

Ärzteblatt Sachsen



Inhalt 11/2005

Berufspolitik	Festakt 15 Jahre Heilberufekammern	520
	Aus der Geschichte der schlesischen Ärztekammer	523
	Berufsbild Arzt – Eine Fragebogenstudie zu Aussichten und Erwartungen im Arztberuf in Sachsen	527
	Impressum	531
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Neufassung der „Richtlinien zur Gewinnung von Blut- und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie)“	532
	Neuerscheinung „Grüne Reihe“ – Arzthaftung/Ärztliche Schweigepflicht	532
	Stellenausschreibung Referatsleiter/-in Ärztliche Fortbildung	533
	Buch: „Erlebnisse Sächsischer Ärzte in der Zeit 1939 – 1949“	533
	Konzerte und Ausstellungen	533
	Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden	533
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	534
Originalie	Kieferchirurgische Therapie beim obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom	535
Leserbriefe	Dr. med. Maria Böhme	538
	Prof. Dr. med. Georg Freiherr von Salis-Soglio	539
	Dr. med. Ulf Winkler	539
Verschiedenes	Weihnachtsaufruf 2005	540
Personalia	Dr. med. Roland Endesfelder zum 70. Geburtstag	541
	Prof. Dr. med. habil. Falk Stösslein zum 65. Geburtstag	542
	Unsere Jubilare im Dezember	543
Medizingeschichte	Tonometer nach Dr. Wendt	544
Kunst und Kultur	Mediziner und Malerei X	545
	Ausstellung Konrad Maass	546
Beilagen	Fortbildung in Sachsen – Januar 2005	
	Externe vergleichende Qualitätssicherung im Freistaat Sachsen 2004 – Geburtshilfe/Neonatologie	

Sächsische Landesärztekammer und „Ärzteblatt Sachsen“:
<http://www.slaek.de>, E-Mail: dresden@slaek.de,
 Redaktion: presse@slaek.de,
 Gesundheitsinformationen Sachsen für Ärzte und Patienten:
www.gesundheitsinfo-sachsen.de

Festakt 15 Jahre Sächsische Heilberufekammern



16 Jahre nach dem Mauerfall und 15 Jahre nach der Deutschen Wiedervereinigung kamen am 8. Oktober 2005 in Dresden die vier Sächsischen Heilberufekammern erstmals zu einem gemeinsamen Festakt zusammen. Mehr als 300 Gäste aus der Bundes- und Landespolitik sowie anderer Kammern und Verbände nahmen an der Veranstaltung „15 Jahre Sächsische Heilberufekammern“ in Dresden teil. Als besonderer Gast konnte Dr. rer. nat. Hans Geisler, Sächsischer Staatsminister a.D., begrüßt werden. In der Festveranstaltung wurden die Entwicklungen der Ärztekammer, der Zahnärztekammer, der Apothekerkammer und der Tierärztekammer in Sachsen von Beginn an bis heute dargestellt. Umrahmt wurde die Veranstaltung von dem Kammermusikensemble „Baroccolo“ aus Dresden.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, ging in seinem Grußwort auf die Anfänge vor 15 Jahren und auch auf die kommenden Aufgaben der Heilberufekammern ein.

Bereits im Oktober 1989 gründeten Ärzte und Zahnärzte freie Verbände. Unterstützung holten sich die Initiatoren vor allem aus den Ländern Bayern und Baden-Württemberg, erinnert sich Prof. Dr. Schulze. Im Jahre 1989, mit dem politischen und wirtschaftlichen Zusammenbruch der vierzig Jahre existierenden DDR, wurde ein Vakuum bei den Berufsständen deutlich, welches zu beseitigen war. Vor allem die Heilberufe als Freie Berufe haben sehr frühzeitig nach Wegen für eine Selbstverwaltung gesucht. Prof. Dr. Schulze: Nach intensiven Verhandlungen mit dem Gesundheitsminister der letzten DDR-Regierung, Herrn Prof. Dr. Kleditzsch, in Berlin wurde auf dessen Emp-

fehlung der 12. Mai 1990 als Gründungstermin für eine vorläufige Sächsische Landesärztekammer, damals noch e.V., mit Sitz in Dresden bestimmt. Der Ärztekammer folgten die Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker.

Der weitere geschichtliche Verlauf in der Wendezeit war bei jeder einzelnen Kammer so vielschichtig wie das Leben. Prof. Dr. Schulze wies darauf hin, dass vieles von dem, was damals in kürzester Zeit auf den Weg gebracht wurde, heute undenkbar wäre. Unklare Macht- und Rechtsverhältnisse haben so manche Tür geöffnet, die jetzt verschlossen bliebe. Schon allein die enorme Bürokratie heutiger Zeit hätte so einiges scheitern lassen. Denn im Vergleich zur DDR ist der Bürokratie- und Verwaltungsaufwand von heute ein Krake, der alles umschlingt. Auch der Bau eines Kammergebäudes für die sächsischen Ärzte wäre unter heutigen Verhältnissen um vieles schwieriger.

Die ersten Präsidenten, Vizepräsidenten und Vorstände können ein Lied von überlangen Sitzungen singen, die nach einem regulären Arbeitstag in Praxis oder Klinik bis weit über Mitternacht hinaus andauerten. Viele Nächte und Wochenenden haben die Gründungsväter und -mütter in und mit der Kammer verbracht, um das zu erreichen, was die Kammermitglieder heute ganz selbstverständlich nutzen: Eine Selbstverwaltung der Freien Heilberufe zum Nutzen der Bürger.

Und auch die Begegnung mit den historisch gewachsenen Heilberufekammern der alten Bundesländer haben für unvergessliche Erlebnisse gesorgt. So wurde zum Beispiel der 96. Deutsche Ärztetag 1993 in Dresden, und damit erstmals in den neuen Bundesländern, ein großer Erfolg.



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

Mittlerweile erfüllt die Selbstverwaltung seit 15 Jahren in ihrer Verantwortung für die Gesellschaft und das Allgemeinwohl wichtige Gestaltungsaufgaben. Sie stellt selbstbewusst die Professionalität ihrer Mitglieder in den Vordergrund. Die Selbstverwaltung vergisst dabei nie, was erwartet wird: Optimale Beratung und Behandlung durch Fachleute, welche dabei die Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft verantwortungsbewusst und individuell abgestimmt anwenden.

Es ist kein Zufall, dass die Heilberufe als Freie Berufe ausgestaltet wurden. Das bedeutet in erster Linie fachliche Unabhängigkeit. Das bedeutet aber auch die Verantwortung, das



Dr. med. dent. Joachim Lüddecke, Präsident der Landes Zahnärztekammer Sachsen



Friedemann Schmidt, Präsident der Sächsischen Landesapothekerkammer

eigene Können und Wissen, die eigene Kreativität dem Patienten zunutze zu machen. Freiberufliche Tätigkeit und ihr Streben nach Freiheit und Unabhängigkeit sind deshalb kein Privileg, sondern eine Verpflichtung zu einer freiberuflichen Verantwortung, die hohe Wertschätzung in der Bevölkerung genießt. Der ehemalige sächsische Ministerpräsident a. D., Prof. Dr. Kurt Biedenkopf, sagte einmal: „lieber doppelt so viele Freie Berufe, dafür halb so viele Beamte.“ Eine freiheitliche Gesellschaft braucht Freie Berufe. Freiberuflichkeit bedeutet neben der individuellen Verantwortung für den Patienten hohe gesellschaftliche Verantwortung. Das Engagement der freiberuflichen Mitglieder der Heilberufe



Dr. med. vet. Hans Georg Möckel, Präsident der Sächsischen Tierärztekammer



Ehregäste des Festaktes

sollte also weit über das Maß praxisbezogener Tätigkeit hinausreichen.

Kammern sind dazu berufen, darüber zu wachen, dass die Verantwortung der jeweiligen Profession zum Tragen kommen kann. Die Heilberufekammern sind die berufenen Instanzen zur staatsentlastenden und umfassenden Wahrnehmung der jeweiligen beruflichen Belange. Sie bilden eine Klammer der Solidarität zwischen den hoch individuellen Berufsangehörigen. Die Heilberufekammern betrachten sich in Ausübung ihrer gesetzlichen Aufgaben den Angehörigen der Heilberufe sowie deren Patienten verpflichtet.

Die Aufgaben der Selbstverwaltung und insbesondere die Aufgaben der Ärzteschaft gegen den zunehmenden Trend der Merkantilisierung und Kommerzialisierung der Medizin lassen sich kurz so umreißen: Ärzte müssen auch in Zukunft definieren, was gute Medizin und das medizinisch Notwendige ist. Die Kompetenz für Qualität und Professionalität der medizinischen Versorgung obliegt der Ärzteschaft. Die freie Arztwahl und die Therapiefreiheit müssen wesentliche Bestandteile unseres Gesundheitssystems und die Chancengleichheit beim Zugang zur Heilbehandlung für jeden Menschen gesichert bleiben.

Selbstverwaltung muss sich weiterentwickeln, das Ohr am Fortgang der sich ändernden gesellschaftlichen Anforderungen haben und den sich wandelnden Rahmenbedingungen anpassen. Diesem Prozess stellen sich die Heilberufekammern seit nunmehr 15 Jahren und auch in Zukunft. Der Ausbau einer sachlichen Interessenvertretung gegenüber Staat und Gesellschaft, die sich durch Fachkom-

petenz und Dialogfähigkeit auszeichnet und gesundheits- und versorgungspolitische Konzepte entwickelt, muss im Zentrum der künftigen Aufgaben stehen.

In den kommenden Jahren wird damit die Arbeit der Heilberufekammern von den Auswirkungen der demografischen Entwicklung und der damit verbunden Umgestaltung der Sozialsysteme in Deutschland geprägt sein. Wettbewerb, Ökonomisierung sowie Bürokratisierung werden das Arzt-Patienten-Verhältnis verändern. Der Sächsischen Landesärztekammer werden erweiterte und zusätzliche Aufgaben bei der Verteidigung ärztlich-ethischer Positionen zukommen. Bereits heute sind die Zertifizierung der ärztlichen Fortbildung und die Aufgaben der Ethikkommission nach dem Arzneimittelgesetz neu zu strukturieren und gesetzeskonform zu gestalten. Als nächste große Aufgabe steht die Ausgabe des elektronischen Arztausweises bevor, der in Verbindung mit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte ab 2006/2007 zum Einsatz kommen soll.

Um einem drohenden Ärztemangel in Sachsen vorzubeugen, bedarf es einer Angleichung der ärztlichen Vergütungen in Deutschland und besserer Arbeitsbedingungen in den Kliniken und Praxen. Weitergehende Forderungen wurde in Sachsen in einem Positionspapier des Bündnis Gesundheit 2000 und in einem Thesenpapier der Sächsischen Landesärztekammer formuliert.

Dem Aufbau der Heilberufekammern folgte eine Phase der Konsolidierung. Jetzt haben wir es mit einer Europäisierung und Globalisierung in allen Facetten zu tun. Diese Ent-



Staatssekretär Dr. Albert Hauser, Sächsisches Staatsministerium für Soziales

wicklung wird eine Vielzahl an neuen Herausforderungen für die Selbstverwaltung mit sich bringen. Und dazu bedarf es der Unterstützung von allen Mitgliedern der Freien Berufe. Das Engagement im Ehrenamt neben der ärztlichen Tätigkeit ist dringender denn je, um die Neuausrichtung des Gesundheitssystems in Deutschland aktiv zum Wohle der Versicherten und des Arzt-Patienten-Verhältnisses mitgestalten zu können.

Der Dank und die Anerkennung galt zum Abschluss der Festveranstaltung den weitsich-



Prof. Dr. rer. nat. Walter Krämer, Universität Dortmund

tigen Gründern und Gestaltern der Heilberufekammern in Sachsen. Dem Dank schloss sich der Staatssekretär im Sächsischen Sozialministerium, Herr Dr. Albert Hauser, an.

Er betonte in seinem Grußwort die Notwendigkeit von Heilberufekammern, gerade in der Zukunft. Tendenzen, die Kammern abschaffen zu wollen, wies er zurück. Die Selbstverwaltung ist nach seiner Ansicht in dieser Qualität und mit der hohen Sachkenntnis nicht zu ersetzen.



Prof. Dr. jur. Dr. h.c. mult. Rolf Stober, Universität Hamburg

Die Fortschrittsfalle

Prof. Dr. rer. nat. Walter Krämer, Statistiker und Ökonom von der Universität Dortmund, bezeichnete in seinem Vortrag „Hippokrates und Sisyphos“ die moderne Medizin als das Opfer ihres eigenen Erfolges. Damit vertrat er seine These, wie schon vor zwei Jahren auch, wonach mehr Geld im Gesundheitswesen nur mehr Leistung provoziert und produziert. Das wiederum führe zu höheren Kosten. Die Leistungsbeschränkung in der Medizin ist für ihn nur eine logische Folge dieses Kreislaufs. Das Hauptproblem der modernen Medizin sei nicht die immer wieder aufgewärmte Korruption und Misswirtschaft, trotz aller Verschwendung und Irrationalität, die es da an allen Ecken und Enden nur zu offensichtlich gibt. Das Hauptproblem der modernen Medizin seien nicht ihre Mängel, sondern ihre Möglichkeiten. Die Politik steuere deshalb unausweichlich nicht nur auf eine Rationalisierung, sondern ganz dezidiert auf eine Rationierung von Gesundheitsgütern zu.

Dem Thema „Kammern als Wertegemeinschaft – Die heilberufliche Selbstverwaltung zwischen Tradition und Innovation“ widmete sich Prof. Dr. jur. Dr. h.c. mult. Rolf Stober, Geschäftsführender Direktor, Institut für Recht der Wirtschaft, Universität Hamburg, in seinem anschließenden Referat. Seinen Vortrag drucken wir im Heft 12/2005 des „Ärzteblatt Sachsen“ ab.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug
Knut Köhler M. A.



Barocolo, Kammermusikensemble Dresden

Aus der Geschichte der schlesischen Ärztekammer



Dipl.-Med. Annette Kaiser

Ärztekammern wurden in Deutschland in der Zeit des Kaiserreiches errichtet.

In den achtziger Jahren des 19. Jahrhunderts begann ihre Geschichte in den preußischen Provinzen. Als die Ärztekammer für Schlesien 1888 gegründet wurde, übernahm ein berufspolitisch engagierter Teil der Ärzteschaft die Arbeit, der bereits über Erfahrungen durch seine aktive Arbeit in Ärztevereinen verfügte. Private wissenschaftliche und ärztliche Vereine hatten sich im 19. Jahrhundert etabliert und ihre Mitglieder widmeten sich in der Folge auch den Belangen der Medizinalreformbewegung.

Wissenschaftliche und politische ärztliche Vereine im 19. Jahrhundert in Schlesien

Der Zusammenschluss von Ärzten zu eigenen Vereinen im 19. Jahrhundert war kennzeichnend für die Veränderung der Beziehungen der Ärzte zueinander, deren Berufsausübung zu dieser Zeit durch die Medizinalordnung staatlich reglementiert wurde. Daraus entstand zunehmend das Bedürfnis, das Ansehen des Standes zu heben, eigene Standesinteressen zu vertreten und einen berufständischen Verhaltenskodex zu entwickeln.

Zunächst entwickelten sich Vereine in größeren Städten und Universitätsorten. In Schlesien bestand seit 1803 die „Schlesische Gesellschaft für vaterländische Cultur“. Sie war ein Forum der Fortbildung und des wissenschaftlichen Austausches neuer Informationen für verschiedene Fachbereiche. Ab 1809 gab es

eine medizinische Sektion als spezielle Vereinigung für Ärzte. Die Aktivitäten der medizinischen Sektion der Gesellschaft beschränkten sich zunächst auf monatliche Sitzungen mit Vorträgen zu medizinischen Themen.

Vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Probleme in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts, die mit der industriellen Entwicklung einhergingen, vor allem der Massenarmut, die in Schlesien unter anderem 1844 zum Weberaufstand im Eulengebirge geführt hatte, entwickelten sich verschiedene Reformbewegungen und fanden auch Eingang in die Tätigkeit der medizinischen Sektion der „Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur“.

Die Verfassung der Gesellschaft schloss bis dahin Politik und Religion als Arbeitsthemen aus. August Kahlert (1807 bis 1864), Mitglied des Vorstandes der Gesellschaft, regte deshalb 1848 eine Erweiterung der Verfassung an.

In der Sitzung im Januar 1848 wurde der Vorschlag, allgemeine, abwechselnd in den größeren Provinzstädten zu wiederholende Versammlungen aller Standesgenossen durchzuführen, von der medizinischen Abteilung genehmigt. Eine Kommission zur Ausarbeitung einer Vorlage über die zu beratenden Gegenstände der Medizinalverhältnisse wurde im Juni 1848 gewählt. Für die Kommission wurden die Doktoren Louis Borchard, Johannes Jacob Heinrich Ebers, Heinrich Robert Göppert, Friedrich Günsburg, W. Krauß, Herrmann Krockner jun. und der Arzt Nagel bestimmt. Sie legten ihre Arbeit in Form der „Denkschrift über die Reform der medizinischen Gesetzgebung Preußens“ vor und veranlassen eine „Allgemeine Zusammenkunft schlesischer Aerzte und Wundärzte in Breslau“.

Damit betrachtete die Kommission ihren Auftrag als erfüllt und die Weiterverfolgung der Bestrebungen zur Medizinalreform ging auf eine in der allgemeinen Versammlung gewählte neue Kommission über.

Die Reformbestrebungen der Ärzte in Preußen wurden vom königlichen preußischen Ministerium abweisend behandelt.

Ärzte, die sich an führender Stelle für politische und soziale Reformen einsetzten, gingen ein hohes persönliches Risiko ein.

Siegismund Asch (1825 bis 1901), Mitglied und von 1896 bis 1897 Sekretär der medizinischen Sektion der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur, ab 1887 Mitglied der Ärztekammer für Schlesien, war 1846

Führer der Freigesinnten in Breslau und Vorkämpfer der freisinnigen Partei. 1848 wurde er als Kandidat der ersten preußischen Volksvertretung gewählt. Wegen „Aufregung zum Aufruhr“ wurde er 1848 als Mitglied des „Demokratischen Kreis Ausschusses für Schlesien“ nach einer Rede vor 12 000 Zuhörern auf dem Breslauer Exerzierplatz zu einer einjährigen Festungsstrafe verurteilt, die er auf der Festung Glatz verbüßte.

Auch Louis Borchard (1820 bis 1883), Mitglied des „Centralvereins Schlesischer Aerzte und Wundärzte“ für volksthümliche Reform des Medicinalwesens wurde wegen einer 1848 gehaltenen Rede zu einer mehrjährigen Gefängnisstrafe verurteilt. Nach Verbüßung der Haftstrafe wanderte er nach England aus.

Die wenigen Erfolge der Medizinalreformbewegung wurden in den folgenden Jahren nach dem Scheitern der Revolution von 1848 rückgängig gemacht oder durch neue Verordnungen ihrer Wirksamkeit beraubt. Das ärztliche Vereinsleben ging zurück, die Maßnahmen der preußischen Zensur im Pressewesen drängten auch die öffentliche Diskussion zur Medizinalreform zurück. Gründungen von Ärztevereinen in Schlesien sind für die Zeit nach dem Thron- und Regierungswechsel in Preußen Ende der 1850er Jahre vermerkt.

1879 schlossen sich die schlesischen Ärztevereine zum Verband der schlesischen Ärztevereine zusammen und gaben das „Correspondenz-Blatt des Verbandes der Schlesischen Aerzte-Vereine“ heraus. Das Blatt erschien von 1879 bis 1896 halbjährlich und enthielt die Berichte der Schlesischen Ärztevereine.

Gründung der Ärztekammer für Schlesien

Die sozialen Verhältnisse in Deutschland in der Zeit von der Reichsgründung 1871 bis zum Ausbruch des Ersten Weltkrieges waren von erheblichen Gegensätzen geprägt, die ihre Auswirkungen auch auf den Stand der Ärzteschaft hatten, vor allem aber stellten sie neue Anforderungen an den Beruf des Arztes. Fortschritte in Hygiene und Medizin auf der einen Seite, Armut und Wohnungselend sowie mangelnde medizinische Versorgung der davon Betroffenen gaben der Ärzteschaft ein großes Aufgabenfeld.

