

Ärzteblatt Sachsen



Inhalt 9/2006

Editorial	Ärzte wählen Ärzte	452
Berufspolitik	Gesetzeswidrige Befristung von Weiterbildungsverträgen	453
	Erfolgreicher Ärztestreik?	454
	Zehn Fragen an den Vorsitzenden der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung	456
	Steigende Anzahl von Ärzten im Ruhestand	458
	Gefühlter Ärztemangel – Eine Stadt sucht Hausärzte	458
	Fördermittel für Weiterbildungsassistenten	459
	Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	460
Gesundheitspolitik	Raucherambulanz in Dresden	462
	Welt Nichtrauchertag 2006	464
Amtliche Bekanntmachungen	Eintragungen in das Partnerschaftsregister	465
Mitteilung der Geschäftsstelle	Sächsischer Gesundheitspreis 2006	465
	Konzerte und Ausstellungen	465
	Spendenaufruf für Tansania	465
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	466
Originalien	Glücksspielen und Glücksspielsucht	467
	Allgemeinmedizinische Verantwortung des Zahnarztes	481
Mittelhefter	Wahlordnung der Sächsischen Landesärztekammer 13. Satzung zur Änderung der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung	471 – 478
Buchbesprechungen	Das Gewissen der Medizin	482
	100 Fälle der Allgemeinmedizin	483
	Abkürzungslexikon Medizinischer Begriffe	485
Leserbriefe	Dr. med. Lothar Markus	484
	Dr. med. Brigitte Knüpfer	485
	Impressum	486
Medizingeschichte	100. Geburtstag Dr. Sommer	486
Personalia	Dr. med. Gerhard Gruner zum 90. Geburtstag	487
	Prof. Dr. med. habil. Klaus Ludwig zum 65. Geburtstag	488
	Prof. Dr. med. habil. Georg Michael Fleischer zum 65. Geburtstag	489
	Unsere Jubilare im Oktober	490
	Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Ferdinand Dieterich	492
Kunst und Kultur	Ausstellung: Steffi Deparade-Becker	493
	Ausstellung: Malerei und Grafik e.V.	493
Beilage	Fortbildung in Sachsen – November 2006	

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

Ärzte wählen Ärzte



Die vierte Wahl des Ärzteparlaments der Sächsischen Landesärztekammer geht zu Ende. Deshalb rufe ich alle Ärztinnen und Ärzte des Freistaates Sachsen auf, sich zu den anstehenden Wahlen für die verschiedenen Gremien der Sächsischen Landesärztekammer zu bewerben. Vor allem unsere jüngeren Kolleginnen und Kollegen sollten sich für berufspolitische Themen in der Sächsischen Landesärztekammer zur Verfügung stellen und sich aktiv an der Selbstverwaltung beteiligen, denn es geht um Ihre Zukunft als Arzt oder Ärztin. Und nur eine starke, kompetente Selbstverwaltung kann unsere Interessen wirksam wahrnehmen.

In politisch turbulenten Zeiten, wie wir sie gerade erleben, ist es besonders wichtig, mit den politischen Akteuren im Gespräch zu bleiben und unsere Positionen klar und unmissverständlich zu vermitteln. Und so gern wir manchmal den Hörer einfach auflegen oder die Tür zuschlagen möchten, im Sinne unserer ärztlichen Selbstverwaltung und im Interesse unserer Patienten wäre dies nicht sinnvoll. Wir haben die Chance, der Poli-

tik und auch der Bevölkerung die Meinung der sächsischen Ärzte zur Gesundheitspolitik zu vermitteln und so unseren Interessen Geltung zu verschaffen.

Die Mitglieder der Ausschüsse, der Kammerversammlung und der Kreisärztekammern sind engagierte Streiter für die ärztliche Profession. Und für dieses Engagement bedarf es eines stetigen Nachwuchses. Im kommenden Jahr finden wieder Wahlen zur Kammerversammlung statt. Dann wählen Ärzte Ärzte. Dafür benötigen wir die Bereitschaft zur Mitwirkung von den „alten Hasen“ aber auch neuer Kollegen.

Zurückliegend lässt sich eine ganze Reihe von wichtigen Neuerungen und Änderungen festhalten, die durch die ärztliche Selbstverwaltung auf den Weg gebracht wurden. Davon möchte ich hier nur einige nennen:

- Frühzeitige Thematisierung des Ärztemangels und Initiierung von Gegenmaßnahmen,
- die Abschaffung des AiP,
- die Einführung des Facharztes für Innere und Allgemeinmedizin,
- die Änderung der (Muster-) Weiterbildungsordnung,
- die Einführung des Fortbildungszertifikates,
- die Änderung des Heilberufekammergesetzes,
- neue Aufgaben für unsere Ethikkommission.

Aber es liegen absehbar noch sehr viele Probleme vor uns. Durch die Ökonomisierung des Gesundheitssystems werden wir mit Fragen und mit Angriffen auf die ärztliche Freiberuflichkeit konfrontiert, denen wir zumeist sehr schnell begegnen müssen. An dieser Stelle sind unsere „Ehrenamtler“ besonders gefordert. Die aktuelle Gesundheitspolitik macht eine

aktive Mitarbeit der Ärztekammer notwendig und sie muss Motor einer ethisch-medizinischen Debatte bleiben.

Ich lege Ihnen, sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, deshalb ans Herz, sich für eine Mitarbeit in der ärztlichen Selbstverwaltung zu entscheiden. Nutzen Sie die Möglichkeit, in unseren Ausschüssen zu hospitieren. Kommen Sie zu unseren öffentlichen Veranstaltungen, auch bei den Kreisärztekammern.

Und gerade für junge Ärzte bietet sich in der ärztlichen Selbstverwaltung die Chance, sich um die Belange des ärztlichen Berufsstandes einzusetzen.

Wie erfolgreich aktive Mitgestaltung sein kann, zeigten die Streiks vor allem der jungen Ärzte in den Krankenhäusern. Damit die Ärztekammer Vertreterin der Ärzteinteressen sein kann, brauchen wir vor allem die kreative Mitarbeit der jungen Kolleginnen und Kollegen.

Sehr geehrte Leser, das ist der Moment, um Sie auf die Neuwahl einzustimmen. Es wird nach meiner Einschätzung einen Generationenwechsel geben, der Staffeltab wird von den erfahrenen Kollegen der ersten Stunde übergeben werden an junge Ärzte. Dafür benötigen wir Kandidaten, die bereit sind für neue Aufgaben und Wähler, die sich mit ihrer Stimme an der Wahl beteiligen. Die Wählerlisten liegen ab 16. November 2006 aus.

Die Kandidatenvorschläge müssen bis spätestens 13. Februar 2007 bei den Kreiswahlausschüssen vorliegen.

Informationen zum Wahlverlauf und zu den Auflegungsorten finden Sie im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 10/2006, und im Internet unter www.slaek.de.

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

Gesetzeswidrige Befristung von Weiterbildungsverträgen



Erik Bodendieck

Deutscher und Sächsischer Ärztetag fassten Beschlüsse zur gesetzeswidrigen Befristung von Weiterbildungsverträgen

In diesem Jahr standen der 109. Deutsche Ärztetag und der 16. Sächsische Ärztetag unter dem besonderen Zeichen der Proteste der Ärzteschaft. Insbesondere Ärztemangel, unangemessene Arbeitszeiten und schlechte Bezahlung prägten und prägen die Diskussionen. In diesem Kontext fassten beide Gremien den Beschluss, Weiterbildungsbefugten die Befugnis zu entziehen oder zu kürzen, insofern an Weiterzubildende Arbeitsverträge ausgegeben werden, welche kurze oder ultrakurze Laufzeiten haben. Zunehmend werden auch der Sächsischen Landesärztekammer Fälle bekannt, in denen junge Ärztinnen und Ärzte Arbeitsverträge mit Laufzeiten von einem halben oder sogar nur einem viertel Jahr erhalten.

Erwartungsgemäß führten diese Beschlüsse zu heftigen Diskussionen. Es ist jedoch eine Tatsache, dass Arbeitsverträge mit Ärztinnen und Ärzten zum Zwecke der Weiterbildung ungesetzlich sind („Gesetz über befristete Arbeitsverträge mit Ärzten in der Weiterbildung“ vom 15. Mai 1986, zuletzt geändert durch Gesetz vom 27. Dezember 2004), wenn deren Laufzeit kürzer als die Dauer der Weiterbildungsbefugnis des Weiterbilders ist. Weiterhin können nach § 4 der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer, insofern im Teil B und C nichts anderes bestimmt ist, nur Tätigkeitsabschnitte anerkannt werden, welche mindestens eine Dauer von sechs Monaten hatten.

Die Sächsische Landesärztekammer ist den sächsischen Weiterbildern für ihre bisher geleistete Arbeit überaus dankbar. Daten belegen eine überwiegend hohe Qualität der Weiterbildung.

Die tiefgründigen Diskussionen in den Gremien brachten verschiedene Facetten zutage. Insbesondere wurde durch Weiterbilder ein zu geringer Einfluss auf Personal- und kaufmännische Verwaltung beklagt. Dieses Problem hat sich in den letzten Jahren sicher erheblich verschärft. Wir bedauern dies ausdrücklich und möchten mit diesen Beschlüssen die Stellung der Weiterbilder gegenüber ihren Verwaltungen stärken. Die Ärzteschaft und auch die Krankenhäuser können nicht auf Weiterbildungsassistenten verzichten. Die Aussage, „Stellen nur mit Fachärzten zu besetzen“ greift zu kurz, da dann in einigen Jahren keine Fachärzte mehr zur Verfügung stehen, wenn heute keine mehr weitergebildet werden.

Es darf ebenso nicht sein, dass nur die Arbeitskraft der Weiterbildungsassistenten dazu benutzt wird, Lücken in den Kliniken zu schließen. Wir müssen in solchen Fällen einen erheblichen Rückgang der Qualität der Weiterbildung befürchten.

Ich möchte noch einen weiteren Gesichtspunkt der Diskussionen ansprechen. In unserem Land werden immer wieder familien- und kinderfeindliche Arbeits- und Lebensbedingungen beklagt. Wirtschaftliche Unsicherheit der jungen Menschen und insbesondere des Nachwuchses unserer Berufsgruppe führen allerdings nach wie vor dazu, dass sich junge Menschen abwenden und im Ausland ihre Chance suchen. Diese Aussagen lassen sich gut durch ebenso erhobene Daten sichern. Eine Familiengründung bedarf der wirtschaftlichen Sicherheit und Perspektive nicht nur für ein halbes Jahr oder ein Jahr, sondern für längere Zeit. Wir dürfen nicht vergessen, dass bereits ein langes Studium hinter den Weiterbildungsassistentinnen und Assistenten liegt.

Lassen Sie uns gemeinsam die Zukunft der Ärzteschaft sichern. Die Sächsische Landesärztekammer sieht darin eine ihrer vornehmsten Aufgaben.

Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten, welche negative Erfahrungen mit Arbeitsverträgen unterhalb der gesetzlichen Bestimmungen gemacht haben, können sich an die Sächsische Landesärztekammer wenden.

Erik Bodendieck
 Arzt für Allgemeinmedizin
 Vorstandsmitglied der
 Sächsischen Landesärztekammer

Erfolgreicher Ärztestreik?



Nach fast acht Wochen Streik der Ärzteschaft in den Städtischen Kliniken und Ärztedemonstrationen – zuletzt am 16. August 2006 in Dresden und in Frankfurt am Main – ist der Tarifkonflikt an den 700 kommunalen Krankenhäuser seit dem 17. August 2006 beendet.

In Dresden forderten am 16. August 2006 über 200 Ärztinnen und Ärzte aus den Kliniken Dresden Friedrichstadt, Dresden Neustadt, Klinikum „Sankt Georg“ Leipzig und Klinikum Riesa nochmals bessere Arbeitsbedingungen und leistungsgerechte Bezahlung und führten einen Fackelzug durch die Innenstadt durch.

Die Ärztegewerkschaft Marburger Bund und die Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände haben sich am 17. August 2006 auf einen Tarifabschluss für die rund 70.000 Ärzte an Städtischen Kliniken und Kreiskrankenhäuser geeinigt. Mit diesen Tarifkompromissen schaffte es der Marburger Bund, seine Organisation als eigenständige Ärzte-Gewerkschaft gegen die über große Konkurrenz von Verdi sich zu etablieren. Der Vorsitzende des Marburger Bundes, Dr. med. Frank Ulrich Montgomery, bezeichnete den erstmals ohne Verdi ausgehandelten Tarifvertrag als einen „Meilenstein in der Gewerkschaftsgeschichte“.

Der rückwirkend am 1. August 2006 in Kraft tretende Tarifvertrag hat grundsätzliche Bedeutung. Erstmals wurden die Arbeitsbedingungen der Ärzte in kommunalen Krankenhäusern flächendeckend durch einen eigenständigen Tarifvertrag geregelt. Er bildet ein solides Fundament für Verbesserungen auf den Gebieten des Arbeitsschutzes und der Vergütung.



Folgende Eckpunkte wurden von den Verhandlungspartnern vereinbart:

■ Arbeitszeit

Es wurde eine wöchentliche Arbeitszeit von 40 Stunden ausgehandelt, wobei Ärzten im Tarifgebiet West die Möglichkeit gegeben wurde, eine Teilzeitbeschäftigung im Umfang von 38,5 Stunden pro Woche zu vereinbaren.

■ Bereitschaftszeit

In der Bereitschaftsdienststufe mit der höchsten Arbeitsbelastung kann die tägliche Arbeitszeit von 8 Stunden durch den Bereitschaftsdienst grundsätzlich auf bis zu 18 Stunden, unter der Voraussetzung einer Dienst- oder Betriebsvereinbarung auch bis zu 24 Stunden, verlängert werden. Die wöchentliche Höchstarbeitszeit darf 58 Stunden nicht überschreiten.

■ Vergütung des Bereitschaftsdienstes

Der Bereitschaftsdienst wird als Arbeitszeit gewertet. Die Ärztegewerkschaft Marburger Bund erzwang Einkommensanhebungen von 10 bis 13 Prozent. Im Vergleich zum zuvor geltenden Bundesangestellten-Tarifver-



trag liegt das Plus allerdings nur zwischen 1,5 und 4 Prozent. In den neuen Bundesländern zahlen die Kliniken 95,5 Prozent der Westgehälter. Ab Mitte 2007 werden es 97 Prozent sein. 87 Prozent der Mitglieder des Marburger Bundes haben diesem Tarifvertrag zugestimmt.

Mehrkosten für Kliniken befürchtet

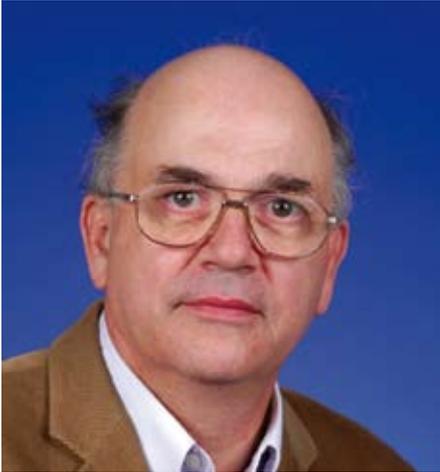
Für die Kliniken in den Städten und Kreisen entstehen wahrscheinlich Mehrkosten von 500 Millionen Euro, in Sachsen nach Einschätzung der Krankenhausgesellschaft etwa 40 Millionen Euro jährlich. Der deutsche Städte- und Gemeindebund befürchtet, dass der Druck zur Privatisie-

rung von Krankenhäusern und zum Personalabbau vor allem im Pflegebereich durch diesen Tarifvertrag deutlich zunehmen könnte. Kliniken mit finanziellen Problemen würden auch gezwungen sein, die Mehrbelastungen durch den Abschluss über „Rationalisierungsmaßnahmen“ aufzufangen. Die Stadt Dresden erwägt bereits den Ausstieg aus der Tarifgemeinschaft und die Umwandlung der Kliniken Friedrichstadt und Neustadt in eine GmbH. Details zum Tarifvertrag unter www.marburger-bund.de

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

Zehn Fragen an:

Interview
des Monats



**Herrn Prof. Dr. med. habil. Otto Bach,
Vorsitzender der Sächsischen Akademie
für ärztliche Fort- und Weiterbildung**

1. Seit wann leiten Sie den Ausschuss?

Ich bin seit 1993 Mitglied der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Sächsischen Landesärztekammer und seit 4. April 1997 Vorsitzender.

2. Was hat Sie bewogen, im Ausschuss mitzuarbeiten?

Im Rahmen der Neuordnungen und Neugestaltungen von berufspolitischen Strukturen nach 1989 hatte ich großes Interesse in der ärztlichen Selbstverwaltung mitzuwirken und wurde vom damaligen Präsidenten, Prof. Dr. med. habil. Heinz Dietrich, angesprochen, für das Amt zu kandidieren.

3. Wie viele Mitglieder aus welchen Fachgebieten hat der Ausschuss (stationär/ambulant)?

Satzungsgemäß besteht die Akademie aus 13 Mitgliedern, die nach Gruppen von Ärzten in folgenden Vertreterzahlen gewählt werden:

- mindestens vier niedergelassene Ärzte,
- mindestens vier angestellte Ärzte,

- mindestens zwei Ärzte aus universitären Einrichtungen Sachsens,
- mindestens ein Arzt aus dem öffentlichen Gesundheitswesen.

4. Was sind die aktuellen Schwerpunkte der Ausschussarbeit?

Die aktuellen Schwerpunkte sind:

- das Fortbildungszertifikat und die damit verbundenen Vereinfachungen der Erfassung von Fortbildungsveranstaltungen, deren Bepunktung sowie die Führung der Punktekonten der Ärzte. Informationstechnische Vereinfachungen sollen den bürokratischen Aufwand vermindern und die Servicequalität für die Ärzteschaft verbessern.
- Organisation und inhaltliche Vorbereitung unterschiedlicher Fortbildungsangebote durch die Kammer.

5. Was war die bisher interessanteste Fragestellung/Aufgabe?

Die Aufgaben der Akademie werden getragen von aktuellen Anforderungen der Fort- und Weiterbildung, den Intentionen, die diesbezüglich vom Senat für Fortbildung der Bundesärztekammer ausgehen, Fragestellungen die sich aus der aktuellen Gesundheitspolitik ergeben und natürlich Vorschlägen, die vom Vorstand der Kammer, von Mitgliedern der Akademie und fortbildungsinteressierten Ärzten unserer Region ausgehen.

Dabei werden der Arbeitsprozess selbst und die Ergebnisse im Wesentlichen bestimmen, in welchem Umfang man die Tätigkeit als interessant bezeichnen kann.

6. Warum würden Sie jungen Ärzten die Mitarbeit im Ausschuss empfehlen und was würden Sie ihnen mit auf den Weg geben?

Ich würde jüngeren Kollegen die Mitarbeit in der Akademie empfehlen, weil sie

dann aus ihrer Sicht Vorschläge für die ärztliche Fort- und Weiterbildung einbringen könnten.

7. Was würden Sie gern ändern?

Die Tätigkeit der Akademie hat optimale Rahmenbedingungen, so dass aktuell keine Änderungsvorschläge vorliegen.

8. Welche Unterstützung benötigen Sie für die Tätigkeit im Ausschuss?

Die Akademie wird in ihrem Bemühen vom Kammervorstand, von den Hochschullehrern der beiden Universitäten und vielen Ärzten Sachsens unterstützt. Sie hat enge Beziehungen zum Weiterbildungsausschuss und zum Ausschuss Ärztliches Qualitätsmanagement.

Die Arbeit kann nur deshalb in guter Qualität geleistet werden, weil auch die hauptamtlich tätigen Kolleginnen und Kollegen in den Referaten Fort- und Weiterbildung solide Arbeit leisten und sich bemühen, den sächsischen Ärzten freundlich und serviceorientiert zu begegnen.

9. Welche Schwerpunkte sehen Sie in der Zukunft?

Die zukünftigen Schwerpunkte ergeben sich aus den ständig neuen Aufgaben an eine zeitgemäße ärztliche Fort- und Weiterbildung.

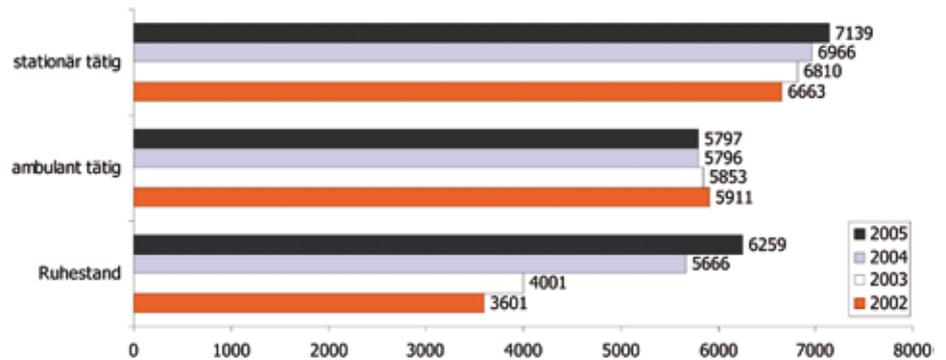
10. Wie würden Sie die aktuelle Gesundheitspolitik in einem Satz beschreiben?

Die aktuelle Gesundheitspolitik ist gekennzeichnet durch zentralistische Tendenzen, zunehmende Bürokratisierung und Einengung der Freiberuflichkeit des Arztberufes. Die Wurzeln dieser Tendenzen mögen in einer gewissen Ratlosigkeit liegen, gegenläufige Tendenzen der Bevölkerungsentwicklung, der Höherentwicklung (und damit Verteuerung) der Medizin und dem Anspruch, allen Bürgern alles was moderne Medizin bietet, zur Verfügung stellen zu müssen, in Übereinstimmung zu bringen.

Steigende Anzahl von Ärzten im Ruhestand

Die Sächsische Landesärztekammer verzeichnet in den letzten vier Jahren steigende Arztzahlen. Diese Entwicklung trifft aber nur auf den stationären Bereich sowie bei Ärzten im Ruhestand. Allein die Anzahl der Ärzte, welche sich im Ruhestand befinden, hat sich im Zeitraum 2002 bis 2005 fast verdoppelt (siehe Grafik).

Im ambulanten Bereich, also vor allem bei den Fachärzten für Allgemeinmedizin, ist dagegen ein stetiger Rückgang von 5.911 Ärzten im Jahre 2002 auf 5.797 Ärzte im Jahre 2005 nachzuweisen. Es gab zum 31.12.2005 114 ambulant tätige Ärzte in Sachsen weniger als im Jahr 2002. Dieser Trend wird sich nach Einschätzung der Sächsischen Landesärztekammer weiter fortsetzen, weil die Rahmenbedingungen für eine ärztliche Tätigkeit in eigener Niederlassung permanent schlechter werden und der Altersdurchschnitt von 51,8 Jahren bei dieser Arztgruppe sehr hoch ist. Vor allem die gerin-



Grafik: Arztzahlen 2002 bis 2005

gere Vergütung im Vergleich zu den alten Bundesländern sowie die Bürokratie werden als Ablehnungsgründe von jungen Ärzten genannt, wenn es um die Übernahme einer Praxis in Sachsen geht.

Der Anstieg der Arztzahlen im stationären Bereich wird auf den erhöhten Bedarf an Ärzten auf Grund der Spezialisierung von Leistungen zurück geführt. Über den enormen Anstieg bei den Ärzten im

Ruhestand, unter ihnen sind viele Ärzte aus anderen Bundesländern, kann nur spekuliert werden. Vielleicht haben diese Ärzte Sachsen als besonders schönes Land für den Lebensabend entdeckt.

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

Gefühlter Ärztemangel – Eine Stadt sucht Hausärzte



Dr. med. Lutz Liebscher

„Drohender Hausärztemangel in der Versorgungsregion Döbeln – Mochau – Rosswein“ lautet der Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen.

Wenn Hausärztemangel nur „droht“, besteht ein Mangel per definitionem noch nicht wirklich! Das empfinden aber Einwohner und verbliebene Hausärzte dieser Region ganz anders: Die Wartezimmer sind überfull, die Wege zur Praxis werden länger, Hausbesuche werden immer seltener gefahren, die effektive Arzt-Patienten-Kontaktzeit wird immer kürzer. Weil die praktizierenden Hausärzte nach Schließung von sechs Hausarztpraxen während der letzten zwei Jahre ihr kapazitives Limit erreicht, oder in einzelnen Fällen auch überschritten haben, wird es insbesondere für chronisch Kranke immer schwieriger, einen neuen Hausarzt zu finden. Und die Ärzte kommen immer öfter in ethische Konflikte, wenn sie verständlicherweise die Betreuung neuer Patienten ablehnen (müssen), um die Qualität der Betreuung ihrer bisherigen Stammpatienten

nicht zu gefährden. Wir leben offensichtlich in einer Zeit, in der das Gefühl einen status quo objektiver erfasst als Statistiken und Instanzen!

