern Qualität.

Unter diesen Gesichtspunkten erscheint es kontraproduktiv, wenn einige Krankenkassen

ab diesem Jahr „Kuren“ im osteuropäischen Ausland, so im tschechischen Marienbad, anbieten oder anbieten wollen. Der Begriff „Kur“ ist seit dem Jahr 2000 im Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr existent. So bleibt offen, welche Leistung letztlich gemeint ist. Von ökonomischen Aspekten abgesehen – es stehen 100.000 Arbeitsplätze in deutschen Rehabilitationskliniken auf dem Spiel –, erscheint es auch unter dem Gesichtspunkt einer Verbesserung der Versorgungsqualität – Stichwort „Integrierte Versorgung“ in Netzwerken von Leistungserbringern von der Akutklinik bis zu den niedergelassenen Haus- und Fachärzten sowie Nachsorgeeinrichtungen – fragwürdig, wenn wegen vermeintlicher Kostenvorteile aufwendige Maßnahmen zur Qualitätssicherung und fachliche Qualitätsstandards von den neuen Leistungsanbietern in den EUNachbarstaaten nicht eingefordert werden. Wenn die Krankenkassen einen qualitätsorientierten Wettbewerb aushebeln, dann ist die Politik in Deutschland gefordert, auf fairen Spielregeln im Kampf um Patienten und Gäste zu bestehen.

Dipl.-Ernährungswissenschaftler Martin Witzigmann
Fachjournalist
Hagerstraße 12
08645 Bad Elster

health care akademie Managementkurs

Neue Versorgungs- und Kooperationsformen im Gesundheitswesen werden in der nächsten Zeit noch stärker an Bedeutung gewinnen. Bereits heute gibt es „best practice-Beispiele“ dafür.

Unter den Stichpunkten Integrierte Versorgung, Praxisnetze, Praxisverbände, Medizinische Versorgungszentren und Hausarztverträge erleben wir eine tiefgreifende Veränderung in Richtung moderner Kooperationen. Die health care akademie bietet deshalb ihren 5. berufsbegleitenden Managementkurs ab

November 2005 in Düsseldorf an – für Ärzte und weitere Beteiligte aus dem Gesundheitswesen.

Die health care akademie ist eine Gründung der Bundesärztekammer, Kassenärztlichen Bundesvereinigung und Deutschen Apotheker- und Ärztebank.

Umfassende Informationen:
www.health-care-akademie.de
Anmeldung unter:
info@health-care-akademie.de
oder Tel. 0211 5998 9392

Ihre
Sächsische Landesärztekammer
im Internet

www.slaek.de

Prof. Dr. med. habil. Klaus-Dieter Waldmann zum 65. Geburtstag



Herr Professor Waldmann wurde am 02.08. 1940 in Jena geboren.

Nach dem Abitur 1958 in Bad Berka begann sein medizinischer Ausbildungsweg in Jena – die ersten Schritte an der Friedrich-Schiller-Universität als Krankenpfleger in der Klinik für Psychiatrie und Neurologie, die weiteren als Student der Humanmedizin von 1959 bis 1965. Während des Studiums promovierte er zum Thema: „Die Rolle des Arbeitsplatzes bei der Entstehung kortico-visceraler Erkrankungen“. Nach Pflichtassistenten am Sophienkrankenhaus Weimar und einem Jahr Assistententätigkeit am Anatomischen Institut der FSU Jena mit Erwerb der theoretischen Approbation begann er 1967 in der Klinik für Psychiatrie und Neurologie „Hans Berger“ der Friedrich-Schiller-Universität Jena seine erfolgreiche Laufbahn als Arzt. 1971 erwarb er die Facharztanerkennung für Neurologie und Psychiatrie, nach 4-jähriger Stationsarztstätigkeit in der akuten Frauenpsychiatrie wurde er 1975 zum Oberarzt ernannt. In dieser Zeit war er an mehreren Forschungsprojekten beteiligt.

1980 übernahm Prof. Waldmann als Chefarzt die Klinik für Psychiatrie und Neurologie am damaligen Bezirkskrankenhaus Plauen.

Fachkompetent, engagiert, kritisch, menschlich und kollegial, sich selbst nicht schonend, die Mitarbeiter immer wieder überzeugend und motivierend, konnte er, bei allen Schwierigkeiten eines parteilosen Chefs, sein Konzept einer modernen Psychiatrie umsetzen mit Abschaffung des Saalsystems, schrittweiser Einführung einer gemischt geschlechtli-

chen Psychiatrie und mehr Offenheit für die Patienten bei Vollversorgungsverpflichtung für die Region. Sein großes Interesse galt auch dem Fachgebiet der Neurologie. Es gelang ihm eine moderne Neurologische Abteilung aufzubauen, die am 1. 1. 2005 in eine eigenständige Neurologische Klinik übergehen konnte. Heute ist Prof. Waldmann Chefarzt einer 1998 bezogenen modernen Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit Tagesklinik und Institutsambulanz am HUMAINE Vogtland-Klinikum Plauen.

Über die Klinikmauern hinweg hat er darüber hinaus seit 1990 den Aufbau eines gemeindepsychiatrischen Verbundsystems unterstützt, wobei er großen Wert auf eine enge Kooperation der Klinik mit allen komplementären psychiatrischen Einrichtungen als Grundlage einer optimalen komplexen Patientenbetreuung legt.

Aufgrund seiner fachlichen und menschlichen Fähigkeiten und der ihm entgegengebrachten Achtung wurde Prof. Waldmann in schwieriger Zeit 1990 stellvertretender und 1995 Ärztlicher Direktor des jetzigen HUMAINE Vogtland-Klinikums Plauen.

Sein beruflicher Werdegang war und ist mit einer umfassenden Lehr- und wissenschaftlichen Tätigkeit verbunden: von 1968 – 1992 an der FSU Jena, danach an der Universität Leipzig. Diese Lehrtätigkeit reicht von der Studentenausbildung über eine umfangreiche Vorlesungstätigkeit bis zur Betreuung von Diplomanden, Doktoranden und zahlreichen Weiterbildungsassistenten, die er erfolgreich zum Facharzt geführt hat.

Herausragende Meilensteine in seiner Lehr- und Wissenschaftslaufbahn sind die Habilitation 1981 mit dem Thema: „Untersuchungen zur Langzeitbetreuung endogener Psychosen unter besonderer Berücksichtigung sozialer und medikamentöser Aspekte“, 1983 die Facultas docenti, 1989 die Ernennung zum Honorarprofessor für Neurologie und Psychiatrie an der FSU Jena und 1998 die Berufung zum Außerplanmäßigen Professor an der Universität Leipzig. Wissenschaftliches Interesse und wissenschaftliche Tätigkeit galten von Anfang an der komplexen Langzeittherapie chronischer Psychosen, der Sozialpsychiatrie, der Entstigmatisierung psychisch Kranker und im Speziellen der offenen Psychiatrie. Zahlreiche Publikationen und Vorträge zeugen von einer intensiven und kritischen Auseinandersetzung mit diesen, aber auch weiteren, einschließlich neurologischen Themen.

Seit 1991 ist Prof. Waldmann Vorstandsmitglied der „Sächsischen Wissenschaftlichen Gesellschaft für Nervenheilkunde“ e.V.

Er war Organisator mehrerer überregionaler Kongresse, Tagungen und Symposien.

Frühzeitig hat sich Prof. Waldmann für die Anerkennung des Vogtland-Klinikums als Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Leipzig engagiert, betreut hier auszubildende Studenten und setzt sich als Mitglied der PJ-Kommission der Universität Leipzig für eine praxisnahe Ausbildung ein.