Auf Initiative Bismarcks entstand im Zeitraum von 1883 bis 1889 mit der Einführung der Gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Invaliditätsversicherung eine Mindestabsicherung existentieller Risiken in Form einer Zwangsversicherung.

Reichsweit organisierte ärztliche Interessenvertretungen entstanden auf privatrechtlicher Grundlage und als staatlich anerkannte Ständeververtretungen.

In Preußen bildeten die staatlich anerkannten Ständeververtretungen selbstständige Organe, die Ärztekammern, neben denen die freiwilligen Ärztevereine bestanden.

Mit der „Königlichen Verordnung für Preußen, betreffend die Einrichtung einer ärztlichen Ständevertretung vom 25. Mai 1887“, wurde in jeder Provinz eine Ärztekammer am Amtssitz des Oberpräsidenten errichtet. Der Geschäftskreis der Ärztekammern umfasste die Erörterung aller Fragen und Angelegenheiten, welche den ärztlichen Beruf oder das Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege betrafen, oder auf die Wahrnehmung und Vertretung der ärztlichen Ständevertretung gerichtet waren. Alle diejenigen Ärzte, welche innerhalb des Wahlbezirkes ihren Wohnsitz hatten, Angehörige des Deutschen Reiches waren und sich im Besitz der bürgerlichen Ehrenrechte befanden, waren wahlberechtigt und wählbar. Auf Beschluss des Vorstandes der Ärztekammer konnten bei Pflichtverletzung im Beruf Wahlrecht und Wählbarkeit dauernd oder auf Zeit entzogen werden.



Seite 1 der Königlichen Verordnung, betreffend die Einrichtung einer ärztlichen Ständevertretung. Vom 25. Mai 1887¹

¹Gesetz-Sammlung für die Königlichen Preussischen Staaten. Berlin: Gesetzsammlungsamt, 1887, Nr. 18

Eine Wahlperiode dauerte drei Jahre. Die Regelungen zur Durchführung der Wahl, zum Auslegen der Wählerlisten, zur Zusammensetzung der Kammer, zur Ausschreibung des Wahltermins, zur Stimmenaushählung, zur Annahme der Wahl bis hin zur Ersatzwahl, weiterhin zur Wahl des Vorstandes, dessen Aufgaben und zur Beschlussfähigkeit wurden im Einzelnen aufgeführt. Zu den Wahlen der Abgeordneten zur Ärztekammer sollen in den Sitzungen der schlesischen Ärztevereine lebhaft Diskussionen stattgefunden haben. Erörtert wurde, ob jeder Verein getrennt Abgeordnete entsendet, Vereine gemeinsam Abgeordnete wählen und wie mit denjenigen Kollegen umgegangen werden soll, welche keinem Verein angehören. Auch diese waren wahlberechtigt und wählbar. Die Mehrzahl der Ärztevereine schloss sich den Ansichten des Deutschen Ärztevereinsbundes an, dass in erster Linie die Ärztevereine dazu berufen seien, die Vorbereitungen zu den Wahlen für die Ärztekammern zu treffen.

Übereinkunft bestand auch darin, dass für die Kandidaten nur die Qualifikation in Betracht kommen soll, ein Unterschied zwischen Medicinalbeamten, Militär- und praktischen Ärzten solle nicht gemacht werden.

Die Wahlbeteiligung der Ärzte lag in Schlesien im Vergleich zu allen anderen preußischen Provinzen mit 78,5 Prozent am höchsten.

Unter dem Vorsitz des Oberpräsidenten Otto Theodor von Seydewitz trafen sich die Mitglieder der Kammer aus den einzelnen Wahlbezirken zur Wahl des Vorstandes. Erster Vorsitzender wurde der Geheime Medizinalrat Professor Dr. Richard Foerster aus Breslau. Weiterhin wurden in den Vorstand gewählt: Dr. Theodor Körner (Breslau), der Geheime Sanitätsrat Dr. Krause (Liegnitz), Dr. Wilhelm Wagner (Königshütte), Oberstabs-Arzt Dr. Ewald Anton (Schweidnitz) und der Geheime Sanitätsrat Dr. Szmula (Zabrze).

Entwicklung bis zum Ersten Weltkrieg

In der ersten Wahlperiode von 1888 bis 1890 hielt die Kammer sechs Plenarsitzungen ab, der Vorsitzende äußerte sich zu Beginn der zweiten Wahlperiode zufrieden über das bereitwillige Entgegenkommen der Behörden gegenüber der Kammer in der abgelaufenen Wahlperiode. Für die Sitzungen der Kammer wurde ein Saal im Oberpräsidialgebäude bewilligt. Verhandelt wurde sowohl zu berufsständischen als auch zu medizinischen Fragen. Neben Äußerungen zu Honorarforderungen und Attesten ärztlicher Kollegen wurde vom Vorstand

der Kammer über die Entziehung des Wahlrechtes eines Kollegen für die nächste Wahlperiode wegen unwürdigen „Reclame-Verfahrens“ entschieden. Beraten wurde über die Satzungen und die Geschäftsordnung der Kammer, die Höhe des Kammerbeitrages, dieser wurde mit 3 Mark pro Jahr festgelegt.

Vorsitzender der Ärztekammer der Provinz Schlesien während der ersten und zweiten Wahlperiode von 1888 bis 1893 war Richard Förster (1825 bis 1902).

Er wurde als Sohn eines Apothekers in Polnisch-Lissa geboren und besuchte dort von 1836 bis 1845 das Gymnasium. Er studierte Medizin in Breslau, Heidelberg und Berlin. Nach dem Staatsexamen diente er von 1850 bis 1851 beim Militär. Daran schloss sich eine Studienreise durch Europa an. Anschließend erhielt er eine Anstellung im Allerheiligen-Hospital in Breslau und widmete sich zunächst der pathologischen Anatomie und der Chirurgie. Aufgrund seiner Kenntnisse in Augenheilkunde, die er während seiner Studien in Wien, Prag und Paris erworben hatte, wurden bald alle Patienten mit Augenkrankheiten auf seine Station gelegt. Mit 32 Jahren habilitierte er sich zum Privatdozent für Ophthalmologie und errichtete Ende 1859 neben seiner Tätigkeit im Hospital eine Poliklinik für Augenranke in Breslau. Nach Differenzen mit dem damaligen Oberbürgermeister gab er seine Anstellung im Hospital auf und widmete sich ausschließlich der Augenheilkunde. 1863 wurde er zum Prof. extra ordin. ohne Gehalt ernannt, 1873 zum Ordinarius der Universität Breslau. Sprecher der Studentenschaft, welche die Ernennung Försters zum Extraordinarius begrüßte, war der spätere Vorsitzende der Ärztekammer für Schlesien, Theodor Körner.

Von 1865 bis 1875 war Förster Sekretär der hygienischen Sektion der „Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur“. Große wissenschaftliche und menschliche Verdienste erwarb sich Förster auf dem Gebiet der Augenheilkunde, in seinem Privatinstitut wurden viele Kranke unentgeltlich behandelt.

1878/79 war er Dekan der medizinischen Fakultät und 1884/85 Rektor der Universität Breslau. 1894 wurde er zum Vertreter der Universität Breslau auf Lebenszeit im preußischen Herrenhaus ernannt.

In der Folge der Auseinandersetzungen zwischen beamteten und nicht beamteten Ärzten, hauptsächlich um die Unterstellung von beamteten und Militärärzten unter die Disziplinar-gewalt der Kammervorstände nimmt Förster

seine Wiederwahl als Vorsitzender der Ärztekammer für Schlesien 1894 nicht an, sondern übernimmt die Funktion des Stellvertretenden Vorsitzenden.



Portrait Richard Förster²

Zweiter Vorsitzender der Ärztekammer der Provinz Schlesien war Theodor Körner. Er wurde am 18. März 1842 in Breslau geboren. Bei der Gründung der Ärztekammer 1888 wurde er zum stellvertretenden Vorsitzenden gewählt. Über 25 Jahre, von 1894 bis 1919 war er Vorsitzender der Ärztekammer Schlesiens. Nach dem Besuch des Gymnasiums studierte er von 1859 bis 1863 Medizin in Breslau und promovierte dort 1863. 1864 erhielt er seine Approbation als Arzt. Er war als Assistent am Physiologischen Institut der Universität Breslau und danach als Assistenzarzt an der Frauenklinik tätig. 1866 ließ er sich als praktischer Arzt nieder.

Im Jahr 1875 wurde er Mitglied der „Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur“ in Breslau.

1884 wurde der „Verein Breslauer Ärzte“ gegründet, 1888 trat Koerner die Nachfolge des verstorbenen Vorsitzenden an, bis dahin war er stellvertretender Vorsitzender des Vereins. In den Jahren von 1885 bis 1918 war er Stadtverordneter der Stadt Breslau. Er verstarb am 7. Januar 1925 in Breslau.

Herausgabe einer eigenen Zeitschrift

Auf der III. Sitzung der IV. Wahlperiode Ärztekammer der Provinz Schlesien am 13. Oktober 1897 konnte der Vorsitzende Koerner mitteilen, dass die erste Nummer der „Schlesischen Ärzte-Correspondenz“ erschienen ist.

Das Blatt erschien jeden 2. Sonntag und wurde allen Ärzten Schlesiens kostenlos zugesandt. Verlegt wurde die Zeitschrift bei Korn in Breslau, einem bedeutenden schlesischen Verlag, der neben dem Nachrichtenblatt der Provinz, der „Schlesischen Zeitung“, auch eine Reihe medizinischer Zeitschriften herausgab.

In der ersten Ausgabe der Zeitschrift stellte der Vorsitzende der Schlesischen Ärztekammer unter dem Titel: „Was wir wollen“ die Situation wenige Jahre nach Gründung der Ärztekammer dar.

Er schrieb: *„Die enorme Wichtigkeit dieser Institution (Anm.: gemeint ist die Ärztekammer) für unseren Stand wird leider auch heut zu Tage noch vielfach verkannt. Freilich wer gehofft hat, dass mit der Bildung der Ärztekammern ein goldenes Zeitalter für den Aerztestand anbrechen werde, ist sicher enttäuscht und diese Enttäuschung hat der ganzen Institution in den wenigen Jahren ihres Bestehens nicht nur zahlreiche Gegner geschaffen, sondern, was viel schlimmer ist, die Zahl der indifferent gegenüber Stehenden ist erheblich gewachsen.“*

Das Blatt veröffentlichte die Mitteilungen der Ärztekammer für Schlesien, Berichte von Delegierten zu Deutschen Ärztetagen, vielfältige Äußerungen zur Naturheilkunde und Kurpfuscherei, informierte regelmäßig über ärztlichen Hilfskassen, Auseinandersetzungen mit

Krankenkassen und Berufsgenossenschaften und zu Honorarfragen der Ärzte.

Aufgenommen wurden auch die Berichte der Versammlungen der schlesischen Ärztevereine. Das „Correspondenz-Blatt des Verbandes der schlesischen Ärzte-Vereine“, welches seit 1879 über die Versammlungen der schlesischen Ärztevereine berichtet hatte, stellte 1896 sein Erscheinen ein.

Die ärztlichen Ehrengerichte

Das Erlangen disziplinarischer Befugnisse gegenüber Ständemitgliedern stellte ein wesentliches Element des Professionalisierungsprozesses der Rolle des Arztes dar. Bereits die Vorschläge der Ärzte zur Medizinalreform in den Jahren 1848 und 1849 enthielten die Forderung nach einem staatlich anerkannten Ehrenrat, der das Recht haben sollte, Mitglieder, welche sich eines unehrenhaften Betragens schuldig machten, zu ermahnen und nötigenfalls ihren Ausschluss zu beantragen.

Mit den Regelungen des § 5 der Königlichen Verordnung für Preußen, betreffend die Einrichtung einer ärztlichen Ständevertretung vom 25. Mai 1887, war es den Vorständen der Ärztekammern möglich, Ärzten das Wahlrecht und die Wählbarkeit dauernd oder zeitweise zu entziehen, wenn sie die Pflichten ihres Berufes verletzt oder sich unwürdig verhielten. Von diesen Bestimmungen ausgenommen waren Ärzte, welche ein Staatsamt bekleideten oder den Militär-Ehrengerichten unterstellt waren. Allerdings wurde die Entziehung des Wahlrechtes und der Wählbarkeit als einziges Mittel zur Bekämpfung beruflichen Fehlverhaltens als wenig wirksam bis unwirksam betrachtet.

²Jahresbericht der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur. 80 (1903)

Der Erlass einer reichseinheitlichen Ärzteordnung, welche die Tätigkeit von Ehrengerichten beinhalten sollte, wurde 1889 von der Reichsregierung abgelehnt.

Für eventuelle Änderungen und Ergänzungen in den Regelungen zu den Standesvertretungen wurde die Ärzteschaft auf den Weg der Landesgesetzgebung verwiesen.

Mit einem Erlass des preußischen Ministers für Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten von 1892 an die Oberpräsidenten der Provinzen bat er um gutachterliche Äußerungen der einzelnen Ärztekammern zur Frage einer Erweiterung ihrer Disziplinarbefugnis. Alle zwölf preußischen Ärztekammern sprachen sich grundsätzlich dafür aus, knüpften aber bestimmte Bedingungen an ihre Zustimmung. Als problematisch wurde die Sonderstellung der beamteten und Militärärzte gesehen.

Die Ministerien lehnten jede Unterstellung der beamteten und Militärärzte unter die Disziplinargewalt der Kammern ab, ebenso jede Befugnis der Kammer, eine Untersuchung seitens der Behörden veranlassen zu können. Damit war eine Erweiterung der Disziplinarbefugnis der Ärztekammern auf dem Weg der Gesetzgebung vorerst gescheitert.

Im März 1896 ging den Ärztekammern in Preußen ein Gesetzentwurf des Kultusministers über die ärztlichen Ehrengerichte zu.

In der Sitzung der Schlesischen Ärztekammer am 8. April 1896 referierte der Vorsitzende Körner über diesen Entwurf, betreffend die ärztlichen Ehrengerichte, das Umlagerecht und die Kassen der Ärztekammern. Er begrüßte diesen als Entwurf, der die Wünsche der schlesischen Ärztekammer weitgehend erfüllt, da er die Kammern zur Höhe „[...] wirklicher, wirksamer Behörden erheben [...]“ würde.

Der Korreferent Rimann vertrat den Standpunkt, der Entwurf sei abzulehnen, da die beamteten und Militärärzte diesem Gesetz nicht unterworfen seien. Dem schlossen sich weitere Kammermitglieder an.

In der anschließenden Debatte griff Asch sen. die Ausführungen des Vorsitzenden heftig an. Zwar bestritt er persönliche Motive als Mitglied des Ehrengerichtes im Verein Breslauer Ärzte, er lehnte den Entwurf mit der Begründung ab, dem plötzlichen Entgegenkommen der Regierung zu misstrauen. Gleichzeitig aber stellte er die Ehrengerichte der ärztlichen Vereine als die legitime Vertretung dar, um Schäden im eigenen Kreis auszugleichen. Den Schwerpunkt der ärztlichen Gerichtsbarkeit in die Kammer zu verlegen wurde von den

Befürwortern des Entwurfs in der weiteren Diskussion als großer Fortschritt gewertet.

In der namentlichen Abstimmung wurde mit 15 gegen 10 Stimmen den Grundanschauungen des Gesetzentwurfs zugestimmt.

Die weiteren Verhandlungen zwischen Ärztekammern und Ministerium zum Gesetzentwurf zogen sich über einen längeren Zeitraum hin. Hauptgrund für die ablehnende Haltung eines Teils der Ärzteschaft gegenüber einer solchen Institution war nach wie vor die Sonderstellung der beamteten Ärzte.

Nach Ablehnung des zweiten Entwurfs des Gesetzes bzw. Forderung nach unannehmbaren Abänderungsanträgen seitens der Ärztekammern erwog der Minister, den Wunsch nach gesetzlicher Regelung der Angelegenheit vorerst unerfüllt zu lassen.

Er riet zu erneuter Beratung des Gesetzes durch die Ärztekammern und signalisierte Entgegenkommen bei der Zusammensetzung des Ehrengerichtshofes.

Der Ausschuss der preußischen Ärztekammern erarbeitete dazu einen Standpunkt, der den Ärztekammern zuzuging.

Körner schätzte in der darauf folgenden Sitzung der Ärztekammer für Schlesien das Entgegenkommen des Ministers als ehrlich ein. Dreiviertel der Forderungen der Ärzte würden erfüllt, wo dies in einzelnen Punkten nicht möglich war, wurde eine nachvollziehbare Begründung abgegeben.

Im Referat wurde das Bestreben Körners deutlich, Einsicht der Kollegen zu nicht erfüllbaren Forderungen der Ärzteschaft zu erreichen, um dem in seiner Auffassung akzeptablen Kompromiss zum Gesetzentwurf die Zustimmung der Schlesischen Ärztekammer zu verschaffen. Es kam zu einer längeren Debatte, in der viele der bisherigen Argumente gegen den Gesetzentwurf, auch mit den jetzt vorgeschlagenen Kompromissen, erneut vorgebracht wurden.

Zum Schluss wurde mit 18 gegen 7 Stimmen dem Standpunkt des Ausschusses der preußischen Ärztekammern zugestimmt und der vorliegende Entwurf mit den vom Minister zugestandenen Änderungen angenommen.

Auch die Ärztekammern der anderen preußischen Provinzen berieten im Sommer und Herbst 1898 über den Entwurf, zehn von zwölf Kammern schlossen sich der Ansicht des Ärztekammer-Ausschusses an.

Dieser Gesetzentwurf wurde im Januar 1899 dem Hause der Abgeordneten vorgelegt und erfuhr in drei Beratungen noch einige Änderungen, bevor er dem preußischen Herrenhaus

am 10. Juni 1899 übersandt wurde. Der Entwurf wurde in der vorliegenden Fassung angenommen, am 25. November 1899 vom König unterzeichnet und trat am 1. April 1900 in Kraft. Mit dem „Gesetz betr. die ärztlichen Ehrengerichte, das Umlagerecht und die Kassen der Ärztekammern“ wurde die Stellung der Ärztekammern gestärkt.

Zur ersten Sitzung der 5. Wahlperiode der Ärztekammer der Provinz Schlesien am 10. Januar 1900 wurden drei Mitglieder für das Ehrengericht und vier Stellvertreter gewählt.

Der Vorsitzende der Ärztekammer war gemäß Verordnung gleichzeitig Mitglied des Ehrengerichtes, gewählt wurden die Herren Ärzte Toeplitz (Breslau), Boeters (Görlitz) und Wilhelm Wagner (Königshütte).

Auf den folgenden Sitzungen der Ärztekammer für Schlesien wurde regelmäßig zur Tätigkeit des Ehrengerichtsrates berichtet.

Verschiebung der Kammerwahlen während des Ersten Weltkrieges

Während des Krieges wurden mehrere tausend Ärzte zum Kriegs-Sanitätsdienst eingezogen. Diese Ärzte waren nicht wählbar und nicht wahlberechtigt.

Mit der Verordnung vom 24. September 1914, betreffend die nächsten Wahlen zu den Ärztekammern, wurde deshalb die Amtsdauer der preußischen Ärztekammern in der 9. Wahlperiode von 1914 auf 1915 und dann weiter jeweils um ein Jahr bis 1919 verlängert.

Die Wahlen für die 10. Wahlperiode fanden erst im November 1918 statt.

Die Veränderungen in Schlesien nach dem Ersten Weltkrieg zogen auch eine Reihe von Veränderungen der Struktur und Zusammensetzung der Ärztekammer für Schlesien nach sich.

In der Zeit des Nationalsozialismus wurde die Autonomie der Ärztekammern aufgehoben, 1936 die Reichsärztekammer unter der Leitung eines vom Staat ernannten Reichsärztführers errichtet.

Mit dem Ende des zweiten Weltkrieges war die Existenz einer Standesorganisation auf Reichsebene beendet.

Territoriale und politische Veränderungen infolge des Zweiten Weltkrieges beendeten die Geschichte der schlesischen Ärztekammer.