Abhilfe könnten nur neue, junge Hausärzte schaffen, aber diese kamen bisher trotz intensiver Bemühungen der unterschiedlichen Ärzte nicht. – Warum will bloß keiner „raus aufs Land“? Dabei ist Döbeln eine nach der Flut 2002 frisch renovierte, liebenswerte kleine Stadt mit Gymnasium, Berufsschule, Theater, Kino, Stadtbad, Diskothek, reizvoller Umgebung und guter Infrastruktur ...

Helfen wollen bei der Ansiedlung neuer Hausärzte alle. Unter Regie der Kreisärztekammer suchen Kommune, Landrat und Kassenärztliche Vereinigung Sachsen nach neuen, nicht nur finanziellen Anreizen.

Ohne Investitionsrisiko (und ersteres ganz neu für Sachsen) wäre die Anstellung in

einer hausärztlichen Ambulanz am Stadt-
krankenhaus in Döbeln (Jobsharing mög-
lich) oder als Sicherstellungsassistent bei
einem Hausarzt in Voll- oder Teilzeit. Bei
eigener Niederlassung stehen individuell
gestaltbare Praxisräumen in einem sich
neu entwickelnden Ärztehaus im Zentrum
der Stadt zur Verfügung. Auf Grundlage
des eingangs zitierten Beschlusses, der
bei Verfassung noch nicht schriftlich vor-

lag, ist sind finanzielle Förderungen als
Investitionspauschale oder fallzahlabhän-
gige Vergütungszuschläge denkbar.

So hofft eine Region eigentlich nicht
unberechtigt auf hausärztlichen Nach-
wuchs.

Hier lässt es sich recht gut leben, der
Berufsstand wird noch geachtet und
junge Ärzte sind willkommen – bei Kom-
mune, Patienten und Kollegen!

Ansprechpartner:

Kreisärztekammer Döbeln
Dr. med. Lutz Liebscher, Nordstraße 29,
04720 Döbeln, Tel.: 03431 701891
Dr. med. Petra Pabst, Däbritzer Str. 13,
04749 Ostrau, Tel.: 034362 32278

Kassenärztliche Vereinigung Leipzig,
Herr Christoff, Herr Beder,
Tel.: 0341 2432-126

Fördermittel für Weiterbildungsassistenten

Mit dem Ziel, Fachärzte für Allgemein-
medizin für eine Niederlassung in länd-
lichen Regionen zu interessieren und
damit einer drohenden Unterversorgung
im hausärztlichen Bereich vorzubeugen,
hat der Landesausschuss der Ärzte und
Krankenkassen in seiner Beratung am
12. Juli 2006 neue Fördermaßnahmen be-
schlossen. Danach können Weiterbildungs-
assistenten während der Zeit ihrer Wei-
terbildung in niedergelassenen Praxen
einen zusätzlichen Förderbetrag von 600
Euro je Monat erhalten. Voraussetzung

dafür ist, dass sie ihre Weiterbildung in
Planungsbereichen absolvieren, in denen
eine Unterversorgung droht. Aktuell sind
das folgende Planungsbereiche: Land-
kreis Torgau-Oschatz, Landkreis Döbeln,
Mittlerer Erzgebirgskreis, Landkreis Aue-
Schwarzenberg, Landkreis Freiberg, Gör-
litz-Stadt/Niederschlesischer Oberlausitz-
kreis, Muldentalkreis, Weißeritzkreis und
Landkreis Riesa-Großenhain.

Die monatliche Förderung erfolgt nur
dann, wenn sich die Weiterbildungsassis-
tenten verpflichten, nach Beendigung der

Weiterbildung drei Jahre in Sachsen im
niedergelassenen vertragsärztlichen Be-
reich tätig zu sein. Die Regelung zur För-
derung gilt für Weiterbildungsassistenten,
die ab dem 1. August 2006 die Weiterbil-
dung in der vertragsärztlichen Versorgung
in oben genannten Planungsbereichen
aufnehmen.

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

Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie Eine „neue“ Arztbezeichnung?

Mit Beschluss der Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer vom 26. Juni 2004 wurde im Rahmen der neuen Weiterbildungsordnung, von der Aufsichtsbehörde genehmigt seit dem 26. November 2005, die Zusatzbezeichnung Hämostaseologie eingeführt. Damit wird erstmals dem Tätigkeitsfeld der Gerinnungsstörungen eine Anerkennung als eigenständige Bezeichnung auch im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung eingeräumt. Seit Jahrzehnten sind auch im Bundesland Sachsen Kollegen in diesem vielseitigen Bereich tätig. Im letzten Jahrhundert kamen viele grundlegende Erkenntnisse zum Gerinnungssystem von namhaften Ärzten auch aus dem sächsischen Raum. Stellvertretend dafür sollte Paul Morawitz stehen, welcher durch seine Entdeckungen auf dem Gebiet des Wirkmechanismus des Thrombins entscheidend den Weg der Hämostaseologie beeinflusste.

Die Hämostaseologie umfasst die Erkennung und Behandlung der okkulten und manifesten Thromboembolien und Blutungsneigung bei vererbten und erworbenen Gerinnungsstörungen. Ziel der neu eingeführten Zusatzbezeichnung ist somit die Erlangung der fachlichen Kompetenz in diesem Tätigkeitsfeld. Dies erscheint zunächst als ein Randbereich der Medizin und wurde deshalb bisher nur im Rahmen der fachbezogenen Weiterbildung in der Inneren Medizin, Pädiatrie, Transfusionsmedizin und Laboratoriumsmedizin gelehrt. Tatsächlich stellt die Hämostaseologie jedoch ein fachübergreifendes Wissen dar, welches sich in vielfältigen Krankheitsbildern äußert. Blutungen aus erworbenen oder angeborenen Ursachen im plasmatischen oder thrombozytären Bereich sind tägliche Probleme insbesondere der invasiven Fachdisziplinen. Durch eine gezielte Diagnostik und Therapie der Blutungsneigung können vielfach Komplikationen vermieden oder entsprechend erfolgreich therapiert werden. Spezielle Krankheitsbilder, wie zum Beispiel die Hämophilie oder die von Willebrand

Erkrankung, sind durch gute Therapieführung in der heutigen Zeit behandelbare Erkrankungen und haben, bei rechtzeitiger Diagnosestellung, eine sehr gute Prognose. Im Bereich der thromboembolischen Erkrankungen ist die Einschätzung des thrombophilen Risikos für die Durchführung der medikamentösen Therapie und Prophylaxe häufig erforderlich. In der Gynäkologie ist das Thromboseisiko im Zusammenhang mit der Einnahme hormoneller Kontrazeptiva oder postmenopausaler Hormone zu bewerten. Hämostaseologische Probleme können auch im Schwangerschaftsverlauf auftreten, zum Beispiel stellen Lungenembolien hierzulande die Haupttodesursache in der Schwangerschaft dar. Weitere Beispiele der Vielfältigkeit dieses Tätigkeitsfeldes sind Fragen der fibrinolytischen Behandlung, Primär- oder Sekundärprophylaxe bei Herzinfarkt und Schlaganfall. In der Pädiatrie trägt die Abklärung einer Blutungsneigung vor operativen Eingriffen zur Vermeidung von Blutungskomplikationen bei. Auffällige Befunde bei der Gerinnungsdiagnostik, welche im breiten Spektrum der Medizin durchgeführt wird, sind meist nur mit Hilfe eines hämostaseologisch erfahrenen Kollegen zu interpretieren, welcher aus Anamnese und Befund die Notwendigkeit für eine erweiterte Diagnostik und Therapie einschätzen kann.

Weitere Beispiele könnten angefügt werden und unterstreichen die Bedeutung der Hämostaseologie, aber auch dessen interdisziplinären Charakter. Da die Hämostaseologie gerade nicht einem einzelnen Gebiet zugeordnet werden kann, ist deren Bezeichnung als eigenständige Zusatz-Weiterbildung ein folgerichtiger Schritt.

Mit dem Ziel der Erforschung wissenschaftlicher Grundlagen der Hämostaseologie existiert seit 1956 die „Gesellschaft für Thrombose und Hämostaseforschung e.V.“ (GTH), welche Mitglieder aus Deutschland, Österreich und der Schweiz umfasst. Außerdem beschäftigen sich

zahlreiche nationale und internationale Journale mit hämostaseologischen Fragestellungen. Da die Hämostaseologie auch von berufspolitischer Bedeutung ist, nicht zuletzt aufgrund der Novellierung des Transfusionsgesetzes, welches einen „hämostaseologisch qualifizierten Arzt“ (§34 Änderung des Arzneimittelgesetz) zur Behandlung mit Gerinnungskonzentraten fordert, wurde 2002 ein eigenständiger Berufsverband (Berufsverband der Deutschen Hämostaseologen, BDDH e.V.) ins Leben gerufen.

Damit stellt sich die Frage: Was kennzeichnet einen Hämostaseologen und in welchem Umfeld wurde/wird er bisher tätig?

Die neue Weiterbildungsordnung setzt zunächst die Facharztanerkennung in den Gebieten Chirurgie, Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Anästhesiologie, Gynäkologie/Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Laboratoriumsmedizin, Neurologie oder Transfusionsmedizin voraus. Dies unterstreicht erneut, dass der Hämostaseologe innerhalb verschiedener Gebiete klinisch und ambulant tätig werden soll. Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten sind durch die Weiterbildungsinhalte der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 26. November 2005 definiert.

Bisher und in Zukunft wird der Hämostaseologe im medizinischen Alltag interdisziplinär sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich tätig.

Die Aufgabe des Hämostaseologen im Krankenhaus besteht in der fachübergreifenden Betreuung von stationären Patienten mit Gerinnungsstörungen. Neben der Substitutionstherapie bei Patienten mit Gerinnungsstörungen im Rahmen von invasiven Eingriffen spielt auch die Diagnostik der unklaren Blutungsneigung oder von Gefäßverschlüssen eine wichtige Rolle. Eine enge Kooperation mit dem Labormediziner, dem Angiologen und

Transfusionsmediziner ist dafür eine entscheidende Voraussetzung. Die Zusammenarbeit mit den ambulant tätigen KollegInnen zur Gewährleistung der Patientenbetreuung ist ebenfalls unabdingbar. An einigen Einrichtungen ist eine klinikgebundene Ambulanz vorhanden, so dass auf Zuweisung auch eine ambulante Diagnostik und Therapie von Patienten mit Gerinnungsstörungen, insbesondere in der Pädiatrie, erfolgen kann.

Ein relativ neues Betätigungsfeld für den Hämostaseologen besteht innerhalb einer niedergelassenen hämostaseologischen Schwerpunktpraxis mit entsprechendem Speziallabor. Die Synergie zwischen der klinisch orientierten Praxis und einem hämostaseologischen Speziallabor unter einem Dach ist gerade im Rahmen der Blutgerinnungsdiagnostik aufgrund der sehr speziellen Prä- und Analytik von besonderer Bedeutung. So sind zahlreiche Laboruntersuchungen, wie zum Beispiel die Prüfung der Thrombozytenfunktion, nur direkt am Patienten durchführbar. Viele hämostaseologische Erkrankungen (zum Beispiel rezidivierende Thrombosen bei Thrombophilie, Hämophilie) sind keine einmaligen Ereignisse, sondern begleiten Patienten und Behandler über viele Jahre. Dabei ist die langfristige und personenbezogene Kontinuität bei der Patientenbetreuung in einer Schwerpunktpraxis von besonderer Wichtigkeit.

Zusammenfassung

Der Hämostaseologe ist heute im Bereich verschiedener medizinischer Fachgebiete im Krankenhaus, der Ambulanz oder einer Schwerpunktpraxis tätig. Vom hämostaseologisch erfahrenen Arzt ist zu erwarten, dass angeborene und erworbene Blutgerinnungsstörungen aufgrund spezieller Kenntnisse und Erfahrungen mit Hilfe einer differenzierten Labordiagnostik erkannt und behandelt werden können. Die große Chance der neuen Weiterbildungsordnung mit Einführung der Zusatzbezeichnung Hämostaseologie besteht darin, dass in Zukunft hämostaseologisch

erfahrene Kolleginnen und Kollegen im Krankenhaus und in der Praxis als solche erkennbar und damit weitere Möglichkeiten einer qualifizierten Konsultation eröffnet werden.

Anschriften der Verfasser:

Dr. med. Ute Scholz,
FÄ für Innere Medizin/Hämostaseologie
Praxis für Blutgerinnungsstörungen/Hämophilie,
Strümpellstraße 40, 04289 Leipzig

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Ralf Knöfler,
FA für Kinder- und
Jugendmedizin/Hämostaseologie
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus,
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Raucherambulanz in Dresden

Der herausragenden epidemiologischen Bedeutung des Rauchens als mit Abstand wichtigstem Risikofaktor für schwere Erkrankungen und vorzeitigen Tod steht noch immer ein vergleichsweise untergeordneter Stellenwert im deutschen Gesundheitsversorgungssystem gegenüber. Mit jährlich ca. 140.000 tabakbedingten Todesfällen allein in der Bundesrepublik stellt Tabakrauchen die weitaus häufigste Einzelursache für vorzeitigen Tod dar (an Platz 2: Alkoholbedingte Erkrankungen mit ca. 40.000 Todesfällen). Nach Angaben der WHO ist Tabakrauchen für 80 bis 90 Prozent der chronischen Atemwegserkrankungen und für 80 bis 85 Prozent der Lungenkrebskrankungen sowie für 25 bis 43 Prozent aller KHK verantwortlich.

90 Prozent aller Raucher wollen sich das Rauchen abgewöhnen. Doch diverse Metaanalysen der Rauchstoppversuche in naturalistischen Settings belegen, dass nur 2 bis 3 Prozent der Raucher es ohne professionelle Hilfe schaffen, sich das Rauchen abzugewöhnen und auch langfristig Nichtraucher zu bleiben (12-Monatsabstinenz). Tabakrauchen führt zu einer letztlich schwerer zu überwindenden psychischen Anhängigkeit als die meisten der illegalen so genannten „harten Drogen“. Aus diesen Gründen ist eine professionelle Tabakentwöhnungstherapie unbedingt empfehlenswert. Allerdings mangelt es bislang an evidenzbasierten und wissenschaftlich evaluierten Therapieangeboten.

Im Rahmen eines BMBF-geförderten versorgungsepidemiologischen Forschungsprojektes zur Therapie- und Betreuungssituation von Rauchern im Hausarztsetting (SNICAS-Projekt, Prof. Wittchen) an knapp 30.000 Patienten in 800 repräsentativ ausgewählten Hausarztpraxen zeigte sich, dass die Versorgungssituation mit Tabakentwöhnungsangeboten nach wie vor sehr unbefriedigend ist. Einerseits beklagten die befragten Ärzte zu Recht die begrenzten Möglichkeiten zur Tabakentwöhnung in der eigenen Praxis, auf der anderen Seite war aber nur gut ein



Das Team der Raucherambulanz Dresden

Drittel der Ärzte der Ansicht, dass entwöhnungsbereite Raucher an spezialisierte Kollegen oder Einrichtungen überwiesen werden sollten. Die Hauptursache liegt in der geringen Versorgungsdichte oder fehlender Informationen bezüglich spezialisierter Einrichtungen oder Therapeuten. Es offenbart sich hier ein hohes Versorgungs- und Informationsdefizit, da über 80 Prozent der Primärärzte keine spezialisierten Tabakentwöhnungs-Anbieter in ihrer Region bekannt waren.

Aus diesem Grund wurde seit Anfang 2005 die Raucherambulanz Dresden (RAD) am Institut für klinische Psychologie und Psychotherapie der TU Dresden aufgebaut, die fortlaufend ein professionelles, individuell abgestimmtes Intensivtraining zur Tabakentwöhnung unter der Leitung des Psychologen Priv.-Doz. Dr. Stephan Mühlig anbietet. Das Angebot richtet sich an alle jugendlichen und erwachsenen Raucher, die mit dem Rauchen aufhören wollen.

Mit zunehmender Evidenz ist festzustellen, dass verhaltenstherapeutische Gruppenprogramme zur Tabakentwöhnung mit promptem Rauchstopp die erfolgreichsten Interventionsmethoden gegen Nikotinabhängigkeit darstellen. Der Erfolg derartiger Programme lässt sich bei schwer abhängigen Rauchern durch eine Kombi-

nation mit Nikotinsubstitutionspräparaten oder Entzugsmedikamenten noch signifikant steigern. Die Raucherambulanz Dresden verwendet dementsprechend ein komplexes Entwöhnungsprogramm, welches ausschließlich auf wissenschaftlich geprüften Entwöhnungstherapien basiert, aber sowohl verhaltenstherapeutische wie medikamentöse Verfahren einschließt. Das Konzept basiert im Wesentlichen aus Bausteinen zur systematischen Verhaltensänderung, welche durch individuell abgestimmte Angebote zur Nikotinsubstitution (mittels Nikotinpflaster, -kaugummi) oder Entzugssymptombehandlung (Zyban® – in Absprache mit dem Hausarzt) ergänzt werden.

Um das individuell abgestimmte Intensivprogramm zu realisieren, wird zunächst bei allen Teilnehmern eine ausführliche Psychodiagnostik mittels Fragebögen und ggf. einem diagnostischen Interview (CIDI) durchgeführt. Neben Psychoedukation, Motivation und Selbstbeobachtung lernen die Teilnehmer den Aufbau alternativen Verhaltens und den Umgang mit Risikosituationen im Alltag sowie möglichen Rückfällen. Insgesamt umfasst das Programm 10 Sitzungen à 90 Minuten, die 1- bis 2-wöchentlich stattfinden. In Gruppen von 8 bis 12 Personen wird der Rauchstoptag vorbereitet, festgelegt und realisiert. Die Kurse werden zwar als

Gruppentraining durchgeführt, das konkrete Vorgehen wird jedoch individuell auf der Grundlage der ausführlichen Vorbefragung abgestimmt. Besonderes Augenmerk wird auf die Vermittlung von Strategien zur langfristigen Beibehaltung der Tabakabstinenz gelegt sowie auf die Einübung von Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe. Zu diesem Zweck wird das Training durch zwei neuartige Komponenten ergänzt, zum einen die Einführung in die „Angewandte Entspannung“ nach Öst zum anderen ein systematisches Bewegungs- und Ernährungstraining. Nach dem Kurs werden die Kursteilnehmer noch sechs Monate lang telefonisch begleitet, um Unterstützung zu geben und die Effektivität der Maßnahme zu evaluieren und zu optimieren. Die Kurse werden von den Mitarbeitern ehrenamtlich und zum Selbstkostenpreis durchgeführt. Zur Deckung der laufenden Kosten ist eine geringe Teilnahmegebühr von 100 Euro erforderlich, von denen 75 Euro von den Krankenkassen zurückerstattet werden.

Momentan wird versucht, homogene Indikationsspezifische Gruppen unter anderem für Hochrisikoraucher (Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen und Schwangere sowie deren Partner) zu bilden. Dieses Indikationsspezifische problemfokussierte Vorgehen hat sich empirisch als überlegen herausgestellt.

Die Kurse beginnen fortlaufend und finden immer Montagabend in den Räumlichkeiten des Instituts für Klinische Psychologie und Psychotherapie im „Falkenbrunnen“ (Chemnitzer Str. 46, 01187 Dresden) statt.

Nach Prochaska und DiClemente ist der Rauchausstieg, wie jeder Prozess der Verhaltensänderung, ein dynamischer Lernvorgang und kein linearer Weg. Der Prozess vollzieht sich in sechs Stufen, wobei mehrfaches Vor- und Zurückschreiten zwischen den Phasen zum normalen

Änderungsprozess gehört. In der Stufe der Absichtslosigkeit zeigt der Raucher keine Intention, sein Rauchverhalten in nächster Zeit zu ändern. Im Gegensatz dazu ist sich die Person in der 2. Stufe (Absichtsbildung) der Problematik des Rauchens bewusst. Sie erwägt es, das Tabakrauchen in gewisser Zeit eventuell aufzugeben, ist aber noch nicht bereit, es konkret anzugehen. In der Stufe der Vorbereitung, ist der Raucher dann entschlossen, das Rauchen zu beenden und geht bereits erste Schritte in diese Richtung. In dieser Stufe der Handlung zeigen die Personen das Zielverhalten Nichtrauchen. Sobald das Nichtrauchen stabilisiert ist (mindestens sechs Monate rauchfrei), wobei durchaus Ausreiter möglich sind, ist die letzte Stufe, die Aufrechterhaltung des Zielverhaltens, erreicht.

Ärzte die an einer Kooperation interessiert sind, können jederzeit mit der Rau-

cherambulanz Dresden unter folgender Adresse Kontakt aufnehmen.

Raucherambulanz Dresden

Leiter: Priv. Doz. Dr. Stephan Mühlig
 Besucheradresse:
 Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie
 (Dir.: Prof. H. U. Wittchen)
 Chemnitzer Str. 46, 01187 Dresden
 Anmeldung:
 Telefon: 0351 463 36973
 Telefax: 0351 463 36984
 e-mail:
 raucherambulanz_dresden@web.de

Priv.-Doz. Dr. Stephan Mühlig
 Leiter der AG „Rauchen und Tabakentwöhnung“
 und der „Raucherambulanz Dresden (RAD)“
 TU Dresden, Institut für Klinische
 Psychologie und Psychotherapie,
 Chemnitzer Straße 46, 01187 Dresden

Weltnichtrauchertag 2006

Workshop mit Signalwirkung Rauchfreie Krankenhäuser in Sachsen ausgezeichnet

Anlässlich des Weltnichtrauchertages am 31. Mai 2006 führte die Krankenhausgesellschaft Sachsen im Zusammenhang mit der sächsischen Staatsregierung und dem Deutschen Netz Rauchfreier Krankenhäuser einen Workshop und einen Erfahrungsaustausch zur Thematik „Rauchfreies Krankenhaus“ durch.

Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen spielen im Bereich der Gesundheitsförderung und speziell in der Tabakprävention eine wesentliche Rolle. Erklärtes Ziel der sächsischen Staatsregierung ist die Verringerung des Tabakkonsums in öffentlichen Einrichtungen. Rauchfreie Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen können einen wesentlichen Beitrag zur Realisierung dieser Zielstellung leisten, betonte die Sozialministerin, Frau Helma Orosz.

Mit Hilfe geeigneter Maßnahmen und Projekte können Einrichtungen die Motivation und Aufrechterhaltung des Tabakverzichts ihrer Patienten und Mitarbeiter unterstützen. Dies gelingt nicht nur durch allgemeine Rauchverbote, sondern vor allem durch verschiedene Angebote zur Tabakentwöhnung sowohl für Patienten als auch für das Personal.

Herr Dr. Stephan Helm, Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Sachsen, unterstrich, dass das Rauchfreie Krankenhaus nicht als statistischer Zustand zu verstehen ist, sondern als eine dynamischer Prozess, dessen Umsetzung in Etappen unter Einbeziehung aller Beteiligten über bisherige Organisationsstrukturen hinweg erfolgt. Eine erfolgreiche Implementierung in weiteren sächsischen Einrichtungen erfordert ein Zusammenwirken der Verbände und eine vernetzte Kommunikationsbasis, um Handlungs-



Feierliche Übergabe der Zertifikate durch Frau Staatsministerin Orosz

möglichkeiten und Umsetzungsschritte zu koordinieren.

In der anschließenden regen Podiumsdiskussion tauschten die Teilnehmer Erfahrungen mit der Durchführung verschiedener Maßnahmen und Projekte aus. Motiviert durch die Erfolge der bereits zertifizierten Rehabilitationseinrichtungen und Krankenhäuser, wird im Freistaat Sachsen zukünftig eine Arbeitsgruppe als Plattform installiert, um dem Erfordernis der Eindämmung des Tabakkonsums als gesellschaftliche Aufgabe zum Schutz der Gesundheit und der Nichtraucher Rechnung zu tragen.

Im Rahmen des Workshops fand eine feierliche Übergabe des Zertifikates zur Erfüllung des Kodex des Europäischen Netzwerkes rauchfreier Krankenhäuser durch die Sächsische Staatsministerin für Soziales, Frau Helma Orosz, statt. Erfreulicherweise konnten bereits sechs Einrichtungen des Freistaates Sachsen große Erfolge bei der Förderung des Nichtrauchens im Krankenhaus verbuchen: der Gesundheitspark Bad Gottleuba, das Klinikum Pirna, die Sächsische-Schweiz-Klinik Sebnitz, das Malteser St. Johannes Krankenhaus Kamenz und die Orthopädische Klinik Hohwald. Eine besonders hohe Zielerreichung bei der Umsetzung

der Kodexerfüllung wurde der Paracelsusklinik Am Schillergarten in Bad Elster bescheinigt, sie erhielt das Zertifikat im Silberstatus.

Das Deutsche Netz Rauchfreie Krankenhäuser ist ein Projekt des Deutschen Netzes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser e.V. und wird seit Juli 2005 im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums aufgebaut. Dem Netz unter der Schirmherrschaft der Drogenbeauftragten des Bundes, Frau Sabine Bätzing, MdB, haben sich bereits über 50 Krankenhäuser angeschlossen. Weitere Informationen erhalten sie unter

www.rauchfreie-krankenhaeuser.de
Krankhausgesellschaft Sachsen
Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser

Anmerkung der Redaktion:

Bremen verbietet als erstes Bundesland das Rauchen in Krankenhäusern. Ausnahmeregelungen gibt es nach dem Gesetz nur, wenn das Rauchen aus Therapiegründen nicht untersagt werden soll. Hierüber muss ein Arzt entscheiden.