Die praxisorientierte Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter ist ihm auch im Klinikumsmaßstab ein besonderes Anliegen. Seit Anfang der 80er Jahre organisiert und leitet Prof. Waldmann zahlreiche regionale Fachtagungen, so auch die jährliche interdisziplinäre „Plauer Herbsttagung“, die zu einer guten Tradition geworden ist. Als Vorstandsmitglied der Kreisärztekammer Plauen ist er

seit 1991 verantwortlich für die ärztliche Fortbildung. Es wäre dem Jubilar nicht Genüge getan, wenn seinen vielfältigen ehrenamtlichen Aktivitäten, an dieser Stelle seien nur einige genannt, nicht Rechnung getragen würde. So wurde er 1990/91 zum Mitglied der „Expertenkommission des Bundesministeriums für Gesundheit zur Analyse der Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR“ berufen. 1993 erfolgte die Berufung durch das Staatsministerium für Soziales in die „Kommission zur Untersuchung von Missbrauch der Psychiatrie im sächsischen Gebiet der ehemaligen DDR“ und nicht zuletzt 1998 die Berufung als beratendes Mitglied des Landesbeirates Psychiatrie des Freistaates Sachsen, dessen Vorsitzender er seit 2001 ist.

Zutiefst mit seiner Arbeit verwurzelt, hat Prof. Waldmann in den Jahren seiner Tätigkeit in seinem beruflichen Umfeld ein Klima des partnerschaftlichen Umganges geprägt und wird von seinen Mitarbeitern als verlässlicher und verständnisvoller Chef geschätzt. Neben seiner fachlichen Kompetenz ist seine Fähigkeit zur Integration, die ihm in seiner umfangreichen Tätigkeit als Chefarzt der Klinik und als Ärztlicher Direktor oft zugute kam, besonders hervorzuheben. Seine Verantwortung für die Patienten ist stets verbunden mit dem Respekt vor der Individualität jedes Einzelnen. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gratulieren Herrn Prof. Waldmann sehr herzlich zum Geburtstag und wünschen ihm viel Gesundheit und beruflich und privat alles Gute!

Dr. med. Siglinde Haß, Plauen

Ursula Schmidt zum 60. Geburtstag



Am 4. August 2005 begeht Ursula Schmidt ihren sechzigsten Geburtstag.

Seit nunmehr fast drei Jahrzehnten prägt sie entscheidend das Gesicht der Anästhesieabteilung des Waldkrankenhauses Bad Dübener mit. Frau Kollegin Schmidt begann 1971 ihre Facharztausbildung für Anästhesie, die sie an der Universität Leipzig sowie im Klinikum St. Georg absolvierte.

Neben der Anästhesie galt ihr besonderes Interesse auch der Inneren Medizin, eine Vor-

liebe, die sie stets intensiv in die Behandlung internistischer Begleiterkrankungen einbringt.

Seit 1978 ist Frau Schmidt als Narkoseärztin am Waldkrankenhaus Bad Dübener tätig und damit eine Vertreterin derjenigen Kollegen/innen, die ihr gesamtes Berufsleben ein und derselben Klinik gewidmet haben. Auf ihrem Berufsweg hat Frau Schmidt aus nächster Nähe die Entwicklung unseres Hauses zu einem modernen orthopädischen Zentrum mit überregionalem Ruf miterlebt und -gestaltet.

Naturngemäß gehörte ihr berufliches Hauptinteresse den verschiedenen Methoden der Regionalanästhesie, die sie mit ihrer nunmehr langjährigen Erfahrung virtuos beherrscht. Kurzfristige Erfolge oder Selbstdarstellung durch spektakuläre Aktionen waren ihr nie wichtig, sondern solide Alltagsarbeit und zufriedene Patienten. Mit gelassenem Lächeln und klinischer Erfahrung löst Frau Schmidt manches Problem, für das die moderne Medizin hohen apparativen Aufwand bereithält.

Seit 1985 war Frau Schmidt transfusionsverantwortliche Ärztin des Waldkrankenhauses. In dieser Eigenschaft gestaltete sie als kongeniale Mitarbeiterin unseres verehrten früheren

Chefs Dr. Heidel den Aufbau unserer Abteilung für Eigenblutspende entscheidend mit. Seit den von ihr vorgegebenen Anfängen wurden in unserem Hause ca. 23.000 Blutkonserven (Vollblut, EK) gewonnen und ohne Probleme indikationsgerecht retransfundiert. In all den seither vergangenen Jahren erwies sich Frau Schmidt als profunde Kennerin von Theorie und Praxis der Transfusionsmedizin sowie geschätzte Gesprächspartnerin und Referentin zu diesem Thema.

Es spricht für Ihre Bescheidenheit, dass sie trotz hoher beruflicher Kompetenz und Beanspruchung sich immer Zeit für ihren ebenfalls vielbeschäftigten Ehemann und die beiden nunmehr erwachsenen Kinder genommen hat. Mittlerweile lebt sie als vielbeschäftigte Großmutter ihren Enkeln Toleranz, menschliche Wärme und heitere Gelassenheit vor.

Wir wünschen unserer Kollegin Schmidt Gesundheit und noch viele schöne Jahre mit unserem Team im Waldkrankenhaus und natürlich auch mit der Familie.

Die Dübener Anästhesie-KollegenInnen

Unsere Jubilare im September

Wir gratulieren

60 Jahre
02. 09. Dr. med. Hellmich, Dagmar
09599 Freiberg
02. 09. Dr. med. Langer, Ursula
08289 Schneeberg
04. 09. Dr. med. Schwarz, Reinhart
09429 Wolkenstein
04. 09. Dr. med. Seifert, Wolfgang
02708 Löbau
05. 09. Dr. med. Völker, Gunther
09669 Frankenberg
09. 09. Harnapp, Dieter
04758 Oschatz
12. 09. Dr. med. Weidle, Rolf
02826 Görlitz
14. 09. Dr. med. Dittrich, Maria
01796 Pirna/OT Zehista
16. 09. Pfannkuchen, Bettina
01217 Dresden

17. 09. Hamann, Ulrich
09638 Lichtenberg
18. 09. Dr. med. Burkhardt, Jürgen
01157 Dresden
18. 09. Dr. med. Cebulla, Beate
04357 Leipzig
18. 09. Harnisch, Renate
01159 Dresden
20. 09. Dr. med. Groß, Heinz
09125 Chemnitz
25. 09. Dr. med. Nolopp, Andreas
04683 Threina
26. 09. Dr. med. Bellmann, Jürgen
09468 Geyer
26. 09. Müller, Gudrun
04703 Leisnig
29. 09. Dipl.-Med. Kosel, Kristina
01445 Radebeul
30. 09. Fischer, Carola
04683 Naunhof

65 Jahre
01. 09. Dr. med. Kleber, Sieglinde
01855 Mittelndorf
01. 09. Dr. med. Schwock, Hans-Jürgen
01609 Röderaue
01. 09. Dr. med. Weller, Edgar
01445 Radebeul
02. 09. Dr. med. Schier, Christa
04416 Markkleeberg
03. 09. Dr. med. Schlick, Jürgen
08606 Oelsnitz
03. 09. Dr. med. Weigel, Margrit
09526 Olbernhau
03. 09. Dr. med. Woidak, Edelgard
04564 Böhlen
03. 09. Dr. med. Würgatsch, Peter
01445 Radebeul
05. 09. Dr. med. Sonntag, Manfred
04279 Leipzig