Dipl.-Med. Annette Kaiser
Weinbergsweg 4a
01326 Dresden

Berufsbild Arzt – Eine Fragebogenstudie zu Aussichten und Erwartungen im Arztberuf in Sachsen

Gemeinschaftsprojekt der Kreisärztekammer Dresden und der Fachschaft Medizin der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden: Berufsbild Arzt – Eine Fragebogenstudie zu Aussichten und Erwartungen im Arztberuf in Sachsen unter Studenten der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden

Verfasser:

Dr. med. Michael Nitschke,
Vorstandsmitglied Kreisärztekammer Dresden,
Alexander Braune-Kunz,
Fachschaft Medizin der TU Dresden,
Dr. rer. medic. Franziska Einsle, Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie,
Uta Katharina Schmidt,
Vorstandsmitglied Kreisärztekammer Dresden,
Dr. med. Norbert Grosche,
Vorsitzender der Kreisärztekammer Dresden,
Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze,
Präsident Sächsische Landesärztekammer.

Abstract:

Bisher existieren keine validen Angaben zu Zukunftsplänen der Medizinstudenten in Sachsen. Die vorliegende Studie dokumentiert die Befragung aller Medizinstudenten der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden im Wintersemester 2003/2004. Insgesamt wurden in sechs Studienjahren 1365 Studenten befragt. Die Rücklaufquote betrug 43,5 Prozent. Zusätzlich erfolgte eine Nachbefragung des 5. Studienjahres im Sommersemester 2005 mit insgesamt 130 Teilnehmern. Der überwiegende Anteil (89,3 Prozent) der antwortenden Studenten möchte sich für eine kurative Tätigkeit nach dem Studium entschließen. 10 Prozent haben noch keine Entscheidung getroffen. Hinsichtlich des Ortes der späteren Berufsausübung ist bei der initialen Befragung häufig ein zumeist herkunftsbezogener Tätigkeitswunsch in Nähe der Heimatregion dokumentierbar. 15 Prozent der Absolventen möchten zunächst im Ausland tätig werden. In der Folgebefragung ist eine deutlichere Unentschlossenheit hinsichtlich des späteren Arbeitsortes zu dokumentieren. Zugleich besteht ein Trend zur Aufgabe des Heimatwunsches, wenn der Student aus Sachsen bzw. den Neuen Bundesländern stammt. Die Analyse der erwarteten Arbeitszeit sowie der möglichen Dienstbelastung zeigt über das Studium eine stetige Abnahme der gewünschten Arbeitszeit. 36,5 % bevorzugen im 6. Studienjahr

einen geregelten 8-Stunden-Tag. Bis zu drei zusätzliche Dienste (Nacht- und Wochenendbereitschaften) sind für 57,7 Prozent der Studenten, drei bis sechs Dienste für 35 Prozent der Studenten gerechtfertigt. Das dabei erwartete Netto-Durchschnittseinkommen liegt für den angestellten Bereich bei 3.050 Euro. Diese Ergebnisse können in der Folgebetrachtung bestätigt werden. Hinsichtlich des Einkommens werden dabei als dezidiertes Einstiegsgehalt 2.050 Euro Netto angegeben. Das primär positive Erwartungsbild der Studenten sollte nicht darüber hinweg täuschen, dass die erhaltenen Antworten die Wünsche der Studenten vor dem Eintritt in das Berufsleben dokumentieren. Umfragen außerhalb Sachsen besagen, dass der Ausstieg aus der kurativen Tätigkeit zumeist erst in der späten Phase bzw. nach Abschluss der Facharztausbildung erfolgt. Eigene Daten liegen hierzu jedoch nicht vor. Die Studenten wünschen mehrheitlich eine kurative Tätigkeit, legen sich jedoch hinsichtlich der örtlichen Wahl weniger fest. Für unentschlossene Studenten sind die gebotenen Arbeitsbedingungen, Gehaltsvorstellungen und erwarteter Lebensstandard mögliche Grundlagen zur späteren örtlichen Entscheidung. Deshalb ist unter anderem zu fordern, dass durch Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen der Arztberuf in Sachsen für Berufseinsteiger attraktiver und damit bundesweit konkurrenzfähiger gemacht wird.

Hintergrund:

Die allgemeine Wahrnehmung der ärztlichen Arbeitsmöglichkeiten unterlag in den letzten Jahren einem ständigen Wechsel. Vor noch zehn Jahren war der Begriff „Ärztenschwemme“ den damaligen Medizinstudenten gut bekannt. Jedoch folgte bald darauf eine zunehmende Diskussion über einen drohenden, und in einigen Teilen Deutschlands bereits wahrgenommenen „Ärztenschwund“. Unlängst wurde in einer gemeinsamen Pressemitteilung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mitgeteilt, dass bis zum Jahr 2010 40.340 der derzeit noch ambulant und in Krankenhäusern tätigen Mediziner in den Ruhestand gehen werden. Gleichzeitig wird eine Zunahme des Durchschnittsalters der noch tätigen Mediziner auf aktuell 50,8 Jahre ausgeführt. Schlechte Bedingungen in Klinik und Praxis, hohe Arbeitsverdichtung, ausufernde Bürokratie und schlechte Bezahlung werden vom Präsidenten der Bundesärztekammer als Ursachen zur Abwanderung

jüngerer Ärzte in nicht-kurative Berufsfelder aufgeführt.

Die flächendeckende und wohnortnahe Versorgung ist bereits in Frage gestellt. Im Freistaat Sachsen muss aktuell ein manifester Mangel, insbesondere im niedergelassenen Bereich der hausärztlichen und allgemeinmedizinischen Versorgung – und hierbei vor allem im ländlichen Bereich – dokumentiert werden. Umfangreiche Aufklärung durch die Sächsische Landesärztekammer (unter anderem im Bündnis 2000), finanzielle Anreize durch die Krankenkassen und Kommunen, sowie die Unterstützung durch die Sächsische Landesregierung waren erste Hilfsmaßnahmen. Ausländische Kollegen füllen offene Stellen in vornehmlich peripheren Krankenhäusern. Offen bleibt, inwieweit diese Maßnahmen eine nachhaltige Änderung der jetzigen Situation bewirken können. Fraglich ist die Position des ärztlichen Nachwuchses. Wie viele Studenten sind bereit, sich nach Abschluss ihres Studiums der ärztlichen kurativen Tätigkeit zu stellen? Werden Absolventen im Einzugsbereich des ausbildenden Bundeslandes bleiben?

Von der Bundesärztekammer wurde bereits eine Divergenz der Absolventenzahlen zu den Zahlen der erstmals berufstätigen Kollegen berichtet. Darüber hinaus wird deutschlandweit die Zahl der erfolgreichen Absolventen des Studiums der Humanmedizin im Zeitraum von 1993 bis 2002 bei weitgehend gleich bleibender Studienplatzzahl als rückläufig angesehen.

Neben der regen berufspolitischen Diskussion zur Thematik des ärztlichen Nachwuchses existieren relativ wenige verlässliche aktuelle Daten, welche direkt bei Medizinstudenten erhoben wurden. Im Hessischen Ärzteblatt erschien 2004 eine Publikation zur Befragung von Studenten nach Abschluss der Ärztlichen Prüfung. Erfreulicher Weise wollte die Mehrheit der befragten Studenten eine kurative Tätigkeit nach dem Studium aufnehmen.

Zeitgleich und unabhängig zur Erhebung durch die Landesärztekammer Hessen wurde die Problematik in der Kreisärztekammer Dresden diskutiert. Die seit mehreren Jahren bestehenden engen Kontakte zur Fachschaft Medizin der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden waren die Grundlage zur Konzeption und Durchführung einer Umfrage, die im Wintersemester 2003/2004 unter allen Studierenden der Medizin an der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universi-

tät Dresden durchgeführt wurde. Auf der Basis dieser Daten erfolgte im Mai 2005 eine nochmalige Nachbefragung des 5. Studienjahres mittels eines gekürzten Fragebogens.

Methodik:

Fragebogendesign

Der entwickelte Fragebogen spiegelt im Wesentlichen folgende Punkte:

- demografische Charakterisierung der Studierenden,
- Gründe zum Medizinstudium und aktuelle Motivation,
- Gründe für Studienortwechsel nach/von Dresden,
- aktuelle Leistungsanforderungen und Motivation im Studium,
- Tätigkeit nach dem Studium – klassischer oder alternativer Berufsweg,
- Gründe für Tätigkeit außerhalb des ausbildenden Bundeslandes,
- Ausblick zu Zukunftschancen für Ärzte in Sachsen und Deutschland,
- Vorstellungen zur Arbeitszeit im künftigen Beruf,
- Vorstellungen zur Vergütung im angestellten, vertragsärztlichen sowie alternativen Berufsfeld.

Wichtig erschien dem Vorstand der Kreisärztekammer, dass die Studenten selbst die für sie relevanten Fragestellungen erarbeiteten. Der so erhaltene Katalog wurde im Vorstand diskutiert, revidiert sowie einer methodischen Kontrolle unterzogen. Die abschließende Fassung enthielt 50 Fragen mit Einfach- und Mehrfachauswahl sowie einzelne offene Items.

Die Erhebung zur Gesamtstudentenzahl innerhalb der Studienjahre wurde durch das Immatrikulationsamt der TU Dresden unterstützt. Die im Rahmen des Reformstudienganges „Dresdner Integratives Problem Orientiertes Lernen- DIPOL“ stattfindenden Tutorien dienen zur Ausgabe der Fragebögen. Der Rücklauf erfolgte über Tutoren und Kursdirektoren an die Fachschaft. Die Studenten im Praktischen Jahr (PJ) wurden schriftlich kontaktiert. Eine Wiederholung der Befragung mit 14 ausgewählten, zum Teil modifizierten Kernfragen, wurde zum Abschluss des Sommersemesters 2005 unter den Studenten des 5. Studienjahres vor Beginn des Praktischen Jahres (PJ) durchgeführt. Diese Population war in der Fakultät einfach erreichbar und tritt im Rahmen des folgenden PJ erstmals in den ärztlichen Arbeitsprozess ein.

Dokumentation und Statistik:

Die Daten wurden tabellarisch erfasst und unter Benutzung von SPSS 11.0 (SPSS Inc.®) statistisch ausgewertet. Zur Validitätskontrolle der Stichprobe erfolgte eine Überprüfung anhand der Altersangabe sowie des Geschlechts. Die Kontrolle der Normalverteilung der Daten erfolgte mit dem Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest.

Die Analyse der ordinalen Daten wurde mittels Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben 2-seitig, die Analyse der intervallskalierten Items mit, einfaktorierter Varianzanalyse bzw. dem Kruskal-Wallis-H-Test (beim Fehlen der Normalverteilung) durchgeführt. Der Vergleich von Häufigkeiten erfolgte mit dem Chi-Quadrat-Test nach Pearson. Als statistisches Signifikanzniveau wurde ein von .05 für alle Tests angenommen

Fragestellungen:

Die erhaltene Datenmenge erlaubt die Beantwortung einer Vielzahl von Fragestellungen. Folgende drei Hauptfragestellungen verdienen besondere Beachtung:

1. Wollen Studenten der Medizinischen Fakultät der TU Dresden nach ihrem Studienabschluss kurativ tätig werden?
2. Bleiben diese Studenten auch als Absolventen und Ärzte dem sächsischen Gesundheitswesen erhalten?
3. Welche Anforderungen haben Studenten an ihren zukünftigen Arbeitsplatz?

In der nachfolgenden Ergebnisaufstellung werden zunächst die Ergebnisse der Befragung des Wintersemesters 2003/2004 berichtet. Aufgrund der zum Teil geänderten und wesentlich gekürzten Fragestellung im Sommersemester 2005 erfolgt eine gesonderte Darstellung dieser Ergebnisse.

Ergebnisse:

Im Rahmen der initialen Befragung im Wintersemester 2003/2004 konnten insgesamt 1365 Studenten aus allen Studienjahren erreicht werden. Im Rücklauf befanden sich 594 Fragebögen (43,5 Prozent), die alle ausgewertet werden konnten. Das Durchschnittsalter betrug 22,9 Jahre (SD: 3,1; Range: 17 bis 44 Jahre), die Geschlechtsverteilung 385 Frauen (64,8 Prozent), 208 Männer (35,0 Prozent), eine fehlende Angabe. Anhand der vom Immatrikulationsamt zur Verfügung gestellten Gesamtstudentenzahl sowie des Alters und der Geschlechtsverteilung innerhalb der Fachsemester lässt sich kein relevanter Unterschied zur

vorliegenden Stichprobe finden, die somit als repräsentativ angesehen werden kann.

In der Folgebefragung im Sommersemester 2005 konnten von 212 eingeschriebenen Studenten des 5. Studienjahres im Rahmen einer Vorlesung der letzten Vorlesungsreihe 130 Studenten erreicht werden, die alle an der Befragung teilnahmen. Gemessen an der Gesamtpopulation entspricht dies einer Teilnahmequote von 61,3 Prozent. Die Daten für Geschlecht, Familienstand und Herkunft decken sich mit denen der Erhebung von 2003. Zusätzlich wurde das Geschlechterverhältnis der Stichprobe mit dem der eingeschriebenen Studenten verglichen. Im Ergebnis konnte die Repräsentativität der Stichprobe nachgewiesen werden.

Wunsch nach kurativer Tätigkeit:

Insgesamt beantworteten 590 Studenten (99,3 Prozent) die Frage bezüglich eigener Vorstellung zur Tätigkeit nach dem Studium an (Abbildung 1). Dabei entschieden sich 88,7 Prozent aller Studenten für eine kurative Tätigkeit. Nur 0,7 Prozent der Studenten gaben an, ein primär nicht klassisch ärztliches Berufsfeld zu bevorzugen. 9,9 Prozent hatten noch keine Entscheidung getroffen. In der Analyse dieser Entscheidung hinsichtlich der Studienjahre lassen sich keine signifikanten Unterschiede finden. Der Wunsch nach kurativer Tätigkeit unterscheidet sich somit in den einzelnen Studienjahren nicht (von 83,6 Prozent im 5. Studienjahr bis 92,1 Prozent der Studenten im 3. Studienjahr). Analysiert man diese Angaben nach der Herkunft der Studenten (Neue Bundesländer, Alte Bundesländer, Ausland) lassen sich hierbei keine signifikanten Unterschiede finden.

In der Folgebefragung im Sommersemester 2005 konnte unter den Studenten des 5. Studienjahres ein fast gleiches Bild dokumentiert werden. Die überwiegende Anzahl wünscht eine spätere kurative Tätigkeit (90,8 Prozent). Nur ein Student hat sich für eine andere Tätigkeit entschieden (0,8 Prozent). 8,8 Prozent der erfassten Studenten sind sich hinsichtlich ihrer späteren Tätigkeit noch unsicher.

Ort der späteren Berufsausübung:

Gefragt wurde auch nach dem Ort der späteren Berufsausübung (Sachsen, sonstige Neue Bundesländer, Alte Bundesländer bzw. Berlin oder Ausland). 563 Studenten (94,8 Prozent) machten hierzu Angaben. 70,6 Prozent der Studenten mit sächsischer Herkunft möchten dem-

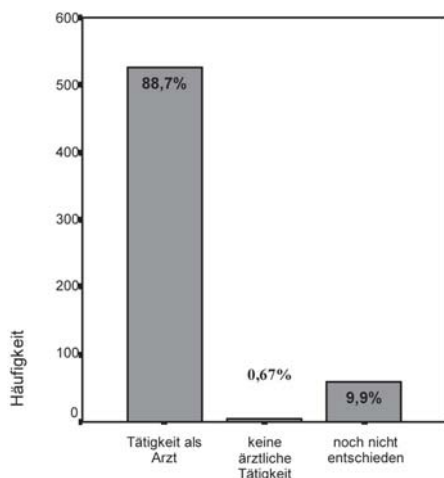


Abbildung 1: Darstellung der Häufigkeit der Angaben zur gewünschten späteren Tätigkeit von allen Studenten der Medizinischen Fakultät im Wintersemester 2003/2004.

nach eine Tätigkeit in Sachsen aufnehmen. 47,8 Prozent der Studenten aus den anderen Neuen Bundesländern wünschen eine Tätigkeit in diesem Einzugsbereich. 58 Prozent der Studenten aus den Alten Bundesländern und Berlin möchten dorthin zurückkehren. Ausländische Studierende wollen zum Teil in ihre Heimat zurückkehren (33,3 Prozent) oder in Sachsen bleiben (26,7 Prozent). Unabhängig von der Herkunft wünschen ca. 15 Prozent der Studenten eine Tätigkeit im Ausland.

Unentschlossene Studenten wurden durch Angabe einer Mehrfachauswahl identifiziert. 3,7 Prozent der sächsischen Studenten, 3,0 Prozent der Studenten aus den anderen Neuen Bundesländern sowie 10,7 Prozent der Studenten aus den Alten Bundesländern haben sich hinsichtlich der örtlichen Wahl der späteren Tätigkeit noch nicht entschieden.

Insgesamt resultiert eine erwartete Abwanderung von 145 Studenten sächsischer Herkunft, dem ein Zugang von 25 Studenten aus anderen Teilen Deutschlands und dem Ausland gegenüber steht. (Abbildung 2).

In einer weiteren, in diesem Zusammenhang gestellten Frage dominierte unter den Gründen nicht in Sachsen zu bleiben neben der Horizonsweiterung (92 Nennungen), der Heimatnähe – für Nicht-Sachsen – (93 Nennungen) vor allem der geringere Verdienst (80 Nennungen).

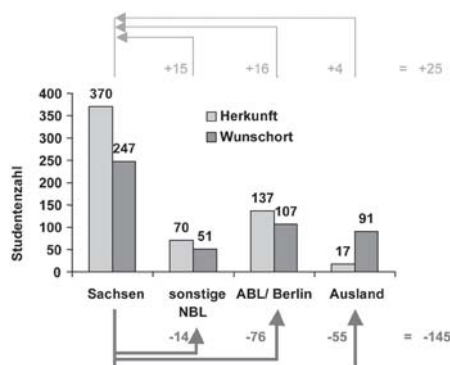


Abbildung 2: Darstellung der Diskrepanz zwischen Herkunft der Studenten und dem gewünschtem Arbeitsort als Absolvent; geordnet nach Herkunft aus Sachsen, den sonstigen Neuen Bundesländern (NBL), den Alten Bundesländern (ABL) und Berlin sowie aus dem Ausland. Gleichzeitig wird die zu erwartende Wanderungsbewegung dargestellt. Situation im Wintersemester 2003/2004.

Für das Sommersemester 2005 ergibt sich ein verändertes Bild. Die Studenten hatten hierbei durch eine modifizierte Frage die Möglichkeit, ihre eventuelle Unentschlossenheit direkt anzugeben. Sächsische Studenten wünschen nur in 39,7 Prozent die heimatnahe Arbeitsaufnahme. Währenddessen erhöhte sich (auch fragebedingt) die Anzahl aller unentschlossenen Studenten auf nunmehr 52,3 Prozent. Die Anzahl der „Unentschlossenen Sachsen“ bezogen auf alle Studenten sächsischer Herkunft liegt bei 48,9 Prozent. Obwohl ein direkter Vergleich aufgrund der modifizierten Fragestellung schwierig ist, lässt sich ein deutlicher Trend dennoch ableiten.

Was ist Studenten bei der Wahl des späteren Arbeitsortes wichtig? Zehn verschiedene Aspekte standen hierbei zur Auswahl. Studenten, die sich örtlich bereits festgelegt haben, benennen häufiger Tätigkeit in der Heimat und die Nähe zu Familie und Freunden, währenddessen örtlich noch unentschlossene Studenten häufiger bessere Arbeitsbedingungen, kürzere Arbeitszeiten, höheres Gehalt und höheren Lebensstandard als Grundlage ihrer Entscheidung benennen. Hierbei bestehen möglicherweise direkt Chancen der Einflussnahme, um spätere Absolventen zum Bleiben in Sachsen zu bewegen.

Anforderungen an den zukünftigen Arbeitsplatz

Die Studenten waren aufgefordert, ihre Vorstellungen zur Arbeitszeit (regelmäßiger 8-Stunden-

Arbeitszeiten	5. Stj. '03	5. Stj. '05
bis 8 Stunden/Tag	29,4 %	22,5 %
8 – 10 Stunden/Tag	61,8 %	66,2 %
> 10 Stunden/Tag	8,8 %	10,9 %
zusätzliche Dienste		
bis 3 Dienste/Monat	67,6 %	53,1 %
3 – 6 Dienste/Monat	30,9 %	43,1 %
> 6 Dienste/Monat	1,5 %	2,3 %

Tabelle 1: Vergleich der Angaben der 5. Studienjahre zu 2 Erhebungszeitpunkten (Wintersemester 2003/2004 und Sommersemester 2005) hinsichtlich erwarteter Arbeitszeit und zusätzlicher Dienstbelastung.

