

Ärzteblatt Sachsen



Inhalt 12/2006

Editorial	Dramatische Entwicklungen in der Gesundheitspolitik	592
Berufspolitik	35. Kammerversammlung	593
	Zehn Fragen an den Vorsitzenden des Ausschusses Junge Ärzte	604
	Studie über nicht ärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte in Sachsen	605
	Mitgliederversammlung der Kreisärztekammer Dresden	607
	Mitgliederversammlung der Kreisärztekammer Leipzig	608
	Achtung: Ist ein Arzt an Bord?	609
	Impressum	610
Amtliche Bekanntmachungen	Satzungsänderungen	603
	Eintragung in das Partnerschaftsregister	611
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Curriculum „Suchtmedizinische Grundversorgung“	611
	Mitteilungen der Bezirksstellen Chemnitz und Leipzig	611
	Konzerte und Ausstellungen	611
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	612
Leserbrief	Dr. med. Uwe Kerner	613
Kreisärztekammern	Seniorenfahrt der Kreisärztekammer Leipzig	613
	Ausfahrt der Dresdner Senioren nach Zittau	615
Verschiedenes	Ingrid-zu-Solms-Wissenschaftspreis	616
	Streik der nicht ärztlichen Mitarbeiter an den sächsischen Unikliniken beendet	616
Tagungsbericht	10. Vogtländischer Ärztetag	616
Personalien	Nachruf für Dr. med. Klaus Däßler	617
	PD Dr. med. habil. Klaus Meinel zum 65. Geburtstag	618
	Unsere Jubilare im Januar 2007	619
Medizingeschichte	Dr. Hope Bridges Adams Lehmann	620
	Arthur Läwen – Pionier und Wegbereiter der modernen Anästhesie	622
Weihnachtsaufruf	„Ärzte helfen Ärzten“	624
Insekt des Jahres	Der Siebenpunkt-Marienkäfer	624
Weihnachten	Weihnachtsmärkte	626
Beilage	Fortbildung in Sachsen – Februar 2007	

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

Dramatische Entwicklungen in der Gesundheitspolitik

Schon das Eckpunktepapier der Koalition zur künftigen Gesundheitspolitik ließ nichts Gutes erwarten, doch die über 500 Seiten des sogenannten GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes übertreffen alle negativen Prognosen der ärztlichen Selbstverwaltung!

Waren es in den letzten 20 Jahren 21 Kostendämpfungsgesetze, die jedoch die Parität von Gemeinsamer Selbstverwaltung und Staat im Wesentlichen unangestastet ließen, so haben wir es jetzt mit einem sozialrechtlich dominierten, strukturverändernden Gesetz zulasten von Patienten, Ärzten, medizinischen Assistenzberufen und Krankenkassen zu tun: Der Anspruch des Gesetzes, die Finanzierungsgrundlagen der GKV mittel- und langfristig zu stabilisieren, bleibt ungeklärt.

Die große Koalition greift mit der Arroganz der Macht in die bewährten Strukturen ärztlich medizinischer Versorgung ein und gefährdet diese in den Praxen, Kliniken und im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Damit wird das Vertrauen der Patienten in die Medizin nachhaltig erschüttert, Verunsicherung greift um sich und die Beschäftigten im Gesundheitswesen sind zunehmend demotiviert. Anstatt mehr Freiheit wagen mit dem bisherigen Slogan „Vorfahrt für die Selbstverwal-

tung“ heißt es jetzt der „Staat hat das Sagen“. Und so werden wir nach 15 Jahren pluralistisch demokratischem Gesundheitssystem in Deutschland erneut Zeugen des Umbaus und Abbaus der selbstverwalteten, föderalen Gesundheits- und Sozialstrukturen in eine bürokratielastige Staatsmedizin. Die weitere Einschränkung der Therapiefreiheit hin zu einer Zuteilungsmedizin ruft bei uns ostdeutschen Ärzten Ablehnung, Frustration und so manches Déjà-vu Erlebnis hervor. Die wichtigsten zu kritisierenden Schwerpunkte dieses sogenannten GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes finden Sie im Bericht von der 35. Kammerversammlung. Mit den vorgelegten Maßnahmen wird die Unterfinanzierung des Gesundheitswesens nicht ausgeglichen, Engpässe in der Versorgung und verdeckte Rationierung werden eher verschärft. Die geplanten Steuerzuschüsse kompensieren nicht die Streichung des Bundeszuschusses aus der Tabaksteuer!

Die Ärzte sollen weiterhin mit unbezahlter Mehrarbeit das Gesundheitssystem in Milliardenhöhe subventionieren. Dieses Gesetz mit seinen multiplen Folgen wird sich auch äußerst negativ auf unseren ärztlichen Nachwuchs auswirken. Dieses „Gesamtpaket“ an geplanter staatlicher Mangelverwaltung, ärztlicher Deprofessi-

onalisierung durch gravierende Strukturänderungen hat bei der Ärzteschaft zu kraftvollen Gegenmaßnahmen geführt. In bewundernswerter Geschlossenheit sind bis in die Gegenwart und die nahe Zukunft Aktionen geplant und realisiert worden. Dazu zählt nicht zuletzt der bundesweite Aktionstag, welchen wir von Seiten des Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen mit Einzelaktionen auf Landesebene flankiert haben.

Die 35. Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer hat sich intensiv mit der Gesundheitsreform befasst und in zwei Resolutionen ihren Willen zur Revision dieses Gesetzes und zu einem Gegenentwurf bekundet. Deshalb sei Ihnen der Bericht von dieser Kammerversammlung besonders ans Herz gelegt. Rückblickend lässt sich für das Jahr 2006 resümieren, dass die Politik beratungsresistent ist und die Ärzte geschlossener denn je sind. Diese Geschlossenheit, nicht nur der sächsischen Ärzte, werden wir auch im kommenden Jahr brauchen. Für die anstehende Wahl zur Kammerversammlung 2007/2011 brauchen wir umso mehr engagierte Kandidaten und aktive Wähler.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident



Foto: Berthold

Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer und das Redaktionskollegium „Ärzteblatt Sachsen“ wünschen allen sächsischen Ärztinnen und Ärzten und ihren Familien sowie allen Lesern unseres Kammerorgans eine besinnliche Adventszeit, ein gesegnetes frohes Weihnachtsfest und ein gutes Jahr 2007.

35. Kammerversammlung

Dresden
11. November 2006



Präsidium

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Prof. Dr. habil. Jan Schulze, begrüßte zu Beginn der 35. Kammerversammlung herzlich den Alterspräsidenten, Herrn Dr. Bernhard Ackermann, die Mandatsträger der sächsischen Ärzteschaft, die anwesenden Träger der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ und alle Gäste.

Besonders willkommen hieß der Präsident die Vertreter des Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Herrn Ministerialdirigenten Dipl.-Med. Albrecht Einbock, Leiter der Abteilung Gesundheits- und Veterinärwesen und Gesundheitlicher Verbraucherschutz, Herrn Jürgen Hommel, Leiter des Referates Recht des Gesundheitswesens, Heilberuferecht, Friedhofs- und Bestattungswesen, und den Vertreter des Lehrkörpers der Medizinischen Fakultät der TU Dresden, Herrn Prof. Dr. med. habil. Michael Laniado. Zum Zeitpunkt der Eröffnung der 35. Kammerversammlung waren 73 der gewählten 103 ärztlichen Mandatsträger anwesend. Die Kammerversammlung war beschlussfähig.

Wohin steuert unser Gesundheitswesen?

Wohin steuert das Gesundheitswesen? Dieser Frage widmete sich der Präsident, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze in seiner Rede zur aktuellen Berufs- und Gesundheitspolitik. Nach seiner Auffassung erlebt Deutschland einen Systembruch in der bisherigen Parität, denn die beiden Regierungsparteien gehen unbeirrt den Weg in eine fundamentale Staatsmedizin. Aus einem ehemals freiheitlichen Gesund-

heitssystem, in das die ostdeutschen Ärzte 1990 mit Freude eingetreten sind, soll jetzt ein System entwickelt werden, das Patienten und Mediziner entmündigt. „Der erkennbare Weg zurück in einen Top/Down gesteuerten Zentralismus löst bei uns Ostdeutschen Enttäuschung, Empörung und so manches Déjà-vu Erlebnis aus.“

- Das Gesundheitswesen wird auf den Kopf gestellt, ohne dass die Finanzierungsprobleme der Gesetzlichen Krankenversicherung – wie versprochen – gelöst werden. Die Unterfinanzierung des Gesundheitswesens wird sogar noch verschärft.
- Die Budgetierung in der ambulanten ärztlichen Versorgung wird fortgeschrieben, nun aber in Euro und Cent durch sogenannte Praxisbudgets.
- Die Krankenhäuser sollen durch zusätzliche Lasten in Höhe von 500 Millionen Euro in die Wartelistenmedizin getrieben werden.



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

- Der zentralistische Umbau des Gesundheitswesens wird durch die Einführung eines völlig überflüssigen, bürokratischen Gesundheitsfonds zementiert.
- Die eigenständige privatärztliche Gebührensteuer soll der budgetierten Vertragsgebührenordnung angeglichen und damit praktisch abgeschafft werden.
- Die Ärzte werden ohne jeden Schutz durch die Kassenärztlichen Vereinigungen in Einzelverträge getrieben; die Spaltung in hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstrukturen wird vertieft.
- Das Geschäftsmodell der PKV wird zerstört, um die private Vollversicherung zu zerschlagen.

Im Zentrum der nächsten Reformschritte steht für Prof. Dr. Schulze die Einrichtung des Gesundheitsfonds, durch den der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen intensiviert werden sollte. Von Bürokratie, von neuen Behörden und von zentralstaatlicher Steuerung, die damit zwangsläufig verbunden sind, sei keine Rede. Doch dieser Fonds löse keines der anstehenden Finanzierungsprobleme in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Im Gegenteil, es bestünde durch den staatlichen Eingriff an der wichtigen Stellschraube Finanzierung des Systems die Gefahr, Gesundheitspolitik stärker als bisher je nach Kassenlage zu regulieren. „Wir müssen die Patienten darüber aufklären, dass ihre medizinische Versorgung weiter rationiert werden soll – trotz gegenteiliger Versprechen der Politiker. Und wir müssen unsere eigenen ärztlichen Interessen im Verbund mit den Heilberuflern, der Kammern und Verbände des ‚Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen‘ gemeinsam verteidigen“, so der Präsident vor den Mandatsträgern. „Wir können nicht tatenlos zusehen, wie das deutsche Gesundheitswesen nach völlig überkommenen Administrationsmustern staatsmedizinischer Gesundheitssysteme abgewickelt wird.“

Der Bundestag hat am 27. Oktober 2006 ein Vertragsarztrechtsänderungsgesetz be-

schlossen. Der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. med. Andreas Köhler, sagte mit Blick auf das Gesetz: „Wir werden über den Begriff und die Definition, was Freiberuflichkeit in der ambulanten ärztlichen Versorgung bedeutet, völlig neu nachdenken müssen“. Mit den neuen Regeln wird es in Zukunft zum Beispiel möglich sein, dass ein Hausarzt aus Leipzig zwei bis dreimal in der Woche in Sachsen-Anhalt in einem unterversorgten Gebiet in einer Teilzeitpraxis arbeiten kann, so der Präsident. Vorteile ergäben sich durch das neue Gesetz auch für Ärztinnen und Ärzte, die nach der Elternzeit nicht gleich wieder in Vollzeit arbeiten wollen. Sie könnten über eine Teilzulassung wieder in die Niederlassung einsteigen. Vertragsärzten soll es in Zukunft unter anderem erlaubt sein:

- Filialen zu gründen, auch über die KV-Grenzen hinweg,
- mit Kollegen in überörtlichen Gemeinschaftspraxen zu kooperieren,
- Teilzulassungen zu bekommen,
- Teilgemeinschaftspraxen zu gründen,
- Kollegen anzustellen
- und nicht zuletzt als angestellter Krankenhausarzt und als Vertragsarzt gleichzeitig tätig zu sein.

Die Budgets aber blieben erhalten. Prof. Dr. Schulze: „Den Ärztemangel wird man so aber nicht beseitigen, denn die älteren Kollegen in den unterversorgten Regionen sind nicht willens über die bisherige Altersgrenze hinaus zu arbeiten, weil sie ausgebrannt sind. Und junge Ärzte bekommt man mit der jetzigen Gesundheitspolitik garantiert nicht aufs Land, weil sie ihnen keine Perspektiven sondern nur Reglementierung bietet. Dagegen sind die konkreten Förderungen die wir in Sachsen vorhalten effektiver“.

Zugleich wäre der Aufbau nicht basisdemokratisch gewählter sondern staatlich sanktionierter Kontroll- und Reglementierungsbehörden wie dem Gemeinsamen Bundesausschuss und dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen zu beobachten. Denn der



Auditorium

Gemeinsame Bundesausschuss würde zur Rationierungsbehörde des Bundesgesundheitsministeriums ausgebaut. Diese Entwicklung führt zu kostentreibenden Parallelstrukturen mit künftig hauptamtlich tätigen „Gesundheitsfunktionären“, die ohne „Bodenhaftung“ über legitime Aufgaben der ärztlichen Selbstverwaltung wie Qualitätsmanagement, Leitlinien, Zertifizierung und Medikamentenzulassung entscheiden sollen.

Zugleich würde durch verschiedene Regelungen bewirkt, dass die ärztliche Berufsausübung, die auf den Eckpfeilern der Professionalität und Therapiefreiheit beruhe, in die Enge staatsbeeinflusster Programm- und Weisungsmedizin geraten.

Prof. Dr. Schulze: „Für uns sächsische Ärzte bedeutet dies noch mehr Bürokratie, noch mehr zentralstaatliche Bevormundung und Einschränkung der Therapiefreiheit sowie die schon erwähnte Beschneidung der Selbstverwaltung. Unsere Patienten im Vogtland, im Erzgebirge oder in der Lausitz werden durch die Gesundheitsreform garantiert nicht besser versorgt, wie es die Bundespolitik immer noch behauptet“.

Im Krankenhaussektor ist eine zunehmende Privatisierung zu beobachten. In Gesprächen mit der sächsischen Sozialministerin und Kommunalpolitikern aber auch in öffentlichen Foren hat die Sächsische Landesärztekammer immer wieder auf die unveräußerliche Daseinsfürsorgeverpflichtung des Staates für seine Bürger im Krankheitsfall hingewiesen.

Warum können aber private Klinikbetreiber Gewinne erwirtschaften und kommunale Häuser nicht? Hier spielen aus Sicht

des Präsidenten verschiedene Aspekte zusammen.

- Erfreulicherweise haben Klinikärzte in einem historisch einmaligen Streikmarathon einen neuen Tarifvertrag durchgesetzt, der nun auch zur Anwendung kommen wird und vor allem jüngere Ärzte sehr berechtigt finanziell besser stellen soll.
- Hinzu kommt zu den 500 Millionen Euro Belastung durch die Gesundheitsreform das Ende der Konvergenzphase bei den DRG. Aktuell liegen gerade 56 Prozent der sächsischen Kliniken unter dem Landesbasisfallwert, das ist der bewertete durchschnittliche Fallerlös aller stationärer Fälle. Diese Krankenhäuser könnte man als Gewinner der DRG-Umstellung bezeichnen. Aber 44 Prozent der sächsischen Krankenhäuser liegen über dem Landesbasisfallwert und könnten so spätestens ab 2010 in ökonomische Schwierigkeiten kommen.
- Der wirtschaftliche Druck auf die öffentlichen Haushalte lässt Kommunalpolitiker immer öfter zu der Abwägung kommen, Investitionen entweder für Schulen oder für Krankenhäuser einzusetzen. Daraus ergibt sich das Problem des Investitionsstaus. Das heißt, notwendige Investitionen in kommunale Krankenhäuser bleiben aus und führen dadurch zusätzlich zu einer wirtschaftlichen Schieflage für die betreffende Klinik. Und aufgrund des Kommunalrechts kann ein solches Krankenhaus in Wirtschaftsfragen nicht so agieren, wie es eine private Klinik kann.