-
- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>06. 09. Dr. med. Haack, Hans-Peter
04105 Leipzig</p> <p>06. 09. Prof. Dr. med. habil. Scholz, Albrecht
01309 Dresden</p> <p>07. 09. Dr. med. Usler, Rudolf
01468 Friedewald</p> <p>09. 09. Dr. med. Trogisch, Uta
01324 Dresden</p> <p>10. 09. Dr. med. Marx, Ernst
04519 Rackwitz</p> <p>11. 09. Dr. med. Beckert, Arndt
04758 Oschatz</p> <p>11. 09. Dr. med. Grube, Maria
09117 Chemnitz</p> <p>11. 09. Dr. med. Schulz-Beer, Sigrid
01277 Dresden</p> <p>12. 09. Dr. med. Hübschmann, Karin
08606 Oelsnitz</p> <p>13. 09. Dr. med. Herrmann, Dieter
14548 Ferch</p> <p>14. 09. Dr.med. (Univ.Zgb.) Mazzi, Aurel
02763 Zittau</p> <p>14. 09. Dr. med. Weiß, Karin
01737 Spechtshausen</p> <p>15. 09. Dr. med. Irmscher, Siegfried
08258 Markneukirchen</p> <p>15. 09. Dr. med. Rockstroh, Karin
01259 Dresden</p> <p>16. 09. Dr. med. Schultz, Inge
01328 Dresden</p> <p>16. 09. Dr. med. Schütze, Gisela
01307 Dresden</p> <p>17. 09. Dr. med. Dämmrich, Siegtraud
02829 Markersdorf</p> <p>17. 09. Dr. med. Hohlfeld, Ralf
04279 Leipzig</p> <p>18. 09. Dr. med. Pfeiffer, Hans-Martin
08428 Langenbernsdorf</p> <p>18. 09. Rentsch, Sigrid
04703 Leisnig</p> <p>19. 09. Dr. med. Buchhalter, Wolfgang
02826 Görlitz</p> <p>19. 09. Schmidt, Hildegard
02991 Laubusch</p> <p>19. 09. Smidt, Reemt
08439 Langenhessen</p> <p>20. 09. Dr. med. Häntzschel, Hans-Jörg
09116 Chemnitz</p> <p>21. 09. Dr. med. Schott, Günter
09350 Lichtenstein</p> <p>21. 09. Prof. Dr. med. habil.
Wedler, Burkhard
17489 Greifswald</p> <p>22. 09. Dr. med. Dunger, Christian
02953 Gablenz</p> <p>23. 09. Dr. med. Hübner, Renate
02828 Görlitz</p> <p>23. 09. Lentz, Heide
04229 Leipzig</p> | <p>24. 09. Dr. med. habil. Helm, Waldemar
04509 Delitzsch</p> <p>24. 09. Dr. med. Rödel, Jürgen
08228 Rodewisch</p> <p>26. 09. Dr. med. Beyer, Gisela
09228 Wittgensdorf</p> <p>26. 09. Dr. med. Härtel, Suse
01187 Dresden</p> <p>27. 09. Dr. med. Schuster, Elvira
09130 Chemnitz</p> <p>28. 09. Dr. med. Schille, Eberhard
04317 Leipzig</p> <p>28. 09. Ziegenhorn, Ute
04155 Leipzig</p> <p>29. 09. Dr. med. Walther, Gerd
08209 Auerbach</p> <p>30. 09. Dr. med. Drechsler, Peter
04651 Bad Lausick</p> <p style="text-align: center;">70 Jahre</p> <p>02. 09. Dr. med. Kaschl, Irmgard
09366 Stollberg</p> <p>07. 09. Dr. med. Zschau, Gudrun
09120 Chemnitz</p> <p>08. 09. Kubicek, Annelies
08523 Plauen</p> <p>16. 09. Dr. med. Dörfelt, Christoph
01591 Riesa</p> <p>16. 09. Dr. med. Fritsche, Lothar
02827 Görlitz</p> <p>16. 09. Taubert, Monika
01259 Dresden</p> <p>19. 09. Prof. Dr. sc. med. Hanefeld, Markolf
01445 Radebeul</p> <p>24. 09. Dr. med. Hübner, Ursula
01307 Dresden</p> <p>30. 09. Dr. med. Seyfert, Gottfried
09127 Chemnitz</p> <p>30. 09. Prof. Dr. med. habil. Todt, Horst
01187 Dresden</p> <p style="text-align: center;">75 Jahre</p> <p>12. 09. Dr. med. Richter, Herbert
04107 Leipzig</p> <p>16. 09. Prof. Dr. med. habil. Lehmann, Werner
04299 Leipzig</p> <p>19. 09. Dr. med. Vollmer, Christa
01109 Dresden</p> <p>29. 09. Dr. med. Kretschmar, Christian
02730 Ebersbach</p> <p style="text-align: center;">80 Jahre</p> <p>02. 09. Dr. med. Baumann, Karl
08485 Lengenfeld</p> <p>06. 09. Dr. med. Kraus, Heinrich
09117 Chemnitz</p> <p>23. 09. Dr. med. Böttger, Wolfgang
08062 Zwickau</p> | <p style="text-align: center;">81 Jahre</p> <p>04. 09. Dr. med. Linke, Ursula
09127 Chemnitz</p> <p>08. 09. Dr. med. Stier, Irmtraud
01796 Pirna</p> <p>10. 09. Grandin, Gisela
01324 Dresden</p> <p>26. 09. Dr. med. Simon, Eva-Maria
01825 Liebstadt-OT Döbra</p> <p style="text-align: center;">82 Jahre</p> <p>16. 09. Dr. med. habil. Woratz, Günter
09456 Annaberg-Buchholz</p> <p>19. 09. Dr. med. Aermes, Harry
04105 Leipzig</p> <p>22. 09. Dr. med. univ. Schmidt, Gert-Peter
01109 Dresden</p> <p>28. 09. Prof. em. Dr. med. habil. Oeken,
Friedrich-Wilhelm
04229 Leipzig</p> <p style="text-align: center;">84 Jahre</p> <p>05. 09. Dr. med. Olbrich, Hildegund
02625 Bautzen</p> <p>06. 09. Dr. med. Spielmann, Volker
04316 Leipzig</p> <p>20. 09. Prof. Dr. med. habil. Lange, Ehrig
01067 Dresden</p> <p style="text-align: center;">85 Jahre</p> <p>12. 09. Dr. med. Zacharias, Horst
01187 Dresden</p> <p style="text-align: center;">86 Jahre</p> <p>06. 09. Dr. med. Fronius, Ingrid
01187 Dresden</p> <p>12. 09. Dr. med. Hisek, Ludwig
01239 Dresden</p> <p>19. 09. Dr. med. Nicolai, Margarete
09599 Freiberg</p> <p>23. 09. Dr. med. Woratz, Ursula
09456 Annaberg-Buchholz</p> <p>30. 09. Prof. Dr. med. habil. Feudell, Peter
04179 Leipzig</p> <p style="text-align: center;">88 Jahre</p> <p>02. 09. Dr. med. Hanzl, Werner
02763 Zittau</p> <p>15. 09. Dr. med. Heintze, Hans-Georg
08606 Oelsnitz</p> <p style="text-align: center;">90 Jahre</p> <p>16. 09. Dr. med. Meixner, Alfred
01816 Bad Gottleuba</p> <p style="text-align: center;">96 Jahre</p> <p>14. 09. Mitko, Regina
04281 Leipzig</p> <p>30. 09. Dr. med. Pastor, Herbert
01737 Tharandt</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
-

Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Harald Aurich

* 23. 4. 1932

† 10. 4. 2005



Prof. Dr. Harald Aurich ist tot. Er starb kurz vor Vollendung seines 73. Lebensjahres nach schwerer Krankheit. Wir, seine ehemaligen Studenten, Schüler, Kollegen, Mitarbeiter und Freunde, sind tief betroffen, denn ein dreiviertel Jahr vorher war er noch voller Aktivität und Lebensfreude.

Mit Harald Aurichs Tod ist einer der Großen der medizinischen Vorklinik und auch der naturwissenschaftlichen Biochemie von uns gegangen. Er war ein begnadeter Hochschullehrer, der sich stets mit Enthusiasmus in die Lehre einbrachte und damit selbst die Enzymkinetik Medizinstudenten verständlich machen konnte.

Harald Aurich wurde am 23. April 1932 in einer Bergarbeiterfamilie in Zwickau/Sachsen geboren. Nach Schulzeit und Abitur studierte er von 1950 bis 1956 in Leipzig Humanmedizin, promovierte und begann seine Tätigkeit als wissenschaftlicher Assistent im Institut für Physiologische Chemie der Universität Leipzig unter Leitung von Professor Erich Strack. In der Arbeitsgruppe des damaligen Oberarztes Dietrich Mücke begab er sich auf das Forschungsgebiet der „Biochemie der Mikroorganismen“, einem in den fünfziger Jahren

in Deutschland relativ neuen Forschungsgebiet mit neuen Versuchsobjekten wie *Neurospora crassa*, *Pseudomonas aeruginosa* und später *Acinetobacter calcoaceticus*.

