

# Ärzteblatt Sachsen



Inhalt 10/2006

<b>Berufspolitik</b>	Keine Staatsmedizin!	504
	4. Nationaler Protesttag	505
	27. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern	
	Zehn Fragen an	
	den Vorsitzenden des Ausschusses Krankenhaus	508
	Datenschutzbeauftragte in Arztpraxen	510
	Die „Tracer Methodology“	511
	14. Klinikärzttreffen der Frauen- und Kinderkliniken	
	in Sachsen	513
	Therapie-Symposium 2006	
	Bewährtes und Innovatives	514
<b>Gesundheitspolitik</b>	Thesen zum Gesundheitssystem	
	aus Sicht des Arztes	515
	Impressum	517
<b>Berufspolitik</b>	Wahl zur Kammerversammlung	
	der Sächsischen Landesärztekammer	
	für die Wahlperiode 2007/2011	518
<b>Mitteilungen der Geschäftsstelle</b>	35. Kammerversammlung	
	11. November 2006	523
	Der Weg in die eigene Praxis	523
	Konzerte und Ausstellungen	523
	Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf	
	„Arzthelferin / Arzthelfer“	524
	Mitgliederversammlung	
	Kreisärztekammer Dresden 2006	524
<b>Mitteilungen der KVS</b>	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	525
<b>Originalie</b>	S. Fischer	
	Aktueller Stand:	
	Diagnostik und Therapie von Fettstoffwechselstörungen	526
<b>Tagungsbericht</b>	Dresdner Stoffwechselschule	530
<b>Personalie</b>	Prof. Dr. med. habil. Günther Sebastian	
	zum 65. Geburtstag	534
	Unsere Jubilare im November	535
	Nachruf für	
	Dozent Dr. med. habil. Joachim Richter	536
<b>Medizingeschichte</b>	Zum 150. Todestag von Robert Schumann	537
	Medizin – Naturwissenschaft – Geschichte	541
<b>Beilage</b>	Fortbildung in Sachsen – Dezember 2006	

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

# Keine Staatsmedizin!

## 4. Nationaler Protesttag



Rund 12.000 Ärzte demonstrierten am 22. September 2006 auf dem Gendarmenplatz in Berlin.



Dr. med. Gisela Trübsbach (Bündnis Gesundheit 2000)  
Dr. med. Johannes Baumann (KVS) und der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze (v.r.)

Die Allianz der Freien Ärzteverbände, die Bundesärztekammer, die Landesärztekammern, die Kassenärztliche Vereinigung und das „Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen“ hatten die Ärzteschaft zur aktiven Teilnahme am 4. Nationalen Protesttag unter der Losung „Freiheit statt Sozialismus“ aufgerufen, um erneut ein Zeichen gegen Staatsmedizin zu setzen und die Bundesregierung an ihrer Verantwortung für ein freiheitliches Gesundheitssystem zu ermahnen.

In den Eckpunkten der „Gesundheitsreform“ geht es um eine Gleichschaltung aller Krankenkassen, den Abbau der privaten Krankenversicherung und den Aufbau einer gigantischen sozialistischen Staatsmedizin. Die versprochene Vergütung ärztlicher Leistungen in Euro und Cent entpuppt sich als Fortsetzung der bisherigen Budgetierung. Es bleibt bei der Unterfinanzierung des Gesundheitswesens.

Die Ärzte wollen ihren freien Beruf in Eigenverantwortung zum Wohle der Patienten ausüben und nicht als Büttel einer zentralistischen Staatsmedizin fungieren. Die deutsche Ärzteschaft wehrt sich vehement gegen jede Form von Staatsmedizin, gegen die Bürokratisierung, gegen eine

Bevormundung der Bürger und gegen ein unterfinanziertes Honorarsystem. Aus einem ehemals freiheitlichen Gesundheitswesen soll jetzt ein System entwickelt werden, in dem Patienten und Ärzte entmündigt werden.

Der vierte nationale Protesttag, am 22. November 2006 in Berlin, war ein großes beeindruckendes Ereignis der deutschen Ärzteschaft, die es erneut schaffte, solidarisch zusammenzustehen und zu handeln. Der Präsident der Bundesärztekammer, Herr Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe, eröffnete die Protestveranstaltung auf dem Gendarmenmarkt vor 12.000 Teilnehmer mit folgenden Sätzen:

„Es geht hier und heute um die Systemfrage: Staatsmedizin oder Freiberuflichkeit? Es geht um unsere Freiheit als Ärztinnen und Ärzte, Entscheidungen nach bestem Wissen und Gewissen zu treffen – unabhängig von den Erwartungen Dritter. Es geht um unsere Freiheit, Patienten individuell zu behandeln – und nicht nach den Vorgaben eines Instituts für Staatsmedizin. Und es geht auch um unser berufliches Selbstverständnis. Wir wollen Patienten bedarfsgerecht behandeln können, ohne dafür in Regress genommen zu werden“.

Der aktuelle Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Gesundheitsreform bedeutet Rationierung, Fortschreibung der Budgetierung in der ambulanten Versorgung, Einschränkung der freien Arztwahl für Patienten, Verschärfung der Unterfinanzierung des Gesundheitswesens, Überbürokratisierung sowie Gefährdung der ambulanten medizinischen fachärztlichen Versorgung der Bevölkerung in Deutschland. Der schwarzroten Koalitionsregierung zeigte die solidarische Ärzteschaft bei der Abschlusskundgebung nach der Demonstration durch die Straßen im Zentrum Berlins lautstark mit Pfeifen, Trommeln und Posaunen die „Rote Karte“. Der Politik muss endlich klar werden, dass aus den anhaltenden Protesten ärztlicher Widerstand resultiert.

Die niedergelassenen Ärzte sind nicht länger bereit, die Unterfinanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung durch unbezahlte Mehrarbeit von mehr als 10 Milliarden Euro pro Jahr zu kompensieren und fordern erneut, die Budgets in der ambulanten ärztlichen Versorgung endlich abzuschaffen.

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

## 27. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern

Dresden  
23. September 2006

Der Einladung des Präsidenten und des Vizepräsidenten der Sächsischen Landesärztekammer zur 27. Tagung waren die Vorsitzenden der Kreisärztekammern, Mitglieder des Vorstandes, Mitarbeitern der Sächsischen Landesärztekammer und Gäste gefolgt.

### Aktuelle Probleme der Gesundheits- und Berufspolitik

Dr. med. Stefan Windau, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer, ging in seinem aktuellen berufspolitischen Bericht insbesondere auf die aktuellen Vorschläge zur Gesundheitsreform und die Tarifverträge für Ärzte ein. Ausgehend von den Streiks der Ärzte in Deutschland, welche die Sächsische Landesärztekammer unterstützt hat, bezeichnete Dr. Windau die Tarifverträge grundsätzlich als Erfolg. Vor allem junge Ärzte in kommunalen Krankenhäusern erhalten nun mehr Gehalt. Die Regelungen zur Arbeitszeit vermeiden eine dauerhafte Überbelastung der Ärzte. Negativ bewertete er die Zementierung des West-Ost-Gefälles in der Vergütung bei den Landeskrankenhäusern.

### Gesundheitsreform

Nach Ansicht von Dr. Windau sollte die große Koalition sich bei der Gesundheitsreform nicht unter Zeitdruck setzen lassen und keine „handwerklichen Fehler“ begehen. Den Streit in der Koalition über die Eckpunkte bezeichnete der Vizepräsident als Parteien- und Kompetenzstreit. Die bisher vorgelegten Referentenentwürfe sollten nicht weiter verfolgt werden, weil „wir sonst in die Staatsmedizin verfallen“. Erreichen will das scheinbar die Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt durch vier Punkte:

- Einheitlicher Beitragssatz der Bundesregierung,
- Steuerzuschuss,
- Implementierung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs,
- Krankenkassen als Beitrags-Einzugsstelle.



*Dr. med. Stefan Windau erläuterte die aktuelle Gesundheitspolitik*

Von allen Akteuren im Gesundheitssystem einheitlich kritisiert wird der Gesundheitsfonds.

Der Start des Gesundheitsfonds ist für 2008 vorgesehen. Vorbedingung ist die Entschuldung aller Krankenkassen. Dies fordern Union und SPD gemeinsam. Im aktuellen Entwurf entfallen ist die Regelung zu den Präventionsleistungen, ebenso die Bestimmungen zum Sonderfonds Prävention und Gesundheitsleistungen. Die Absenkung der Belastungsgrenze für Chroniker soll an die regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen sowie an die Compliance der Patienten geknüpft werden.

Auch die Konstruktion des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) macht die Zentralisierungstendenzen deutlich. Er soll

## 27. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern

Dresden  
23. September 2006



Die Kreisärztekammervorsitzenden,  
Dipl.-Med. Thomas Flämig und  
Dr. med. Norbert Grosche (r.)

stärker in die Qualitätssicherung eingreifen und diese steuern. Die Neuregelung gibt dem G-BA auch die Möglichkeit, mit Verweis auf die Kosten-Nutzen-Bewertung des IQWiG Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse in der GKV vorzunehmen. Der Umbau des G-BA zur Rationierungsbehörde des Bundesgesundheitsministeriums scheint damit ebenfalls beschlossene Sache zu sein.

Auch sieht der 2. Arbeitsentwurf des Reformgesetzes vor, dass die Dienstleistungsgesellschaften der Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV als Vertragspartner für selektive Verträge im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung und der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung ausscheiden. Damit werden Ärzte ohne jeden Schutz in Einzelverträge getrieben. Die bisherige Honorarsystematik soll durch eine Euro-Gebührenordnung abgelöst werden. Zugleich bleiben aber kostenneutral „gedeckelte Euros“ bestehen und die Budgetierung in der ambulanten ärztlichen Versorgung wird mit Mengenbegrenzungen fortgeschrieben. Nach Ansicht von Dr. Windau entsteht so eine Medizin „nach Kassenlage des Staatshaushaltes“.

Fazit: Besser keine Gesundheitsreform als diese.

### Gegen Staatsmedizin

Der Vizepräsident informierte die Kreisärztekammervorsitzenden auch darüber, dass die Sächsische Landesärztekammer verstärkt dringliche Gespräche mit Ver-

tretern der Bundes- und Landespolitik zur anstehenden Gesundheitsreform führt. So unter anderem mit dem SPD-Vorsitzenden Kurt Beck in Berlin und der Sächsischen Staatsministerin Helma Orosz in Dresden. Daneben plant das Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen Patientenforen in Dresden, Chemnitz, Leipzig.

### Berufspolitisch engagierte Ärzte nötig

Mit Blick auf die berufspolitisch herausfordernden Aufgaben der nächsten Monate und Jahre warb der Vizepräsident um engagierte Kandidaten für die Wahl zur Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer für die Wahlperiode 2007/2011. „Denn die Gesundheitspolitik macht eine aktive Mitarbeit der Sächsischen Landesärztekammer notwendig, um die Interessen aller sächsischen Ärzte adäquat vertreten zu können. Die neuen Aufgaben erfordern besonderes Engagement“, so Dr. Windau. Die Ökonomisierung des Gesundheitssystems erfordert einen Kontrapunkt seitens der Ärzteschaft. Jetzt ist die Zeit um junge Ärzte über die Kreisärztekammern für eine aktive Mitarbeit zu gewinnen. Um über die Beteiligungsmöglichkeiten innerhalb der Standesvertretung zu informieren, wird der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer an Vertreterversammlungen der Kreisärztekammern teilnehmen.

In der Diskussion stellte Herr Erik Bodendieck, Vorstandsmitglied der Sächsischen Landesärztekammer, das von Frau Gesundheitsministerin Helma Orosz für den Freistaat Sachsen initiierte Projekt „Gemeindeschwester“ vor. Das Ziel des Projektes ist es, die drohende hausärztliche Unterversorgung in ländlichen Regionen durch Pflegenden aufzufangen und dem demografischen Wandel gerecht zu werden. Die Gemeindeschwester werde als „verlängerter Arm des Arztes“ bezeichnet, ohne einen eigenen Verantwortungsbereich der professionellen Pflege. Im Heft 8/2006 des „Ärztblatt Sachsen“ ist auf Seite 389 ein Kooperationsnetzwerk zwi-



Die Vorstandsmitglieder Erik Bodendieck und  
Dr. med. Rudolf Marx (r.)

schen der Ärzteschaft und den Krankenkassen mit wissenschaftlicher Begleitung dargestellt.

Das Projekt wurde in Mecklenburg-Vorpommern gestartet unter dem Begriff Gemeindeschwester“ als Telegesundheitsschwester AGNeS (Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Healthgestützte, Systemische Intervention). Der Name AGNeS weckt Erinnerungen an eine Fernsehserie, er steht aber vor allem als Abkürzung für ein Fachprogramm. Es handelt sich um eine an die hausärztliche Versorgung gekoppelte Variante. Das heißt, ein Hausarzt delegiert bestimmte Tätigkeiten auf die Telegesundheitsschwester. Sie ist unter anderem ausgerüstet mit Geräten zur Blutdruck- und Augendruckmessung, EKG und Waage. Sie sucht Patientinnen und Patienten zu Hause auf, erhebt Befunde und übermittelt diese in die Arztpraxis. Der Arzt ist rechtlich verantwortlich für die Arbeitsaufgaben.

### Sachstand, Probleme und Weiterentwicklungen der Fortbildungszertifizierung

Professor Dr. med. habil. Otto Bach  
Vorstandsmitglied,  
Vorsitzender der Sächsischen Akademie  
für ärztliche Fort- und Weiterbildung  
Frau Dr. med. Kathrin Bräutigam  
Ärztliche Geschäftsführerin

Die Zahl der zu zertifizierenden Fortbildungsveranstaltungen steigt von Jahr zu Jahr. Im Jahr 2005 wurden 6.800 Veranstaltungen und bis August 2006 bereits 6.518 Veranstaltungen zertifiziert. Damit verbunden ist eine enorme Zunahme des bürokratischen Aufwandes in der Hauptgeschäftsstelle. Ebenso stieg die Zahl der

## 27. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern

Dresden  
23. September 2006

ausgereichten Fortbildungszertifikate. Bis zum 29. September wurden bereits 384 Zertifikate erteilt.

Ende des Jahres 2006 soll das online Punktekonto endgültig funktionieren. Die Ausgabe der Passwörter steht noch aus. Der Fortbildungskalender wird online auf der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer abgebildet werden. Auch soll bis Ende dieses Jahres die Anmeldung von Veranstaltungen online möglich sein. Die online Bereitstellung des Punktekontos, die online Anmeldung von Veranstaltungen und der Internet-Fortbildungskalender sind Gemeinschaftsprojekte der Ärztekammer Sachsen-Anhalt, Brandenburg und der Sächsische Landesärztekammer. Die Fortbildungsbeilage im „Ärzteblatt Sachsen“ soll in ihrer Form aber bestehen bleiben. Die Veröffentlichung der gestiegenen Anzahl an Veranstaltungen muss intensiver über das Internet erfolgen.

In diesem Jahr laufen die Akkreditierungsverträge mit jenen Einrichtungen aus, die ihre Fortbildungsveranstaltungen selbst bepunktet können. Diese Akkreditierungen sollen auf jeden Fall fortgesetzt werden. Die Vorsitzenden der Kreisärztekammern wurden informiert, dass der Kammerversammlung im November 2006 einige Änderungen der Fortbildungssatzung vorgeschlagen werden. Diese Änderungen sollen der Tatsache Rechnung tragen, dass in manchen Bundesländern von der Mustersatzung abweichende Regelungen bestehen, die erforderlich machen, unsere Satzung zu modifizieren.

### **Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und des elektronischen Arztausweises (HPC) ab 2006 – Sachstand**

*Frau Dipl.-Ök. Kornelia Keller,  
Kaufmännische Geschäftsführerin*

Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und des elektronischen Arztausweises verzögert sich weiter. Zunächst sind in den acht Testregionen Tests mit 10.000

Versicherten geplant. Als Testbeginn ist der 23. März 2007 vorgesehen. Die Testregion in Sachsen, Löbau/Zittau ist als Starterregion vorgesehen. Der Beginn und die Abläufe für die weiterführenden Tests mit 100.000 Versicherten in zwei Testregionen stehen noch nicht fest. Kernanforderungen der Leistungserbringer an die Gestaltung der Telematikinfrastruktur sind:

- Schutz des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient durch die Schaffung einer sicheren und vertrauenswürdigen Infrastruktur.
- Sicherung von reibungslosen Praxisabläufen.
- Sicherung der Therapiehoheit des Arztes.
- Kein bürokratischer Mehraufwand.
- Finanzierung des telematikbedingten Investitions- und Organisationsaufwandes.

Die Landesärztekammern sind auf die Ausgabe der elektronischen Arztausweise vorbereitet und werden die Entwicklung im Sinne der Ärzteschaft weiter begleiten.

### **Vorbereitung der Wahl für die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer in der Wahlperiode 2007 bis 2011**

*Dr. Stefan Windau, Vizepräsident  
Frau Dr. jur. Verena Diefenbach  
Landeswahlleiterin,  
Hauptgeschäftsführerin*

Mit Blick auf die Neuwahl von Vorstand und Kammerversammlung (2007/2011) wies Dr. Windau darauf hin, dass möglichst viele engagierte Ärzte für die vielfältigen Aufgaben der Sächsischen Landesärztekammer, insbesondere in der Kammerversammlung, gewonnen werden müssen.

Die Ausschüsse der Sächsischen Landesärztekammer sind für aktuelle Themenstellungen wichtige und notwendige Arbeits- und Beratungsgremien. Damit die Sächsische Landesärztekammer weiterhin Vertreterin der Ärzteinteressen sein kann, benötigt die Selbstverwaltung vor allem die kreative Mitarbeit der jungen Ärztinnen und Ärzte.

Der Zeitplan für den Ablauf der Wahl für die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer für die Wahlperiode 2007/2011, die Auflegungsorte für die Wählerlisten und Hinweise für die Wahl der Kammerversammlung sind in diesem Heft auf den Seiten 518 bis 522 abgedruckt.

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

## Zehn Fragen an:

Interview  
des Monats



**Herrn Dr. med. Eberhard Huschke**  
Vorsitzender des  
Ausschusses Krankenhaus

*1. Seit wann leiten Sie die den Ausschuss?*  
Mit Chefarzt Dr. med. Wolf-Dietrich Kirsch hatte der Ausschuss über viele Jahre einen Vorsitzenden, der engagiert die Interessen der sächsischen Krankenhausärzte vor allem im Krankenhaus-Planungsausschuss, aber auch in der „Ständigen Kommission Krankenhaus“ der Bundesärztekammer vertrat. Ich fühlte mich als Gründungsmitglied und noch im Krankenhaus tätiger Arzt in der Lage, diese Aufgabe zu übernehmen, wobei ich Dr. med. Thomas Fritz dankbar bin, dass er von Anfang an mir mit dem Krankenhaus-Planungsausschuss eine der zeitaufwendigsten Verpflichtungen abnahm.

*2. Was hat Sie bewogen, im Ausschuss mitzuarbeiten?*  
Seit Gründung der Sächsischen Landesärztekammer bin ich Mitglied im Ausschuss Krankenhaus – anfangs „Ausschuss stationäre Versorgung“. Ich interessierte mich als Chefarzt einer geburtshilflich-gynäkologischen Klinik mit damals 90 Betten für die Interessenvertretung des Krankenhauses im Umgestaltungsprozess des Gesundheitswesens.

Aus einer guten Integration zwischen stationär und ambulant tätigen Kollegen kommend war die strikte Trennung zwischen Krankenhaus und Niederlassung eine große Herausforderung für mich.

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

Durch die neun Mitglieder (zwei Ärztinnen und sieben Ärzte) sind die Fachgebiete Innere Medizin (4), Chirurgie (3), Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Anästhesiologie, Radiologie (ambulant), Urologie und Orthopädie vertreten (3 x Doppel-Facharzt). Leider ist Dr. med. Ulrich Kraft – Facharzt für Allgemeinmedizin und angestellter Arzt der Krankenhausgesellschaft Sachsen e.V. – durch Umzug in ein anderes Bundesland ausgeschieden.

*4. Was sind die aktuellen Schwerpunkte der Ausschussarbeit?*

4.1 Arbeitszeitgesetz, EuGH-Urteil, Arbeitsbedingungen in deutschen Krankenhäusern, unbezahlte Überstunden im Krankenhaus, Streik unter Krankenhausbedingungen.

4.2 Neue Versorgungsformen: MVZ (§ 95 SGB V), Integrierte Versorgung (§ 140 SGB V), Ambulante Behandlung im Krankenhaus (§ 116 a und b SGB V)

4.3 Auswirkung der DRG auf Verweildauer und Sicherung der Weiterversorgung bei früh entlassenen Patienten. Einfluss des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen auf diesen Prozess.

4.4 Neue Ausbildungsordnung und Zulassung von Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen zur Facharzt-ausbildung oder Schwerpunktausbildung.

*5. Was war die bisher interessanteste Fragestellung/Aufgabe?*

Wie kann in Übereinstimmung mit dem Sächsischen Heilberufekammergesetz und der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer eine sich in der Pra-

xis bewährende Weiterbildung gesichert werden?

Erfüllen auch oder gerade kleinere Krankenhäuser wichtige Teile der Weiterbildung durch die Möglichkeit, Fähigkeiten und Fertigkeiten in der Praxis zu erwerben?

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

In einer Zeit der grundlegenden Umgestaltung des Gesundheitswesens mit ständig wechselnden Inhalten der nun schon Jahre währenden „Dauerreform“ werden Veränderungen festgelegt, deren Auswirkungen weit in die Zukunft reichen. Gerade junge Ärzte sollten die Gestaltung der Zukunft des deutschen Krankenhauses nicht Politikern, Kassenfunktionären und Ökonomen überlassen.

Für uns muss der Blick auf das Wohl des Patienten weiter an erster Stelle stehen. Ergebnisqualität ärztlicher Arbeit ist nur unter Rahmenbedingungen zu erreichen, die diese für den Patienten als Zielvorstellung vorgeben.

*7. Was würden Sie gern ändern?*

- Ärzte sollten nur mit Arbeiten beschäftigt werden, die ärztlichen Sachverstand oder ärztliche Fähigkeiten und Fertigkeiten erfordern.
- Jede bürokratische Anforderung an einen Arzt sollte vom Verursacher bezahlt werden – einziger Weg, um Bürokratie abzubauen.
- Im Krankenhaus erwirtschafteter Gewinn sollte zwingend im System verwendet werden – Aus- und Weiterbildung, Investitionen, Forschung.
- Vergütungssysteme sollten nicht zwangsläufig zur Leistungsausdehnung führen, sondern belohnen, wenn mit einfachen Mitteln der gleiche Erfolg erreicht wird.

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

Die Organisation der Ausschussarbeit ist neben hauptberuflicher Tätigkeit nur in

Abstimmung mit der Geschäftsführung der Sächsischen Landesärztekammer möglich, deren Unterstützung war, wie die des Vorstandes, sehr gut.

*9. Welche Schwerpunkte sehen Sie in der Zukunft?*

Trotz Fallpauschalen, Arbeitszeitgesetz und zunehmender Privatisierung muss das Krankenhaus auch zukünftig eine wohnortnahe flächendeckende stationäre Versorgung sicherstellen.

Daraus erwachsen dem Ausschuss Aufgaben zu den Themen:

- intelligente und variable Arbeitszeitmodelle,
- Förderung der Kollegialität zwischen Krankenhaus und Medizinischen Dienst der Krankenkassen,
- Dokumentationsassistent (ist schon erfunden, sein Einsatz sollte gefördert werden),
- neue Versorgungsformen – Portalklinik, Klinikverbund, Zusammenschluss von Kliniken

- Bewertung der Ausbildungsermächtigung der gesamten Einrichtung.

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

Die Gesundheitspolitik ist in erster Linie finanzorientiert. Ohne Patientenorientierung, die nur über ärztliche und Patientenmitwirkung erreicht werden kann, wird jede Reform zu Abstrichen an der Qualität führen.