Tag, 8 bis 10 Stunden, 10 bis 12 Stunden) und die Anzahl zusätzlich vorstellbarer Dienste pro Monat (bis 3, 3 bis 6, mehr als 6) anzugeben. Hinsichtlich des Gehaltes wurde eine freie Summe getrennt für den niedergelassenen und den angestellten Bereich sowie für eine vergleichbare Beschäftigung in der freien Wirtschaft erfragt. Es wurde dabei auf den Netto-Verdienst orientiert, da von Studenten umfassende Kenntnisse zu Lohnsteuer und Versicherungskosten nicht erwartet werden können.

Während im ersten Studienjahr noch über 90 Prozent der Studenten mehr als acht Stunden pro Tag tätig sein wollen, reduziert sich diese Quote im 6. Studienjahr auf 63,5 Prozent. Demgegenüber bevorzugten initial 9,3 Prozent, im letzten Studienjahr bereits 36,5 Prozent der Studenten einen geregelten 8-Stunden-Tag. Bis zu drei zusätzliche Dienste im Monat sind für 57,7 Prozent der Studenten im 1. Studienjahr und 64,2 Prozent im 6. Studienjahr akzeptabel. Drei bis sechs Dienste halten rund 35 Prozent der Studenten, unabhängig vom Studienverlauf, für gerechtfertigt. Zu mehr als 6 Diensten sind im 1. Studienjahr noch 4,7 Prozent der Studenten bereit. Gleichzeitig wurde im 6. Studienjahr diese Option von keinem Studenten mehr gewählt. Relevante Unterschiede hinsichtlich Ost-West lassen sich hierbei nicht eruieren.

Vergleicht man die beiden 5. Studienjahre zu den beiden Erhebungszeitpunkten, lässt sich kein relevanter Unterschied hinsichtlich gewünschter Arbeitszeit und Dienstbelastung dokumentieren (Tabelle 1).

Die Netto-Gehaltsvorstellungen unterscheiden sich hinsichtlich der Herkunft der Studenten (Ost-West) nicht. Im angestellten Tätigkeitsbereich wird ein durchschnittliches Netto-

Einkommen von 3.050,14 Euro (SD: 1091 Euro) erwartet, im niedergelassenen Bereich 3.773,18 Euro (SD: 1673 Euro). Eine Tätigkeit in der Industrie sollte durchschnittlich 3343,69 Euro (SD: 1543) erbringen. Analysiert man die Studienjahre, so erwarten Studenten im angestellten Bereich im 6. Studienjahr durchschnittlich 2.781 Euro, im 1. Studienjahr 3.361 Euro ($p < 0,008$, Kruskal Wallis Test). Dieser Unterschied lässt sich für den niedergelassenen Bereich und die Industrie nicht übertragen. Hier werden weitgehend gleiche durchschnittliche Beträge genannt.

Die Daten der Folgebefragung sind hiermit nicht direkt vergleichbar, da aufgrund der modifizierten Fragestellung jetzt explizit das Netto-Einstiegsgehalt erfragt wurde. Dieses liegt mit durchschnittlich 2050 Euro (SD: 576 Euro) unter den Angaben von 2003, die sich damals jedoch nicht ausdrücklich auf das Gehalt eines Berufseinsteigers bezogen.

Diskussion:

Vor dem eingangs beschriebenen Hintergrund liefert die vorliegende Studie unserer Kenntnis nach erstmals umfassende Daten zum Erwartungshorizont an den zukünftigen Beruf von Medizinstudenten aller Studienjahre einer Medizinischen Fakultät.

Offen bleiben die Gründe für den Studienabbruch. Es ist aufgrund der aktuellen rechtlichen Datenschutzgrundlage nicht möglich, ehemalige Studenten über das Immatrikulationsamt zu kontaktieren. Diesbezüglich lassen sich Informationen im unlängst veröffentlichten Gutachten zum „Ausstieg aus der kurativen Berufstätigkeit“ der Bundesregierung entnehmen. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass sich die überwiegende Anzahl der dort befragten Abbrecher noch im ersten Ausbildungsstadium (Vorklinik) befand.

Die Aufnahme einer späteren kurativen Tätigkeit wurde von der weit überwiegenden Mehrzahl der Studenten positiv beschieden. Jedoch sollte bei der Interpretation der vorliegenden Zahlen Zurückhaltung geübt werden. Keine Aussage kann über Pläne der „Nichtteilnehmer“ an der Befragung getroffen werden. Auch ein entsprechender „Gruppenzwang“ sowie eine vermutete Erwartungshaltung hinsichtlich einer möglichst positiven Darstellung, auch bei vielleicht unentschlossenen Studenten, sollte berücksichtigt werden. Auf eine mündliche Nachbefragung eines einzelnen Studienjahres wurde bislang aus Kapazitätsgründen verzichtet. Jedoch lässt sich aus den

Daten folgern, dass unter Berücksichtigung des Befragungszeitraums 2003/2004 in den darauf folgenden sechs Jahren wenigstens 525 Absolventen eine primär ärztliche Tätigkeit in Betracht ziehen. Im Rahmen dieser Gruppe scheinen die 59 unentschlossenen Studenten nur eine geringe Anzahl darzustellen. Aus eigenem subjektiven Erleben der in der Lehre tätigen Autoren liegt diese Zahl sicherlich höher und könnte somit einen nicht unwesentlichen Teil der Nichtteilnehmer widerspiegeln. In Anbetracht dieser Zahlen ist Rolle und Verantwortung der Hochschule zu hinterfragen.

Die in der vorliegenden Studie überraschend geringe Anzahl von nur 4 Studenten, die primär keine klassisch-kurative Tätigkeit wünschen, sollte nicht über den Aspekt der Rücklaufquote von nur 43,5 Prozent hinweg täuschen! Es sind auch hier keine Aussagen zu den Plänen der übrigen Studenten bekannt. Obwohl die überwiegende Mehrzahl der an der Befragung teilnehmenden Dresdner Studenten initial eine hohe Motivation hinsichtlich kurativer Tätigkeit besitzt, existieren bislang keine Folgebefragungen, die eine Entwicklung dieser Motivation im Rahmen der anschließenden ärztlichen Tätigkeit und Weiterbildung abbildet.

Die erhobenen Daten zur gewünschten späteren Tätigkeit korrelieren in der initialen Aussage mit Erhebungen der Hessischen Ärztekammer. Hierbei wurden im gesamten Bundesland Hessen die Studenten zum Abschluss des Medizinstudiums befragt. 91,8 Prozent aller Studentinnen und 97,6 Prozent aller Studenten, die den 3. Abschnitt der ärztlichen Prüfung bestanden, entschieden sich demnach für eine kurative Tätigkeit. Jedoch ist aus den Ergebnissen einer anderen Studie der Hessischen Landesärztekammer ablesbar, dass die Mehrheit der „Aussteiger“ aus der kurativen Medizin dies erst zum Ende oder nach dem Abschluss der Weiterbildungsphase zum Facharzt (55,1 Prozent) und nur 12,9 Prozent dies bereits in der frühen Assistentenphase realisieren. Als Gründe wurden dafür vor allem Unzufriedenheit mit den vorhandenen Arbeitsbedingungen und Arbeitszeiten, Unzufriedenheit mit der Weiterbildung, Wunsch nach Neuorientierung, Unvereinbarkeit von Beruf und Familie angegeben.

Erfreulicherweise wünschen die an der Fakultät eingeschriebenen Studenten sächsischer Herkunft vorwiegend eine spätere Tätigkeit im hiesigen Bundesland. Als Gründe werden

am häufigsten familiäre Beziehungen und etablierte Freundesbeziehungen genannt. Ähnliches gilt für Studenten aus anderen Bundesländern, die dadurch häufig eine Rückkehr in ihre Heimat wünschen.

Jedoch lässt sich in der Folgebefragung ein deutlicher Trend zu einer Unentschlossenheit bzw. einer sehr späten Entscheidung hinsichtlich des späteren Arbeitsortes feststellen. Obwohl keine explizite Befragung zu den Gründen der Unentschlossenheit erfolgte, ist anzunehmen, dass Gehaltsvorstellungen, Arbeitszeiten und Arbeitsbedingungen sowie erwarteter Lebensstandard als Kriterien für die spätere Entscheidung dienen. Die Daten erlauben die Interpretation, dass Studenten außerhalb von Sachsen offensichtlich bessere Bedingungen erwarten und bei Fehlen von entsprechenden Angeboten bereit sind, sich kurzfristig für die beste Alternative unabhängig vom Ort zu entscheiden. Insbesondere vor dem Hintergrund des weiter bestehenden Gefälles zwischen West und Ost ist somit eine weitere Abwanderung aus den offensichtlich weniger lukrativen ostdeutschen und damit auch sächsischen Gebieten nicht auszuschließen.

Aus den Daten des Sommersemesters 2005 ist abzuleiten, dass die Phase des PJ mit entsprechenden Erlebnissen im Arbeitsumfeld, Hierarchie, Erfahrungen der tätigen Kollegen in den ausbildenden Krankenhäusern dem noch unentschlossenen Studenten wohl zusätzliche Wegweiser für seine Entscheidung zur beruflichen Zukunft sind.

Besonderes Interesse verlangen die Vorstellungen zur späteren Arbeitszeit. Zum Studienbeginn ist ein längerer Arbeitstag als 8 Stunden für die überwiegende Mehrheit kein Problem. Im Verlauf des Studiums nimmt diese Bereitschaft ab, so dass davon auszugehen ist, dass künftige Studienabgänger einen in der Regel auf die normale Wochenarbeitszeit begrenzten Einsatz wünschen. Dies spiegelt sich auch in der Bereitschaft für Nacht- und Wochenenddienste (über die normale Wochenarbeitszeit hinaus) wider. Knapp zwei Drittel der Studenten möchten nicht mehr als drei Dienste im Monat ableisten. Nur jeder Dritte kann sich zwischen drei und sechs Diensten vorstellen. Mehr als sechs Dienste kommen nur noch für eine geringe Anzahl von 2,2 Prozent der Studenten in Betracht. Dies steht im Gegensatz zur Wirklichkeit an vielen Krankenhäusern. Insgesamt spiegeln sich wohl hierbei allgemeine gesellschaftliche Veränderun-

gen, die der Entwicklung der Einzelpersönlichkeit sowie dem Trend im Freizeitverhalten entsprechen, wider. Inwieweit durch die Vorstellungen zur Arbeitszeit familiäre Strukturen gestärkt werden, bzw. bereits eine erste kritische Auseinandersetzung mit dem Problem Sicherheit ärztlicher Leistungen im Kontext von konsekutiver Zusatzarbeit (Dienste etc.) stattfindet, kann mit der vorliegenden Befragung nicht beurteilt werden.

Die durch die Studenten erwarteten Netto-Verdienste sind gemessen an der jetzigen Realität in Sachsen als hoch zu bewerten. Durchschnittlich geforderte 3000 Euro (NETTO) mit einem 8 bis 10 Stundentag und maximal 2 bis 3 Dienste/pro Monat werden in den nächsten Jahren die Ansprüche an leistungsgerechte Vergütung nach sechs Jahren Studium und noch zu absolvierender Weiterbildung weiter in den Brennpunkt der Diskussion rücken. Obwohl die in der Folgebefragung 2005 erhobenen „Netto-Einstiegsgehälter“ niedriger als die allgemeine durchschnittliche Erwartung in 2003 sind, liegt dieses Niveau noch deutlich über den aktuell gezahlten Tarifen. Insgesamt ist anzumerken, dass 56,5 Prozent der angesprochenen Studenten den Fragebogen nicht ausfüllten, so dass die Kernfrage – Aufnahme ärztlicher Tätigkeit nach dem Studium – für diese Gruppe von Studenten nicht beantwortet werden konnte. Die ausgewerteten Antworten widerspiegeln eine Erwartungshaltung der jetzigen Medizinstudenten der TU Dresden, jedoch existieren keine validen Daten, wie diese Erwartungen in der späteren (ärztlichen) Praxis der Absolventen umgesetzt werden. An dieser Stelle öffnet sich scheinbar die Schere zwischen den Erwartungen der Studenten und den tatsächlichen Bedingungen im Freistaat Sachsen.

Zu hinterfragen ist, inwieweit die Studenten mit den Problemen des ärztlichen Berufsstandes vertraut sind und dies eventuell Einfluss auf die späteren Entscheidungen nehmen wird. Dabei stellt sich die Frage, ob die zukünftigen Kolleginnen und Kollegen bereits viel stärker im Rahmen ihrer Ausbildung an der Hochschule in die aktuellen und zukünftigen Probleme (und deren Lösung) zum Beispiel im Rahmen der Tätigkeit der Ärztekammer integriert werden sollten. Abschließend soll nochmals darauf hingewiesen werden, dass die hiermit vorliegenden Daten zwar eine hohe Motivation hinsicht-

lich der Aufnahme einer späteren kurativen Tätigkeit erkennen lassen, jedoch diese nicht zwangsläufig im sächsischen Raum anzusehndel ist.

Zusammenfassend lässt sich für die Teilnehmer der Befragung feststellen:

Die künftigen Absolventen streben in der Regel eine kurative Tätigkeit an und berücksichtigen ihre Herkunft bei der Wahl des Ausbildungsortes wobei in der Folgebefragung im Sommersemester 2005 52,3 Prozent aller Studenten hinsichtlich ihres späteren Arbeitsortes noch unentschlossen waren.

Die Vorstellungen zur Arbeitszeit entsprechen weitgehend der derzeitigen Rechtslage. Die aktuellen Gehaltsvorstellungen zum Einstiegsgehalt dokumentieren eine Erwartungshaltung, die den Anforderungen und der Verantwortung des Berufes, dem Aufwand der Ausbildung und dem Einsatz des Einzelnen aus Sicht der Autoren durchaus angemessen ist.

Festzustellen bleibt, dass sich unentschlossene Studenten im Wesentlichen an Standortfaktoren wie Arbeitsbedingungen, erwartetes Gehalt und potenzieller Lebensstandard hinsichtlich der Wahl ihres späteren Weiterbildungsortes orientieren. Befindet sich der Student in bereits festen familiären Strukturen am Ausbildungsort, ist die gewünschte Arbeitsaufnahme in Sachsen wahrscheinlicher.

Die Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen ist zu fordern, um Sachsen damit bundesweit in eine attraktivere und konkurrenzfähigere Situation zu bringen.

Literatur bei den Verfassern

Für die Verfasser:
Dr. med. Michael Nitschke
Kreisärztekammer Dresden
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Danksagung: Der Dank gilt den Studenten der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden für ihre Bereitschaft zur Mitarbeit, insbesondere der Fachschaft Medizin der Fakultät für die erwiesene Mitarbeit im Vorfeld und Unterstützung bei der Durchführung der Befragung. Des Weiteren geht Dank an Prof. Dr. R. H. Strasser für kritische Evaluation des Manuskripts.

Ärztblatt Sachsen

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

Herausgeber:

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

Redaktionskollegium:

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

Redaktionsassistent: Ingrid Hüfner

Anschrift der Redaktion

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Telefon 0351 8267-161
Telefax 0351 8267-162

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
Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste Nr. 8 vom 1.1.2005 gültig.

Druck: Druckhaus Dresden GmbH,
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Titelgestaltung: Hans Wiesenhütter, Dresden

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

Bezugspreise/Abonnementpreise

Inland: jährlich 89,00 € incl. Versandkosten
Einzelheft: 8,40 € zzgl. Versandkosten 2,00 €

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

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

ISSN: 0938-8478

Neufassung der „Richtlinien zur Gewinnung von Blut- und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie)“

Mit der in Kürze bevorstehenden Bekanntmachung im Bundesanzeiger werden die neu gefassten „Richtlinien zur Gewinnung von Blut- und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie)“ in Kraft treten. Die Novellierung war notwendig geworden, da zum einen eine Anpassung an EU-Vorgaben erfolgen musste, zum anderen jedoch auch wachsender Druck seitens des Gesetzgebers ausgeübt wird. Zudem besteht derzeit noch eine hohe Varianz in der Überwachungsstätigkeit der einzelnen Ärztekammern, denen nach wie vor die Überwachung des Qualitätssicherungssystems der Anwendung von Blutprodukten obliegt (§ 18 Abs. 1 TFG). An dieser Stelle soll nur auf die wichtigsten organisatorischen Änderungen eingegangen werden, denn die Aufzählung sämtlicher Neuerungen des über 100 Seiten langen Richtlinienentwurfes würde den Rahmen einer Veröffentlichung im „Ärzteblatt Sachsen“ deutlich sprengen. Eine Vorabversion der Richtlinie im PDF-Format sowie eine Delta-Version mit gekennzeichneten Änderungen ist auf der Webseite der Bundesärztekammer (www.baek.de) veröffentlicht.

Während die „alte“ Richtlinie auf Anwendung von *Blutkomponenten* beschränkt war, erstreckt sich der neue Geltungsbereich neben den eigentlichen *Blutkomponenten* auch auf *Plasmaderivate zur Behandlung von Hämostasestörungen* (außer Fibrinkleber).

Eine generelle Neuregelung betrifft vor allem die Arztpraxen; so ist kein Qualitätsbeauftragter nötig, wenn

- jährlich weniger als 50 Erythrozytenkonzentrate transfundiert werden,
- die Anwendung ausschließlich durch den ärztlichen Leiter der Einrichtung erfolgt,
- Transfusionen regelmäßig nur bei einem Patienten gleichzeitig durchgeführt werden,
- andere *Blutkomponenten oder Plasmaderivate zur Behandlung von Hämostasestörungen* (außer Fibrinkleber) nicht angewendet werden und

• sämtliche Prozess-Schritte der Erythrozytentransfusion in der Verantwortung des ärztlichen Leiters der Einrichtung stattfinden. Der ärztliche Leiter dieser so genannten „Einrichtungen, in denen besondere Voraussetzungen vorliegen“ hat jedoch besondere Berichtspflichten: So muss er der Ärztekammer einen Nachweis über seine Qualifikationsvoraussetzungen (Facharzt mit einer von einer Ärztekammer anerkannten theoretischen Fortbildung (16 Stunden, Kursteil A und B)), eine von ihm unterzeichnete Arbeitsanweisung zur Transfusion von Erythrozytenkonzentraten als Selbstverpflichtungserklärung und jährlich eine Kopie der Vorjahres-Verbrauchsmeldung an das Paul-Ehrlich-Institut gemäß § 21 TFG senden.

Neu ist nunmehr auch das Verfahren der Benennung des Qualitätsbeauftragten; bislang wurde der Qualitätsbeauftragte vom Träger der Einrichtung eingesetzt und der Ärztekammer benannt. Künftig muss zu dieser Benennung auch das „Benehmen“ mit der Kammer hergestellt werden, das heißt, der Träger der Einrichtung gibt der Ärztekammer den Namen

des Qualitätsbeauftragten und dessen einschlägige Qualifikationen bekannt. Offenkundige Qualifikationsmängel muss die Landesärztekammer dann dem Träger der Einrichtung mitteilen. Der Qualitätsbeauftragte darf nicht gleichzeitig auch Transfusionsverantwortlicher und Transfusionsbeauftragter der Einrichtung sein.

Der Qualitätsbeauftragte hat die wesentlichen Bestandteile des Qualitätssicherungssystems der Einrichtung im Bereich der Anwendung von Blutprodukten zu überprüfen und jährlich bis zum 1. März einen Bericht über die Ergebnisse seiner Überprüfungen für den Zeitraum des vergangenen Kalenderjahres an die zuständige Ärztekammer und den Träger zu senden (bisher: Nachweis der Richtlinien-Konformität des QS-Systems (Selbstverpflichtungserklärung)).

Die Qualifikation des Qualitätsbeauftragten ist ebenfalls neu geregelt. Der Qualitätsbeauftragte muss die Voraussetzungen für die Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ haben oder eine von einer Landesärztekammer anerkannte 40-h-Fortbildung „Qualitätsbeauftragter Hämotherapie“ nachweisen. Für die gegenwärtig tätigen Qualitätsbeauftragten gilt ab dem Inkrafttreten der Richtlinie ein zweijähriger „Bestandsschutz“, innerhalb dessen sie die geforderte Qualifikation nachweisen müssen. Seitens der Sächsischen Landesärztekammer ist für das zweite Halbjahr 2006 ein entsprechender Kurs geplant.