1964 habilitierte sich Harald Aurich über ein Thema aus dem Aminosäurestoffwechsel von *Neurospora*. Neben der wissenschaftlichen Tätigkeit lief der volle Einsatz in der Lehre in Form von Praktika, Seminaren und Vorlesungen in der Vorklinik. Nach der Berufung von Dietrich Mücke nach Rostock übernahm Dozent Dr. Harald Aurich die Leitung der mikrobiologisch ausgerichteten Arbeitsgruppe, deren Forschungsprofil in Richtung regulatorischer und enzymologischer Fragestellungen auch in personeller Hinsicht weiter ausgebaut wurde.

1968 wechselte Harald Aurich mit seiner gesamten Arbeitsgruppe an die Mathematisch-Naturwissenschaftliche Fakultät der Leipziger Universität über und übernahm als Professor für Biochemie den entsprechenden Wissenschaftsbereich. Damit verbunden war die Aufnahme des Biochemiestudiums in der DDR (zeitgleich mit der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg). Es handelte sich dabei um die Installierung einer für die DDR ganz neuen Hochschulausbildung eines eigenständigen naturwissenschaftlichen Biochemiestudiums mit inhaltlich und technisch neu zu schaffenden Praktika, Seminaren und Vorlesungen. Das Fachgebiet „Technische Biochemie“ für Biochemiestudenten wurde dabei neu entwickelt. 1972 konnten die ersten Diplombiochemiker der DDR die Leipziger Universität verlassen.

1976 wurde Prof. Dr. Harald Aurich als Direktor an das Physiologisch-Chemische Institut der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg berufen.

Das Forschungsgebiet der Biochemie der Mikroorganismen wurde auch in Halle von der Arbeitsgruppe Harald Aurichs weiter erfolgreich bearbeitet (1982 Forschungspreis 1. Klasse der Martin-Luther-Universität). In der Lehre war Prof. Aurich für die vorklini-

sche Ausbildung der Medizinstudenten verantwortlich, das heißt, für die Chemieausbildung im ersten und für die physiologisch-chemische Ausbildung im zweiten Studienjahr. Der Großteil der Vorlesungen im zweiten Studienjahr wurde von ihm von 1976 bis 1992 mit der wie immer gezeigten Freude an der Lehre gehalten. Die Seminare und Praktika wurden während der Direktionszeit von Harald Aurich mehrfach überarbeitet und modernisiert.

Prof. Dr. Harald Aurich war von 1979 bis 1982 Prorektor für Medizin und von 1986 bis 1992 Dekan der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität.

Am 31. Dezember 1992 trat Prof. Harald Aurich – zum außerordentlichen Bedauern der Mehrheit der Institutsmitarbeiter – in den vorzeitigen Ruhestand. Damit war eine Glanzzeit des Institutes vorüber.

Die Leistungen von Harald Aurich in seiner beruflichen Tätigkeit wurden mit mehreren Auszeichnungen gewürdigt. Als wichtigste sind zu nennen: der „Rudolf-Virchow-Preis“ (1966), die Verleihung der „Karl-Lohmann-Medaille“, die Mitgliedschaft in der „Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina“ (1983) und die Ehrenmitgliedschaft der Biochemischen Gesellschaft der UdSSR (1989). 1991 wurde Harald Aurich in das Präsidium der „Gesellschaft für Biologische Chemie“ e.V. gewählt.

Von Prof. Dr. Harald Aurich stammen 175 wissenschaftliche Publikationen, darunter 16 Bücher und Monographien. Eine Vielzahl von Naturwissenschaftlern und Medizinern wurden von ihm zur Promotion und Habilitation geführt.

Jeder, der mit Professor Aurich – ob als Student, Kollege oder Mitarbeiter – in Berührung kam, wird sich seiner als eines gütigen, stets freundlich-ausgeglichenen und hilfsbereiten Menschen gern erinnern.

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Helmut Sorger
Leipzig

Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Martin Link

* 6. 8. 1934
† 9. 7. 2005



Am 9. Juli 2005 verstarb – kurz vor Vollendung seines 71. Lebensjahres – Prof. Dr. Link.

Prof. Link wurde am 6. August 1934 in Königsberg in Ostpreußen geboren. Nach der Flucht wurde die Familie in Bergen auf der Insel Rügen ansässig, wo er eine neue Heimat fand und 1952 das Abitur ablegte. Von 1952 bis 1958 studierte er Humanmedizin an den Universitäten Leipzig und Greifswald und erhielt am 1. Mai 1959 die Approbation als Arzt. In Stralsund begann er die Facharztausbildung im Fachgebiet Pathologie bei Hans Große, der vormaligen Oberarzt am Pathologischen Institut in Dresden-Friedrichstadt war. 1963 erhielt er die Facharztanerkennung für das Fach Pathologische Anatomie. Im gleichen Jahr promovierte er zum Dr. med. in Greifswald.

Seine fundierten Kenntnisse auf dem Gebiet der Histopathologie sind für seine spätere wissenschaftliche Tätigkeit wegweisend. Im Jahr 1966 wechselt er an die Frauenklinik der Medizinischen Akademie Magdeburg zu Egon Bernoth und erwirbt 1970 die Facharztanerkennung für Frauenheilkunde. Hier leitet er das zytologische Labor und habilitiert sich 1970 mit einer Arbeit über „Variationen der mucosa cervicis uteri im Bereich des äußeren Muttermundes während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett unter besonderer Berücksichtigung der subzyklindrischen Vakuolisierung“.

Nach mehrjähriger erfolgreicher Tätigkeit folgt Martin Link 1979 einem Ruf als Chefarzt an die Frauenklinik des Städtischen Klinikums Dresden-Friedrichstadt.

Ein enormes Arbeitspensum leistend, führt er seine wissenschaftliche und klinische Arbeit zum Wohle der Patientinnen fort. Sein wissenschaftliches Lieblingskind war nach wie vor die Pathologie der Zervix uteri und das Zervixkarzinom. Er war absolut überzeugt von der großen Bedeutung der Kolposkopie und Zytologie bei der Früherkennung dieser Erkrankung. Die Kapazität des zytologischen Labors wurde deutlich erweitert, die Behandlung der Karzinome der Frau den derzeit geltenden Standards angepasst. Es folgt der Aufbau der Laparoskopie und operativen Pelviskopie, der Sterilitätsdiagnostik und -behandlung, die Etablierung der Urogynäkologie und die Wende zur brusterhaltenden Mammachirurgie. In der Geburtshilfe wurde das Rooming-in System eingeführt, und es entstand eine moderne Neonatologie. Die Bestrahlungsbehandlung wird durch Kooperation mit der Radiologischen Klinik der Universitätsklinik Dresden verbessert. Zur Behandlung zervikaler Läsionen wurde die Lasertherapie eingeführt.

Für den Leser muss man aus heutiger Sicht hinzufügen, dass alles unter beklagenswerten, baulichen und räumlichen Bedingungen und oft mangelhafter Ausstattung erfolgte.

Durch seinen unermüdlichen und vorbildhaften Einsatz motivierte er seine Mitarbeiter. Er war ein geduldiger Lehrer, aber kein duldsamer Chef. Oft stand er morgens schon um 5.00 Uhr am Stehpult in seinem Arbeitszimmer in der Klinik und sichtete die neueste Literatur oder bearbeitete die Schriften seiner Vielzahl von Doktoranten.

Für fachliche und persönliche Belange seiner Mitarbeiter und auch außerklinischen Kollegen hatte er stets ein offenes Ohr und stand ihnen mit Rat und Tat zur Seite.

Sein nimmermüder Einsatz für Patientinnen, Klinik und Mitarbeiter und seine wissenschaftliche Leistung wurde mit der Berufung zum Professor geehrt.

1990 wurde Prof. Link zum Leitenden Chefarzt des Klinikums gewählt.