## Datenschutzbeauftragte in Arztpraxen

---

Die Rechtsabteilung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung weist mit Schreiben vom 5. September 2006 auf eine Änderung des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und des Strafgesetzbuches (StGB) durch das Erste Gesetz zum Abbau bürokratischer Hemmnisse insbesondere in der mittelständischen Wirtschaft vom 22. August 2006 (BGBl. 2006, 1970 ff.) hin, welches Auswirkungen auf die Bestellung eines Datenschutzbeauftragten in der Arztpraxis hat:

Nach § 4f Abs. 1 Satz 4 BDSG ist nunmehr eine Bestellung eines betrieblichen

Datenschutzbeauftragten dann erforderlich, wenn mehr als neun Personen ständig mit der automatisierten Verarbeitung personenbezogener Daten beschäftigt sind. Bisher war ein Datenschutzbeauftragter bereits ab vier Arbeitnehmern zu bestellen. Der Umfang der erforderlichen Fachkunde des Datenschutzbeauftragten wird in § 4f Abs. 2 Satz 1 BDSG dahingehend konkretisiert und begrenzt, dass sie sich insbesondere nach dem Umfang der Datenverarbeitung der verantwortlichen Stelle und dem Schutzbedarf der personengebundenen Daten, die die verantwortliche Stelle erhebt oder verwendet, bestimmt.

Zur Möglichkeit, mit der Wahrnehmung der Funktion des betrieblichen Datenschutzbeauftragten in Arztpraxen auch Externe zu beauftragen, wird klargestellt, dass die Kontrolle sich auch auf personenbezogene Daten erstreckt, die einem Berufsgeheimnis unterliegen. In diesem Zusammenhang regelt der neue § 4f Abs. 4a BDSG, dass, soweit der Beauftragte für den Datenschutz bei seiner Tätigkeit Kenntnisse von Daten erhält, für die dem Leiter oder einer bei einer nichtöffentlichen Stelle – zum Beispiel Arztpraxis – beschäftigten Person aus beruflichen Gründen ein Zeugnisverweigerungsrecht zusteht, dieses Recht



auch dem Beauftragten für den Datenschutz und dessen Hilfspersonal zusteht. Über die Ausübung dieses Rechts entscheidet die Person, der das Zeugnisverweigerungsrecht aus beruflichen Gründen zusteht, es sei denn, dass diese Entscheidung in absehbarer Zeit nicht herbeigeführt werden kann. Soweit das Zeugnisverwei-

gerungsrecht des Beauftragten für den Datenschutz reicht, unterliegen seine Akten und andere Schriftstücke einem Beschlagnahmeverbot. Dementsprechend wird gem. § 203 Abs. 2a StGB dem Datenschutzbeauftragten eine strafbewehrte Schweigepflicht auferlegt. Damit ist die Weitergabe von Daten bzw. der Einblick in Daten von

geheimnisgeschützten Personen an bzw. durch Datenschutzbeauftragte mit deren berechtigten Interessen zu vereinbaren.

Ass. jur. Jürgen Schröder  
Rechtsabteilung der  
Bundesärztekammer und der  
Kassenärztlichen Bundesvereinigung

## Die „Tracer Methodology“

**Die „Tracer Methodology“ von JCIA (USA) – ein neues Prüfverfahren zur Zertifizierung von Kliniken erstmals in Deutschland – ein Erfahrungsbericht aus dem Klinikum Görlitz**

### Einführung

Nicht erst seit der Verabschiedung des Modernisierungsgesetzes (GMG) mit der Pflicht der Krankenhäuser, einen Qualitätsbericht zu veröffentlichen, ist die Diskussion über die Zertifizierungsverfahren und deren Effektivität sowie Sinnhaftigkeit entfacht. Mehr und mehr stellt sich in den Mittelpunkt der Qualitätsbewertung die Frage: Wie, an welchen Beispielen oder Indikatoren ein Krankenhaus seine Qualität transparent und effizient sichert? Bis heute bleiben risikoadjustierte Qualitätsindikatoren die wenigen international vergleichbaren Parameter. Demgegenüber greifen Zertifizierungsverfahren schneller als erwartet und im größeren Umfang um sich. Das „Rennen“ auf KTQ überrascht in Deutschland und so haben nicht wenige Zertifizierungsinstitute bereits einen Markt erobert. So kommt es nicht von ungefähr, dass gerade diese Verfahren hinsichtlich ihrer Zertifikate und Akkreditierungen mit verschärften Tiefenprüfungen sich auseinandersetzen müssen, um einerseits gegenüber der Kritik ihre Sinnhaftigkeit zu bezeugen und andererseits um nicht im internationalen Wettbewerb an Bedeutung zu verlieren.

Hier setzt die weltälteste Zertifizierungsorganisation Joint Commission on Accreditation of Healthcare aus den USA (JCIA) mit ihrer 2004 publizierten „Tracer Methodology“ auf der Basis langjähriger internationaler Erfahrungen erneut an. Basis bleiben die 2003 veröffentlichten und März 2006 aktualisierten 370 internationalen Standards von JCIA mit 1.030 messbaren Elementen, die alle Strukturen und Prozesse eines Krankenhauses, ja selbst die Kooperationspartner und auch die Nachsorge mit einbeziehen und grundsätzlich ein strukturiertes und etabliertes Qualitätsmanagement voraussetzen. Im Einzelnen gliedern sich die Standards auf 11 verschiedene Gruppen: Behandlung, Patientenrechte, Untersuchung, Behandlung und Pflege, Aufklärung, planmäßige Qualitätsverbesserungen, Präsentation, Hygiene, Leitung, Sicherheit und Umwelt, Personalqualifikation und -Schulung sowie Informationsmanagement.

Dass auch Kliniken in Deutschland die Zertifizierung nach internationalen Standards anderen Verfahren vorziehen, zeigen zum Beispiel die Kliniken aus Chemnitz, Greiz und Plauen, die alle auch Mitglieder der Alliance vor Excellence in Healthcare sind.

Das Klinikum Görlitz in der Euroregion Neißة stellte sich im April 2006 ein zweites Mal der Zertifizierung durch JCIA und diesmal als erstes Krankenhaus in Deutschland nach der Tracer-Methode.

Diese Methode war vorher unter anderem als Pilotphase in der Mayo Clinic von Rochester wie auch im Northwestern Memorial Hospital und innerhalb des Nebraska-Western-Iowa Healthcare-System erprobt worden.

### Was verbirgt sich hinter der Tracer-Methode von JCIA und was ist darunter zu verstehen?

Tracer oder Leitmerkmale sind Prozesse oder Diagnosen, die eine Beurteilung der Versorgungsmaßnahme erlauben und exemplarisch von der ausgewählten Leistung auf andere schließen lassen. Der Ansatz der externen Qualitätssicherung in der Bundesrepublik Deutschland beruht darauf.

Die Tracer-Methode von JCIA weicht dann ab und gliedert sich in die individuelle rein patientenbezogene und in die systemische auf die Organisation ausgerichtete Begehung (Survey). In diese Methode ist ein „Priority Focus Process“ integriert, der die Schwerpunkte der Prüfungen auf die Patientensicherheit und -information oder Education legt. Die Begehung einer Klinik, das heißt die Prüfung vor Ort, dauert durchschnittlich eine Woche und wird von drei Prüfern (Arzt, Krankenschwester, Krankenhausmanager oder technischer Sachverständiger) in Gegenwart von Dolmetschern und unter Beisein einer Begleitung aus dem eigenen Hause vorgenommen. Geschäftsführung, Kran-

kenhausdirektion und Qualitätsmanagement werden in die Ergebnisauswertungen täglich involviert.

Der Begriff „tracer“ ist vieldeutig und kann als Leuchtspur oder Laufzettel ja auch als Überwachungsprogramm interpretiert werden. Dabei bestehen semantische Beziehungen zum Begriff Patientenweg oder -pfad.

Die Tracer-Methode beinhaltet die Verfolgung (tracking) und Überprüfung der vorgegebenen Standards wie auch der haus-eigenen Festlegungen am Beispiel der verschiedenen Patientenwege zunächst auf der Basis der Dokumentation in der Krankenakte. Quasi mit der Patientenakte in der Hand werden die Wege des Patienten von der Aufnahme bis zur Entlassung direkt zurück- und auch vorverfolgt und dies unter Einbeziehung von Gesprächen und Befragungen des Patienten, der Ärzte und des Pflegedienstes. Damit werden alle Schnittstellen von der Notfallaufnahme über die Funktions- und Röntgendiagnostik bis hin zur Physiotherapie, dem Labor und der Apotheke in die Prüfungen direkt mit einbezogen. Das gilt auch gleichzeitig für ein Check-up der Gebäude- und medizinisch-technischen Sicherheit aller Inneneinrichtungen und Außenanlagen sowie für den Umweltschutz.

Zahlreiche dadurch entstehende diagonale Einblicke in die Patientenverläufe entstehen somit, die schnell kleine wie größere Lücken oder Versäumnisse eher offenbaren als bei den früheren Stations- und Einrichtungsprüfungen. Allein die Verfolgung einer Medikamentenspur für einen Patienten von der Auslieferung aus der Apotheke bis zur Applikation bzw. Einnahme durch den Patienten oder die Suche nach dokumentierten Nachweisen eines Entlassungsmanagement zeigen Schwachstellen in der Aufbereitung wie auch Dokumentation sowie in der geforderten doppelten Sicherheit der Medikation. Kriterien zur Einschätzung der Aufnahmefähigkeit und des Aufklärungsbedarfs über Erkrankung und Medikation des Ernährungszustandes und der daraus resultierenden Konsequenzen sowie Definitionen

einer Selbstmedikation werden abverlangt und sehr genau geprüft. Jede Visite ist nicht nur zu dokumentieren, sondern auch zu kommentieren. Grundsätzlich gilt eine einheitliche Krankenversorgung auch an Sonn- und Feiertagen.

In den Gesprächen sind Fragen zu beantworten wie zum Beispiel:

*Wie wird gewährleistet und mit welcher fachlicher Kompetenz, dass die einmal verordneten Medikamente mit der richtigen Dosierung, der bekannten Interaktion und richtig zur rechten Zeit verabreicht werden?*

oder

*Was beinhaltet das Schmerzmanagement und wie erfolgt dazu eine gesonderte Dokumentation und Graduierung der Schmerzen selbst unter Einbeziehung bewusstloser Patienten?*

Anders verfährt die parallel laufende systemische Tracer-Methode. Sie geht von der Daten- und Dokumentenprüfung der Krankenhausführung und des Qualitätsmanagement aus. Darlegung von Qualitätsüberwachungsprojekten und deren Analysen zu 17 verschiedenen Standards sind vorzulegen und zu erläutern. Die in Deutschland gesetzlich abverlangte externe Qualitätssicherung mit ihren verschiedenen Modulen wird dafür von JCIA als allein nicht ausreichend gewertet. Die wichtigsten Dokumente der Geschäftsführung über Struktur und Haushalt liegen den Prüfern in Englisch vor. Des Weiteren werden Personalakten und Kooperationsverträge eingesehen. Es werden Nachweise von Katastrophenschutzübungen, Sicherheitsvorkehrungen für Patient und Mitarbeiter, Infektions- und Sturzprophylaxe abverlangt und nicht zuletzt führen die Gespräche auf das praktizierte Informationsmanagement zurück.

### Schlussfolgerungen

Auf den ersten Blick hin ist die Tracer-Methode scheinbar nichts besonderes. Erst

die praktische Umsetzung derselben durch außenstehende Prüfer zeigt, dass es sich um eine äußerst tiefgehende und detaillierte Zusammenhangsprüfung mit sehr hohem Level handelt, die mehr als je zuvor in vollem Umfang die Patientensicherheit und Patientenrechte in den Mittelpunkt stellt. Es werden durch die Verfolgung von diagonalen Patientenwegen so gut wie keine Schnittstellen ausgelassen und somit schnell Lücken aufgespürt, die anders, später oder gar nicht entdeckt worden wären. Die Prüfmethode geht über das sogenannte Case-Management hinaus.

Mehr als einmal zeigte sich daran, dass Qualität im Krankenhaus ein Schnittstellen- und Informationsproblem ist. Exakte Dokumentation, Schmerzmanagement, psychosoziale Sensibilität, Medikationskontrollen und Umsetzung von Qualitätsüberwachungsprojekten sind Schwachpunkte im alltäglichen Prozess der Qualitätssicherung in Deutschland. Die Tracer-Methodik hat auch gezeigt, dass im Interesse des Patienten wie auch aus Gründen der Wirtschaftlichkeit die Einführung der Unit-Dosis in der Medikation eingehend zukünftig zu überprüfen ist.

Nach den Regeln von JCIA ist für die Zertifizierung jeder Hauptstandard zu erfüllen. Kein vergleichbares Verfahren ist derartig kompromisslos in seinen Anforderungen. Bei Nichterfüllung folgen Nacharbeiten und eventuell auch Nachprüfungen. Nach Abschluss dieses Zertifizierungsprozesses soll hier seitens der Autoren nicht unerwähnt bleiben, dass die Surveors die Zertifizierung und Akkreditierung des Klinikum Görlitz der Leitung von JCIA empfohlen haben. Die urkundliche Bestätigung stand zum Zeitpunkt der Einreichung des Beitrages noch aus.

### Literatur beim Verfasser

Korrespondenzanschrift:  
Doz. Dr. med. habil. Roland Goertchen,  
Dr. med. Steffen Handstein, A. Goertchen;  
Städtische Klinikum Görlitz gGmbH  
Medizinische Direktion und  
Qualitätsmanagement  
Girbigsdorfer Straße 1-3  
02828 Görlitz

## 14. Klinikärztetreffen der Frauen- und Kinderkliniken in Sachsen

Dresden  
14. Juni 2006

Auf Einladung der Arbeitsgruppe Perinatalogie/Neonatalogie fand am 14. Juni 2006 das 14. Klinikärztetreffen statt. Daran nahmen 102 Ärzte, 22 Hebammen aus 67 sächsischen Kliniken und 24 Gäste als Vertreter des Lenkungsremiums Sachsen, der Sächsischen Landesärztekammer und der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen teil.

Die sehr gute Teilnahme belegt, dass das traditionelle Klinikärztetreffen als Forum zur Information und Diskussion über die letzten Ergebnisse der Peri- und Neonatalerhebung und als ein Instrument zur Qualitätssicherung und -verbesserung akzeptiert wird.

Einleitend begrüßte der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. Jan Schulze, die Teilnehmer der von Dr. Gunther Völker moderierten Veranstaltung. Er verwies auf die Wichtigkeit und die Pflicht zur Qualitätssicherung, aber auch auf die großen Probleme, angesichts zunehmender Bürokratie, abnehmender Personal- und materieller Ressourcen diesem Anspruch gerecht zu werden. Die Landesärztekammer wird ihren Beitrag zur Verbesserung der Situation im Prozess des Systemwandels leisten.

Dr. Konrad Müller kommentierte ausführlich die Ergebnisse der Perinatalerhebung. Die Geburtenzahl ging 2005 im Vergleich zum Vorjahr um 1,7 Prozent auf 32.047 zurück. Die Frühgeborenenrate stieg seit 2001 von 6,9 auf 7,6 Prozent deutlich an. Hingegen erreichte die Perinatale Sterblichkeit mit 3,7 ‰ den niedrigsten Stand seit Beginn der Perinatalerhebung, woran sowohl die Senkung der Totgeburtenrate wie auch die der 7-Tagessterblichkeit gleichermaßen beteiligt sind. Dennoch bleibt die Vermeidung der Frühgeburtlichkeit und die Sicherung einer optimalen Betreuung die vordringlichste Aufgabe. Dazu gehört auch die stringente Beachtung der Regionalisierungsempfehlungen. Auf diesem Gebiet sind leider keine Fortschritte zu registrieren, wobei der Regierungsbezirk Leipzig die besten Ergebnisse ausweist. Große interhospitaler Unterschiede gibt es bei der Anwendung der Fetalblutanalyse zur intranatalen Geburtsüberwachung, und nicht befriedigen kann die Erfassungsraten des Schwangerschaftsdiabetes. Erfreulich ist die geringe Zahl schwerstasphyktischer Kinder.

Großes Interesse fand der praxisorientierte Beitrag von Frau Dr. Ute Scholz/Leipzig zu Thrombose und Embolie in Schwangerschaft, unter der Geburt und im Wochenbett. Ausgehend von der großen Bedeutung thromboem-

bolischer Komplikationen für die maternale Morbidität und Mortalität verwies sie auf die Kombination von Expositionsrisiken von Schwangerschaft und Geburt mit endogenen Risikofaktoren, diagnostische Besonderheiten in der Schwangerschaft und die medikamentöse Therapie. Dabei bietet niedermolekulares Heparin, das für die besprochenen Indikationen keine Zulassung hat, besondere Vorteile.

Mit einer sachlichen, nicht wertenden und detaillierten Darstellung wurden von Herrn Dr. Knut Lürmann die tragischen Müttersterbefälle an der Frauenklinik des Klinikums Hoyerswerda im Jahre 2004 vorgestellt. Der Nachweis eines technischen Mangels im Narkosegerät, den die Ärzte nicht zu verantworten hatten, entlastet diese. Die Ereignisse machen aber deutlich, wie gefährlich unsere Abhängigkeit von der Technik und ein nicht leicht zu

erschütterndes Vertrauen in die Zuverlässigkeit von Technik sein kann, weil bei patientenseitigen Störungen dann technische Defekte als Ursache aus der Betrachtung leicht ausgeblendet werden.

Der Kommentar zur Neonatalerhebung von Herrn Dr. Jürgen Dinger befasste sich mit Leistungs- und Qualitätsmerkmalen, bei deren Bewertung und Interpretation der Zusammenhang mit schwangerschafts- und geburtsassoziierten Leistungen beachtet werden muss.

Im Jahre 2005 wurden 6.232 Neugeborene klinisch-neonatologisch versorgt. Das entspricht, bezogen auf alle in sächsischen Kliniken geborenen Kinder, 19,1 Prozent. Zuwachsraten gab es besonders bei den Reifgeborenen und reiferen Frühgeborenen (32 bis 36 SSW). Wichtigste Einzelursache für Frühgeburtlichkeit ist weiter die Mehrlingsschwangerschaft. Mehrlinge verursachen je nach Unreifegrad

20 bis 25 Prozent der stationären Behandlungen von Frühgeborenen. Der erfreuliche weitere Rückgang des Anteils extrem kleiner Frühgeborener (Geburtsgewicht < 1000 g) erklärt zusammen mit den hohen Überlebensraten von 86,8 Prozent für Kinder mit einem Gewicht 750 bis 999 g und von 95,5 Prozent für Kinder mit einem Gewicht von 1000 bis 1499 g den Rückgang der perinatalen Sterblichkeit wie auch die niedrige Säuglingssterblichkeit in Sachsen. Komplikationen der Neonatalperiode, wie die bronchopulmonale Dysplasie, die fortgeschrittene Retinopathie und die Hirnblutung, sind trotz leichten Rückganges unverändert bedeutsam. Regional noch unterschiedliche Ergebnisse fordern zum Dialog und Erfahrungsaustausch auf, nicht zuletzt auch, um den Regionalisierungsgrad für kleine Frühgeborene zu verbessern.

Mit seinem Beitrag zu septischen Infektionen bei Früh- und Neugeborenen, eine Analyse der Jahre 1998 bis 2005, hat Herr Dr. Reinhold Tiller/Chemnitz die unveränderte Bedeutung neonataler Infektionen akzentuiert. Einerseits gibt es die bekannten Risikofaktoren für das Auftreten von septischen Allgemeininfektionen, andererseits treten sie nicht selten auch ohne diese auf (zum Beispiel Reifgebo-

rene mit Blasensprung > 48 Std/ohne vorzeitigen Blasensprung: 7,8 Prozent/3,1 Prozent). Daher muss jedes Neugeborene in dieser Richtung überwacht werden. Für die Frühsepsis wird eine zunehmende Tendenz registriert, wobei als Erreger die B-Streptokokken und E. coli dominieren.

Herr Dr. Walter Pernice analysierte die Managementqualität der Notfallversorgung in ihrer Bedeutung für die Ergebnisqualität. An der Gruppe der Frühgeborenen < 34 SSW konnte klar gezeigt werden, dass die Nichterfüllung von Sicherheitskriterien (Lungenreifeinduktion, Kaiserschnitt, Pädiater bei Geburt anwesend) die kindlichen Chancen auf ein Überleben vermindern.

Unstreitig haben Präventionsmaßnahmen einen herausragenden Stellenwert bei der Gesundheitsvorsorge. Dazu gehören auch Fehlervermeidungsstrategien, worauf Herr Dr. Heiner Bellé mit seinem Beitrag „Stolpersteine“ des Geburtshelfers – ein Beitrag zur Fehlerprävention“ einging. Entscheidend ist dabei die Einzelfallanalyse vor Ort, die die Perinatalerhebung nicht leisten kann. Sie erfasst längst nicht alle relevanten Leistungs- oder Qualitätsmerkmale. Solch ein Merkmal stellt zum Beispiel die geburtsbedingte Schädelkonfigu-

ration dar, die bei Überschreitung bislang nicht definierter Ausmaße Ursache schwerwiegender bleibender Schäden sein kann. Das wurde an Hand einer Falldemonstration von Prof. Dr. Christoph Vogtmann erläutert.

In seinen kurzen Anmerkungen zum Beschluss des gemeinsamen Bundesausschusses zur Versorgung von Früh- und Neugeborenen machte Professor Dr. Christoph Vogtmann deutlich, dass nach Meinung der Arbeitsgruppe für Sachsen keine Notwendigkeit für prinzipielle Neustrukturierungen besteht. Die Fallzahlen in Sachsen lassen eine weitere Aufsplitterung der Versorgungsstruktur nicht angebracht erscheinen.

Abschließend bedankte sich der Sitzungsleiter Dr. Gunther Völker bei den Kollegen für die engagierte Teilnahme an den Erhebungen und an der Tagung und bei den Mitarbeitern der Projektgeschäftsstelle, stellvertretend bei Frau Dipl.-Med. Annette Kaiser, die durch ihr kompetentes Wirken wesentlich zum Erfolg des Projektes Perinatal- und Neonatalerhebung beitragen.

Prof. Dr. med. habil Christoph Vogtmann  
Vorsitzender der Arbeitsgruppe  
Perinatalogie/Neonatalogie

## Therapie-Symposium 2006 Bewährtes und Innovatives

Die Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) bieten wissenschaftlich begründet, interessensneutral und praxisorientiert eine Hilfestellung für die Pharmakotherapie der häufigsten Erkrankungen, mit denen der Arzt in seiner täglichen Arbeit konfrontiert wird.

Jährlich veranstaltet die AkdÄ Therapie-Symposien, in deren Mittelpunkt die Vorstellung neuer und überarbeiteter Therapieempfehlungen steht. Das Therapiesymposium 2006 führt die AkdÄ gemeinsam mit der Sächsischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen durch. Unter der wissenschaftlichen Leitung der Professoren Dr. Bruno Müller-Oerlinghausen, dem Vorsitzenden der AkdÄ, Dr. Heiner Berthold und Dr. Rainer Lasek (Berlin) widmet sich das Symposium

zunächst den aktuellen Therapie-Empfehlungen der AkdÄ zur Therapie des Diabetes mellitus Typ 2 (Referenten: Professoren Dr. Monika Kellerer, Stuttgart und Professor Dr. Friedrich-Arnold Gries, Neuss). Verfolgt man die gegenwärtige kontroverse Diskussion zur Wirksamkeit und dem Langzeitnutzen der kurzwirksamen Insulinanaloge, darf man einen intensiven und spannenden Meinungsaustausch erwarten. Anschließend stellt Prof. Dr. Manfred Anlauf (Bremerhaven) die Leitlinie zur kardiovaskulären Risikoprävention dar, mit dem Fokus auf die gezielte Therapie der im Einzelfall relevanten Risikofaktoren. Den Abschluss der Veranstaltung bildet ein Überblick über die neuen Arzneimittel 2006. Kritisch werden von Professor Dr. Uwe Fricke (Köln) die neueingeführten Arzneimittel beleuchtet und ihr therapeutischer Nutzen bewertet.