Auch in Schulen gilt absolutes Rauchverbot. Verstöße können mit Bußgeldern bis zu 1.000 Euro geahndet werden.

Eintragungen in das Partnerschaftsregister

Bekanntmachung der Neueintragung im Partnerschaftsregister des Amtsgerichtes Leipzig, Registergericht

Neueintragungen

PR 109 13.07.2006 Dr. Bauer und Dr. Gabert Ärztinnen Partnerschaft, Leip-

zig, (Petersstraße 1, 04109 Leipzig). Partnerschaftsgesellschaft. Gegenstand der Partnerschaft: Betrieb einer Frauenarztpraxis mit Schwerpunkt Reproduktionsmedizin und gynäkologische Endokrinologie. Die Partner vertreten gemeinsam. Partner: Dr. Gabert, Astrid, Frauenärztin, Leipzig, *17.07.1962, vertretungsberech-

tigt gemeinsam mit der Partnerin Dr. Katharina Bauer. Partner: Dr. Bauer, Katharina, Frauenärztin, Pinneberg, *10.03.1966, vertretungsberechtigt gemeinsam mit der Partnerin Dr. Astrid Gabert.

ra

Sächsischer Gesundheitspreis 2006

Die AOK Sachsen hat den Sächsischen Gesundheitspreis ins Leben gerufen. Mit 20.000 Euro Preisgeld zeichnet die AOK von nun an Jahr für Jahr Projekte aus, die die Gesundheit fördern.

Das Thema des Preises 2006 lautet:

Gesundheitsförderung im frühen Kindesalter.

Bewerben kann sich jeder, der ein herausragendes und erfolgversprechendes Präventions-Projekt für Kinder gestartet hat, Institutionen, Unternehmen, Initiativen, Vereine, aber auch Privatpersonen.

Bitte senden Sie Ihre Bewerbung bis zum 30. September 2006 per Post oder E-Mail an: AOK Sachsen, Abteilung Gesund-

heitsförderung, 01058 Dresden; E-Mail: service.sachsen@sac.aok.de.

Informationen und Unterlagen zur Bewerbung erhalten Sie unter www.aok-sachsen.de oder direkt bei dem Ansprechpartner der AOK Sachsen: Herrn Dr. Hartmut Günther, Tel. 0351 4946-15102.

Konzerte und Ausstellungen

Konzert

Festsaal der
Sächsischen Landesärztekammer

Sonntag, 1. Oktober 2006, 11.00 Uhr

Junge Matinee

Werke von Dresdner Komponisten

Verknüpft werden die Darbietungen

durch Wissenswertes und

Anekdotisches zur Musik.

Schülerinnen und Schüler des

Heinrich-Schütz-Konservatoriums e. V.

Ausstellungen

Foyer der Sächsischen

Ärzteversorgung

Britta Kayser

Mensch – Tier – Natur

Malerei und Grafik

Ausstellungen

Foyer der Sächsischen
Landesärztekammer und 4. OG

Andreas Dress

Ein Lebenstanz

bis 17. September 2006

Steffi Deparade-Becker

Der unendliche Moment

Collage – Malerei

20. September 2006 bis

12. November 2006

Vernissage

Donnerstag, 21. September 2006,

19.30 Uhr

Einführung: Dr. phil. Ingrid Koch,

Kulturjournalistin, Dresden

Spendenaufruf für Tansania

Für den Aufbau einer gemeinnützigen Klinik in Dar-es-Salaam, Tansania, suchen wir insbesondere (ältere, funktionstüchtige) Endoskopie- und Ultraschallgeräte sowie Klinikbedarf aller Art. Weitere Informationen sowie Kontakt: Katharina.Schmidt@uniklinikum-dresden.de



Foto: Köhler



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 Innere Medizin/Rheumatologie – fachärztlich
Reg.-Nr. 06/C046

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum
24.09.2006

Chemnitzer Land

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich*)
Reg.-Nr. 06/C047

Mittweida

Facharzt für Chirurgie
Reg.-Nr. 06/C048

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 07.10.2006 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel.: (0371) 27 89-406 oder 27 89-403 zu richten.

■ Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Dresden-Stadt

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Reg.-Nr. 06/D058

Görlitz-Stadt / Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 06/D060

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum
22.09.2006

Sächsische Schweiz

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Reg.-Nr. 06/D059

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10.10.2006 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 8828-330, zu richten.

■ Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Döbeln

Facharzt für Orthopädie
Reg.-Nr. 06/L044
Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Reg.-Nr. 06/L045

Delitzsch

Facharzt für Orthopädie
Reg.-Nr. 06/L046

Muldentalkreis

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 06/L047

Leipzig-Stadt

Facharzt für HNO-Heilkunde
Reg.-Nr. 06/L048

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 12.10.2006 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

Chemnitz-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: 01.02.2008

Freiberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: 2007
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

Riesa-Großenhain

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: 01.10.2006
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: Jan. 2008
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*)
Teil einer Gemeinschaftspraxis
geplante Praxisabgabe: Ende 2006
Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich*)
geplante Praxisabgabe: Anfang 2007

Leipziger Land

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: 2007
Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig Tel.: (0341) 243 21 53.

KVS, Landesgeschäftsstelle

R. Lindner, F. Härtel, F. Weiß

Glücksspielen und Glücksspielsucht

 Asklepios Fachklinikum
 Wiesen

Diagnostik – Beratung – Behandlung

Süchtige Verhaltensweisen begleiten die Entwicklung der menschlichen Gesellschaft seit langer Zeit. Hinweise finden sich bereits in der Bibel. Glücksspiel oder in der früheren Bezeichnung Hasardspiele riefen nicht nur legislative und exekutive Maßnahmen in der Geschichte hervor, sondern fanden auch literarische Entsprechungen. Am bekanntesten dürfte hier Dostojewskis „Der Spieler“ von 1866 sein. Dem Glücksspiel widmete schon 1887 Meyers Konversationslexikon einen ausführlichen Beitrag, umfangreicher übrigens als die Brockhaus-Ausgabe von 1989. Der Krankheitscharakter Pathologischen Glücksspiels wurde jedoch wie der anderer, auch substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen erst spät erkannt und benannt. Pathologisches Glücksspielen wurde als diagnostische Kategorie 1980 in das DSM-III und später auch in die ICD-10 aufgenommen. Seit dem Jahre 2001 finanzieren die Rentenversicherungsträger Rehabilitation für pathologische Glücksspieler. Stationäre Behandlungen zulasten der GKV sind mit der Umsetzung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) auch im Freistaat Sachsen möglich geworden. Trotz einer deutlich steigenden Zahl von Behandlungen so Erkrankter, bestehen offenbar noch Unsicherheiten über den Weg für diese Patienten zur Diagnose und angemessenen Behandlung. Gerade in der heutigen Zeit kann jedoch nicht übersehen werden, dass es beim Glücksspiel auch um Geld, wie wir zeigen werden um viel Geld, geht. Wir wollen deshalb mit unserem Beitrag auch bei diesen ökonomischen Aspekten beginnen, um dann die epidemiologische Situation zu beschreiben und anschließend Genese, Diagnostik und Behandlung Pathologischen Glücksspiels zu umreißen. Katamnestic Angaben bilden den Schluss unseres Beitrages.

Glücksspielen, wirtschaftliche, juristische und epidemiologische Aspekte

Der deutsche Glücksspielmarkt ist ein bedeutender Wirtschaftsfaktor. Im Jahr-

buch Sucht der DHS von 2005¹ wird mitgeteilt, dass insgesamt 27,54 Mrd. Euro im Jahr 2003 auf diesem Sektor umgesetzt wurden. Die Steigerung gegenüber dem Vorjahr von 0,6 Prozent repräsentiert einen Betrag von 165 Mio. Euro. Der Anteil der Spielbanken am Gesamtbetrag belief sich auf über 11 Mrd. Euro, knapp 6 Mrd. Euro entfielen auf den Umsatz mit Geldspielautomaten, die in Spielhallen oder Gaststätten aufgestellt sind. Die restlichen Umsatz-Mrd. verteilten sich auf Zahlenlotto und zum Beispiel Sportwetten.

Was passiert eigentlich mit diesem Geld? Es verbleibt zu erheblichen Teilen bei den „Betreibern“. Die Automatenaufsteller behielten nach Abzug der 60 Prozent Glücksspielergewinne 2,335 Mrd. Euro, von denen noch die Steuern (2003 waren das ca. 807 Mio. Euro) und die Betriebskosten abgingen. Die Einnahmen des Staates aus Glücksspielen (Steuern, Gewinnablieferung, Spielbankabgabe) betragen 2003 4,409 Mrd. Sie lagen damit um 959 Mio. Euro höher als die Alkoholsteuer. Zu diesem staatlichen „Gewinn“ kommen noch die oben genannten 807 Mio. Euro Steuern für die Geldspielautomaten in Spielhallen/Gaststätten hinzu. Der Expansionstrend setzt sich fort, vor allem, weil sich die Glücksspielangebote beständig erweitern, quantitativ wie qualitativ! Beispielsweise gibt es das neue Lotteriesystem Keno, das täglich gespielt werden kann. Eine höhere Ereignisfrequenz wurde 2005 durch die vom Bundeswirtschaftsministerium initiierte Novellierung der Spielverordnung auch für die Geldspielautomaten der Spielotheken/Gaststätten zugelassen und zwar, indem die Dauer für ein „Spiel“ von 12 auf 5 sec. abgesenkt wurde, sie nähert sich damit den 3 sec. der Glücksspielautomaten in den Spielbanken. In einer repräsentativen Studie (Denzer/Petry et al. 1995)² gaben 70 Prozent der einbezogenen 558 Glücksspielsüchtigen an, dass sie über das Spielen an Geldspielautomaten, in Spielotheken oder Gaststätten vom Glücksspielen abhängig wurden. Das

trifft auch für die von uns Behandelten zu. Die Liberalisierung des Sportwettenmarktes durch Zulassung privater Anbieter (zum Beispiel Bet and Win 400 Mio. Euro Umsatz 2003) trägt ebenfalls zum Aufweichen des staatlichen Glücksspielmonopols bei, das geschaffen worden war, um die „wirtschaftliche Ausbeutung der Spielleidenschaft unter staatliche Kontrolle und Zügelung zu nehmen“ (so der Bundesgerichtshof, bei Füchtenschnieder/Petry 2004,³).

Das Suchtpotential der Glücksspielangebote wächst mit der Zunahme ihrer „Spielanreize“ durch höhere Ereignisfrequenz mit stärkerer emotionaler Beteiligung, flexiblen Einsatzhöhen und Gewinnmöglichkeiten, interaktivem Wetten etc., s. Hayer/Meyer 2003, 214 ff⁴.

Die Kehrseite des expandierenden Glücksspielmarktes zeigt die zwangsläufig steigende Zahl jener Menschen, die mit dem Glücksspielen Probleme haben. In einer Vorstudie schätzte Prof. Dr. U. John⁵ (Direktor des Instituts für Epidemiologie und Sozialmedizin der Universität Greifswald) auf der Basis vorliegender epidemiologischer Studien aus europäischen Ländern (Schweden, Schweiz, Norwegen), die ein vergleichbares oder geringeres Glücksspielangebot aufweisen, dass für Deutschland mindesten 0,5 Prozent der Bevölkerung als glücksspielabhängig angenommen werden dürfen, das heißt es ist mit 400.000 pathologischen Glücksspielern zu rechnen. Bislang wurde auf der Grundlage der Frequentierung von Suchtberatungsstellen und der Zahl klinischer Behandlungen von 80 bis 130.000 pathologischen Glücksspielern ausgegangen, danach wurden für Sachsen ca. 4.000 Betroffene geschätzt, die etwa 4 mal größere Zahl erscheint realistischer.

Im DHS-Newsletter (4/05)⁶ wird berichtet, daß von der Universität Bielefeld 5.009 Jugendliche im Alter zwischen 13 und 19 Jahren, befragt wurden. Das Glücksspielverhalten von 10 Prozent dieser Jugendlichen wurde als „problematisch“ klassifiziert, weil sie regelmäßig über einen längeren Zeitraum mit hohen

Geldeinsätzen spielten. Ein Drittel der Jugendlichen investierte wöchentlich bis zu 10 Euro in die Oddset-Sportwette.

Der Finanzbedarf für eine epidemiologische Studie, die methodischen Mindestanforderungen genügt, beträgt nach Mitteilung des Vorstandes des bundesweiten Fachverbandes Glücksspielsucht e.V.⁵ 750 T€, die staatlichen Einnahmen aus dem Glücksspielen belaufen sich jährlich auf ca. 5 Mrd. Euro (siehe oben)!

Die psychotrope Wirkung des Glücksspielens, die strukturellen Merkmale der Geld- und Glückspielautomaten, ihre emotional-motivationale sowie pathogene Relevanz

Das immer vielfältigere, attraktivere und leicht verfügbare Glücksspielangebot, durch Anbieter wie zum Beispiel die Automatenindustrie und die unterschiedlichsten Eigner auf den Markt gebracht, bedingt, dass das seit langem bekannte Störungsbild „Glücksspielsucht“ (Pathologisches Glücksspielen lt. ICD 10)⁷ nicht mehr nur einzelne Menschen betrifft, sondern die Zahl beratungs- und behandlungsbedürftiger Glücksspielsüchtiger wächst. Es stellt sich nun die Frage, welche Wechselwirkungsprozesse zwischen dem Glücksspielen, der je spezifischen Glücksspielart (zum Beispiel Geldspielautomaten, Sportwetten, Roulette, Automatenroulette und andere) und dem Glücksspieler mit seinen menschlichen Eigenschaften ablaufen, wenn aus dem Freizeitvergnügen eine Abhängigkeitserkrankung, eine Sucht wird und wie dies durch die sozialen Kontextbedingungen beeinflusst wird.

Dazu ist zunächst zu klären, was Glücksspielen ist. Glücksspiele sind Aktivitäten, bei denen man einen Einsatz (heute meist Geld) leistet, den man vermehren oder verlieren kann. Anders gesagt, es wird gewettet, das heißt ein Preis auf das Eintreten eines vorwiegend zufallsbedingten Ereignisses gesetzt (s. Petry 1996, 20)⁸. Es geht also um Spiele, die überwiegend bis vollständig vom Zufall und weniger von den Kompetenzen der Beteiligten

abhängig sind. Auf jeden Fall ist das Ergebnis des nächsten Glücksspiels nicht von den vorlaufenden Resultaten abhängig. Die einzelnen Glücksspiele sind stets unabhängig voneinander, dementsprechend ist der nächste „Einlauf“, zum Beispiel einer Kugel beim Roulette, nicht aus den vorlaufenden Treffern prognostizierbar, wie zum Beispiel durch ausgelegte Roulette-Permanenzen, das heißt Listen der zuletzt eingespielten Zahlen, suggeriert wird (siehe zum Beispiel Meyer, 2001, 137 ff)⁹.

Aus diesen „Kerneigenschaften“ des Glücksspiels und Glücksspielens resultieren psychotrope Potenzen, die von Meyer/Bachmann differenziert analysiert und als psychotrope Wirkung beschrieben wurden (2000, 61 ff)¹⁰, nachfolgend eine „Kurzfassung“:

Die psychotrope Wirkung des Glücksspielens (Lindner 2003¹¹, nach Meyer/Bachmann 2000).

Spielbeginn:

Einsatz des Geldes ermöglicht Gewinn oder Verlust. So entsteht lustvolles Hoffen auf Gewinn und Bangen vor Verlust. Diese stimulierende Spannung steigt bis zum Spielausgang. Mit ihm löst sie sich, das kann als angenehm erlebt werden. Es etabliert sich ein interner Motor „von Spannungsaufbau und -lösung“.

Spielausgang:

Gewinn löst Gefühle von Glück, Macht, Größe aus, ist selbstwertsteigernd, stimulierend. Die positiven Gefühle verdrängen belastende Empfindungen, erleichtern das Abschalten von der Außenwelt. Das kann zusätzlich entspannend empfunden werden.

Allein schon die gedankliche Beschäftigung mit dem Glücksspielen und erhofften Gewinnen kann zu lustvoller Erregung wie zum Abgleiten in entspannende Phantasiewelten, in denen alles machbar ist, führen. Gewinne verstärken positive Gefühle und ermöglichen das Abtauchen aus der Realität.

Verluste erzeugen Missstimmung bis Verzweiflung. Durch erneutes Spiel können diese negativen Befindlichkeiten wieder beseitigt werden (Mit höherer Ereignisfrequenz steigt scheinbar die Chance, rascher von negativer zu positiver Befindlichkeit zu finden!). Geld wird darüber zum Spielgeld, das „action“, das heißt den andauernden Wechsel von stimulierendem Spannungsaufbau und entlastender Lösung sowie das Eintauchen in Traumwelten sichert.

Lösen vom Glücksspielen:

Toleranzentwicklung bedingt, dass schließlich kaum noch intensive Glücksgefühle erlebt werden, zusammen mit Verlusten kann dies das Loslösen vom Glücksspiel erleichtern.

Die „Triebkraft“ der dargestellten Affekte wird nachvollziehbarer, wenn man sich an die oben dargestellten Umsätze oder auch an Einzelfälle erinnert. Beispielsweise „verzockte“ vor einigen Jahren ein bundesweit gesperrter Glücksspieler im Automatenaal einer Spielbank von 14.24 Uhr bis 22.25 Uhr mit über 20 EC-Cash-Abhebungen von je 500 DM in 8 Stunden 10 TDM. (Mitteilung Fachverband Glücksspielsucht e.V.)¹²

Natürlich wird auch aus anderen „Beweggründen“ Glücksspiel betrieben (siehe unten). Die oben geschilderten spezifischen Möglichkeiten zur Spannungs- und Affektmodulation sind jedoch von besonderer Bedeutung, gewissermaßen „der“ Motor. In mehreren Untersuchungen wurde festgestellt, dass die Herzfrequenz zudem mit der Höhe der eingesetzten Geldbeträge anstieg. Neben diesen affektiven Potenzen des Glücksspielens resultieren weitere aus den strukturellen Besonderheiten der jeweiligen Glücksspielart. Dies soll nachfolgend für die Geldspielautomaten mit Gewinnmöglichkeit oder Glücksspielautomaten veranschaulicht werden.

Strukturelle Merkmale des Glücksspielens am Geldspiel-/Glücksspielautomaten (Lindner 2003¹¹, nach Meyer/Bachmann 2000, 66 ff).

1. Ereignisfrequenz: Eine rasche Spielabfolge im Sekundentakt ermöglicht, dass über den Geldeinsatz die angestrebte Wirkung schnell erreicht werden kann und die Zeitspanne des Erlebens möglicher Verluste kurz ist. Es wird unmittelbare, sofortige Bedürfnisbefriedigung geboten, darüber verändern sich die emotionalen Befindlichkeiten und das Denken.

2. Auszahlungsintervall: Knappe Zeitdifferenzen zwischen Einsatz, Spielergebnis und Auszahlung bewirken intensivere Emotionen und nachhaltigere Lerneffekte („ich kann am Geldspielautomaten Geld machen, vor allem, wenn ich schnell drücke“), die zu erneutem Glücksspielen motivieren. In der Zeit zwischen Spielabschluss und Gewinnausschüttung werden die Glücks- und anderen Gefühle am nachhaltigsten erlebt. Außerdem kann der Gewinn sofort zur Fortsetzung des Glücksspiels eingesetzt werden.

3. Ausmaß der persönlichen Beteiligung und individuelle Kompetenzanteile: Die aktive Einbeziehung durch Start-, Stopp- und Risikotasten, der persönlichen Erfahrungen und Gewinnstrategien generiert die Fehlerwartung, das Glücksspielergebnis beeinflussen zu können (Kontrollillusion). Beim „Wetten“ wirken nicht nur suggerierte, sondern auch tatsächliche Kompetenzanteile, deshalb sind sie affektiv besonders attraktiv und gefährlich. Wenn Verluste auf die eigenen Fähigkeiten attribuiert werden, resultiert daraus häufig die Motivation, sie zu verbessern, also weiter zu spielen.

4. Art und Variabilität der Einsätze sowie Gewinnchancen: Kleine Einsätze, Jetons und Kreditkarten verschleiern erlittene Verluste, fördern risikoreicheres Glücksspielen. Höhere Einsätze können mehrere vorlaufende kleinere Verluste „auf einen Schlag“ ausgleichen. Über Risikoleitern können Gewinne vervielfacht werden, es kann aber auch alles verloren werden, all dies steigert den Anreiz. Außerdem, je höher der Einsatz, desto größer die affektive Beteiligung.

5. Ton-, Licht- und Farbeffekte vermitteln angenehme Gefühle, Vergnügen, das Empfinden von „action“. Angenehmes soll dauern, auch dadurch wird die Glücksspieldauer und -intensität gefördert.

6. Verknüpfung mit anderen Interessen: In der Spielothek der große Gewinner zu sein, den Automaten besiegt zu haben ist mit Omnipotenz-, Glücks- und gesteigerten Selbstwertgefühlen verbunden. „Geld zu machen“ kann an Bedeutung verlieren, bleibt aber immer präsent. Geldgewinn kann außerdem Größen- und Machterlebnisse auslösen.

In Folge dieser strukturellen Merkmale werden menschliche Bedürfnisse befriedigt, Gefühle erlebt, Denken, Gedächtnis, Interessen- und Gefühlswelt nicht nur beeinflusst, sondern verändert. Diese „technischen“ Besonderheiten haben also Stimulierungskraft, das wird gezielt bei der kontinuierlichen Weiterentwicklung der Automaten genutzt, damit steigt ihr Suchtpotential.

Meyer/Bachmann (ebenda, S. 68)¹⁰ akzentuieren: „Vor allem, wenn immer wieder über einen längeren Zeitraum intensive Lustgefühle realisierbar sind oder ein längerfristigeres Abtauchen aus der Alltagsrealität möglich ist, dann ist ein höheres Suchtpotential gegeben“.

Bedingungen und Prozesse, die zur Entstehung Pathologischen Glücksspiels führen können

Die soziale Welt des Glücksspielers ist häufig gekennzeichnet durch Broken-Home-Situationen, durch schulische Belastungen, davon, dass er arbeitslos, beziehungsarm/-los und wohnungslos ist. Glücksspielangebote, Konsum-, TV- und virtuelle Welten locken mit scheinbarer Problemlösung.

Die affektiven Potenzen des Glücksspiels, zum Beispiel das Erleben von Spannung und Entspannung, von „action bis zum Kick“, von Glücks- und Hochgefühlen, etwa bei frühen „big wins“, und das Abschalten von Stress, Sorgen, Ängsten,

eben von belastenden Gefühlen („Abtauchen“) wie das Erfahren sozialer Kontakte („meine Spielo“) haben starken Aufforderungscharakter!

Diesen Möglichkeiten begegnet der Glücksspieler mit seinen Bedürfnissen, zum Beispiel sich stark, groß, kompetent, anstatt leer und nichtig zu fühlen. Er wünscht Sieger, Gewinner zu sein, über Geld, Konsum, Wohlstand und Glanz zu verfügen, zu bestimmen und zu dominieren, Nähe und Distanz nach aktuellem Empfinden zu regulieren, statt Frust, Ärger, Langeweile etc. ertragen zu müssen.

Die Glücksspieler haben außerdem individuelle Defizite, zum Beispiel körperliche, solche in der Beziehungsgestaltung, bei der Affektregulation (Erregungseskalation, Impulskanalisation, Orientierung auf unmittelbare und zügellose Bedürfnisbefriedigung), das ADHS findet sich häufig.

Glücksspieler leben immer mit Konflikten, so oszillieren Ich-Idealisierungen mit Selbstwertzweifeln, Sehnsucht nach Zuwendung kontrastiert mit Angst vor zu großer Nähe, Wünsche nach emotionalem Wohlbefinden stehen im Gegensatz zu den empfundenen affektiven Belastungen.