Leider sprengt der vorgegebene Raum, alle seine Tätigkeiten auf wissenschaftlichem und

berufspolitischen Gebiet vollzählig wiederzugeben. Genannt werden soll aber sein Wirken als Mitautor eines beachtenswerten Lehrbuches für Gynäkologie, das 1984 im Georg-Thieme-Verlag Leipzig erschien, und eine große Lücke im mageren Fachbuchangebot der ehemaligen DDR ausfüllte. Er war federführend für zahlreiche Veröffentlichungen, Beiträge und Vorträge und für die Durchführung und Leitung von Tagungen und Fortbildungsveranstaltungen. Prof. Link hat sich einen unauslöschbaren Namen auf dem Gebiet der Weiterbildung und um die Berufspolitik gemacht: Als Landesvorsitzender des Berufsverbandes der Frauenärzte e.V. Sachsen; 2. Vorsitzender des Berufsverbandes der Frauenärzte e.V. auf Bundesebene; Schriftführer der AG Medizinrecht der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe; Vorsitzender des Prüfungsausschusses Frauenheilkunde und Mitglied des Ausschusses Weiterbildung der Sächsischen Landesärztekammer; Mitglied der Kommission „Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung“ der Sächsischen Landesärztekammer; Präsident der Union Professionelle Internationale des Gynecologues et Obstetriciens – Internationaler Berufsverband der Frauenärzte (UPIGO); Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Zytologie; Sprecher der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände in Sachen; Gründer und Sprecher des Aktionsbündnisses und Aktionsrates Ost der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten. 1993 ließ sich Prof. Link mit seiner Ehefrau, Dr. Heidrun Link, Fachärztin für Urologie und Frauenheilkunde, in einer Gemeinschaftspraxis mit Zytologischem Labor nieder. Auch hier ließ ihn seine wissenschaftliche Betätigung und berufspolitische Arbeit nicht los.

Sein früher Tod hat uns alle sehr getroffen. Die Frauenärzteschaft verliert in Prof. Martin Link einen rastlosen und konsequenten Streiter für ihren Berufsstand. Seine Schüler, ehemaligen Mitarbeiter und Freunde werden ihn in dankbarer Erinnerung behalten.

„Non omnis moriar“ (Horaz)

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Karl-Werner Degen
Chefarzt der Frauenklinik
und ehemalige Mitarbeiter
Städtisches Klinikum Dresden-Friedrichstadt

Nachruf für Prof. (em.) Dr. med. habil. Georg Zeumer

* 6. 6. 1922
† 5. 5. 2005

Am 5. Juli, 1 Tag vor der Vollendung seines 83. Lebensjahres, verstarb nach schwerer Krankheit Prof. (em.) Dr. med. habil. Georg Zeumer, ehemaliger ärztlicher Direktor und Chefarzt der Chirurgischen Klinik des Kreiskrankenhauses Grimma.

Georg Zeumer wurde am 6. Juli 1922 in Leipzig geboren, besuchte die Grundschule und bestand 1941 die Abiturprüfung im Leibnitz-Gymnasium in seiner Heimatstadt.

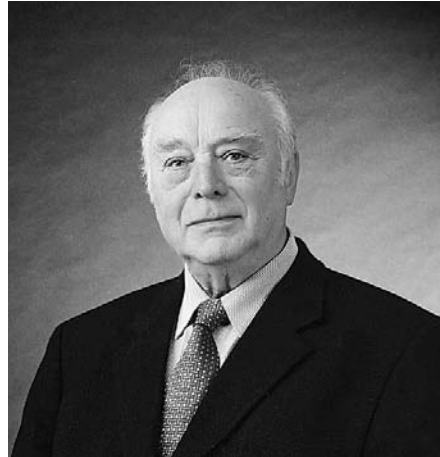
Im Dezember 1941 begann er das Medizinstudium an der Universität in Leipzig, konnte dieses aber nach mehrmaligen Unterbrechungen wegen seiner kriegsdienstlichen Verpflichtungen an der Ostfront erst 1945 fortsetzen und bestand im November 1949 das ärztliche Staatsexamen mit der Gesamtnote „sehr gut“. Im Dezember des gleichen Jahres promovierte er zum Doktor der Medizin.

Seine ärztliche Tätigkeit begann er 1950 im damaligen Chirurgisch-poliklinischen Institut der Universität Leipzig unter Prof. Dr. Erich Sonntag, weiterführend bei den Professoren Dr. Dr. Herbert Uebermuth und Dr. Erich Wachs, wurde am 1. 5. 1953 zum Oberarzt dieses Institutes ernannt und erhielt am 21. 6. 1956 die Anerkennung zum Facharzt für Chirurgie.

Während dieser Zeit wurde sein Interesse für die klinische Chirurgie, die Handchirurgie, die Lungenchirurgie sowie für die Anästhesie geweckt. Nach seinem Wechsel in die Chirurgische Klinik arbeitete er unter Prof. Uebermuth bis 1967 als Oberarzt und qualifizierte sich unter anderem besonders auf dem Gebiet der Traumatologie.

Seiner besonderen Neigung zur Handchirurgie entsprechend und nach jahrelanger klinischer Tätigkeit bei der Wiederherstellung verletzter und erkrankter Hände sowie nach tierexperimenteller Forschung zum „Gleitproblem und der nahtlosen Rekonstruktion durchtrennter Sehnen“ habilitierte er 1964.

Als parteilich nicht gebundener Mediziner war ihm nach dem Ausscheiden von Prof. Uebermuth die Berufung versagt, und er übernahm im Mai 1967 die Stelle des Chefarztes der Chirurgischen Abteilung und gleichermaßen das Direktorat des Kreiskrankenhauses Grimma. Er hielt weiter Vorlesungen und führte klinische Praktika im Lehrplan der Chirurgischen Universitätsklinik in Leipzig durch, wurde 1971 zum Honorarprofessor ernannt, erwarb 1975 die Anerkennung als Subspezialist für Traumatologie und wurde 1981, 17 Jahre nach seiner Habilitation, zum



Honorarprofessor für Chirurgie an die Universität Leipzig berufen.

Nach seiner Emeritierung 1988 arbeitete er von 1990 bis 1998 weiter als Vertragsarzt im Krankenhaus Grimma auf dem Gebiet der Handchirurgie und hat dieses sein berufliches Hobby bis einige Wochen vor seinem Tod zusammen mit seinem Sohn in der Chirurgischen Niederlassungspraxis gepflegt.

Prof. Zeumer konnte während seiner 21-jährigen Tätigkeit als Chefarzt durch seine umfassende Kenntnis das Fachgebiet der Chirurgie im Kreiskrankenhaus Grimma spürbar fördern und die Gesamteinrichtung als Ärztlicher Direktor profilieren.

Seine weitgefächerten operativen Fertigkeiten und praktischen Erfahrungen zeichnen ihn als einen von wenigen Allround-Chirurgen dieser Zeit aus. Dabei war es sein Anliegen, diese Qualitäten an seine Mitarbeiter und Schüler weiter zu vermitteln.

Er beherrschte die Allgemeinchirurgie und die große Bauchchirurgie, war ein exzellenter Kenner der konservativen Knochenbruchbehandlung und hat die seinerzeit modernsten Prinzipien der operativen Frakturbehandlung nach den Grundsätzen der Schweizer Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthese (AO) verfolgt und indikationsgerecht angewendet. Die operative Versorgung von Schädel-Hirn-Verletzten wurde in vertretbarem Umfang durchgeführt.

Das Operationsprogramm beinhaltet gleichermaßen urologische Erkrankungen und rekonstruktive Eingriffe.

Das Gebiet der Handchirurgie hat er wissenschaftlich mitbegründet und seine Erfahrungen mit hervorragender Genauigkeit und Eleganz bei unzähligen Patienten angewendet.

Damit hat er sich einen bleibenden Namen unter seinen Fachkollegen erarbeitet. Unter seiner Leitung wurde die Anästhesie und die chirurgische Intensivtherapie der Einrichtung zu einer leistungsfähigen eigenen Abteilung entwickelt.