Die Veranstaltung findet am **Mittwoch, dem 8. November 2006, 15.00 bis 18.30 Uhr**, in den Räumen der **Sächsischen Landesärztekammer** (Schützenhöhe 16, 01099 Dresden) statt und ist mit vier Fortbildungspunkten bewertet. Die Teilnahme ist gebührenfrei.

Die Anmeldung für das Therapie-Symposium 2006 erfolgt über die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin, Tel. 030 400456500, Fax 030 400456555, E-Mail: sekretariat@akdae.de, online über <http://www.akdae.de>, Rubrik Termine. Das aktuelle Programm ist über die Homepage der Sächsischen Landesärztekammer <http://www.slaek.de> in der Rubrik Fortbildung/Fort- und Weiterbildungsangebote abrufbar.

Dr. med. Katrin Bräutigam  
Ärztliche Geschäftsführerin

## Thesen zum Gesundheitssystem aus Sicht des Arztes

Gleich an den Anfang möchte ich meine kritische Sicht auf die Marktallmacht im Hinblick auf unser Wertesystem und damit auch unsere Sozialsysteme stellen.

Schon Hegel hat in seiner Philosophie der Geschichte gezeigt, dass Zivilisationen aufgrund der Übersteigerung ihrer eigenen Hauptprinzipien zerfallen können.

Es ist zu befürchten, dass mit der Verabsolutierung des Marktprinzips heute bereits ein gefährlicher Weg beschritten wurde hin zu einem einseitigen Ökonomismus, der sich in alle Lebensbereiche ausbreitet. Kurzgreifende Kosten/Nutzen-Rechnungen dominieren immer stringenter die sozialen, geistigen und künstlerischen menschlichen Beziehungen.

Eine durchgehende Merkantilisierung und Kommerzialisierung droht das kulturelle Reservoir der Gesellschaft zu erschöpfen. Der Medizin wird auf diesem Weg durch Deprofessionalisierung „die Seele“ ausgetrieben – die Patienten-Arzt-Beziehung verkommt zum reinen Anbieter-Kunden-Geschäft.

Historische Entwicklung:

- Bismarcksche Krankenversicherung mit drei Grundelementen: Versicherungspflicht, Haftung des Arbeitgebers, Anspruch auf bestimmte Leistungen,
- „schutzbedürftiger Versicherungskreis“ nur etwa 10 Prozent der Gesamtbevölkerung,
- heute sind im Gegensatz zum 19. Jahrhundert deutlich über 90 Prozent der Bevölkerung in den Versicherungsschutz der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einbezogen,
- hervorragende Standards in den sozialen Sicherungssystemen konnten sich dank eines stabilen Wirtschaftswachstums in Westdeutschland nach 1945 unbeeinträchtigt entwickeln,
- der medizinische Fortschritt blieb infolge von hohem Beitragsaufkommen bei noch weitgehender Vollbeschäftigung bezahlbar.

Doch die Wohlstandsjahre sind endgültig vorbei und so nimmt es nicht Wunder, dass in den letzten 20 Jahren etwa 19 Gesetze zur Kostendämpfung mit jeweils nur passageren Wirkungen verabschiedet wurden.

Das Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG) von 2004 hat den Patienten die Praxisgebühr und Zuzahlungen gebracht, uns Ärzten die neuen Versorgungsformen präsentiert. Die notwendige mittel- und langfristige Stabilisierung und Konsolidierung der GKV ist angesichts von Einnahmeschwund und Ausgabenexzess bisher nicht realisiert und somit eine Herkulesaufgabe, die nur durch die große Koalition gemeistert werden kann.

Die Bundesregierung hat in ihrem Koalitionsvertrag angekündigt, dass sie in diesem Jahr eine Lösung für die Systemfrage „Gesundheitsprämie oder Bürgerversicherung“ entwickeln wird. Hinter und vor den Kulissen wird intensiv an Konsenslinien eines sogenannten Poolmodells gearbeitet. Wir hoffen, dass damit der Grundstein für eine nachhaltige Finanzierung der GKV gelegt wurde.

Ein herausragender Faktor dieser Entwicklung ist das aktuelle Krankenkassensystem mit seiner mittlerweile in den Vor-

dergrund getretenen Steuerungsfunktion. In besonderem Maße fördert das System der Krankenkassen auch die Deprofessionalisierung des Arztberufes. Die Krankenkassen haben sich im Laufe der Jahrzehnte von der ihnen übertragenen Mittler- und Finanzierungsfunktion grundlegend entfernt. Die unternehmerische Dynamik lässt sie um Umsätze und Marktanteile kämpfen und ökonomische Ziele verfolgen. Sie sind eigenständige Wirtschaftsunternehmen, die sich am Wettbewerb beteiligen, auf die Gestaltung des Gesundheitswesens maßgeblich Einfluss nehmen und die fachliche Berufsausübung der Ärzte beeinflussen.

Die Rolle des Arztes erfährt heute im Zuge gesellschaftlicher Prozesse eine Neudefinition dadurch, dass die Entscheidungsbefugnis über die von ihm zu leistenden Tätigkeiten eingeengt wird. Der Arzt hat in seinen ureigenen Tätigkeitsfeldern zunehmend externe Vorschriften zu berücksichtigen (DMP, DRG, EBM etc.).

Der Arzt wird in ein Korsett aus Regelungen gespannt, das ihn zur Defensivmedizin zwingt, um keinen Schuldvorwürfen ausgesetzt zu sein. Dazu gehören fiskalpolitische, Stichwort Bonus-Malus, und verfahrenstechnische Vorschriften mit hohem

## Thesen zum Gesundheitssystem aus Sicht des Arztes

Dokumentationsaufwand und viel Bürokratie. Der Arzt wird vom Gestalter zum Mitgestalter, vom Verantwortlichen zum Mitverantwortlichen. Die Selbstständigkeit des Arztes – wann, wie lange und zu welchen Kosten an Patienten medizinische Maßnahmen durchzuführen sind – unterliegt dabei zunehmend politischer Reglementierung und Einflussnahme durch Kostenträger. Auch dadurch verliert der Arztberuf in Deutschland an Attraktivität.

Welche Entwicklungen lehnen wir Ärzte ab:

- Gesundheitsreformen, die als reine Kostendämpfungsprogramme das Arzt-Patienten-Verhältnis und damit auch das Arztbild im Laufe der Zeit nachhaltig verändern,
- Zentralisierung kontra Föderalismus und Subsidiarität,
- ökonomische Vorgaben und praxisferner Expertenrat,
- Deprofessionalisierung des ärztlichen Berufes (Politiker, Ökonomen und Wirtschaftsleute sagen uns Ärzten, wie gute, heißt, sparsame Medizin vonstaten gehen soll),
- Rationierung von Sozialversicherungsleistungen
- Zielkonflikt bestehend aus Kostensenkung – Qualitätsverbesserung – Wettbewerb.

Jede Form einer Medizin, die den Ärzten starre Vorgaben macht, muss abgelehnt werden. Bevormundung durch normsetzende Eingriffsverwaltungen und sogenannte Gesundheitsexperten mit einseitiger ökonomischer Ausrichtung gefährden ein vertrauensvolles Patient-Arzt-Verhältnis und missachten sowohl den Willen als auch das Wohl des Patienten, der in seiner Autonomie zu respektieren ist.

Heute müssen wir uns die Fragen stellen:

- Besteht Chancengleichheit?
- Erhalten alle Menschen mit Krankheit und Behinderung unabhängig von ihrem Einkommen die notwendigen und zweckmäßigen Hilfen in Diagnos-

tik, Therapie, Prävention, Rehabilitation und sozialer Absicherung?

- Sind Menschen trotz Krankheit vor Armut geschützt?
- Bleiben sie in die Gesellschaft integriert oder werden sie dadurch mittelbar oder unmittelbar ausgegrenzt?

Zur Beantwortung dieser Fragestellungen benötigt man eine umfassende Gesundheitsberichterstattung sowie eine kontinuierliche Versorgungsforschung, die Wirkungen und Nebenwirkungen der Gesundheitsreformen kritisch analysiert. Das ist bisher in Deutschland unterentwickelt. Tatsächlich aber wird die finanzielle Situation der Krankenkassen in den Vordergrund gestellt und als Maßstab der Gesundheitspolitik genommen. Es besteht so die Gefahr einer Sozialpolitik nach „Kassenlage“ und die ist bei 4 Millionen Arbeitslosen fehl am Platze.

Auch deshalb müssen sich Ärzte an Ressourcen orientieren. Nichts ist deshalb gegen eine Ressourcenethik einzuwenden, die Verschwendung vermeidet. Abzulehnen ist jedoch ein Ökonomismus, der die Ärzte zunehmend als Teilnehmer eines wirtschaftlich orientierten Systems instrumentalisiert.

Wer, wie wir Ärzte, für die Gesundheit von Menschen verantwortlich ist, muss autonom entscheiden können und wenn nötig für dieses Recht auch mit Nachdruck bei Krankenkassen und Politik streiten. An dieser Stelle wird das Berufsethos von uns Ärzten deutlich herausgefordert – jenes hippokratische „Salus aegroti suprema lex“ – Das Wohl der Kranken ist höchstes Gesetz.

Natürlich erkennt die Ärzteschaft den grundlegenden Paradigmenwandel und die neuen Anspruchshorizonte der Arzt-Patienten-Beziehung und gestaltet diese aktiv mit.

Die aktuellen Stichworte lauten dazu:

- Zunahme der rational wissenschaftlichen Grundlagen einer evidence based medicine,

- Zunahme der Selbstbestimmung und Partnerschaft eines aufgeklärten Patienten,
- Zunahme der institutionellen Einbindung, Reglementierung in neue Versorgungsformen,
- Abnahme der Ressourcen und ökonomische Möglichkeiten der Medizin, von Siebolds als „Ausweisung aus dem gesundheitspolitischen Paradies“ beschrieben,
- wachsende Bedeutung der Prävention gegenüber der Therapie.

Für die Fortentwicklung eines zukunfts-fähigen finanzierbaren Gesundheitswesens in Deutschland sind aus ärztlicher Sicht folgende Punkte notwendig:

- Der Staat muss auch zukünftig seine Fürsorgepflicht mit Respekt gegenüber den Bürgern und unter Berücksichtigung des Sozialstaatsprinzips wahrnehmen.
- Die Patienten müssen über notwendigen Reformbedarf transparent informiert werden.
- Ein künftiges System muss auf den Prinzipien von Daseinsfürsorge, Eigenverantwortung und Wettbewerb aufbauen.
- Neue Präventions- und Gesundheitsstrategien sind zu erarbeiten.
- Die Implementierung von Integrierten Versorgungsmodellen sowie die Bildung und Verbesserung von Netzwerkstrukturen und **guten** DMP müssen erfolgen.
- Eine Definition von medizinischen Mindest- oder Basisleistungen ist im Zusammenwirken von Patienten, Ärzten und Entscheidungsträgern zu entwickeln (GKV-Katalog).
- Der Einsatz neuer Technologien, wie des elektronischen Arztausweises und der Gesundheitskarte muss die Effizienz des Gesundheitswesens verbessern.
- Die individuelle Entscheidung der Ärzte darf nicht durch staatliche Ver- und Gebote weiter beschränkt werden, gleiches gilt für Patienten in Bezug auf die freie Arzt- und Versicherungswahl.

## Thesen zum Gesundheitssystem aus Sicht des Arztes

- Die Ökonomisierung der Medizin bewirkt eine Fremdsteuerung des Arztes durch Dritte. DRG und Budgets dürfen den Arzt als Führsprecher der Patienten nicht behindern.
- Bürokratie, Reglementierung und Rationierung sind abzubauen.

Die Ärzteschaft muss im Sinne einer Patienten- oder Gemeinwohlaufgabe in der Zukunft eine maßgebliche Verantwortung bei der kompetenten Beratung der Politik zur Struktur- und Prozessqualität des Gesundheitssystems sowie den zukünftigen medizinischen Basisleistungen übernehmen. Denn neben den Patienten selbst gibt es niemanden, der mit so viel Sachkenntnis, so viel persönlicher Erfahrung und sozialem Erleben heraus diese Beratungsfunktion übernehmen könnte.

Konkretisierung aus Sicht der Ärzteschaft:

- Gleicher Zugang zu einer ordentlichen und hochqualifizierten medizinischen Versorgung
- Anreize für eine Weiterentwicklung der Medizin.
- Grundsätzlich alle Einkommen für Beiträge zur Krankenversicherung einbeziehen und prozentual erheben.
- Arbeitgeberanteile schrittweise abbauen, um die Lohnnebenkosten zu senken.
- Staatliche Hilfe bei sozial Schwachen.
- Einziehen der Gesundheitsprämie über Finanzämter.
- Patienten sollten für ärztliche Leistung Rechnung erhalten (Kostenerstattung).
- Heilhilfsmittel wie Brillen, Hörgeräte und Ähnliches sind mit einem Festbetrag in die Erstattung einzubeziehen.
- Gebührenkatalog für ärztliche Leistungen, die nicht über die allgemeine Krankenversicherung abgedeckt werden.

Die Ärzteschaft sieht sich in der fachlichen Pflicht, Kriterien der gesundheitlichen Versorgung für die Zukunft zu defi-

nieren. An diesen wohlwogeneren Kriterien der Ärzteschaft sollten sich alle künftigen fiskalischen Systeme einer Krankenversicherungsreform ausrichten. Zugleich bedarf es der Fortentwicklung einer Heilkultur. Diese muss geprägt werden von:

- humaner Gesinnung,
- wirtschaftlichem Verständnis,
- menschlicher Haltung,
- Selbsterkenntnis,
- Wissenschaftlichkeit,
- Einfühlungsvermögen,
- ethische Reflexion,
- Bereitschaft zur Kommunikation.

Diese breit angelegte Entwicklung einer Heilkultur käme allen Bürgern unserer Gesellschaft zugute. Eine moderne Gesundheitspolitik sollte Heilungschancen für Patientinnen und Patienten höher bewerten als inflexible ökonomische Vorgaben. Das Vertrauensverhältnis von Patient und Arzt sollte auch nicht durch externe steuernde Eingriffe Dritter, im Rahmen strukturierter Versorgungsprogramme beeinträchtigt werden.

Die Rahmenbedingungen ärztlicher Berufsausübung sollten jedoch immer so gestaltet werden, dass eine patientenzentrierte, qualitätsvolle Versorgung in Deutschland wieder möglich wird. Allerdings kann eine Konsolidierung der Sozialsysteme optimal erst mit der Beherrschung der Arbeitslosigkeit in Deutschland erreicht werden. Der zentrale Auftrag aller Beteiligten zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung sollte in der skizzierten Weise erfüllt werden. Die vor uns stehenden Aufgaben sind weder mit Dirigismus noch mit Zweckoptimismus sondern nur mit klaren Konzepten, Qualitätsmanagement, Evaluation und Versorgungsforschung zu lösen.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

Der Vortrag wurde unter dem Thema „Anforderungen an ein finanzierbares Gesundheitssystem“ am 12. Mai 2006 in Ludwigshafen gehalten.

### 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](mailto:presse@slaek.de)

### Redaktionskollegium:

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

Redaktionsassistent: Ingrid Hüfner

### Anschrift der Redaktion

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

### Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

Leipziger Verlagsanstalt GmbH  
Paul-Gruner-Straße 62, 04107 Leipzig  
Telefon: 0341 710039-90  
Telefax: 0341 710039-90  
Internet: [www.leipziger-verlagsanstalt.de](http://www.leipziger-verlagsanstalt.de)  
E-Mail: [info@leipziger-verlagsanstalt.de](mailto:info@leipziger-verlagsanstalt.de)

Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe  
Anzeigendisposition: Melanie Bölsdorff  
*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 Leseranalyse Medizinischer Zeitschriften e.V.

ISSN: 0938-8478

# Wahl zur Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer für die Wahlperiode 2007/2011

Die vierte Wahlperiode der Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer geht im Jahr 2007 zu Ende. Auf der Grundlage der „Wahlordnung der Sächsischen Landesärztekammer“ (veröffentlicht im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 9/2006 – Mittelhefter –) sind Neuwahlen der Mitglieder der Kammerversammlung durchzuführen. Nachfolgend möchten wir dazu einige Hinweise geben:

## Wer darf wählen?

Wahlberechtigt und wählbar sind alle Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer, soweit das Wahlrecht oder die Wählbarkeit nach § 10 Sächsisches Heilberufekammergesetz (veröffentlicht im Internet unter [www.slaek.de/Rechtsgrundlagen](http://www.slaek.de/Rechtsgrundlagen)) nicht ausgeschlossen sind und das Kammermitglied in der Wählerliste eingetragen ist. Das Kammermitglied ist wahlberechtigt und wählbar in **dem** Wahlkreis, in welchem es seinen Beruf ausübt oder, falls es seinen Beruf nicht ausübt, in welchem es seinen Hauptwohnsitz hat. Die **Wählerlisten** werden in der Zeit vom **16. bis 27. November 2006** aufgelegt. Die Orte für die Auflegung der Wählerlisten werden in diesem Heft des „Ärzteblatt Sachsen“, Seiten 519 bis 522 bekannt gegeben.

Bitte überzeugen Sie sich ab dem 16. November 2006 davon, dass Sie in der Wählerliste eingetragen sind. Sollte das nicht der Fall sein, müssten Sie dies unverzüglich schriftlich bis zum 27. November 2006, 18.00 Uhr, beim jeweiligen Kreiswahlausschuss beanstanden. Ihre Beanstandung (Berichtigungsantrag) muss bis zu diesem Termin dem Kreiswahlausschuss vorliegen. Nach Abschluss der Wählerlisten durch den Kreiswahlausschuss sind keine Änderungen mehr möglich. Die Anschriften der Vorsitzenden der Kreiswahlausschüsse (Kreiswahlleiter) werden ebenfalls in diesem Heft des „Ärzteblatt Sachsen“, Seiten 519 bis 522 bekannt gemacht.

## Wie kommen die Wahlvorschläge zustande?

Die **Wahlvorschläge** sind bis spätestens **13. Februar 2007** beim Kreiswahlleiter

einzureichen. Ein Wahlvorschlag muss mindestens einen Wahlbewerber enthalten. Nach oben ist die Anzahl der Wahlbewerber unbegrenzt. Die Anzahl der in den einzelnen Wahlkreisen zu wählenden Mitglieder der Kammerversammlung wird vom Landeswahlausschuss ermittelt und im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 1/2007, veröffentlicht. In den Wahlvorschlägen müssen die Bewerber unter Angabe des Familiennamens, Vornamens, Geburtsdatums und ihrer Anschrift sowie der Berufsbezeichnung, Art und Ort der Berufsausübung genannt sein. Ein Wahlvorschlag darf nur Bewerber enthalten, die in den betreffenden Wahlkreisen wählbar sind. Ein Wahlbewerber darf nur in einem Wahlkreis benannt werden. Dem Wahlvorschlag müssen schriftliche Erklärungen der Wahlbewerber beigelegt sein, dass sie der Aufnahme in den Wahlvorschlag zustimmen und dass die Wahl zum Mitglied der Kammerversammlung angenommen wird. Die Zustimmung ist unwiderruflich. Die Wahlbewerber müssen auch eine schriftliche Erklärung beifügen, dass sie nicht für das frühere Ministerium für Staatssicherheit/Amt für Nationale Verteidigung tätig waren.

Die Wahlvorschläge müssen von mindestens fünf Wahlberechtigten des Wahlkreises unterschrieben sein. Der Wahlbewerber darf selbst auch unterzeichnen. Die Unterschriften sind auf dem Wahlvorschlag zu leisten. Ein Wahlberechtigter darf nur einen Wahlvorschlag unterzeichnen. Hat jemand mehrere Wahlvorschläge unterzeichnet, so ist seine Unterschrift auf allen Wahlvorschlägen ungültig. Unter den Unterzeichnern gilt der Erste als Vertrauensperson für den Wahlvorschlag, der Zweite als dessen Stellvertreter. Die Vertrauensperson ist zur Abgabe von Erklärungen gegenüber dem Kreiswahlleiter und dem Kreiswahlausschuss berechtigt. Der Kreiswahlleiter stellt nach Prüfung (Zulassung) der Wahlvorschläge die Wahlbewerber nach alphabetischer Reihenfolge des Familiennamens für den Stimmzettel zusammen.

**Die Wahlbewerber werden gebeten, sich den Wählern in einer Sonderbeilage zum „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 3/2007, mit einem Bild vorzustellen. Es ist daher erforderlich, dass die Wahlbewerber mit derschriftlichen Zustimmungserklärung zugleich ein aktuelles Bild einreichen.**

## Wie wird gewählt?

Die Wahl der Mitglieder der Kammerversammlung erfolgt ausschließlich als Briefwahl. Die Wahlunterlagen werden Ihnen vom Landeswahlleiter übersandt. Der **Endzeitpunkt zur Ausübung des Wahlrechtes ist der 10. April 2007**. Die Wahlfrist ist gewahrt, wenn bis zu diesem Tage der Stimmbrief beim Kreiswahlleiter eingegangen ist oder der Brief den Poststempel vom 10. April 2007 trägt. Sollten Sie bis 7 Tage vor dem Endzeitpunkt zur Ausübung des Wahlrechtes noch keine Unterlagen erhalten haben, rufen Sie bitte bei der **Hauptgeschäftsstelle der Sächsischen Landesärztekammer, Telefon 0351 8267 414 oder 0351 8267 415**, an. Für die in Ihrem Wahlkreis eingereichten Wahlvorschläge erhalten Sie einen Stimmzettel. Auf diesem Stimmzettel kennzeichnen Sie die Namen der Wahlbewerber, denen Sie Ihre Stimme geben wollen. Mit den Wahlunterlagen werden Ihnen weitere detaillierte Hinweise zur Ausübung des Wahlrechtes übergeben.

## Feststellung des Wahlergebnisses

Der Kreiswahlausschuss stellt das Wahlergebnis für die Wahl der im Wahlkreis zu wählenden Mitglieder der Kammerversammlung fest.

Die gewählten Mitglieder der Kammerversammlung und die „nachrückenden Mitglieder“ der Kammerversammlung werden im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 5/2007, veröffentlicht.

Die konstituierende Kammerversammlung wird für den 22./23. Juni 2007 einberufen.



# Wahl zur Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer für die Wahlperiode 2007/2011

## Zeitplan

Der Landeswahlausschuss der Landesärztekammer hat nach § 4 der Wahlordnung der Sächsischen Landesärztekammer folgenden Zeitplan beschlossen, der durch die 34. Kammerversammlung am 24. Juni 2006 bestätigt wurde:

- Stichtag für die Aufnahme in die Wählerlisten **31. Oktober 2006**
- Auflegung der Wählerlisten **16. bis 27. November 2006**

Jeder Wahlberechtigte, der Wählerlisten für ungültig oder unvollständig hält, kann gemäß § 8 Abs. 1 Satz 1 der Wahlordnung ihre Berichtigung während der Auflegung verlangen.

- Einreichung der Wahlvorschläge beim Kreiswahlleiter bis spätestens **13. Februar 2007**
- Endzeitpunkt für die Ausübung des Wahlrechtes bis spätestens **10. April 2007**

Der Landeswahlausschuss und die Kreiswahlausschüsse wurden vom Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer gemäß § 4 Abs. 2 der Wahlordnung gebeten, nach dem obigen Zeitplan zu verfahren.