Summa summarum befinden sich öffentliche Kliniken derzeit noch aus finanzieller wirtschaftlicher und organisationsrechtlicher Sicht im Nachteil gegenüber privaten Trägern. Und die privaten Klinikketten sowie internationale Finanzinvestoren stehen bereits vor der Tür, um kommunale Kliniken zu kaufen. Die Bürgermeister und Landräte sind angesichts der klammen Haushaltslage in Versuchung, das Tafelsilber abzustößen. Doch interessant sind für Investoren nur Kliniken oder Klinikverbünde mit mehr als 500 Betten und ab einer Investitionssumme von mindestens 100 Mill. Euro. Denn die Investitionen müssen sich innerhalb von fünf Jahren als Gewinn verdreifacht haben, auch wenn dafür „unrentable“ Stationen geschlossen werden müssen. Kleine Häuser bleiben auf der Strecke, so die Einschätzung von Ernst & Young, Goldman Sachs London oder Arthur Anderson.

„An dieser Stelle zeigt sich, dass einseitiger Ökonomismus und Marktallmacht unsere Gesellschaft mehr und mehr dominieren. Ein Megatrend, der immer stringenter die sozialen, medizinischen, aber auch die geistigen, künstlerischen und menschlichen Beziehungen belastet - und das kulturelle Reservoir der Gesellschaft zu erschöpfen droht“, so Prof. Dr. Schulze. Grundsätzlich sei eine Mischung aus privaten, öffentlich-rechtlichen und kommunalen Kliniken sinnvoll. Zudem dürfe sich der Staat nicht aus dem grundgesetzlich fixierten Auftrag der sozialen Sicherung, dazu gehört auch die Gesundheit, stehlen. Er hat auch eine Fürsorgepflicht. Dieser kann er nicht nachkommen, wenn sich im Zuge der Privatisierung von Kliniken Monopole bildeten, welche dann den Markt und den Preis bestimmen. Ärzte sind den Betriebswirtschaftlern bei Privatisierungsvorhaben immer etwas lästig, weil sie nicht die Kosten-Nutzen-Bewertung sondern den Patienten im Zentrum sehen. Doch genau das ist ihre Aufgabe, denn sonst verkommt eine Patienten-Arzt-Beziehung zunehmend zum Anbieter-Kunden-Geschäft. Die soziale Funktion der Medizin bestünde auch in

einer „säkularen Seelsorge“ der Gesellschaft. Hinzu komme die Qualitätssicherung durch eine adäquate Weiter- und Fortbildung, ganz gleich, wer der Träger eines Krankenhauses sei. Und dies müsse sich auch in den Arbeitsverträgen für Weiterbildungsassistenten und einem guten Betriebsklima widerspiegeln. Die große Koalition beschreitet trotz aller Proteste der Leistungserbringer und der Wähler den Weg der Rationierung und der Staatsmedizin. „Sollten wir nun resignieren?“, fragt der Präsident. „Oder brauchen wir einen weiteren Hermann Hartmann, den Begründer des Hartmannbundes, denn die berufspolitischen Umstände damals und heute ähneln sich?“

Bedarf es eines zweiten Eberhard Friedrich Richter, ein Arzt, der auf den Barrikaden kämpfte? Brauchen wir Barrikaden?“

Es werden gut vorbereitete und organisierte Aktionen mit allen Leistungserbringern im Bündnis der Heilberufe benötigt, weil nur dann überhaupt eine Chance bestünde, politisches Gehör zu bekommen. Und vor allem müssten die Patienten über die fatale Entwicklung in der Gesundheitspolitik aufgeklärt werden, denn Patienten sind Wähler und die nächste Wahl komme bestimmt. Deutschland ist eine Parteiendemokratie. Und Parteien reagierten besonders empfindlich auf den Verlust von Wählerstimmen.

35. Kammerversammlung



*Dr. med. Stefan Windau, Leipzig, Vizepräsident:
„Alle unsere konstruktiven Vorschläge wurden von
der Politik nicht angenommen“.*

„Noch ist der Sack nicht zu, noch können Details verändert werden. Diese Chancen müssen wir nutzen.“

Wie könnten deshalb kurz-, mittel- und langfristige Maßnahmen zu dem in parlamentarischer Beratung befindlichen GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – eigentlich Schwächungsgesetz – aussehen?!

1. Nutzung aller parlamentarischen und außerparlamentarischen Ebenen während des Anhörungsverfahrens, um Änderungen im Gesetz zu erreichen – einschließlich der Prüfung auf Verfassungsmäßigkeit.

2. Politische Aktionen zur Übermittlung klarer Botschaften zu den Folgen der Gesundheitsreform an die Politik aber auch an die Wähler durch einen Nationalen Protesttag der Heilberufe und durch Protestschreiben sowie Protestnoten an die Koalitionsparteien.

3. Erarbeitung eines eigenen Gesetzesentwurfes durch die verfasste Ärzteschaft gegebenenfalls mit den Krankenkassen. Zum Abschluss seines Vortrages machte Prof. Dr. Schulze deutlich, dass die Entwicklung in der Gesundheitspolitik eine starke Ärzteschaft mehr denn je notwendig mache. Wenn diese nicht zusammenstehe, dann würden sie von den Politikern auseinanderdividiert. So wie man einen Arzt mit Einzelverträgen unter Druck setzen könne, so können einzelne Arztgruppen gegeneinander ausgespielt werden. Das dürfe man nicht zulassen. Nur die



*Herr Erik Bodendieck, Wurzen, Vorstandsmitglied:
„Die Nachteile der geplanten Staatsmedizin
müssen wir unseren Patienten darstellen“.*

Sächsische Landesärztekammer vertritt alle Ärzte in Sachsen. Dieser Zusammenhalt müsse für die politische Arbeit stärker genutzt werden.

Ausführliche Diskussion Mehr Freiheit wagen und Verantwortung tragen.

Die anwesenden Mandatsträger stellten sich geschlossen hinter die auf dem Außerordentlichen Deutschen Ärztetag und der Sonder-Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung am 24. Oktober 2006 verabschiedete Resolution.

Auch die sächsischen Ärzte fordern weiterhin eine Patientenversorgung auf hohem Niveau und eine Abkehr von einer geplanten Staatsmonopolisierung auf Kostenträgerseite. Eine flächendeckende Versorgung der Patienten wird nach dem geplanten Gesetz nicht möglich, weil die ambulante Versorgung zerschlagen und die bestehende Unterfinanzierung von mehr als 30 Prozent weiter verschärft werden. Schon heute sind durch die Unterfinanzierung der ambulanten Versorgung viele Arztpraxen in ihrer Existenz gefährdet. Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz muss gestoppt werden und ein Neuanfang erfolgen. Dazu bieten die Ärzte ihre konstruktive Mitarbeit an. Ein Vorschlag unter anderen ist, einen Gesundheitsrat einzurichten, der sachgerecht und transparent politische Entscheidun-



*Frau Dr. med. Kristina Kramer, Leipzig:
„Die West-Ost-Differenz wurde durch den
Tarifabschluss der Uni-Ärzte nicht geschlossen.“*

gen für das Gesundheitswesen vorbereitet und Prioritäten unter ärztlichen, ethischen, medizinischen und sozialen Kriterien entwickelt. In einem solchen Gremium sollten Ärzte, Wissenschaftler und Patientenvertreter berufen werden.

Die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer hat den Beschlussantrag Nr. 8 „Reform zerstört freies Gesundheitswesen“ einstimmig angenommen. Dieser wurde als Protestnote dem CDU-Parteitag am 26. November 2006 in Dresden übergeben.

Gegenentwurf zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz der deutschen Ärzteschaft

Die 35. Kammerversammlung forderte einstimmig die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf, zusammen mit der deutschen Krankenhausgesellschaft, der Gesetzlichen Krankenversicherung, den privaten Krankenversicherungen ihre Sach- und Fachkompetenz in Politik umzusetzen, indem ein Rahmenentwurf für eine Gesundheitsgesetzgebung erarbeitet wird. Dieser Gegenentwurf zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz soll deutlich darstellen, dass die deutsche Ärzteschaft sachlich begründete Alternativen zur gegenwärtigen Gesundheitspolitik bietet. Wir verweisen auf den einstimmig angenommenen Beschlussantrag Nr. 9, der unter www.slaek.de nachzulesen ist.

Nationaler Aktionstag: 4. Dezember 2006

Ärzte in Praxen und Krankenhäusern verstärken ihren Protest gegen die Gesundheitsreform durch einen weiteren Aktionstag, an dem alle Ärztinnen und Ärzte aller hausärztlichen, fachärztlichen und stationären Versorgungsebenen und alle Beschäftigten im deutschen Gesundheitswesen teilnehmen. Die Zielstellung ist den Bürgerinnen und Bürgern aufzuzeigen, wie die medizinische Versorgung nach Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes aussieht: Versorgungsengpässe, lange Wartezeiten, keine wohnortnahe Versorgung, Minimalversorgung mit Qualitätseinbrüchen. Der Aktionstag

wurde von den sächsischen Ärzten voll unterstützt und mitgetragen.

Nur durch umfassende Information der Bevölkerung in Deutschland und somit der Wählerinnen und Wähler besteht eine reale Chance, bei den Politikern Gehör zu finden. Durch diese Aktionskampagne wurde erneut die Solidarität in der Ärzteschaft demonstriert und den Bürgern die Realität der medizinischen Versorgung nach Inkrafttreten des angedachten GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vermittelt.

Tarifabschluss des Marburger Bundes

Erneut kritisierten die Mandatsträger den Tarifabschluss vom 20.6.2006 zwischen dem Marburger Bund und der Tarifge-

meinschaft deutscher Länder. Die auf lange Sicht einmalige Chance einer Ost-West-Angleichung der ärztlichen Tarife wurde eindeutig verpasst.

Die Vergütungsunterschiede liegen zwischen 400 und 800 Euro im Monat. Das entspricht bei einer 42-Stunden-Woche 88 Prozent des Westgehaltes. Ostdeutsche Ärzte liegen mit ihren Einkommen damit unter den 92,5 Prozent des öffentlichen Dienstes der neuen Bundesländer.

Dieser Tarifvertrag wird die Abwanderung der Ärzte aus Sachsen weiter beschleunigen. 16 Jahre nach der deutschen Einheit ist es bei gleichen Arbeitsbedingungen in der gesamten Bundesrepublik eindeutig an der Zeit, gleiche Entlohnung vorzunehmen!

35. Kammerversammlung

Stärkere Einbeziehung nicht ärztlicher Heilberufe in Versorgungskonzepte – Chance oder Deprofessionalisierung?

Frau Dr. med. Regina Klakow-Franck
Bundesärztekammer,

stellvertretende Hauptgeschäftsführerin

Laut Koalitionsvereinbarung von November 2005 soll eine stärkere Einbeziehung nicht ärztlicher Heilberufe in Versorgungskonzepte geprüft werden. Unterstellt wird hierbei, dass durch einen Neuzuschnitt von Aufgabenfeldern mit Verlagerung von bislang unter Arztvorbehalt oder von ärztlicher Verordnung abhängigen Tätigkeiten in die eigenständige Verantwortung nicht ärztlicher Heilberufe Effizienz- und Wirtschaftlichkeitsreserven für das GKV-System erschlossen werden können. Prüft man die bislang vorliegende wissenschaftliche Literatur zu diesem Thema, lassen sich jedoch keine belastbaren Ergebnisse zur Unterstützung dieser Erwartungshaltung finden [Literatur kann bei Frau Dr. med. Regina Klakow-Franck angefordert werden]. Im internationalen Vergleich scheint die Übertragung bestimmter ärztlicher Aufgaben der Primärversorgung da sinnvoll, wo anders ansonsten die Versorgung nicht sichergestellt werden kann, wie zu Beispiel in dünn besiedelten Regionen in Schweden. Studien über die Einführung des (Advanced) Nurse Practitioner in den USA oder in Großbritannien geben keinen Anhaltspunkt für eine Kosteneinsparung für das Gesamt-System, im Gegenteil, die Einführung neuer Leistungserbringer birgt das Risiko der Leistungsauswertung in sich, Fragen zur Sicherstellung der Versorgungsqualität bleiben unbeantwortet.

Insbesondere die Einführung des Advanced Nurse Practitioner in den USA sowie die WHO-Erklärung von 2000 („Pflegerische und Hebammen – ein Plus für die Gesundheit“) erscheinen stark von den Lobby-Interessen der dahinterstehenden nicht ärztlichen Berufsgruppen getragen. Auch in Deutschland fordern die Pflegeberufe, aber zum Beispiel auch die Physiotherapeuten, neue Zuständigkeiten unab-



Frau Dr. med. Regina Klakow-Franck

hängig von ärztlicher Anordnung und eigene Budgetverantwortung. Die psychologischen Psychotherapeuten stellen das Delegationsprinzip und die Letztverantwortung des behandelnden Arztes mittlerweile grundsätzlich in Frage.

Eine etwaige Kompetenzerweiterung für nicht ärztliche Heilberufe oder gar Vonselbstständigkeit von Teil-Kompetenzen ist unter den gegebenen rechtlichen Rahmenbedingungen jedoch stark limitiert. Die Ausübung der Heilkunde ist Ärzten und Heilpraktikern vorbehalten (§ 1 Abs. 1 HeilprG). Der Begriff der Heilkunde ist dabei sehr weit gefasst: Die Ausübung der Heilkunde dient nicht nur der Heilung im engeren Sinn, sondern ist „jede Tätigkeit zur Feststellung, Heilung, oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen“ (§ 1 Abs. 2 HeilprG). Die Notwendigkeit der ärztlichen Anordnung oder Verordnung als Voraussetzung der Durchführung bestimmter Tätigkeiten durch nicht ärztliche Heilberufe ergibt sich aus der dem Arzt zugeordneten Verantwortung, die Komplexität der Tätigkeit einzuschätzen (vgl. sog. Dekubitus-Urteil des BGH vom 18.03.1986). In Anbetracht dieser „ärztlichen Dominanz“, die vom Gesetzgeber im Interesse der Abwehr von Gefahren, die von fachlich ungeeigneten Personen für die Gesundheit der Patienten ausgehen, gewollt ist, kommen die Befürworter einer Ausweitung von Kompetenzen für die nicht ärztlichen Heilberufe deshalb auch zu

dem Schluss, dass gegebenenfalls die rechtlichen Rahmenbedingungen angepasst werden müssen.

Jenseits der von Lobby-Interessen entfachten politischen Debatte besteht jedoch ein realer Handlungsbedarf zur Entwicklung neuer interdisziplinärer und berufsgruppenübergreifender Versorgungskonzepte, und zwar insbesondere aufgrund folgender Ursachen:

- veränderter Versorgungsbedarf (demografische Entwicklung, morbiditätsrelevantes Armutsproblem insbesondere unter Kindern und Jugendlichen, Auflösung traditioneller familiärer und sozialer Netze und zunehmende Vereinzelung in der Gesellschaft unter anderem auch mit der Folge kompensatorischer Inanspruchnahme von medizinischen und insbesondere psychotherapeutischen Leistungen),
- gestiegene Komplexität der modernen Medizin,
- zunehmender Wirtschaftlichkeitsdruck,
- regionale Unterversorgung durch begrenzte Humanressourcen (Ärzte- und Pflegepersonalmangel, hervorgerufen durch die Unattraktivität der Rahmenbedingungen),
- veränderte Rolle/Selbstverständnis der Patienten (mehr Eigenverantwortung, größerer Aufklärungs-/Beratungsbedarf),
- sukzessive Angleichung der Rahmenbedingungen/Wettbewerbsbedingungen auch für Gesundheitsdienstleistungen in der EU,
- Akademisierung der nichtärztlichen Heilberufe.