Seine wissenschaftliche Tätigkeit umfasst zahlreiche Veröffentlichungen, mehrere Buchbeiträge, die Monographie „Praxis der Handchirurgie“ mit drei Auflagen. Er war Mitglied der Gesellschaft für Chirurgie der DDR, der Arbeitsgemeinschaft für operative Knochenbruchbehandlung, der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und seit 1993 der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie und deren Ehrenmitglied seit 1994.

Unter den zahlreichen Ehrungen und Auszeichnungen sind unter anderem zu nennen: der Preis für Literatur der Gesellschaft für Klinische Medizin 1974 für die Erstauflage seiner Monographie „Praxis für Handchirurgie“ und die Hufeland-Medaille in Gold 1978. Das Wissen um besondere Etappen seines persönlichen Lebensweges lassen Prof. Dr. Zeumer in besonderer Weise als markanten und sehr wertvollen Menschen erkennen. Er war nie parteilich gebunden, sondern hat ungeachtet der jeweils politischen Atmosphäre die Situation realistisch und kritisch beurteilt und immer menschlich und kameradschaftlich gehandelt. Ungeachtet der Person hat er sich als Arzt und Mensch den Machthabern dieser Zeit gegenüber in vertretbarem Umfang loyal verhalten. Zusammen mit seiner Familie hat er während der Montagsdemonstrationen schließlich die „sanfte Revolution“ und die politische Wende wie ein „Wunder von Leipzig“ mit erlaufen. Prof. Dr. Georg Zeumer hat die „Ära Uebermuths“ als Arzt, als Chirurg und als Chef erfolgreich fortgesetzt, wonach er seine Mitarbeiter förderte, indem er sie forderte. Seinen Schülern, Mitarbeitern und seinen Kindern hat er diese Grundidee vermittelt und sah sich damit verwirklicht.

Seinen 80. Geburtstag konnte er zusammen mit vielen seiner ehemaligen Kollegen, seinen ehemaligen Mitarbeitern, Schülern und Freunden und im Kreise seiner Familie erleben, die ihm stets wertvollste Heimstatt und Begleiterin gewesen ist.

In tiefer Verehrung verneigen wir uns vor Herrn Prof. Dr. Georg Zeumer und werden seiner stets gedenken.

Prof. Dr. med. Günter Schmoz
PD Dr. med. Klaus Schauer

Carl Gustav Carus und seine Freundschaft mit König Johann von Sachsen

Im Jahre 2001 konnte aus Anlass des 200. Geburtstages von König Johann von Sachsen (1801/1854 bis 1873) dessen Leben und Werk mit einer sehenswerten Ausstellung im Schloss Weesenstein bei Pirna gewürdigt werden. Einer seiner engsten Freunde war Carl Gustav Carus (1798 bis 1869), der als Leibarzt seit König Anton im Dienste des Hauses Wettin stand und als Kenner des kulturellen und geistigen Lebens dem sächsischen Königshaus wertvolle Impulse vermittelte. Daher erscheint die Frage nach den gegenseitigen freundschaftlichen Verbindungen zwischen Carus und dem Hause Wettin-Albertinische Linie bedeutungsvoll. Schon mit den sächsischen Königen Friedrich August I. dem Gerechten und seinem jüngeren Bruder und Nachfolger Anton dem Gütigen unterhielt Carus enge und persönliche Kontakte. Diese erreichten unter dem Prinzen und späteren König Johann von Sachsen einen Höhepunkt.

Bereits um 1830 begann dieser Wettiner einen Kreis geistreicher Männer um sich zu versammeln. Diesem gehörte unter anderem auch Carl Gustav Carus an. Mit Recht verweist der Historiker Hellmut Kretzschmar – der Herausgeber des Tagebuches dieses wohl bedeutendsten Albertinischen Wettiners des 19. Jahrhunderts – darauf hin, dass dieser literarische Kreis, dem auch der damalige Thronfolger und Mitregent Friedrich August angehörte, „den Geist der führenden Schicht in Dresden“ repräsentierte.

Die erste Zusammenkunft dieses Zirkels fand im Winterhalbjahr 1826/27 statt. Interessant ist, was der damalige Prinz Johann von Sachsen in seinem Tagebuch zu berichten weiß:

„In dem verflossenen Winterhalbjahr hatte ich auch begonnen, einen Kreis geistreicher und gelehrter Männer um mich zu versammeln. Bei einer Tasse Caffee und einem Glas Negus kamen wir Abends bei mir zusammen. Es wurden in freier Unterredung die mannigfaltigsten Gegenstände besprochen und discutirt und von manchen Fachmännern interessante Mitteilungen entgegen genommen. Die Stunden gehören zu meinen angenehmsten Erinnerungen und sie gewähren mir zugleich den Vorteil, auf dem leichtesten Wege gewissermaßen die Blüte von manchem mir fremden wissenschaftlichen Kreis zu pflücken. Außer Miltitz, der die Discussion zuweilen durch paradoxe Aufstellungen belebte, und meinem Bruder, der sich meist im Laufe des Abends einstellte, habe ich besonders folgende Personen als Mitglieder des Kreises namhaft zu

machen: Ein stehender Gast war zunächst der geistreiche und fast in allem Wissenswürdigen orientirte Geheime Cabinetsrat Breuer, der auch einen rüstigen Kämpfen in der Discussion abgab. Nächste dem der lebenswürdige Professor Förster vom Cadettenhaus, mit dem ich mich besonders in meinen Italienischen Studien begegnete, ferner der ausgezeichnete mancherlei Studien treibende Hof- und Justizrat Schaarschmidt, unter den mehr belehrenden Mitgliedern stand obenan der treffliche und geistreiche Carus, ferner Dr. Struve, der Erfinder der künstlichen Mineralwässer, Hofrat Reichenbach, Dr. Choulant und der Selenograph Lohmann. Endlich der Oberhofprediger Ammon und in etwas späterer Zeit besonders Tieck. Zuweilen wurden auch Durchreisende Notabilitäten zu diesen Abenden eingeladen, zum Beispiel Alexander von Humboldt, Friedrich von Raumer und andere mehr. Um diese Zeit fing ich auch an, die Übersetzung des Dante wieder aufzunehmen. Nachdem die ersten zehn Gesänge des Inferno vollendet waren, teilte ich sie einigen Personen, insbesondere Breuer und Förster mit, verbesserte manches nach ihrer Kritik und kam bald auf den Gedanken, dieselben gewissermaßen als Probe, jedoch nur als Manuscript drucken zu lassen“.

In diesem Zusammenhang ist zu bemerken, dass Prinz Johann durch seine ausgesprochene Vorliebe für italienische Kunst und Kultur auch auf das Werk Dantes gestoßen war und sich zu einer noch heute vielfach beachteten deutschen Übersetzung entschloss.

In König Johann hatte Carus offenbar einen Freund gefunden, mit dem er die Vorliebe für das Studium des Lebenswerkes Dantes teilen konnte. So ist es bezeichnend, dass Carus 1827 auf Grund eigener Dante-Studien einen Plan in Form einer gotischen Fensterrose zeichnete. Um 1830 beendete Prinz Johann seine Übersetzung des „Inferno“ ins Deutsche und gab dieses Werk anschließend in Buchform heraus. Es ist interessant, was der Prinz damals seinem Tagebuch anvertraute:

„Die Übersetzung vollendete ich am Ostersonnabend 1830; also 530 Jahre nach dem im Gedicht angenommenen Datum des Austritts aus der Hölle und zwar Tag für Tag, Stunde für Stunde, wenn man nämlich die Annahme zugrundelegt, daß der Dichter sich bei seinen Zeitbestimmungen nach dem Charfreitag des Jahres 1300 richtete. Übrigens fiel der Charfreitag im Jahre 1831 nur um einen Tag später als im Jahr 1300. Es bedurfte dann noch län-

gere Zeit zur Vollendung der Noten und zum Druck, der erst im Jahr 1834 erfolgte. Eine letzte Correctur der ganzen Arbeit wurde vorgenommen, nachdem ich den zuletzt vollendeten Teil in einem kleinen Kreise von Zuhörern von Tieck hatte vorlesen lassen. Alle diese Vorlesungen fanden auf dem jetzt Schwanenfelds genannten Weinberge statt, wo damals der sehr gelehrte Baron Rumohr zur Miete wohnte. Teilnehmer daran waren Carus, Graf Baudissin, Professor Förster, außer den beiden schon genannten. Es wurde mir hier noch manche Ausstellung gemacht, die ich zum Teil berücksichtigte. Baron Rumohr, in seiner Eigenschaft als Gastronom, sorgte dabei für ein treffliches Gabelfrühstück“.