Dresden, im Oktober 2006  
Dr. jur. Verena Diefenbach  
Landeswahlleiterin

## Kreiswahlleiter und Auflegungsorte der Wählerlisten

Die Namen der Kreiswahlleiter und die Orte der Auflegung der Wählerlisten in den Wahlkreisen werden nachstehend veröffentlicht:

### Regierungsbezirk Chemnitz

Kreis	Kreiswahlleiter/in	Auflegungsort(e)
Chemnitz	Dr. med. Gerrit Wollen MDK-Beratungsstelle für den Regierungsbezirk Chemnitz Bahnhofstr. 54 09111 Chemnitz Tel.: 0371 5287217	Klinikum Chemnitz gGmbH Krankenhaus Flemmingstraße Klinik für Chirurgie Chefarzt PD Dr. med. Joachim Boese-Landgraf Frau Hempel Flemmingstr. 2 09116 Chemnitz Tel.: 0371 333 33300 Fax: 0371 333 33303

Annaberg	Dipl.-Med. Knut Roscher Erzgebirgsklinikum Annaberg gGmbH Chemnitzer Str. 15 09456 Annaberg-Buchholz Tel.: 03733 800	Erzgebirgsklinikum Annaberg gGmbH Sekretariat der Klinik für Anästhesie Frau Aschermann Chemnitzer Str. 15 09456 Annaberg-Buchholz Tel.: 03733 802371 Fax: 03733 802371
Aue-Schwarzenberg	Dr. med. Gerd Flemming HELIOS Klinikum Aue Gartenstr. 6 08273 Aue Tel.: 03771 5800	(1) Medizinischer Dienst der Krankenkassen Frau Dipl.-Med. Ulla Tuchscherer Altmarkt 12 08280 Aue Tel.: 03771 560918 Fax: 03771 560922 (2) HELIOS Klinikum Aue Sekretariat der Klinik für Neurologie Frau Terjung Gartenstr. 6 08273 Aue Tel.: 03771 581851 Fax: 03771 581852 (3) Kliniken Erlabrunn gGmbH Frau Hellmich Am Märzenberg 1A 08349 Erlabrunn Tel.: 03773 62000 Fax: 03773 62005
Chemnitzer Land	Mareike Ott Kreiskrankenhaus „R.-Virchow Glauchau“ gGmbH Klinik für Chirurgie Station 3 Virchowstr. 18 08371 Glauchau Tel.: 03763 431300	Kreiskrankenhaus „R.-Virchow Glauchau“ gGmbH Chefarztsekretariat Anästhesie Frau Hahn Virchowstr. 18 08371 Glauchau Tel.: 03763 43260 Fax: 03763 43240
Freiberg	Dr. med. Helmut Lutter Praxis Sohraer Str. 4 09627 Niederbobritzsch Tel.: 037325 6521	Kreiskrankenhaus Freiberg gGmbH Sekretariat des Geschäftsführers Frau Hodel Donatsring 20 09599 Freiberg Tel.: 03731 771001 Fax: 03731 772299
Mittlerer Erzgebirgskreis	Dr. med. Ulrich Thumser Kreiskrankenhaus Mittleres Erzgebirge Alte Marienberger Str. 52 09405 Zschopau Tel.: 03725 401865	Kreiskrankenhaus Mittleres Erzgebirge Anästhesie Dr. med. Norbert Heide Alte Marienberger Str. 52 09405 Zschopau Tel.: 03725 402001
Mittweida	Dr. med. Ulrich Wustmann Praxis Schumannstr. 3 09648 Mittweida Tel.: 03727 2570	(1) Dr. med. Ulrich Wustmann Praxis Schumannstr. 3 09648 Mittweida Tel.: 03727 2570 (2) Diakoniekrankenhaus Chemnitzer Land Chirurgische Klinik II Sekretariat Dr. Linke Frau Auer Limbacher Str. 19 b 09232 Hartmannsdorf Tel.: 03722 762410 Fax: 03722 762012

# Wahl zur Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer für die Wahlperiode 2007/2011

Plauen	Dr. med. Susanne Ziebuhr Praxis Neundorfer Str. 14 08523 Plauen Tel.: 03741 276919 Fax: 03741 276887	HUMAINE Vogtland-Klinikum Plauen GmbH Institut für Pathologie und Tumordiagnostik Chefarztsekretariat Frau Kammler Röntgenstr. 2 08529 Plauen Tel.: 03741 493352 Fax: 03741 493361
Stollberg	André Rönisch Kreiskrankenhaus Stollberg gGmbH HNO-Klinik Jahnsdorfer Str. 7 09366 Stollberg Tel.: 037296 53500	Kreiskrankenhaus Stollberg gGmbH Chefarztsekretariat der Inneren Abteilung Frau Bienick Jahnsdorfer Str. 7 09366 Stollberg Tel.: 037296 53300
Vogtlandkreis	Dr. med. Peter Wirth Praxis R.-Breitscheid-Str. 4 08233 Treuen Tel.: 037468 2613 Fax: 037468 81714	(1) Kreiskrankenhaus Rodewisch-Obergöltzsch Chirurgische Klinik Frau Schädlich Stiftstr. 10 08228 Rodewisch Tel.: 03744 361403 Fax: 03744 361401 (2) Paracelsus-Klinik Adorf Chirurgie Frau Schubert Sorger Str. 1 08626 Adorf Tel.: 037423 79203 Fax: 037423 79226 (3) Paracelsus-Klinik Schöneck Unfallchirurgie Frau Eckstein Albertiplatz 1 08261 Schöneck Tel.: 037464 851804 Fax: 037464 851015
Zwickau	Dr. med. Alexander D. Boicev Heinrich-Braun-Krankenhaus Karl-Keil-Str. 35 08060 Zwickau Tel.: 0375 512802	Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau Bibliothek Frau Schaller Karl-Keil-Str. 35 08060 Zwickau Tel.: 0375 512470 Fax: 0375 511506
Zwickauer Land	Boris Martin Pleißental-Klinik GmbH Klinik für Chirurgie Ronneburger Str. 106 08412 Werdau Tel.: 03761 444 240 Fax: 03761 444 249	(1) Pleißenental-Klinik GmbH Sekretariat der Frauenklinik oder Kapelle Frau Hänelt Ronneburger Str. 106 08412 Werdau Tel.: 03761 444 321 Fax: 03761 444 329 (2) Kreiskrankenhaus Kirchberg Sekretariat der Medizinischen Klinik Frau Singer Schneeberger Str. 36 08107 Kirchberg Tel.: 037602 81301 Fax: 037602 81304

## Regierungsbezirk Dresden

Kreis	Kreiswahlleiter/in	Auflegungsort(e)
Dresden	Dr. med. Ralph Kipke Brand- und Katastrophenschutzamt Washingtonstraße 59 01139 Dresden Tel.: 0351 8155498 Mobil: 0172 7911302	Sächsische Landesärztekammer Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen Frau Riedel Schützenhöhe 16 01099 Dresden Tel.: 0351 8267131 Fax: 0351 8267132
Bautzen	Dr. med. Markus Grohmann Praxis Neustädter Str. 1 01877 Bischofswerda Tel.: 03594 702163 Fax: 03594 702107	(1) Oberlausitz-Kliniken gGmbH Bautzen Chefarztsekretariat der Chirurgischen Klinik Frau Hain Am Stadtwall 3 02625 Bautzen Tel.: 03591 3632222 Fax: 03591 3632577 (2) Oberlausitz-Kliniken gGmbH Bischofswerda Chefarztsekretariat der Chirurgischen Klinik Frau Sieber Kamenzer Str. 55 01877 Bischofswerda Tel.: 03594 7873210 Fax: 03594 7873217
Görlitz	Jens Ebermann Städtisches Klinikum Görlitz gGmbH Girbigsdorfer Str. 1 – 3 02828 Görlitz Tel.: 03581 373158	Städtisches Klinikum Görlitz gGmbH Sekretariat Klinik für Allgemein-, Visceral- und Gefäßchirurgie Frau Deutschmann Girbigsdorfer Str. 1 – 3 02828 Görlitz Tel.: 03581 371171 Fax: 03581 371505
Hoyerswerda	Marcus Meixner Klinikum Hoyerswerda gGmbH Maria-Grollmuss-Str. 10 02977 Hoyerswerda Tel.: 03571 443823	Klinikum Hoyerswerda gGmbH Sekretariat der HNO-Klinik Chefarzt John-Chris Pollack Frau Weinberg Maria-Grollmuss-Str. 10 02977 Hoyerswerda Tel.: 03571 443316 Fax: 03571 442433
Kamenz	Dipl.-Med. Karin Hopp Malteserkrankenhaus Nebelschützer Str. 40 01917 Kamenz Tel.: 03578 7860 Fax: 03578 786414	(1) Krankenhaus Radeberg Chefarztsekretariat Innere Frau Schlicke Pulsnitzer Str. 60 01454 Radeberg Tel.: 03528 459401 Fax: 03528 459402 (2) Malteserkrankenhaus Kamenz Chefarztsekretariat Chirurgie Frau Baldermann Nebelschützer Str. 40 01917 Kamenz Tel.: 03578 786411 Fax: 03578 786414

# Wahl zur Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer für die Wahlperiode 2007/2011

Löbau-Zittau	Dr. med. Stefan Schröpel Praxis Straße der Republik 93 02791 Niederoderwitz Tel.: 035842 26735	(1) Klinikum des Landkreises Löbau-Zittau gGmbH, Standort Ebersbach Sekretariat der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe Frau Busse Röntgenstr. 23 02730 Ebersbach Tel.: 03586 762230 Fax: 03586 762492 (2) Klinikum des Landkreises Löbau-Zittau gGmbH, Standort Zittau Sekretariat der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Frau Kunkel Görlitzer Str. 10 02763 Zittau Tel.: 03583 881230 Fax: 03583 881237	Sächsische Schweiz	Dr. med. Joachim Schaffrath Praxis Fabrikstr. 8 01847 Lohmen Tel.: 03501 588200	(1) Klinikum Pirna GmbH Rezeption/Aufnahme Frau Stuckart Schandauer Str. 12 01796 Pirna Tel.: 03501 7660 (2) Sächsische Schweiz Kreiskrankenhaus Verwaltungsleiter Herr Scharfenberg Dr.-Stuedner-Str. 75 b 01855 Sebnitz Tel.: 035971 61505
Meißen – Radebeul	Dr. med. Christa Hübler Roter Weg 4 01662 Meißen Tel.: 03521 733790	(1) Elblandkliniken GmbH & Co. KG Sekretariat des Ltd. Chefarztes PD Dr. med. habil. Falk Kühn Frau Sasse Nassauweg 7 01662 Meißen Tel.: 03521 7433245 Fax: 03521 7433297 (2) Elblandkliniken GmbH & Co. KG Sekretariat des Ltd. Chefarztes Dr. med. Wilfried Schöne Frau Smolka Heinrich-Zille-Str. 13 01445 Radebeul Tel.: 0351 8333560 Fax: 0351 8333563	Weißeritzkreis	Dr. med. Jacqueline Wagner Praxis Carl-Behrens-Straße 32 01728 Bannewitz Tel.: 0351 4027434 Fax: 0351 4027426	Weißeritztal-Kliniken GmbH Chirurgische Klinik Chefarztsekretariat Dr. Becker Frau Stork Bürgerstr. 7 01705 Freital Tel.: 0351 6466303 Fax: 0351 6466333
Niederschlesischer Oberlausitzkreis	Dr. med. Lutz Diedemann Praxis Bergstr. 9 02923 Kodersdorf Tel.: 035825 7060	(1) Kreiskrankenhaus Weißwasser Chefarztsekretariat der Abt. Chirurgie Frau Schicke Karl-Liebknecht-Str. 1 02943 Weißwasser Tel.: 03576 2670 (2) Diakonissenanstalt Emmaus, Krankenhaus Chefarztsekretariat der Abt. Chirurgie Frau Schönfeld Bautzner Str. 21 02906 Niesky Tel.: 03588 264505	Leipzig	Prof. Dr. med. habil. Helmut Willgerodt Gorkistr. 22 04416 Markkleeberg Tel.: 0341 8617557	(1) Städtisches Klinikum St. Georg Leipzig Klinikumsdirektor Prof. Güldner Frau Sohr Delitzscher Str. 141 04129 Leipzig Tel.: 0341 9092001 Fax: 0341 9092010 (2) Universitätsklinikum Leipzig Klinik und Poliklinik für Kinder und Jugendliche CrescNet gGmbH Frau Gausche Hauseingang P. 3. Etage Oststr. 21 – 25 04317 Leipzig Tel.: 0341 9726148 Fax: 0341 9726149
Riesa-Großenhain	Dipl.-Med. Martina Scheithauer Klinikum Riesa- Großenhain gGmbH Weinbrunnenstraße 15 01558 Großenhain Tel.: 03522 531660	(1) Klinikum Riesa-Großenhain gGmbH Krankenhaus Riesa Sekretariat des Ärztlichen Direktors Frau Tader Weinbergstr. 8 01589 Riesa Tel.: 03525 753101 Fax: 03525 733105 (2) Klinikum Riesa-Großenhain gGmbH Krankenhaus Großenhain Chefarztsekretariat der Klinik für Gynäkologie Frau Hocke Weinbrunnenstr. 15 01558 Großenhain Tel.: 03522 531251 Fax: 03522 531770	Delitzsch	Dr. med. Heinz Kademann Securiusstr. 1 a 04509 Delitzsch Tel.: 034202 63922	(1) Kreiskrankenhaus Delitzsch Klinik Delitzsch, Chirurgie Dipl.-Med. Frank Krüger Dübener Str. 3 – 9 04509 Delitzsch Tel.: 034202 7670 902 (2) Kreiskrankenhaus Delitzsch Klinik Eilenburg, Chirurgie Dipl.-Med. Klaus Barkau Wilhelm-Grüne-Str. 5 – 8 04838 Eilenburg Tel.: 03423 6670 909 (3) Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Psychiatrie und Psychotherapie Chefärztin Dr. med. Barbara Richter Leipziger Str. 59 04435 Schkeuditz Tel.: 034204 870

## Regierungsbezirk Leipzig

Kreis	Kreiswahlleiter/in	Auflegungsort(e)
Leipzig	Prof. Dr. med. habil. Helmut Willgerodt Gorkistr. 22 04416 Markkleeberg Tel.: 0341 8617557	(1) Städtisches Klinikum St. Georg Leipzig Klinikumsdirektor Prof. Güldner Frau Sohr Delitzscher Str. 141 04129 Leipzig Tel.: 0341 9092001 Fax: 0341 9092010 (2) Universitätsklinikum Leipzig Klinik und Poliklinik für Kinder und Jugendliche CrescNet gGmbH Frau Gausche Hauseingang P. 3. Etage Oststr. 21 – 25 04317 Leipzig Tel.: 0341 9726148 Fax: 0341 9726149
Delitzsch	Dr. med. Heinz Kademann Securiusstr. 1 a 04509 Delitzsch Tel.: 034202 63922	(1) Kreiskrankenhaus Delitzsch Klinik Delitzsch, Chirurgie Dipl.-Med. Frank Krüger Dübener Str. 3 – 9 04509 Delitzsch Tel.: 034202 7670 902 (2) Kreiskrankenhaus Delitzsch Klinik Eilenburg, Chirurgie Dipl.-Med. Klaus Barkau Wilhelm-Grüne-Str. 5 – 8 04838 Eilenburg Tel.: 03423 6670 909 (3) Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Psychiatrie und Psychotherapie Chefärztin Dr. med. Barbara Richter Leipziger Str. 59 04435 Schkeuditz Tel.: 034204 870

# Wahl zur Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer für die Wahlperiode 2007/2011

		(4) Reha-Zentrum Bad Dübren, Neurologie Dr. med. Frank Schmidt Gustav-Adolf-Str. 15 04849 Bad Dübren Tel.: 034243 790 Fax: 034243 25081
Döbeln	Dr. med. Petra Pabst Praxis Däbritzer Str. 13 04749 Ostrau/Schreibitz Tel.: 034362 32278	(1) HELIOS Krankenhaus Leisnig Chefarztsekretariat Dr. Krahwinkel Frau Wiede Colditzer Str. 48 04703 Leisnig Tel.: 034321 8231 Fax: 034321 8244 (2) Krankenhaus Döbeln/ Dr. Drogula GmbH Chefarztsekretariat Dr. Lange Frau Scholz Sörmitzer Straße 10 04720 Döbeln Tel.: 03431 722101 Fax: 03431 722115
Leipziger Land	Dr. med. Andreas Klamann HELIOS Klinik Borna Rudolf-Virchow-Str. 2 04552 Borna Tel.: 03433 211701 Fax: 03433 211702	(1) HELIOS Klinik Borna Funktionsneubau E/Zi. 145 Chefarztsekretariat Klinik für Innere Medizin Frau Abert Rudolf-Virchow-Str. 2 04552 Borna Tel.: 03433 211701 Fax: 03433 211702 (2) HELIOS Klinik Zwenkau Hauptgebäude, 2. Etage, Zi. 2.053 Chefarztsekretariat Klinik für Innere Medizin Frau Wiesner Pestalozzistr. 9 04442 Zwenkau Tel.: 034203 42006 Fax: 034203 42141
Muldentalkreis	Dr. med. Rainer Arnold Praxis Dorfstr. 53 a 08424 Beucha Tel.: 034292 73705	Gesundheitsamt des Muldentalkreises Sekretariat der Amtsärztin Frau Schmidt Leipziger Str. 42 04668 Grimma Tel.: 03437 984510 Fax: 03437 984513
Torgau-Oschatz	Dr. med. Jörg Mehlhorn Praxis Warschauer Str. 7 04860 Torgau Tel./Fax: 03421 906097	Landratsamt Torgau-Oschatz Bürgerbüro Dr. med. Helke Zirm Schlossstr. 27 04860 Torgau Tel.: 03421 758900 Fax: 03421 758935

Ein Exemplar der Wählerlisten aller Wahlkreise des jeweiligen Regierungsbezirkes wird daneben wie folgt aufgelegt:

Regierungsbezirk Chemnitz	Sächsische Landesärztekammer Bezirksstelle Chemnitz Frau Thierfelder Carl-Hamel-Str. 3 a 09116 Chemnitz Tel.: 0371 216514 Fax: 0371 216543
Regierungsbezirk Dresden	Sächsische Landesärztekammer Hauptgeschäftsstelle Herr Ass. jur. Kratz Schützenhöhe 16 01099 Dresden Tel.: 0351 8267414 Fax: 0351 8267412
Regierungsbezirk Leipzig	Sächsische Landesärztekammer Bezirksstelle Leipzig Frau Will Braunstr. 16 04347 Leipzig Tel.: 0341 5644056 Fax: 0341 5644058

Dresden, im Oktober 2006  
Dr. jur. Verena Diefenbach  
Landeswahlleiterin

## 35. Kammerversammlung 11. November 2006

Die 35. Kammerversammlung findet am Sonnabend, dem 11. November 2006, 9.00 Uhr, im Kammergebäude der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, statt.

### Tagesordnung

**1. Eröffnung der 35. Kammerversammlung und Feststellung der Beschlussfähigkeit**

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident

**2. Aktuelle Probleme der Gesundheits- und Berufspolitik**

Bericht: Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident  
Ausführliche berufspolitische Aussprache

**3. Stärkere Einbeziehung nichtärztlicher Heilberufe in Versorgungskonzepte – Chance oder Deprofessionalisierung**

Bericht: Dr. med. Regina Klakow-Franck, Bundesärztekammer, stellv. Hauptgeschäftsführerin

**4. Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer**

Bericht: Prof. Dr. med. habil. Gunter Gruber, Vorsitzender Ausschuss Weiterbildung

**5. Satzung zur Änderung der Satzung Fortbildung und Fortbildungszertifikat der Sächsischen Landesärztekammer**

Bericht: Prof. Dr. med. habil. Otto Bach, Vorstandsmitglied Vorsitzender der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung

**6. Finanzen**

**Haushaltplan 2007**

Bericht: Dr. med. Claus Vogel, Vorstandsmitglied, Vorsitzender Ausschuss Finanzen

**7. Vorbereitung und Durchführung der Wahl der Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer in der Wahlperiode 2007/2011**

Bericht: Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident

**8. Personalia**

Bericht: Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident

**9. Bekanntgabe von Terminen**

**10. Verschiedenes**

## Der Weg in die eigene Praxis

### Ihr Zukunftsplan für Wirtschaftlichkeit, Qualitätsmanagement und Freude im Beruf

#### Planung – Investitionen – Kooperationsmöglichkeiten

Das Seminar will niederlassungswilligen Ärzten die notwendigen Kenntnisse über die wirtschaftlichen und rechtlichen Anforderungen des „Wirtschaftsunternehmens Arztpraxis“ vermitteln.

#### Themenschwerpunkte:

- Voraussetzungen einer qualitätssichernden Niederlassung
- Praxisübernahme und Praxisneugründung – Welche Möglichkeiten bestehen heute noch?
- Kooperationsmöglichkeiten
- Tipps zur Vertragsgestaltung
- Der angemessene Kaufpreis einer Arztpraxis
- Notwendigkeit einer Kostenanalyse
- Finanzierungsfragen
- Steuerliche Gestaltung bei der Finanzierung
- Die richtige Abschreibungsstrategie

- Praxisräume: mieten oder kaufen?
- Arbeitsverträge in der Praxis
- Zuständigkeiten, Stellenbeschreibungen, Mitarbeitergespräche
- Familienrechtliche Absicherung: der Ehevertrag

Das Seminar findet statt am 18. November 2006, 10.00 bis 16.00 Uhr, im Haus der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden.

Die Teilnahmegebühr beträgt 59 EURO. Anmeldungen sind bitte bis zum 10. 11. 2006 zu richten an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen Bezirksgeschäftsstelle Dresden Abteilung Sicherstellung PF 100641, 01076 Dresden Fax: 0351 8828-199, E-Mail: si@kvs-dresden.de Telefonische Rückfragen bitte unter 0351 8828-310

Veranstaltung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden und der Deutschen Apotheker- und Ärztebank, Filiale Dresden.

## Konzerte und Ausstellungen

### Konzert

Festsaal der Sächsischen Landesärztekammer  
Sonntag, 5. November 2006, 11.00 Uhr

**Junge Matinee  
Klavier- und Streichkammermusik**  
Schülerinnen und Schüler des Sächsischen Landesgymnasiums für Musik Carl Maria von Weber Dresden

### Ausstellungen

Foyer der Sächsischen Landesärztekammer und 4. OG

**Steffi Deparade-Becker  
Collage – Malerei**  
bis 12. November 2006

Foyer der Sächsischen Ärzteversorgung

**Britta Kayser  
Mensch – Tier – Natur**

## Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf „Arzthelferin / Arzthelfer“

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

**Montag, den 22. Januar 2007,  
9.00 – 15.15 Uhr**

Folgender Prüfungsort für die Abschlussprüfung wurde festgelegt:

Sächsische Landesärztekammer  
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Die praktischen Prüfungen werden im Februar 2007 durchgeführt. Dazu ergehen gesonderte Einladungen.

### I. Zulassung zur Abschlussprüfung

Zur Abschlussprüfung mit Beginn 22. Januar 2007 können regulär zugelassen werden:

1. Auszubildende und Umschülerinnen, deren Ausbildungs- oder Umschulungsverhältnis nicht später als am 28. Februar 2007 endet.
2. Bewerberinnen/Bewerber, die den Antrag auf eine Wiederholungsprüfung gestellt haben (§ 37 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz).

### II. Zulassung in besonderen Fällen

1. Auszubildende und Umschülerinnen (bei Umschulungszeit von 30 – 36 Monaten), deren Ausbildungs-/Umschulungszeit nach dem 28. Februar 2007 endet, können den Antrag auf vorzeitige Zulassung zur Abschlussprüfung stellen. Gemäß § 45 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz kön-

nen Regelungen auf Zulassung zur Abschlussprüfung vor Ablauf der 3-jährigen Ausbildung nach Anhören des ausbildenden Arztes und der Berufsschule getroffen werden (maximal mögliche Ausbildungsverkürzung von insgesamt sechs Monaten).