Die Begegnung mit dem Glücksspielen führt vor allem bei anfänglichen Gewinnerlebnissen und empfundener Bedürfnisbefriedigung (siehe oben) zu Versuchen, dies zu wiederholen. Dadurch kommt es zur Steigerung von Häufigkeit, Einsatzhöhe und Intensität („immer mehr“) des Glücksspiels. Diese vorrangige Gewinnphase, in der Wahrnehmungsverzerrungen und Kontrollillusionen entstehen, das Glücksspielen zu dem Medium persönlicher Bedürfnisbefriedigung und Affektmodulation wird, ist der Start in die Eigendynamik der Genese der Glücksspielsucht. Sie wird dann um eine Verlustphase mit Aufholjagd (Verluste schnell ausgleichen wollen) und Gefangennahme (Festhalten am bisherigen Vorgehen, weil schon so viel investiert wurde, an Zeit, Geld, Beziehungen, Gefühlen und Kraft)

ergänzt. Wenn die Betroffenen und/oder ihre Mitbetroffenen nicht die „Bremse einlegen“ können, infolge von Verlusten, rückläufiger Potenz zur Affektmodulation und sozialen Zwängen (zum Beispiel drohende Verluste von Beziehung und Arbeit) kommt irgendwann die Phase der Verzweiflung hinzu, möglicherweise verknüpft mit reaktiven Verstimmungszuständen, Selbstisolierung und autodestruktivem Handeln. Das Glücksspielen ist inzwischen über das damit verbundene Gewinnen, Verlieren und Verzweifeln auf der Personenseite auf das pathologische Niveau abgeglitten. Der Betroffene spürt immer wieder (zum Beispiel besonders an Geldtagen) ein unwiderstehliches Verlangen, einen Drang zum Glücksspielen (Abstinenzverlust) und kann, wenn einmal begonnen, nicht aufhören, bevor er alles Geld verspielt hat oder die Spielstätte schließt (Kontrollverlust). Er erlebt jetzt häufig im eigenen Empfinden nicht steuerbare Impulse nach jenen Erlebniszuständen (Stimulierung, Sedierung, Hochgefühle), die er vom Glücksspielen her kennt. Gedanken und Gefühle kreisen nun nahezu beständig um das Glücksspielen und die Geldbeschaffung, trotz negativer finanzieller, sozialer und psychischer, manchmal auch physischer Folgen.

Das Pathologische Glücksspielen ist danach aus der Wechselwirkung der individuellen Bedürfnisstruktur „vorbelasteter“ Glücksspieler mit den dazu passenden Angeboten des Glücksspielens entstanden. Diese Angebote an Aktions-, Erlebnis- und Kontaktmöglichkeiten repräsentieren den emotionalen Aufforderungscharakter des Glücksspielens, also die äußere Anreizsituation, gewissermaßen das „Gegenstück“ zur inneren Bedürfnisstruktur des Glücksspielers, so Petry (2003, 44 ff)¹³. Vent (1999, 77 ff)¹⁴ charakterisiert das Pathologische Glücksspielen als – mißglückten – Versuch der Affektregulation.

Die Betroffenen, die „Verlierer“

In der erwähnten Studie von Denzer u.a.² wurde ermittelt, dass 94 Prozent der

Stichprobe Männer, 33 Prozent davon zwischen 25 und 35 Jahre alt, 16 Prozent arbeitslos (1995, Altbundesländer!), 40 Prozent alleinstehend und 35 Prozent ohne eigene Wohnung waren, 55 Prozent hatten einen Hauptschul- und 20 Prozent einen Realschulabschluss.

Von uns behandelte und katamnestisch überprüfte Glücksspieler (inzwischen sind es seit 1998 217, davon 98 Prozent Männer) waren zu 40 Prozent zwischen 20 und 30, zu 30 Prozent zwischen 31 und 40 Jahren alt. Fast 50 Prozent der Stichprobe hatte keinen Schulabschluss, dies betraf vor allem die jüngeren Patienten. „Feste“ Bindungen gab es bei 45 Prozent. Viele (nahezu alle) Berufsfelder waren vertreten. Eine zunehmende Tendenz zeigte sich bei Fern- und Taxifahrern (verfügbares Geld und steuerbare Zeit).

Pathologische Glücksspieler haben häufig eine exzessive Glücksspieldauer von mindestens 2 bis 5 Jahren, in der Regel zwischen 10 bis 25 T€ Schulden, allerdings erreichen diese bei Extremfällen bis zu 250 T€. Ihre Lebensgeschichte zeigt oft Selbstmordgedanken, -impulse und -versuche, Delinquenz und sehr oft zusätzlichen stoffgebundenen Missbrauch oder Abhängigkeit, insbesondere von Alkohol (bei den 2005 bis Ende Oktober behandelten 44 Glücksspielern waren es 65 Prozent). So genannte „Vielspieler“ verbringen wöchentlich wenigstens 6 Stunden am Automaten, „Seltenspieler“ nur bis 20 Minuten, der Unterschied ist pathogenetisch relevant. Selbstwertprobleme, Impulsivität (vor allem als Tendenz zur unmittelbaren Bedürfnisbefriedigung), Reizsuche/Sensationslust (sensation seeking), Risikobereitschaft, individualistisch konkurrierende Beziehungsgestaltung und Kontrollillusionen (bezogen auf das Glücksspielen) zeigen bei pathologischen Glücksspielern oft höhere Ausprägungen als bei Kontrollpersonen.

Am „anfälligsten“ sind also jüngere Männer, die unterhaltsame, anregende und belohnende Freizeitangebote mit zwischenmenschlichen Kontakten suchen,

Erregung wie Entspannung erleben wollen und zwar im möglichst schnellen Wechsel, dabei über „action bis zum Kick“ aus dem Alltag aussteigen, sich außerdem Wohlbefinden, Sieg, Größe und einen „stummen“ Partner wünschen. Nach anfänglichen größeren Gewinnen wollen sie bei „Niederlagen“ verlorenes Geld möglichst schnell zurückgewinnen, dabei lassen sie sich von Illusionen leiten, zum Beispiel, dass nach längeren Minuserien endlich der Gewinn kommen muss, sie über ausreichend Wissen, Geschick und Ausdauer bezüglich Glücksspielen verfügen, deshalb gewinnen werden, zumal sie schon viel investiert haben. Diese jüngeren Männer erleben bei anderen Aktivitäten (als dem Glücksspielen) kaum noch Befriedigung und Freude.

Hilfsmöglichkeiten: Diagnostik – Konfrontation – Beratung – Behandlung

Glücksspieler, die eine Karriere durchlaufen haben, die den oben beschriebenen Bedingungen, Prozessen und Effekten nahekommt, sind pathologische Glücksspieler.

Pathologisches Glücksspielen liegt nach der DSM-IV¹⁵ vor, wenn 5 der nachfolgenden Merkmale zutreffen:

1. Starkes Eingenommensein vom Glücksspielen.
2. Einsatzserhöhung, um die gewünschte Erregung zu erreichen.
3. Wiederholt erfolglose Versuche, das Glücksspielen zu kontrollieren oder aufzugeben.
4. Solche Bemühungen führen zu Unruhe, Ruhelosigkeit und Gereiztheit.
5. Es wird gespielt, um Problemen zu entkommen oder dysphorische Stimmungen zu erleichtern.
6. Es wird dem Verlust hinterhergejagt, das heißt erneutes Spielen um ihn wettzumachen.
7. Belügen anderer Menschen, um das Ausmaß der Verstrickung in das Spielen zu vertuschen.

Amtliche Bekanntmachungen

Inhaltsverzeichnis

1. Wahlordnung der Sächsischen Landesärztekammer
(in der Fassung der Änderungssatzung vom 09. August 2000)
2. 13. Satzung zur Änderung der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung
vom 02. November 1991

Wahlordnung der Sächsischen Landesärztekammer (in der Fassung der Änderungssatzung vom 09. August 2000)

Wahlordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 22. September 1990, zuletzt geändert durch Beschluss der Kammerversammlung vom 01. Juli 2000, genehmigt durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie am 06. Juli 2000 (ÄBS S. 419).

§ 1

Wahlverfahren

- (1) Die Mitglieder der Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer werden in den Wahlkreisen für jeweils vier Jahre gewählt.
- (2) Die Wahlen werden aufgrund von Wahlvorschlägen nach den Grundsätzen der Persönlichkeitswahl unmittelbar, frei, gleich und geheim durchgeführt.
- (3) Die Wahl findet in Form der Briefwahl statt.

§ 2

Wahlkreise

Die politischen Kreise und kreisfreien Städte des Freistaates Sachsens bilden je einen Wahlkreis.

§ 3

Leitung der Wahl

- (1) Für die Leitung und Durchführung der Wahl beruft der Kammervorstand
 - a) einen Landeswahlausschuss, der aus dem Landeswahlleiter als Vorsitzenden und zwei Wahlberechtigten als Beisitzer besteht, und
 - b) für jeden Wahlkreis auf Vorschlag der Kreiskammer einen Kreiswahlausschuss, der aus dem Kreiswahlleiter als Vorsitzenden und zwei Wahlberechtigten als Beisitzer besteht.
- (2) Für jedes Mitglied der Wahlausschüsse ist jeweils ein Stellvertreter zu bestellen.
- (3) Wahlbewerber können nicht Mitglieder der Wahlausschüsse sein.
- (4) Gleichzeitige Mitgliedschaft in mehreren Wahlausschüssen ist unzulässig. Mitglieder des Kammervorstandes dürfen weder Mitglieder des Landes- noch eines Kreiswahlausschusses sein.
- (5) Die Mitglieder der Wahlausschüsse sind zur unparteiischen Wahrnehmung ihres Amtes verpflichtet.
- (6) Der Vorsitzende bestimmt Ort und Zeit der Sitzungen. Er lädt die Mitglieder zu den Sitzungen ein.
- (7) Über jede Sitzung ist eine Niederschrift zu fertigen und vom Vorsitzenden zu unterzeichnen.
- (8) Der Landeswahlausschuss und die Kreiswahlausschüsse entscheiden mit Stimmenmehrheit.
- (9) Zu den Sitzungen des Landeswahlausschusses hat jeder Kammerangehörige und zu den Sitzungen der Kreiswahlausschüsse jeder Ange-

hörige des jeweiligen Wahlkreises als Zuhörer Zutritt. Zeitpunkt und Ort der Sitzungen hat der Vorsitzende auf Anfrage den Kammerangehörigen mitzuteilen.

(10) Die Bekanntmachungen der Wahlausschüsse und der Wahlleiter erfolgen im Ärzteblatt Sachsen oder durch schriftliche Benachrichtigung der Wahlberechtigten.

§ 4

Zeitplan

- (1) Der Landeswahlausschuss legt den Stichtag für die Aufnahme in die Wählerlisten fest und stellt einen Zeitplan für den Ablauf der Wahl auf.
- (2) Der Zeitplan ist für die Kreiswahlausschüsse verbindlich.

§ 5

Kammerversammlung

- (1) Die Kammerversammlung umfasst 101 gewählte Mitglieder.
- (2) Die Sitze in der Kammerversammlung werden auf die einzelnen Wahlkreise nach dem prozentualen Anteilsverhältnis verteilt, in dem nach Maßgabe der abgeschlossenen Wählerliste die Zahl der Wahlberechtigten eines Wahlkreises zu der Gesamtzahl der Wahlberechtigten aller Wahlkreise steht.
Bei der ermittelten Prozentzahl bleiben die Ziffern hinter dem Komma zunächst unberücksichtigt. Ein Wahlkreis, bei dem weniger als ein Sitz errechnet wird, erhält dennoch mindestens einen Vertreter. Die verbleibenden Sitze werden in der Reihenfolge der höchsten Ziffern nach dem Komma vergeben. Bei gleich großen Ziffern hinter dem Komma entscheidet das Los.
- (3) Für die in den Wahlkreisen zu wählenden Mitglieder der Kammerversammlung sind jeweils nachrückende Mitglieder der Kammerversammlung zu wählen (§ 21 Abs. 3).

§ 6

Wahlrecht und Wählbarkeit

- (1) Wahlberechtigt und wählbar sind vorbehaltlich der nachfolgenden Bestimmungen alle Mitglieder der Kammer.
- (2) Nicht wahlberechtigt sind Mitglieder, solange ihnen aufgrund rechtskräftigen Urteils das allgemeine Wahlrecht oder das Wahlrecht zur Kammerversammlung aberkannt ist.
- (3) Nicht wählbar sind Mitglieder,
 1. solange ihnen aufgrund rechtskräftigen Urteils das Wahlrecht zur Kammerversammlung, die allgemeine Wählbarkeit oder die Wählbarkeit zur Kammerversammlung oder die Fähigkeit zur Bekleidung öffentlicher Ämter aberkannt ist,
 2. die gegen die Grundsätze der Menschlichkeit oder Rechtsstaatlichkeit

verstoßen haben, insbesondere die im internationalen Pakt über bürgerliche und politische Rechte vom 19. Dezember 1966 gewährleisteten Menschenrechte oder die in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte vom 10. Dezember 1948 enthaltenen Grundsätze verletzt haben oder für das frühere Ministerium für Staatssicherheit/Amt für nationale Sicherheit tätig waren und deren Mitgliedschaft in der Kammerversammlung deshalb unzumutbar erscheint,

3. die hauptberuflich bei der Kammer beschäftigt oder als Bedienstete der Aufsichtsbehörde unmittelbar mit Angelegenheiten der Aufsicht über die Kammer befasst sind.

(4) Das Wahlrecht und die Wählbarkeit ruhen, solange

1. dem Mitglied zur Besorgung aller seiner Angelegenheiten ein Betreuer nicht nur durch einstweilige Anordnung bestellt ist; dies gilt auch, wenn der Aufgabenkreis des Betreuers die im § 1896 Abs. 4 und § 1905 des Bürgerlichen Gesetzbuches bezeichneten Angelegenheiten nicht erfasst,

2. sich das Mitglied in Untersuchungs- oder Strafhaft befindet oder

3. das Mitglied mit der Beitragsleistung für mehr als zwei Jahre im Rückstand ist, ohne dass die Beiträge gestundet sind.

(5) Das Fehlen der Wahlberechtigung oder der Wählbarkeit oder ihr Ruhen werden vom Vorstand nach Maßgabe des Sächsischen Heilberufekammergesetzes festgestellt.

(6) Ein Wahlberechtigter kann von seinem Wahlrecht nur Gebrauch machen, wenn er in der Wählerliste eingetragen ist. Der Wahlberechtigte kann sein Wahlrecht nur persönlich ausüben.

(7) Ein Kammermitglied kann nur in dem Wahlkreis gewählt werden, in dem es wahlberechtigt ist.

(8) Das freiwillige Mitglied ist in dem Wahlkreis wahlberechtigt, dem es vor Verlegung seines Wohnsitzes ins Ausland angehört hat.

§ 7

Fertigung und Auflegung der Wählerlisten

(1) Der Landeswahlleiter lässt Listen der Wahlberechtigten für jeden Wahlkreis aufstellen. Maßgebend für die Zugehörigkeit zum Wahlkreis ist der Ort, an dem der Wahlberechtigte seine berufliche Tätigkeit ausübt, andernfalls der Wohnort. Die Wahlberechtigten sind in alphabetischer Reihenfolge mit Zu-, Vorname und Wohnort aufzuführen.

(2) Der Landeswahlleiter veranlasst, dass in der Geschäftsstelle der Landesärztekammer und bei den Kreiswahlleitern oder den von ihnen bestimmten Stellen die Wählerlisten mindestens sieben Werktage lang zur Einsichtnahme für die Wahlberechtigten aufliegen.

(3) Die Auflegung der Listen ist mit Angabe des Ortes und der Auflegungsfrist bekanntzumachen (§ 3 Abs. 10).

§ 8

Einspruch gegen Wählerlisten

(1) Jeder Wahlberechtigte, der Wählerlisten für unrichtig oder unvollständig hält, kann ihre Berichtigung während ihrer Auflegung beantragen. Die Wählerlisten können bis zu ihrem Abschluss (§ 9) auch von Amts wegen durch den Kreiswahlausschuss berichtigt oder ergänzt werden. Wird der Verlust des Wahlrechts einer Person erst nach Abschluss der Wählerliste bekannt, so ist dies in einem Anhang zur Wählerliste festzustellen. Die Betroffenen sind zu benachrichtigen.

(2) Der zuständige Kreiswahlausschuss entscheidet über den Berichtigungsantrag und benachrichtigt den Antragsteller und den Betroffenen.

(3) Den Beschwerdeten steht das Recht zu, binnen einer Woche nach Benachrichtigung den Landeswahlausschuss anzurufen.

§ 9

Abschluss der Wählerlisten

(1) Die Wählerliste wird vom Kreiswahlausschuss mit der Feststellung der Zahl der Wahlberechtigten abgeschlossen.

(2) Der Kreiswahlleiter beurkundet den Abschluss der Wählerliste und teilt die Zahl der Wahlberechtigten im Wahlkreis unverzüglich dem Landeswahlleiter mit.

§ 10

Zahl der in den einzelnen Wahlkreisen zu wählenden Mitglieder der Kammerversammlung

(1) Der Landeswahlausschuss stellt aufgrund der ihm mitgeteilten Zahl der Wahlberechtigten gem. § 5 Abs. 2 fest, wieviel Mitglieder zur Kammerversammlung in den einzelnen Wahlkreisen zu wählen sind.

(2) Der Landeswahlleiter hat die Entscheidung des Landeswahlausschusses bekanntzumachen (§ 3 Abs. 10).

§ 11

Inhalt der Wahlvorschläge

(1) Die Wahlvorschläge sind beim Kreiswahlleiter einzureichen. Die Frist für die Einreichung bestimmt der Landeswahlausschuss. Sie ist bekanntzumachen (§ 3 Abs. 10).

(2) Ein Wahlvorschlag muss mindestens einen Wahlbewerber enthalten. Wahlvorschläge dürfen nur Wahlbewerber enthalten, die in dem betreffenden Wahlkreis wählbar sind.

(3) Der Wahlvorschlag muss die Angabe des Familiennamens, Vornamens, Geburtsdatums, der Anschrift, der Berufsbezeichnung sowie Art und Ort der Berufsausübung enthalten.

(4) Dem Wahlvorschlag ist eine unwiderrufliche schriftliche Erklärung des Wahlbewerbers beizufügen, dass er der Aufnahme in den Wahlvorschlag zustimmt und die Wahl zum Mitglied der Kammerversammlung annimmt.

(5) Der Wahlvorschlag muss mindestens von fünf Wahlberechtigten des Wahlkreises auf diesem unterschrieben werden und deren Namen und Anschriften enthalten. Ein Wahlberechtigter darf nur einen Wahlvorschlag unterschreiben. Hat ein Wahlberechtigter mehrere Wahlvorschläge unterschrieben, so ist seine Unterschrift auf allen Wahlvorschlägen ungültig. Von den Unterzeichnern gilt der erste als Vertrauensperson für den Wahlvorschlag, der zweite als Stellvertreter. Die Vertrauensperson ist zur Abgabe von Erklärungen gegenüber dem Wahlleiter und dem Wahlausschuss ermächtigt.

§ 12

Prüfung der Wahlvorschläge

Der zuständige Kreiswahlleiter hat die Wahlvorschläge nach der Reihenfolge ihres Einganges mit Ordnungsnummern zu versehen und jeden eingegangenen Wahlvorschlag unverzüglich zu prüfen, ob er den Anforderungen der Wahlordnung entspricht. Stellt er Mängel fest, teilt er dies der Vertrauensperson mit und fordert sie auf, behebbare Mängel bis zur Entscheidung über die Zulassung zu beseitigen. Nach der Entscheidung über die Zulassung ist eine Mängelbeseitigung nicht mehr möglich.

§ 13

Zulassung der Wahlvorschläge

(1) Der zuständige Kreiswahlausschuss entscheidet nach Ablauf der Einreichungsfrist über die Zulassung der Wahlvorschläge.

(2) Die Entscheidung des Wahlausschusses über die Nichtzulassung eines Wahlvorschlages oder einzelner Bewerber gibt der Kreiswahlleiter der Vertrauensperson des Wahlvorschlages unter Angabe der Gründe bekannt.

(3) Gegen die Zurückweisung eines Wahlvorschlages oder eines einzelnen Bewerbers kann binnen einer Woche nach Zustellung oder Eröffnung der Landeswahlausschuss angerufen werden.

(4) Der Kreiswahlleiter stellt nach Zulassung der Wahlvorschläge die Wahlbewerber in alphabetischer Reihenfolge des Familiennamens für den Stimmzettel zusammen.

(5) Die zugelassenen Wahlvorschläge teilt der Kreiswahlleiter unverzüglich dem Landeswahlleiter mit.

§ 14

Festsetzung der Wahlfrist

Der Landeswahlausschuss setzt den Tag fest, bis zu dessen Ablauf das

Wahlrecht spätestens ausgeübt sein muss. Dieser ist bekanntzumachen (§ 3 Abs. 10). Zwischen dem Tag der Bekanntmachung und dem letzten Tag zur Ausübung des Wahlrechts müssen mindestens zwei Wochen liegen.

§ 15

Ausstellung von Stimmzetteln

Der Landeswahlleiter beschafft für jeden Wahlkreis Stimmzettel von gleicher Beschaffenheit und Farbe.

§ 16

Versendung der Stimmzettel

(1) Der Landeswahlleiter übersendet spätestens zwei Wochen vor dem Endzeitpunkt zur Ausübung der Wahl jedem in der Wählerliste aufgeführten Wahlberechtigten

1. einen Stimmzettel seines Wahlkreises,
2. einen Wahlumschlag für den Stimmzettel mit dem Aufdruck „Wahlumschlag“,
3. einen äußeren Briefumschlag (Stimmbrief) mit der Anschrift des Kreiswahlleiters, dem Zusatz „Wahl“ auf der Vorderseite und mit dem Namen des Wahlberechtigten auf der Rückseite. Der äußere Umschlag gilt als Wahlausweis.

(2) Der Landeswahlleiter soll bei der Versendung der Unterlagen auf den Endzeitpunkt zur Ausübung des Wahlrechts hinweisen und kann weitere Erläuterungen über die Ausübung des Stimmrechts beifügen.

(3) Hat ein Wahlberechtigter die in Abs. 1 genannten Unterlagen nicht erhalten, so kann er diese bis zum Ende der Wahlfrist beim Landeswahlleiter anfordern.

§ 17

Stimmabgabe

(1) Jeder Stimmberechtigte hat für die Wahl soviel Stimmen, wie Mitglieder für die Kammerversammlung in dem Wahlkreis zu wählen sind.

(2) Auf dem Stimmzettel gibt der Wähler seine Stimme für die Bewerber in der Weise ab, dass er die Bewerber, denen er seine Stimme geben will, durch ein Kreuz bei dem vorgedruckten Namen oder auf sonst eindeutige Weise ausdrücklich als gewählt kennzeichnet.

(3) Der Wähler legt den Stimmzettel in den Wahlumschlag (§ 16 Abs. 1 Nr. 2), der keinen sonstigen Inhalt aufweisen darf. Dieser Umschlag wird in den äußeren Briefumschlag (§ 16 Abs. 1 Nr. 3) gelegt und zur Post gegeben oder beim Kreiswahlleiter abgegeben.

(4) Die Wahlfrist ist gewahrt, wenn der Brief ausweislich des Poststempels am letzten Tag der Ausübung des Wahlrechtes zur Beförderung gegeben oder bis zu diesem Zeitpunkt beim Kreiswahlleiter eingegangen ist.

§ 18

Eingang der Stimmbriefe

(1) Den Eingang der Stimmbriefe vermerkt der Kreiswahlleiter unter Vermerk über den Zeitpunkt des Eingangs in einer Liste (Stimmbriefliste). Einsicht in die Stimmbriefliste oder Auskunft daraus wird nicht gewährt.

(2) Der Kreiswahlleiter sammelt die eingegangenen Stimmbriefe ungeöffnet, hält sie unter Verschluss und übergibt sie nach Ablauf der Frist zur Stimmabgabe dem Kreiswahlausschuss.

(3) Verspätet eingegangene Stimmbriefe bleiben unberücksichtigt. Sie werden vom Kreiswahlleiter mit einem Vermerk über Tag und Uhrzeit des Eingangs versehen und ungeöffnet verwahrt.

§ 19

Einbringung der Wahlumschläge in die Wahlurne

(1) Nach Ablauf der Frist zur Stimmabgabe überprüft der Kreiswahlausschuss die Übereinstimmung der eingegangenen äußeren Umschläge mit der Wählerliste und vermerkt dort die erfolgte Abstimmung.

(2) Wenn über die Person oder das Wahlrecht des Stimmbriefabsenders

oder über die Gültigkeit des Stimmbriefes Zweifel bestehen, entscheidet der Kreiswahlausschuss über dessen Gültigkeit. Unverschlossene Stimmbriefe sind ungültig.

(3) Die gültigen Stimmbriefe werden geöffnet, die darin liegenden Wahlumschläge werden ungeöffnet in eine Urne gelegt. Bestehen Zweifel über die Gültigkeit des Wahlumschlages, entscheidet darüber der Kreiswahlausschuss.

(4) Beanstandungen des Kreiswahlausschusses nach den Abs. 2 und 3 werden in der Stimmbriefliste (§ 18) vermerkt. Die nicht rechtzeitig eingegangenen oder für ungültig erklärten Stimmbriefe werden ungeöffnet der Stimmbriefliste beigelegt. Die für ungültig erklärten Wahlumschläge sind mit den dazugehörigen Stimmbriefen ebenfalls der Stimmbriefliste beizufügen.

§ 20

Prüfung und Zählung der Stimmzettel

(1) Der Kreiswahlleiter lässt die Wahlumschläge aus der Wahlurne nehmen, öffnen und sich überreichen.

(2) Er stellt bei jedem der ihm überreichten Stimmzettel fest, ob er gültig ist. Bei Zweifel über die Gültigkeit eines Stimmzettels entscheidet der Kreiswahlausschuss.