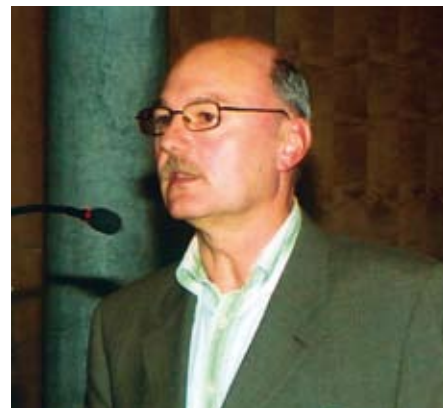
Die Herausforderungen und Probleme der medizinischen Versorgung von morgen können nicht mit Instrumenten von gestern bewältigt werden. Im Interesse von Versorgungsqualität und Patientensicherheit müssen die therapeutische Gesamtverantwortung und die Behandlungssteuerung dem Arzt zugeordnet bleiben, doch die neuen Rahmenbedingungen machen einen Ausbau von Teamfähigkeit und Führungskompetenz, Organisationsverständnis und Managementwissen als Voraussetzung einer berufsgruppenübergreifen-



Frau Dr. med. Ute Taube, Reichenbach: „Wir lassen uns das Vertrauensverhältnis und die Steuerung der Behandlung eines Patienten nicht durch Andere aus den Händen nehmen“.



Professor Dr. med. habil. Michael Laniado, Dresden: „Die ärztlichen und nichtärztlichen Teams müssen bei der Behandlung der Patienten gemeinsam arbeiten. Das muss auch den Studenten klargemacht werden“.



Dr. med. Uwe Krause, Grimma: „Es ist nicht zu akzeptieren, die Intubation an nichtärztliche Mitarbeiter zu delegieren. Wir müssen den Facharztstandard erhalten“.

den Koordinierungs- und Leitungsfunktion des Arztes erforderlich. Als Beitrag zur kontinuierlichen Weiterentwicklung der ärztlichen Profession ist die Bundesärztekammer deshalb in Vorbereitung für ein Curriculum „Ärztliche Führung“, das den Landesärztekammern ab 2007 als Ausgangsbasis ärztlicher Führungsseminare zur Verfügung gestellt werden soll. Daneben sind Weiterbildungs-, Fortbildungs- und andere Serviceangebote in Entwicklung oder schon in der Umsetzung, die insbesondere niedergelassene Ärzte und ihr Praxisteam bei der Bewältigung der bevorstehenden Strukturveränderungen unterstützen sollen (Zusatzweiterbildung Qualitätsmanagement, neue Fortbildungsmodule für medizinische Fachangestellte, Praxiszertifizierung nach KTQ etc.). Um mit der Dynamik der Öffnung der sektoralen Grenzen und dem Vertragswettbewerb Schritt halten zu können, hat der Deutsche Ärztetag außerdem frühzeitig durch Änderung der Musterberufsordnung die berufsrechtlichen Voraussetzungen für die vor diesem Hintergrund erforderliche Flexibilisierung der ärztlichen Kooperationsformen geschaffen.

Des weiteren fördert die Bundesärztekammer die berufsgruppenübergreifende Kooperation durch Einzelprojekte (zum Beispiel InterKiK/Überleitungsmanagement), regelmäßige Kontakte und Koope-

rationspapiere mit den Pflegeverbänden und dem Deutschen Pflegerat sowie im Rahmen der „Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer“ mit 38 Verbänden der Gesundheitsfachberufe.

Fazit:

- Berufsgruppenübergreifende Konzepte sind insbesondere an den Schnittstellen der Versorgung sinnvoll. Die Förderung berufsgruppenübergreifender Kooperationen wird jedoch nur dann einen Beitrag zur Steigerung der Effizienz und Wirtschaftlichkeit leisten können, wenn die Synergie der verschiedenen Kompetenzen im Vordergrund steht.
- Das Erzeugen einer Konkurrenzsituation zwischen Ärzteschaft und den Gesundheitsfachberufen durch den Gesetzgeber und/oder einzelne Gesundheitsfachberufe ist für das Gesamtsystem und insbesondere für die Patienten kontraproduktiv.

Die Ärzteschaft leistet kontinuierlich Beiträge zu einer qualitätsorientierten Weiterentwicklung der Versorgung im Dialog mit den Gesundheitsfachberufen und zur Weiterentwicklung der eigenen Profession. In Anbetracht der Umbruchsituation im deutschen Gesundheitswesen macht die Behauptung eines Führungsanspruchs jedoch mehr denn je Lern- und Verände-

rungsbereitschaft, Organisationsverständnis und vor allen Dingen Sozialkompetenz bei der Ärzteschaft erforderlich.

Diskussion:

Einbeziehung von nicht ärztlichen Gesundheitsberufen in die Patientenversorgung

Der Katalog der delegierbaren Leistungen an nicht ärztliche Gesundheitsberufe muss durch die Bundesärztekammer aktualisiert werden. Die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie die Mandatsträger der sächsischen Ärzteschaft lehnen entschieden eine eigenständige Budgetverantwortung für nicht ärztliche Gesundheitsberufe bzw. die Einführung einer Versorgungsebene ab. Durch eine medizinisch sinnvolle Einbeziehung nicht ärztlicher Gesundheitsberufe können Arbeitsabläufe und Organisation optimiert und Entlastungseffekte für den Arzt erzielt werden. Die Medizinischen Fachangestellten in den Arztpraxen und Medizinischen Versorgungszentren sollten im Sinne der Teamarbeit stärker einbezogen und dafür qualifiziert werden. Doppelstrukturen mit kommunal angestellten Gemeindeschwestern sind nicht zielführend. Künftig können sich Medizinische Fachangestellte in der Prävention, der Ernährung, der Geriatrie, der Palliativmedizin und Patientenkoordination zusätzlich qualifizieren.

35. Kammerversammlung

Der Arzt ist rechtlich verantwortlich für die Arbeitsaufgaben der AGNeS (Arztentlastende, Gemeindefahe, E-Healthgestützte, Systemische Intervention):

Das heißt, der Hausarzt delegiert bestimmte Tätigkeiten an 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.

Akademisierung der Pflege

Akademisch ausgebildete Krankenschwestern und Krankenpfleger lösen keine strukturellen Probleme in unserem Gesundheitswesen. Die bisher vorhandenen nicht-ärztlichen Versorgungsstrukturen sollten besser vernetzt werden, statt zusätzliche Berufsbilder zu schaffen. Neue Versorgungskonzepte müssen sich daran messen lassen, ob die bisherige Versorgungsqualität weiterhin gesichert ist, die Arbeitsabläufe optimiert werden können und die Arbeitszufriedenheit der verschiedenen nichtärztlichen Gesundheitsberufe dadurch gesteigert wird.

Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

*Professor Dr. med. habil. Gunter Gruber
Vorsitzender des Ausschusses
Weiterbildung*

Prof. Dr. Gruber trug die von der Bundesärztekammer empfohlenen Satzungsänderungen der Weiterbildungsordnung vor und begründete sie. So wird das Wort „Cockpit-“, im Abschnitt C unter Nr. 7 „Flugmedizin“ gestrichen, weil aufgrund der internationalen Flugbestimmungen nach dem 11. September 2001 die Realisierung von Cockpit-Erfahrung für Flugmediziner nicht mehr möglich ist.

Außerdem wird im gleichen Abschnitt unter Nr. 18 „Labormedizin – fachgebunden –“, vor dem Wort „Definition“ der Satz eingefügt „Die Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Labordiagnostik – fachgebunden – sind integraler Bestandteil der



Prof. Dr. med. habil. Gunter Gruber

Weiterbildung zum Facharzt für Laboratoriumsmedizin.“ Dabei handelt es sich um eine Selbstverständlichkeit, die aber im Gegensatz zu den anderen fachgebundenen Zusatz-Weiterbildungen noch nicht an der entsprechenden Stelle im Text formuliert war.

Herr Prof. Dr. Gruber verabschiedete sich von den Mandatsträgern. Seit der Gründung der Sächsischen Landesärztekammer war er über einen Zeitraum von 16 Jahren ehrenamtlich kontinuierlich nicht nur auf dem Gebiet der Weiterbildung für den sächsischen Ärzteschaft tätig. Er nahm an allen 35 Kammerversammlungen seit 1990 teil. Herr Prof. Dr. Gruber war Vorsitzender des Ausschusses Weiterbildung. Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer sprach Herrn Prof. Dr. Gruber den aller herzlichsten Dank für seine umfangreiche Arbeit und seinen wesentlichen berufspolitischen Impulsen seit der Gründung der Sächsischen Landesärztekammer aus.

Satzung zur Änderung der Satzung für Fortbildung und Weiterbildungszertifikat der Sächsischen Landesärztekammer

*Professor Dr. med. habil. Otto Bach,
Vorstandsmitglied*

*Vorsitzender der Sächsischen Akademie
für ärztliche Fort- und Weiterbildung*

Die Kammerversammlung hat einen Beschluss zu einigen Satzungsänderungen der „Satzung Fortbildung und Fortbil-

dungszertifikat“ gefasst. Im Einzelnen geht es um eine etwas stärkere Betonung der sächsischen Statuten im Hinblick auf die Mustersatzung der Bundesärztekammer. Es erweist sich, dass viele Ärztekammern abweichende Regeln haben, die in Bezug auf die Sächsische Satzung zu Unklarheiten führen könnten. Hinzu kommen redaktionelle Verbesserungen. Die Kammerversammlung nahm die Änderungen – die an der Gesamtkonzeption der Satzung nichts geändert hat – einstimmig an.

Haushaltsplan 2007

*Dr. med. Claus Vogel, Vorstandsmitglied
Vorsitzender des Ausschusses Finanzen*

Herr Dr. Claus Vogel erläuterte den als Beschlussvorlage Nr. 3 allen Mandatsträgern vorgelegten Haushaltsplan 2007 und ging insbesondere auf die Besonderheiten, die den Haushaltsplan 2007 entscheidend prägen, ausführlicher ein.

Die Übernahme neuer Aufgaben hat Auswirkungen sowohl auf der Einnahmenseite wie auf der Ausgabenseite.

Als Erstes ist die Ausgabe des elektronischen Arztausweises zu nennen. Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte verzögert sich weiter. Die Sächsische Landesärztekammer ist durch die Bestätigung der Testregion Löbau/Zittau allerdings nach wie vor für die Ausgabe der elektronischen Arztausweise mit allen notwendigen konzeptionellen Vorarbeiten gefordert. Damit ist entsprechender personeller und finanzieller Aufwand zu kalkulieren.

Die gesetzliche Einführung der Pflichtfortbildung für Ärzte erhöht den Aufwand für die Zertifizierung der zunehmenden Fortbildungsveranstaltungen und für die Ausstellung der Fortbildungszertifikate an die Kammermitglieder. Damit sind allerdings auch steigende Gebühreneinnahmen verbunden. Die Führung eines Online-Fortbildungspunktekontos für jedes Kammermitglied, welches seine Einwilligung dafür erklärt hat, wurde im Jahr 2006 realisiert, im Jahr 2007 ist eine weitere Optimierung vorzunehmen und der steigende

Erfassungsaufwand rationell zu gestalten. Mit der Einführung der neuen Weiterbildungsordnung hat sich die Zahl der durchzuführenden mündlichen Prüfungen bereits im Jahr 2006 beträchtlich erhöht, da künftig sämtliche Weiterbildungsanerkennungen mit einer mündlichen Prüfung abschließen. Diese Tendenz wird sich im Jahr 2007 weiter verstärken.

Die im Jahr 2007 stattfindende Kammerwahl ist mit den notwendigen finanziellen Aufwendungen zu planen. Gleichzeitig müssen alle ehrenamtlichen Funktionen, die mit der Zahlung einer Aufwandsentschädigung verbunden sind, ab 1. Juli 2007 in voller Höhe geplant werden. Mögliche Doppelbesetzungen bleiben außer Betracht.

Auf Beschluss des Finanzausschusses und des Vorstandes wurde seit 2006 eine neue Kostenstelle „Berufspolitische Aktivitäten“ eingerichtet, um flexibel auf aktuelle berufspolitische Situationen reagieren zu können.

Die Anzahl der Kammermitglieder nimmt stetig zu. Wir rechnen im Jahr 2007 mit einem Anstieg gegenüber dem Jahr 2000 von ca. 13 Prozent. Damit verbunden ist eine Steigerung des Verwaltungsaufwandes insbesondere im Melderegister, im Beitragswesen und in der Fort- und Weiterbildung.

Der Mehrwertsteuersatz wird ab 1. Januar 2007 auf 19 Prozent steigen. Diese Steigerung wirkt sich insbesondere auf die Höhe des Sachaufwandes aus.

Die erfolgte Senkung des Kammerbeitragsatzes von 0,6 Prozent auf 0,58 Prozent der Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit zum 1. Januar 2006 beeinflusst natürlich auch die Planung der Kammerbeiträge für das Jahr 2007.

Der zum 1. Januar 2006 erfolgte Kauf des Ostflügels der 1. Etage des Kammergebäudes spiegelt sich einerseits bei den Abschreibungen und Unterhaltungskosten und andererseits bei den anteiligen Mieteinnahmen wider.

Seit dem Jahr 2006 sind keine Zinszahlungen für das Darlehen zur Finanzierung

des Kammergebäudes wegen der erfolgten Tilgung des Darlehens mehr zu planen.

Außerdem entfallen Abschreibungen für den Parkplatz Albert-Fromme-Weg, die Außenanlagen des Kammergebäudes und für Büro- und Geschäftsausstattung wegen des Ablaufs der buchhalterischen Nutzungsdauer.

Insgesamt sieht der Haushaltsplan 2007 eine Steigerung der Ausgaben gegenüber dem Ist des Jahres 2005 um 5,2 Prozent und gegenüber dem Haushaltsplan 2006 um 3,0 Prozent vor. Bei den Einnahmen ist gegenüber dem Ist 2005 eine Senkung von 18,7 Prozent und gegenüber dem Haushaltsplan 2006 eine Erhöhung von 0,3 Prozent vorgesehen.

Der ausgeglichene Haushaltsplan 2007 wurde durch die 35. Kammerversammlung bestätigt.

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

Herr Prof. Dr. habil. Jahn Schulze, Präsident.

Herr Prof. Dr. Schulze rief erneut alle Ärztinnen und Ärzte des Freistaates Sachsen auf, sich zu den im Jahr 2007 anstehenden Wahlen für die Legislaturperiode 2007/2011 zu bewerben und aktiv zu wählen. Nicht nur in politisch turbulenten Zeiten ist es wichtig, mit den Politikern

und mit den sächsischen Bürgern das Gespräch zu finden und ihnen unsere berufspolitischen und gesundheitspolitischen Positionen eindeutig und unmissverständlich zu vermitteln. Der Präsident appellierte an die Ärzteschaft, sich für eine Mitarbeit in der ärztlichen Selbstverwaltung zu entscheiden. Die Mandatsträger, die Mitglieder des Vorstandes, der Ausschüsse und der Kreisärztekammern sind die Streiter für die ärztliche Profession.

Nach Einschätzung von Herrn Prof. Dr. Schulze wird es bei der Kammerwahl im Juni 2007 einen Generationswechsel geben. Dazu benötigt die sächsische Ärzteschaft die konstruktive Mitarbeit der jungen Ärztinnen und Ärzte. Durch ihre berufspolitische Mitarbeit und Aktivitäten setzen sich alle ehrenamtliche Mitstreiter für die Belange des ärztlichen Berufsstandes ein.

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

Die Zielstellung ist, dass alle über 19.000 Ärztinnen und Ärzte im Freistaat Sachsen an der Wahl des Ärzteparlaments als aktive Wähler teilnehmen. Informationen zur Wahl finden Sie im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 10/2006, und im Internet unter www.slaek.de.

35. Kammerversammlung

Personalia

Versetzung der Hauptgeschäftsführerin, Frau Dr. jur. Verena Diefenbach, in den Ruhestand



Die Hauptgeschäftsführerin der Sächsischen Landesärztekammer, Frau Dr. jur. Verena Diefenbach, wird auf eigenen Antrag nach Vollendung des 63. Lebensjahres zum 31. März 2007 in den Ruhestand versetzt.

Frau Dr. jur. Verena Diefenbach wurde für ihre Tätigkeit bei der Sächsischen Landesärztekammer durch die Mandatsträger der sächsischen Ärzte auf der 35. Kammerversammlung gedankt.

Eine ausführliche Würdigung der Leistungen von Frau Dr. jur. Verena Diefenbach für die Sächsische Landesärztekammer erfolgt zum Festakt am 31. Januar 2007.