Als Maßstäbe für die Einzelfallentscheidung sind festgelegt:

- mindestens gute Lern- und Ausbildungsergebnisse in der Arztpraxis,
- gute Lernmotivation und Lernergebnisse mit Notendurchschnitt bis 2,0 in der Berufsschule,
- mindestens befriedigende Note in der Zwischenprüfung.

Die Inhalte des Ausbildungsrahmenplanes und des im Berufsschulunterricht vermittelten Lernstoffes – soweit er für die Berufsausbildung wesentlich ist – müssen dabei vollständig anwendungsbereit sein.

2. Bewerberinnen/Bewerber ohne vorangegangenes Berufsausbildungsverhältnis, die nachweisen, dass sie mindestens das Eineinhalbfache der Zeit, die als Ausbildungszeit vorgeschrieben ist, in dem Beruf der Arzthelferin tätig gewesen sind (§ 45 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz).

### III. Anmeldung und Zulassungsverfahren

Die Anmeldung zur Abschlussprüfung hat mit vollständigen Unterlagen nach § 10 der „Prüfungsordnung für die Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf der Arzthel-

ferinnen“ der Sächsischen Landesärztekammer (veröffentlicht im Internet unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de)) bis spätestens zum 3. November 2006 zu erfolgen.

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

Über die Zulassung zur Abschlussprüfung entscheidet die zuständige Stelle. Hält sie die Zulassungsvoraussetzungen nicht für gegeben, so entscheidet der Prüfungsausschuss (§ 46 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz).

Die Anmeldeformulare und die Gebührenbescheide für die Prüfungsgebühren erhalten die ausbildenden Ärzte oder in den Fällen von Ziffer I.2. (Wiederholungsprüfung ohne Ausbildungsverlängerung) und II.2. (Externe Prüfung) die Teilnehmerinnen von der Sächsischen Landesärztekammer.

Bestehen Auszubildende/Umschüler vor Ablauf der Ausbildungs-/Umschulungszeit die Abschlussprüfung, so endet das Berufsausbildungs-/Umschulungsverhältnis mit Bekanntgabe des Ergebnisses durch den Prüfungsausschuss (§ 21 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz).

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern unter Tel. 0351 8267170-171 zur Verfügung.

Marina Hartmann  
Leitende Sachbearbeiterin  
Referat Medizinische Fachangestellte

## Mitgliederversammlung Kreisärztekammer Dresden 2006

Zur diesjährigen Mitgliederversammlung der Kreisärztekammer Dresden erlauben wir uns, Sie für den **14. November 2006, um 19.00 Uhr, in den Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer einzuladen.**

Neben einem kurzen Abriss zur Vorstandsarbeit im vergangenen Jahr erwartet Sie der Finanzbericht sowie ein Bericht der Sächsischen Ärzteversorgung zum Stand der Ärztereuten.

Aus aktuellem Anlass wird der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer zur Kammerwahl 2007 referieren.

Im Abendvortrag der vergangenen beiden Jahre lag das Lingnerschloss als auch die Erzeugnisse der darunter gelegenen Terrassen im Blickpunkt. Im dritten Jahr schließt sich dieser Kreis durch einen **Vortrag des Winzers Dr. Christian Müller** (Kavaliershaus).

Die musikalische Begleitung übernimmt wiederum der **Männerchor Dresden-Striesen e.V.** Nachfolgend genießen Sie ein kleines Buffet, welches nach dem Erfolg des letzten Jahres erneut mit vinologischen Grüßen aus dem Kavaliershaus aufgewertet wird.

In entspannter Atmosphäre klingt mit Weinliedern und Gesprächen der Abend aus.

Wir hoffen Erinnerungen an letztes Jahr sowie viel neues Interesse geweckt zu haben und freuen uns auf Ihre rege Teilnahme.

Zur Disposition der Veranstaltung erbitten wir eine Rückantwort unter E-Mail: [kaek-dd@slaek.de](mailto:kaek-dd@slaek.de), Fax 0351 8267132 oder gern schriftlich.

Ihr Vorstand der Kreisärztekammer Dresden  
Dr. med. Norbert Grosche, Vorsitzender



## 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 **Planungsbe-  
reiche** 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

#### Chemnitzer Land

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie  
Reg.-Nr. 06/C049

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum **07.11.2006** 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 Innere Medizin/Pneumologie  
Reg.-Nr. 06/D061

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie  
Reg.-Nr. 06/D062

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum **20.10.2006**

#### Dresden-Stadt

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
Reg.-Nr. 06/D063

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie  
Reg.-Nr. 06/D064

Facharzt für Radiologie  
(Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis)  
Reg.-Nr. 06/D065

#### Bautzen

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
Reg.-Nr. 06/D066

#### Meißen

Facharzt für Innere Medizin –  
hausärztlich\*)

Reg.-Nr. 06/D067

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

Reg.-Nr. 06/D068

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum **10.11.2006** an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 8828-330, zu richten.

### ■ Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

#### Leipzig-Stadt

Facharzt für Augenheilkunde  
Reg.-Nr. 06/L049

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
(Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 06/L050

Facharzt für Urologie

Reg.-Nr. 06/L051

#### Leipziger Land

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

Reg.-Nr. 06/L052

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum **10.11.2006** 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 Dresden

#### Dresden-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

geplante Praxisabgabe:

Ende 2007/Anfang 2008

#### Görlitz-Stadt/

#### Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

in Görlitz

geplante Praxisabgabe: Anfang 2007

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

### ■ Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

#### Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

geplante Praxisabgabe: 2. Quartal 2007

#### Döbeln

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

geplante Praxisabgabe: 2. Quartal 2007

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

KVS, Landesgeschäftsstelle

# Aktueller Stand: Diagnostik und Therapie von Fettstoffwechselstörungen

TU Dresden  
Universitätsklinikum  
Medizinische Klinik und Poliklinik III

Fettstoffwechselstörungen sind immanenter Bestandteil der Erkrankungen des Metabolischen Syndroms und damit mit deren arteriosklerotischen Folgeerkrankungen eng assoziiert. Daraus ergibt sich die dringende Indikation zur Diagnostik und Behandlung dieser Erkrankungen – auch und gerade unter den Bedingungen beschränkter Budgets. Die Behandlung der Komplikationen von Fettstoffwechselstörungen ist für die Solidargemeinschaft teurer und vermindert die Lebensqualität der Betroffenen klar. Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind nach wie vor die Todesursache Nr. 1 in Deutschland. In Sachsen

war 2004 in 50,3 Prozent aller Todesfälle eine Erkrankung des Kreislaufsystems einschließlich einer cerebrovaskulären Erkrankung die Todesursache. 4239 Personen verstarben 2004 in Sachsen an einem akuten Myokardinfarkt und 472 an einem Reinfarkt. Es ist heute nicht mehr akzeptabel, dass Ärzte infolge des begrenzten Budgets Fettstoffwechselstörungen nur unzureichend behandeln können, obwohl klare Zielwert-Empfehlungen vorliegen und die Lipidsenker zu den am besten untersuchten Medikamenten gehören. Hier ist eine Unterstützung durch die Kostenträger und die Politik erforderlich.

## Einteilung der Fettstoffwechselstörungen

Wir unterscheiden folgende praktisch wichtigen Formen von Fettstoffwechselstörungen:

### Diagnostik

Die Diagnostik von Fettstoffwechselstörungen schließt die Bestimmung von Gesamtcholesterin, LDL-C, HDL-C, der Triglyzeride und einmalig von Lipoprotein(a) ein. Die Messungen sollten möglichst 2 x erfolgen, da besonders die Triglyzeride stark ernährungsabhängig sind.

Bei Triglyzeriden < 4,45 mmol/l (389,4 mg/dl) kann LDL-C auch mittels der Friedewald-Formel errechnet werden:

$$\text{LDL-C (mmol/l)} =$$

$$\text{TC} - (0,458 \times \text{TG}) - \text{HDL-C bzw.}$$

$$\text{LDL-C (mg/dl)} =$$

$$\text{TC} - (0,2 \times \text{TG}) - \text{HDL-C}$$

Wenn die Triglyzeride > 4,45 mmol/l (389,4 mg/dl) liegen, muss LDL-C gemessen werden.

Zur Feststellung einer Lipoprotein(a)-Erhöhung genügt die einmalige Messung, da Lipoprotein(a) stark genetisch determiniert ist. Die Blutabnahme muss generell nüchtern, nach einer mindestens 8stündigen, besser 12-stündigen Nahrungskarenz unter üblichen Lebensbedingungen erfolgen. Eine Fiebererkrankung, eine Zweiterkrankung, ein entgleister Diabetes oder eine Kortikoidtherapie beeinflussen die Lipidparameter.

Weiterhin ist die Messung der Nüchternplasmaglukose wegen der engen pathogenetischen

Beziehungen zum Diabetes unverzichtbar. Bei grenzwertigen Nüchternplasmaglukosewerten ist ein 75-g-oraler-Glukosetoleranztest empfehlenswert. Die Messung der Gamma-GT ist zur Abschätzung des Alkoholkonsums besonders bei Hypertriglyzeridämien sinnvoll, bei einem Chylomikronämie-Syndrom unentbehrlich. TSH ist zum Ausschluss einer Schilddrüsenfunktionsstörung zu bestimmen, da eine Hyperthyreose mit erniedrigten und eine Hypothyreose mit erhöhten Cholesterinwerten einhergeht. Vor Einleitung einer medikamentösen Therapie müssen Kreatinin, ALAT und CK gemessen werden.

Bei Nachweis einer manifesten Fettstoffwechselstörung sind im Rahmen der klinischen Untersuchung die Bestimmung des Body Mass Index (BMI) und der Waist Hip Ratio (WHR), die Palpation und Auskultation der Pulse, die Suche nach Xanthomen neben der Untersuchung des Herzens, der Messung des Blutdrucks und der Palpation der Leber von Bedeutung. Bei manifesten Fettstoffwechselstörungen sind routinemäßig eine kardiologische Untersuchung zum Ausschluss einer koronaren Herzkrankheit (Echokardiografie und Ergometrie) sowie eine duplexsonografische Untersuchung der Halsgefäße empfehlenswert.

### Diagnostik von Fettstoffwechselstörungen

Bestimmung von Gesamtcholesterin, HDL-C, LDL-C, Triglyzeride nüchtern, einmalig Lipoprotein(a)

Nüchternplasmaglukose; wenn pathologisch: 75g-oraler-Glukosetoleranztest ALAT, (Gamma-GT), Kreatinin, TSH, CK (vor medikamentöser Therapie)

### Therapieziele

Die Therapieziele orientieren sich an den Empfehlungen des National Cholesterol Education Program von 2001 [Cleeman JI, Expert

Hypercholesterinämie	LDL-C	erhöht
	HDL-C	normal
	Triglyzeride	normal
Hypertriglyzeridämie	LDL-C	normal
	HDL-C	häufig erniedrigt
	Triglyzeride	erhöht
Gemischtförmige Fettstoffwechselstörung	LDL-C	erhöht
	HDL-C	erniedrigt
	Triglyzeride	erhöht
Isolierte Lipoprotein(a)-Erhöhung	Lipoprotein(a)	erhöht
	LDL-C	normal
	HDL-C	normal
	Triglyzeride	normal
Chylomikronämie-Syndrom	LDL-C	normal
	HDL-C	erniedrigt
	Triglyzeride	massiv erhöht (> 10 mmol/l (> 875 mg/dl))
Chylomikronen im Nüchternplasma		



S. Fischer

# Aktueller Stand: Diagnostik und Therapie von Fettstoffwechselstörungen

Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III):

Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP). JAMA (2001) 285 19: 2486-2497] und aktuellen Studien. Sie sind in Tabelle 1 zusammengestellt.

## Therapie

Die Therapie von Fettstoffwechselstörungen gliedert sich, ähnlich der Behandlung des Diabetes, in eine Basistherapie und eine medikamentöse Behandlung sowie die Lipidapherese.

1. Ernährungstherapie einschließlich Gewichtsoptimierung und Reduktion (oder völliger Verzicht) der Alkoholzufuhr bei erhöhten Triglyzeriden
2. Erhöhung der physischen Aktivität nach Ausschluss von Kontraindikationen
3. Medikamentöse Therapie
4. Lipidapherese

## Basistherapie

### 1. Ernährungsumstellung

Jeder Patient mit einer nachgewiesenen Fettstoffwechselstörung bedarf einer umfassenden und eventuell zu wiederholenden Diätberatung, auch mit dem Ziel der Gewichtsoptimierung (Ziel-BMI 20 – 25 kg/m<sup>2</sup>).

Wichtige Empfehlungen sind:

- Der Anteil der zugeführten Fette sollte bei 25 bis 30 Prozent der Gesamtenergiezufuhr liegen
- der Anteil der einfach ungesättigten Fettsäuren sollte 10 bis 15 Prozent betragen, zu bevorzugen sind Oliven- und Rapsöl.
- der Anteil der mehrfach ungesättigten Fettsäuren sollte bei 7 bis 10 Prozent liegen.
- der Anteil der gesättigten Fettsäuren sollte bei 7 bis 10 Prozent liegen, die Zufuhr von Transfettsäuren ist einzuschränken bzw. diese sind ganz wegzulassen.
- Die Kohlenhydratzufuhr sollte 50 Prozent der Gesamtenergiezufuhr betragen, wobei ein hoher Anteil von komplexen Kohlenhydraten (Obst, Gemüse, Körner) zu empfehlen ist. Die

Ballaststoffaufnahme sollte bei > 30 g/d liegen. Bei einer Hypertriglyzeridämie oder einem Chylomikronämie-Syndrom sind schnell resorbierbare Kohlenhydrate (Di- und Monosaccharide oder Zucker) weiter zu reduzieren oder ganz wegzulassen.

- Damit liegt die Proteinzufuhr bei 15 bis 20 Prozent der Gesamtenergiezufuhr.
- Die Cholesterinzufuhr ist auf maximal 300 mg/d zu begrenzen (zum Beispiel enthält 1 Ei ca. 240 mg Cholesterin).
- Die Alkoholaufnahme sollte 30 g/d bei Männern und 20 g/d bei Frauen nicht überschreiten. Bei Vorliegen einer Hypertriglyzeridämie ist die Alkoholzufuhr zu reduzieren und bei einem Chylomikronämie-Syndrom ist es von größter Bedeutung, ganz auf Alkohol zu verzichten.

Eine familiäre Hypercholesterinämie ist einer diätetischen Intervention nur begrenzt zugänglich. Hier ist von einer LDL-C-Abnahme von ca. 5 bis 10 Prozent durch Umstellung der Ernährung auszugehen. Dagegen können erhöhte Triglyzeridwerte durch Veränderung der Ernährungsgewohnheiten um bis zu 40 Prozent gesenkt werden. Auch bei einem Chylomikronämie-Syndrom ist die drastische Veränderung der Ernährungsgewohnheiten äußerst wichtig und erfolgreich.

### 2. Physische Aktivität

Nach Ausschluss von Kontraindikationen ist Patienten mit einer Fettstoffwechselstörung eine Erhöhung der körperlichen Aktivität zu empfehlen. Da Patienten mit Fettstoffwechselstörungen Hochrisikopatienten sind, ist vor Beginn eines intensiveren körperlichen Trainings eine kardiologische Untersuchung unter Einschluss von Echokardiografie und Ergometrie dringend zu empfehlen. Die Patienten sollen aerobe Sportarten wie Wandern, Laufen, Radfahren, Schwimmen, Rudern, Skilaufen oder Inline-Skating betreiben. Bei älteren Patienten genügen ausgiebige Spaziergänge. Auch hier ist die Erhöhung der körperlichen Aktivität bei Patienten mit Hypertriglyzeridämien oder gemischtförmigen Hyperlipoproteinämien besonders effektiv, während sie bei einer familiären Hypercholesterinämie kaum zur Abnahme von LDL-C führt.

Aus langjähriger klinischer Erfahrung in der Behandlung von Patienten mit Fettstoffwechselstörungen ist leider – ähnlich wie in der Diabetologie – festzustellen, dass die basalen

Tabelle 1: Zielwerte bei der Behandlung von Fettstoffwechselstörungen

LDL-C	< 4,1 mmol/l (< 160 mg/dl)	bei Vorliegen von 0 – 1 Risikofaktor *)
	< 3,4 mmol/l (< 130 mg/dl)	bei Vorliegen von ≥ 2 Risikofaktoren *)
	< 2,6 mmol/l (< 100 mg/dl)	bei Hochrisikopatienten**)
	≤ 1,8 mmol/l (≤ 70 mg/dl)	bei Hochrisikopatienten aufgrund neuester Studiendaten ohne bisherigen Leitliniencharakter
Triglyzeride	< 1,7 mmol/l (< 150 mg/dl)	
HDL-C	> 1,3 mmol/l (> 50 mg/dl)	
Lipoprotein(a)	< 250 mg/l (< 25 mg/dl)	
*) Risikofaktoren: – Positive Familienanamnese bezüglich Herzinfarkt oder plötzlichem Tod bei männlichen Verwandten I. Grades vor dem 55. Lebensjahr oder weiblichen Verwandten I. Grades vor dem 65. Lebensjahr – Alter Männer ≥ 45 Jahre; Frauen ≥ 55 Jahre – HDL-C < 1,0 mmol/l (< 40 mg/dl) – Zigarettenrauchen – bestehende Hypertonie und/oder laufende antihypertensive Therapie Bei einem HDL-C > 1,55 mmol/l (> 60 mg/dl) kann 1 Risikofaktor abgezogen werden.		
**) Hochrisikopatienten: Patienten mit manifester KHK oder zerebralen Durchblutungsstörungen (TIA, PRIND, Apoplex) oder peripheren arteriellen Durchblutungsstörungen oder Aortenaneurysma oder Diabetes mellitus (KHK-Äquivalent)		

S. Fischer

# Aktueller Stand: Diagnostik und Therapie von Fettstoffwechselstörungen

Maßnahmen von den Patienten viel zu wenig und nur kurzzeitig nach Feststellung der Fettstoffwechselstörung genutzt werden. Die diätetischen Bemühungen lassen relativ rasch nach. Ebenso erhöhen die Patienten ihre körperliche Aktivität im Alltag kaum. Sie vertrauen mehr auf die Wirkung der medikamentösen Therapie. Hier sind für die Zukunft wichtige Ansatzpunkte zu sehen, zum Beispiel unter Mithilfe von Psychologen oder durch finanzielle Mitbeteiligung der Patienten. Wenn diese basalen Therapieprinzipien stärker umgesetzt würden, könnten erhebliche finanzielle Mittel gespart werden.

### 3. Medikamentöse Therapie

Wenn mit den oben genannten Maßnahmen die anzustrebenden Zielwerte nicht erreicht werden, ist die Indikation für eine medikamentöse Therapie gegeben (Tabelle 2). Bei Zustand nach Herzinfarkt oder Schlaganfall oder anderen manifesten Gefäßerkrankungen ist die Einleitung einer medikamentösen Therapie sofort notwendig. Hier sind an erster Stelle Statine indiziert. Generell werden besonders bei angiologischen Erkrankungen die erforderlichen Zielwerte von Hochrisikopatienten in der Praxis noch nicht auf breiter Basis erreicht.

### Hypercholesterinämie

Bei einer Hypercholesterinämie sind Statine (Atorvastatin, Fluvastatin, Lovastatin, Pravastatin, Simvastatin) Mittel der 1. Wahl. Die Therapie ist mit niedrigen Dosen zu beginnen. Bei deutlich erhöhten Werten oder zurückliegenden Gefäßereignissen können auch etwas höhere Dosen zum Einsatz kommen. Die Patienten sind vor Therapiebeginn über das Risiko einer Myopathie aufzuklären. Bei Auftreten von Symptomen wie diffusen Muskelschmerzen oder Muskelschwäche ist die Therapie

sofort abzusetzen. Kontrollen von CK und ALAT sind nach ca. 6wöchiger Therapie empfehlenswert, wobei keine Evidenz für deren Notwendigkeit besteht. Die Dosen sind entsprechend den Kontrollwerten zu steigern, bis die Zielwerte erreicht werden. Wenn ein Statin wegen Nebenwirkungen nicht möglich ist, können die anderen verfügbaren Statine eingesetzt werden, da die Abbaumechanismen der Medikamente different sind. Atorvastatin, Lovastatin und Simvastatin werden über Cytochrom P 450 3A4 abgebaut, Fluvastatin über Cytochrom P450 2C9 und Pravastatin durch Sulfierung.

Um die individuellen Zielwerte bei jedem Patienten zu erreichen, ist eine Dositration entsprechend den Kontrollwerten erforderlich. Eine feste Statindosis für jeden Patienten ist nicht möglich, da die zur Erreichung der Zielwerte erforderlichen Dosen völlig unterschiedlich sind.

Können Statine wegen Nebenwirkungen nicht eingesetzt werden, sind Ezetimibe oder Nikotinsäurederivate mit verzögerter Wirkstofffreisetzung, in Deutschland als Niaspan® im Handel, indiziert.

Wenn die Zielwerte von LDL-C mit Statinen nicht erreicht werden, können Statine mit Ezetimibe oder Niaspan® kombiniert werden. Bei einer Kombination von Statinen mit Ezetimibe sind Transaminasenkontrollen, erstmals ca. 3 Wochen nach Therapiebeginn, empfehlenswert. Unter der Kombination Statin plus Niaspan® sind Kontrollen von CK, ALAT und Kalium im Serum notwendig.

Bei Kontraindikationen oder Unverträglichkeiten dieser Medikamente, was sicher sehr selten der Fall ist, können Fibrate und/oder

Tabelle 3: Indikationen zur Lipidapherese in Deutschland (Deutsches Ärzteblatt, Heft 30, 2003)

- Familiäre Hypercholesterinämie in homozygoter Ausprägung (absolute Indikation).
- Schwere Hypercholesterinämien, bei denen grundsätzlich mit einer über 12 Monate dokumentierten maximalen diätetischen und medikamentösen Therapie das LDL-Cholesterin nicht ausreichend gesenkt werden kann.  
Im Vordergrund der Abwägung der Indikationsstellung steht das Gesamtrisiko des Patienten.
- Der Indikationsstellung hat eine ergänzende kardiologische bzw. angiologische und lipidologische Beurteilung des Patienten voranzugehen.

Anionenaustauscherharze zum Einsatz kommen.

Werden mit diesen Medikamenten die oben genannten Zielwerte von LDL-C nicht erreicht und bestehen manifeste Gefäßkomplikationen, ist die Indikation für eine LDL-Apherese zu prüfen (Tabelle 3). In Sachsen gibt es inzwischen mehrere Zentren, die die Lipidapherese durchführen.

### Hypertriglyzeridämie

Bei Vorliegen einer reinen Hypertriglyzeridämie besteht nach wie vor eine Indikation für Fibrate. Auch Fischöle können zum Einsatz kommen, wobei nur Omacor® von den Kostenträgern erstattet wird. In der kürzlich publizierten FIELD-Studie kam es unter Fenofibrat allerdings nicht zu einer signifikanten Reduktion von kardiovaskulären Ereignissen bei Diabetikern. Die Aussagekraft dieser Studie ist aber begrenzt, da Randomisierungsfehler beschrieben wurden. In der Placebogruppe erhielten viele Diabetiker ein Statin.

### Gemischtförmige Hyperlipoproteinämie

Diese Form einer Fettstoffwechselstörung ist am schwierigsten zu behandeln. Zur Senkung der Triglyzeride sind die basistherapeutischen Maßnahmen wie Ernährungsumstellung, Alkoholreduktion, Gewichtsabnahme und Erhöhung der körperlichen Aktivität wichtig.

Dominiert die Hypercholesterinämie oder bestehen manifeste Gefäßkomplikationen, sollte ein Statin oder bei Unverträglichkeit bzw.