Carl Friedrich von Rumohr war neben seinen reichen Kenntnissen als Kunsthistoriker ein geachteter Repräsentant der zeitgenössischen Kochkunst und veröffentlichte bereits 1822 ein Buch mit dem Titel „Geist der Kochkunst“. Dagegen wurde Graf Baudissin als Übersetzer der Werke des englischen Klassikers William Shakespeare weithin bekannt. Baudissin vollendete zum Beispiel 1843 die von Schlegel und Tieck begonnene Übersetzung der Werke dieses englischen Schriftstellers und Dichters in die deutsche Sprache. Noch heute ist diese Ausgabe wichtig für die deutsch-englischen Beziehungen im Bereich der vergleichenden Literaturgeschichte.

Erneut kam es zu einer engeren Verbindung zwischen Carus und dem sächsischen Königs-



Carl Gustav Carus (1798 – 1869), Ölgemälde von Julius Hübner aus dem Jahre 1844, im Besitz des Freien Deutschen Hochstifts in Frankfurt

haus insofern, als er im Juni und Juli 1834 den Prinz-Mitregenten Friedrich August zu einem Kuraufenthalt in den böhmischen Badeort Marienbad am Südabhang des Erzgebirges begleiten konnte. Bei dieser Gelegenheit besuchte Carus auch die benachbarten Kurorte Franzensbad und Karlsbad. Im gleichen Jahr kaufte er sich ein Sommerhaus in unmittelbarer Nähe der königlichen Sommerresidenz Schloss Pillnitz bei Dresden.

Wie wir der Lebenschronik von Carus entnehmen können, nahm das „Dante-Komitee“ 1838 seine Zusammenkünfte bei Prinz Johann von Sachsen wieder auf, um den zweiten Teil der deutschen Übersetzung zu hören und zu besprechen. Wiederholt wurde Carus auch in seiner Eigenschaft als Leibarzt bei Erkrankungen des Königs oder eines Mitgliedes der königlichen Familie gerufen. So erhielt er den Auftrag, den ernstlich erkrankten König Friedrich August II. am 31. Juli 1837 von einer Reise in die Alpen nach Dresden zurückzubringen. Mit Stolz ist vermerkt, dass Carus mit dem gesunden Monarchen wieder in Dresden eingetroffen war. Die medizinische Behandlung, die Carus eingeschlagen hatte, erwies sich offenbar als Erfolg. In ähnlicher Weise konnte er auch der in Pillnitz zu Besuch weilenden Kronprinzessin Elise von Preußen – der Schwägerin König Friedrich Augusts II. und des Prinzen Johann – die Gesundheit wiederschenken. Als Lohn dafür wurde Carus von den königlichen Herrschaften eingeladen, an einer Land- und Gondelpartie nach dem Königstein in der Sächsischen Schweiz teilzunehmen.

Interessant ist, dass Prinz Johann von Sachsen bereits im Februar 1829 in einem Brief an seinen preußischen Schwager Friedrich Wilhelm mit Hochachtung über Carus berichtet. In diesem Brief schreibt der Prinz unter anderem wörtlich folgendes:

„Zugleich benutze ich diese Gelegenheit, um dir die 'Schöpfung unseres Freundes' im Grundriß zu übersenden. Es ist ein Werk des geistreichen Hofrath Carus, der außer einem Naturforscher, Maler und Accoucheur auch ein passionierter Zahnarzt (Dantiste) ist...“

Bei der in diesem Brief genannten „Schöpfung unseres Freundes“ handelt es sich aller Wahrscheinlichkeit nach um die „Vorlesungen über Psychologie“, die Carus im Winter 1829/30 vor einem ausgewählten Zuhörerkreis in seiner Dresdner Wohnung hielt.

Mit dem Wort „Dantiste“ ist wiederum auf das gemeinsame Interesse für Dantes Lebenswerk verwiesen. Darauf deuten auch zahl-



Prinz Johann (später König von Sachsen)
SLUB Dresden, Deutsche Fotothek/Kramer

reiche Zitate ähnlicher Art in den weiteren Briefen hin, die eindeutig auf den großen italienischen Dichter Dante Alighieri verweisen. Prinz Johann verdankt offenbar Carl Gustav Carus die Idee der Übersetzung des „Inferno“ ins Deutsche. Den Beweis dafür liefert auch ein Brief des preußischen Kronprinzen Friedrich Wilhelm vom 6. April 1829, in dem er ausdrücklich den Leibarzt seines sächsischen Schwagers als „Verfasser des Höllen-Plans“ bezeichnete. Dass Carus weiterhin der Motor für die Arbeiten des Prinzen Johann am Werk Dantes war, beweist ein weiterer Brief an Friedrich Wilhelm vom 18. Sept. 1832, in dem der Prinz unter anderem folgendes schreibt: „Das Purgatorio (Fegefeuer) habe ich angefangen und ist bereits der erste Gesang beendet. Gestern hat mir unser Alter (gemeint ist Carus) ein derartiges Purgatorium in den Leib gejagt, daß ich noch heute ganz duslich davon bin ...“

Dieser Brief ist übrigens unterschrieben mit dem Beinamen „Il Sasso di Dante“, womit sich der Wettiner eindeutig mit seinem schönen Aufgabenbereich identifizierte.

Auch als ärztlicher Helfer schätzte Johann Carus sehr. Dieser behandelte – wie bereits erwähnt – die zu Besuch in Dresden weilende preußische Kronprinzessin Elise, die Schwägerin des Prinzen Johann. Dazu liefert ein Brief vom 30. Juli 1839 einen eindeutigen Beweis. Dort heißt es wörtlich:

„Versichern kann ich übrigens, daß Elise sich sehr geschont hat und in jedem Bezug vernünftig war; aber es scheint, daß sie sich vor Dingen in Acht zu nehmen hat, welche man für ganz unbedenklich hielt. Ein großes Glück war es, daß Carus in der Nähe war und sie nun fortwährend ärztlich beobachtet werden und wir alle genannt werden konnten, was ihr nachteilig seyn könnte, da das von Laien nicht immer gehörig beurtheilt werden kann. Du kannst versichert seyn, daß gewiß alle Vorsicht angewendet werden wird...“

In einer beigefügten Anmerkung am Ende dieses Briefes weist Johann nochmals darauf hin, dass es der Kronprinzessin besser geht und Carus mit ihrem Gesundheitszustand sehr zufrieden ist.

Auch für die Gemahlin des späteren Königs Johann war Carus wiederholt als Arzt tätig. Ähnliches gilt für den zweiten Sohn Ernst, der – wie Johann in seinem Tagebuch berichtet – im Alter von 16 Jahren in Schloss Weesenstein am 12. Mai 1847 an der „Blutfleckenkrankheit“ starb, die Carus diagnostiziert hatte. Noch heute ist im Park von Schloss Weesenstein bei Pirna ein Denkmal erhalten, das an diesen früh verstorbenen Sohn dieses bedeutenden Wettiners erinnert. Wir konnten diesen Gedenkstein anlässlich unseres Besuches 1983 zufällig entdecken, allerdings müsste diese Gedenktafel mit Inschrift dringend restauriert werden.