Anstellung des Hauptgeschäftsführers Herr PD Dr. jur. Dietmar Boerner



PD Dr. jur. Dietmar Boerner wird ab 1. Januar 2007 als designierter Hauptgeschäftsführer der Sächsischen Landesärz-

tekammer angestellt. Ab dem 1. Februar 2007 übernimmt Herr PD Dr. jur. Boerner die Amtsgeschäfte als Hauptgeschäftsführer der Sächsischen Landesärztekammer. Die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer stimmte einstimmig der Anstellung von Herrn PD Dr. jur. Dietmar Boerner zu.

Im Heft 2/2007 des „Ärzteblatt Sachsen“ stellt sich Herr PD Dr. jur. Dietmar Boerner der sächsischen Ärzteschaft vor.

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Prof. Dr. Jan Schulze, bedankte sich am Ende der 35. Kammerversammlung bei allen Mandatsträgern für ihre tatkräftige Mitarbeit und Mitgestaltung des berufspolitischen ärztlichen Lebens in den letzten 3,5 Jahren, für ihre facettenreiche sachlichen und konstruktiven Diskussionen, die zu vielen berufspolitischen Entscheidungen und Beschlüssen geführt haben.

Beschlüsse der 35. Kammerversammlung

Die Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer fasten auf der 35. Kammerversammlung am 11. November 2006 folgende Beschlüsse:

Beschlussvorlage Nr. 1:

Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 2:

Satzung zur Änderung der Satzung Fortbildung und des Fortbildungszertifikat der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 3:

Haushaltplan 2007 (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 4:

Versetzung der Hauptgeschäftsführerin Frau Dr. jur. Verena Diefenbach in den Ruhestand (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 5:

Anstellung des Hauptgeschäftsführers Herrn PD Dr. jur. Dietmar Boerner (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 6:

Bildung einer Rücklage zur Finanzierung der Studie „Gesundheitszustand und Berufszufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte im Freistaat Sachsen“ (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 7:

Bekanntgabe der Termine zum 17. Sächsischen Ärztetag/36. Konstituierende Kammerversammlung der neugewählten Mandatsträger der Kammerversammlung für die Wahlperiode 2007/2011 37. Kammerversammlung 2007 (bestätigt)

Beschlussantrag Nr. 8

Reform zerstört freiheitliches Gesundheitswesen (bestätigt)

Beschlussantrag Nr. 9

Aktuelle Probleme der Gesundheits- und Berufspolitik (bestätigt)

Bekanntgabe der Termine

Der **17. Sächsische Ärztetag / 36. Konstituierende Kammerversammlung** der neugewählten Mandatsträger der Kammerversammlung für die Wahlperiode 2007/2011 findet am **Freitag und Sonnabend, dem 22. und 23. Juni 2007**, statt.

Die **37. Kammerversammlung** wird am Sonnabend, dem **10. November 2007**, im Kammergebäude der Sächsischen Landesärztekammer durchgeführt.

Prof. Dr. Winfried Klug
Knut Köhler M.A.
Referent für Press- und Öffentlichkeitsarbeit

Satzung zur Änderung der Satzung Fortbildung und Fortbildungszertifikat der Sächsischen Landesärztekammer Vom 27. November 2006

Aufgrund von § 5 Abs. 1 Nr. 4 und § 16 Abs. 2 Nr. 1 und Abs. 3 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), zuletzt geändert mit Artikel 1 des Gesetzes vom 11. November 2005 (SächsGVBl. S. 277) in Verbindung mit § 4 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 24. Juni 1998 (ÄBS S. 352), zuletzt geändert am 6. Juli 2006 (ÄBS S. 422) hat die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer am 11. November 2006 folgende Satzung zur Änderung der Satzung Fortbildung und Fortbildungszertifikat der Sächsischen Landesärztekammer beschlossen:

Artikel 1

1. § 5 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:

„Das Fortbildungszertifikat hat, beginnend mit dem Ausstellungsdatum, eine Gültigkeit von fünf Jahren.“

b) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3.

2. In § 9 Absatz 2 Nr. 6 werden nach dem Wort „Fortbildungsarten“ die Wörter „(zum Beispiel bezüglich Höchstpunktzahlen und der Erteilung der Fortbildungszertifikate)“ eingefügt.

3. § 11 wird wie folgt gefasst:

„Die Sächsische Landesärztekammer kann von einer anderen Ärztekammer oder Heilberufekammer anerkannte Bildungsmaßnahmen nach Einzelprüfung als Grundlage der Fortbildungszertifizierung und der Erteilung des Fortbildungszertifikats anerkennen.“

4. In § 3 Absatz 2, § 4 Absatz 1 und 2, § 5 Überschrift, § 6 Absatz 3 und 4, § 8 Absatz 1, § 9 Absatz 2 und 4, § 10

sind die Wörter „Ärztekammer“ oder „Kammer“ jeweils durch die Wörter „Sächsische Landesärztekammer“ zu ersetzen.

Artikel 2

Diese Satzung zur Änderung der Satzung Fortbildung und Fortbildungszertifikat der Sächsischen Landesärztekammer tritt am 1. Dezember 2006 in Kraft.

Dresden, 11. November 2006

Dienstsiegel

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Dr. med. Lutz Liebscher
Schriftführer

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales hat mit Schreiben vom 23.11.2006, Az 21-5415.21/14, die Genehmigung erteilt.

Die vorstehende Satzung zur Änderung der Satzung Fortbildung und Fortbildungszertifikat der Sächsischen Landesärztekammer wird hiermit ausgefertigt und wird im Ärzteblatt Sachsen bekannt gemacht.

Dresden, 27. November 2006

Dienstsiegel

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

Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer Vom 27. November 2006

Aufgrund von § 8 Abs. 3 und §§ 18 ff. des Gesetzes über Berufsausübung, Berufsvertretungen und Berufsgerichtsbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker sowie der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Freistaat Sachsen (Sächsisches Heilberufekammergesetz – SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. November 2005 (SächsGVBl. S. 277) hat die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer am 11. November 2006 folgende Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer beschlossen:

Artikel 1

Die Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Weiterbildungsordnung – WBO) vom 26. November 2005 (ÄBS S. 584) wird wie folgt geändert:

1. Abschnitt C Nr. 7 „Flugmedizin“ Absatz „Weiterbildungsinhalt“ wird wie folgt geändert:

Im 8. Spiegelstrich wird das Wort „Cockpit-“ gestrichen, der 8. Spiegelstrich wird wie folgt gefasst:

„- Erfahrung (bei einem Besatzungsumlauf) in großen Verkehrsflugzeugen mit Zeitonenverschiebung (mindestens 6 Zeitonen)“

2. In Abschnitt C Nr. 18 „Labordiagnostik – fachgebunden –“ wird vor

dem Wort „Definition:“ der Satz „Die Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Labordiagnostik – fachgebunden – sind integraler Bestandteil der Weiterbildung zum Facharzt für Laboratoriumsmedizin.“ eingefügt.

Artikel 2

Diese Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer tritt am 1. Dezember 2006 in Kraft.

Dresden, 11. November 2006

Dienstsiegel

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Dr. med. Lutz Liebscher
Schriftführer

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales hat mit Schreiben vom 23.11.2006, Az 21-5415.21/7II, die Genehmigung erteilt.

Die vorstehende Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung wird hiermit ausgefertigt und wird im Ärzteblatt Sachsen bekannt gemacht.

Dresden, 27. November 2006

Dienstsiegel

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

Zehn Fragen an:

Interview
des Monats

Herrn Dr. med. Friedemann Reber
Vorsitzender des Ausschusses Junge
Ärzte

1. Seit wann leiten Sie den Ausschuss?
Seit Dezember 2004.

2. Was hat Sie bewogen, im Ausschuss mitzuarbeiten?

Das Interesse an den Ursachen der unangemessenen Bedingungen für die Arbeit junger Ärzte hat mich dazu bewogen. Hinzu kam der Wunsch, diese Ursachen zu beseitigen. Es wurde schnell klar, dass es dabei hauptsächlich auf Kenntnisse des Rechts, der Wirtschaft und auch politischer Machtausübung ankommt. Für die angemessene Gestaltung ärztlicher Arbeitsbedingungen ist eine kraftvolle und erfolgsorientierte Standespolitik die Grundlage.

3. Wie viele Mitglieder aus welchen Fachrichtungen hat der Ausschuss?

Der Ausschuss hat sechs Mitglieder. Die Zusammensetzung spiegelt den schon fortgeschrittenen beruflichen Werdegang der Mitglieder wieder. So sind vier Mitglieder in der Niederlassung, jeweils ein Mitglied ist im stationären Sektor und im öffentlichen Gesundheitswesen tätig.

4. Was sind die aktuellen Schwerpunkte der Ausschussarbeit?

Schwerpunkte der Ausschussarbeit sind die Qualität der Weiterbildung unter dem GMG, die Einigung der Ärzteschaft, angemessene Vertragsbedingungen für junge Ärzte, die Rolle der Ärztekammer und die Begeisterung junger Ärzte für die Kammerarbeit.

5. Was war die bisher interessanteste Fragestellung/Aufgabe?

Die interessanteste Aufgabe war und ist, den innerärztlichen Zusammenhalt über Hierarchie- und Altersgrenzen hinweg zu stärken, um optimal Patienten versorgen und auch die Familien der Kollegen stärken zu können.

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

Die Ärztekammer kann eine erfolgreiche Organisationsform der Ärzteschaft sein, wenn weitgehend Konsens zu den Zielen besteht. Die Konsensbildung braucht Plattformen. Ausschüsse der Kammer sind solche Plattformen. Um den eigenen Vorstellungen zur Berufsausübung etc. zum Durchbruch zu verhelfen, sollte man solche Plattformen nutzen.

Die Ziele der Kammerarbeit sollten der Erhalt der Selbstverwaltung und der Freiberuflichkeit, die Stärkung der Ärzteschaft gegenüber laienhafter fachfremder Bevormundung, fachlich kompetente Interessenvertretung und der Kampf um zeitgemäße familienkompatible Berufsausübung sein.

Jungen Ärzten würde ich für die Kammerarbeit mit auf den Weg geben, dass es wichtig ist, die andere Meinung zu respektieren, sich nicht spalten zu lassen, einschlägige Gesetze und deren Auslegung zu studieren, sich nicht am ethischen Nasenring durch die Manege führen zu

lassen, die Regeln der demokratischen Entscheidungsfindung geschickt anzuwenden, immer das Gespür für die Ziele der Kammermitglieder zu haben und sich nicht von rechtsgelehrten Bedenken einschüchtern zu lassen, wenn etwas ärztlich-kollegial geboten ist. Als Letztes würde ich raten, sich nach dem Ende der hauptberuflichen Tätigkeit nicht mehr zur Wahl in der Kammer zu stellen, um eine gesunde Fortentwicklung der Kammer zu befördern.

7. Was würden Sie gern ändern?

Die Entschließungen der Deutschen Ärztetage sollten nicht nur in Papierform bei anderen Dokumenten liegen, sondern im breiten Bündnis aller Ärzte umgesetzt werden.

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

Gemeinsames, hochachtungsvolles und mutiges Arbeiten am Erfolg. Dabei sollte die Arbeit der Haupt- und Ehrenamtler effizient verzahnt werden.

9. Welche Schwerpunkte sehen Sie in der Zukunft?

Die Gemeinsamkeit der Ärzte in der Zeit der Ausstände kann gefestigt und über die Hierarchieebenen ausgebaut werden. Strategien der Umsetzung von Entschließungen Deutscher Ärztetage unter mutiger Nutzung der Möglichkeiten von Ärztekammern sollten erarbeitet werden.

10. Wie würden Sie die aktuelle Gesundheitspolitik in einem Satz beschreiben?
Zuviel zerreißt den Sack! Alte Müllerweisheit.

Studie über nicht ärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte in Sachsen

In einer „Studie zur Erfassung, Analyse und Auswertung von Daten über nicht ärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte im Freistaat Sachsen unter Gender Mainstreaming-Gesichtspunkten mit dem Ziel der „Erarbeitung von (Wieder-) Einstiegsprogrammen“ mit 787 nicht ärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzten im Freistaat Sachsen in Verbindung mit Fokusgruppen als qualitatives Element hat das vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales beauftragte Unternehmen zahlreiche Ursachen und Gründe für den Ausstieg sowie für den Wiedereinstieg in die kurative ärztliche Tätigkeit wissenschaftlich ermittelt sowie Handlungsempfehlungen formuliert.

Hauptergebnisse der Studie

Von den 787 angeschriebenen Ärztinnen und Ärzten haben 281 den Fragebogen, davon 241 Frauen und 40 Männer, beantwortet. Das entspricht dem Verhältnis der Grundgesamtheit und einer Rücklaufquote von 40 Prozent.

Gründe für die Tätigkeitsunterbrechung

Die Gründe für die Tätigkeitsunterbrechung der 281 befragten Ärztinnen und Ärzte sind für die an der Studie beteiligten **Frauen** die Unterbrechung ihrer beruflichen Tätigkeit vor allem mit der Geburt eines Kindes (76,9 Prozent) sowie – damit einhergehend – der Wahrnehmung von Elternzeit (69,7 Prozent) sowie dem Wunsch nach persönlicher Betreuung des/der Kindes(er) (68,8 Prozent) verbunden. Als Begründung für einen Berufsausstieg ist für Frauen weiterhin sehr wichtig, dass sie den mit der Familie und dem Beruf einhergehenden Anforderungen nur unzureichend nachkommen können (38,9 Prozent). Zudem geben nahezu alle diejenigen Personen, die ihre Tätigkeit aufgrund der insgesamt unzureichenden Vereinbarkeit von Beruf und Familie unterbrochen haben, an, dass ihnen die Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf (sehr/eher) wichtig ist. Im Vergleich dazu haben bei Ärztinnen berufsbezogene

Gründe wie zum Beispiel eine hohe Arbeitsbelastung (40,6 Prozent) sowie ungünstige Arbeitszeiten, für regelmäßige Überstunden (35,0 Prozent) und unregelmäßige Arbeitszeiten (27,8 Prozent) – wenngleich auch wichtig – eine eher nachgeordnete Bedeutung.

Bei den befragten **Männern** stellt sich der Begründungszusammenhang genau umgekehrt dar: Für sie resultiert die Unterbrechung der ärztlichen Tätigkeit in erster Linie aus einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen (regelmäßige Überstunden [38,5 Prozent], hohe Arbeitsbelastung [33,3 Prozent], unregelmäßige Arbeitszeiten [28,2 Prozent]) sowie aus der des beruflichen Umfelds (keine angemessene Vergütung) [30,8 Prozent], Zunahme nichtärztlicher Aufgaben [28,2 Prozent]).

Im persönlichen/familiären Bereich sind für Ärzte vor allem die Aspekte persönliche Neuorientierung (25,6 Prozent) und gleichermaßen (insgesamt) mangelnde Vereinbarkeit des Berufs mit der Familie und gesundheitliche Gründe (17,9 Prozent) entscheidungsprägend. Die Geburt eines Kindes durch die Ehefrau und – damit verbunden die Wahrnehmung von Elternzeit – spielt für die Entscheidung der Männer augenscheinlich keine große Rolle.

Wie aus der schriftlichen Befragung hervorgeht, wollen 80 Prozent der an der Studie beteiligten Ärztinnen und Ärzte zukünftig wieder im Beruf arbeiten, wobei Frauen (81,3 Prozent) dies etwas häufiger tun wollen als Männer (72,5 Prozent). Die Ärztinnen und Ärzte, die zum Zeitpunkt der Befragung in Elternzeit sind, wollen zu 90 Prozent zukünftig wieder ärztlich tätig werden. Rund 9 Prozent sind sich unschlüssig. Anders sieht die Verteilung der Personengruppe ohne Elternzeit aus: Während rund 65 Prozent wieder ärztlich tätig sein wollen, verneinen dies rund 22 Prozent. Diejenigen Frauen und Männer, die künftig ihre ärztliche Berufstätigkeit wieder aufnehmen wollen, präferieren dafür den stationären Versorgungssektor. Auf den ambulanten

Bereich entfallen – differenziert nach angestellter Arzttätigkeit oder beruflicher Tätigkeit in eigener Niederlassung – 62,5 Prozent bzw. 27,3 Prozent.