(3) Ungültig sind Stimmzettel,

- a) wenn für die Stimmabgabe andere als die dem Wähler zugesandten Stimmzettel (§ 16 Abs. 1 Nr. 1) verwendet wurden,
- b) wenn sie außer der Kenntlichmachung nach § 17 Abs. 2 Zusätze enthalten,
- c) wenn mehr Namen angekreuzt sind, als Mitglieder für die Kammerversammlung zu wählen sind,
- d) wenn sie einen beleidigenden oder auf die Person des Wählers hinweisenden Zusatz oder einen nicht nur gegen einzelne Bewerber gerichteten Vorbehalt enthalten oder wenn sich in dem Wahlumschlag sonst eine derartige Äußerung befindet,
- e) wenn der Wille des Wählers nicht zweifelsfrei zu erkennen ist.

(4) Danach werden die Stimmen für die einzelnen Bewerber ermittelt und zusammengezählt. Zu diesem Zweck stellt der Kreiswahlleiter bei jedem Stimmzettel fest, für welchen Bewerber die Stimmen abgegeben worden sind und gibt dies dem als Schriftführer tätigen Beisitzer bekannt, der den entsprechenden Eintrag in eine Zählliste macht. Dasselbe geschieht durch das andere Ausschussmitglied in einer Gegenliste.

§ 21

Feststellung des Wahlergebnisses im Wahlkreis

(1) Der Kreiswahlausschuss stellt aufgrund der Zähllisten das Wahlergebnis für die Wahl der im Wahlkreis zu wählenden Mitglieder der Kammerversammlung fest.

(2) Die auf den Wahlkreis entfallenden Sitze in der Kammerversammlung werden unabhängig vom Wahlvorschlag den Bewerbern, die die meisten Stimmen erhalten haben, in der Reihenfolge der von ihnen erlangten Stimmenzahl zugeteilt. Bei gleicher Stimmenzahl entscheidet das Los.

(3) Die Bewerber, auf die nach Abs. 2 kein Sitz entfällt, sind in der Reihenfolge der von ihnen erreichten Stimmzahlen als nachrückende Mitglieder der Kammerversammlung ihres Wahlvorschlages festzustellen.

§ 22

Wahlniederschrift

(1) Über das Verfahren nach § 19 und über die Feststellung des Wahlergebnisses (§§ 20 und 21) ist eine Niederschrift aufzunehmen, die von den Mitgliedern des Kreiswahlausschusses zu unterzeichnen ist.

(2) Der Niederschrift sind die Wählerliste und die Stimmbriefliste nebst Anlagen (§ 19 Abs. 4) beizulegen.

(3) Die Wahlniederschrift ist samt Belegen alsbald vom Kreiswahlleiter an den Landeswahlleiter einzusenden.

§ 23

Prüfung der Gültigkeit der Wahl

- (1) Der Landeswahlausschuss prüft an Hand der übersandten Wahlakten die Einhaltung der Vorschriften des Wahlverfahrens.
- (2) Der Landeswahlleiter hat das Ergebnis der als gültig anerkannten Wahl einschließlich der Namen der Gewählten und der nachrückenden Mitglieder (§ 21 Abs. 3) unverzüglich bekanntzumachen (§ 3 Abs. 10). Die Gewählten setzt er schriftlich von ihrer Wahl in Kenntnis.

§ 24

Wahlanfechtung

- (1) Hält ein Wahlberechtigter die Wahl für ungültig, kann er binnen einer Woche nach der Bekanntmachung des Wahlergebnisses (§ 23 Abs. 2) den Landeswahlausschuss anrufen.
- (2) Die Wahl ist für ungültig zu erklären, soweit ihr Ergebnis dadurch beeinflusst werden konnte, dass wesentliche Vorschriften über die Wahlvorbereitungen, die Abstimmung oder die Ermittlung und Feststellung des Wahlergebnisses unbeachtet geblieben sind.
- (3) Die Ungültigkeit der Wahl sowie Änderungen des Wahlergebnisses sind in derselben Weise wie das Wahlergebnis bekanntzumachen.
- (4) Soweit die Wahl für ungültig erklärt wurde, hat eine Neuwahl innerhalb der vom Landeswahlausschuss bestimmten Frist stattzufinden.

§ 25

Aufbewahrung der Wahlakten

Die Wahlakten sind bis zum Ablauf der Wahlperiode bei der Landesärztekammer aufzubewahren.

§ 26

Inkrafttreten

Die geänderte Wahlordnung tritt am 1. Januar 2001 in Kraft.

Dresden, den 01. Juli 2000

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Dr. med. Lutz Liebscher
Schriftführer

13. Satzung zur Änderung der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung vom 02. November 1991

Artikel I Neuregelungen

Die Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung vom 02. November 1991 in der Fassung der 12. Änderungssatzung vom 25. Juni 2005, genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales vom 27.06.2005, Aktenzeichen 32-5248.12/3 VI, (veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen 08/2005, S. 407 und im Deutschen Tierärzteblatt 09/2005, S. 1078)

wird wie folgt geändert:

1. Zu § 1

§ 1 Absatz 5 der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung wird wie folgt neu gefasst:

(5) Bekanntmachungen der Sächsischen Ärzteversorgung erfolgen nach Ermessen des Verwaltungsausschusses durch Einzelnachrichten sowie durch periodische Veröffentlichungen im Ärzteblatt Sachsen und im Deutschen Tierärzteblatt.

2. Zu § 3

§ 3 Absatz 1 Satz 2 der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung wird wie folgt neu gefasst:

² Die Erweiterte Kammerversammlung hat folgende Aufgaben:

1. Die Beschlussfassung über die Satzung und deren Änderungen,
2. die Wahl und Abberufung der ärztlichen und tierärztlichen Mitglieder des Aufsichtsausschusses und des Verwaltungsausschusses,
3. die Beschlussfassung über die Bestellung der sachverständigen Mitglieder des Verwaltungsausschusses und über die Anstellung des Geschäftsführers auf einstimmigen Vorschlag der ärztlichen und tierärztlichen Mitglieder des Verwaltungsausschusses,
4. die Entgegennahme und Feststellung des Jahresabschlusses,
5. die Entlastung des Verwaltungs- und des Aufsichtsausschusses,
6. die Beschlussfassung über die Änderung der Beiträge und der Versorgungsleistungen, über die jährliche Festsetzung der Rentenbemessungsgrundlage sowie der Dynamisierung der laufenden Renten,
7. die Beschlussfassung über die Auflösung der Ärzteversorgung und die dazu erforderlichen Maßnahmen.

§ 3 Absatz 2 der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung wird wie folgt neu gefasst:

(2) ¹Die Erweiterte Kammerversammlung ist beschlussfähig, wenn mindestens die Hälfte ihrer Mitglieder anwesend ist. ²Die Erweiterte Kammerversammlung fasst ihre Beschlüsse mit einfacher Stimmenmehrheit, soweit nicht durch Gesetz oder Satzung eine qualifizierte Mehrheit erforderlich ist. ³Die Beschlussfassung über die Satzung und deren Änderung erfolgt mit Zweidrittelmehrheit. ⁴Die Beschlussfassung über die Auflösung der Sächsischen Ärzteversorgung bedarf der Vierfünftelmehrheit aller Mitglieder der Erweiterten Kammerversammlung. ⁵Wahl und Abberufung der ärztlichen und tierärztlichen Mitglieder des Aufsichtsausschusses und des Verwaltungsausschusses erfolgen in geheimer Abstimmung mit einfacher Mehrheit.

3. Zu § 4

§ 4 Absätze 2 bis 8 werden wie folgt neu gefasst:

(2) ¹Die Amtsdauer der Mitglieder des Aufsichtsausschusses beträgt fünf Jahre. ²Für ausscheidende Mitglieder wird für den Rest der Amtsdauer ein neues Mitglied gewählt. ³Der Aufsichtsausschuss führt die Geschäfte bis zur Übernahme durch den von der Erweiterten Kammerversammlung gewählten neuen Aufsichtsausschuss weiter.

(3) ¹Das Amt der Mitglieder des Aufsichtsausschusses ist ein Ehrenamt. ²Sie erhalten Aufwandsentschädigungen nach den Beschlüssen der Erweiterten Kammerversammlung.

(4) Der Aufsichtsausschuss wählt aus seiner Mitte den Vorsitzenden und den stellvertretenden Vorsitzenden.

(5) ¹Der Aufsichtsausschuss tritt jeweils regelmäßig einen Monat nach Vorlage des Lageberichtes und des Wirtschaftsprüfungsberichtes zusammen, im Übrigen jederzeit auf Verlangen von mindestens drei Mitgliedern des Aufsichtsausschusses oder von zwei Mitgliedern des Verwaltungsausschusses. ²Die Einberufung des Aufsichtsausschusses erfolgt durch seinen Vorsitzenden oder bei dessen Verhinderung durch seinen Stellvertreter schriftlich mit einer Frist von vier Wochen, im Falle von Satz 1, 2. Halbsatz mit einer Frist von zwei Wochen.

(6) Zu den Sitzungen des Aufsichtsausschusses sind die zuständigen Aufsichtsbehörden einzuladen.

(7) ¹Der Aufsichtsausschuss ist beschlussfähig, wenn alle Mitglieder eingeladen und mindestens fünf Stimmberechtigte anwesend sind. ²Er fasst seine Beschlüsse mit einfacher Mehrheit. ³Stimmengleichheit gilt als Ablehnung. ⁴Eine Stimmenthaltung ist nicht zulässig.

(8) Aufgaben des Aufsichtsausschusses sind:

1. die Überwachung der Geschäftstätigkeit des Verwaltungsausschusses,
2. die Bestellung des Wirtschaftsprüfers,
3. die Prüfung der Rechnungsabschlüsse,
4. die Beschlussfassung über Änderungen des versicherungstechnischen Geschäftsplans,
5. die Erteilung von Richtlinien für die Kapitalanlage der Sächsischen Ärzteversorgung.

§ 4 Absatz 9 wird gestrichen.

4. Zu § 5

§ 5 wird wie folgt neu gefasst:

§ 5

Verwaltungsausschuss

(1) ¹Der Verwaltungsausschuss besteht aus dem Präsidenten der Landesärztekammer, im Falle seiner Verhinderung einem Vizepräsidenten der Landesärztekammer, vier weiteren Angehörigen der Landesärztekammer, einem Angehörigen der Landestierärztekammer, einem sachverständigen Mitglied mit der Befähigung zum Richteramt, einem sachverständigen Mitglied mit der Prüfung eines Diplommathematikers oder einer gleichwertigen Prüfung und einem weiteren sachverständigen Mitglied, das auf dem Gebiet des Bank- und Hypothekenwesens erfahren sein muss. ²Die ärztlichen und tierärztlichen Mitglieder im Verwaltungsausschuss müssen Mitglieder der Sächsischen Ärzteversorgung sein. ³Dem Verwaltungsausschuss müssen mindestens ein niedergelassener Vertragsarzt, ein angestellter Arzt und ein Altersruhegeldempfänger angehören. ⁴Entscheidend ist der Status der Mitglieder des Verwaltungsausschusses zum Zeitpunkt der Wahl. ⁵Mitglieder des Verwaltungsausschusses können nicht gleichzeitig Mitglieder des Aufsichtsausschusses sein.

(2) ¹Mit Ausnahme des Präsidenten der Landesärztekammer werden die ärztlichen und tierärztlichen Mitglieder des Verwaltungsausschusses durch die Erweiterte Kammerversammlung für die Dauer von fünf

Jahren gewählt. ²Für ausscheidende Mitglieder wird für den Rest der Amtsdauer ein neues Mitglied gewählt oder bestellt. ³Kann ein sachverständiges Mitglied des Verwaltungsausschusses mangels einstimmigen Vorschlags nicht bestellt werden, kann die Bestellung einmalig für maximal sechs Monate durch die ärztlichen und tierärztlichen Mitglieder des Verwaltungsausschusses mit einfacher Mehrheit erfolgen. ⁴Der Verwaltungsausschuss führt die Geschäfte bis zur Übernahme durch den neuen Verwaltungsausschuss weiter.

(3) ¹Das Amt der ärztlichen und tierärztlichen Mitglieder des Verwaltungsausschusses ist ein Ehrenamt. ²Sie erhalten Aufwandsentschädigungen nach den Beschlüssen der Erweiterten Kammerversammlung.

(4) Die ärztlichen und tierärztlichen Mitglieder des Verwaltungsausschusses wählen aus ihrer Mitte den Vorsitzenden und den stellvertretenden Vorsitzenden.

(5) ¹Die Zugehörigkeit der durch Vertrag zu bestellenden sachverständigen Mitglieder des Verwaltungsausschusses richtet sich nach der Zeitdauer des Vertrages. ²Die Zeitdauer einer Vertragsperiode beträgt maximal fünf Jahre.

(6) Die Einberufung des Verwaltungsausschusses erfolgt durch seinen Vorsitzenden oder bei dessen Verhinderung durch seinen Stellvertreter schriftlich mit einer Frist von einer Woche.

(7) ¹Der Verwaltungsausschuss ist beschlussfähig, wenn alle Mitglieder eingeladen und mindestens fünf seiner Mitglieder anwesend sind. ²Er fasst seine Beschlüsse mit einfacher Mehrheit. ³Bei Stimmgleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden oder bei seiner Verhinderung die seines Stellvertreters. ⁴Eine Stimmenthaltung ist nicht zulässig.

(8) Die sachverständigen Mitglieder des Verwaltungsausschusses sind in Satzungsangelegenheiten nicht stimmberechtigt.

(9) ¹Der Verwaltungsausschuss führt die laufenden Geschäfte, soweit sie nicht durch diese Satzung anderen Organen übertragen sind. ²Laufende Geschäfte sind insbesondere Verwaltungsaufgaben, die nach Art und Umfang regelmäßig wiederkehren. ³Der Verwaltungsausschuss ist für die Durchführung der Beschlüsse der Erweiterten Kammerversammlung und des Aufsichtsausschusses verantwortlich. ⁴Der Verwaltungsausschuss erstellt den versicherungstechnischen Geschäftsplan. ⁵Er ist verpflichtet, jährlich, spätestens sechs Monate nach Beendigung des Geschäftsjahres, einen Jahresabschluss und einen Lagebericht aufzustellen und diese dem Aufsichtsausschuss zur Prüfung vorzulegen. ⁶Der Verwaltungsausschuss ist für die Beschlussfassung über die Einstellung und die Kündigung der Mitarbeiter der Sächsischen Ärzteversorgung zuständig.

5. Zu § 6

§ 6 wird wie folgt neu gefasst:

§ 6 Geschäftsführung

¹Die Sächsische Ärzteversorgung unterhält zur Durchführung ihrer Aufgaben eine eigene Geschäftsführung. ²Diese besorgt die Angelegenheiten der Sächsischen Ärzteversorgung nach Weisung des Verwaltungsausschusses.

6. Zu § 7

§ 7 Absatz 1 Sätze 2 bis 5 werden gestrichen.

§ 7 Absätze 2 und 3 werden § 7 Absätze 3 und 4.

§ 7 Absatz 2 wird wie folgt neu gefasst:

(2) ¹Das Vermögen der Sächsischen Ärzteversorgung ist ein Sondervermögen, das nur für die Haftung von Verbindlichkeiten der Sächsischen Ärzteversorgung zur Verfügung steht. ²Es ist vom übrigen Vermögen der Landesärztekammer und der Landestierärztekammer getrennt zu verwalten. ³Es darf nur für gesetzlich zugelassene Zwecke unter Einschluss des Ausgleichs der notwendigen Verwaltungskosten verwendet werden.

§ 7 Absatz 5 wird wie folgt neu gefasst:

(5) Für die Anlage der Mittel gelten die gesetzlichen Vorschriften, die danach erlassenen Anordnungen der Versicherungsaufsichtsbehörde und die Kapitalanlagerichtlinie.

Es wird folgender neuer § 7 Absatz 6 eingefügt:

(6) ¹Für jedes Geschäftsjahr ist auf Grund des versicherungstechnischen Geschäftsplanes eine versicherungstechnische Bilanz aufzustellen. ²Ergibt sich nach dieser Bilanz ein Überschuss, so sind 5 v.H. davon einer besonderen Sicherheitsrücklage zuzuweisen, bis diese 2,5 v.H. der Deckungsrückstellung erreicht oder nach Inanspruchnahme wieder erreicht hat. ³Die Sicherheitsrücklage darf nur zur Deckung von Verlusten in Anspruch genommen werden. ⁴Der weitere Überschuss fließt in die Rückstellung für Leistungsverbesserung, die zur gleichmäßigen Verbesserung von Leistungen und Anwartschaften verwendet werden soll. ⁵Lediglich bei nicht ausreichender Sicherheitsrücklage darf die Rückstellung für Leistungsverbesserung zur Deckung von Verlusten verwendet werden. ⁶Die Erweiterte Kammerversammlung berät über die versicherungsmathematischen Ergebnisse und fasst die entsprechenden Beschlüsse.

7. Zu § 8

§ 8 Absatz 2 Sätze 2 bis 4 werden wie folgt neu gefasst:

²Nach Beendigung eines jeden Geschäftsjahres sind durch die Geschäftsführung ein Jahresabschluss und ein Lagebericht anzufertigen. ³Aus dem Lagebericht müssen die Summe der Einnahmen und Ausgaben sowie der Vermögensstand und die Art seiner Anlage ersichtlich sein. ⁴Der Lagebericht hat auch über die eingetretenen Versorgungsfälle Aufschluss zu geben.

§ 8 Absatz 3 wird wie folgt neu gefasst:

(3) Der Jahresabschluss und der Lagebericht sind nach Prüfung durch den bestellten Wirtschaftsprüfer vom Verwaltungsausschuss dem Aufsichtsausschuss zur Prüfung vorzulegen.

8. Zu § 41

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

¹Den Widerspruchsbescheid erlässt der Verwaltungsausschuss.

Artikel II
Inkrafttreten der Satzung

Die Satzungsänderungen treten am Tage nach ihrer Veröffentlichung in Kraft.

Dresden, den 24. Juni 2006

gez. Dr. med. Steffen Liebscher
Vorsitzender des Verwaltungsausschusses

gez. Prof. Dr. med. habil. Eberhard Keller
Vorsitzender des Aufsichtsausschusses

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

Ausfertigungsvermerk

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales hat mit Bescheid vom 13.07.2006, AZ 32-5248.12/3 VII, die Genehmigung erteilt.

Die vorstehende 13. Satzung der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung wird hiermit ausgefertigt und im Ärzteblatt Sachsen und im Deutschen Tierärzteblatt bekannt gegeben.

Dresden, den 26.07.2006

Siegel

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

8. Illegale Handlungen zur Spielfinanzierung.
9. Gefährdung oder Verlust bedeutsamer Beziehungen, der Arbeit etc.
10. Hoffnung, dass andere die eigene spielbedingte finanzielle Situation entspannen.

Auf ein fortgeschrittenes Stadium verweisen vor allem die Kriterien 3, 4, 6 und 8.

Nach Definition der ICD-10⁷ wird Pathologisches Glücksspielen unter die abnormen Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle klassifiziert, ist danach charakterisiert durch:

1. Häufig wiederholtes episodenhaftes Glücksspielen, das die Lebensführung der betroffenen Person beherrscht und zum Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte führt.
2. Die Betroffenen setzen ihren Beruf und ihre Anstellung aufs Spiel, machen hohe Schulden und lügen oder handeln ungesetzlich, um an Geld zu kommen oder um die Bezahlung von Schulden zu umgehen.
3. Sie beschreiben einen intensiven, kaum kontrollierbaren Drang zum Glücksspielen, der verbunden ist mit einer gedanklichen und bildhaften Beschäftigung mit dem Glücksspielen und seinen Begleitumständen.
4. Die gedankliche Beschäftigung und die Drangzustände verstärken sich häufig in belastenden Lebenssituationen.

Wenn jeweiliges Glücksspielverhalten über diese Kriterien als „pathologisch oder nicht“ zu bewerten ist, setzt dies differenzierte Diagnostik voraus, die die Aufnahme einer Glücksspielanamnese einschließt. Es sind Informationen zu Arten, Orten des bevorzugten Glücksspielen; zu Beginn und Verlauf der Glücksspielproblematik in Abhängigkeit von persönlichen Lebensbedingungen, zu Gewinnen, Verlusten, Schulden, Beschaffungskriminalität, Strafverfahren, Arbeits-

und Beziehungsverlusten; zu Gedanken und Gefühlen, die ihm vorausgehen, es begleiten und ihm nachfolgen; zu Rückfallsituationen, zur Krankheitseinsicht, Abstinenz- und Behandlungsmotivation, zu eventuell vorlaufenden Behandlungen, zur Integration in Suchtberatungsstelle und Selbsthilfegruppe; zu psychovegetativen Reaktionen bei Einstellung des Glücksspielen; Alkohol-, Medikamenten- und Drogenkonsum; zu Suchtproblemen in der Familie; vor allem aber auch zur lebensgeschichtlichen und aktuellen Funktionalität des Glücksspielen zu erheben. Zu dieser Glücksspielanamnese gibt es einen korrespondierenden „Fragebogen zur persönlichen Suchtentwicklung und gegenwärtigen Standortbestimmung“, der von Kalbus¹⁶ zusammengestellt wurde und in unserem Therapiehandbuch enthalten ist.

Mit Hilfe des Kurzfragebogens zum Glücksspielverhalten (Petry 2003, 116 – 118)¹³ kann die Schwere der Glücksspielsucht (beginnend, aber beratungs- und behandlungsbedürftig, mittelgradig oder fortgeschritten) diagnostiziert werden. Aus diesem Kurzfragebogen wurde eine Art „Schnelltest“ abgeleitet:

1. Können Sie mit dem Glücksspielen erst aufhören, wenn Sie kein Geld mehr haben?
2. Erleben Sie Verluste beim Glücksspiel als persönliche Niederlage, die Sie wettmachen möchten?
3. Denken Sie oft ans Glücksspielen oder verspüren Sie einen inneren Spiel-drang?
4. Haben Sie zur Geldbeschaffung schon andere Menschen belogen oder betrogen?

Dringender Verdacht auf Glücksspielsucht besteht, wenn zwei oder mehr der oben stehenden Fragen mit „Ja“ beantwortet werden!

Betroffene ahnen oder kennen die mit den oben genannten Kriterien verbundenen persönlichen Bedeutungen, wollen sie

allerdings in der Regel lange nicht wahrhaben. Mitbetroffene leisten häufig die notwendige „Schützenhilfe“ zum Aufstieg, indem sie den Glücksspieler mit seiner ständig knappen Kasse, unbezahlten Rechnungen, Selbstisolierung und weiteren Verhaltensauffälligkeiten wie -änderungen konfrontieren, ihn nach dem unumgänglichen „Outen“ darauf hinweisen, dass er dringend professionelle Hilfe benötigt, die mit dem Besuch beim Hausarzt und/oder einer Suchtberatungsstelle eingeleitet wird.

In Sachsen kann über den Fachausschuss „Glücksspielsucht“ der Sächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (SLS, Glacisstraße 26, 01099 Dresden, Tel./Fax 0351/8045506) eruiert werden, welche Suchtberatungs- und -behandlungsstellen (SBB) sich in Wohnortnähe befinden. Umfangreiche Erfahrungen mit der Diagnostik Pathologischen Glücksspielen und der Beratung pathologischer Glücksspieler haben zum Beispiel die folgenden Suchtberatungs- und -behandlungsstellen:

Chemnitz „AWW e.V.“,
Herr Frotscher, Tel.: 0371 5380625
Dresden „GESOP“,
Frau Wolf, Tel.: 0351 2879177
Dresden „Horizont“,
Frau Hinselmann, Tel.: 0351 4207731
Leipzig „Impuls“,
Frau Allstedt, Tel.: 0341 5662424
Zwickau „ADU“,
Herr Morschhauser, Tel.: 0375 212631

Die weiteren im Fachausschuss „Glücksspielsucht“ vertretenen Suchtberatungsstellen ermöglichen wohnortnahe Diagnostik und Beratung, stellvertretend sei auf die in Auerbach, Grimma, Großenhain, Hohenstein-Ernstthal, Oelsnitz, Plauen, Reichenbach, Stollberg und Zittau verwiesen. Informationen sind auch unter „www.glücksspielsucht.de“ zu finden.

Selbstverständlich steht auch unsere Klinik für Auskünfte zur Verfügung (Asklepios Fachklinikum Wiesen, Kirchberger

Straße 02, 08134 Wildenfels, Reha-Abteilung, Sekretariat, Frau Hanke, Tel.: 037603 54121).