Tabelle 2: In Deutschland verfügbare lipidsenkende Medikamentengruppen

	LDL-C	HDL-C	Triglyzeride
Statine	↓↓↓	↑	↓
Ezetimibe	↓↓		
Fibrate	↓	↑	↓↓
Nikotinsäurederivate	↓↓	↑↑	↓
Anionenaustauscherharze	↓↓		(↑)
Fischöl			↓
Lipidapherese	↓↓↓		

S. Fischer

# Aktueller Stand: Diagnostik und Therapie von Fettstoffwechselstörungen

Kontraindikationen Niaspan® oder Ezetimibe zum Einsatz kommen. Generell senken Nikotinsäurederivate LDL-C und die Triglyzeride; sie erhöhen HDL-C. Auch die Kombination Statin plus Niaspan® ist hier indiziert. Dominiert hingegen die Hypertriglyzeridämie, können Fibrate durchaus sinnvoll sein.

## Isolierte Lipoprotein(a)-Erhöhung

Bisher gibt es keine medikamentöse Therapie zur Normalisierung eines erhöhten Lipoprotein(a)-Wertes. Lediglich Nikotinsäurederivate senken Lipoprotein(a) um 20 bis 30 Prozent. Deshalb ist die optimale Einstellung aller anderen Risikofaktoren der Arteriosklerose vorrangiges therapeutisches Ziel. Wichtig ist besonders die LDL-C-Senkung auf  $< 2,6$  mmol/l ( $< 100$  mg/dl). Bei Hochrisikopatienten mit bereits bestehenden manifesten Gefäßkomplikationen ist eine LDL-C-Reduktion auf  $< 1,8$  mmol/l ( $< 70$  mg/dl) anzustreben.

## Chylomikronämie-Syndrom

Ein Chylomikronämie-Syndrom ist wegen der Gefahr einer akuten Pankreatitis als Notfall anzusehen. Die basistherapeutischen Maßnahmen haben bei dieser Form einer Fettstoffwechselstörung eine besondere Bedeutung. Es ist eine sofortige Diätberatung notwendig. Entscheidend sind neben der sofortigen Alkoholkarenz die Empfehlungen zu einer drastischen Reduktion der Fett- (20 Prozent der Gesamtenergiezufuhr) und Zuckereinfuhr. Die Alkoholkarenz ist deshalb wichtig, da die Lipoproteinlipase, das entscheidende Enzym beim Abbau der Chylomikronen und VLDL, durch Alkohol massiv supprimiert wird. Bei massiv erhöhten Triglyzeriden kann auch in den ersten Tagen nur Tee sinnvoll sein (Ausnahme: medikamenten- oder insulinbehandelter Diabetes mellitus). Die Patienten erhalten ein Merkblatt mit allen wichtigen Informationen zu dieser Erkrankung (Tabelle 4). Ein Diabetes mellitus ist akut auszuschließen oder – wenn vorhanden – optimal einzustellen. Bei Triglyzeridwerten  $> 40$  mmol/l (3500 mg/dl) ist eine Behandlung mit Heparin 5000 E/d subkutan oder einem niedermolekularen Heparin, zum Beispiel 0,3 ml Fraxiparin/d subkutan, mit dem Ziel der Erhöhung der Lipopro-

tein-Lipase-Aktivität sinnvoll. Dieses Enzym ist in den Gefäßwänden gespeichert und wird durch Heparin oder niedermolekulares Heparin verstärkt aus den Gefäßwänden freigesetzt. Allerdings gibt es bisher keine Studien, die dieses Vorgehen systematisch untersucht haben. Bei Bauchbeschwerden ist eine Klinikweisung vorzunehmen.

Langfristig sind beim Chylomikronämie-Syndrom Fibrate indiziert, wenn mit den basalen Maßnahmen die Triglyzeridwerte nicht ausreichend abgesenkt werden können.

Tabelle 4: Hinweise für Patienten mit massiv erhöhten Triglyzeridwerten

- Empfehlenswert sind mehrere kleine Mahlzeiten statt 2 bis 3 große Mahlzeiten.
- Trinken Sie reichlich kalorienfreie Flüssigkeit (Mineralwasser, Tee, evtl. Kaffee).
- Sie sollten unbedingt auf alkoholhaltige Getränke verzichten (Bier, Wein, Schnaps, Likör usw.).
- Ballaststoffreiche Nahrungsmittel (Misch-/Vollkornbrot, Kartoffeln, Naturreis, Vollkornbrotwaren) können reichlich gegessen werden.
- Auf Zucker und Zuckeraustauschstoffe ist zu verzichten (Fruchtzucker, Sorbit, Isomalt).
- Gemüse kann reichlich verzehrt werden, Obst in 2 bis 3 kleineren Portionen. Auf Obstsaft ist zu verzichten.
- Kleine Mengen magerer Fleisch-, Wurst- und Käsesorten sind möglich; bei massiv erhöhten Triglyzeriden sollten sie weggelassen werden.
- Aufstrich/Zubereitungsfett ist zu reduzieren bzw. in Phasen von hohen Triglyzeridwerten ganz wegzulassen.
- **Bei Bauchbeschwerden sofort einen Arzt aufsuchen!**
- **Bei massiv erhöhten Triglyzeridwerten besteht die Gefahr einer Pankreatitis!**

## Wichtige praktische Tipps bei der medikamentösen Behandlung von Patienten mit Fettstoffwechselstörungen

- Statine und Fibrate verstärken die Wirkung von Cumarinen (Falithrom). Deshalb muss die Falithromdosis vor Einleitung einer Statinbehandlung um ca 1/3 reduziert werden. Kontrollen von Quick und INR sind kurzfristig durchzuführen.
- Anionenaustauscherharze vermindern die Wirkung der Cumarine. Deshalb ist die Dosis von Falithrom bei Beginn einer Therapie mit Anionenaustauscherharzen um ca. 1/3 zu erhöhen. Engmaschige Kontrollen von Quick und INR sind anfangs erforderlich.
- Simvastatin darf nicht mit Amidiaron kombiniert werden.
- Zu beachten ist die Gefahr einer Rhabdomyolyse bei gleichzeitiger Gabe von Statinen und Immunsuppressiva.

## Besonderheiten in der Therapie von Fettstoffwechselstörungen bei Niereninsuffizienz

Bei erhöhten Kreatininwerten sind Statine nur noch in reduzierter, zum Beispiel halb-maximaler Dosis möglich. Eine Ausnahme ist Fluvastatin. Diese Substanz darf auch bei Niereninsuffizienz in maximaler Dosis (80 mg/d) appliziert werden, da Fluvastatin nur zu ca. 8 Prozent über die Nieren ausgeschieden wird. Für Ezetimibe ist bei Patienten mit Nierenfunktionsstörungen keine Dosisanpassung erforderlich. Bezüglich Niaspan® liegen keine Studien bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion vor, deshalb soll laut Fachinformation Niaspan® bei Patienten mit Nierenerkrankungen mit Vorsicht eingesetzt werden. Fibrate sind nur bei einem normalem Kreatininwert anzuwenden.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:  
PD Dr. med. Sabine Fischer  
Universitätsklinikum C. G. Carus der TU Dresden  
Medizinische Klinik und Poliklinik III,  
Diabetologie/Klinische Stoffwechselkrankheiten  
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden  
Tel.: 0351-458 3701, Fax: 0351-4585324  
E-Mail: sabine.fischer@uniklinikum-dresden.de

## Dresdner Stoffwechselschule

Im 19. Jahrhundert stand die Gicht als Stoffwechselerkrankung ganz im Vordergrund. Aber Stoffwechselprobleme spielten in Sachsen schon in den früheren Jahrhunderten eine Rolle. Die erste, mir bekannte Erwähnung, war die Adipositas des Bruders Ottos des Reichen, Dedo, vor etwa 800 Jahren. Dedo beabsichtigte 1191 Heinrich den VI auf seinem Krönungszug nach Italien zu begleiten. Da er sich jedoch einer so ungewöhnlichen wie beschwerlichen Körperfülle rühmte und den Strapazen der Reise nicht ohne weiteres gewachsen zu sein glaubte, fasste er für die damaligen Verhältnisse den heroischen Entschluss, der ja auch in der Gegenwart wieder ventiliert wird, seinen Schmerbauch „medico adhibito“ operieren zu lassen.

Das Unterfangen misslang und Dedo starb kurz nach Beginn des Eingriffes. Im Hinblick auf Stoffwechselerkrankungen stehen wir also auf historischem Boden.

Neben ungesunder Lebensweise wurde eine genetische Komponente für die Adipositas diskutiert.

Fragt man einen Sachsen, was er über August den Starken weiß, kann man mit der Antwort rechnen, er habe circa 300 Kinder in die Welt gesetzt. Dieses Gerücht wurde von der Schwester Friedrichs des Großen, des Königs von Preußen, Wilhelmine von Bayreuth, in Umlauf gebracht und als historische Tatsache hingenommen. Diese historische Übertreibung hatte den Sinn, das Ansehen August des Starken herabzusetzen. Er selbst hätte sich darüber sicher amüsiert, denn er wusste es besser. Er hat neben seinem ehelichen Sohn und Nachfolger acht außereheliche Kinder legitimiert und für ihre Zukunft großzügig gesorgt. Diese Nachkommenschaft kann also wohl nicht die Ursache sein, obwohl sie sogar auf einem medizinischen wissenschaftlichen Kongress diskutiert wurde. Bis zum Jahre 1889 waren nicht nur die Fragen der Pathogenese weitgehend ungeklärt, – in diesem Jahre führten v. Mehring und Minkowski ihre genialen Versuche am pankreatektomierten Hund durch –, sondern auch die Möglichkeiten einer effektiven Behandlung außer diätetischen Vorschriften waren begrenzt, obwohl bereits im Altertum zweckmäßige Diätvorschriften wie zum Beispiel im Papyrus Ebers um 1500 vor Chr. vorlagen.

Sowohl in der Behandlung wie in der Diagnostik des Diabetes sind von Dresden

aus entscheidende Anstöße ausgegangen. Allerdings war die Dringlichkeit des Problems in einer ganz anderen Größenordnung. Während meiner Studienzeit rechnete man mit 0,2 Prozent Diabetikern in der deutschen Bevölkerung und 1960 galt noch die Zahl von 0,6 Prozent. Danach mussten wir einen explosionsartigen Anstieg des Diabetes mellitus registrieren. Eine wirksame, das Leben des Diabetikers erhaltende Therapie begann aber erst vor reichlich 80 Jahren, als Banting und Best 1921 Insulin isolierten und seine Wirkung auf den BZ eines Hundes nachweisen konnten und Joslin 1922 in Boston mit einer Insulinbehandlung begann. 1923 wurde erstmals in Deutschland Insulin zur Behandlung freigegeben, und bereits ein Jahr danach, also 1924 gründete Otto Rostoski die erste Diabetikerambulanz in Europa an unserer jetzigen Fakultät, also im Stadt Krankenhaus Dresden-Johannstadt. Diese Einrichtung, die damals international als richtungweisendes Vorbild diente, zog viele Fachexperten des In- und Auslandes zu ihrem Studium nach Dresden und leitete eine weltweite Entwicklung ein. 1927 rief er eine Spezialstation für Diabetiker an der gleichen Einrichtung ins Leben, sodass ambulante und stationäre Behandlung in gleichen Händen lagen. Wenn wir von einer Traditionslinie in der Stoffwechselforschung sprechen, müssen wir Rostoski als den Vater und 1907 als das Jahr des Beginnes nennen. Damals wurde Rostoski die Leitung einer Medizinischen Klinik am Stadt Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt übertragen. Er kam aus Würzburg, wo er als Student die Entdeckung der Röntgenstrahlen noch erlebte und später bei Prof. v. Leube als stellvertretender Klinikdirektor tätig war, nachdem er vorher bei Prof. Emil Fischer und Prof. Salkowski in Berlin chemisch gearbeitet hatte. Hier in Dresden führte er seine Arbeiten zu Stoffwechselfragen in Fortsetzung der v. Leubeschen Schule weiter. Am Rande sei bemerkt, dass er 1927 gemeinsam mit Prof. Saube und Prof. Schmorl (Schmorlsche Knorpelknötchen) für großes internationales Aufsehen durch die Aufklärung der Ätiopathogenese des Schneeberger Lungenkrebses sorgte. Bei der Gründung der Medizinischen Akademie Dresden 1954 wurde er zum 1. Lehrstuhlinhaber für Innere Medizin berufen. Ihm wurden auch hohe Ehrungen zuteil, die

ich nicht aufzählen möchte, aber der Rostoski-Preis, der von dem Tumorzentrum e.V. vergeben wird sowie die Errichtung eines großen Gedenksteines in seinem Geburtsort Wendemark seien erwähnt. Nur die Stadt Dresden tut sich offenbar schwer. 1934 musste, da die Zahl der Diabetiker sprunghaft anstieg, eine 2. Diabetikerambulanz von Prof. Radcliffe Grote ins Leben gerufen werden. Auch er war damals ein bekannter Diabetologe, der von der Carl v. Norden Klinik aus Frankfurt am Main kam. Er hatte früher die ärztliche Leitung des Lahmannschen Sanatoriums auf dem Weißen Hirsch und veröffentlichte ebenso wie sein Lehrer v. Norden, der sich sehr für die schnelle Freigabe des Insulins in Deutschland einsetzte, viele stark beachtete Beiträge zum Diabetes und seiner Behandlung. Er erwarb sich als Gegenspieler Brauchles große Verdienste um die Kritik der Naturheilkunde, ohne das Ansehen der klassischen Naturheilkunde zu schmälern. Andere Vertreter der Naturheilkunde wie Eduard Bilz, Ragnar Berg, Heinrich Lahmann usw., um nur einige zu nennen, bereicherten damals das Ansehen Dresdens als Zentrum der Stoffwechselforschung.

Prof. Dr. Wilhelm Crecelius, ebenso wie ich ein Schüler Rostoskis, leitete von 1946 bis 1965 die Medizinische Klinik und kann als Promotor der Medizinische Akademie Carl-Gustav-Carus gelten. Nachdem Prof. Fromme als Gründungsrektor vorzeitig sein Amt niederlegte, übernahm er kommissarisch das Rektorat. Crecelius ist vielen älteren Kollegen noch bekannt durch die von ihm gemeinsam mit Seifert entwickelte kolorimetrische Blutzucker-Schnellbestimmung. Es war die zu meiner Assistentenzeit allgemein übliche Methode, die ich selbst noch im Labor ausgeübt habe. Sie erlaubte es erstmalig, in der Ambulanz bei unseren Patienten eine größere Anzahl von Blutzucker-Werten zu überprüfen.

Crecelius widmete sich besonders der Diät von Stoffwechselerkrankungen. Sein gemeinsam mit den Proff. Dr. Harnapp und Dr. Freimuth herausgegebenes Werk „Ernährungslehre“ sowie sein „Perkussionskurs“ waren Standardwerke. Später hat sich Prof. Dr. Edel intensiv um die diätetische Therapie der Stoffwechselerkrankungen bemüht.

Hier an der Klinik und der Ambulanz wurden die oralen Antidiabetika mit ins

Leben gerufen. Ohne die Untersuchungen von Loubatieres und Janbon in Frankreich im Jahre 1942 zu kennen, – durch die Kriegswirren waren sie nicht in Deutschland bekannt geworden – beschäftigte sich Haack und Carstens im Arzneimittelwerk Dresden seit 1939 mit den Sulfonylharnstoffen. In dem Bemühen, ein Sulfonamid mit hoher Resorption und Allgemeinwirkung zu erhalten, wurde aus dem Euvernil, das bei geringer Resorption zur Behandlung von Harnwegsinfektionen diente, Loranil entwickelt.

Diese Substanz führte zu unangenehmen Nebenwirkungen bei unseren Patienten, ja bei den Kindern in unserer Kinderklinik zu Bewusstseinsstörungen, die als Hypoglykämien erkannt wurden. Diese ursprüngliche Nebenwirkung sollte nun als Hauptwirkungskomponente zur Behandlung von Blutzuckerhöhungen herausgearbeitet werden. Es entstand das Oranil (BZ 55, Carbutamid), der erste in Deutschland hergestellte Sulfonylharnstoff. Weitere Untersuchungen sowie die Herstellung der Substanz durften zunächst in der DDR nicht fortgeführt werden, sodass nur sehr schleppend eine weitere Prüfung erfolgen konnte. Das führte dazu, dass ein Mitarbeiter des Arzneimittelwerkes Dresden zu der chemischen Fabrik Boehringer/Mannheim überwechselte, in der dann zunächst die SuH weiter entwickelt wurden, so dass dem Arzneimittelwerk Dresden der ökonomische Nutzen und uns die weitere wissenschaftliche Arbeit aus der Hand genommen wurde. Dennoch gelang es mir gemeinsam mit Prof. Dr. Strauzenberg 1959 die erste zusammenfassende deutsche Monographie über Sulfonylharnstoffe zu veröffentlichen. Auf dem Gebiete der oralen Antidiabetica einschließlich der Biguanide haben wir weiter intensiv gearbeitet und zwei weitere Monographien herausgebracht, die als Standardwerke galten und auch in russischer Übersetzung große Verbreitung fanden. Das war etwa Ende der 60-er Jahre, als Sie, lieber Herr Prof. Dr. Schulze, in die Klinik eintraten. Ihnen gehört das Verdienst nach einer Entwicklung dieser Stoffgruppe vor circa 40 Jahren erneut mit Ihren damaligen Mitarbeitern in zwei Auflagen die Sulfonylharnstoff als Behandlungskonzept des Diabetes Typ 2 im Rahmen des Metabolischen Syndroms (MS) beschrieben zu haben und den Paradigmenwandel

der Diabetologie vom engen glukozentrischen Weltbild „zu einer metabolisch-vaskulären Weltsicht“ gefolgt zu sein. Somit wandelte sich der Diabetes von einer reinen Zuckerstoffwechselstörung zu einer Erkrankung mit vielen Facetten je nach Betrachtungsweise. So beschrieben zum Beispiel ausgehend von dem Harnsäurestoffwechsel die Proff. Heidelmann und Thiele ein Gichtsyndrom.

Dass auch Störungen des Fettstoffwechsels beim Diabetiker häufig auftreten, ist keine neue Erkenntnis. Bereits 1874 hatte Kußmaul die Erhöhung des Blutfettes beim Diabetiker beschrieben. Nachdem es möglich wurde, außer dem Gesamtcholesterin auch die Lipidfraktionen zu bestimmen, wandten wir uns diesem Cluster pathogenetischer Faktoren für die Angioorganopathie zu. Zu diesem Zeitpunkt, Anfang der 70-er Jahre, war das MS bereits unser Forschungsgegenstand. Wir haben das MS erstmalig 1973 vorgestellt. In dieser Arbeit der Autoren Haller, Leonhardt, Hanefeld, Schulze und Fritz schrieben wir, dass es berechtigt ist, alle Risikofaktoren mit der konsekutiven Arteriosklerose gemeinsam als MS zusammenzufassen. Dieses MS stand im Mittelpunkt unserer Arbeit in den nächsten Jahrzehnten.

Bereits 1968 gründeten wir die 1. Lipidambulanz in der DDR, die dann beispielhafte Arbeit leistete und als Stoffwechselambulanz als Modell für eine Reihe weiterer Einrichtungen diente und waren federführend für die Fachrichtung Fettstoffwechsel in der DDR.

Die Dresdner Internationalen Lipidsymposien wurden ins Leben gerufen und im Abstand von drei Jahren fortgeführt und damit die Begegnung von Wissenschaftlern aus Ost und West gefördert. In dieser Zeit nahmen auch die großen epidemiologischen Studien ihren Anfang, wie zum Beispiel die prospektive multizentrische Interventionsstudie (DIS), die 10-Jahrestudie zur Prävention der Mikro- und Makroangiopathie bei Typ-2-Diabetikern, die prospektive HLP-Studie sowie die ärztliche Begleitung und Prüfung verschiedener Therapieformen. Forschungsarbeiten zur Molekulargenetik des Typ 2, um mögliche genetische Risikokonstellationen vor dem eigentlichen Krankheitsbeginn zu diagnostizieren, wurden unter Leitung von Prof. Dr. Schulze durchgeführt.

Besonders hervorzuheben sind die unter Leitung und Mitarbeit von Prof. Dr. Schulze veröffentlichten Sächsischen Leitlinien für Diabetes und für Stoffwechselerkrankungen sowie seine Arbeiten zur Prävention, zum Qualitätsmanagement und zur Versorgungsforschung.

Das Sächsische Diabetesbetreuungsmodell, das für Deutschland und international Maßstäbe setzte, die Diabetesinterventionsstudie und die Publikation des Metabolischen Syndroms sowie seine Arbeiten, die ich unerwähnt lassen muss sind national und international beachtete Beiträge zu modernen Versorgungsstrukturen Stoffwechselerkrankter und zur Forschung auf diesem Gebiet.

Fragt man nach dem Erfolgskonzept dieser Dresdner Stoffwechsel-Arbeitsgruppe in den letzten 40 Jahren, so sind mindestens drei wichtige Faktoren zu nennen:

1. Die Traditionslinie vorangegangener Forscher- und klinischer Lehrergeneration in Dresden,
2. medizinische Fragestellungen, die klinisch-epidemiologisch bzw. klinisch-experimentell mit den verfügbaren Ressourcen bearbeitet werden konnten,
3. ein kreatives Team, das es ermöglichte, unter straffer Gesamtleitung individuelle Fähigkeiten langfristig zielbezogen zu entwickeln.

In der Rückschau darf ich dankbar feststellen, dass diese „fruchtbare Gesamtkonstellation“ an der Medizinischen Klinik des Universitätsklinikums Dresden trotz wirtschaftlich schwieriger Bedingungen in der damaligen DDR idealer Weise gegeben war. Meinen ehemaligen Mitarbeitern dieser Dresdner Stoffwechsel Arbeitsgruppe gilt auch an dieser Stelle mein Dank – insbesondere gilt das für M. Hanefeld, W. Leonhardt, J. Schulze, U. Julius, S. Fischer, M. Weck. – Für die Zukunft wünsche ich mir weitere wichtige Impulse auf dem Gebiet von Endokrinologie und Stoffwechselerkrankheiten aus der verjüngten Dresdner Arbeitsgruppe unter Prof. Dr. Stefan Bornstein.

Nach einem Vortrag, gehalten am 25. 3. 2006 in der Sächsischen Landesärztekammer, anlässlich eines Symposiums zur Verabschiedung von Herrn Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze.

Prof. Dr. med. habil. Hans Haller  
Eisenstückstraße 37, 01069 Dresden

## Prof. Dr. med. habil. Günther Sebastian zum 65. Geburtstag



Herr Prof. Dr. med. habil. Günther Sebastian, ein gebürtiger Dresdner, hat am 17. September 2006 sein 65. Lebensjahr vollendet. Dieses schöne Ereignis ist traditionell Anlass, wichtige private und verdienstvolle berufliche Eckpunkte nachhaltig in Erinnerung zu rufen und dem Jubilar vor allem für Letztere herzlich zu danken.