Die freundschaftliche Verbindung zwischen Carus und dem späteren König Johann von Sachsen äußerte sich auch in der Tatsache, dass beide an der Versammlung der „Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte“ 1826 in Dresden teilnahmen. Dazu besitzen wir folgenden Bericht, den uns Herr Dr. Herbert Müller (Berg) zur Verfügung stellte: „Von der Versammlung im Allgemeinen ist zuvörderst zu berichten, daß der am 19. September abgehaltenen Sitzung Seine Königliche Hoheit der Prinz Johann beiwohnte. Er wurde von dem ersten Geschäftsführer durch eine kurze geeignete Rede begrüßt.“

In den Jahren vor der Revolution ging Carus seiner beruflichen Tätigkeit nach. So behandelte er 1842 in seiner Eigenschaft als Leibarzt Prinzessin Amalie von Sachsen, die an einer Grippe erkrankt war und von ihm geheilt werden konnte. Dafür erhielt er von seinem Freund Johann ein Prachtwerk mit Widmung. 1844 wurde er von König Friedrich August II. gemeinsam mit seinen beiden am wettinischen Hof tätigen ärztlichen Kollegen

zum Medizinalrat ernannt. Im gleichen Jahr beendete er seinen Dante-Zyklus mit dem „Paradiso“.

Vom 22. Mai bis 9. August 1844 begleitete Carl Gustav Carus König Friedrich August II. von Sachsen auf dessen Reise durch England und Schottland und verfasste über diese Erlebnisse ein Buch, das 1846 unter dem Titel „England und Schottland“ in Berlin erschien. Kurz darauf wurde auch eine englische Übersetzung in Buchform veröffentlicht.

Die Revolutionsjahre 1848/49 verlebte Carus vorwiegend in Dresden. 1849 setzte er sich dafür ein, dass König Friedrich August II. den liberalen und radikalen Forderungen nach Übernahme der von der Frankfurter Nationalversammlung bereits beschlossenen Grundrechte entsprechen sollte. Dazu berichtet wiederum Prinz Johann in seinem Tagebuch:

„Den ganzen Vormittag war mein Bruder mit Deputationen bestürmt worden, die ihn zum Nachgeben bewegen wollten. Selbst wohl gesinnte und treue Leute, wie mein Freund Carus, stimmten in dieses Lied ein. Dieser warf sich der Königin zu Füßen und bat sie, meinen Bruder umzustimmen. Mein Bruder, tief erschüttert, warf sich vor Gott auf die Knie, und gestärkt durch das Gebet, gab er den bestimmten Fällen kund, auf seinem Vorsatz zu beharren“. Da die Hauptforderung nach Annahme bzw. Übernahme der Grundrechte erfolglos geblieben war, kam es zum Ausbruch der Dresdner Mai-Revolution vom 3. bis 10. Mai 1849. Die königliche Familie befand sich in der Festung Königstein in der Sächsischen Schweiz, wo sie Carus mehrfach besuchte. Dies war auch der Fall anlässlich des Geburtstages des Monarchen am 18. Mai 1849. Aus diesem Anlass schenkte Carus dem König eine Sepia-Zeichnung der „Rudelsburg“, die sich noch heute an der Saale befindet und damals ein Mittelpunkt der deutschen Studentenbewegung war. Entscheidend für die weitere Entwicklung wurde das Jahr 1854 deswegen, weil König Friedrich August II. von Sachsen am 9. August einem Unglücksfall in Imst-Brennbichl zum Opfer fiel und dessen Nachfolger auf dem sächsischen Königsthron der Carus-Freund Prinz Johann wurde. Über diesen Unfall in Nordtirol berichtet die Chronik des königlichen Leibarztes Carl Gustav Carus folgendes: „Der König reiste zur Erholung nach Tirol. Am 10. August traf die Nachricht ein, 'der König sei tot'. Bei Brennbichl war der Wagen umgeworfen und der König durch den Hufschlag des Pferdes getötet worden. Der Ober-



Reiterstandbild von König Johann von Sachsen vor der Semperoper in Dresden

stallmeister, General von Engel, der Kammerherr Graf Vitzthum und Carus erhielten Auftrag, die Leiche des Königs zu holen“.

Carus selbst verfasste einen Tatsachenbericht über diese für ihn so traurige Reise nach Tirol und die in Sachsen abgehaltenen Trauerfeiern. In Imst-Brennbichl erinnert noch heute die aus Anlass des ersten Todestages Friedrich Augusts II. am 9. August 1855 eingeweihte Königskapelle an diesen Unglücksfall. Auch die Unterlagen über das Ende des Königs und die damit zusammenhängenden gerichtlichen Protokolle befinden sich im Original im Archiv des Bezirksgerichtes Imst. Auch mit dem neuen König Johann von Sachsen ging die schon vor dessen Thronbesteigung bestehende persönliche Freundschaft weiter. Dasselbe galt für die gesamte königliche Familie. So besuchte bereits Ende Juli 1855 Königin-Witwe Marie von Sachsen den königlichen Leibarzt, um dessen Totenmasken- und Schädelammlung zu besichtigen. Kurze Zeit später, am 13. August 1855, konnte Carus König Johann, Königin Amalie und drei Töchter des Königspaars als Gäste in seinem Haus begrüßen. Sie unternahm einen Rundgang und besichtigten vor allem die bemerkenswerten Sammlungen und Kunstschätze.

1857 folgte Carus wiederum einer Einladung der Königin-Witwe Marie, um ihr und der Prinzessin Amalie aus den Gedenkblättern der mit ihm befreundeten Frau Ida von

Lüttichau – einer bedeutsamen Persönlichkeit des Dresdner Gesellschafts- und Kulturlebens – vorzulesen. Frau von Lüttichau war mit Carus bis zu ihrem Tod eng befreundet und zeitweise sogar seine Patientin. Dieser Abend „verlief gleich einer Gedächtnisfeier für die Verewigte“, wie es in der Carus-Chronik wörtlich heißt. Bis zu seinem Lebensende blieb diese Freundschaft von Carl Gustav Carus mit König Johann und dem sächsischen Hof der Wettiner weiter bestehen. Noch am 21. Oktober 1865 folgte Carus einer Einladung zu einer Soiree. Dabei stellte ihn König Johann der Königin der Niederlande und dem König von Portugal vor.

Diese freundschaftlichen Verbindungen wirkten sich auch dahin aus, dass der Sohn von Carl Gustav Carus Albert als Hofarzt in den Dienst des Königs Albert, des ältesten Sohnes von König Johann, trat. In dieser Eigenschaft begleitete Albert Carus auch den Prinzen Georg von Sachsen, den jüngeren Bruder von König Albert, aus Anlass seiner Brautreise nach Portugal, wo Georg seiner späteren Gemahlin Maria Anna, einer Prinzessin von Sachsen Coburg und Gotha vorgestellt wurde. Die Freundschaft zwischen König Johann und Carl Gustav Carus dauerte bis zu dessen Tod am 28. Juli 1869 an. Sie kann damit als wichtiger Beitrag zur Geistes- und Kulturgeschichte des 19. Jahrhunderts insgesamt betrachtet werden.

Die Verbindung zwischen meiner Frau, Prinzessin Elmira, und mir seit 1988 mit Hans Carus und dessen Familie, kann als Fortsetzung der freundschaftlichen Kontakte des Hauses Wettin während des 19. Jahrhunderts mit Carl Gustav Carus angesehen werden. Wir dürfen uns nur wünschen, dass sich auf der Basis dieser freundschaftlichen Kontakte weitere persönliche und vielleicht auch wissenschaftliche Erfolge ergeben mögen. In dieser Beziehung wurde durch das Carl Gustav Carus-Festsymposium am 14. und 15. April 1989, das durch das „König-Friedrich-August-Institut für Sächsische Geschichts- und Kulturforschung“ in Würzburg veranstaltet wurde, die Kontinuität auch nach außen besiegelt. Ferner konnte der Autor wiederholt durch Vorträge in Dresden und München, sowie durch Publikationen dieser Freundschaft gedenken.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:
Dr. phil. Albert Prinz von Sachsen
Grünwalder Str. 225 d, 81545 München