Gründe für eine Rückkehr oder (Wieder-)Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit

Als Gründe spielen sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern vor allem die Tatsache eine Rolle, wieder im Beruf zu arbeiten (93,7 Prozent), Patientinnen und Patienten zu behandeln und zu betreuen (85,4 Prozent) sowie sich kollegial auszutauschen (70 Prozent). Insgesamt zeigt dieses Ergebnis, dass bei den Ärztinnen und Ärzten, die ihre Tätigkeit wieder aufnehmen wollen, nach wie vor eine **hohe Identifikation** mit ihrer beruflichen Tätigkeit besteht. Zudem kommen auch finanziellen Aspekten (81,4 Prozent) eine große Bedeutung für die Rückkehr in eine ärztliche Berufstätigkeit zu. Bezogen auf die Weiterbildungssituation zeigt die Verteilung zwischen Ärztinnen und Ärzten ebenfalls deutliche Unterschiede: Fast 50 Prozent der Ärztinnen haben ihre begonnene Weiterbildung unterbrochen und möchte diese – nach ihrer Tätigkeitsunterbrechung – fortsetzen oder abschließen. Während einige Aspekte (vor allem bessere Arbeitsbedingungen, mehr Zeit für Patientinnen und Patienten, weniger Bürokratie sowie Gewährleistung einer strukturierten und umfassenden Weiterbildung im angestrebten Fachgebiet) **gleichermaßen von Frauen und Männern** als (sehr/eher) wichtig für die Attraktivität des Arztberufs angesehen werden, zeigen sich bei anderen Gesichtspunkten geschlechtsspezifische Ausprägungen. So haben für Ärztinnen eine geringere Arbeitsbelastung, eine individuellere Arbeitszeitgestaltung, Maßnahmen zur aktiven Unterstützung der Familie und Angebote, die die Vereinbarkeit von Familie und Beruf verbessern, eine größere Bedeutung für die Attraktivität des Arztberufs als für Ärzte. Umgekehrt sind für Männer eine angemessene Vergütung sowie bessere Möglichkeiten zum beruflichen Weiterkommen wichtiger als für Frauen.

Handlungsempfehlungen

Aus den Ergebnissen der Befragungen geht hervor, dass sich die an der Studie beteiligten sächsischen Ärztinnen und Ärzte spezifische Beratungs- und Unterstützungsangebote wünschen, die eine Rückkehr in eine (kurative) ärztliche Tätigkeit erleichtern. Im Einzelnen können dabei folgende Maßnahmen unterschieden werden:

Umsetzung von Mentoring-Programmen

Um den beruflichen (Wieder-)Einstieg von Ärztinnen zu unterstützen und zu fördern, sollten in – sich dazu bereit erklärenden – Krankenhäusern sogenannte Mentorenprojekte implementiert werden. Kernelement entsprechender Projekte wäre die (persönliche) Anleitung junger, weniger berufserfahrener Ärztinnen (Mentees) durch eine berufserfahrene Ärztin (Mentorin). In der „Startphase“ des beruflichen (Wieder-)Einstiegs arbeiten beide eng zusammen, wobei die Mentorin – auf freiwilliger Basis – Hilfe, Rat und Unterstützung sowohl in fachlicher als auch in praktischer sowie gegebenenfalls motivationaler Hinsicht gibt.

Durchführung von (Wieder-)Einstiegsseminaren

Ziel von sogenannten (Wieder-)Einstiegsseminaren sollte unter anderem die Aktualisierung des medizinischen Wissens, die Vermittlung von aktuellen Standards in den wichtigsten medizinischen Fachgebieten sowie allgemeine Informationen – zum Beispiel über Berufs- und Arbeitsrecht sowie Fragen der Niederlassung und Praxisgründung – sein. Die (Wieder-)Einstiegsseminare könnten sich aus einem Grundmodul sowie – darauf aufbauend – weiteren (themenspezifischen) Modulen zusammensetzen, deren Inhalte sich jeweils an den individuellen Voraussetzungen der Ärztinnen und Ärzte orientieren. In einem praxisorientierten Angebot würden die Ärztinnen und Ärzte Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in ausgewählten medizinischen Fachgebie-

ten erwerben. Zudem sollten (Wieder-)Einstiegsseminare – bedarfsorientiert – mit einer Praxisphase (Hospitationsangeboten) bei einer/m niedergelassenen Ärztin/Arzt und in der Klinik verknüpft werden. Bei der Konzipierung von (Wieder-)Einstiegsseminaren sollten die Erfahrungen anderer Anbieter berücksichtigt werden. Das vorrangige Ziel sollte neben der fachlichen Qualifikation der Aufbau einer langfristigen Berufsperspektive sein. Geprüft werden sollte die Höhe der Kosten für (Wieder-)Einstiegsseminare. Dabei sollten auch die Möglichkeiten der Kostenübernahme und Finanzierung durch arbeitsfördernde Maßnahmen (Agentur für Arbeit) oder Projekte (zum Beispiel Europäischer Sozialfonds) in Erwägung gezogen werden.

Weiter- und Fortbildung

Aus den Befragungsergebnissen leiten sich auch Handlungsbedarfe vor allem in den Bereichen Weiter- und Fortbildung ab, wobei in erster Linie an die Umsetzung folgender Maßnahmen gedacht werden sollte:

1. Um Beruf und Familie (besser) zu vereinbaren, sind an den individuellen Berufsbiografien der Ärztinnen und Ärzte orientierte **flexible Weiterbildungszeiten und -formen** erforderlich. Die Sächsische Landesärztekammer sollte – sofern dies von den Ärztinnen und Ärzten gewünscht wird – deren Bestrebungen unterstützen, die Weiterbildung abzuschließen. Eine Unterbrechung der Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt – zum Beispiel aus familiären Gründen – bedeutet in der Regel eine erhebliche Verlängerung oder führt sogar zum Abbruch einer begonnenen Weiterbildung.
2. Nach Aussagen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen können viele Ärztinnen und Ärzte die von der Sächsischen Landesärztekammer angebotenen **Fortbildungsangebote** – aus zeitlichen Gründen – nur eingeschränkt nutzen. Es wird deshalb eine Überprüfung der zeitlichen (Rahmen-)Bedingungen der Fortbildungsmaßnahmen vorgeschla-

gen. Zudem wird angeregt, für die Dauer der Fortbildung eine Kinderbetreuung zu gewährleisten. Schließlich sollte durch die Sächsische Landesärztekammer auf die Möglichkeit (internetbasierter) Fortbildung (E-Learning) stärker hingewiesen werden.

Stellensuche und -vermittlung

Eine ganze Reihe von Ärztinnen und Ärzten wünscht sich Hilfestellungen bei der Stellensuche, zum Beispiel durch Jobbörsen, Vermittlungstätigkeiten und Informationen zu (Weiterbildungs-)Stellen oder Niederlassungsmöglichkeiten. Es ist zu prüfen, welche Institution und Organisation diese Koordinierungsaufgabe übernehmen könnte.

Ansprechpartnerin und Ansprechpartner bei der Sächsischen Landesärztekammer

Knapp 60 Prozent der schriftlich befragten Ärztinnen und Ärzte wünschen sich eine/n persönliche/n Ansprechpartner/in bei der Sächsischen Landesärztekammer. Zugleich ergeben sich aus den Diskussionen in den Fokusgruppen Hinweise, dass bei diesem Personenkreis zahlreiche Fragen (und Unsicherheiten) bezüglich der (Wieder-)Aufnahme ihrer ärztlichen Tätigkeit bestehen. Da die Sächsische Landesärztekammer Informations- und Beratungsangebote für derartige Fragestellungen und Themen vorhält, sollte sie – insbesondere mit Blick auf die aktuell nicht berufstätigen Ärztinnen und Ärzte – die Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner zielgerichtet kommunizieren.

Fazit

Die Studie bestätigt damit längst bekannte Ursachen, nun aber auf wissenschaftlicher Basis, dass die strukturellen und politischen Rahmenbedingungen die Hauptursachen für den Ausstieg aus der ärztlichen Tätigkeit darstellen. Zudem sind unter den Befragten Ärztinnen und Ärzten die bereits umfangreichen vorhandenen Angebote offensichtlich nicht bekannt oder teilweise nicht nutzbar. Ein Wiedereinstieg

von Ärztinnen und Ärzten ist nur unter bestimmten, ganz individuell zu schaffenden Rahmenbedingungen möglich.

Handlungsempfehlungen: Ist-Stand und Umsetzung für 2007/2008

Die Handlungsempfehlungen der Studie begründen sich auf die Bereiche Rahmenbedingungen, Information/Beratung sowie persönliche Unterstützung. In den letzten Jahren wurden von den verschiedenen Akteuren des Gesundheitssystems in Sachsen (Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Sächsische Landesärztekammer etc.) bereits Maßnahmen vorgehalten oder umgesetzt, die zu einer Gewinnung von Ärzten in Sachsen führen sollen.

Vorhandene Angebote und Maßnahmen der Sächsischen Landesärztekammer

Von der Sächsischen Landesärztekammer wurden in den vergangenen Jahren und werden 2007/2008 folgende Angebote entwickelt und vorgehalten:

- umfangreiches Beratungsangebot und tägliche Erreichbarkeit von 8 bis 19 Uhr,

- Ombudsfrauen als Ansprechpartnerinnen für Beratungen (HGF/ÄGF),
- Angebot von fachspezifischen und fachgebietsübergreifenden sowie interdisziplinären Kursen für die Weiterbildung auch in Teilzeit und für die Fortbildung,
- kostenlose Fortbildungsveranstaltungen zur Aktualisierung des Fachwissens (zum Beispiel Fortbildungssemester im Sommer- und Wintersemester, Klinikärztentreffen),
- Informationsveranstaltungen für Medizinstudenten im 5. und 6. Studienjahr (jährlich),
- Informationsveranstaltungen für neue Kammermitglieder (jährlich),
- Informationen über Internet, Ärzteblatt Sachsen, Fortbildungsbeilagen, Informationsblätter und -materialien (zum Beispiel Weiterbildung, für ausländische Ärzte) und Tätigkeitsberichte,
- Stellenangebote im „Ärzteblatt Sachsen“, Links über die Homepage zur Kassenärztlichen Vereinigung, Krankenhausgesellschaft Sachsen und zu gängigen Internet-Jobbörsen sowie

zum Deutschem Ärzteblatt über www.slaek.de,

- alle Anfragen werden zeitnah telefonisch, schriftlich (Brief/Fax), per E-Mail entgegengenommen und beantwortet.

Ein geplanter (Wieder-)Einstiegskurs konnte mangels Nachfrage im Jahr 2003 nicht durchgeführt werden.

Es ist festzuhalten, dass viele Unterstützungsmaßnahmen bereits vorhanden sind, aber offensichtlich die Zielgruppe der nicht ärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte in Sachsen nicht erreichen. Aus diesem Grund müssen, neben der Entwicklung neuer Maßnahmen, die vorhandenen Angebote zielgruppengerecht koordiniert und kommuniziert werden. Die Sächsische Landesärztekammer wird die Ergebnisse der Studie zum Anlass nehmen, vorhandene und neue Maßnahmen, auch in Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern, weiterzuentwickeln.

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

Mitgliederversammlung der Kreisärztekammer Dresden

14. November 2006



Dr. med. Norbert Grosche

Der Vorstand der Kreisärztekammer Dresden lud die Kreiskammermitglieder zur jährlichen Mitgliederversammlung in das Kammergebäude ein. Zu der am 14. November 2006 stattgefundenen Veranstaltung konnten der Ehrenpräsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. Heinz Diettrich, sowie der Präsident Prof. Dr. med. Jan Schulze begrüßt werden. Insgesamt waren ca. 60 Kolleginnen und Kollegen anwesend.

In seiner Begrüßung reflektierte der Vorsitzende, Dr. med. Norbert Grosche, die niedrige Teilnehmerquote. Hier wird in der aktuellen Ärztestatistik von einer ärztlichen Zuwachsrate von 7,6 Prozent für

den Freistaat Sachsen, für das Kreiskammergebiet Dresden-Stadt von 8,2 Prozent ausgegangen. Diese Zahl wird nur noch vom Gebiet Kamenz mit 12,9 Prozent überboten.

Im Berichtszeitraum wurden vom Vorstand acht Sitzungen abgehalten. Bei insgesamt 53 Vermittlungsverfahren innerhalb dieser Legislaturperiode sind nur zwei im letzten Jahr anhängig. Dies ist jedoch nicht dem Fakt von rückläufigen Beschwerden geschuldet, sondern erwächst aus der häufigeren Ablehnung einer weiteren Vermittlung durch den Vorstand aufgrund der ungerechtfertigten Anschuldigungen gegenüber den niedergelassenen

Kollegen. Interessanterweise sind für die Vermittlung keine Verfahren aus dem stationären Bereich bekannt. Die Beschwerden umfassten im Wesentlichen die Unzufriedenheit der Patienten mit langen Wartezeiten sowie Unverständnis über aus den gesetzlichen Reglementierungszwängen erwachsenden ärztlichen Handlungsbeschränkungen. De facto müssten diese Beschwerden nicht über die Ärztekammer sondern vom Gesetzgeber vermittelt werden.

Außerordentlich beschämend für die eigenen Mitgliederreihen ist die Erteilung einer Rüge durch den Präsidenten aufgrund nicht beigebrachter Unterlagen und Zeugnisse gegenüber der Kammer im Berichtszeitraum.

Die jährliche Umfrage unter den Studenten der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus zur Motivation, zu Berufsaussichten und eigenen Vorstellungen zur späteren Berufstätigkeit wird vom Vorstand weiter durchgeführt und finanziell unterstützt. In diesem Jahr konnten im 5. Studienjahr insgesamt 130 Studentenmeinungen eingeholt werden. Diese Daten

befinden sich noch in der Auswertung. In diesem Jahr konnten die Ergebnisse im Rahmen des Ausschusses „Hochschulen“ in der Bundesärztekammer in Berlin präsentiert werden, die eine Fortsetzung der Studie außerordentlich begrüßt, da hierfür deutschlandweit keine longitudinalen Erhebungen vorliegen.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze sprach zur Gesundheitsreform 2006 und skizzierte die einschneidenden Veränderungen und mögliche Folgen. Gleichzeitig wurden die bisherigen Gegenmaßnahmen der Sächsischen Ärzteschaft sowie die Beschlüsse des Außerordentlichen Ärztetages vom 24. Oktober 2006 dargestellt. Die Freiheit des Arztberufes, die Therapiefreiheit sowie die Ablehnung der Staatsmedizin bilden hierbei die tragenden Säulen. In Kenntnis der Struktur der Selbstverwaltung ist vor diesem Hintergrund eine starke Kammerversammlung zu fordern. Die Zusammensetzung sollte die räumlichen und fachlichen Unterschiede zwischen niedergelassenen und angestellten Kollegen gleichermaßen berücksichtigen. Um bei der bevorstehenden Kam-

merwahl 2007 diese Ziele zu erreichen, rief der Präsident hier zu einer aktiven Wahlbeteiligung auf. Die Diskussion verlief engagiert und weitaus länger, als bisher üblich. Auch dies kann als Zeichen von Offenheit und Interesse, aber auch als Unmut bezüglich der aktuellen politischen Situation gewertet werden.

Musikalisch setzte der Männerchor Striesen e.V. unter Leitung von Frau Susanne Antkowiak Maßstäbe im Satzgesang. Das Thema Herbst und Wein leiteten zum Vortrag von Dr. Christian Müller, Winzer am Kavalierschloss in Dresden (Weinberg am Schloss Albrechtsberg/Lingnerschloss) über. Dr. Müller berichtete im sehr unterhaltsamen Stil über die Geschichte des Weinbaus am Dresdner Elbhang. Die Gäste verweilten noch lange bei angeregten Gesprächen mit Kollegen und Chormusik. Eine gelungene Veranstaltung, die jedoch einen höheren Zuspruch verdient hätte.