Wenn Behandlungsbedürftigkeit und -motivation (zum Beispiel über Bereitschaft zur Schuldenregulierung und zum Geldmanagement) besteht, ist eine klinische Behandlung indiziert. Insbesondere wenn eigene Bemühungen und ambulante Beratung oder Behandlung fehlschlagen, wird sie nicht zu umgehen sein. Eine solche Behandlung erfolgt auf der Grundlage und entsprechend den „Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspielen (März 2001)“¹⁷

Für eine Rehabilitationsmaßnahme (Entwöhnungsbehandlung mit einer Dauer von 12 bis 16 Wochen) sind Arztbericht, Sozialbericht, Freiwilligkeitserklärung des Patienten und die Kostenzusage des zuständigen Kostenträgers, in der Regel des Rentenversicherungsträgers, erforderlich. Übergeordnete Ziele bei einer solchen medizinischen Rehabilitationsmaßnahme sind „Glücksspielabstinenz zu erreichen und zu erhalten, körperliche und seelische Störungen weitgehend zu beheben oder auszugleichen und eine möglichst dauerhafte (Wieder-) Eingliederung in das Erwerbsleben zu erreichen“¹⁸. Für diese medizinische Rehabilitation ist in Sachsen das Asklepios Fachklinikum Wiesen zuständig.

Auch eine mehrwöchige psychiatrische Krankenhausbehandlung (Psychiatrische Regelbehandlung für Abhängigkeitskranke) zu Lasten der GKV ist möglich. Deren Indikation ergibt sich aus dem Fehlschlagen ambulanter Vorbehandlungen, der Notwendigkeit diagnostischer Klärung auch im Hinblick auf Comorbiditäten und die Motivation zur Weiterbehandlung, insbesondere zur Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme. Psychoedukative Inhalte und Angehörigenarbeit

sind dabei essentiell. Im diagnostischen und differentialdiagnostischen Prozess beider Behandlungsformen wird nicht nur die Glücksspielsucht objektiviert, sondern auch das comorbide Vorhandensein psychischer Fehlentwicklungen und Persönlichkeitsstörungen unter besonderer Akzentuierung von Beziehungsgestaltung, Konfliktverarbeitung und Struktur mit den damit verknüpften, für pathologische Glücksspieler charakteristischen Beeinträchtigungen im Selbstwahrerleben, der Affekt- und Bedürfniskontrolle abgebildet.

Diese basalen psychischen Bedingungen sind für die Genese des Pathologischen Glücksspielens von spezifisch-personeller Bedeutung und deshalb im Therapieprozess als Interventionsziele mit entsprechenden therapeutischen Methoden ausreichend zu berücksichtigen.

Die gewonnenen differentialdiagnostischen Befunde (einschließlich der zur Hirnleistung, Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Konzentration, Gedächtnis, Denken und der darüber vermittelten kognitiven Leistungsfähigkeit) erlauben nicht nur die Bestimmung des aktuellen Schweregrades des Pathologischen Glücksspielens, sondern auch persönlichkeitszentrierte Akzentuierungen und therapeutische Maßnahmen.

Die umfangreichen diagnostischen Bemühungen tragen beim Patienten zur Förderung differenzierter Selbstwahrnehmung bei, darüber auch zur Akzeptanz therapeutischer Empfehlungen. Sie ermöglichen es, psycho-, sucht- und soziotherapeutische wie medizinische Angebote entsprechend dem „biopsychosozialen“ Status des Patienten zu koordinieren.

In der Rehabilitation wird neben der Einzeltherapie außerdem das störungsspezifische Therapieprogramm für Pathologische Glücksspieler angeboten, in dem in tiefenpsychologisch orientierter Gruppentherapie persönliche Hintergründe und Auslösebedingungen Pathologischen

Glücksspielens „besprochen“ werden. Die handlungspsychologisch und verhaltenstherapeutisch orientierte Gruppentherapie thematisiert folgende Schwerpunkte:

1. Glücksspielbezogene Motivationsprobleme
2. Unrealistische Wahrnehmungen und Illusionen
3. Gefühlsregulation
4. Beziehungsmuster
5. Selbstwertprobleme
6. Rückfallverhinderung
7. Umgang mit Verlangen/Drang nach Glücksspielen.¹⁸

Weitere „Brennpunkte“ der Behandlung sind das Geldmanagement und die Arbeit an der Schuldenregulierung.

Vor der Behandlung waren 80 Prozent der von uns untersuchten Patienten arbeitslos, 1 Jahr danach hatte sich die Situation nahezu umgekehrt! Die Mehrzahl arbeitete nun in den alten Bundesländern. Die Erfolgsquote (abstinent und abstinent nach Rückfall) lag bei den von uns behandelten pathologischen Glücksspielern, die den Katamnesefragebogen beantwortet hatten, bei 79 Prozent. Wenn die Nichtbeantworter als „Rückfälliger“ eingestuft werden, sinkt sie auf 40 Prozent. Diese Ergebnisse nähern sich den „gemittelten“ Erfolgsquoten der bisher in Deutschland veröffentlichten 9 Katamnesen (s. Petry 2001, 481¹⁹) zur medizinischen Rehabilitation bei pathologischen Glücksspielern an, diese betragen für die Antworter 64 Prozent und für die Gesamtstichprobe 46 Prozent.

Literaturliste und Therapiekonzept²⁰ können über die Verfasser und die Kontaktadresse angefordert werden.

Anschrift für die Autoren:
Dr. med. Frank Härtel
Asklepios Fachklinikum Wiesen
Kirchberger Straße 2,
08134 Wildenfels, OT Wiesenburg

O. Bernhardt, G. Meyer

Allgemeinmedizinische Verantwortung des Zahnarztes

Düsseldorf. Im Rahmen der epidemiologischen „Study of Health in Pomerania“ (SHIP) wurde auf der Basis von 4.255 untersuchten Personen eine Gruppe identifiziert, die durch häufiges Auftreten von Kopfschmerzen gekennzeichnet war. Unter den möglichen Risikofaktoren zeigte die druckempfindliche Kaumuskelatur eine signifikante Beziehung zum häufigen Auftreten von Kopfschmerzen. Die Autoren (Bernhardt et al., Quintessenz Int. 2005) empfehlen bei dieser Patientengruppe auch eine zahnärztliche Diagnostik und gegebenenfalls Therapie.

In einer anderen, ebenfalls international publizierten Studie innerhalb des Ship-Projektes gibt es vergleichbare Ergebnisse für Tinnituspatienten, und auch hier wird zahnärztliche Diagnostik und Therapie gefordert (J Oral Rehabilitation 2004). Lotzmann und Mitarbeiter kommen in einer diagnostisch-therapeutisch orientierten zahnmedizinischen Nachuntersuchung von Patienten, bei denen vorher durch Neurologen die Diagnose „Trigeminusneuralgie“ gestellt worden war, zu dem Ergebnis, dass bei bis zu 50 Prozent der Fälle Kaufunktionsstörungen die eigentlichen Ursachen der neuralgieformen Symptomatik waren, was durch entsprechende (zahnärztliche) Therapieerfolge belegt wurde. In experimentellen orthopädischen Studien konnte diese Arbeitsgruppe zeigen, dass sowohl die Kopf- als auch die gesamte Körperhaltung durch Veränderung der Kieferrelationen beeinflusst werden kann. Resultierende muskuläre Hyperaktivitäten mit Verspannungen und Schmerzen können durch psychoemotionalen Stress (Volksmund: „die Zähne zusammenbeißen, mit den Zähnen knirschen, jemandem die Zähne zeigen und anderes“), verstärkt werden, wie der Schweizer Professor Graber zum Teil sogar in experimentellen Studien belegen konnte.

Eine schwedische und eine amerikanische Arbeitsgruppe kamen in kontrollierten Studien unabhängig voneinander zu dem Ergebnis, dass die zahnärztliche Schie-

nentherapie in hohem Maße zu einer Entspannung und Koordination der Kaumuskelatur beitragen kann und somit auch zur Linderung oder Heilung der dadurch verursachten Krankheitssymptome (Fu et al. J Craniomandibular Practice 2003; Ekberg et al. J Orofacial Pain 2003). Obwohl auf diesem Gebiet noch sehr viel interdisziplinär ausgerichteter Forschungsbedarf besteht, sollte die Zahnmedizin schon jetzt in das interdisziplinäre Konsiliar der entsprechenden Krankheitsbilder einbezogen werden.

Ähnliches gilt für die Parodontologie: „Ask your periodontist about periodontal disease and heart disease“ so der Titel eines Merkblattes der American Academy of Periodontology, das an Patienten ausgegeben wird. Es spiegelt aktuelle Wissenschaft wider, die offensichtliche Zusammenhänge zwischen entzündlichen Parodontalerkrankungen und Herz-/Kreislauferkrankungen aufzeigt.

Hier gilt die Parodontitis als Risikofaktor oder als Risikoindikator von Arteriosklerose bis hin zum Herzinfarkt. Aortenklappenverkalkung und das Schlaganfallrisiko zeigen ähnliche Wechselwirkungen zur Entzündung des Zahnhalteapparates (Desvarieux et al. Stroke 2004).

Die Leukozyten-Anzahl als allgemeiner Marker einer systemischen Entzündung korreliert am Besten mit der Parodontitis, wie aktuelle Forschungsergebnisse belegen. Derartige Wechselwirkungen sind durchaus nachvollziehbar, wenn man bedenkt, dass 9 mm tiefe, entzündete Zahnfleischtaschen bei voller Bezahnung einer Fläche von ca. 25 cm² entsprechen, also eine wirklich beachtliche Größe für eine offene Wunde und damit ein idealer Zugang für die Leitkeime der parodontalen Entzündung oder deren Toxine in den Körper. Im Tiermodell konnte gezeigt werden, dass eine Injektion dieser Keime in die Blutbahn zu atypischen und organspezifischen Veränderungen der Blutgerinnung führt. Es gibt wissenschaftliche

Hinweise darauf, dass Frühgeburten und niedriges Geburtsgewicht von Kindern ebenfalls in Wechselwirkung mit entzündlichen parodontalen Erkrankungen stehen können. Eine weitere Schnittstelle zur Medizin: Großer psychoemotionaler Stress ist für den Attachmentverlust im Zahnhalteapparat ein ebenso großer Risikofaktor wie starkes Rauchen. Aufgrund dieser Daten kommt der systematischen Parodontalbehandlung beim Zahnarzt einschließlich der regelmäßigen Kontrolle (Recall) ein besonderer gesamtmedizinischer Stellenwert zu.

Vergleichbar mit dem Ersatz von Zähnen durch Implantate, Brücken, Kronen und auch mit Füllungen werden in allgemeinmedizinischen Bereichen künstliche Herzklappen, Gefäße, Gelenke und anderes eingesetzt. Aufgrund jahrzehntelanger werkstoffkundlicher Forschung mit entsprechendem Wissensvorsprung sollte die Zahnmedizin zukünftig federführend eine umfassende allgemeinmedizinische Werkstoffkunde betreiben, die durch eine enge Zusammenarbeit mit Allergologen, Physiologen, Mikrobiologen, Toxikologen und anderen gekennzeichnet sein könnte. Schon jetzt zeigt sich, dass die Bioverträglichkeit moderner (zahn-)ärztlicher Materialien nicht immer unproblematisch ist: Mikrobiologische, allergologische und andere systemische Körperreaktionen bedürfen weiterer Forschung (Schmalz et al., Biokompatibilität zahnärztlicher Werkstoffe, 2005).

Diese Beispiele für die engen Beziehungen zwischen Zahnmedizin und Medizin könnten in großer Zahl fortgesetzt werden. Beispiele hierfür:

Berufliche und soziale Einflussfaktoren können Auswirkungen in der Mundhöhle zeigen. Immunologische Aspekte (nicht nur Allergien) sind zu berücksichtigen. Genetische Untersuchungsergebnisse zum Beispiel in der Parodontologie könnten künftig für diagnostische und therapeutische Entscheidungen eine Rolle spielen.

Mundschleimhautveränderungen sind frühe Indikatoren für vielfältige allgemeinmedizinische Erkrankungen.

Insgesamt gesehen hat die Zahnmedizin heute und in der Zukunft aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse die große Chance und Pflicht zugleich, medi-

zinischer als je zuvor zu sein. Alle Zahnkliniken in Deutschland sind integraler Bestandteil medizinischer Fakultäten. Der Wissenschaftsrat der Bundesrepublik Deutschland hat in seiner aktuellen Erklärung zur Zukunft der Zahnmedizin keinen Zweifel daran gelassen, dass es auch zukünftig so bleiben muss. Allerdings

fordert er in Forschung und Lehre eine deutlich engere Vernetzung der Zahnmedizin mit der allgemeinen Medizin, als es bisher üblich war.

Priv.-Doz. Dr. Olaf Bernhardt
Prof. Dr. Georg Meyer
Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald,
Domplatz 11, 17487 Greifswald

Das Gewissen der Medizin

Ärztliche Moral von der Antike bis heute

Hrsg. Klaus Bergdolt:

384 Seiten mit 4 Abb. Verlag C.H.Beck, München.
29,90 Euro, ISBN 3406521924

Das Wissen in der Medizin hat sich in den vergangenen 2000 Jahren stürmisch entwickelt. Ob das aber auch für das Gewissen der Mediziner gilt, ist eine spannende Frage. Beim genauen Hinsehen ist es verblüffend, wie aktuell und modern die Themen sind, mit denen sich schon die Philosophen und Ärzte der Antike herumschlugen.

Ein wohl ewiges Thema sind die Konkurrenz und das Geld. Im Rom der Kaiserzeit bestanden nebeneinander unterschiedlichste Schulen, die „Methodiker“, „Pneumatiker“, „Empiriker“, „Dogmatiker“ und „Eklektiker“ aller Schattierungen. Man hasste und attackierte sich, wo es ging und kämpfte verbissen um lukrative Patienten. Mitleid mit Armen hatte im antiken Medizingebäude keinen Platz. „Wo es kein Geld gibt, ist auch keine Kunst“, heißt es bei Aristophanes ganz lapidar. Da war es nahezu revolutionär, dass der römische Arzt Scribonius Largus im 1. Jh. nach Christus die Forderung aufstellte, jedermann auf gleiche Weise zu behan-

deln. Aber wie? – Darüber gingen die Meinungen auseinander.

Neben fachlichen Leitlinien gab es immer auch moralische Anleitungen zum korrekten Verhalten des Arztes. „Über den Umgang des Arztes mit dem Kranken“ hieß eine weitverbreitete Schrift aus Italien im 11. Jahrhundert. Dabei handelte es sich um eine Mischung aus hippokratischer Ethik, christlicher Moral und einer großen Prise Bauernschläue. Schmeicheleien seien durchaus erlaubt, um sich den Patienten gewogen zu halten. Jede Erkrankung solle der Arzt als schwer und gefährlich darstellen, „weil du dann, wenn der Kranke überlebt, höheren Verdienst und Ruhm erntest. Stirbt er dagegen, werden alle bezeugen, du hättest von Anfang an an seiner Gesundheit gezweifelt.“

Sind Lüge und Betrug in der Heilkunst gestattet? Seit Alters her hielten es Ärzte für erlaubt und geboten, den Kranken über seinen wahren Zustand zu täuschen, da eine „heitere Grundstimmung“ für die Genesung wichtig sei. Skurriler waren schon die Therapien der „Hippokratischen Epidemien“: psychisch bedingte Ohrenerkrankungen wurden dadurch behandelt, dass der Arzt vorgab, einen Gegenstand aus dem Ohr gezogen zu haben. Um den Patienten zu täuschen,

warf er einen bereitgehaltenen Wattausch blitzschnell ins Feuer. Der böse Gegenstand verbrannte zischend und der Patient fühlte sich befreit.

Die Verantwortung des Arztes gegenüber seinen Patienten wurde zur Zeit der Pest auf eine schwere Probe gestellt. Manche setzten ihr Leben mutig aufs Spiel in der Sorge um die Kranken. Durch Ansteckung kamen viele Ärzte zu Tode. Ein Patient, bei dem der Arzt einen Aderlass durchführte, berichtete: „Das Blut, das herauslief, spritzte ihm ins Gesicht. Und am gleichen Tag wurde er krank und starb am darauffolgenden. Ich selbst kam freilich durch Gottes Gnade davon“. Viele Ärzte freilich ließen ihre Patienten im Stich, hilflos dem Tod ausgeliefert, und brachten sich auf dem Land in vermeintliche Sicherheit. Chalin de Vinario schrieb, als in Avignon die Pest ausgebrochen war: „Wir Ärzte sind uns selbst die Nächsten. Keiner von uns ist von solchem Wahnsinn geblendet, dass er sich mehr um die Rettung der anderen als um die eigene kümmert.“

Vielleicht hatte Petrarca doch Recht, als er sagte: „Medizin hat mit Moral nichts gemein!“

Martin Glauert

100 Fälle der Allgemeinmedizin

Klein, Reinhold; Preis: 24.95 Euro
(Ladenpreis)
2005, ca. 432 S., 100 farb. Abb.,
Kt 170x240 mm
Urban & Fischer bei Elsevier
3-437-43570-1

Seinen Anspruch, dem Studenten zumindest ein gutes Gefühl hinsichtlich des bevorstehenden Examens zu vermitteln, erfüllt dieses Buch auf erfreuliche Weise. Das Fach Allgemeinmedizin wird aus der Sicht des Praktikers beleuchtet, die dem Studenten noch nicht zueigen gewordene Praxiserfahrung erschließt sich fast von allein, wobei jedoch auch der Eindruck entsteht, dass zumindest, wo praktisch relevante Entscheidungen getroffen werden, eine gewisse Meinungsabhängigkeit (Evidenz-Klasse IV ?) vorliegt. Diese Art der Darstellung hat den Nachteil, dass man sich mit einer persönlichen Meinung auseinander zu setzen hat und keine Alternativen angeboten werden. Der Vorteil besteht aber in einer konsistenten

Linie, welcher der Autor von Anfang bis Schluss treu bleibt. Der dadurch erkennbare Algorithmus fördert sinnvolle Redundanz und erleichtert damit das Merken von Fakten.

Der Aufbau des einzelnen Falls ist so gehalten, dass man auch nach mehreren Fällen nicht die Lust verliert und sich vor allem auch noch an einzelne Fakten lange erinnert. Dazu trägt insbesondere der visuell orientierte Stil einiges bei. Merkkästen sowie die farbig unterlegte Zusammenfassung am Schluss jedes Falls sind hierfür sehr gut geeignet.

Gelingen ist auch die Darstellung der individuellen Besonderheiten der einzelnen Beratungsprobleme in Verbindung mit ihrem zeitlichen Verlauf. Sehr einprägsam ist dabei die Abfolge verschiedener Probleme desselben Patienten über einen längeren Zeitraum.

Etwas verwirrend, weil am Beginn nicht explizit erklärt, erscheint dabei die Verwendung unterschiedlicher Farben für die einzelnen Fälle, deren Bedeutung sich

nicht intuitiv erschließt. Eine Zusammenfassung am Anfang des Buches wäre hierfür sicherlich sinnvoll.

Eine gelungene Idee ist die Verpackung von Überschriften als Fragestellungen. So hat man die Gelegenheit, das eigene Wissen anzuwenden, sich danach durch Bestätigung belohnt zu fühlen oder eben Neues zu lernen.

Die Auswertung der EKGs war manchmal nicht ganz schlüssig, wie auch der direkte klinische Bezug zu pathologischen Befunden der apparativen Diagnostik stellenweise verbesserungswürdig ist. Alles in allem ist das vorliegende Buch eine kurze und einprägsame Einführung in die dem Studenten (leider) nicht sehr vertraute Welt der hausärztlichen Medizin, die ihm hilft, seine Angst vor der konkreten Konfrontation mit dem hilfesuchenden Patienten einerseits und dem Erfordernis der schnellen und richtigen Entscheidung andererseits zu meistern.

Thomas Knetschke, Dr. med. A. Bergmann

Wiedereinstiegskurs für Ärztinnen und Ärzte

10. Wiedereinstiegskurse für Ärztinnen und Ärzte nach berufsfreiem Intervall

Termin: 8. bis 19. Januar 2007

Ort: Kaiserin-Friedrich-Stiftung in Berlin-Mitte

Teilnahmegebühren: 850 Euro (einschließlich Mittags- und Pausenversorgung).

Die Kaiserin-Friedrich-Stiftung ist eine gemeinnützige industrie-unabhängige Einrichtung, die eng mit der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesagentur für Arbeit, dem zuständigen Mitglied des Berliner Politischen Senats und der Berliner Ärztekammer zusammenarbeitet.

Anmeldefrist: 31. 10. 2006

Auskunft: Sekretariat der Kaiserin-Friedrich-Stiftung, Rober-Koch-Platz 7, 10115 Berlin, Tel. 030 308889-20

Fax: 030 308889-26,

E-Mail: kfs@kaiserin-friedrich-stiftung.de

Homepage: www.kaiserin-friedrich-stiftung.de

Treffen des Studienjahrabgangs 1967

Wir möchten an das jährliche Treffen der ehemaligen Medizinstudenten (1961 bis 1967) der Leipziger Universität erinnern.

Zeit: 2. Oktober 2006, ab 19.00 Uhr.

Ort: Auerbachs Keller, Leipzig.

Um Rückmeldung wird gebeten:

Priv.-Doz. Dr. med. Bernd Wiedemann,
Seipelweg 15, 04347 Leipzig,

Tel. 0341 2311452 oder

Dr. med. Hans-Otto Kluge, Landshut,

Tel. 0871 23184.

Dr. med. Lothar Markus 11. 6. 2006
Seeburgstraße 53
04103 Leipzig

Ärzte-Streik – Eine wahre Geschichte

„Wissen Sie eigentlich, wann die Ärzte in Deutschland das letzte Mal gestreikt haben“, frage ich meine Patienten oft im Zusammenhang mit Gesprächen über die gesundheitspolitischen Ereignissen in unserem Lande und den Streik der Klinikärzte?

„Nein, das weiß ich nicht“, höre ich dann immer wieder als Antwort. Das wundert mich auch nicht, da der letzte Streik der Ärzte in Deutschland schon über 80 Jahre zurückliegt, nämlich sich im Winter des Jahres 1923/24 ereignete und keiner sich darüber überhaupt Gedanken macht.

Ganz anders war die Antwort, als ich letztes meinen Patienten vom Jahrgang 1915 fragte, einen Mann, der trotz seines hohen Alters geistig noch sehr rege ist und alle Ereignisse in unserem Lande mit großer Aufmerksamkeit verfolgt. „Aber natürlich, Herr Doktor“, antwortete er mir, „das war im Jahre 1923, ich glaube es war im Winter. Damals ist mein 6-jähriger Bruder gestorben. Meine Mutter ist damals zu unserem Hausarzt Dr. P. gegangen, den meine Eltern sehr gut kannten und der ein bekannter Arzt in Leipzig war, und wollten ihn bitten, einen Hausbesuch bei meinem Bruder zu machen. Der Arzt war aber nicht erreichbar, da die Ärzte damals streikten, so dass mein Bruder gestorben ist. Als meine Mutter den Arzt später fragte, warum er denn nicht gekommen sei, hat er geantwortet: Die Patienten sterben und die Ärzte verhungern.“

Mein Patient schilderte mir dieses Erlebnis ohne jeden Zorn. Aber aufgrund seiner wörtlichen Schilderung konnte man ahnen, wie tief dieses Erlebnis in ihm verwurzelt war.

Das ist leider die grausame Realität: „Wenn Ärzte streiken, sterben die Patienten“.

Und im damaligen Jahre 1923 haben die Ärzte in Leipzig bewusst auf einen Notdienst verzichtet, um die Situation eskalieren zu lassen (1).

Wegen der zahlreichen Toten, die es im Winter des Jahres 1923/24 aufgrund des Streiks der Ärzte gab, soll der damalige Innenminister gesagt haben, dass so etwas nie wieder geschehen darf (1). Fast 80 Jahre hat dieses Versprechen gehalten, und jetzt befinden wir uns in Deutschland wieder in einer Situation, in der Ärzte streiken und die gesamte Situation in diesem Gesundheitswesen zu eskalieren droht. Zweifellos muss heute kein Arzt hungern, wie 1923 – gerade fünf Jahre nach einem Weltkrieg und in einer Zeit wesentlicher politischer Veränderungen im Nachkriegs-Deutschland – aber die Situation der Ärzte in diesem Lande ist mittlerweile so schlecht und die Ignoranz der Politiker so groß, dass man nur noch in einem Streik eine Möglichkeit zur Durchsetzung seiner berechtigten Interessen sieht. Und es sind nicht allein die Kolleginnen und Kollegen im stationären Bereich, die Klinik-Ärzte, die ihre Verhältnisse und ihr Honorar als entwürdigend empfinden, sondern es sind auch die niedergelassenen Ärzte, die in solche bürokratische und existenzielle Zwänge gedrängt werden, dass jede Toleranzgrenze bereits überschritten ist.

Da müssen wir in diesem Gesundheitswesen mit ansehen, wie über 250 gesetzliche Krankenkassen ihr eigenes Süppchen kochen und die Gelder der Beitragszahler über alle möglichen Fonds unter sich verschieben, da werden Millionen für Reklameprojekte, bürokratische Programme und Verträge mit Ärzten und Krankenhäusern verschleudert, die eine grenzenlose Bürokratisierung bedingen, den Patienten nichts nützen, die Ärzte aber von ihrer eigentlichen Arbeit am Patienten abhalten. Da werden Ärzte gezwungen, für die Krankenkassen das Geld in Form der Praxisgebühr einzusammeln und 13-jährige Kinder müssen in der Apotheke vom Arzt verschriebene Medikamente

bezahlen, und da verlassen Hunderte von jungen Ärzten jährlich das Land und es stehen zahlreiche Arztpraxen auf dem Lande leer, weil sie keiner mehr für das gezahlte Honorar und die hohe fachliche und wirtschaftliche Verantwortung übernehmen will. Da genehmigen sich aber die Krankenkassen-Bosse und Ärzte-Bürokraten Monatsgehälter von über 15.000 Euro und die Ärzte lässt man für 1.500 Euro im Monat arbeiten.