Dr. med. Torsten Schlosser
Arzt in der Geschäftsführung

Neuerscheinung im Dezember 2005 Arzthaftung/Ärztliche Schweigepflicht

In der „Grünen Reihe“ der Sächsischen Landesärztekammer erscheint im Dezember 2005 ein neues Heft mit den Themen „Die Arzthaftung“ und „Die ärztliche Schweigepflicht“. Die Autoren sind die Begründer des Dresdener Medizinrechtsforums: Herr Dr. med. Michael Kirsch, niedergelassener Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, und Herr Dr. jur. Jürgen Trilsch, niedergelassener Rechtsanwalt, mit dem Tätigkeitsschwerpunkt Medizinrecht.

Im Mittelpunkt ihrer Darstellungen sehen die beiden Autoren die Verantwortlichkeit des

freiberuflichen Arztes im Dienst am kranken Menschen. Jeder Arzt wird heute täglich mit rechtlichen Fragen konfrontiert. Während die Konjunktur im Arzthaftungsrecht fort dauert, das Material des Arztrechts und der zivilrechtlichen Haftung des Arztes weiter zunimmt und für Teilgebiete bereits umfangreiche Handbücher vorliegen, hat das Autorenteam wichtige juristische Definitionen unter Verwendung der korrekten juristischen Terminologie komplex und vor allem für Nicht-Juristen verständlich dargestellt. Die beiden Beiträge liefern Anregungen für die Rechtsanwendung und für die

Rechtsfortbildung und können zur Klarheit im ärztlichen Alltag beitragen. Entscheidungen und aktuelle Rechtsprechungen verdeutlichen die Darstellung medizinischer Rechtsfragen. Durch die genaue Gliederung eignet sich dieses Heft auch bestens als Nachschlagewerk in der ärztlichen Praxis.

Das aktuelle Heft wird dem Ärzteblatt Sachsen, Heft 12/2005, beigelegt.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug
Knut Köhler M.A.
Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

In eigener Sache

Stellenausschreibung

Hiermit wird die Stelle

Referatsleiter/-in Ärztliche Fortbildung

zur Besetzung ab 1. Januar 2006 oder später ausgeschrieben.

Die vielfältige und verantwortungsvolle Tätigkeit als Referatsleiter/-in Fortbildung umfasst die Konzipierung, Vorbereitung, Organisation und Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen und Kursen/Seminaren für Ärzte sowie die Zertifizierung von Fortbildungsveranstaltungen und die Erstellung von Fortbildungszertifikaten.

Die Bewerberin/der Bewerber soll approbierter Arzt sein und über eine abgeschlossene Facharztweiterbildung verfügen. Wünschenswert sind mehrjährige Berufserfahrung als Arzt.

Wir erwarten Organisationstalent, Flexibilität, serviceorientierte und freundliche Umgangsformen und teamorientierte Arbeitsweise.

Die Aufgaben und Arbeitsbedingungen möchten wir gern mit Ihnen persönlich besprechen. Die Vergütung erfolgt nach BAT-O. Bitte richten Sie Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen bis 30. November 2005 an

Sächsische Landesärztekammer
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Zwischen Hörsaal und Luftalarm

Im Dezember 2003 erschien das Buch „Erlebnisse – Sächsische Ärzte in der Zeit von 1939 bis 1949“. Dieser erste, von der Sächsischen Landesärztekammer herausgegebene Band, enthält Zeitzeugenaussagen und eine Reihe zeitgenössischer Dokumente und Fotos von Ärzten, welche damals in Sachsen studiert oder gearbeitet haben. Neben der dramatischen Darstellung der medizinischen Versorgungslage, die durch einen eklatanten Mangel an Personal und Medikamenten gekennzeichnet war, finden sich auch persönliche Schicksale sowie Berichte über die Situation an den sächsischen Universitäten.

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

gen Lesern oder solchen ohne medizinischen Hintergrund bietet diese Lektüre einen interessanten und aufschlussreichen Einblick in die schwierigen Verhältnisse dieser Zeit.

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

Das Buch wurde von der Sächsischen Landesärztekammer herausgegeben und ist gegen eine Schutzgebühr von 8 EUR unter der Nummer 0351 8267161 zu bestellen. kö

Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden

Zum letzten Treffen im Jahr 2005 möchten wir Sie für

**Mittwoch, den 7. Dezember 2005,
15.00 Uhr**

zum auswärtigen Termin in das Krankenhaus Dresden Neustadt einladen. Im Mittelpunkt des Vortrages von Prof. Dr. med. habil. Joachim Morgner, Ärztlicher Direk-

tor, steht anlässlich des diesjährigen Jubiläums die Geschichte des Hauses. Im Anschluss besteht Gelegenheit zu einer Führung durch das Krankenhausareal. Treffpunkt ist der Speisesaal im Verwaltungsgebäude (Eingang Industriestraße 40, 01129 Dresden). Sie sind mit Ihrem Partner herzlich eingeladen.

Ihr Seniorenausschuss der KÄK Dresden

Konzerte und Ausstellungen

Konzerte

Sonntag, 4. Dezember 2005, 11.00 Uhr

Junge Matinee

Weihnachtsmusik aus
verschiedenen Epochen

Schülerinnen und Schüler des Heinrich-Schütz-Konservatoriums Dresden e.V.

Donnerstag, 15. Dezember 2005, 19.30 Uhr

Weihnachten im Lied

Mit Studierenden der Liedklasse KS

Prof. Olaf Bär

Musikalische Leitung:

Antje Hebenstreit und Michael Schütze

Hochschule für Musik

Carl Maria von Weber Dresden

Vorschau 2006

Sonntag, 8. Januar 2006, 11.00 Uhr

Junge Matinee

Musikalische Visitenkarte des Heinrich-Schütz-Konservatoriums Dresden e.V.

Ausstellungen

Foyer der Sächsischen

Landesärztekammer und 4. Etage

Konrad Maass

Sehstücke

Malerei

17. November 2005 bis 15. Januar 2006

Vernissage: Donnerstag,

17. November 2005, 19.30 Uhr

Einführung: Dr. Axel Schöne, Dresden,

Kulturwissenschaftler

Foyer der

Sächsischen Ärzteversorgung

Dyrck Bondzin

Begegnungen in Dresden

Pastelle-Aquarelle-Öl

bis 31. März 2006



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 Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 05/C074
Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 05/C075
Zwickauer Land
Facharzt für Orthopädie
Reg.-Nr. 05/C076

Annaberg

Facharzt für Allgemeinmedizin *)
Gemeinschaftspraxis
Reg.-Nr. 05/C077
Facharzt für Allgemeinmedizin *)
Gemeinschaftspraxis
Reg.-Nr. 05/C078

Mittweida

Facharzt für Chirurgie
Reg.-Nr. 05/C079

Chemnitz-Stadt

Facharzt für Augenheilkunde
Gemeinschaftspraxis
Reg.-Nr. 05/C080
Facharzt für Augenheilkunde
Gemeinschaftspraxis
Reg.-Nr. 05/C081

Zwickau-Stadt

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Reg.-Nr. 05/C082
Facharzt für Augenheilkunde
Gemeinschaftspraxis
Reg.-Nr. 05/C083
Facharzt für Augenheilkunde
Gemeinschaftspraxis
Reg.-Nr. 05/C084
Facharzt für Chirurgie
Reg.-Nr. 05/C085
Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 07.12.2005 an die Kassenärztliche Vereinigung

Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Telefon-Nr. (0371) 27 89-406 oder 27 89-403 zu richten.

■ Bezirksgeschäftsstelle Dresden Görlitz-Stadt/Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 05/D081
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 05/D082

Löbau-Zittau

Facharzt für Urologie
Reg.-Nr. 05/D083

Meißen

Facharzt für Allgemeinmedizin *)
Reg.-Nr. 05/D084
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 05/D085

Sächsische Schweiz

Facharzt für Allgemeinmedizin *)
Reg.-Nr. 05/D086
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 05/D087
Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 09.12.2005 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 88 28-330 zu richten.

■ Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Leipzig-Stadt

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Teil einer Gemeinschaftspraxis
Reg.-Nr. 05/L050
Facharzt für Augenheilkunde
Teil einer Gemeinschaftspraxis
Reg.-Nr. 05/L051
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 05/L052

Leipziger Land

Facharzt für Allgemeinmedizin *)
Reg.-Nr. 05/L053
Facharzt für Allgemeinmedizin *)
Reg.-Nr. 05/L057
verkürzte Bewerbungsfrist bis 3.12.2005

Delitzsch

Facharzt für Innere Medizin
(Fachärztlicher Versorgungsbereich)
Reg.-Nr. 05/L054
Facharzt für Orthopädie
Reg.-Nr. 05/L055

Muldentalkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin *)
Reg.-Nr. 05/L056
Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 09.12.2005 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 Chemnitz Zwickau-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin *)
geplante Praxisabgabe: Juni 2006

Chemnitz-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin *)
geplante Praxisabgabe: sofort
Facharzt für Allgemeinmedizin *)
geplante Praxisabgabe: Ende 2005
Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
geplante Praxisabgabe: 1. Quartal 2006
Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel.: (0371) 27 89-406 oder 27 89-403.

■ Bezirksgeschäftsstelle Dresden Hoyerswerda-Stadt/Kamenz

Facharzt für Innere Medizin *)
(Hausärztlicher Versorgungsbereich)
geplante Praxisabgabe: I./II. 2006

Sächsische Schweiz

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie
geplante Praxisabgabe: ab sofort möglich

Weißeritzkreis

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
geplante Praxisabgabe: 06/2006
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: 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

W. Pradel, M. Schneider, G. Lauer, U. Eckelt

Kieferchirurgische Therapie beim obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom

Universitätsklinikum Dresden
Klinik und Poliklinik für Mund-,
Kiefer- und Gesichtschirurgie

Zusammenfassung

Beim obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom handelt es sich um eine potentiell lebensbedrohliche Erkrankung. Es kommt zum Kollaps der oberen Atemwege, was mit einem Abfall der Sauerstoffsättigung im Blut einhergeht. Neben dem lauten Schnarchen beklagen die Patienten eine ausgeprägte Tagesmüdigkeit und eine erhöhte Einschlafneigung. Die Standardtherapie ist die nasale Beatmungstherapie (nCPAP), die jede Nacht lebenslang durchgeführt werden muss. Viele Patienten akzeptieren die Behandlung jedoch nicht und besonders jüngere Patienten suchen nach Alternativen. Bei der Behandlung des OSAS beschäftigen wir uns als Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen mit

Eingriffen am knöchernen Gesichtsskelett. In der Kephalometrie festgestellte morphologische Veränderungen (Rücklage von Ober- und/oder Unterkiefer, dolichofazialer Gesichtstyp) können prädisponierende Faktoren für die Entstehung schlafbedingter Atemstörungen sein. Durch kieferverlagernde Operationen ist eine chirurgische Behandlung des obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms insbesondere bei jungen, sonst gesunden Patienten möglich.

Schlüsselwörter: Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom – Schnarchen – chirurgische Therapie

Einleitung

Beim obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom (OSAS) handelt es sich um eine potentiell lebensbedrohliche Erkrankung (He et al. 1988). Dabei kommt es zum Kollaps oder einer Verlegung der oberen Atemwege während des Schlafens, was mit einem Abfall der Sauerstoffsättigung im Blut einhergeht. Die pathophysiologischen Vorgänge sind größtenteils noch ungeklärt. Folgen und Begleitkrankheiten des unbehandelten OSAS können arterielle Hypertonie, Herzrhythmusstörungen, koronare Herzkrankheit und cerebrovaskuläre Insulte sein (Coy et al. 1996). Die Prävalenz des OSAS wird in Deutschland mit eins bis drei Prozent der Gesamtbevölkerung angenommen (Peter et al. 1990), wobei das männliche Geschlecht überwiegt. Die betroffenen Patienten klagen über eine ausgeprägte Tagesmüdigkeit, Abgeschlagenheit und erhöhte Einschlafneigung, was bei Kraftfahrern zu einem erhöhten Unfallrisiko führt. Die psychische und physische Leistungsfähigkeit ist vermindert und neben Persönlichkeitsstörungen werden depressive Verstimmungen beschrieben. Nachts fällt ein lautes und unregelmäßiges Schnarchen auf und der Schlaf ist unterbrochen.

Zur Diagnostik des OSAS gehören Anamnese, klinische Untersuchung, ein Fragebogen zum Schlafverhalten, Lungenfunktionsprüfung mit Blutgasanalyse, Langzeit-EKG, Langzeit-Blutdruckmessung und die Schlaflabor-Untersuchung. Hier werden bei der kardiorespiratorischen Polysomnographie EEG, Elektrookulogramm, EMG an Kinn und Bein, EKG, Pulsoxymetrie, thorakale und abdominale Atembewegungen und der Luftfluss in der Nase simultan aufgezeichnet.

Die Standardbehandlung ist die nächtliche Beatmungstherapie (nCPAP – nasal Continuous Positive Airway Pressure) mittels einer Maske und kontinuierlichem Überdruck. Dadurch soll der Kollaps der oropharyngealen

Muskulatur im Schlaf durch eine „pneumatische Schienung“ verhindert werden (Sullivan et al. 1981). Über ein Schlauchsystem wird Raumluft zu einer konfektionierten oder individuell angefertigten Nasenmaske geleitet. Die nCPAP-Therapie muss jede Nacht lebenslang durchgeführt werden. Viele Patienten akzeptieren die Behandlung jedoch nicht und die Compliance liegt bei circa 60 Prozent (Waldhorn et al. 1990). Besonders jüngere Patienten suchen deshalb nach Alternativen. Eine Möglichkeit sind so genannte Protrusionsschienen. Durch diese intraoralen Apparaturen wird der Unterkiefer nach anterior verlagert und durch die Straffung der Zungengrund- und Mundbodenmuskulatur kommt es zu einer Erweiterung des Oropharynx. Diese Schienen sind meist nur bei Patienten mit obstruktivem Schnarchen und bei leichtem bis mittelschwerem OSAS wirkungsvoll (Cohen 1998, Wilhelmsson et al. 1999).

Riley und Mitarbeiter (1993) führten den Begriff der „Multi level-Chirurgie“ ein, der besagt, dass operative Eingriffe auf verschiedenen anatomischen Ebenen (Nase, weicher Gaumen/Oberkiefer, Zungengrund/Unterkiefer) kombiniert oder hintereinander durchgeführt werden. An der Nase ist das zum Beispiel die Beseitigung pathologischer Befunde wie Septumdeviation oder hyperplastische Nasenmuschel. Im Bereich des Gaumensegels werden durch eine Uvulopalatopharyngoplastik (UPPP) bei leichtem bis mittelschwerem OSAS gute Erfolge erzielt (Janson et al. 1997, Wilhelmsson et al. 1999). Die Operation besteht in der mehr oder in den letzten Jahren eher weniger radikalen Entfernung von Uvula und hinteren Anteilen des weichen Gaumens. Als Folge dieses Eingriffes kann eine schwere velopharyngeale Insuffizienz entstehen, weshalb die Operation auch in der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde weitgehend verlassen worden ist.

Bei der Behandlung des OSAS beschäftigen wir uns als Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen mit morphologischen Veränderungen und Eingriffen am knöchernen Gesichtsskelett. In Untersuchungen zur Auswertung von Fernröntgenbildern ist festgestellt worden, dass eine bestimmte Gesichtsskelettmorphologie und Abweichungen in den Weichteilverhältnissen des Pharynx prädisponierende Faktoren für die Verlegung der oberen Atemwege und damit für die Entstehung schlafbedingter Atemstörungen darstellen. Als prädisponierende Faktoren sind ein hypoplastisches Mittelgesicht und/oder eine Rücklage des Oberkiefers (maxilläre Retrognathie) bekannt. Eine Rücklage des Unterkiefers (mandibuläre Retrognathie) und der so genannte dolichofaziale oder vertikale Gesichtstyp mit einer nach dorso-kaudal verlagerten Kinnschuppe gehen oft mit einer Einengung des posterior airway space (PAS) einher und begünstigen die Entstehung eines OSAS (Lachner et al. 1993, Hochban et al. 1994, Pradel et al. 2000). Anhand der Fernröntgenbildanalyse ist es möglich, den Patienten einem bestimmten morphologischen Gesichtstyp zuzuordnen und die Eignung für eine kieferverlagernde Operation einzuschätzen (Hierl et al. 1997).

Kephalometrie

Das spezielle diagnostische Hilfsmittel auf unserem Fachgebiet zur Erkennung von morphologischen Veränderungen im Bereich des Gesichtsschädels ist die Kephalometrie, ein Verfahren zur Vermessung und Analyse des seitlichen Fernröntgenbildes des Schädels. Unter Verwendung eines Kephalostaten wird der Kopf des Patienten in aufrechter Haltung exakt positioniert und ein seitliches Röntgenbild des Schädels mit einem Film-Fokus-Abstand von 1,5 m angefertigt. So sind situationsgleiche Aufnahmen möglich. Bestimmte knöcherne Bezugspunkte werden auf dem

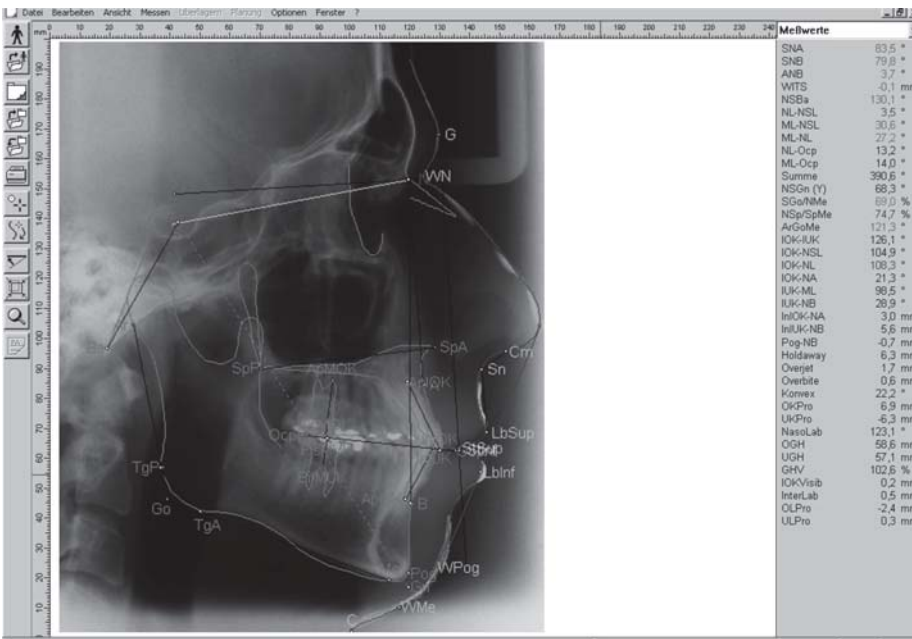


Abb. 1: Fernröntgenbildanalyse mit dem Programm „WinCeph 4.19.1.13“

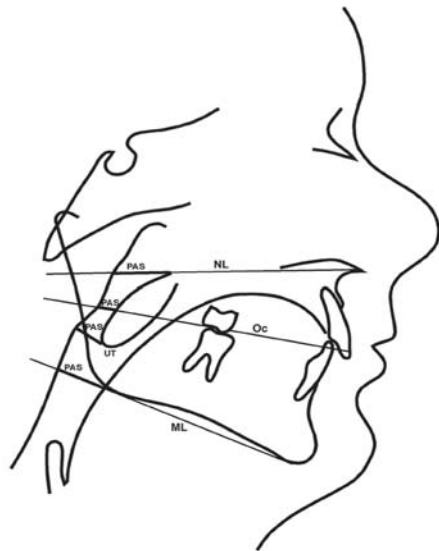


Abb. 2: Schema zur Vermessung der Pharynxweichteile (PAS – Posterior Airway Space auf verschiedenen Ebenen: NL – auf Höhe der Nasal-Linie, Oc – auf Höhe der Okklusionsebene, UT – auf Höhe der Velumspitze, ML – auf Höhe der Mandibular-Linie)

Röntgenbild manuell markiert und mit dem Computerprogramm „WinCeph 4.19.1.13“ (Fa. CompuGROUP Holding AG, Koblenz, Deutschland) ausgewertet (Abb. 1). Man erhält dann Winkel und Strecken, deren Abweichungen von einer so genannten „Normalbe-

völkerung“ errechnet werden. Des Weiteren können am Fernröntgenbild die Pharynxweichteile vermessen werden. Ein Verfahren zur Bestimmung des posterior airway space (PAS) auf verschiedenen anatomischen Ebenen wurde von Hochban und Mitarbeitern (1994) beschrieben (Abb. 2).