Seine Schulzeit, die er in Dresden-Radebeul begonnen hatte, endete 1960 mit dem Abitur in Halle an der Saale; anschließend begann er das Studium der Humanmedizin, zuerst in Bukarest, später an der Medizinischen Akademie Dresden, wo Herr Sebastian auch 1965 das Medizinische Staatsexamen ablegen konnte. Nach seiner Promotion im Jahre 1966 zum Doktor med. und nach dem Abschluss seiner Pflichtassistentenzeit begann der junge Familienvater (Prof. Sebastian ist seit 1965 mit Frau Anneliese Sebastian verheiratet, die als hochmotivierte und motivierende Musikpädagogin bis auf den heutigen Tag in der musikalischen Jugendziehung tätig ist; das Ehepaar hat zwei Kinder: Sohn Holger und Tochter Claudia, die 1965 bzw. 1966 zur Welt kamen) im Jahr 1967 die Weiterbildung im Fachgebiet Dermatologie an der Klinik für Hautkrankheiten der Medizinischen Akademie Dresden unter der Leitung von Prof. Dr. H. E. Kleine-Natrop, ein Grandseigneur der deutschen Dermatologie der Nachkriegszeit, der zum großen Mentor von Günther Sebastian wurde und bis heute mit Recht sein verehrtes Vorbild geblieben ist. Bereits 1970 erhielt Prof. Sebastian die Anerkennung zum Facharzt für Hautkrankheiten und wurde 1979 zum Oberarzt der Kli-

nik für Hautkrankheiten der Medizinischen Akademie Dresden ernannt. Hier erfolgten auch die Spezialisierungen auf dem Gebiet der Operativen und Onkologischen Dermatologie, Dermatohistopathologie, Onkologische Strahlentherapie und Kryotherapie. Die Medizinische Akademie Dresden gehörte schon damals zu den international führenden kryobiologischen Zentren, die sich vor allem mit der Reaktion von Zellen und Geweben auf tiefe Temperaturen beschäftigten. Von Prof. Sebastian wurden zahlreiche, heute noch aktuelle Arbeiten zum Einsatz der Kryotherapie bei verschiedenen dermatologischen Krankheitsbildern verfaßt. (Prof. Sebastian hat insgesamt mehr als 200 wissenschaftliche Arbeiten in Zeitschriften und Büchern veröffentlicht, vor allem zu den wichtigen Themen malignes Melanom und andere Hautkrebsformen).

Durch verschiedene Studienaufenthalte zwischen 1975 und 1987 an Universitäten in Bukarest, Charkow, Breslau und Budapest konnte er sein wissenschaftliches Profil vervollkommen und sich 1981 für das Fach Dermatologie mit einer Habilitationsschrift über „Methodik der Kryochirurgie des Basalioms“ zusammen mit Prof. Albrecht Scholz habilitieren. 1987 erfolgte die Berufung zum außerordentlichen Hochschuldozenten und zum Leiter der Operativen und Onkologischen Dermatologie an der Hautklinik. Nach der Wende, 1992, wurde Günther Sebastian schließlich zum außerordentlichen Professor ernannt. Herr Prof. Sebastian hat die Inhalte und Belange der Operativen und Onkologischen Dermatologie stets sehr engagiert und deutschlandweit kompetent vertreten und seine großen Erfahrungen auf diesem Gebiet auch in seine Tätigkeit im Vorstand der 1981 gegründeten Sektion Dermatochirurgie innerhalb der Gesellschaft für Dermatologie der Deutschen Demokratischen Republik und später in den Vorstand der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft sowie der Vereinigung für Operative und Onkologische Dermatologie einbringen können. Für das gesamte Fachgebiet Dermatologie wichtig war seine Ernennung zum Präsidenten der Vereinigung für Operative und Onkologische Dermatologie für die Periode 2002 bis 2006. Weiterhin war er Leitlinienbeauftragter im Bereich der Operativen Dermatologie innerhalb der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft.

Prof. Sebastian ist als Redner und Kollege ein vielgefragter und gern gesehener Gast auf vielen Dresdener, deutschen und internationa-

len Kongressen; hervorzuheben ist auch seine freundschaftlich-herzlich geprägte Zusammenarbeit mit vielen auswärtigen Kollegen, z. B. aus Polen und aus Österreich. Als Kongresspräsident hat er viele Kolleginnen und Kollegen nach Dresden holen können, so zur 23. Jahrestagung der Vereinigung für Operative und Onkologische Therapie im Mai 2000 in Dresden und kürzlich, vom 15. bis 16. September 2006 zur 10. Wiederkehr des von ihm inaugurierten Hauttumor-Workshops, der traditionell die wichtige und gute Zusammenarbeit zwischen unserer Klinik und den niedergelassenen Dermatologen in Dresden und Sachsen reflektiert und intensiviert.

In unserer Klinik war Prof. Sebastian bei allen Patienten, Ärzten und Schwestern sowie bei den Mitarbeitern als Oberarzt, Vorgesetzter und Kollege hochgeachtet. Sein temperamentsvolles Engagement und seine Diskussionsfreudigkeit waren für alle, die mit ihm langjährig verbunden waren, ein belebendes Element. Die Klinik und Poliklinik für Dermatologie des Universitätsklinikums Dresden ist stolz auf ihren Prof. Sebastian und freut sich, mit Frau OÄ Dr. Annette Stein und Frau Dr. Ingrid Hackert (beides langjährige Mitarbeiterinnen von Herrn Sebastian) und einem Team von hochengagierten Mitarbeitern, die Operative und Onkologische Dermatologie auf dem von ihm erreichten hohen Leistungsniveau weiterführen zu können.

In den fast 40 Jahren seiner Tätigkeit an unserer Klinik war Prof. Sebastian zudem ein überaus beliebter akademische Lehrer und verständnisvoller Ausbilder für die große Zahl der Assistenten, welche die begehrte operative Ausbildungszeit im Rahmen ihrer Weiterbildung unter seinen Fittichen verbringen durften.

Es ist zu wünschen und zu erwarten, dass Prof. Sebastian seine vielen Fähigkeiten und Talente mit gleichem Elan wie bisher, wenn auch mit etwas mehr Muße in die Dresdner und die deutsche Dermatologie einbringen wird.

In diesem Sinne dem Jubilar herzlichen Dank für sein beispielhaftes Wirken in den Jahren 1967 bis 2006 an unserer Klinik und beste Wünsche für die Zukunft!

Prof. Dr. med. Michael Meurer  
Direktor der Klinik und Poliklinik für Dermatologie  
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

# Unsere Jubilare im November

Wir gratulieren

- 60 Jahre**
02. 11. Dr. med. Piesendel, Herbert  
08265 Erlbach
03. 11. Prof. Dr. med. habil. Möller, Thomas  
04288 Leipzig
04. 11. Dr. med. Postl, Ursula  
01326 Dresden
07. 11. Kowalewitz, Ilona  
01217 Dresden
10. 11. Marcks, Elke  
04736 Waldheim
15. 11. Dr. med. Heine, Angelika  
01877 Rammenuau
17. 11. Dr. med. Hißlinger, Reinhard  
09123 Chemnitz (Einsiedel)
17. 11. Dr. med. Wallenborn, Hasso  
04808 Wurzen
17. 11. Dr. med. Wernado, Mario  
04317 Leipzig
18. 11. Dr. med. Scheffel, Annelie  
08645 Bad Elster
19. 11. Dr. med. Blank, Joachim  
09599 Freiberg
19. 11. Dr. med. Schöne, Gunhild  
01219 Dresden
20. 11. Dr. med. Weidle, Ingeborg  
02826 Görlitz
23. 11. Dipl.-Med. Lembcke, Dorothea  
09487 Schlettau
24. 11. Heintze, Bettina  
08626 Adorf
25. 11. Görnitz, Gabriele  
08626 Adorf
26. 11. Prof. Dr. med. habil. Schuler, Gerhard  
04289 Leipzig
27. 11. Dipl.-Med. Müller, Thomas  
09337 Hohenstein-Ernstthal
- 65 Jahre**
01. 11. Dr. med. Flechsig, Ralf  
01217 Dresden
01. 11. Dr. med. Huschke, Eberhard  
02708 Löbau
01. 11. Dipl.-Med. Weber, Jürgen  
08315 Bernsbach
02. 11. Dr. med. Kirchner, Dorothea  
01324 Dresden
02. 11. Dr. med. Vogt, Fridrun  
09661 Hainichen/  
OT Cunnersdorf
03. 11. Dr. med. Schröder, Erika  
01109 Dresden
04. 11. Dr. med. Treff, Angelika  
09117 Chemnitz
05. 11. Dr. med. Rostock, Dieter  
65779 Kelkheim
06. 11. Dr. med. Stumpf, Roswitha  
04575 Neukieritzsch
07. 11. Dr. med. Formann, Helga  
02828 Görlitz
07. 11. Dr. med. Köhler, Margitta  
01139 Dresden
08. 11. Dr. med. Löttsch, Christel  
04685 Nerchau
08. 11. Dr. med. Wurziger, Jürgen  
01109 Dresden
10. 11. Dr. med. Gonsior, Ute  
04824 Beucha
10. 11. Dr. med. Mitze, Inge  
01279 Dresden
11. 11. Dr. med. Bienick, Christine  
08301 Schlema
12. 11. Dr. med. Dohndorf, Dagmar  
01157 Dresden
12. 11. Dr. med. Köthe, Regine  
04229 Leipzig
12. 11. Dr. med. Zocher, Axel  
09669 Frankenberg
13. 11. MUDr. Amlung, Dietrich  
09128 Euba
13. 11. Dr. med. Balster, Uwe  
04889 Pflückuff
13. 11. Dr. med. habil. Ermisch, Jörn  
04668 Grimma
13. 11. Dr. med. Rütz, Renate  
01640 Coswig
13. 11. Dr. med. Schubert, Ursula  
01445 Radebeul
14. 11. Dr. med. Vulpe, Sergiu  
08648 Bad Brambach
14. 11. Dr. med. Wild, Hans-Jürgen  
04838 Eilenburg
15. 11. Dr. med. Penzel, Siegfried  
08058 Zwickau
15. 11. Dr. med. Schmädicke, Inge  
08064 Zwickau
16. 11. Dr. med. Kaliski, Dietmar  
04177 Leipzig
16. 11. Dr. med. Wilhelm, Bärbel  
08056 Zwickau
19. 11. Krahl, Ingrid  
01108 Dresden
19. 11. Dr. med. Pöge, Irmgard  
01187 Dresden
20. 11. Dr. med. Heinick, Ingrid  
08393 Meerane
21. 11. Priv.-Doz. Dr. med. habil. Jähne, Manfred  
08289 Schneeberg
21. 11. Dr. med. Wolf, Christa  
02894 Reichenbach
22. 11. Dr. med. Helbig, Peter  
09117 Chemnitz
22. 11. Dr. med. Steuber, Heinz  
01309 Dresden
23. 11. Dr. med. Gauer, Karin  
04288 Leipzig
23. 11. Dr. med. Radestock, Carla  
04651 Bad Lausich
24. 11. Dr. med. Ebert, Dietburg  
04860 Torgau
24. 11. Dr. med. Weiske, Barbara  
09217 Burgstädt
25. 11. Dr. med. Hermann, Uwe  
04539 Grotzsch
26. 11. Dr. med. Müller, Erna  
09633 Tuttendorf
26. 11. Pinkert, Armin  
02625 Bautzen
27. 11. Dr. med. Claus, Frank  
04860 Torgau
27. 11. Dr. med. Göpfert, Beate  
01309 Dresden
27. 11. Hartig, Gisela  
04808 Wurzen
29. 11. Dr. med. Kowark, Ursula  
01309 Dresden
29. 11. Dr. med. Kumutat, Marietta  
08132 Mülsen
29. 11. Dr. sc. med. Schütz, Jürgen  
04849 Bad Dübén
30. 11. Dr. med. habil. Heim, Michael  
01477 Fischbach
- 70 Jahre**
02. 11. Dr. med. Göpfert, Ursula  
01219 Dresden
02. 11. Dr. med. habil. Martin, Hans  
04288 Leipzig
03. 11. Heilmann, Christa  
04109 Leipzig
03. 11. Dr. med. Jurczyk, Johannes  
09669 Frankenberg
03. 11. Dr. med. Witthuhn, Margot  
01900 Kleinröhrsdorf
04. 11. Schleier, Heinrich  
09337 Bernsdorf
05. 11. Dr. med. Müller, Ursula  
01129 Dresden
07. 11. Rauschenbach, Barbara  
04299 Leipzig
10. 11. Georgi, Heinz  
08060 Zwickau
10. 11. Dr. med. Ufer, Christa  
01219 Dresden
11. 11. Dr. med. Höse, Elisabeth  
15926 Altsorgefeld
12. 11. Dipl.-Med. Hartmann, Cordula  
01326 Dresden
12. 11. Krohn, Renate  
09573 Grünberg
12. 11. Dr. med. Neumerkel, Horst  
09429 Wolkenstein
20. 11. Dr. med. Parsch, Ingeborg  
01445 Radebeul
23. 11. Dr. med. Volland, Joachim  
08527 Plauen
25. 11. Dr. med. Köhn, Christa  
09111 Chemnitz
27. 11. Dr. med. Bindermann, Marianne  
01067 Dresden
27. 11. Dr. med. Kerl, Martin  
04155 Leipzig
28. 11. Dr. med. Sonntag, Dieter  
09212 Limbach-Oberfrohna
30. 11. Nossek, Annette  
04275 Leipzig
- 75 Jahre**
04. 11. Dr. med. Rech, Manfred  
09122 Chemnitz
08. 11. Dr. med. Augustin, Brigitte  
01326 Dresden
09. 11. Dr. med. Horn, Ingrid  
08289 Schneeberg
13. 11. Dr. med. Schmidt, Jutta  
01307 Dresden
16. 11. Dr. med. Falk, Hildegard  
01189 Dresden
20. 11. Dr. med. Boudriot, Guido  
01069 Dresden
29. 11. Dr. med. Thalheim, Wolfgang  
04720 Döbeln
- 80 Jahre**
17. 11. Dr. med. Dr. med. dent. Luczak, Johannes  
04177 Leipzig
22. 11. Dr. med. Weiß, Herbert  
01445 Radebeul
- 81 Jahre**
02. 11. Dr. med. Rentzsch, Gottfried  
01723 Kesselsdorf
17. 11. Dr. med. Thomä, Brigitte  
04105 Leipzig
21. 11. Dr. med. Nebel, Ruth  
09114 Chemnitz
- 82 Jahre**
01. 11. Dr. med. Krause, Karl-Dieter  
01445 Radebeul
01. 11. Petri, Gertraud  
04668 Grimma
02. 11. Dr. med. Bernhardt, Johannes  
01326 Dresden
25. 11. Dr. med. Kleinschmidt, Gotthard  
09212 Limbach-Oberfrohna
- 83 Jahre**
03. 11. Dr. med. Banse, Christine  
09380 Thalheim
15. 11. Dr. med. Kahleiss, Wolf-Dietrich  
01662 Meißen
26. 11. Dr. med. Nowke, Kurt  
02827 Görlitz
- 84 Jahre**
11. 11. Doz. Dr. med. habil. Dr. med. dent. Schmidt, Hans  
04683 Naunhof
- 85 Jahre**
04. 11. Dr. med. Lehnert, Herbert  
09116 Chemnitz
08. 11. Dr. med. Großer, Rudolf  
02826 Görlitz
- 86 Jahre**
13. 11. Dr. med. Dluhosch, Winfried  
04683 Naunhof
21. 11. Dr. med. Berlet, Wolfgang Rudolph Erich  
01307 Dresden
- 87 Jahre**
17. 11. Bleischwitz, Günther  
01454 Radeberg
- 88 Jahre**
30. 11. Dr. med. Haupt, Rudolf  
02763 Zittau
- 92 Jahre**
25. 11. Prof. Dr. med. habil. Strauzenberg, Ernest  
01731 Kreischa

## Nachruf für Dozent Dr. med. habil. Joachim Richter

\* 9.4.1929  
† 3.8.2006



### Ein Leben im Dienste des Jugendgesundheitsschutzes

Am 3. August 2006 verstarb Dozent Dr. med. habil. Joachim Richter nach schwerer Krankheit. Mit seinem Tod vollendete sich ein arbeitsreiches Leben als Leitender Jugendarzt der Stadt Görlitz. In seinem Beruf, der für ihn zugleich Berufung war, setzte er sich 33 Jahre für die Gesundheitsvorsorge der jungen Görlitzer ein.

Viele Generationen kannten ihn als einen engagierten und kompetenten Arzt und Berater und brachten ihm hohe Wertschätzung und Achtung entgegen. Wissenschaftliche Fachpublikationen in hoher Zahl und die Organisation internationaler Kongresse brachten ihm hohes Ansehen; er war ein begehrter Fachexperte und geachteter Kollege.

Joachim Richter wurde am 9. April 1929 in Görlitz geboren, besuchte hier die Schule und später, nach einem kurzen Wehrdienst mit bereits 16 Jahren, das Gymnasium. Nach Arbeit als Arzthelfer auf dem Lande konnte er im Jahre 1952 das Abitur ablegen. Mit dem Studium der Medizin an der Humboldt-Universität in Berlin und der sich anschließenden Assistenzarzt-Zeit im Krankenhaus Bernau bereitete er sich auf seinen Einsatz als Arzt mit besonderem Interesse für die Sozialmedizin vor. Bereits seine Promotion mit dem Prädikat „summa cum laude“ im Jahre 1960 bestätigte sein hohes wissenschaftliches Interesse.

Vom 1. März 1961 bis zum 30. April 1994 war er ununterbrochen Leitender Jugendarzt der Stadt Görlitz und auch nach der Wende innerhalb des Gesundheitsamtes als Kinder- und Jugendarzt in leitender Funktion tätig. Zwischenzeitlich im Jahre 1973 erfolgte die Promotion B im Fach „Sozialmedizin“. Hieran schloss sich im Jahre 1989 die Ernennung zum Obermedizinalrat an. Keinesfalls war er je ein Verfechter des Sozialismus und zeigte deutlich seine distanzierte Haltung gegenüber dem damaligen Staat.

Der bestmöglichen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen und deren Förderung widmete er sich jedoch in sehr hohem Maße. Unter hohem persönlichen Einsatz ist es Herrn Kollegen Richter gelungen, die tägliche Routinearbeit wissenschaftlich zu untersetzen und sein hohes Fachwissen Kollegen damit nutzbar zu machen.

Als einer der Nestoren des Jugendgesundheitschutzes erwarb er sich hohe Anerkennung vor allem auch bei jüngeren Kollegen. Die Entwicklung seines Fachgebietes verfolgte er stets mit besonderer Aufmerksamkeit und wartete im rechten Moment mit Vorschlägen und Programmen auf. Er verstand es, die Entwicklung des Jugendärztlichen Dienstes in entscheidendem Maße mit zu prägen. Davon zeugt die hohe Zahl von betreuten Doktoranden, die er zur Promotion A führte. Mehr als 200 wissenschaftliche Veröffentlichungen führten zu hoher wissenschaftlicher Anerkennung. Er war Mitautor des „Grünen Gehirns“, für die Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes Standardwerk, und hatte den Sektor „Zur Entwicklung von Sozialhygiene, Sozialmedizin und Humanökologie“ zu bearbeiten. Letztlich ist die Ernennung vom 5. Juni 1991 zur Lehrbefähigung an der Universität in Halle hierauf zurückzuführen.

Herr Dr. Richter war stets ein vorwärts drängender, Neuem sehr aufgeschlossener Arzt und Kollege, der gerade in unserer jetzigen Zeit einen unverzichtbaren Beitrag bei der Neu- und Umgestaltung gesundheitsrelevanter Strukturen leistete.

Wir verlieren in Kollegen Dr. Richter einen liebenswert engagierten, wissenschaftlich besonders aufgeschlossenen Kollegen, dessen Gedenken wir stets in Ehren halten.

Dr. med. Bernhard Wachartz  
Amtsarzt der kreisfreien Stadt Görlitz



## Zum 150. Todestag von Robert Schumann

\* 8.6.1810  
† 29.7.1856

### Ein musikalischer Dichter

Der sächsische Komponist Robert Schumann gehört zur unglücklichen Generation der deutschen Romantiker. Er litt an einer schweren Psychose und starb in der psychiatrischen Klinik in Eendenich bei Bonn, nachdem er einige Jahre vorher vergeblich den Freitod im Rhein gesucht hatte. Obwohl er schon sehr früh komponierte, glaubte er doch, dass seine Liebe zur Dichtkunst stärker sei als die Neigung zur Musik. So gilt er unter den Komponisten des 19. Jahrhunderts als der „musikalische Dichter“.

Unter dem Eindruck seiner Frau Clara Wieck entschloss er sich zunächst, Klaviervirtuose zu werden. Doch diese Karriere scheiterte. In Erinnerung bleibt Schumann als der romantischste aller Musiker, der mit unermüdlichem Fleiß und mit unglaublicher Willensanstrengung einem jahrzehntelangen körperlichen Verfall trotzte. Den künstlerischen Höhepunkt fand er in seinen großen Liederzyklen und Klavierkonzerten.

Geboren wurde Robert Schumann am 8. Juni 1810 in Zwickau. Sein Vater, ein Verlagsbuchhändler war nicht unvermögend, sodass er seinem Sohn eine gute Ausbildung ermöglichen konnte. Der Vater verstarb im Alter von 53 Jahren an den Folgen eines „tief eingewurzelten Nervenübels“, wie es damals hieß. Seine Mutter soll an depressiven Verstimmungen gelitten haben und verstarb mit 65 Jahren, zehn Jahre später als ihr Gatte. Schumanns Schwester Emilie litt an einer schweren psychischen Erkrankung und beging im Alter von 19 Jahren Selbstmord.

### Musik oder Literatur ?

Schumanns Familie hatte kein besonderes Interesse an der Musik. So war sein Leben bestimmt von einer gewissen Ambivalenz zwischen seiner literarischen und musikalischen Begabung. Er war ein Mensch der Romantik mit der gesteigerten Empfänglichkeit für die verborgenen Schwingungen von Wort und Klang.

In Schumanns Tagebüchern findet man als ein bezeichnendes Merkmal der Romantik eine exzessive Selbstanalyse, verbunden mit einem unverkennbaren Weltschmerz. Dieses unüberbrückbare Spannungs- und Missverhältnis von Mensch und Leben begleitete ihn zeitlebens. In dieser Lebenseinstellung glich er anderen



berühmten Künstlern der Romantik wie Hölderlin, Schubert, Mendelssohn und Carl Maria von Weber. Schon als junger Mensch war er von der absoluten Gewissheit beherrscht, „künftig ein berühmter Mann“ zu werden.

### Ausbildung zum Klaviervirtuosen

Lange Zeit hielt die dichterische Begabung Oberhand gegenüber seiner Neigung zur Musik. Sein Vater, der das musikalische Talent des Sohnes erkannt hatte, wollte ihn bei Carl Maria von Weber ausbilden lassen, aber beide starben unerwartet. Auf Wunsch der Mutter begann Schumann deshalb zunächst ein Studium der Rechte an der Leipziger Universität. Doch die Juristerei vermochte ihn ebenso wenig zu begeistern wie das eigentliche Studentenleben. Eine Rhein- und Italienreise ließen den Plan, Musiker zu werden, stärker in ihm reifen, und 1830 stellte er seine Mutter vor die vollendete Tatsache, dass er sich künftig bei Friedrich Wieck in Leipzig zum Klaviervirtuosen ausbilden lassen werde. Den berühmten Brief, in dem er den Entschluss seiner Mutter mitteilte, schließt er mit dem legendären Satz: „Lieber arm und glücklich in der Kunst, als arm und unglücklich im Jus.“

Aber die Pianistenlaufbahn erwies sich schon bald als Selbsttäuschung. Trotz intensiven Übens wollte sich der erhoffte Erfolg auf dem Instrument nicht einstellen. Den technischen Leerlauf schematischer Fingerübungen hasste er, ja er empfand sie als Kontrast zu seinem tiefen Musikgefühl. Eine komplizierte Sehnen-scheidenentzündung in der rechten Hand, die

ihn zum Pausieren zwang, kam ihm deshalb nicht ungelegen.

Mit umso größerer Freude erfüllte ihn dafür die Zuneigung von Friedrich Wiecks Tochter Clara, die nicht nur ein musikalisches Wunderkind, sondern außerdem noch von ungewöhnlicher Schönheit war. Bereits 1828 hatte Schumanns Mutter dem um neun Jahre jüngeren Mädchen zugeflüstert: „Du musst einmal meinen Robert heiraten.“ Robert Schumann selbst sah in Clara die künstlerische Verwirklichung seines nie erreichten pianistischen Fernziels. Er schrieb damals: „Als du mir den ersten Kuss gabst, da glaubt' ich mich einer Ohnmacht nahe, vor meinem Auge wurd' es schwarz, das Licht, das dir leuchten sollte, hielt ich kaum.“ Doch Claras Vater beurteilte die sich anbahnende Liaison nach dem Scheitern von Schumanns Virtuosenkarriere mit äußerster Skepsis.