Und da gibt es auch noch ein Gesundheitsministerium und öffentliche Medien, die über die Ärzte-Streiks reden, als wäre es der Streik der Müllabfuhr. Nur weil die Krankenhausärzte wie die Müllabfuhr zum öffentlichen Dienst gehören.

Was sind das für perverse Verhältnisse?! Was haben unsere Politiker eigentlich von der Aufgabe und Leistung der Ärzte verstanden?

Wissen Sie eigentlich, dass die Bedeutung des Arztes seit 1923 für das Leben und die Gesundheit der Menschen um ein Vielfaches gestiegen ist, und dass die Ärzte heute Krankheiten diagnostizieren und heilen können, an denen die Menschen vor 80 Jahren noch sterben mussten? Wissen Sie eigentlich, dass im Falle eines vereinten Streiks der Ärzte, ohne Sicherung einer Notversorgung, eine viel größere Zahl der Patienten sterben müsste als 1923/24, dass ein solcher Streik heute einer „Naturkatastrophe“ gleich käme?! Das scheint unseren Politikern wohl gleichgültig zu sein, da man immer noch glaubt, die Ärzte moralisch bedingungslos erpressen zu können. Im Übrigen sind unsere Politiker medizinisch ausreichend versorgt, und im Falle eines Streiks der Ärzte betrifft es immer nur „die Kleinen“, die Patienten, die eigentlich Unschuldigen, das letzte Glied in der Kette eines jeden Gesundheitssystems.

Aufgrund dieser Erkenntnis habe ich mich eigentlich immer massiv gegen alle Streik-Bestrebungen der Ärzte ausgesprochen.

Leider muss ich feststellen, dass diese Regierung einen solchen Konfrontations- und Eskalationskurs mit den Ärzten fährt, dass schwere Folgen nicht mehr auszuschließen sind.

Die niedergelassenen Ärzte könnten schon heute ihre Praxen jedes Quartal ein bis drei Wochen schließen, ohne einen Cent finanzielle Einbuße zu haben, weil sie schon heute eine solche Zeit jedes Quartal unbezahlt arbeiten. Sollten die

Ärzte ihre Praxen allein für eine Woche zum Quartalsende gemeinsam schließen, wäre die Katastrophe perfekt.

Die Politiker sollten ihr erpresserisches Spiel mit den Ärzten und ihr ignorant-arrogantes Verhalten gegenüber den berechtigten Interessen der Ärzte schnellstens beenden und dafür sorgen, dass die Ärzte in diesem Lande wieder in Ruhe und ohne finanzielle Zwänge an ihren Patienten arbeiten können.

Wenn Ärzte streiken, ist die Moral in einem Land am Ende!

Und über die moralische Situation in unserem Lande sollte man sich einmal grundsätzlich Gedanken machen.

Dr. med. Lothar Markus

Literatur: (1) Jütte, Robert (Hrsg.): Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Deutscher Ärzte-Verlag. Köln.1997.

Dr. med. Brigitte Knüpfer 30. 7. 2006
Dammplatz 1
09669 Frankenberg

Sehr geehrte Redaktion, sehr geehrte Damen und Herren!

Ich bitte um Abdruck folgenden Artikels im „Ärzteblatt Sachsen“.

Am 16. Juni 2006 war die Sächsische Sozialministerin, Helma Orosz, zu einem Gespräch mit Ärzten und Apothekern aus dem Landkreis Mittweida eingeladen.

Es wurde von beiden Seiten emotional und praxisnah über die Umsetzung politischer Richtlinien diskutiert. Dabei musste die Ministerin feststellen, dass die Auswüchse der Gesetzgebung und Bürokratie ihre schlimmsten Befürchtungen

bei weitem übertroffen haben und zu mancher Aussage konnte auch sie keine Antwort mehr geben. Ihre Bitte ist, ihr sinnlose Anfragen der Kassen oder anderer Institutionen zuzuschicken.

Breiten Raum in der Diskussion nahm an diesem Abend die Auswirkungen der Bonus-Malus-Regelung ein. Die politische Seite war der Ministerin sehr wohl klar, aber wie sie eine 80 mg Tablette Simvastatin auf eine Tagesdosis von 10 mg teilen sollte, wie von Frau Dr. Plewe recht praxisnah gefragt wurde, verwunderte Frau Orosz doch sehr.

Die Ministerin bekannte auch, dass die Politik eine Bürokratisierung des Gesundheitswesens erkannt hat, aber eine Änderung von heute auf morgen nicht machbar ist. Ähnlich sehe es mit dem Nachwuchs-

problem für niedergelassene sächsische Ärzte aus. Die bisher eingeleiteten Maßnahmen hätten noch nicht ausgereicht. Ihre Aussage: „Das System ist übersteuert. Es gibt genug Geld, aber wir haben ein Verteilungsproblem“, konnten die Kolleginnen und Kollegen nicht nachvollziehen.

Am Ende des fast dreistündigen Abends zogen beide Seiten das Fazit, dass nicht alles in der Politik Beschlossene so umsetzbar ist; Änderungen für unsere ärztliche Arbeit jedoch dringend notwendig sind.

Dazu sollte der Dialog auch dienen und weiter fortgesetzt werden.

Dr. med. Brigitte Knüpfer

Abkürzungslexikon Medizinischer Begriffe

Hrsg: Heinz Beckers
Verlag Arzt + Information, Köln
6. ergänzte Auflage, 2006
Preis 22 Euro, ISBN-10: 3-9807384-4-4-2

In der 6. Auflage dieses Werkes ist die Anzahl der Abkürzungen, Akronyme und Symbole aus allen Fach- und Randbereichen der Medizin auf über 100.000 angestiegen. Es ist damit das umfangreichste medizinische Abkürzungslexikon

auf dem deutschen Buchmarkt. Abkürzungen aus dem gesamten deutschsprachigen Raum, aber auch wichtige anglo-amerikanische, französische und lateinische Abkürzungen wurden berücksichtigt. Im Kapitel „Sonderteil“ am Ende des Buches werden unter anderem griechische Buchstaben, Kombinationen mit griechischen Buchstaben, kombinierte Buchstaben-Zahlen-Kürzel, Allergene Typ I-Codes, Kennzeichnung Lebensmittelzu-

sätze (E-Ziffern), Berufsgenossenschaftliche Grundsätze für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen (G-Ziffern), allgemeine, chemische und mathematische Symbole und Grafiksymbole aufgeführt. Dieses Lexikon ist eine unverzichtbare Hilfe, da es bei unbekanntem Suchen und Rückfragen zeitraubendes Suchen und Rückfragen erspart.

Prof. Dr. med. Winfried Klug

100. Geburtstag Dr. med. Gerd Sommer



Zum Gedenken seines 100. Geburtstages erinnern die Zittauer Ärzteschaft, das Klinikum des Landkreises Löbau/Zittau gGmbH, seine ehemaligen Schüler und Patienten an den weit über die Grenzen unserer Stadt und des Landes bekannten Ophthalmologen, Dr. med. Gerd Sommer, geboren am 10. Juli 1906 in Niedermenge/Rheinland, verstorben am 1. Juli 1988.

Schon sein Vater war Augenarzt, der um 1910 in Zittau eine „Privat-Augenklinik“ gründete. Eigentlich war damit schon der Weg des Sohnes nach seinem Medizinstudium in Freiberg, Kiel, Innsbruck und München vorgezeichnet. Die augenärztliche Ausbildung absolvierte er dann bei Prof. Clausen, Halle, und Prof. Seidel, Jena.

Er übernahm 1934 die väterliche Klinik mit 40 Betten, die er bis zu seinem Tode 1988 in freier Niederlassung leitete. Dr. Sommer war gleichzeitig 20 Jahre Chefarzt der Augenabteilung des Kreiskrankenhauses Zittau. In dieser Zeit bildete er zahlreiche junge Assistenten zu Fachärzten für Augenheilkunde aus, denen er ausgezeichnetes Rüstzeug für die operative Ophthalmologie vermittelte.

Fast sechs Jahrzehnte war er mit großer Einsatzbereitschaft, sich selbst nie scho-

nend, unermüdlich für seine Patienten aus nah und fern wirksam. Dr. Sommer drängte stets mit der ihm eigenen Beharrlichkeit auf die Einführung neuer Methoden in Diagnostik und Therapie in beiden Zittauer Augenkliniken.

Seine größte Bedeutung erlangte er in der Hornhautchirurgie. Auf dem Gebiet der Keratoprothetik gehört er zu den Pionieren in Deutschland. Beharrlich waren seine Versuche, um die günstigsten biogenen Eigenschaften von Plexiglas und verschiedenen Kunststoffen zu testen. In den letzten Jahren hatte sich seine Augenklinik zum Keratoprothetik-Zentrum der damaligen DDR entwickelt. Zahlreich waren seine Publikationen in den verschiedenen Fachzeitschriften, die ihn auch über die Grenzen hinaus bekannt machten.

Der Weiterentwicklung der Keratoprothetik waren seine letzten Arbeiten gewidmet. In Zusammenarbeit mit Herrn Feinmechanikermeister Deutschmann und der Oberärztin Brühmann der Jugendzahnklinik Zittau wurden hier die ersten Osteo-Odonto-Keratoprothesen nach Prof. Strampelli (Rom) erprobt, weiterentwickelt und ausgeführt.

Für sein hervorragendes Wirken als Augenarzt wurde er 1979 als „Verdienter Arzt des Volkes“ in der DDR geehrt. Sein Leben gehörte der Augenheilkunde! Jederzeit stand er seinen Mitarbeitern und ehemaligen Schülern mit seinen großen Erfahrungen helfend zur Seite.

An seinem 100. Geburtstag, am 10. Juli 2006, 18.00 Uhr, ehrte die Stadt Zittau den hervorragenden Arzt, den unermüdlich tätigen, selbstlosen Menschen mit einem Festakt im Bürgersaal des Zittauer Rathauses.

Sieglinde Brühmann,
Äußere Oybiner Straße 4c, 02763 Zittau

Ärzteblatt Sachsen

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

Herausgeber:

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

Redaktionskollegium:

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

Redaktionsassistentz: 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. 9 vom 1.1.2006 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

Dr. med. Gerhard Gruner zum 90. Geburtstag



Gerhard Gruner wurde am 16. August 1916 in Elmshorn geboren.

Die Schule besuchte er anfänglich im Erzgebirge, seine humanistische Ausbildung und das Abitur erfolgten dann auf der Fürstenschule „St. Afra“ in Meißen. Studium der Humanmedizin in Berlin, wo er 1942 die Approbation erlangte und 1943 mit dem Thema „Über die Prognose der Diphtherie aus der Albuminurie“ zum Dr. med. promovierte.

Nach Einsatz als Sanitätsoffizier bei der Luftwaffe und dreieinhalbjähriger russischer Kriegsgefangenschaft Beginn seiner ärztlichen Ausbildung an der Universität Leipzig in Innerer Medizin (Prof. Bürger), Kinderchirurgie (Prof. Schneider) und Kinderheilkunde (Prof. Peiper). 1954 Facharztanerkennung für Pädiatrie.

Dem technisch versierten und ringsherum innovativen jungen Arzt wurde der Aufbau der Kinderkardiologie übertragen, die später unter Prof. Bock und Prof. Schneider weit über die Grenzen Sachsens hinaus bekannt werden sollte.

Durch seine in Zittau lebenden Eltern erhielt er Kenntnis über die hier vakante Stelle des Chefarztes der Kinderklinik. Die Entscheidung zwischen den hochspezialisierten fachlichen Möglichkeiten der Universität und der unzweifelhaft zu

erwartenden universitären Karriere einerseits und denen eines komplexen Betreuungssystems in einem begrenzten Territorium als die andere Herausforderung für einen effektiven Einsatz seines Könnens andererseits fiel zu Gunsten der Tätigkeitsaufnahme am 15. 4. 1955 als Chefarzt der Zittauer Kinderklinik aus.

Sofort begann er, seine Vorstellungen einer Gesamtbetreuung in Prophylaxe, Therapie und Metaphylaxe schrittweise zu realisieren:

Eröffnung einer Stadtmilchküche zur Zubereitungen einer Tbc-freien Vorzugsmilch, Einrichtung einer Frauenmilchsammelstelle, Intensivierung der Mütterberatung, kinderärztliche Krippen- und schulärztliche Betreuung, Aufbau von Dispensaire-Sprechstunden, Erweiterung der Fördermöglichkeiten und vieles andere mehr.

Als eine spezielle fachliche Herausforderung betrachtete er die Neonatologie.

Im Eigenbau errichtete er Klimaboxen für Frühgeborene, baute Reanimationsmöglichkeiten aus und in Zusammenarbeit mit lokalen Firmen wurde eine Reanimations- und Beatmungsmodul rein mechanischer Bauart – die Ventilette – entwickelt.

Aufgrund seiner Kreativität wurde er im Rahmen des DDR-Forschungsprojektes „Perinatologie“ Arbeitsgruppenleiter Medizintechnik in der Neonatologie und entwickelt mit einem engagierten Team weitere praktikable Lösungen für den Neonatologen, wie verschiedene Formen der Ventilette und des Apnocard-Monitors, das Spritzenpumpensystems Lineomat und nasale CPAP-Atemhilfe mit selbstgefertigten Nasentuben und Stirnauflage.

Da in der DDR die technische Ausstattung in der Neonatologie durch Importe sehr limitiert war, wurden die Grunerschen Produkte in allen Kliniken sehr dankbar aufgenommen, denn sie waren ein Gütesiegel praxisnaher Qualität. So gab es in der DDR kaum eine Kinderklinik, in welcher Dr. Gerhard Gruner aus Zittau nicht ein Begriff war.

Auch in einem einseitig parteilich geprägten System ließen sich die fachlichen Leistungen des stets parteilosen und politisch gradlinigen Dr. Gruner nicht einfach kaschieren. Das führte zu einer Reihe hoher Auszeichnungen, worunter der Titel „Verdienter Arzt des Volkes“ die Würdigung seiner ärztlichen Leistungen am Zutreffendsten reflektiert.

Basierend auf seinen Vorstellungen und seinem Engagement entstand durch einen Anbau an die bestehende Kinderklinik 1968/69 ein wirkliches Kinderzentrum.

Seine favorisierten Freizeithobbys waren das Klettern im heimischen Sandstein und der Skilanglauf, aus denen er die Kraft für seine berufliches Engagement schöpfte.

Noch bis zu seinem 85. Geburtstag war er regelmäßiger Teilnehmer des 50 km Skilanglaufes im benachbarten Isergebirge (Iserlauf) und bewältigte mehrfach den legendären 90 km langen Wasalauf.

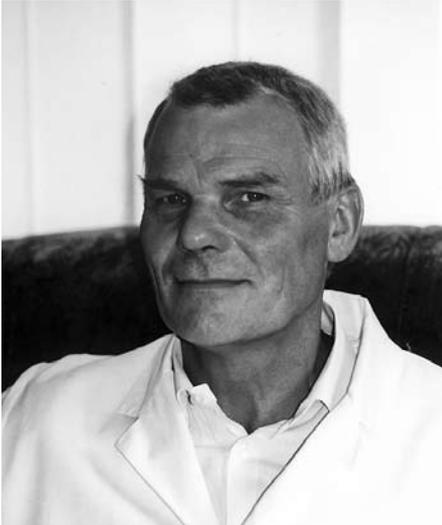
Eine erwähnenswerte Anekdote ist die heimliche Aufstellung eines 4 m hohen Sandsteinfelsen in seinen Vorgarten durch seine Kletterfreunde zu seinem 60. Geburtstag.

Als Gerhard Gruner im Jahre 1984 mit 68 Jahren in den Ruhestand ging, war er geistig und körperlich topfit und dachte nicht daran, sich in die Ecke zu setzen. Er führte seine medizintechnischen Forschungsvorhaben in der Neonatologie weiter und erfüllte sich einen besonderen Traum: Er baute in langwieriger eigener handwerklicher Arbeit den Zittauer Kindern eine prophylaktisch-therapeutische Sauna, die noch jetzt von Kindertagesstätten genutzt wird.

Im Namen aller Kinderärzte im Dreiländereck und darüber hinaus darf ich Herrn Gruner, der uns immer ein Vorbild in pädiatrischer Kompetenz, Aktivität, Erfindergeist und Geradlinigkeit war, ganz herzlich zum 90. Geburtstag gratulieren und ihm Gottes Segen, Gesundheit und alles Gute wünschen.

Dr. med. Tilman Verbeek, Zittau

Prof. Dr. med. habil. Klaus Ludwig zum 65. Geburtstag



Am 9. August 2006 beging Herr Professor Dr. med. habil. Klaus Ludwig, Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Abdominalchirurgie des Städtischen Krankenhauses Dresden-Friedrichstadt, seinen 65. Geburtstag und beendete am 31. August 2006 seine langjährige Tätigkeit.

Einen würdigen Rahmen zu seiner Verabschiedung bildete das 14. Friedrichstädter Symposium zum Thema „Aktuelles zur Gallen- und Pankreaschirurgie“ am 19. August 2006. Es fand letztmalig unter seiner Leitung statt. Der sich anschließende Gesellschaftsabend war ein Dank an seine Mitarbeiter und Weggefährten der vergangenen arbeitsreichen Jahre.

Herr Professor Dr. med. habil. Klaus Ludwig wurde am 9. August 1941 in Dresden geboren. Nach dem Abitur in Pirna und dem Medizinstudium von 1961 bis 1967 an der Medizinischen Fakultät der Palacky-Universität zu Olomouc/CSSR absolvierte er von 1967 bis 1972 seine Facharzt Ausbildung an der Chirurgischen Klinik der Medizinischen Akademie Dresden. 1973 promovierte er. In den Jahren 1977 bis 1979 arbeitete er als Oberarzt der traumatologischen Abteilung an der Medizinischen Akademie Dresden. 1979 wurde er 1. Oberarzt der Chirurgischen Klinik der Medizinischen Akademie Dresden. Es folgte seine Habilitation 1983 und damit verbunden die Berufung zum Hochschuldozenten für Chirurgie. In der Funktion eines

Hochschullehrers wirkte er von Februar bis August 1986 am Gondar College of Medical Science in Äthiopien.

Von Juni bis Oktober 1993 leitete er als kommissarischer Direktor die Klinik für Chirurgie der Medizinischen Akademie Dresden. Im Oktober 1993 wurde er zum Leitenden Oberarzt und Stellvertreter des Klinikdirektors der Klinik für Visceral-, Thorax- und Gefäßchirurgie des Universitätsklinikums „Carl Gustav Carus“ der TU Dresden ernannt.

Herr Prof. Ludwig übernahm am 15. Februar 1995 als neuer Chefarzt die Leitung der Klinik für Allgemein- und Abdominalchirurgie des Städtischen Klinikums Dresden-Friedrichstadt.

Im September 1997 erhielt Professor Ludwig eine Außerordentliche Professur an der Medizinischen Fakultät der TU Dresden.

Es ist dem Wirken von Herrn Professor Ludwig zu verdanken, dass der Name unserer Klinik im gesamten sächsischen Raum und über die Landesgrenzen hinaus bekannt ist. Maßgeblich hat er sich der Chirurgie des Oberbauches gewidmet, ohne die anderen Gebiete zu vernachlässigen.

Gegenüber neuen Gedanken hat er sich nie verschlossen und seinen Mitarbeitern die nötigen Freiräume gegeben. Genannt seien hier nur die minimal invasiven Verfahren, deren Vervollkommnung er unterstützte, aber auch immer wieder kritisch hinterfragte.

Unsere Klinik hat sich während seiner Amtszeit zum koloproktologischen Zentrum der Region entwickelt, und wir konnten zahlreiche Operationskurse und Fortbildungsveranstaltungen zu neuen chirurgischen Verfahren durchführen.

Sein außerordentliches Augenmerk fand immer die interdisziplinäre Arbeit an unserem Haus.

Als sehr angenehm haben wir es empfunden, dass wir unseren Chef zu jeder Tages- und Nachtzeit zu fachlichen Problemen konsultieren konnten. Er war jederzeit bereit, mit uns gemeinsam schwierige Entscheidungen zu treffen.

Professor Ludwig genießt ein hohes Ansehen bei seinen Patienten. Dies ist nicht nur in seiner ausgezeichneten fachlichen Kom-

petenz, sondern auch in seiner einfühlsamen und warmherzigen Natur begründet. Jederzeit war er für ein persönliches Gespräch mit seinen Patienten offen und begleitete sie durch den manchmal schwierigen Weg der chirurgischen Behandlung.

Von 1996 bis 2001 arbeitete er im Vorstand der Sächsischen Chirurgenvereinigung und leitete als Vorsitzender den Sächsischen Chirurgenkongress im Jahre 2000 in Dresden.

Als Hochschullehrer lag ihm die Ausbildung von Studenten und jungen Ärzten besonders am Herzen. 27 Kollegen konnten in den 11 Jahren seiner Tätigkeit an unserer Klinik erfolgreich die Facharztprüfung für Chirurgie bzw. Visceralchirurgie ablegen. 33 Ärzte hospitierten längerfristig an unserer Klinik. Viele Kollegen aus unserem Haus und Kollegen aus anderen Krankenhäusern konnten mit seiner Hilfe erfolgreich promovieren.

Seit 1991 arbeitet Herr Prof. Ludwig in der Facharztprüfungskommission für Chirurgie und Visceralchirurgie der Sächsischen Landesärztekammer, seit 1996 in der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Sächsischen Landesärztekammer und in der Gutachterstelle der Sächsischen Landesärztekammer mit. Neben seiner ihn ausfüllenden Tätigkeit als Klinikdirektor und Operateur fand er Zeit für hunderte wissenschaftliche Veröffentlichungen und Vorträge.

Herr Professor Ludwig hinterlässt eine leistungsfähige Klinik auf höchstem Niveau mit vielen motivierten Mitarbeitern, die sich sehr gern an die vergangenen Jahre erinnern.

Die Mitarbeiter seiner Klinik sind ihm sehr dankbar. Er hat uns 11 Jahre wohlwollend begleitet.

Wir haben sehr von seinen fachlichen, handwerklichen und menschlichen Qualitäten profitiert.

Persönlich wünschen wir unserem Chef für die nachfolgende Zeit vor allem Gesundheit, Wohlergehen sowie den Mut und Elan, Dinge zu unternehmen, für die bisher die Zeit nicht ausreichte.

Dr. med. Mirko Lippmann
Dr. med. Gabriele Henke

Prof. Dr. med. habil. Georg Michael Fleischer zum 65. Geburtstag



Am 29. 8. 2006 vollendet Herr Prof. Dr. med. Georg Michael Fleischer, langjähriger Chefarzt der Chirurgischen Klinik des Humaine Vogtlandklinikums Plauen/Vogtland, sein 65. Lebensjahr und wird Ende September in seinen wohlverdienten Ruhestand treten.

Geboren in Berlin als Sohn einer Krankenschwester und eines Arztes wurde ihm die Medizin mit allen ihren schönen und anstrengenden Seiten gewissermaßen in die Wiege gelegt. Dies fand in einem schon früh feststehenden Ziel: Arzt zu werden, seinen Niederschlag.

Wie in unzähligen anderen Einzelschicksalen hat auch hier der Krieg tiefe Spuren in einer Kindheit hinterlassen. Am Ende des Krieges hatte die Familie in Wittenberge bei den Großeltern eine Bleibe und später auch Heimat gefunden.