Die kephalometrische Analyse ist in Zusammenhang mit den Beschwerden des Patienten, zusätzlichen Begleiterkrankungen und den Befunden der Schlaflaboruntersuchung die Grundlage für die Indikationsstellung zu einem kieferchirurgischen Eingriff. Der Winkel SNB, der die sagittale Lage des Unterkiefers beschreibt, spielt dabei eine entscheidende Rolle. Ist dieser Winkel $< 77^\circ$, liegt eine mandibuläre Retrognathie mit häufig zusätzlicher Einengung des PAS vor, was bei 40 Prozent der untersuchten Patienten mit OSAS festgestellt wurde (Hochban et al. 1994).

Chirurgisches Vorgehen

Bei Ablehnung einer konservativen Therapie und pathologischen Befunden in der Kephalmetrie im Sinne einer mandibulären und/oder maxillären Retrognathie oder einem dolichofazialen Gesichtstyp informieren und beraten wir die Patienten über die Möglichkeit einer kieferverlagernden Operation (Dysgnathieoperation, maxillomandibular advancement osteotomy – MMO). Das Konzept ist, durch die

Anteriorverlagerung des an Oberkiefer, Unterkiefer und Zungenbein befestigten Weichgewebes (Gaumensegel, Zungengrund, suprahyoidale Muskulatur) eine Öffnung des Velo-, Oro- und Hypopharynx zu erzielen (Riley et al. 1987). Es erfolgt neben der skelettalen Erweiterung des Pharynxraumes auch eine Erweiterung des Weichgewebsschlauches. Bei der Operation ist eine Vorverlagerung von Ober- und/oder Unterkiefer um 10 mm angestrebt (Hochban et al. 1997). Präoperativ sollte für zwei bis drei Monate die nCPAP-Therapie zur Beseitigung der Symptome des OSAS und zur Reduzierung der Narkose- und Operationsrisiken durchgeführt werden. Liegt ein Regelbiss vor, wird eine bimaxilläre Operation (Ober- und Unterkiefer) unter Erhalt der bestehenden Bissituation durchgeführt. Im Falle einer Retrognathie ist eine begleitende kieferorthopädische Behandlung notwendig und es wird eine monomaxilläre Operation mit Bisslagekorrektur durchgeführt.

Zur Unterkieferverlagerung hat sich die beidseitige, retromolare sagittale Osteotomie bewährt. Der Unterkiefer wird im Kieferwinkelbereich über einen Schleimhautschnitt durchtrennt, die Segmente werden gegeneinander verschoben und der zahntragende Teil des Unterkiefers mit der daran befestigten Zungen- und Mundbodenmuskulatur wird nach anterior verlagert. Die Fixierung des Knochens erfolgt mittels Titan-Miniplatten. Die Oberkieferosteotomie wird ebenfalls vom Mund aus durchgeführt; so können äußere Narben vermieden werden. Der Kiefer wird in der Le Fort I-Ebene oberhalb der Zahnwurzeln und des Gaumens abgetrennt, die Ausgangsbissituation wird eingestellt und die Osteosynthese mit Titan-Miniplatten durchgeführt (Abb. 3, 4a, b). Die Operation erfolgt in Intubationsnarkose und der stationäre Aufenthalt dauert etwa sieben bis zehn Tage. Bis zum Abschluss der Knochenheilung ist eine weiche Kost für vier bis sechs Wochen erforderlich. Nach sechs Monaten erfolgt die Entfernung des Osteosynthesematerials. Zur zusätzlichen Streckung der suprahyoidalen Muskulatur kann neben der Unterkieferverlagerung eine Kinnplastik im Sinne einer indirekten Hyoidsuspension durchgeführt werden (Abb. 3, 4a, b). Bei der Operation erfolgt vom Mund aus die Abtrennung und Anteriorverlagerung von Kinn und der daran befestigten Muskulatur. Die genannten Operationsverfahren sind Routineeingriffe und werden im Rahmen der Dysgnathiechirurgie zur chirurgischen Bisslagekorrektur häufig

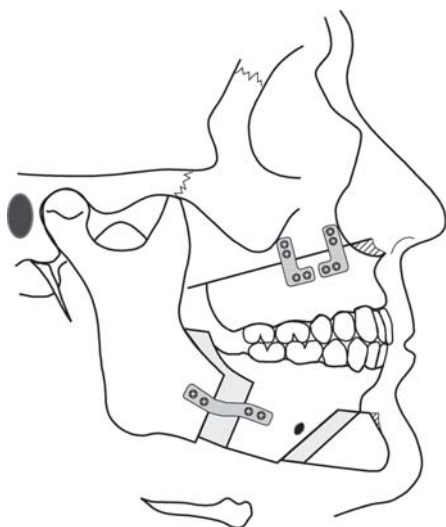


Abb. 3: Schematische Darstellung der kieferverlagernden Operationen (Oberkieferosteotomie in der Le Fort I-Ebene, retromolare sagittale Osteotomie im Unterkiefer, indirekte Hyoidsuspension durch Kinnplastik)

durchgeführt. Sie sind technisch ausgereift und die Risiken und Komplikationen sind umfassend untersucht und bekannt.

Der Erfolg der kieferverlagernden Operationen allein oder in Kombination mit Korrekturen am Weichgewebe (UPPP) bei Therapie des mittelschweren und schweren OSAS wurde in mehreren klinischen Studien nachgewiesen. Die Erfolgsrate liegt bei 80 bis 100 Prozent, gemessen an der Senkung des RDI (Respiratory Disturbance Index: Anzahl der Apnoen und atemphysiologisch wirksamen Hypopnoen mit einer Dauer > 10 Sekunden pro Stunde) auf nahezu normale Werte (Riley et al. 1990, Hochban et al. 1997, Pinsell 1999, Bettega et al. 2000, Hendler et al. 2001).

Die Methode der direkten Hyoidsuspension (Befestigung des Zungenbeins am Schildknor-



Abb. 4 a,b: Prä- und postoperatives Fernröntgenbild nach bimaxillärer Operation und Kinnplastik (Patient mit mittelschwerem OSAS, RDI präoperativ: 22/h, RDI acht Monate postoperativ: 2,4/h)

pel) kann ebenfalls in Ergänzung zu den anderen Verfahren angewendet werden, wobei diese Operation in das Gebiet der Hals-Nasen-Ohrenärzte fällt (Hörmann et al. 2001, Hörmann et al. 2004).

Schlussfolgerung

Wir halten es für sinnvoll, routinemäßig bei Patienten mit OSAS eine Kephalemetrie durchzuführen und die Betroffenen über Behandlungsmöglichkeiten auf mund-kiefer-gesichtschirurgischem Fachgebiet zu informieren. Bei Oberkiefer- und besonders bei Unterkieferrücklage oder beim dolichofazialen Gesichtstyp sind kieferverlagernde Operationen als Alternative zur nCPAP-Therapie bei jungen, sonst gesunden Patienten zu sehen. Entscheidend bei der Indikationsstellung sind die sub-

jektiven Beschwerden, der Leidensdruck, die Schwere des OSAS sowie vorhandene Begleiterkrankungen. Patienten ohne kraniofaziale Veränderungen in der Kephalemetrie sind für eine kieferchirurgische Operation zur Therapie des OSAS nicht geeignet.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse
 Frau Dr. med. Winnie Pradel
 Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und
 Gesichtschirurgie
 Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der
 Technischen Universität Dresden
 Fetscherstr. 74, 01307 Dresden
 Tel.: 0351 458 5963
 E-Mail: winnie.pradel@uniklinikum-dresden.de

Leserbrief

Dr. med. Maria Böhme
Robert-Koch-Str. 8
04643 Geihain
22. 8. 2005

An den Präsidenten der
Sächsischen Landesärztekammer
Herrn Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Postfach 10 04 65, 01074 Dresden

Sehr geehrter Herr Präsident,

erlauben Sie mir bitte, dass ich mich mit einer Frage an Sie wende.

Gibt es verbindliche Richtlinien für Chefärzte von klinischen Abteilungen, die das Lesen und Unterzeichnen der Entlassungsberichte der stationär behandelten Patienten regeln? In Rede stehen nicht die Kurzberichte, die den Patienten mitgegeben werden.

Mir fällt auf, dass in den vergangenen zwei bis drei Jahren die Entlassungsberichte mitunter nur vom Kollegen „ganz unten rechts“ unterschrieben sind. Ich habe mitunter mit Berichten zu arbeiten, in den pathologische Laborwerte nicht erwähnt sind oder in denen Formulierungen stehen wie: „Laborwerte noch schwach pathologisch“, ohne dass die Werte genannt werden; „im Urin coli, empfindlich auf alle“.

Während meiner Ausbildung und später während meiner Tätigkeit habe ich die Entlassungsberichte der Kliniken stets als Lehr- und Lernmittel, auch als „Aushängeschild“ für die jeweilige Klinik gekannt; und nicht zuletzt als wichtiges Erziehungsmittel, uns auf akribische Qualität in der Befunderhebung, Dokumentation, Interpretation und Weitervermittlung auszurichten.

Um keine falsches Bild entstehen zu lassen: Die Mehrzahl der Arztbriefe beinhaltet nach wie vor hochqualifizierte Diagnostik und Therapie und sind unverzichtbare Arbeitsgrundlage.

Mit vorzüglicher Hochachtung und freundlichen Grüßen

Ihre sehr ergebene

Maria Böhme

Antwort:

Anforderungen an das Verfassen und Unterzeichnen von Entlassungsberichten im Krankenhaus

Wir bestätigen die Einschätzung, dass keine eindeutigen gesetzlichen Grundlagen existieren, die eine Unterzeichnungspflicht der Entlassungsberichte durch leitende Ärzte im Krankenhaus vorsehen. Nach allgemeinem Haftungsrecht trägt der leitende Abteilungsarzt die Gesamtverantwortung für die ärztliche Dokumentation und somit auch für die Erstellung von Entlassungsberichten. Dies gilt auch dann, wenn diese Verpflichtung nicht ausdrücklich im Dienstvertrag erwähnt wird. Die Verantwortung für die ordnungsgemäße Dokumentation und Kommunikation ist grundsätzlich Bestandteil der dem leitenden Abteilungsarzt obliegenden gewissenhaften Führung und fachlichen Leitung seiner Abteilung. Zudem trägt jeder Arzt die Verantwortung für die Dokumentation bzw. Kommunikation seiner ärztlichen Anordnungen und deren Durchführung.

Die Dokumentation bzw. Erstellung von Entlassungsberichten kann delegiert werden. Die dem Verantwortlichen obliegenden Dokumentationspflichten muss dieser nicht alle persönlich erfüllen, sondern kann sie weitgehend an nachgeordnete Mitarbeiter übertragen. Für den Fall einer Delegation der Dokumentation müssen klare Anweisungen erteilt werden sowie eine Kontrolle hinsichtlich deren ordnungsgemäßen Ausführung erfolgen. Dies ergibt sich aus der Behandlungsfehlerlehre.

Einen typischen Behandlungsfehler stellt der Kooperationsfehler in Form von Kommunikationsmängeln oder Koordinationsmängeln dar. Der Kooperationsfehler ist aufgrund des arbeitsteiligen Zusammenwirkens verschiedener Ärzte zwischenzeitlich ein Schwerpunkt der Fehlertypen in der Rechtsprechung. Im Zusammenhang mit diesem Kooperationsfehler steht der Dokumentationsfehler. Die Beteiligten sind verpflichtet, bestimmte Zustände und Vorgänge aufzuzeichnen (BGH NJW 1978, 2337). Eine fehlerfreie Kommunikation muss sich der Dokumentation anschließen. Die Figur des Kommunikationsmangels wurde entwickelt im Rahmen des so genannten Säuglingskörbchenfalles (AG Garmisch-Partenkirchen vom 26.2.1982 – AZ: 2 Ds 37 Js 18449/81; LG München II vom 5.8.1982 – AZ: 6 Ns 37 Js 18449/81). Der Kooperationsfehler hat ein Organisationsverschulden des leitenden Arztes und der Geschäftsleitung des Kranken-

hauses zur Folge. Der Bundesgerichtshof hat die Figur des Organisationsverschuldens im Krankenhaus grundlegend im so genannten Wärmflaschenfall entwickelt (BGH vom 1.2.1994 – AZ: VI ZR 55/93 in NJW 24/1994, Seiten 1594 – 1596). Hinzuweisen ist im Rahmen der Organisationsfehlerlehre auf die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs zum so genannten voll beherrschbaren Risiko. Steht fest, dass die Gefahr aus einem Bereich herrührt, der medizinisch oder organisatorisch voll beherrscht werden kann und muss, führt dies zu einer Beweiserleichterung für den Patienten. Die Beweislast im Prozess wird somit umgekehrt. Dies gilt vor allem im Hinblick auf die Organisation und Koordination von Maßnahmen zum Schutz des Patienten vor Gefahren, die aus dem Krankenhausbetrieb entstehen (Bergmann/Kienzle, Krankenhaushaftung 1996, Randnummer 16; Geiß/Greiner, Arzthaftungsrecht, 3. Auflage 1999, Kapitel B Randnummer 238 ff. mit zahlreichen Hinweisen aus der Rechtsprechung). Eine fehlerhafte Dokumentation, die einen Behandlungsfehler zur Folge hätte, könnte in den Bereich des voll beherrschbaren Risikos fallen.

Im Ergebnis ist festzustellen, dass keine gesetzliche Regelung die Unterzeichnung des Entlassungsbriefes durch den leitenden Arzt vorschreibt. Entsprechende Rechtsprechung ist ebenfalls nicht bekannt. Allerdings trägt der leitende Abteilungsarzt die Gesamtverantwortung für eine fehlerfreie Dokumentation und Kommunikation zwischen verschiedenen Leistungserbringern. Diese Pflichten kann der leitende Abteilungsarzt delegieren. Eine persönliche Erfüllung der Verpflichtungen ist nicht erforderlich. Allerdings sollten durch Dienstanweisungen klare Richtlinien geschaffen werden. Kontrollen bezüglich der Einhaltung der Anweisungen wären ebenfalls zu dokumentieren.

Ich hoffe, dass ich Ihnen mit dieser Auskunft dienen konnte. Für weitere Fragen stehe ich Ihnen selbstverständlich gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Friedrich R. München
Leiter FB
Rechtsangelegenheiten/
Vertragswesen
Krankenhausgesellschaft Sachsen,
Leipzig
7. Oktober 2005

Sächsische Landesärztekammer
Redaktion „Ärzteblatt Sachsen“
Herrn Professor Klug
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
28. 9. 2005

„Zur Entwicklung der Orthopädie an der Universität Leipzig“ (9/2005)

Sehr geehrter Herr Kollege Klug!

Mit Interesse, aber auch mit Befremden habe ich den Artikel „Zur Entwicklung der Orthopädie an der Universität Leipzig“ von P. Matzen in Ihrer Ausgabe 9/2005 zur Kenntnis genommen.

Der Autor hat ohne jeden Zweifel eine bemerkenswerte Darstellung der Geschichte der universitären Orthopädie in Leipzig vorgenommen, wobei sich die Beschreibung der letzten Jahrzehnte auf eigenes Erleben und Mitgestalten stützt.

Offensichtlich haben Sie die Schilderung der Klinikentwicklung ab dem 1.6.1994 aber keiner weiteren Überprüfung unterzogen, denn sonst hätten Sie die von subjektivem Empfinden und offensichtlich auch von persönlicher Enttäuschung geprägten Darstellungen eigentlich nicht in dieser Form übernehmen dürfen. Abgesehen davon, dass dem Verfasser trotz ärztlicher Tätigkeit in der Orthopädischen Universitätsklinik in Leipzig offensichtlich nicht bewusst geworden ist, dass die umfangreichen Sanierungs- und Modernisierungsmaßnahmen in der Klinik Voraussetzung dafür waren, dass die Orthopädische Klinik überleben und konkurrenzfähig bleiben konnte, sind die in den letzten Absätzen getroffenen Feststellungen schlichtweg falsch und bedürfen somit der Richtigstellung.

Die Orthopädische Klinik und Poliklinik am Universitätsklinikum Leipzig hat im Rahmen des wegweisenden Zukunftskonzeptes von Klinikum und Fakultät, welches eine Konzentration nahezu aller Einrichtungen am Standort Liebigstraße vorsieht, mittlerweile ihren Platz im Operativen Zentrum gefunden, und dies in räumlich und funktionell optimaler Nähe zu allen anderen operativen und sonstigen klinischen Fächern.

Die Kinderorthopädie wird im unmittelbar benachbarten Frauen-Kinder-Zentrum untergebracht und trägt somit dem Prinzip „Kinder bei Kindern“ uneingeschränkt Rechnung, selbstverständlich weiterhin unter Leitung und Verantwortung der Orthopädischen Klinik.

Bis zur Fertigstellung im Jahre 2007 ist eine Interimslösung im Kinderzentrum in der Oststraße erforderlich, was die Leistungsfähigkeit dieser so bedeutenden Abteilung aber keinesfalls mindert.

Es gibt bekanntermaßen auch keine „Vereinigung“ mit der Traumatologie (gemeint: Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie), sondern eine partnerschaftliche Zusammenarbeit ohne die geringste Schmälerung der jeweiligen Identität.

Somit verliert die Leipziger Orthopädie weder „ihre universitäre Selbständigkeit“ noch „ihre Einheit“, sondern sie wird im Gegenteil an ihrem neuen Standort den großen medizinischen, organisatorischen und auch ökonomischen Herausforderungen der Zukunft gewachsen sein.

Professor Dr. med.
Georg Freiherr von Salis-Soglio
Direktor der Orthopädischen Klinik und Poliklinik
Liebigstraße 20, 04103 Leipzig

Universitätsklinikum Leipzig
Orthopädische Klinik und Poliklinik
Direktor
Herrn Prof. Dr. med. Georg von Salis-Soglio
Liebigstraße 20
04103 Leipzig
12. 10. 2005

Sehr geehrter Herr Professor von Salis-Soglio,

ich bestätige Ihren Brief mit den kritischen Ausführungen zu der Veröffentlichung des Artikels von Prof. Matzen „Zur Entwicklung der Orthopädie an der Universität Leipzig“, im Heft 9/2005 des „Ärzteblatt Sachsen“.

Die 11 Mitglieder des Redaktionskollegiums und ich hatten den Inhalt des Beitrages von Prof. Matzen gelesen, in den Redaktions-sitzungen im Juni und Juli 2005 besprochen, mit Herrn Prof. Matzen ausführlich diskutiert und zur Veröffentlichung einstimmig angenommen. Herr Prof. Dr. Matzen ist seit 13 Jahren kompetentes Mitglied in unserem Redaktionskollegium. Das Redaktionskollegium und ich hatten keinen Zweifel über die Richtigkeit der schriftlichen Darstellung. Es wurde deshalb keine fachspezifische Beurteilung eines zweiten Hochschullehrers eingeholt und der Abdruck des Artikels im Heft 9/2005 des „Ärzteblatt Sachsen“ durchgeführt.

Am 6. Oktober 2005 nahmen die Mitglieder des Redaktionskollegiums den Inhalt Ihres Briefes vom 28. 9. 2005 zur Kenntnis. Ihr Brief wird unter der Rubrik „Leserbriefe“ im Heft 11/2005 in unserem Kammerorgan veröffentlicht.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug
Vorsitzender des Redaktionskollegiums
„Ärzteblatt Sachsen“

Sehr geehrte Redaktion
des „Ärzteblatt Sachsen“ 30. 9. 2005

„Ärztliche Fortbildung und Zertifizierung“ (Ärzteblatt Sachsen 9/2005)

O, wie mich das beruhigt!
Meine CME, verordnet durch SGB und GMG, wird jetzt dank EFN lückenlos erfasst, und jede Teilnahme an einer VNR an die EIV gemeldet. Meine Fortbildungspunkte werden elektronisch verwaltet! Auf einem Punktekonto! Vielleicht mit Zinsen?