Dr. med. Michael Nitschke,
für den Vorstand der
Kreisärztekammer Dresden

Mitgliederversammlung der Kreisärztekammer Leipzig

8. November 2006



Prof. Dr. med. habil. Eberhard Keller

In das Neue Rathaus in Leipzig hatte der Vorsitzende der Kreisärztekammer, Herr Prof. Dr. med. habil. Eberhard Keller, am 8. November 2006 zur Mitgliederversammlung eingeladen, um über die aktuelle Gesundheitsreform und die anstehende Wahl zur Kammerversammlung zu informieren. Die rund 180 anwesenden Ärzte erhielten dazu die aktuellen Entwicklungen sozusagen aus erster Hand. Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, berichtete über die anstehenden Verhandlungen zur Gesundheitsreform 2006 und den damit verbundenen Weg in die Staatsmedizin. Vor dem Hintergrund

der weiteren Bürokratisierung der ärztlichen Tätigkeit und der Rationierung von Leistungen für Patienten wies er auf die Notwendigkeit einer engagierten Mitarbeit in den Gremien der Sächsischen Landesärztekammer hin. Vor allem junge Ärzte sind aufgerufen, in den Ausschüssen, Kommissionen oder auch in der Kammerversammlung mitzuarbeiten. Der Vizepräsident, Dr. med. Stefan Windau, ging anschließend auf die speziellen Auswirkungen des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes ein. Die darin vorgesehenen Einzelverträge untergraben die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und machen den Arzt zum Spielball der Krankenkas-

sen. Auch bei der integrierten Versorgung sollen die KV'n ausgeschlossen werden. Der sogenannte Wettbewerb unter den Leistungserbringern ist seiner Meinung nach ideologisch intendiert und führt zu einer Politik der verbrannten Erde mit einer erheblich schlechteren Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Und bei der Abschaffung der Praxisbudgets hat die

Politik die Verhandlungspartner betrogen, weil das Budget an sich erhalten bleibt, nur eben in Euro. Fazit des berufspolitischen teils: Die Reform muss gestoppt werden!

Im letzten Vortrag stellte Herr Dr. med. Steffen Liebscher, Vorsitzender des Verwaltungsausschusses, die Anlagestrategien der Sächsischen Ärzteversorgung vor

und konnte den Zuhörern ein Gefühl der Sicherheit für die Rente vermitteln. Mit diesem Gefühl endete der ereignisreiche Abend mit guten Gesprächen beim Empfang.

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

Achtung: Ist ein Arzt an Bord?

Wie haftet der erste Hilfe leistende Arzt / Ein aktuelles Urteil schafft endlich Klarheit

Ärzte können bei einem Verkehrsunfall, Badeunfall oder sonstigen Notsituationen weitaus besser und effektiver Hilfe leisten, als der nicht medizinisch geschulte und routinierte Bürger. Sie dürften aber auch weitaus reflektierter als andere die Haftungsfolgen bedenken, falls bei der Ersthilfe ein Behandlungsfehler geschieht. Dies ist nicht ausgeschlossen, da der zufällig am Unfallort anwesende Arzt häufig nicht in der Notfallmedizin ausgebildet ist und darüber hinaus ohne seine üblichen Geräte und diagnostischen Möglichkeiten auskommen muss. Nach welchen Maßstäben richtet sich die Haftung, falls dem Arzt bei der Nothilfe ein Fehler unterläuft? Eine aktuelle Entscheidung des Oberlandesgerichtes München, die allerdings noch nicht rechtskräftig ist, schafft erste Klarheit und Sicherheit für die Ärzte.

In diesem Jahr sind ca. 300 Menschen in Deutschland ertrunken. Es ist nicht fern liegend, dass ein Arzt zufällig Zeuge eines solchen Badeunfalls wird und erste Hilfe leisten muss. So erging es im Jahr 2001 einem Gynäkologen, der mit seinem Boot den Chiemsee befuhr, als er plötzlich Hilferufe hörte. Ein zweijähriges Mädchen war in den 8 Grad kalten See gefallen und nach einiger Zeit von seiner Mutter leblos aus dem Wasser gezogen

worden. Der Arzt eilte hinzu, nannte der Mutter seinen Beruf und stellte fest, dass das Kind nicht atmete, keinen fühlbaren Puls aufwies und die Pupillen weit und starr waren. Er strich den Oberkörper von unten nach oben aus, woraufhin Wasser aus dem Mund und orangefarbener Schaum aus der Nase des Kindes lief. Er glaubte, das Mädchen sei tot und unternahm keine Reanimation.

Der 15 Minuten später eintreffende Notarzt konnte durch die Gabe von Epinephrin eine Herzreaktion auslösen und intubierte das komatöse Kind, welches dann mit dem Rettungshubschrauber auf eine Intensivstation geflogen wurde. Etwa 14 Tage nach dem Unfall wurde beim Erwachen aus dem Koma festgestellt, dass das Mädchen infolge des Sauerstoffmangels einen hypoxischen Hirnschaden erlitten hatte; es leidet bis heute an einer schweren Tetraspastik, Schmerzzuständen und Sehstörungen.

Das Kind, vertreten durch seine Eltern, hat den Arzt auf Schmerzensgeld und Schadensersatz verklagt.

In zweiter Instanz hatte das Oberlandesgericht München zu entscheiden, nach welchen Maßstäben der Arzt haftet. Aufgrund der eingeholten Sachverständigen-gutachten stand nämlich fest, dass er fehlerhaft gehandelt hat, insbesondere als er das Mädchen irrtümlich für biologisch tot hielt und eine Reanimation unterließ. Auch hätte der Arzt den Kopf des Kindes nicht nach unten halten dürfen, da dies

die Gefahr des Erbrechens und damit das Risiko des Eindringens von Fremdmaterial in die Lunge erhöhte. Er hätte vorsorglich Wiederbelebungsversuche nach den so genannten ABC-Regeln durchführen, also die Atemwege freimachen, und anschließend eine Mund-zu-Mund-Beatmung sowie eine Herzdruckmassage durchführen müssen.

Es konnte allerdings durch den Sachverständigen im Prozess nicht festgestellt werden, dass das Kind bei korrekter Behandlung keine Schäden zurückbehalten hätte. Es kam deshalb wesentlich darauf an, wer die Beweislast trägt: Muss der Arzt beweisen, dass auch bei Durchführung der Reanimation die Schäden eingetreten wären, oder muss das Kind beweisen, dass es bei rechtzeitiger Reanimation keine bleibenden Schäden erlitten hätte? Wie so oft in Arzthaftpflichtprozessen kam dieser Frage der Beweislastverteilung entscheidende Bedeutung zu, da verbleibende Zweifel an der naturwissenschaftlich-medizinischen Kausalität sich zum Nachteil des Beweisverpflichteten auswirken.

Das Oberlandesgericht hat die Klage abgewiesen und nachvollziehbar dargelegt, weshalb keine Beweislastumkehr zu Lasten des Arztes anzunehmen ist:

Zunächst stellt das Gericht klar, dass zwischen dem Arzt und dem Kind bzw. seiner Mutter kein Behandlungsvertrag zustande gekommen ist. Der Ersthelfer ist nämlich nicht in seiner Eigenschaft als Arzt, son-

dem wie ein beliebiger Dritter zufällig und überraschend in seiner Freizeit mit einer Notsituation konfrontiert worden. Rechtlich hatte er keine Wahl, ob er dem Mädchen Hilfe leistet oder nicht. Unabhängig von seiner beruflichen Qualifikation war er vielmehr wie jeder am Unfallort Anwesende verpflichtet, sich um das bewusstlose Kind zu kümmern. Im Gegensatz zu einem Arzt, der in seiner Praxis aufgesucht oder als diensthabender Notarzt zu einem Unfallort gerufen wird, verfügte er vor Ort auch nicht über besondere ärztliche Hilfsmittel, wie beispielsweise einen Arztkoffer oder medizinische Geräte. Auch seine Äußerung, er sei Arzt, ist in der konkreten Situation nicht als Angebot zum Abschluss eines Behandlungsvertrages zu verstehen, sondern als bloßer Hinweis auf eine gewisse Sachkunde. Das Oberlandesgericht stellt dann wörtlich fest, dass es lebensfremd sei, wenn ein Arzt in einer Situation, in der ein Menschenleben in Gefahr ist und dringend Hilfe benötigt wird, vorsorglich seinen Beruf verschweigen oder seine Fachrichtung und Qualifikation ausdrücklich erläutern müsse, um einen Vertragsabschluss und daraus resultierende besondere Haftungsrisiken zu vermeiden. In einem Notfall lässt der bloße Hinweis eines zufällig anwesenden Arztes auf seinen Beruf somit nicht den Rückschluss zu, dieser wolle einen Behandlungsvertrag mit dem Unfallopfer bzw. dessen gesetzlichen Vertretern abschließen. Die Übernahme der Hilfeleistung erfolgt vielmehr aufgrund eines unentgeltlichen Auftrags.

Im Rahmen eines solchen Auftragsverhältnisses gilt aber die Regelung des § 680 BGB. Hiernach haftet man nur für Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit. Diese Haftungserleichterung darf auch nicht über eine Beweislastumkehr wieder konkretisiert werden: Außerhalb eines Behandlungsverhältnisses obliegt dem Geschädigten der Nachweis, dass das Unterlassen der notwendigen ärztlichen Maßnahmen ursächlich für die Gesundheits-

beeinträchtigung war. Zweifel gehen zu Lasten des Geschädigten, ein ersthelfender Arzt haftet nach den gleichen Maßstäben wie jede andere Person auch.

Schließlich hat das Oberlandesgericht auch das letzte Argument der Kläger zurückgewiesen: Diese hatten vorgetragen, der Gynäkologe sei nach den üblichen Vorschriften der Ärztekammern und der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Teilnahme am organisierten Notdienst verpflichtet, weshalb er besondere Kenntnisse in diesem Bereich haben müsse und vorliegend somit grob fahrlässig gehandelt habe. Das Gericht stellt demgegenüber klar, dass allein die Tatsache der vorgeschriebenen Teilnahme am Notdienst keine Rückschlüsse auf Kenntnisse und Erfahrungen in der Notfallmedizin, insbesondere nicht im Hinblick auf die Beurteilung der Reanimationschancen, erlaube. Das Verhalten des in seiner Freizeit mit dem – sicherlich tragischen – Unglücksfall konfrontierten Arztes sei eindeutig kein grober Behandlungsfehler gewesen.

Das Oberlandesgericht München hat der Ärzteschaft in einer umsichtigen und klugen Entscheidung die notwendige Sicherheit gegeben, die für eine selbstlose und schnelle Hilfeleistung bei Unfällen notwendig ist. Der Arzt muss nicht überlegen, ob er seinen Beruf offenbart, ob an ihn erhöhte Anforderungen gestellt werden und ob er sich besonderen Haftungsrisiken aussetzt. Da zwischen ihm und dem Unfallopfer kein Behandlungsvertrag zustande kommt, haftet er nicht anders als jeder Dritte: Eine Beweislastumkehr zu Lasten des Arztes findet nicht statt, er haftet nur für Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit. Es spricht alles dafür, dass dieses Urteil in letzter Instanz durch den Bundesgerichtshof bestätigt wird und damit abschließend geklärt ist, dass der Arzt im Unglücksfall nicht anders haftet als jeder andere Bürger auch.

RA Dr. Ingo Pflugmacher
Oxfordstraße 21
53111 Bonn

Ärzteblatt Sachsen

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

Herausgeber:

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

Redaktionskollegium:

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

Redaktionsassistent: Ingrid Hüfner

Anschrift der Redaktion

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

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

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

Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigendisposition: Silke El Gendy
Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste Nr. 9 vom 1.1.2006 gültig.

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

Titelgestaltung: Hans Wiesenhütter, Dresden

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

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

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

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

ISSN: 0938-8478

Eintragung in das Partnerschaftsregister

Bekanntmachung der Eintragung in das Partnerschaftsregister des Amtsgerichtes Chemnitz, Registergericht

Neueintragung:

PR 106 – 28.09.2006: Partnerschaftsgesellschaft. Gegenstand der Partnerschaft: Gemeinschaftliche privatärztliche und vertragsärztliche Berufsausübung auf dem Gebiet der Laboratoriumsmedizin. Jeder Partner vertritt einzeln. Partner: Dr. Uhl-

mann, Heidrun, Fachbiologin der Medizin, Chemnitz, *26.08.1947; Dr. Uhlmann, Gerhard, Fachbiologe der Medizin, Chemnitz, *24.03.1945, Dr. Dostmann, Ute, Fachärztin für Laboratoriumsmedizin, Chemnitz *06.04.1964, jeweils mit der Befugnis, im Namen der Partnerschaft mit sich im eigenen Namen oder als Vertreter eines Dritten Rechtsgeschäfte abzuschließen.

ra.

Curriculum „Suchtmedizinische Grundversorgung“

Die Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung bietet erneut ein Curriculum „Suchtmedizinische Grundversorgung“ an. Das Curriculum führt – nach einer Prüfung – zur entsprechenden Zusatzbezeichnung gemäß Weiterbildungsordnung. Unter der wissenschaftlichen Leitung von Dr. med. Christoph Altmann, Prof. Dr. med. habil Otto Bach, Dr. med. Peter Grampp, Dr. med. Frank Härtel und Prof. Dr. phil. Harald Petermann wird das Curriculum vom 11.1. bis 13.1.2007 und vom 25.1. bis 27.1.2007 in der Sächsischen Landesärztekammer und in der Soteria-Klinik Leipzig GmbH durchgeführt. Interessenten sollten sich bitte

anmelden: Frau Schmidt, Telefon: 0351 8267-321. Die Zusatzbezeichnung können Fachärzte der Gebiete: Allgemeinmedizin, Arbeitsmedizin, Gynäkologie und Geburtshilfe, Innere Medizin, Kinderheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Neurologie, Öffentliches Gesundheitswesen, Psychiatrie/ Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin, erwerben. Das Curriculum ist die Voraussetzung für die Berechtigung zur ambulanten Methadonbehandlung.

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

Mitteilungen der Bezirksstellen Chemnitz und Leipzig

Die Bezirksstelle Chemnitz der Sächsischen Landesärztekammer ist wegen Urlaub in der Zeit vom 23. 12. 2006 bis 1. 1. 2007 nicht besetzt.

Die Bezirksstelle Leipzig der Sächsischen Landesärztekammer ist wegen Urlaub in der Zeit vom 18. 12. bis 29. 12. 2006 nicht besetzt.

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

Konzerte und Ausstellungen

Konzerte

Festsaal der Sächsischen Landesärztekammer

Sonntag, 7. Januar 2007, 11.00 Uhr
Junge Matinee

Den Korrepetitoren über die Schulter geschaut: Instrumentalkorrepetition

Mit Studierenden der Klasse
Prof. Monika Raithel, Hochschule für
Musik Carl Maria von Weber Dresden

Ausstellungen

Foyer der Sächsischen
Landesärztekammer und 4. Etage

Elke Daemmrich Von Licht und Farbe bis 14. Januar 2007

Manfred Luther
Ich denke, also bin ich!
17. Januar bis 11. März 2007

Vernissage

Donnerstag, 18. Januar 2007, 19.30 Uhr
Einführung: Dr. phil. Ingrid Adler,
Kunstwissenschaftlerin und Kuratorin,
Dresden

Foyer der
Sächsischen Ärzteversorgung

„abstrakt und konkret“
Kleinplastiken in Ton und Porzellan
von Helga Kraube und
Malerei von Frank Degelow
bis 30. 3. 2007



© KBV



Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden gemäß § 103 Abs. 4 SGB V in Gebieten für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf Antrag folgende Vertragsarztsitze der **Planungsbereiche** zur Übernahme durch einen Nachfolger ausgeschrieben:

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

*) Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Allgemeinmedizin können sich auch Fachärzte für Innere Medizin bewerben, wenn sie als Hausarzt tätig sein wollen. Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Innere Medizin (Hausärztlicher Versorgungsbereich) können sich auch Fachärzte für Allgemeinmedizin bewerben. Bitte geben Sie bei der Bewerbung die betreffende Registrier-Nummer (Reg.-Nr.) an. Wir weisen außerdem darauf hin, dass sich auch die in den Wartelisten eingetragenen Ärzte bei Interesse um den betreffenden Vertragsarztsitz bewerben müssen.

■ Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz Zwickauer Land

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich*)
Reg.-Nr. 06/C057
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum
23.12.2006

Chemnitzer Land

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 06/C058

Stollberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 06/C059

Freiberg

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Reg.-Nr. 06/C060

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 07.01.2006 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 Löbau-Zittau

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 06/D080

Weißeritzkreis

Facharzt für Urologie
Reg.-Nr. 06/D081
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum
21.12.2006

Dresden-Stadt

Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 06/D082

Hoyerswerda-Stadt/Kamenz

Facharzt für Anästhesiologie
Reg.-Nr. 06/D083

Löbau-Zittau

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 06/D084

Meißen

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 06/D085

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10.01.2006 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 8828-330, zu richten.

■ Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Leipzig-Stadt

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 06/L058

Facharzt für Innere Medizin/Diabetologie – fachärztlich
Reg.-Nr. 06/L059

Facharzt für Innere Medizin/Pulmologie – fachärztlich
Reg.-Nr. 06/L060

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 06/L061

Leipziger Land

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 06/L062

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 08.01.2006 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: 01.01.2008

Hoyerswerda-Stadt/Kamenz

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich*)
Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis
im Landkreis Kamenz
geplante Praxisabgabe: ab Mitte 2007

Riesa-Großenhain

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
in Riesa
geplante Praxisabgabe: Januar 2008
Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 88 28-330.

■ Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: 2007
Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich*)
geplante Praxisabgabe: 2007

Leipziger Land

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: Anfang 2007

Muldentalkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: Anfang 2007

Döbeln

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

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Landesgeschäftsstelle

Leserbrief

Dr. med. Uwe Kerner
Leipziger Str. 175 A
09114 Chemnitz

6. 8. 2006

Sanierung des Gesundheitswesens

Im Moment ist es doch so, dass eine unsinnige und erfolglose Gesundheitsreform die andere jagt und der Zustand im Gesundheitswesen nach jeder Reform dann doch noch schlimmer ist als vorher. Und in den Medien, vor allem im Radio, gibt es kaum noch einen Tag ohne Diskussionsrunden über die Sanierung des Gesundheitswesens, in denen Heerscharen von selbsternannten Experten und Besserwissern lautstark und selbstbewusst verkünden, wie man dem kränkelnden Gesundheitswesen wieder auf die Beine helfen könnte und was man im Gesundheitswesen alles anders – und vor allem wie man alles besser machen müsste.

Nach meiner Überzeugung kann sich im Gesundheitswesen aber nichts verbessern, so lange das Gesundheitswesen unter marktwirtschaftlichen Bedingungen betrieben wird. Diese gehören in die Produktion, nicht aber in die Bereiche des öffentlichen Lebens. Solange an dem Grundfehler, dass mit den Einrichtungen des Gesundheitswesens Gewinn und Profit erwirtschaftet werden müssen, festgehalten wird – und das tun nämlich die

Experten und Diskussionsredner alle – kann sich das Gesundheitswesen nicht erholen, sondern sein Zustand wird gesetzmäßig nur immer noch schlechter. Denn das Gesundheitswesen ist seinem Wesen nach eine karitative Einrichtung, und wer es zum Erwirtschaften von Gewinnen und Profiten missbraucht, wird es folglich am Ende vernichten und zerstören, was sich ja jetzt schon abzeichnet. Erst, wenn das Gesundheitswesen wieder ein „Zuschussbetrieb“ sein darf (wie es seinerzeit in der DDR der Fall war), der vom Staat bzw. steuerfinanziert wird, hat das Gesundheitswesen überhaupt erst einmal die Chance, sich wieder zu erholen. Das Gesundheitswesen muss zwar hinsichtlich der Kosten von allen im Gesundheitswesen Beteiligten und Tätigen verantwortungsbewusst geführt, darf nicht unter marktwirtschaftlichen Bedingungen betrieben werden.

Und woher kommt denn in diesem Gesundheitswesen die sogenannte „Kostenexplosion“? Weil der Versicherte, also wir alle, in diesem „marktwirtschaftlich“ betriebenen Gesundheitssystem mit unseren Beiträgen und Zuzahlungen neben (!) unserer eigentlichen (immer schlechter werdenden) medizinischen Versorgung nämlich auch noch zusätzlich die (immer

größer werdenden) Profite und Gewinne der Klinik- und Pharmakonzerne sowie der überzähligen Krankenkassen bezahlen müssen.

Erst, wenn das Gesundheitswesen wieder als „Zuschussbetrieb“ akzeptiert und darüber hinaus ausgeschlossen wird, dass sich Personen, Institutionen und Konzerne im und durch das Gesundheitswesen übermäßig bereichern können, ist eine Sanierung unseres maroden Gesundheitswesens überhaupt erst wieder denkbar.

Aber diese Zusammenhänge werden geflissentlich mit der Behauptung verschleiert, dass der technische Fortschritt in der Medizin höhere Kosten verursache. Aber noch nie hat technischer Fortschritt unterm Strich höhere Kosten verursacht. Je größer der technische Fortschritt in der Fertigungsindustrie wurde, desto billiger wurden stets die Produkte. Und in der Medizin ist eine einmalige gezielte Untersuchung mit einem High-Tech-Gerät immer noch billiger, als dafür 10 obsoletere Untersuchungen mit veralteter Technik und dann immer noch unklarer Diagnose durchzuführen.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. med. Uwe Kerner

Seniorenfahrt der Kreisärztekammer Leipzig-Stadt

Im Mai 2006 unternahmen die Seniorinnen und Senioren unserer Ärztekammer eine bzw. zwei Ausfahrten in das Muldental. Die Nachfrage war wiederum so groß, dass zwei Termine notwendig wurden. Allerdings ließ der Frühling im Mai noch nichts von den Temperaturen erahnen, wie sie heute bei dieser Berichtserstattung uns heimgesucht haben!

Mit regensicherer Bekleidung und guter Stimmung, geschürt durch vielseitige Begegnungen starteten die Busse pünktlich an der Ostseite des Hauptbahnhofes in Leipzig. Auf der alten Straße nach

Grimma, die jetzt natürlich gut ausgebaut ist, musste ich an Johann Gottfried Seume denken, der abends nach den Gewandhauskonzerten in Leipzig nach Grimma zurücklief. Sicherlich hat er die akustischen Erlebnisse des Abends intensiver in sich aufgenommen, als wir es nur erahnen können.

In Grimma erreichten wir die Mulde und erinnerten uns, daß dieser kleine Fluss 1945 für einige Wochen die Grenze zwischen amerikanischer und sowjetischer Besatzungszone dargestellt hatte. Nun ging es zügig nach Colditz, vorbei an

Großermuth, wo sich Zwickauer und Freiburger Mulde vereinigen. Schon aus der Ferne erblickten wir das Schloss in strahlender Schönheit, dass ein Turm noch eingerüstet war ließ erahnen, dass auch die übrigen Restaurierungsarbeiten erst unlängst abgeschlossen wurden. Wie viel Arbeit, Mühen und Initiativen es auf verschiedenen Ebenen noch bedarf, wurde uns erst später klar, als wir das Schloss selbst erlebten.

Doch zunächst erreichten wir den Marktplatz mit dem Rathaus, überragt von Stadtkirche und Schloss. Dieser Platz spiegelt



Schloss Colditz

Foto: Prof. Behrendt

fast ein Biedermeieridyll wider, wären da nicht hin und wider englischsprachige Wegweiser, die uns in unsere moderne Zeit zurückrufen. Und so erfahren wir später, dass diese kleine Stadt international bekannt ist, aber davon wirklich später! Am Fuße der Schlossstreppe am Marktplatz begrüßt uns „Kurfürstin Sophie“. Sie stellt nicht nur ihr eigenes Schicksal auf Schloss Colditz dar, sondern zeigt auch in der Geschichte der Wettiner auf, wie Landesgeschichte in der Stadtgeschichte von Colditz wirksam wurde.

Die Geschäftsführerin der Gesellschaft Schloss Colditz, Frau Cornelia Kasten alias Kurfürstin Sophie, überzeugte die angereisten Ärzte nicht nur durch ihre Sachkenntnis und ihren Charme, sondern auch durch ihre offenbar gute Kondition, die ihr bei der relativ strengen Frühlingswitterung ein schulterfreies, prächtiges Gewand erlaubte.

Die Führungen durch das Schloss erfolgten in einzelnen Gruppen und machten die wechselhafte Geschichte des Schlosses deutlich. Grenzbefestigung, Jagdschloss, kurfürstlicher Witwensitz, Landesirrenanstalt, „Schutzhaftlager“ für Antifaschisten, Kriegsgefangenenlager für hohe alliierte Offiziere, Pflegeheim und Krankenhaus waren die wohl wichtigsten Stationen.

Das Schloss wird heute durch die Staatliche Schlösserverwaltung des Freistaates betreut. Dies ist nicht zuletzt das Verdienst der Gesellschaft Schloss Colditz e.V. Darüber hinaus versucht dieser Verein, das Schloss mit Leben zu erfüllen:

durch regelmäßige Konzertveranstaltungen mit anspruchsvollen Programmen, Sommerfeste und – besonders empfehlenswert in der Adventszeit – dem Weihnachtsmarkt. Eine gute Nutzung des Schlosses verspricht der vorgesehene Ausbau einer Europäischen Jugendherberge. Ende Juli 2006 erreichte uns die erfreuliche Pressemitteilung, dass die Sächsische Landesmusikakademie den Marstall des Schlosses für ein Fortbildungszentrum nutzen will. Probenwochen, Kurse Tagungen und Lehrgänge werden dann die historischen Mauern mit neuen Inhalten erfüllen.

Natürlich steht das sogenannte Fluchtmuseum im Mittelpunkt des Interesses und sorgt auch für den bereits erwähnten internationalen Charakter der Besucher. Es würde den Rahmen dieses Berichtes sprengen, wenn hier näher auf die einzelnen Exponate und fotografische Dokumentationen eingegangen würde. Schon allein der Besuch dieses Museums lohnt die Fahrt nach Colditz, dies war auch die einhellige Meinung der Teilnehmer am Ausflug.

Jedenfalls würde sich der Berichterstatter persönlich sehr freuen, wenn Kolleginnen und Kollegen zahlreich mit ihren Enkelkindern in das Muldental fahren würden, um Schloss und Stadt Colditz zu besuchen und um unserer Jugend Eindrücke unseres schönen Landes und seiner Geschichte zu vermitteln. Für Kollegen ohne Auto sei der Hinweis gestattet, dass eine gute Busverbindung nach Colditz besteht.

Ein hervorragendes Mittagessen konnte dann im Waldhaus am Rande des Colditzer Forstes eingenommen werden. Hier nutzte der Vorsitzende der Kreiskammer Leipzig-Stadt, Herr Prof. Dr. med. Eberhard Keller, die Zeit, um die Senioren mit Problemen der Kammerarbeit vertraut zu machen, aber auch seiner Freude Ausdruck zu verleihen, dass in diesem Jahr wiederum eine große Teilnahme zu verzeichnen war, so dass wiederum zwei Ausflugstermine erforderlich wurden. Einen besonderen Dank sprach Herr Prof. Dr. med. Eberhard Keller seiner Mitarbeiterin Frau Will für die perfekte Organisation aus. Diesem Dank schließt sich der Berichterstatter ausdrücklich an!

Die Heimfahrt wurde durch eine gemütliche Kaffeepause in Kloster Nimbschen angenehm unterbrochen. „Dr. Martin Luther“ ließ es sich nicht nehmen, uns auf das Herzlichste zu begrüßen. Er gab nicht nur geschichtlich interessante Details zum Besten, sondern verstand es auch mit feinem Humor, Parallelen zu unserer Zeit aufzuzeigen. Dieser gelungene Nachmittag wurde von der Mehrzahl der Teilnehmer mit einem Spaziergang zu Mulde gekrönt.

Der letzte Teil der Rückfahrt verlief dank der netten und umsichtigen Busfahrer komplikationslos.

Nochmals herzlichen Dank an alle, die zum Gelingen beigetragen haben!

Prof. Dr. med. Wolfram Behrendt, Leipzig

Redaktionshinweis:

Autor, Herausgeber und Verlag bedauern, dass in dem Artikel „Zum 150. Todestag von Robert Schumann“ (Ärzteblatt Sachsen 10/2006, S. 537 – 540) die aus dem Werk „Krankheiten großer Musiker“ von Dieter Kerner (4. Aufl., 1986, Schattauer Stuttgart) zitierten Textpassagen nicht als Zitat gekennzeichnet worden sind, und es unterlassen wurde, die vorgenannte Quelle zu nennen. Das zitierte Standardwerk erschien 1998 in 5. Auflage, neu bearbeitet von Hans Schadowaldt, im gleichen Verlag (ISBN: 3-7945-1775-X, € 26,95)

Ausfahrt der Dresdner Senioren nach Zittau

Die Einladung der Kreisärztekammer Dresden wurde wieder mit großer Resonanz aufgenommen, sodass sich vier Busse mit knapp 200 gespannten Teilnehmern am Morgen des 17. Mai 2006 in Bewegung setzten. Vorbei an leuchtenden Rapsfeldern, blühenden Apfelbäumen und duftendem Flieder ging die Fahrt in die Lausitz. Das 1000-jährige Bautzen mit seinen eindrucksvollen Türmen erfreute uns ebenso wie die schmucken, gut restaurierten Umgebendhäuser auf der Fahrt nach Zittau. In mehreren Gruppen wurden wir durch kompetente Gästeführer in das städtische Museum Zittau im ehemaligen Franziskanerkloster sowie zu den beiden Hauptattraktionen, dem Großen und dem Kleinen Fastentuch geleitet. Zittau, die „Reiche“, so nannte man die Stadt früher, wurde 1255 vom böhmischen König Ottokar II. zur Stadt erhoben und kam durch Tuchherstellung und -handel sowie zahlreiche Brauereien zu Reichtum. Die Fastentücher benutzte man in der Karwoche zum Verhüllen des Altarraumes. Das 1472 geschaffene große Fastentuch (8,20 x 6,80 m) zeigt in 90 kleinen Bildern Szenen aus dem Alten und Neuen

Testament, eine riesige Bilderbibel und wurde 200 Jahre lang benutzt. Beschädigungen durch den Krieg blieben nicht aus. Der Eindruck heute ist jedoch trotzallem überwältigend – Dank der Restauratoren. Vom 1573 geschaffenen kleinen Fastentuch existieren nur noch sechs ähnliche Exemplare in der ganzen Welt. Es ist das einzige protestantische Fastentuch und zeigt eine monumentale Kreuzigungsszene in schönen Pastellfarben. Es blieb noch etwas Zeit für eine kurze Stadtführung mit Besichtigung der Johanniskirche (Sakralbau Schinkels), des alten Gymnasiums und des Rathauses.

Nach den geistigen Genüssen war das Mittagessen im Landgasthof Daußendorfer Krone sehr willkommen und bot Gelegenheit zum Gedankenaustausch zwischen den Kollegen.

Weiter ging die Fahrt durch die reizvolle Lausitzlandschaft zum Kloster St. Marienthal, in Ostritz an der Neiße gelegen. Es blickt auf eine lange, wechselvolle Geschichte zurück und wurde 1234 von der böhmischen Königin Kunigundis gegründet. Die jetzige barocke Anlage erbaute man 1683 nach einem Brand. Sie strahlt



Das „Kleine Fastentuch“

Foto: Dr. Wieting

wieder in den böhmischen Farben – grün, ocker und rosé. In der Zisterzienserinnen-Abtei leben zurzeit 14 Nonnen im Rhythmus von Gebet und Arbeit. Die vielfältigen weltlichen Aufgaben des Klosters, unter anderem Internationales Begegnungszentrum, Tourismus (einschließlich Übernachtungsmöglichkeit), Behindertenwerkstatt und -wohnheim werden mit Hilfe von 100 freien und 100 ehrenamtlichen Mitarbeitern bewältigt.

Für alle Kollegen, die bei der Ausfahrt nicht dabei sein konnten: Es ist eine sehr sehenswerte, prächtige Klosteranlage. In der Gruft befindet sich das Grab von Henriette Sontag, der „Nachtigall“ des Biedermeier“, aus deren interessantem Leben uns Frau Dr. Gisela Unger auf der Busfahrt erzählte. Nach einer Kaffeepause in der Klosterschenke fuhren wir zufrieden heimwärts mit Abstecher nach dem Museumsort Obercunnersdorf, indem sich die unzähligen, gepflegten Umgebendhäuser im Frühjahrsblütenschmuck besonders reizvoll präsentierten.