Schumanns musikalisches Schaffen begann über den Umweg einer schriftstellerischen Leistung, nämlich der Gründung jener von ihm ins Leben gerufenen „Neuen Zeitschrift für Musik“, deren Schriftleitung er zehn Jahre innehatte. Sein musikalisches Werk wuchs nicht etwa in kontinuierlicher Entwicklung, sondern in inkohärenten Sprüngen: zunächst komponierte er ausschließlich Klavierwerke, später dann Lieder mit Klavierbegleitung, schließlich Sinfonien und Kammermusik.

### Ein introvertierter Mensch

Robert Schumann war von großer stattlicher Statur und seine vornehme Körperhaltung hatte, solange er gesund war, etwas Gehobenes, ja sogar Feierliches. Er trat leise auf und ging zuweilen auf den Zehenspitzen. Sein Gang erschien verhalten und schleifend. Über der Stirn wölbte sich langes dunkelbraunes Haar. Die breite Nase wurde von grau-blauen Augen flankiert, deren Ausdruck im Laufe des Lebens viel vom einstigem Glanz der Jugend verlor. Außerdem hielt er sie meist gesenkt oder halb geschlossen, da er auch stark kurzsichtig war. Zusammen mit der schwachen, tonlosen Stimme, die zeitlebens mehr den Eindruck eines Vorsichhinsprechens als Reden vermittelte, erschien Schumann seiner Umgebung als ein introvertierter, ja brütender Mensch. Alkoholenuss und starken Zigarren war er nicht abgeneigt, schon während seiner Studentenzeit, und ihre belebende Wirkung wurde für ihn vor allem später, als seine Kreativität nachließ,

obligat. Er war sehr ungesellig und äußerst verschlossen. Intensive soziale Kontakte lehnte er ab und vermied sie.

Unter allen großen Komponisten hatte Schumann wahrscheinlich das komplizierteste Innenleben, das von ständig quälenden seelischen Belastungen heimgesucht wurde. Diese zersetzten seine Vitalität langsam aber stetig. Er fühlte sich oft von dämonischen Kräften beherrscht, die in ihm um ihre Herrschaft rangten und ihm seine eigene Machtlosigkeit zeigten. Der Rückzug in das ausgleichende Milieu der Arbeit erschien ihm wie eine Zuflucht. Instinktiv ahnte er seinen frühen Tod und manchmal wünschte er sich ihn. So schrieb er bereits als 19-Jähriger in sein Tagebuch: „Mir träumte, ich wäre im Rhein ertrunken!“. Sein Leben ist ein klassisches Beispiel dafür, wie sehr sich bei überdurchschnittlicher Begabung die Differenzierung auf Kosten der Vitalität vollziehen kann.

## Früher Beginn einer Psychose

Bis zum 15. Lebensjahr soll Schumann ein lustiger und geselliger Knabe gewesen sein. Dann jedoch wurde er zunehmend verschlossen und schweigsam, nicht zuletzt durch den Verlust von Vater und Schwester. Schon damals schrieb er in sein Tagebuch: „Die Lebensgeister sind oft wie verschwunden und ich war schon oft dem Wahnsinn nahe.“ Im Alter von 18 Jahren traten auch erstmals akustische Halluzinationen auf: „Ewige Musik während der Nacht und kein Einschlafen.“ Auch klagte er über eine Höhenangst, die ihn sein ganzes Leben nicht mehr verließ. Während seines Studiums in Leipzig wurde er von einer Choleraphobie heimgesucht, sodass er zur Erhaltung seines Lebens schon eine Romreise plante. Diese psychischen Störungen verursachten bei ihm einen enormen Leidensdruck. Er schrieb: „Heftiger Blutandrang, unaussprechliche Angst, Vergehen des Atems, augenblickliche Sinnesohnmacht wechseln rasch.“ Er befürchtete seinen Verstand zu verlieren und wollte sich sogar aus dem Fenster stürzen, um durch den Tod dem Wahnsinn zu entgehen. 1834 schrieb er in einem Brief: „Ich kann kaum meiner Krankheit Herr werden, die eine recht niederdrückende Melancholie ist. Bis zur Pein habe ich mich selbst gequält mit fürchterlichen Gedanken. Der Untergang ist nahe oder der Anfang eines neuen Lebens. Mir ist genauso als würde ich Armer von Sinnen kommen.“

## Schwierige Ehe

1840 schlossen Robert Schumann und Clara Wieck den Bund fürs Leben. Dieser Eheschließung waren langjährige Kämpfe und unvorstellbare Schwierigkeiten vorausgegangen. So musste die Heiratserlaubnis durch Gerichtsbeschluss beim Schwiegervater erzwungen werden. Anfänglich verlief die Ehe sehr glücklich. Die damals entstandenen Werke gehören zu Schumanns reifsten und vollendetsten. In seiner Frau fand er die geniale Interpretin der eigenen Werke, außerdem eine treusorgende Mutter und aufopferungsvolle Lebenskammeradin. Aber diese Ehe zweier sehr begabter Menschen beschwor auch Probleme herauf, insbesondere, weil die geltungsbedürftige Gattin ihren Mann zu fortlaufender übersteigerter musikalischer Produktion antrieb. Er dagegen sah sich als bescheidener Künstler im Schatten einer gefeierten und immer reiselustigen Virtuosa nicht selten in die unfreiwillige Rolle eines Prinzgemahls gedrängt. Dazu kamen finanzielle Schwierigkeiten, sodass Clara ihre Karriere keinesfalls aufgeben wollte. Er dagegen wollte in der Stille lediglich seine Inspirationen leben und ihr Klavierspiel korrigieren. So blieb er in seiner weltfremden Hilflosigkeit zeitlebens von ihr abhängig.

1842, zwei Jahre nach der Eheschließung, traten erneut schwere psychische Symptome auf. Während einer Konzertreise nach Russland wurde er außerdem von rheumatischen Beschwerden geplagt. Trübste Melancholie und heftigste Schwindelanfälle machten ihm den Aufenthalt in Moskau zum Martyrium. In seinen Tagebuchaufzeichnungen klagte er: „Die Kränkungen sind kaum zu ertragen, und Claras Benehmen dabei.“ Auch nach seiner Heimkehr 1844 litt er an völliger nervöser Erschöpfung. Unter Aufopferung der letzten Kräfte begann er seine Faust-Musik. Er konnte zeitweise nicht mehr gehen, ja er musste das Bett hüten. Er schlief keine Nacht, seine Fantasien malten ihm die schrecklichsten Bilder aus und morgens in der Frühe fand seine Frau ihn gewöhnlich in Tränen schwimmend. Er litt an Vergiftungsangst und Todesfurcht. Der homöopathische Arzt verordnete Bewegung, Sturzäder und die Enthaltung von jeder Arbeit, was jedoch keine Besserung brachte. Eine bereits angetretene Reise an den Rhein musste infolge schwerer Schwindelzustände schon in Weimar abgebrochen werden. Besonders quälend waren akustische Halluzinationen. Er vernahm ein ständiges Singen und Brausen

im Ohr. Jedes Geräusch wurde zu einem Klang, so seine Tagebuchaufzeichnungen. Im Sommer 1846 unternahm er eine Badekur auf Norderney, was eine leichte Besserung brachte. Das Jahr 1849 galt als sein gesundheitlich bestes und produktivstes Jahr seit langer Zeit. Er komponierte die Faust-Musik und schuf außerdem 30 Werke von unterschiedlicher Qualität.

## Ein unheilbares Gehirnleiden

1850 wurde Schumann als Städtischer Musikdirektor nach Düsseldorf berufen. Schon bald erwies sich dieser Posten als untragbare körperliche Belastung. Eine zunehmende Schwäche des Sprechvermögens erschwerte die Verständigung mit den Orchestermittgliedern. Der noble introvertierte Mann, der während der Proben häufig vor Erschöpfung pausieren musste, war weder der geborene Stabführer noch im Organisatorischen den zahllosen Kämpfen und heimlichen Intrigen, die ein großstädtischer Musikbetrieb mit sich bringt, gewachsen. Als Folge dieser Überforderung nahmen die rheumatischen Beschwerden und auch die depressiven Verstimmungen wieder zu. Rückblickend schrieb er: „Ich lag fast die Hälfte des Jahres sehr krank danieder, an einer tiefen Nervenverstimmung.“ Der behandelnde Arzt konstatierte: „Das ist ein verlorener Mann, der hat ein unheilbares Gehirnleiden.“ Eine Konzertreise nach Holland brachte einen triumphalen Erfolg, von dem er vorübergehend zehrte. Doch es war der letzte Lichtblick in seinem künstlerischen Leben.

Mehr und mehr zog es den enttäuschten, verbitterten Mann in den Bereich des Magisch-Okkulten; er beschäftigte sich mit dem Mysterium des Tischrückens. Auf kritisches Befragen eines Besuchers antwortete er: „Die Tische wissen alles!“. So war er 1853 an einem gewissen Endpunkt angekommen: Seine Stellung als Musikdirektor in Düsseldorf hatte er verloren, seine neuen Werke waren von unzureichender Qualität, sodass sogar seine Frau Clara die Aufführung seines letzten Violinkonzertes ablehnte.

## Das Ende naht

In dieser Zeit zog der jugendliche Brahms, dessen künstlerische Entwicklung Schumann noch in einem Zeitungsartikel gepriesen hatte und dessen Talent und Ausstrahlung auch Clara nicht unbemerkt geblieben waren, in die Schumannsche Wohnung ein und über-

---

nahm später nach Schumanns Einlieferung in die Heilanstalt die Rolle des Familienoberhauptes.

Anfang 1854 begann sich die gesundheitliche Katastrophe bereits abzuzeichnen. Paranoide Halluzinationen traten auf, er sprach von einer Geheimschrift zwischen den geschriebenen Zeilen, die später hervorbrechen würde. Er notierte Themen, welche ihm die Engel vorsangen. Diese verwandelten sich schnell in Dämonenstimmen mit grässlicher Musik. Er schrie vor Schmerzen, denn die Dämonen waren in Gestalt von Tigern und Hyänen auf ihn losgestürzt, um ihn zu packen.

Am 27. Februar 1854 unternahm Schumann einen Suizidversuch, indem er sich in einem

unbewachten Augenblick aus dem Haus stahl und in den Rhein stürzte. Er warf zuerst seinen Trauring in die Fluten und sprang dann selbst von der Brücke in den Strom, der für ihn wie der feuerspeiende Berg des Ätna für Empedokles zum Symbol der Vereinigung des Vergänglichen mit der Urkraft göttlicher Elemente werden sollte. Daraufhin erfolgte die Einlieferung in die Heilstätte Eendenich bei Bonn, wo er völlig isoliert wurde. Dort besserte sich sein Zustand zunächst sehr rasch, sodass Schumann wiederholt Spaziergänge unternahm und auch komponierte, unter anderem den Choral: „Wenn mein Stündlein vorhanden ist, aus dieser Welt zu scheiden.“ Die unverkennbare Besserung, die auch ärztlicherseits belegt ist, veranlasste Bettina von Arnim seine Frau Clara in einem Brief zu bit-

ten, ihren Mann wieder zu Hause aufzunehmen. Doch dieser Vorschlag stieß bei Clara auf wenig Gegenliebe. Als Schumann dies bemerkte, versank er zunehmends in Lethargie. Er wurde desorientiert und seine Kräfte schwanden. Beim letzten Besuch Claras konnte er sich kaum noch bewegen und brachte mühsam die Worte „meine –ich kenne“ hervor. Schließlich konnte er nur noch unartikulierte Laute von sich geben. Er verweigerte jede Nahrungsaufnahme und wurde schließlich auch noch von schweren Krämpfen gequält.

Am 29. Juli 1856 wurde Schumann von seinem Leiden erlöst. Seine letzten Stunden waren ruhig und so schlief er auch ganz unbemerkt ein, niemand war im Augenblick des Todes bei ihm.

## **Vielerlei Spekulationen über Todesursache**

Schumanns Krankheit hat im Laufe der letzten 100 Jahre eine sehr unterschiedliche Beurteilung erfahren. Bei der Diagnosestellung steht man vor einem merkwürdigen Phänomen: das meiste seiner Krankengeschichte wurde verändert und retuschiert, sodass man das Gedruckte nicht immer für bare Münze nehmen darf. Auch hat seine Frau Clara viele Aufzeichnungen den Flammen übergeben. Darunter auch die Krankengeschichte aus Ende-nich, die wohl gewisses Licht in das Dunkel von Schumanns Krankheit hätte bringen können.

Zunächst glaubte man, dass Schumann an einer progressiven Paralyse, d.h. einer Lues erkrankt gewesen sei. Dafür ergaben sich auch gewisse, allerdings unspezifische Hinweise bei der Sektion. Gegen die Diagnose spricht allerdings, dass bei den zahlreichen Kindern des Komponisten hereditär-syphilitische Symptome nicht nachgewiesen werden konnten. Auch ist nie eine entrundete Pupille, die auf eine solche progressive Paralyse hingedeutet hätte, beschrieben oder dargestellt worden.

Nachdem gewisse Zweifel an der zunächst gestellten Diagnose progressive Paralyse geäußert wurden, sprach man von einer Schizophrenie. Zweifelsohne bot die schizothyme und introvertierte seelische Grundhaltung des sensitiven Romantikers mit seinem oft abwegigen Innenleben hierfür überzeugende Anhaltspunkte. Auch die Familienanamnese, insbesondere die psychische Erkrankung seiner Schwester, könnte für diese Erkrankung sprechen. Auch die Affektlosigkeit, das heißt die Verödung des Gefühls gegenüber seiner Frau Clara, der vor allem in den späteren Jahren auftretende Antriebsmangel und die Inkohärenz seiner Kreativität sind zwar kein Beweis für eine Schizophrenie, legen jedoch eine solche nahe.

Eine andere Differenzialdiagnose ist die Zyklomythie im Sinne einer manisch-depressiven

Verstimmung. Doch seine Biografie zeigt, dass er genügend Veranlassung hatte, an seinem Selbstwertgefühl zu zweifeln. Auch muss man bedenken, dass die Zeit der Romantik mit ihren unbestimmten Sehnsüchten, ihrer destruktiven Seelenanatomie und den Werther-ähnlichen Selbstmordepidemien eine ganz andere psychische Ausgangslage aufwies, als wir sie vom Standpunkt der modernen Psychiatrie her gewohnt sind.

Da mit den bisherigen Diagnosen das Rätsel der Schumannschen Krankheit nicht vollständig ergründet werden konnte, wurde schließlich noch ein organisches Leiden in die differenzialdiagnostischen Überlegungen einbezogen, nämlich die essentielle Hypertonie mit hypertensiver Enzephalopathie. Dazu passen viele der von Schumann geklagten körperlichen Symptome wie Schwindelzustände, anfallsweise Atemnot, Ohnmachtsanfälle, Kopfschmerzen und Herzensangst. Außerdem wurde berichtet, dass Schumann in den letzten Lebensjahren an Gewicht zugenommen hatte, evtl. als Ausdruck kardial bedingter generalisierter Ödeme. Auch wurde kurz vor seinem Tod ein apoplektiformes Zustandsbild beschrieben. Die Hypertonie-bedingten Folgeschäden an den Hirngefäßen könnten auch die Abnahme seiner intellektuellen Fähigkeiten und viele seiner psychischen Symptome erklären; denn das Nachlassen der schöpferischen Kraft, verbunden mit der physiognomischen Destruktion ist durchaus mit einer Hypertonie-bedingten Zerebralklerose vereinbar. So könnte man die paranoid-halluzinatorische Involutionspsychose als sekundäre körperlich, d.h. arteriosklerotisch bedingte Psychose erklären.

## **Ein ständiger Kampf gegen innere Gewalten**

Für all diese Diagnosen gibt es zwar Anhaltspunkte, aber auch Tatsachen, die dagegen sprechen. Ob Schumanns Krankheit ausschließlich in das Fachgebiet der Inneren Medizin oder der Psychiatrie gehört, lässt sich somit nicht mit letzter Sicherheit beantworten. Doch

die Wahrheit dürfte, wie so oft im Leben, in der Mitte liegen. Seine Krankheit war vermutlich eine Kombination aus arteriosklerotischen zerebralen Durchblutungsstörungen bei gleichzeitig bestehender schizoider Persönlichkeit. Das Ergebnis dieser krankheitsbedingten Konstellation in seinen letzten Lebensjahren war die peinliche Kluft zwischen Wollen und Nicht-mehr-Können. Diesen fatalen Endprozess hat der ihn behandelnde Arzt Dr. Richarz bereits klar erkannt und folgendermaßen beschrieben: „Keiner, auch die Nächsten nicht, hatten eine deutliche Vorstellung davon, mit welchen Gewalten der oft verdüsterte, unzugängliche, reizbare, launische Mann zu kämpfen hatte, und vor allen Dingen, keiner wusste, dass das, was er schuf, erkauft war mit der langsamen Zerstörung seiner Lebenskraft.“ Nicht selten wird sein Tod auch als Untergang im Irrsein, ja als ein Scheitern am übermenschlichen Auftrag beschrieben. Letztendlich ist seine Leidensgeschichte sehr bekannt geworden und hat ihm eine hohe persönliche Popularität gesichert. In Erinnerung bleibt er als der romantischste aller Musiker, der in unermüdlichem Fleiß und mit unglaublicher Willensanstrengung einem jahrzehntelangen körperlichen Verfall trotzte. Dabei schuf er viele Kompositionen, die ihn in die Nachbarschaft von Schubert und Brahms brachten. Es darf aber auch gesagt werden, dass sein Gesamtwerk, gemessen an den internationalen Maßstäben von Mozart oder Beethoven, in erster Linie ein deutsches Ereignis war. Er hinterließ ein Erbe, das als unsterbliches Vermächtnis verehrt wird und die Erfüllung dessen bedeutet, was er einst von sich selber sagte: „Eine Stimme flüsterte mir manchmal zu, als ich schrieb: dies ist nicht ganz umsonst, was du tust!“

Dr. Stiefelhagen ist Chefarzt der Inneren Abteilung des DRK-Krankenhauses Westerwald Alte Frankfurter Straße 12 57627 Hachenburg

Mit freundlicher Nachdruckgenehmigung des Hamburger Ärzteblattes, Heft 8/06

# Medizin Naturwissenschaft Geschichte

Ausstellung

## Ausstellung anlässlich des 100. Geburtstags des Karl-Sudhoff-Instituts für Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften

Ab 24. Oktober 2006 präsentiert das Karl-Sudhoff-Institut in der Leipziger Universitätsbibliothek einen Querschnitt durch seine wertvollen Sammlungsbestände, die im Laufe von 100 Jahren zusammengetragen wurden. Das älteste medizinhistorische Institut der Welt wurde aus den Mitteln einer privaten Stiftung am 1. April 1906 eröffnet. Gründungsdirektor war der spätere Namensgeber, Prof. Dr. Karl Sudhoff (1853-1938), damals der renommierteste Vertreter des noch jungen Faches, der sich vor allem durch seine Paracelsus-Forschungen einen Namen gemacht hatte. Schwerpunkt in Sudhoffs Schaffen war die Edition medizinischer Texte aus Antike und Mittelalter, er organisierte jedoch auch publikumswirksame Ausstellungen, z.B. die Historische Abteilung der Internationalen Hygiene-Ausstellung 1911 in Dresden, und legte den Grundstock für die heutige Kollektion von medizinischen Instrumenten. Sein Nachfolger Henry Ernest Sigerist (1891-1957) lenkte den Blick der Medizingeschichte auf gesundheitspolitische sowie sozial- und kulturgeschichtliche Fragen, die auch heute noch aktuell sind.

Zentrales Anliegen der Ausstellung ist es darzustellen, wie Medizin- und Wissenschaftsgeschichte inhaltlich und methodisch forschten und forschen, wie sich die Perspektiven im Laufe der Jahre verändert haben und was die jetzigen Aufgaben in Lehre und Öffentlichkeitsarbeit sind. Damit das Ganze nicht zu abstrakt gerät, dienen attraktive Objekte der Verdeutlichung: Erstmals werden einige der kostbaren alten Bücher aus der Instituts-Bibliothek gezeigt, darunter sieben Inkunabeln, und ebenfalls zum ersten Mal machen wir auf die umfangreiche Schriftgutsammlung aufmerksam, aus der historische Dokumente verschiedenster Art (Illustrationen, Urkunden, handschriftliche Aufzeichnungen usw.) präsentiert werden. Unter den historischen Geräten sind ebenfalls bevorzugt solche zu sehen, die bislang noch nicht oder nur selten ausgestellt wurden. Diesen verschiedenen „Quellen“ werden jeweils zugehörige Publikationen aus dem Sudhoff-Institut zugeordnet. Sie spiegeln die thematischen Schwerpunkte der Forschungsarbeit wider, insbesondere die Geschichte der Chirurgie, der Augen- und Zahnheilkunde sowie der Seuchenbekämpfung. Daneben vermitteln historische und aktuelle Fotos lebendige Eindrücke von Arbeitssituation und Institutsleben, dessen gesellige Seite nicht vergessen wurde.

Ausstellung

„Medizin – Naturwissenschaft – Geschichte“

24. Oktober 2006 bis 27. Januar 2007

Universitätsbibliothek Leipzig,

Beethovenstraße 6, 04107 Leipzig

(Ausstellungsraum im Untergeschoss)

Öffnungszeiten: Montag bis Freitag von 10.00 bis 20.00 Uhr, Samstag von 12.00 bis 16.00 Uhr  
Eintritt frei

Begleitprogramm:

Samstag, 4. November 2006, 11.00 Uhr –

Prof. Dr. Ingrid Kästner: Paracelsus.

Donnerstag, 16. November 2006, 18.00 Uhr –

Dr. Sabine Fahrenbach: Schätze aus der Medizinhistorischen Sammlung.

Donnerstag, 30. November 2006, 18.00 Uhr –

Prof. Dr. Dr. Ortrun Riha: Medizin im Mittelalter.

Samstag, 9. Dezember 2006, 11.00 Uhr –

Prof. Dr. Dr. Ortrun Riha: Medizin und Magie.

Alle Vorträge finden im Vortragsraum der Universitätsbibliothek Leipzig (1. Etage) statt. Im Anschluss wird jeweils eine Führung durch die Ausstellung angeboten.

Universität Leipzig  
Karl-Sudhoff-Institut für Geschichte der Medizin  
Direktorin  
Prof. Dr. med. Dr. phil. Ortrun Riha  
Augustusplatz 10/11, 04109 Leipzig

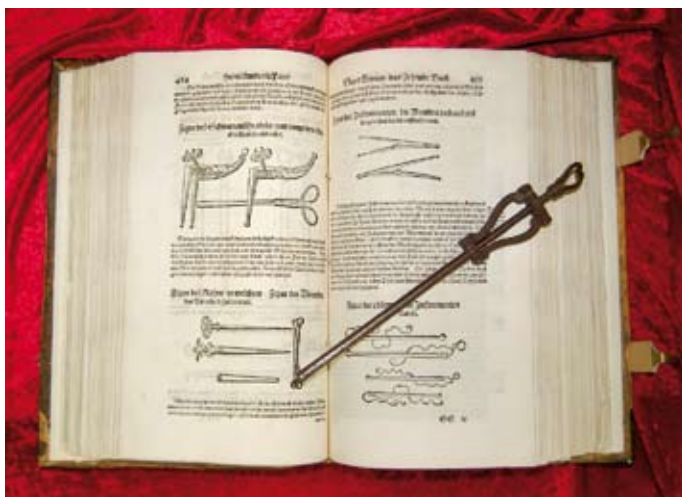


Abb. 1 Kugelbohrer und Blick in Ambroise Parés, Behandlung der Schusswunden (1545)



Abb. 2 Zahnzange, Pelikan, Geißfuß und Titelbild von „Die Zehe Artzney“ (1530)