Nach Grundschule, Oberschule und Abitur 1960 in Wittenberge begann die Berufsausbildung zunächst mit dem pflegepraktischen Jahr im Kreiskrankenhaus seiner Heimatstadt. 1967 erhielt er nach dem Studium der Humanmedizin an der Universität Rostock die Approbation als Arzt. Nahtlos schloss sich die Facharz-

tausbildung an der chirurgischen Abteilung seines Heimatkrankenhauses unter Chefarzt Dr. Pötter an, gleichzeitig erfolgte die Promotion zum Dr. med. an der Universität Rostock mit einer Arbeit über die freie Perforation des *Ulcus ventriculi et duodeni*. Der Anerkennung als Facharzt für Chirurgie folgte mit bemerkenswerter Zielstrebigkeit und enormem persönlichen Einsatz die Aus- und Weiterbildung mit den Stationen eines Oberarztes im Krankenhaus Wittenberge und mehrwöchiger Hospitation in der Chirurgischen Klinik der Medizinischen Akademie Magdeburg. Während seiner folgenden Tätigkeit als Assistenzarzt dort Anfang 1979 und kurze Zeit später als Oberarzt der Klinik bei Prof. Dr. Peter Heinrich, der einen nachhaltigen und bis heute spürbaren Einfluss auf die Entwicklung des Jubilars hatte, erweiterte er sein operatives Spektrum enorm und entwickelte einen wissenschaftlichen Fleiß, der kennzeichnend für die weitere Entwicklung werden sollte. Nach Rückkehr an sein im doppelten Wortsinne „Heimatkrankenhaus“ fand die akademische Laufbahn mit der erfolgreichen Promotion B (Habilitation) 1985 mit der Schrift „Experimentelle und klinische Studien zur akuten Pankreatitis“ einen vorübergehenden Abschluss. 1986 erfolgte die Übernahme der Chefarztposition am damaligen Bezirkskrankenhaus Plauen, an dessen Nachfolgeeinrichtung er heute noch tätig ist. Neben der weiterhin zielstrebig betriebenen Weiterbildung, Subspezialisierung Viszeralchirurgie 1995, Gefäßchirurgie 1996, erweiterte Prof. Fleischer Wirkungsradius sich stetig und weit über das chirurgische Tagespensum hinaus. Sein Engagement in der Weiterbildungskommission und dem Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Viszeralchirurgie, im Beirat des Vorstandes des Konvents der leitenden Krankenhauschirurgen Deutschlands sowie der Weiterbildungskommission des Berufsverbandes Deut-

scher Chirurgen seien hierfür wie auch 1997 die Ernennung zum Professor für Chirurgie beredtes Beispiel.

Über 200 Vorträge, 89 Originalarbeiten, sieben Buchbeiträge und die Herausgabe mehrerer Bücher zeugen von enormer Schaffenskraft.

Anfang der 90er Jahre führte er die Klinik sicher durch die Wendezeit und weiter durch vielerlei Klippen der Marktwirtschaft, ohne dabei den Kranken als zentrale Person ärztlichen Handelns aus den Augen zu verlieren. Beispielhaft sei die frühzeitige Etablierung der laparoskopischen Operationsmethoden an seiner Klinik zu nennen. Vielen Kollegen ebnete er durch den von ihm ins Leben gerufenen und entwickelten Workshop für laparoskopische Chirurgie den Weg zur Beherrschung neuester Operationstechniken.

Die Verkürzung auf Medizinisches allein jedoch würde ihm nicht gerecht. Fördernd und fördernd beeinflusste er maßgeblich die Entwicklung vieler Kollegen. Eigene Erfahrungen als Familienvater sensibilisierten ihn für das schwierige Spannungsfeld zwischen Familienplanung und chirurgischer Ausbildung. Dies schlug sich vor allem in Verständnis und der Ausbildungsplanung seiner Assistentinnen nieder.

Trotz aller Inanspruchnahme durch seine Arbeit fand er Zeit und Kraft, Hobbys zu pflegen. Gewissermaßen am Wasser groß geworden, beschäftigte sich Prof. Fleischer intensiv mit der Segelschiffahrt, zunächst aktiv, später mehr in Auseinandersetzung mit ihrer kulturellen Rolle im Mittelmeer. Seine weit gespannten Interessen werden ihn, wie wir ihn kennen, mit Sicherheit auch nach Abschluss seines ärztlichen Berufslebens in rastloser Tätigkeit halten, wofür wir Ihm alles Gute und viele schöne, wenn auch keineswegs ruhige Jahre wünschen.

Dr. med. Matthias Jäger
1. Oberarzt

Unsere Jubilare im Oktober

Wir gratulieren

- | | | | | | | |
|-----------------|---|-----------------|--|----------------------------------|---|---|
| 60 Jahre | | | | | | |
| 01. 10. | Jesche, Hans-Jürgen
02977 Hoyerswerda | 11. 10. | Hochmann, Gerlinde
01259 Dresden | 07. 10. | Dr. med. habil. Dr. rer. nat.
Gabler, Wolfgang
09117 Chemnitz | |
| 04. 10. | Roth, Detlef
08340 Erla | 11. 10. | Dr. med. Münch, Elke
01737 Tharandt | 08. 10. | Dr. med. Rautenbach, Evamaria
02826 Görlitz | |
| 05. 10. | Dr. med. Müller, Christian
01309 Dresden | 12. 10. | Dr. med. Menz, Heide-Maria
09661 Pappendorf/Striegistal | 08. 10. | Dr. med. Rinke, Brigitte
02999 Lohsa | |
| 05. 10. | Ulrich, Christina
04277 Leipzig | 13. 10. | Dr. med. Eger, Jochen
01809 Meusegast | 10. 10. | Dr. med. Hofmann, Volker
09123 Chemnitz | |
| 07. 10. | Dipl.-Med. Kaus, Gabriele
04668 Grimma | 15. 10. | Dr. med. Hütter, Eckehard
01069 Dresden | 10. 10. | Dr. med. Nitzsche, Ludwig
01326 Dresden | |
| 09. 10. | Dipl.-Med. Große, Rosemarie
09405 Zschopau | 17. 10. | Dr. med. Kästner, Peter
01259 Dresden | 13. 10. | Prof. Dr. sc. med. Dr. phil. Schneck, Peter
01139 Dresden | |
| 21. 10. | Dr. med. Iwe, Balnur
01328 Dresden | 17. 10. | Dr. med. Schönfelder, Gerlinde
04319 Leipzig | 13. 10. | Dr. med. Stelzner, Arndt
01217 Dresden | |
| 21. 10. | Dr. med. Meckert, Christiane
04289 Leipzig | 18. 10. | Dr. med. Feist, Wolfgang
09419 Thum | 17. 10. | Misch, Brigitte
08233 Treuen | |
| 21. 10. | Dr. med. Pilz, Ulla
01129 Dresden | 19. 10. | Dr. med. Knabe, Ulrich
08280 Aue | 19. 10. | Dr. med. Nitz, Peter
09111 Chemnitz | |
| 28. 10. | Dr. med. Dietrich, Johannes
09241 Mühlau | 20. 10. | Neubert, Brigitte
09127 Chemnitz | 22. 10. | Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Riedel, Ingeburg
04109 Leipzig | |
| 65 Jahre | | | 20. 10. | Dr. Rattey, Uwe
04105 Leipzig | 27. 10. | Dr. med. Firnhaber, Dina
04275 Leipzig |
| 01. 10. | Dr. med. Schmidt, Gunhild
01731 Kreischau | 21. 10. | Schaller, Edda
04668 Großbothen | 75 Jahre | | |
| 02. 10. | Dipl.-Med. Hänisch, Erdmute
02708 Löbau | 21. 10. | Zahn, Erika
09481 Elterlein | 07. 10. | Dr. med. Riemer, Gert
04158 Leipzig | |
| 02. 10. | Heise, Hella
08060 Zwickau | 22. 10. | Dr. med. Teich, Christiane
09306 Rochlitz | 09. 10. | Dr. med. Schöneich, Annemarie
01326 Dresden | |
| 03. 10. | Dr. med. Fellmann, Gerlinde
04319 Leipzig | 25. 10. | Dr. med. Duck, Hannelore
04827 Machern | 11. 10. | Dr. med. Neumeister, Manfred
02625 Bautzen | |
| 03. 10. | Prof. Dr. med. habil. Häntzschel, Holm
04451 Panitzsch | 25. 10. | Dr. med. Hildesheim, Margot
02708 Löbau | 14. 10. | Dr. med. Uhlmann, Christa
01309 Dresden | |
| 03. 10. | Dr. med. Metzger, Bernd
04159 Leipzig | 25. 10. | Dr. med. von Kirchbach, Almut
08228 Rodewisch | 23. 10. | Dr. med. Kirmse, Hans
08349 Erlabrunn | |
| 03. 10. | Teucher, Hans-Jürgen
08261 Schöneck | 25. 10. | Dr. med. Mayland, Jürgen
04159 Leipzig | 23. 10. | Dr. med. Wendler, Gottfried
08485 Lengenfeld | |
| 05. 10. | Dr. med. Driesnack, Ute
01936 Schwepnitz | 25. 10. | Dr. med. Schmerler, Roland
04435 Schkeuditz | 31. 10. | Dr. med. Hiltner, Regina
04416 Markkleeberg | |
| 05. 10. | Dr. med. Hillischer, Dorothea
01259 Dresden | 25. 10. | Wihnaleck, Ingrid
01796 Pirna | 80 Jahre | | |
| 05. 10. | Dr. med. Mehlhorn, Uta
09350 Lichtenstein | 26. 10. | Vörkel, Natalja
04107 Leipzig | 08. 10. | Dr. med. Walther, Gerhard
08228 Rodewisch | |
| 05. 10. | Dr. med. Stumpf-Friedrich, Irene
04552 Borna | 26. 10. | Dipl.-Med. Weinert, Bernd
04317 Leipzig | 18. 10. | Dr. med. Bredow, Hans-Joachim
04880 Dommitzsch | |
| 06. 10. | Fröhlich, Waltraud
08393 Meerane | 27. 10. | Dr. med. Groß, Sonja
09429 Wolkenstein | 21. 10. | Dr. med. Otto, Elisabeth
04103 Leipzig | |
| 07. 10. | Dr. med. Strobel, Reiner
08237 Steinberg | 27. 10. | Dr. med. Müller, Anna
01587 Riesa | 21. 10. | Dr. med. Zieboltz, Anita
04105 Leipzig | |
| 07. 10. | Dipl.-Med. Waldinger, Peter
09350 Heinrichsort | 28. 10. | Dr. med. Glasser, Uwe-Thorsten
01587 Riesa | 22. 10. | Dr. med. Schumann, Alexander
08396 Oberwiera | |
| 08. 10. | Dr. med. Hausmann, Hermann
02977 Hoyerswerda | 29. 10. | Dr. med. Beyer, Heidrun
04105 Leipzig | 24. 10. | Dr. med. Mayerhofer, Sigrid
04430 Böhlitz-Ehrenberg | |
| 08. 10. | Losse, Inge
08056 Zwickau | 29. 10. | Dr. med. Polster, Gisela
04654 Frohburg | 25. 10. | Dr. med. Knoblauch, Helmut
09326 Dittmannsdorf | |
| 08. 10. | Dr. med. Pökert, Brigitte
01587 Riesa | 29. 10. | Dr. med. Schmidt, Annelie
01796 Pirna | 26. 10. | Dr. med. Haustein, Hasso
09465 Neudorf | |
| 09. 10. | Dr. med. Geipel, Gerd
08248 Klingenthal | 29. 10. | Stichel, Martin
02826 Görlitz | 29. 10. | Dr. med. Kunad, Theodor
08209 Rebesgrün | |
| 10. 10. | Hütter, Monika
08468 Heinersdorfergrund | 30. 10. | Dr. med. habil. Lommatzsch, Renate
04299 Leipzig | 82 Jahre | | |
| 10. 10. | Dr. med. Weiß, Eberhard
08280 Aue | 31. 10. | Dr. med. Schöne, Christl Barbara
01309 Dresden | 07. 10. | Dr. med. Starzinski, Hans-Joachim
04155 Leipzig | |
| 11. 10. | Dr. med. Baumgärtel, Bernd
01445 Radebeul | 70 Jahre | | | 18. 10. | Dr. med. Huth, Christa
04229 Leipzig |
| 11. 10. | Dr. med. Busse, Ursula
04179 Leipzig | 01. 10. | Dr. med. Kecke, Günther
08451 Crimmitschau | 28. 10. | Dr. med. Bog, Rudolf
09456 Annaberg-Buchholz | |
| 11. 10. | Dedek, Christa
04509 Neukyhna | 06. 10. | Dr. med. Wolf, Peter
04552 Borna | | | |

- 83 Jahre**
04. 10. Prof. em. Dr. med. habil.
Ludewig, Reinhard
04357 Leipzig
20. 10. Dr. med. Schieck, Ilse
04103 Leipzig

- 84 Jahre**
22. 10. Doz. Dr. med. habil. Trautmann, Ilse
04109 Leipzig

- 85 Jahre**
12. 10. Dr. med. Bulirsch, Karl
04579 Espenhain
13. 10. Prof. Dr. med. habil. Schlegel, Lotte
04109 Leipzig

- 86 Jahre**
09. 10. Dr. med. Berndt, Klaus-Dietrich
09117 Chemnitz
23. 10. Dr. med. Klötzer, Editha
08062 Zwickau
25. 10. Dr. med. Jentsch, Ingeborg
02736 Oppach

- 88 Jahre**
12. 10. Dr. univ. med. Heil, Wolfgang
08058 Zwickau
29. 10. Dr. med. Genserowski, Fritz
04849 Bad Dübren
29. 10. Dr. med. Seidler, Gerhardt
01662 Meißen

- 89 Jahre**
02. 10. Dr. med. Schmidt, Hellmut
04288 Leipzig
05. 10. Dr. med. Schneider, Elisabeth
02730 Ebersbach

- 90 Jahre**
22. 10. Dr. med. Wagner, Karl
08058 Zwickau

- 91 Jahre**
17. 10. Dr. med. Olsen, Hedwig
02906 Niesky
18. 10. Dr. med. Bühl, Rudolf
04249 Leipzig

Wenn die Ischias zuschlägt

Natürlich hätte ich es wissen müssen. Wenn man sich bückt, geht man zuerst in die Knie. Zu spät! Der Schmerz zwischen dem vierten und fünften Lendenwirbel war wie ein glühender Messerstich. Das Hochkommen fiel unendlich schwer. Meine Frau schaute mich kurz an und sagte lapidar: „Das ist der Ischias!“ Ich sagte gar nichts, denn den Schmerz kenne ich. Schnell ein Diclofenac, dann beruhigt sich alles. Mutig ging ich mittags mit unserer Hündin kurz spazieren, sehr aufrecht, und freute mich, dass es diesmal so glimpflich abgelaufen war.

Doch am Nachmittag meldete sich der tückische stechende Schmerz zurück, immer intensiver. Noch ein Diclofenac! Eigenartig, schon die erste Tablette hatte nicht so gewirkt wie sonst. „Glaub mir, das ist der Ischias!“, warf mir meine Frau zu. Ich wusste nachts nicht, wie ich liegen sollte. Am Morgen schlich ich gekrümmt zum Allgemeinarzt nebenan. Er ist absoluter Fachmann, denn er leidet ebenfalls an der Bandscheibe. Die Zauberspritze aus Diclofenac und Cortison hatte mir bei früheren Vorfällen immer gut getan und letztlich alles behoben. Doch nachmittags kamen die Schmerzen schon wieder. Jeder Versuch, mich vom Sitzen zu erheben, war ein Gewaltakt.

Meine Schwägerin erwischte mich am Telefon gerade in dieser apathischen

Phase. Als sie von meinen Schmerzen hörte, stellte sie sofort die Ferndiagnose: „Das ist der Ischias, hab ich auch oft!“ Meinen Hinweis, dass die Schmerzen diesmal wesentlich intensiver seien und auch die Spritze nicht so gewirkt habe, konterte sie mit der Schilderung geradezu unglaublicher Schmerzzustände vor ihrer Bandscheibenoperation, die vor zwanzig Jahren erfolgte. Ich habe die telefonische Darstellung überlebt. Tags darauf traf ich ihren Bruder, einen Arbeitsmediziner, der klug genug war, frühzeitig dem Klinikbetrieb zu entfliehen. Er ist stets gut drauf und schön gebräunt, weil er häufig per Schiff auf Nordseeinseln unterwegs ist, wo er Firmen besucht und sie über den richtigen Einstellwinkel von Stuhlrücklehnen oder die ideale Lüftung in stickigen Lagerhallen berät. Sein Urteil war knapp: „Mehr Bewegung, weniger essen, täglich eine Stunde Gymnastik!“ Ich hätte auf die Belehrung verzichten sollen.

Nach drei Wochen mit intensiver Diclofenac-Behandlung ohne Besserung ließ ich mich zum Orthopäden fahren, der mich gleich zum CT schickte. Befund: Prolaps. Ich hatte nichts anderes erwartet! Meine Schwägerin hing schon am Telefon, als ich heimkam und die Treppe hoch hinkte. Ich sagte nur „Bandscheibenvorfall“. Dann hörte ich mir ihre damalige

Operation noch einmal in allen Einzelheiten an. „Aber bei dir machen sie noch nichts, du hast ja noch keine Lähmungen!“, sagte sie abwertend. Ich fühlte mich richtig schuldig. Und sie fügte hinzu: „Diese Schmerzen hab ich auch, immer wieder!“ Von den vielen Tabletten war mir ab und zu mulmig im Magen. Meine Schwägerin konterte sofort: „Kenne ich, hab ich auch immer!“ Ich legte auf. Alles, was ich bekomme, hat meine Schwägerin schon immer. Dabei ist sie genau zehn Jahre jünger. Wirklich beschämend für mich!

Eine Woche ist vergangen, als ich sie auf der Straße treffe: „Na, wie geht's deinem Ischias?“, fragt sie, leicht grinsend. Ich antworte ohne Gefühlsbewegung: „Nicht besser, aber die ziehenden Schmerzen im Unterleib machen mir zu schaffen ...“ „Oh, das kenne ich“, sagt sie ohne zu zögern, „habe ich oft!“ „Das zieht manchmal wahnsinnig, fast krampfartig“, antworte ich und verziehe dabei sämtliche Gesichtsmuskeln. „Ja ja, hab ich auch oft“, gibt sie zurück. Ich zucke betroffen zusammen und gebe auf. Jetzt suche ich als letzten Ausweg einen Urologen, der mir was an der Prostata bescheinigt. Sonst komme ich nie mehr zu Wort!

Klaus Britting, Treeneustraße 71, 24896 Treia

Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Ferdinand Dieterich

* 8.1.1928
† 23.7.2006



Am 23. Juli 2006 verstarb nach schwerer Krankheit im Alter von 77 Jahren der Nestor der Leipziger Universitätsurologie, Prof. Dr. med. Ferdinand Dieterich. Die Universität Leipzig trauert um einen verdienten Hochschullehrer und exzellenten Chirurgen, der 1975 die Klinik und Poliklinik für Urologie an der Universität Leipzig begründete. „Die Universität Leipzig wird Professor Ferdinand Dieterich ein ehrendes Andenken bewahren.“, sagt der Rektor der Universität Leipzig, Prof. Dr. Franz Häuser.

Ferdinand Dieterich wurde am 8.11.1928 in Blankenburg/Harz als Sohn eines Tischlers geboren. Nach vier Jahren Grundschulbesuch wechselte er 1938 auf das Gymnasium und erlangte 1946 trotz der schweren Kriegsjahre zeitgerecht die Hochschulreife.

Nach einem einjährigen Pflegepraktikum in der Medizinischen Klinik in Halle,

begann Ferdinand Dieterich 1947 mit dem Studium der Humanmedizin an der Martin Luther Universität Halle, das 1954 mit Erfolg abgeschlossen wurde. Im gleichen Jahr promovierte er mit dem Thema „Hemmen wiederholte Persistenz N Infusionen die Antikörperbildung nach Typhus-immunisierung?“ Es folgten Jahre der chirurgischen Ausbildung in Bad Salzungen und an der Medizinischen Akademie Erfurt unter den Professoren Schwarz, Rodeck und Usbeck. In Erfurt erkennt der junge Mediziner Dieterich durch den Einfluss von Rodeck sein Interesse an der Urologie und widmet sich zunehmend der operativen Therapie von urologischen Erkrankungen. Folgerichtig beendete er 1960 zunächst seine Ausbildung zum Facharzt für Urologie und 1964 als Chirurg.

Seine Habilitationsschrift zum Thema „Anwendung der Kältechirurgie in der Urologie“ reichte er 1970 ein und wurde zwei Jahre später zum ordentlichen Hochschuldozenten an der Medizinischen Akademie Erfurt berufen.

1974 erhielt er den Ruf auf den Lehrstuhl für Urologie in Leipzig. Ein Jahr später war er Gründungsdirektor der ersten Leipziger Urologischen Universitätsklinik. Bekannt wurde der Leipziger Urologe, der in Halle studiert hatte, durch seine von hoher fachlicher Kompetenz geprägten Arbeiten zur Kryochirurgie sowie seine operative Behandlung endokriner Erkrankungen und die des Transsexualismus. Mehr als 10.000 Operationen führte er durch, mehr als 450 Veröffentlichungen und Vorträge kommen auf sein Konto. Er war Mitglied zahlreicher Fachgesellschaften u. a. Präsident und später

Ehrenpräsident der Südostdeutschen Gesellschaft für Urologie und der Sächsischen Gesellschaft für Urologie.

Zu ihm kamen Patienten aus der ganzen DDR. Das verdankte er nicht nur seinem fachlichen Können, sondern auch seiner besonderen Art, mit den Patienten umzugehen. „Er reagierte allergisch gegenüber oberflächlicher Betreuung unheilbar Kranker und alter Menschen“, berichtet der langjährige Oberarzt der Klinik Dr. Frank Reinhardt. Dennoch oder vielleicht gerade deswegen wurde er von seinen Mitarbeitern nicht nur geachtet, sondern regelrecht verehrt. Viele Sächsische Urologen sind stolz zu Dieterichs Schülern gezählt zu werden. Nicht selten holten sich Kollegen nicht nur fachlichen, sondern auch menschlichen Rat von ihm. Die Studenten bezeichneten ihn als einen ihrer beliebtesten Hochschullehrer, weil er praktisch orientierte Vorlesungen hielt und allen das Gefühl gab, sich ihnen persönlich zuzuwenden.

1996 wurde der 67-jährige nach langjähriger engagierter Tätigkeit emeritiert.

Professor Dieterich ging jedoch nicht in den verdienten Ruhestand. Er stellte sein Wissen und seine exzellenten operativen Fähigkeiten bis Ende 2004 den Urologen im Krankenhaus Borna zur Verfügung.

Gesagt werden müsste noch vieles; es bleibt die Trauer um einen der großen Ärzte Sachsens.

Priv.-Doz. Dr. med. Jens-Uwe Stolzenburg
Komm. Direktor der Klinik und
Poliklinik für Urologie der Universität Leipzig

Steffi Deparade-Becker Der unendliche Moment



Öl auf Leinwand, 2005

Die in Dresden lebende Künstlerin ist in den vergangenen Jahren mit im wahrsten Sinn des Wortes vielschichtigen Bildern bekannt geworden. Sie eröffnet dem Betrachter subtil gemalte Räume aus Horizontalen und Vertikalen, in denen sich Transparenz und Undurchschaubarkeit abwechseln. Oft erinnern die Bilder an „Städtisches“. Häufig verliert sich der Blick im Diffusen und Unbestimmten oder auch Unendlichen. Mitunter bleiben die Augen aber „hängen“. Schaut man genauer hin, entdeckt man eincollagierte Zeitungs- und Zeitschriftenfragmente, die mal mehr oder weniger übermalt sind und geheimnisvolle Spuren bilden. Farblich sind die subtilen „Architekturen“ der Bilder sowohl von Hell-Dunkel-Kontrasten wie auch feinsten Abstufungen bestimmt. Ihre Palette changiert zwischen gedämpften Tönen, beispielsweise unterschiedlichen Graunuanzen und kräftigen Farben, etwa einem hellen, leuchtenden Blau oder einem kräftigen Orange.

Ihr „Handwerkszeug“ erwarb sich Steffi Deparade-Becker von 1974 bis 1980 an der traditionsreichen Hochschule für Kunst und Design in Halle-Burg Giebichenstein, unter anderem bei Frank Ruddigkeit. Zunächst gleich anderen Hallenser Kollegen mit veristisch orientierten Arbeiten hervorgetreten, schuf sie bereits 1983 erste Collagen. Um 1988 entstandene, dynamische, an Einsturz erinnernde Blätter waren Spiegel innerer Befindlichkeit in der DDR-Endzeit. Formal haben die Raum-Assoziationen von heute, die seit 2002 auch auf Leinwand entstehen, frühe Wurzeln in diesen Arbeiten.

Dr. phil. Ingrid Koch

Ausstellung im Foyer und in der 4. Etage der Sächsischen Landesärztekammer 20. September bis 12. November 2006, Montag bis Freitag 9 bis 18 Uhr, Vernissage am 21. September 2006, 19.30 Uhr.

Malerei und Grafik e.V.

In der Bezirksstelle Leipzig der Sächsischen Landesärztekammer findet seit Januar 2006 eine Ausstellung des Malerei und Grafik e.V. statt.

Der Leipziger Maler Peter Hoffmann ist Mitglied im Bund Bildender Künstler Leipzig und künstlerischer Leiter.

Alle Altersstufen sind im Malerei und Grafik e.V. vertreten. Er steht Kunstinteressierten, die das Malen neu entdecken ebenso offen wie langjährigen Zirkelmitgliedern. Peter Hoffmann vermittelt Kenntnisse zur Aquarell-, Pastell- und Ölmalerei. Seine individuelle Anleitung fördert den persönlichen Malstil jedes Einzelnen. Diese Vielfalt und die Freude am gemeinsamen Schaffen ist in den 40 ausgestellten Werken deutlich zu erkennen.

Ausstellung in der 4. Etage der Bezirksstelle Leipzig der Sächsischen Landesärztekammer, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, 13. Januar 2006 bis 19. Januar 2007, Montag bis Freitag.



Elke König: Szene im Atelier, Dezember 2005