Einen persönlichen Barcode habe ich mir jedenfalls schon immer gewünscht. Dank diesem muss ich künftig nicht einmal mehr meinen Namen schreiben, da reicht mein Pharmakugelschreiber länger für die Fortbildungsmit-schriften.

Also nur noch ein Wochenende finden, an dem ich mal keinen Dienst habe oder einen Abend, an dem meine Familie mich sowieso nicht erwartet, eine Fortbildungsveranstaltung mit nicht mehr als dreistelligen Gebühren und eine kraftstoffoptimierte Fahrstrecke ausgewählt, schon ist meine persönliche ärztliche Fortbildung ein Klacks. Der Inhalt ist dabei eigentlich nebensächlich, Hauptsache eine optimale Aufwand-Punkte-Relation.

Und es ist doch sehr beruhigend zu wissen, dass ein Computer (und die daran arbeitenden Personen) lückenlos erfasst, bei welchen Veranstaltungen ich mich in meiner reichlichen Freizeit herumdrücke, welche Fortbildungsthe-men ich bevorzuge (immer wieder gern gehe ich zu den Vorträgen der attraktiven Referen-tin der Firma X) und welche Orte ich gern aufsuche. Und ob ich nach dem Nachtdienst in der Fortbildung einschlafe, merkt der Com-puter ja nicht.

Das System ermöglicht sicher auch weitere zahllose Innovationen. Wie wäre es mit einem neutralen Anruf zu Hause am Samstag Vormittag: „Herr Dr. Y, Sie sind zu Hause? Sie haben sich schon vier Monate nicht fortgebildet! Wenn Sie in einem Jahr Ihr Fortbildungszertifikat erwerben möchten, sollten Sie sich spühen, Ihnen fehlen noch 120 Punkte!“ Da läuft der Arbeitstag gleich doppelt so gut! Oder eine Hotline für Arzt-Ehefrauen oder -männer zur Kontrolle, ob ihr Partner auch wirklich bei der Fortbildung war, zu der er sich verabschiedet hat. Und ob die junge Kollegin etwa auch wieder dabei war. Bei künftigen Bewerbern

könnte ich lückenlos überprüfen, auf welchen Gebieten sich der junge Kollege schon fortgebildet hat. Vielleicht strebt er ja etwas ganz anderes an, als er mir in seiner Bewerbung mitgeteilt hat. Möglicherweise hat er sich besser fortgebildet als ich, das könnte meine Autorität untergraben. Und meine Patienten könnten endlich zuverlässig kontrollieren, ob ich mich in Bezug auf ihre Verdachtsdiagnose ausreichend fortgebildet habe. Nicht zu reden von Krankenkassen oder KV. Wenn wir dann erst den elektronischen Arzt ausweis (Entschuldigung, ich meine natürlich die „health-professional-card“) haben, kann

ich bei der Teilnahmeregistrierung in einem Rutsch nach meiner HPC gleich meine AmEx Gold (Das muss schon sein als Arzt!) durchziehen, um den läppischen Teilnehmerbeitrag zu begleichen. Vielleicht auch noch meine Payback-Karte? Vielleicht kann ich mit genügend Fortbildungspunkten bei Aral eine neue Reisetasche bekommen? Eine Verrechnung mit Punkten in Flensburg wird wohl nicht möglich sein, ich hätte ja meine Sprechstunde ruhig etwas eher beenden können, um pünktlich zur Fortbildung in Z zu erscheinen!

Dr. med. Ulf Winkler, Bautzen

Weihnachtsaufruf 2005

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

Sehr verehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

es war der Wunsch zu helfen, der vor 50 Jahren zur Gründung der Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ führte. Professor Dr. Siegfried Häußler, später Vorsitzender des Hartmannbundes, war der maßgebliche Initiator des Appells Partnerschaften für die Töchter und Söhne ostdeutscher Ärztinnen und Ärzte zu übernehmen, die in der Bundesrepublik studierten. Im Mai 1955 erfolgte ein Aufruf an alle Ärztinnen und Ärzte Westdeutschlands zu der Aktion „Ärzte helfen Ärzten“.

Dieser Aufruf, diese Idee, mündete in die Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“. Das große Gemeinschaftswerk aller Ärzte, Zahn- und Tierärzte, – tatsächlich eine lebendige Brücke zu Kolleginnen und Kollegen, die sich in Not befinden –, hat heute seinen festen Platz in der Stiftungslandschaft.

An die Stiftung treten Halbweisen und Vollweisen aus Medizinerfamilien heran und bitten um Gewährung eines Stipendiums während der Schul- und Berufsausbildung. Außerdem stellen Kinder, deren Eltern sich in finanziell prekärer Situation befinden, Anträge auf Unterstützung. Die Stiftung berät weiterhin u. a. übergesiedelte Kolleginnen und Kollegen aus Mittel- und Osteuropa sowie Kontingentflüchtlinge hinsichtlich ihrer beruflichen Integration.

Die Aufgaben der Stiftung sind umfangreich und werden ständig den sich abzeichnenden

Bedürfnissen angepasst. Dass sie überall dort tätig ist, wo sich große Probleme auftun, zeigte ihr Engagement im Jahre 2002 im Zusammenhang mit der Flutkatastrophe in den neuen Bundesländern. Hier gelang es, über 3,25 Millionen EURO für die betroffenen Mediziner zu sammeln und innerhalb kürzester Zeit diesen Betrag zu verteilen.

In diesem Jahr sammelte die Stiftung für die Ärztinnen und Ärzte, die in Südostasien von der Flutwelle betroffen wurden. Die gesammelten Mittel werden gemeinsam mit dem Weltärztinnenbund und dem Weltärztebund an Betroffene in den zerstörten Regionen weitergegeben.

Gerade in der Vorweihnachtszeit treten aber auch wieder viele Ärztinnen und Ärzte mit der Bitte um Unterstützung ihrer Kinder an die Stiftung heran. Nehmen Sie bitte den 50. Geburtstag und die Bitte Ihrer Kolleginnen und Kollegen in Not zum Anlass einer Spende.

Mit unserer dringenden Bitte um Hilfe verbinden wir nochmals unseren aufrichtigen Dank an alle Einzelspender und Organisationen, die der Stiftung in den letzten 50 Jahren durch ihre Unterstützung geholfen und Mut gemacht haben.

Mit herzlichen kollegialen Grüßen

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

Dr. Köhler
1. Vorsitzender der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung

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

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

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

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

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

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

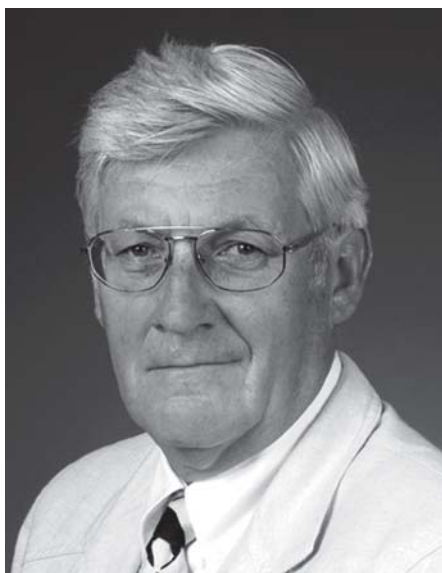
Dr. Dr. Weitkamp
Präsident der Bundeszahnärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der
Deutschen Zahnärztekammern e.V.

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

Dr. Breitling
Präsident der Bundestierärztekammer e.V.

Die Stiftung hat folgende Konten:
„Ärzte helfen Ärzten“,
Deutsche Apotheker- und Ärztebank Stuttgart
Nr. 0001486942 (BLZ 600 906 09),
Postbank Stuttgart Nr. 41533-701
(BLZ 600 100 70) oder Sparkasse Bonn
Nr. 24000705 (BLZ 380 500 00).

Dr. med. Roland Endesfelder zum 70. Geburtstag



Wir ehren einen Jubilar, der sein ganzes Leben der Medizin verschrieben hat.

Herr Dr. med. Roland Endesfelder wurde am 2. November 1935 in Chemnitz geboren und lebt hier mit seiner Gattin, einer Kinder- und Jugendärztin, und seinen zwei Kindern.

Er besuchte die Goetheoberschule in Chemnitz, absolvierte 1954 das Abitur und studierte danach vier Semester Theologie.

1956 wechselte er die Fakultät und studierte bis 1962 Humanmedizin in Leipzig. Er legte sein Staatsexamen ab und promovierte zum Dr. med.

Seine Pflichtassistenzenzeit absolvierte er im Krankenhaus Küchwald in Chemnitz, wobei ihn immer wieder die Chirurgie faszinierte. Nach seinem poliklinischen Jahr als Leiter der Betriebsambulanz des VEB Baumwollspinnerei Karl-Marx-Stadt begann er seine Facharzt-ausbildung 1964, die er 1968 mit der Facharztprüfung als Chirurg beendete.

Von 1968 bis 1972 arbeitete er als Stationsarzt in der Chirurgischen Abteilung des Klinikums Küchwald und wurde 1968 zum Oberarzt ernannt.

Während dieser Zeit übte er das Handwerk eines Visceralchirurgen aus und widmete sich mit Kollegen der Inneren Abteilung des Klinikums ab 1972 in Karl-Marx-Stadt der Einführung von Herzschrittmacher-Implantationen.

1986 begeisterte ihn die Sonographie und besuchte Lehrgänge. Die Einführung der Sonographie im Klinikum musste Herr Dr. Endesfelder auf Grund einer Augenerkrankung leider anderen überlassen.

Privat engagierte er sich rege für Fußball und war maßgeblich beteiligt bei der Gründung einer Fußballärztemannschaft im damaligen Bezirkskrankenhaus Karl-Marx-Stadt, die national und international große Erfolge errang.

Noch während der Wendezeit informierte sich Herr Dr. Endesfelder aus persönlichem Interesse über den Aufbau von ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften.

Seit dieser Zeit bekleidet er das Amt des Vorsitzenden der Kreisärztekammer Chemnitz. Er hat mit großem persönlichem Engagement in seiner Heimatstadt zunächst den Aufbau und danach die ständigen Aufgaben der ärztlichen Selbstverwaltung ehrenamtlich übernommen. Herr Dr. Endesfelder ist seit 1995 Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer und Mitglied des Ausschusses Berufsrecht. Seit 1999 leitet er ehrenamtlich die Bezirksstelle Chemnitz.

Er organisiert monatlich ärztliche Fortbildung der Kreisärztekammer Stadt Chemnitz und regelmäßigen Seniorentreffen, die sich großer Beliebtheit erfreuen.

Die Sächsische Landesärztekammer ehrte anlässlich des Sächsischen Ärztetages 2000 Herrn Dr. Roland Endesfelder mit der Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille für seine außerordentlichen Verdienste in der Berufspolitik der sächsischen Ärzteschaft.

Wir wünschen dem Jubilar weiterhin viel Freude in der Familie, beste Gesundheit, Schaffenskraft und Vitalität für einen neuen Lebensabschnitt.

Dr. med. Romald Gatzke, Chemnitz
Dr. med. Lothar Kubisch, Chemnitz

Prof. Dr. med. habil. Falk Stösslein zum 65. Geburtstag



Herr Professor Dr. med. habil. Falk Stösslein wurde am 2. November 1940 in Dresden geboren. Nach dem Abitur an der Dresdener Kreuzschule 1959 studierte er Medizin von 1960 bis 1962 an der Universitätsklinik Jena, von 1962 bis 1966 an der Medizinischen Akademie Carl Gustav Carus in Dresden. Nach der Approbation 1967 begann er in der neu gegründeten Radiologischen Klinik des Bezirkskrankenhauses Dresden-Friedrichstadt unter Chefarzt Dr. med. habil. F. Sieber die Facharztweiterbildung, die er 1971 erfolgreich als Facharzt für Radiologie abschloss.

Bereits 1967 promovierte er zum Dr. med. mit der „Untersuchung über die Änderung der Atemäquivalenzen bei körperlicher Belastung“. Den jungen Facharzt interessierten vor allem die sich gerade entwickelnde Angiografie und die ersten Anfänge der Interventionsradiologie. Für eine fundierte Ausbildung auf diesem Gebiet verließ er 1975 seine Heimatstadt, um am Institut für kardiovaskuläre Diagnostik der Charité in Berlin zu lernen und später auch zu forschen. Mit seinen Untersuchungen über „Perkutane transvasale Embolisation; Art und Applikation gefäßverschiebender Substanzen“ konnte er sich an der Charité 1984 habilitieren. 1985 wurde er zum Hochschuldozenten für Röntgendiagnostik an der Humboldt Universität Berlin und zum Honorarprofessor der Akademie für Ärztliche Fortbildung in Berlin berufen.

Danach zog es ihn wieder an die Radiologische Klinik Dresden-Friedrichstadt. Nach zweijähriger Tätigkeit als 1. Oberarzt wurde er 1987 Chefarzt dieser Klinik.

Die rasante Entwicklung der Radiologischen Klinik unter seiner Leitung kann hier nur angedeutet werden:

Das erste CT-Gerät wurde bald von einem Spiral-CT abgelöst, es folgten das Vierzeilen-MSCT und das Sechzehnzeilen-MSCT. 1994 wurde ein 1,0 TESLA MRT-Gerät aufgebaut, das später durch ein 1,5 TESLA MRT-Gerät ersetzt wurde. Die digitale Projektionsradiografie verdrängte weitgehend die gute alte Röntgenaufnahme, an ihre Stelle traten das digitale Bildarchivierungs- und Kommunikationssystem (PACS), CD-ROM und Teleradiologie. Durch DSA, optimierte Gefäßkatheter und nichtionische Kontrastmittel konnte das Untersuchungsrisiko der Angiografie erheblich reduziert werden. Parallel dazu entwickelten sich die interventionellen radiologischen Methoden zu einem unverzichtbaren Bestandteil des therapeutischen Arsenal. Professor Stösslein hat diese Entwicklung wesentlich beeinflusst und gestaltet. Unter seiner Leitung wurden die Methoden der perkutanen transvasalen Embolisation erheblich verbessert und auf bisher nicht zugängliche Gefäßprovinzen angewandt. Unser Haus und seine Patienten verdanken Professor Stösslein und seinen Mitarbeitern unter anderem die Etablierung folgender Verfahren:

TIPS, perkutane Nephrostomie, Abszessdrainagen, perkutane transvasale Fremdkörperentfernung, CT-Biopsien, Chemoembolisationen, CT-gestützte ablative Therapie von Lebermetastasen, periradikuläre CT-gestützte Schmerztherapie, CT-gestützte Sympathektomie.

Professor Stösslein war immer bewusst, dass sich die Radiologie nur entwickeln kann, wenn sie engen Kontakt zu den klinischen Disziplinen hält und mit ihren Methoden die Fortschritte bei der Diagnostik und Therapie unterstützt. Radiologen sind anerkannte Partner im Gefäßzentrum, im Brustzentrum und in der Onkologischen Arbeitsgemeinschaft.

Die Ausbildung des radiologischen Nachwuchses war für Professor Stösslein eine besondere Verpflichtung, der er sich mit großem Engagement widmete. Zirka 20 Kolleginnen und Kollegen wurden unter seiner Leitung zu Fachärzten ausgebildet.

Obwohl die wissenschaftliche Arbeit an einem Versorgungskrankenhaus nicht im Vordergrund stehen kann, hat seine Klinik auch auf diesem Gebiet Beachtliches aufzuweisen. Von ihm selbst wurden 62 Publikationen veröffentlicht und 108 wissenschaftliche Vorträge gehalten. Seine Mitarbeiter hat er mit beharrlicher Überzeugungsarbeit dazu veranlasst, sich auf zahlreichen wissenschaftlichen Tagungen und Fortbildungsveranstaltungen mit den Ergebnissen ihrer Arbeit an die Öffentlichkeit zu wagen. Professor Stösslein ist Mitglied des Vorstandes der Sächsischen Radiologischen Gesellschaft und wurde in mehreren Wahlperioden zu deren Vorsitzenden gewählt. Er ist Mitglied der Prüfungskommission Diagnostische Radiologie der Sächsischen Landesärztekammer, Mitglied der Fachkundekommission RöV der SLÄK, war fünf Jahre Mitglied der Weiterbildungskommission der SLÄK und ist mitverantwortlich für die Fortbildung der Dresdner Radiologen.

Seine Berufung zum außerplanmäßigen Professor der Technischen Universität Dresden am 6. August 2001 hat er sich also redlich verdient.

Natürlich wäre Herrn Professor Stössleins Wirken am Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt ohne seine engagierten Mitarbeiter nicht so erfolgreich gewesen. Er hat ihre Stärken und Schwächen meistens richtig erkannt, sie entsprechend eingesetzt, sie motiviert und sich entfalten lassen.

Für das Privatleben muss Herr Professor Stösslein bei seinen beruflichen Erfolgen und Verpflichtungen nur wenig Zeit gehabt haben. Er hat drei Kinder, die ihn zum Opa von sieben Enkeln gemacht haben. Seine Hobbys sind Radfahren und Kanuwandern. Wenn er nicht gerade Rufbereitschaft hatte, besucht er gern die Konzerte der Staatskapelle.

Wenige Wochen nach seinem 65. Geburtstag wird Professor Stösslein nun die Klinik verlassen und einem Jüngeren Platz machen. Wir hoffen, dass Professor Stösslein den Verlust einer Aufgabe, die ihn vollständig ausgefüllt hat, gut verkraftet und die Freiheit und die Schönheit des neuen Lebensabschnittes bei bester Gesundheit im Kreise seiner Familie und Freunde genießen kann.

H.-G. Brandl
im Namen aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
der Radiologischen Klinik Dresden-Friedrichstadt

Unsere Jubilare im Dezember

Wir gratulieren

- 60 Jahre**
- 02. 12. Dr. med. Heyde, Sigrid
04600 Altenburg
 - 05. 12. Dr. med. Göckeritz, Herbert
04105 Leipzig
 - 06. 12. Gerlach, Christina
04579 Espenhain
 - 12. 12. Dr. med. Anders, Miloslav
01309 Dresden
 - 16. 12. Prof. Dr. med. habil. Distler, Wolfgang
01309 Dresden
 - 22. 12. Queck, Wolfgang
01824 Kurort Gohrisch

- 65 Jahre**
- 01. 12. Dr. med. Bolz, Brunhilde
08289 Schneeberg
 - 01. 12. Dr. med. Horn-Kreußler, Sigrid
09599 Freiberg
 - 02. 12. Dr. med. Fickert, Hannelore
01069 Dresden
 - 02. 12. Dr. med. Trenkler, Christian
01917 Kamenz
 - 03. 12. Dr. med. Krumbach, Ernst-Albrecht
04519 Rackwitz
 - 03. 12. Oertel, Manfred
02708 Großschweidnitz
 - 05. 12. Dr. med. Keller, Renate
04157 Leipzig
 - 06. 12. Schlick, Christa
08606 Oelsnitz
 - 06. 12. Seidel, Ingrid
08209 Auerbach
 - 07. 12. Dr. med. Krickau, Marlies
01109 Dresden
 - 09. 12. Dr. med. Hanschke, Reiner
04105 Leipzig
 - 10. 12. Arnholt, Ingrid
01187 Dresden
 - 10. 12. Dr. med. Fröhlich, Elke
09376 Oelsnitz
 - 10. 12. Dr. med. Otto, Lothar
04157 Leipzig
 - 11. 12. Dr. med. Elze, Christel
04277 Leipzig
 - 13. 12. Frank, Ann-Christin
01445 Radebeul
 - 13. 12. Dr. med. Krieger, Ingrid
09429 Hopfgarten
 - 13. 12. Dr. med. Sächse, Christine
04880 Dommitzsch
 - 13. 12. Dr. med. Seyfert, Christian
02829 Markersdorf
 - 14. 12. Dr. med. Gröger, Hans-Günter
09599 Freiberg
 - 14. 12. Koll, Isolde
04416 Markkleeberg
 - 15. 12. Dipl.-Med. Kastl, Helga
08236 Ellefeld
 - 15. 12. Dipl.-Med. Nitzsche, Frank
02727 Neugersdorf
 - 15. 12. Dr. med. Schaarschmidt, Natalia
09112 Chemnitz
 - 16. 12. Dr. med. Meierhöfer, Jürgen
04654 Greifenhain
 - 19. 12. Dr. med. habil. Tilch, Günter
08228 Rodewisch
 - 20. 12. Kühn, Bärbel
02763 Zittau
 - 20. 12. Dr. med. Schmidt, Sieghart
08601 Oelsnitz
 - 21. 12. Dr. med. Steinert, Achim
09235 Burkhardttsdorf

- 22. 12. Dr. med. Mothes, Margit
08280 Aue
- 23. 12. Dr. med. Bullmann, Helga
02827 Görlitz
- 25. 12. Dr. med. Bartsch, Günter
09221 Neukirchen
- 25. 12. Dr. med. Berger, Roswitha
04357 Leipzig
- 25. 12. Dr. med. Müller, Claus
01069 Dresden
- 25. 12. Dr. med. Woitschach, Heidrun
04357 Leipzig
- 26. 12. Trommer, Brigitte
09405 Zschopau
- 27. 12. Dr. med. Löw, Gerda
04275 Leipzig
- 27. 12. Dr. med. Zerm, Reimar
01623 Lommatzsch
- 28. 12. Dr. med. de Haas, Friedrich-Erich
01069 Dresden
- 28. 12. Dr. med. Lehmann, Christine
01217 Dresden
- 28. 12. Dr. med. Wirth, Peter
08233 Treuen
- 29. 12. Dr. med. Brade, Annelies
01257 Dresden
- 31. 12. Dr. med. Aehmelt, Frank
02727 Neugersdorf
- 31. 12. Dr. med. Buchheim, Christine
08547 Jöbnitz
- 31. 12. Dr. med. Dähnert, Jürgen
09514 Lengefeld
- 31. 12. Dr. med. Laue, Dietmar
01159 Dresden

- 70 Jahre**
- 01. 12. Dr. med. Welcker, Ernst-Rulo
01477 Arnsdorf
 - 02. 12. Dr. med. Capek, Ruth
01129 Dresden
 - 04. 12. Dr. med. Hagemoser, Ernst
01157 Dresden
 - 05. 12. Dr. med. Braune, Wilfried
01609 Gröditz
 - 05. 12. Dr. med. von Wolfersdorff, Nikolaus
08371 Glauchau
 - 06. 12. Prof. Dr. med. habil. Dippold, Joachim
04289 Leipzig
 - 06. 12. Dr. med. Schröpfer, Hans-Dieter
02797 Oybin
 - 09. 12. Dr. med. Götz, Claus
02827 Görlitz
 - 11. 12. Dr. med. Böttiger, Helga
04299 Leipzig
 - 11. 12. Dr. med. Hille, Rolf
01462 Niederwartha
 - 11. 12. Risch, Wolfgang
08056 Zwickau
 - 24. 12. Koban, Annemarie
02782 Seifhennersdorf
 - 25. 12. Dr. med. Vehlow, Ulrich
04668 Grimma
 - 29. 12. Dr. med. Schulz, Manfred
01796 Pirna

- 75 Jahre**
- 09. 12. Dr. med. Höhne, Klaus
01219 Dresden
 - 10. 12. Satzger, Jelena
08058 Zwickau
 - 30. 12. Nowak, Margot
01217 Dresden

- 80 Jahre**
- 06. 12. Dr. med. Santanche, Guiseppa
04509 Zwochau
 - 10. 12. Dr. med. Butter, Brigitte
02625 Bautzen
 - 19. 12. Dr. med. Müller, Lenore
09599 Freiberg
 - 20. 12. Dr. med. Greiner, Hans-Joachim
09224 Grüna
 - 23. 12. Dr. med. Liebold, Christa
09599 Freiberg
 - 30. 12. Prof. Dr. sc. med. Hajduk, Frantisek
09111 Chemnitz

- 81 Jahre**
- 13. 12. Prof. Dr. med. habil. Cossel, Lothar
04277 Leipzig
 - 27. 12. Dr. med. Staude, Sigrid
04177 Leipzig
 - 31. 12. Dr. sc. med. Kretzschmar, Wolfgang
02625 Bautzen

- 83 Jahre**
- 01. 12. Dr. med. Ermisch, Herbert
02763 Zittau
 - 29. 12. Dr. med. Günther, Waltraute
04177 Leipzig

- 85 Jahre**
- 01. 12. Dr. med. Wehnert, Hans
01454 Radeberg
 - 15. 12. Dr. med. Gebhardi, Rosemarie
08523 Plauen
 - 17. 12. Prof. Dr. med. habil. Haller, Hans
01069 Dresden
 - 29. 12. Prof. em. Dr. med. habil. Pickenhain, Lothar
04275 Leipzig

- 86 Jahre**
- 06. 12. Dr. med. Steffan, Otto
08645 Bad Elster

- 87 Jahre**
- 21. 12. Dr. med. Hellfritsch, Fritz
01589 Riesa
 - 26. 12. Dr. med. habil. Brandt, Heinz
04860 Torgau / Elbe

- 88 Jahre**
- 11. 12. Dr. med. Schenkel, Hans-Joachim
08412 Werdau

- 90 Jahre**
- 15. 12. Dr. med. Weisbach, Hans-Georg
08056 Zwickau

- 91 Jahre**
- 31. 12. Dr. med. Born, Helmut
01326 Dresden

- 92 Jahre**
- 10. 12. Dr. med. Rudolph, Peter
01445 Radebeul
 - 18. 12. Dr. med. Emmrich, Kurt
09127 Chemnitz
 - 23. 12. Dr. med. Steuer, Margarethe
08371 Glauchau

- 95 Jahre**
- 13. 12. Dr. med. Kasperek, Bernhard
08645 Bad Elster

Tonometer nach Dr. Wendt

Das interessante Objekt – IV

Universität Leipzig
Karl-Sudhoff-Institut



Abb. 1: Schiötz-Tonometer

Aus der Medizinhistorischen Sammlung des Karl-Sudhoff-Instituts für Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften

Die Tonometrie – das Messen des Augeninnendruckes – gehört heute zum Standardrepertoire eines jeden Augenarztes. Das dazugehörige Instrumentarium ist vielen Laien ein geläufiger Begriff – das Tonometer. Mit seiner Hilfe bestimmt der Arzt die Höhe des im Auginnern vorherrschenden Druckes. Diese Angaben helfen ihm, diagnostische Aussagen zu treffen und ggf. therapeutische Interventionen einzuleiten. Das bekannteste Krankheitsbild, zu dessen charakteristischen Merkmalen eine Erhöhung des Augeninnendruckes gehört, ist das Glaukom – der grüne Star. Ohne drucksenkende Maßnahmen – seien sie konservativ oder operativ – läuft der Patient Gefahr, auf dem befallenen Auge zu erblinden.

Bevor Ende des 19. Jahrhunderts die Druckmessung durch spezielle Geräte erfolgte, hatte der Arzt nur die Möglichkeit der palpatorischen Messung; mit Hilfe beider Zeigefinger, die er auf den Augapfel aufdrückte, prüfte er den Widerstand, der sich einer Eindellung des Bulbus entgegenstellte. Je größer dieser Widerstand war, desto härter war der Augapfel – ein sicheres Zeichen für einen erhöhten Innendruck. Da aber diese „Druckmessung“ vor der Einführung der Lokalanästhesie des Auges nur durch die Augenlider erfolgen konnte und vor allem keine messbaren Werte zu erhalten waren, unterlag diese Art der Messung starken subjektiven Schwankungen.

Als erster hatte der Berliner Augenarzt Albrecht von Graefe (1828 bis 1870) auf die Notwendigkeit einer quantitativ vergleichbaren instrumentellen Messung hingewiesen und dafür 1862 ein Gerät konstruiert, das jedoch nicht praktisch eingeführt wurde. 1885 gab Aleksej Nikolaevič Maklakov (1847 bis 1895) sein Applanationstonometer bekannt. 1905

stellte Hjalmar Schiötz (1850 bis 1927) der Fachwelt das von ihm entwickelte Impressions-tonometer vor (Abb. 1 Schiötz-Tonometer), das von seinem Wirkprinzip her das gebräuchlichste Messinstrument der westlichen Welt wurde. Beiden Erfindungen vorausgegangen war die Einführung der Lokalanästhesie des Auges, durch Karl Koller (1857 bis 1944) 1884 verkündet.

Immer wieder wurde das Schiötz-Tonometer modifiziert, so auch von dem Leipziger Walter Wendt, etwa von 1922 bis 1925 Assistenzarzt der Universitäts-Augenklinik Leipzig. Er veröffentlichte 1925 in den „Klinische(n) Monatsblätter(n) für Augenheilkunde“ (S. 604 – 612) einen Beitrag mit der Überschrift „Ein neues Tonometer“. Darin beschreibt er ein von ihm modifiziertes Schiötz-Tonometer (Abb. 2 Tonometer nach W. Wendt). Auch bei ihm wurden Gewichte benutzt, um die Tiefe der Hornhauteindellung zu messen. Neu daran ist aber, dass die Übertragung der Gleitstabbewegung auf den Zeiger – nicht wie beim originalen Schiötz-Tonometer mit Hilfe eines Hebels – nun durch eine Zahnradkonstruktion erfolgt. Wendt hatte genau diese Hebelübertragung als Fehlerquelle charakterisiert und sie durch Messungen bewiesen. Seine Zahnradübertragung begründete er folgendermaßen:

- „1. Durch sie wird eine in allen Tiefen des Eindrucks gleichmäßige Uebertragung gewährleistet. [...]“
2. Dabei ist das die Hornhaut eindrückende Gewicht in jeder Tiefe des Eindrucks gleich [...]. Diese beiden Eigenschaften bieten die Gewähr für ein übereinstimmendes Arbeiten aller nach dem gleichen Prinzip gebauten Apparate.“
3. Sie ermöglicht ein grösseres Uebertragungsverhältnis und damit eine bequemere Ablesbarkeit.“
4. Da ihr Mechanismus sich auf geringen Raum zusammendrängen lässt und ein geringes Gewicht hat, lässt sich ein schützendes Gehäuse anbringen.“

Auch das Aufsetzen der Gewichte auf den Hebelarm, wie es beim Schiötz-Tonometer der Fall ist, kann mögliche Fehler hervorrufen. Deshalb wurden beim Wendtschen Tonometer das Grundgewicht und die Zusatzgewichte auf die Spitze des Gleitstabes gesteckt.

„Der Gleitstab besteht [...] aus zwei Teilen: der obere bewirkt die Uebertragung und steckt nur um etwas mehr als 2 mm beweglich in der Metallkapsel. An seinem unteren Ende trägt er eine kleine Platte von poliertem gehärtetem



Abb. 2: Tonometer nach W. Wendt

Stahl, die bei der Messung auf der gleichfalls aus gehärtetem Stahl bestehenden, schwach abgerundeten Kappe des unteren Gleitstabteils ruht.“

Diese ragt aus einer Metallkapsel hervor, die den feinen Übertragungsmechanismus vor Berührung und anderen äußeren Einflüssen schützt. Auch die abzulesende Skala wurde durch einen glasklaren Zelluloiddeckel gesichert. Gebaut wurde dieses Gerät von der Firma Heinrich Diel, Fabrik wissenschaftlicher Instrumente, in der Leipziger Albertstraße 28 (heute: Riemannstraße). Dieser ließ sich das Instrument patentieren (Reichspatent-Nr. 446681 vom 22. 8. 1925). Der Erwerbspreis betrug 1925 68,- Mark.

Heinrich Diel wurde am 2. 8. 1874 in Dermbach geboren und starb am 28. 2. 1930 in Leipzig. 1892 zog Diel nach Leipzig und meldete am 1. 4. 1905 sein Gewerbe an. Im Adressbuch von 1906 ist folgende Eintragung zu finden: „H. Diel, Werkstatt für wissenschaftliche und technische Präzisionsinstrumente, Albertstr. 27“. 1930 konnte man lesen: „H. Diel, Fabrik phys. und psychol. Apparate, gegründet 1905, Albertstr. 28“. (Diese Angaben sind vom Sächsischen Staatsarchiv Leipzig übermittelt worden.)

Durchgesetzt hat sich das Modell von Wendt nicht. Die Augenärzte benutzten weiterhin das Schiötz-Tonometer, bis in den 60-er Jahren des 20. Jahrhunderts ein modifiziertes Applanationstonometer (nach Goldmann) Eingang in die ophthalmologische Praxis fand.

Dr. Sabine Fahrenbach
Universität Leipzig, Karl-Sudhoff-Institut
Medizinhistorische Sammlung
Augustusplatz 10, 04109 Leipzig

Mediziner und Malerei X

Ausstellung
Torgau

**Jubiläumsausstellung in Torgau
bis 13. Januar 2006**

Eine nicht nur für Ärzte sehenswerte Kunstausstellung lädt noch bis zum 13. Januar 2006 zum Besuch nach Torgau ein. Die reizvolle Präsentation künstlerischen Schaffens von Ärzten aus ganz Deutschland öffnete am 1. Oktober 2005 in Köthen/Anhalt die Pforten der dortigen Martinskirche und zog zwei Wochen später nach Torgau um.

Nicht ohne Grund trafen die ausstellenden Ärzte zuerst in Köthen zusammen, denn hier liegt die Wiege der Ausstellungsreihe. Der Köthener Allgemein- und Arbeitsmediziner Dr. Peter Erdmenger war es, der vor 17 Jahren den Grundstein für eine beachtliche Entwicklung legte. Nachdem „Mit Stethoskop und Palette“ von malenden Berliner Medizinern den Restriktionen des realsozialistischen Alltags der späten DDR zum Opfer fiel, brachte Peter Erdmenger mit hartnäckigem Einsatz im Jahr 1988 mit sieben Ausstellern eine Wiedergeburt der Kunstpräsentationen malender Ärzte unter dem neuen Namen „Mediziner und Malerei“ zustande. Dem Wirken von Peter Erdmenger ist es zu verdanken, dass sich bereits 1990 mutige Kollegen aus dem Westen Deutsch-



Dr. med. Heinrich Gröning, Grassoden-Häuser auf Island, Acryl 2005

lands fanden, die, wie besonders Dr. P. A. Freyschmidt aus Springe/Deister mit dazu beitrugen, dass auch in der Freizeitkunst von Ärzten zusammenwuchs, was zusammen gehört und sich viele persönliche Freundschaften entwickelten.

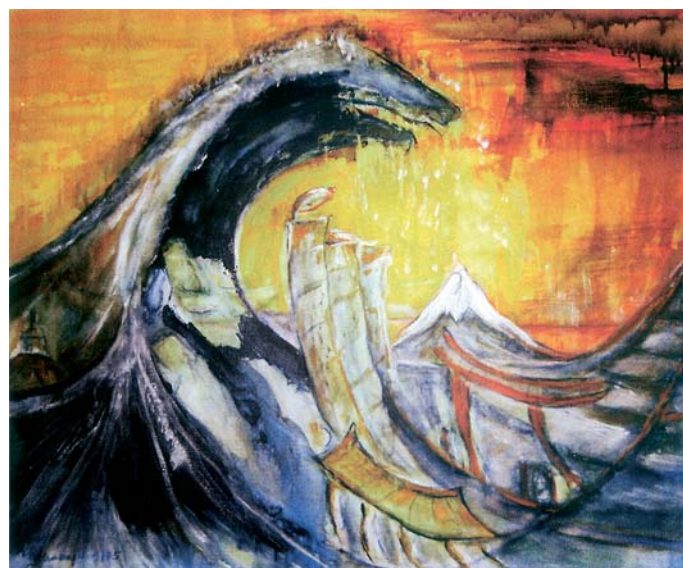
Schnell war es selbstverständlich geworden, dass die Ausstellungen auch in anderen Städten Deutschlands, zum Beispiel Hannover, Springe, Mannheim, Hamburg, Gütersloh und anderen stattfanden, mehrmals davon auch wie jetzt in zwei Städten.

Es ist ja nicht neu, dass unter den Medizinern manche der verschiedensten künstlerischen Talente zu finden sind. Jedenfalls aber ist es verblüffend, welch breites Spektrum das künstlerische Schaffen der ausstellenden Mediziner umfasst, die zum Teil Autodidakten sind, viele andere wieder Studienzeiten bei

namhaften Künstlern genossen haben. Die erstaunliche Vielfalt der unterschiedlichen Malstile und skulpturellen Exponate der Ausstellung widerspiegelt den Pluralismus in der zeitgenössischen Kunst; die künstlerische Kreativität und Qualität bleibt heute nicht mehr nur ein Privileg des „geschulten“ Künstlers. Die 34 Medizinerkünstler gestalten mit



Dr. med. habil. Wolfram Knöfler, Auflösung einer Idee, Mischtechnik 2001



Dr. med. Peter Erdmenger, Tsunami, Acryl/Leinwand 2004



Dr. med. Rainer Frenzel, J.S. Bach
„Kunst der Fuge – Schluss“, Materialcollage 2004

ihrer 10. Ausstellung zum 15. Jahrestag der Deutschen Einheit in Köthen und Torgau eine beeindruckende und wirklich gesamtdeutsche Jubiläumsfeier. Gleich sieben sächsische Ärzte eifern einem berühmten Vorbild, dem Dresdener Arzt und Maler der Romantik, Carl Gustav Carus, nach und präsentieren Auszüge aus ihrem künstlerischen Schaffen.

Die in Dr. Peter Erdmengers Regie unter intensiver Mitarbeit der Kunst- und Kulturvereine von Köthen und Torgau gestaltete Ausstellung ist mit Unterstützung des Torgauer Landratsamtes und der Stadtverwaltung jetzt und noch bis zum 13. Januar 2006 in Räumen des Schlosses Hartenfels zu sehen, in denen im vergangenen Jahr die großartige 2. Sächsische Landesausstellung untergebracht war. Der Besucher dieser bemerkenswerten Ausstellung im Schloss Hartenfels wird mit einem ästhetischen Genuss von besonderer Art belohnt.



Dr. med. Dietmar Augustin, Fünf Türme,
Tempera 2004

Dr. med. Frank Henjes
Bahnhofstraße 4, 04860 Torgau

Konrad Maass Sehstücke – Malerei

Ausstellung
Dresden



Olevano, Ölleinwand 2005

Der Rostocker Konrad Maass (Jg. 1952) begeisterte sich schon als junger Mann für die Dresdner Malkultur. Im Jahr 1977 bestand er die Aufnahmeprüfung an der Hochschule für Bildende Künste Dresden. Gleichwohl wählte er zunächst den Weg des Autodidakten, dem sich zehn Jahre später ein privates Meisterstudium bei Harald Metzkes anschloss. Begleiter fand der junge Maler in Wilhelm Rudolph, Stefan Plenkers, Egon Pukall und Rainer Zille. Unter anderem mit Wolfgang

Kühne, Günter Hein und Helge Leiberg traf er sich – das erinnert an die jungen „Brücke“-Künstler – zum wöchentlichen Aktzeichnen. Akte, Porträts, Landschaften und Atelierszenen sind auch wesentliche Sujets im Schaffen des Malers Konrad Maass. Neben aus der Situation und dem Moment geborenen Studien entstehen im Atelier komponierte Bilder. Sie zeichnen sich oft durch die Wiederkehr bestimmter Architekturelemente wie Bögen und Säulen aus und vermitteln dem Betrachter teils ein „südliches“ Flair. Inspirationen für seine Gemälde, Grafiken, Zeichnungen und Collagen zieht Konrad Maass, abgesehen von den Kontakten zu Kollegen und Freunden, nicht zuletzt aus der „südlichen“ Aura der Kulturlandschaft um das Blaue Wunder, in dessen Nähe – in der Villa Marie und seit 1985 im Künstlerhaus in Loschwitz – er lebt, sowie aus Reisen, besonders den regelmäßigen Italienaufenthalten seit 1992. 1996 traf ihn ein großer Verlust: 26 Jahre Arbeit fielen einem Atelierbrand zum Opfer.



Mein Strandatelier, Ölleinwand 2005

Dr. Ingrid Koch, Dresden

**Ausstellung im Foyer und in der 4. Etage
der Sächsischen Landesärztekammer,
17. November 2005 bis 15. Januar 2006,
Montag bis Freitag 9.00 bis 18.00 Uhr,
Vernissage: 17. November 2005, 19.30 Uhr.**