Großer Dank der Kreisärztekammer Dresden und der Seniorenkommission (perfekte Organisation) für diesen schönen Tag. Im Namen der Mitreisenden.

Dr. med. Uta Anderson
Augustusweg 56
01445 Radebeul



Kloster Marienthal, Dreifaltigkeitssäule

Foto: Dr. Wieting

Ingrid-zu-Solms-Wissenschaftspreis

Ausschreibung für eine richtungweisende, wissenschaftliche Originalarbeit (Habilitationsschrift oder Publikation/en nach internationalen peer review Kriterien) einer jungen Forscherin (bis 40 Jahre), die auf dem Gebiet der Grundlagenforschung der

klinischen Medizin oder der ärztlichen Psychotherapie arbeitet.
Dotation: 10.000 Euro.
Die Bewerbungen mit Lebenslauf und Publikationsliste sind elektronisch bis 15. Januar 2007 zu richten an Johann-

Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt am Main, Dr. Susanne Eickemeier, Senckenberganlage 31, 60054 Frankfurt, eickemeier@pvw.uni-frankfurt.de.
Die Ausschreibungsbedingungen finden Sie unter www.ingrid-zu-solms-stiftung.de.

Streik der nicht ärztlichen Mitarbeiter an den sächsischen Unikliniken beendet

Am 6. November 2006 einigten sich im Tarifkonflikt der **Uniklinik Leipzig** die Tarifparteien auf Eckpunkte für einen Haustarifvertrag für die rund 2800 nicht-ärztlichen Mitarbeiter.

Jeder dieser Beschäftigten erhält im Dezember 2006 eine Einmalzahlung. Danach gibt es bis zum Jahr 2009 gestaffelte Ge-

haltserhöhungen, was im Volumen 4 bis 4,5 Prozent über diesen Zeitraum ausmacht.

Am 20. November 2006 haben die nicht-ärztlichen Mitarbeiter des Universitätsklinikums **Carl Gustav Carus der TU Dresden** nach über zwei Wochen Streik ihre Arbeit wieder aufgenommen. Ab

1. Juni 2007 gilt an dem Universitätsklinikum der ausgehandelte Haustarifvertrag, der sich weitgehend am neuen Tarifvertrag für die Beschäftigten der Länder anlehnt. Für Dezember 2006 wurde eine Einmalzahlung vereinbart. Im Jahr 2007 ist eine Anhebung der Gehälter für die nicht-ärztlichen Mitarbeiter um 2,5 Prozent geplant.

10. Vogtländischer Ärztetag

Am 30. September 2006 fand in Bad Elster der 10. Vogtländische Ärztetag statt. Diese, jährlich im September durchgeführte Veranstaltung, ist zu einem festen Bestandteil im regional wissenschaftlichen, aber auch im kammerpolitischen Leben des Vogtlandkreises geworden. Wie in jedem Jahr, war es den Organisatoren wiederum gelungen, ein vielfältiges Programm zu erstellen, welches sich mit Problemen der täglichen Praxis, dieses Mal insbesondere aus neurologischer, chirurgischer und internistischer Sicht, beschäftigte. Das wissenschaftliche Programm wird bei jedem Ärztetag mit einer Kammerversammlung kombiniert. Die Verknüpfung von Berufspolitik und Fachvorträgen stellt aus unserer Sicht eine ideale Kombination dar.

Dass es den Organisatoren in ununterbrochener Folge gelungen ist, diese Tagung zu verwirklichen und wir in diesem Jahr den 10. Ärztetag durchführen konnten, ist aus der Sicht der Veranstalter äußerst bemerkenswert. Wie in jedem Jahr hat

Herr Landrat Dr. Lenk die Schirmherrschaft über den Ärztetag übernommen und in seinem Grußwort besonders die gute Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und der Kreisverwaltung des Vogtlandes betont. Im wissenschaftlichen Programm wurden vier Themenschwerpunkte behandelt. Herr Prof. Dr. Manger, Gera, berichtete über „Neuigkeiten in der chirurgischen Therapie der Adipositas“, Herr OA Dr. Vorlander, Frankfurt a. M., über „Minimal-invasive Schilddrüsenoperationen“, Herr Prof. Dr. Bachmann, Kulmbach, konnte als Referent zu „Neuem über das metabolische Syndrom“ gewonnen werden. Prof. Dr. Sträube, München, referierte zum Thema „Der chronische Kopfschmerz“ und Herr Priv.-Doz. Hermann, Zwickau, zeigte „Moderne Therapieoptionen bei der Parkinsonbehandlung“ auf. Mit Viel Freude und Aufmerksamkeit registrierte das anwesende Publikum die Tatsache, dass der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Prof. Dr. Schulze, sowohl zu den Fachvorträgen als

auch zur Kammerveranstaltung anwesend war. Der Präsident berichtete in einem kurzen Vortrag über aktuelle berufs- und standespolitische Probleme der Ärzteschaft Sachsens. Insbesondere war es ihm ein Bedürfnis, die anwesenden Kammermitglieder zu aktiver kammerpolitischer Tätigkeit auch in Hinblick auf die bevorstehende Wahl zur neuen Legislaturperiode 2007/2011 der Sächsischen Landesärztekammer aufzufordern.

Die Vogtlandklinik Bad Elster als Gastgeber der Veranstaltung lud im Anschluss zu einem Mittagessen in die Räume der Klinik ein. An der Veranstaltung nahmen in diesem Jahr etwa 90 Kammermitglieder teil. Diese Resonanz wird von den Organisatoren als wohltuend empfunden und veranlasst sie, auch künftig derartige Veranstaltungen mit Kombination von berufspolitischen und aktuellen fachlichen Themen durchzuführen.

Dr. med. Dietrich Steiniger
Vorsitzender der Kreisärztekammer Vogtlandkreis
Vorstandsmitglied der
Sächsischen Landesärztekammer

Nachruf für Herrn Dr. med. Klaus Däßler

* 3.6.1934
† 22.2.2006



Am 22. Februar 2006 verstarb nach kurzer schwerer Krankheit Herr Dr. med. Klaus Däßler in der Gewissheit seines christlichen Glaubens und in der Geborgenheit seiner Familie. Wir, seine Freunde, Kolleginnen und Kollegen, sind traurig und bestürzt.

Klaus Däßler wurde am 3. Juni 1934 in Freital geboren. Nach Besuch der Volksschule und des Vitzthumschen Gymnasiums und der Kreuzschule in Dresden begann der Tierarztsohn zunächst in Rostock ein landwirtschaftliches Studium, schwenkte aber bald zur Medizin um und legte 1958 das Staatsexamen in Dresden ab. Die Promotion erfolgte 1962. Nach Absolvierung verschiedener stationärer und ambulanter Abschnitte in Radeberg, Kurort Hartha, Freiberg und Freital

bestand er die Facharztprüfung für Allgemeinmedizin und war als Leiter der Staatlichen Arztpraxis Kurort Hartha und später als Leiter des Medizinischen Versorgungsbereichs Tharandt – Kurort Hartha unermüdlich und erfolgreich tätig.

Klaus Däßler hat die Entwicklung der Allgemeinmedizin in der DDR hautnah erlebt und aus seiner Tätigkeit als Weiterbildungsleiter für Allgemeinmedizin des Kreises Freital heraus auch bald aktiv mitgestaltet. 1968 bis 1991 war er Gründungs- und Vorstandsmitglied der Bezirks-gesellschaft Dresden der Gesellschaft für Allgemeinmedizin der DDR und an der wissenschaftlichen Entwicklung der Allgemeinmedizin besonders auf dem Gebiet der komplexen allgemeinmedizinischen Dispensairebetreuung beteiligt. Als echter Hausarzt engagierte er sich frühzeitig in der kommunalen Gesundheitspolitik. Immer aber standen für ihn seine Patienten und ihre Anliegen an erster Stelle. Er hat sie warmherzig, qualifiziert und aufopferungsvoll über Jahrzehnte betreut. So war es für ihn am Ende seiner Berufstätigkeit eine Beruhigung, seine Patienten in die Hände seines Sohnes Michael übergeben zu können.

Obwohl die Zeit nach der Wende und der Niederlassung in eigener Praxis 1991 noch knapper wurde, investierte er viel Kraft in die Entwicklung von Hartha als Kneippkurort, in seine damit verbundene Qualifizierung als Badearzt und in die Zusammenarbeit mit dem Forschungsinstitut für Balneologie und Kurortwissenschaft Bad Elster, mit dem Landessportbund und mit Kollegen aus Karlsbad und Marienbad. Er war Mitbegründer des

örtlichen Kneippvereins und auch nach Beendigung seiner Praxis dort noch aktiv.

In seiner kompetenten, klugen und bescheidenen Art hat er die erfolgreiche Entwicklung der 1992 neu gegründeten Sächsischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin bis 2002 als Gründungsmitglied und Vizepräsident maßgeblich gestaltet, Jahreskongresse und Klausurtagungen organisiert und wissenschaftliche Vorträge gehalten. Eine Reihe wissenschaftlicher Veranstaltungen fand unter seiner Leitung in Kurort Hartha statt.

Man wird der Persönlichkeit Klaus Däßlers nicht gerecht, wenn man nur sein riesiges Arbeitspensum betrachtet. Er war auch der feinsinnige, hilfreiche Mensch, ganz im christlichen Glauben stehend, dessen Freundschaft ein Geschenk war. Er war Ehemann und ein halbes Jahrhundert zutiefst mit seiner wunderbaren Ehefrau verbunden, die ihm bei allem Stress stets Halt und Geborgenheit gab. Er war auch Vaterpersönlichkeit für fünf Kinder und ihre Familien. Aller Oberflächlichkeit abhold, war er ein tiefer Freund und Förderer der Kultur und insbesondere der Musik, die ihn von Jugend auf begleitete. So rundet sich das Bild eines Arztes und Menschen, der für viele junge und ältere Ärztinnen und Ärzte Vorbild war.

Wir sind traurig, aber zugleich dankbar, dass wir mit ihm zusammen leben, lachen und schaffen durften. Wir werden oft an ihn denken, denn er fehlt uns.

Dr. med. Hanno Grethe, Sehma

Priv.-Dozent Dr. med. habil. Klaus Meinel zum 65. Geburtstag



Die lange Berufslaufbahn von Herrn Chefarzt Dr. Meinel gibt uns Anlass zur kurzen Reflexion seines Curriculum vitae. Die Darstellung seines beruflichen Schaffens gestaltet sich äußerst umfangreich – kaum möglich es vollständig zu erfassen.

Am 9. Dezember 1941 in Leipzig geboren, erfolgte, nach Schulabschluss und Studium an der Universität Leipzig, die Approbation 1966. Die anschließende Promotion zur Thematik „Spiroergometrische Untersuchungen an Trainierten und Untrainierten bei Sprintbelastung auf dem Laufband“ lässt noch eine sportmedizinische Ausrichtung vermuten.

1966 begann auch die Tätigkeit im St. Elisabeth-Krankenhaus Leipzig, Abteilung Frauenheilkunde, unter der Leitung von Chefarzt Josef Nowak. Dr. Meinel war nun überwiegend auf geburtshilflichem Gebiet tätig. Nach der Facharztprüfung 1971 begann er 1972 mit dem 1. SONO-Gerät „VIDOSON“ die Ultraschalldiagnostik im St. Elisabeth aufzubauen.

1976 erfolgte die Oberarztternennung. Den größten Raum seiner Arbeit nahm forthin der Ultraschall ein. Durch unzählige sonographische Untersuchungen bei schwangeren Frauen gelang es Herrn Dr. Meinel mit immer besserer Gerätetechnik ein neues Feld der Ultraschalldiagnostik

– die Pränatalmedizin – zu erschließen und gleichzeitig die reine vorgeburtliche Diagnostik auszubauen. Aufsehenerregend waren unter anderem die Erkennung von Drillingen im Ultraschall 1975 und Vierlingen (sogenannte Karl-Marx-Städter-Vierlinge) 1976.

Durch seine ausgezeichnete Untersuchungstechnik gepaart mit optimaler Geräteausstattung wuchs der Bekanntheitsgrad des St. Elisabeth-Krankenhauses in Sachen „Geburtshilfe und Ultraschall“ weit über die ehemalige Bezirksgrenze hinaus. Die Verbindung der Namen Meinel und Elisabeth-Krankenhaus Leipzig wurden so zum Qualitätsmerkmal für Schwangerenbetreuung und Entbindung. Seine umfangreichen Untersuchungen fanden Niederschlag in der Habilitationsschrift zum Thema: „Sonoanatomische Untersuchungen zum Nachweis oder Ausschluss kindlicher Fehlbildungen im 2. SS-Trimester“ 1985.

Schon 1988 wurde Herr PD Dr. Meinel nach Veröffentlichung seines Buches „Atlas der pränatalen Ultraschalldiagnostik“ unter anderem zum Internationalen Ultraschallkongress grenzüberschreitend nach ehemals West-Berlin eingeladen. Leider wurde ihm die Teilnahme mehrfach durch die staatlichen Organe versagt. Ein zweites und drittes Buch 1991 unter Mitarbeit von Issel und Watzek zur „Geburtshilflichen und gynäkologischen Ultraschalldiagnostik“ und 1993 mit Wilhelm und Sohn zur „Fetalen Sonoanatomie“ folgten. Mehrfache Co-Autorenschaft in der Ultraschallfachliteratur sowie viele Veröffentlichungen und unzählige Vorträge kennzeichnen seinen wissenschaftlichen Werdegang.

1990 erfolgte die Chefarztternennung. Die langjährige und zuverlässige Leitung unserer Abteilung Geburtshilfe war geprägt durch einen Führungsstil, der nie autoritär war, sondern sachlich, korrekt, aber auch bestimmt. Ärzte, Hebammen und Schwestern schätzten nicht nur seine großen Erfahrungen in unserem Fachgebiet, sondern vielleicht viel wichtiger – das Vertrauen zum Chefarzt, begründet durch

menschliche Nähe und sachliche Herangehensweise.

Nach der Vereinigung 1990 erhielt PD Dr. Meinel in Anerkennung seiner Leistungen in der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM) den Status der Stufe 3. Neben Prof. Bollmann/Charite Berlin, PD Eichhorn / Weimar und Dr. Gola / Magdeburg war er einer der vier Stufe-3-Inhaber für die neuen Bundesländer. In diesem Gremium nahm er aktiv entscheidenden Einfluss auf die Umsetzung des Stufenkonzeptes im Ultraschall und legte die Qualitätsmerkmale der sonographischen Untersuchung für die Geburtshilfe mit fest.

Während seiner ärztlichen und wissenschaftlichen Tätigkeit betreute er zusätzlich 20 Promovenden und führte sie zum erfolgreichen Abschluss der Dissertation. Seine Aktivitäten als klinischer Lehrer für die Ausbildung vieler niedergelassener Frauenärzte durch die im St. Elisabeth laufenden Ultraschallkurse sind zu würdigen. Ebenso war er als KV-Prüfer zur Erlangung der Qualifizierung für Feindiagnostik und Dopplersonografie und als Gutachter in unserem Fachgebiet tätig.

Im Jahr 2003 wurde er zum Ärztlichen Direktor des St. Elisabeth-Krankenhauses ernannt. Diese Aufgabe erforderte zusätzlich zur Abteilungsleitung nun noch mehr administrative Tätigkeiten im Gesamtrahmen der Leitung des Hauses.

Für viele Mitarbeiter, ehemalige Assistenten, Freunde und Patienten ist es kaum vorstellbar, dass Chefarzt Meinel aus dem Berufsleben ausscheidet und wer ihn kennt, weiß genau, das er nach über 40-jähriger ärztlicher Tätigkeit keinesfalls einer Tat- oder Ratlosigkeit anheim fallen wird.

Wir wünschen Herrn Dr. Meinel dazu Gesundheit, Vitalität, Kreativität und ein erfülltes Alter. Unsere Gedanken sind besonders bei seiner Familie, die ihn jetzt braucht und die ihn in all den Arbeitsjahren jederzeit unterstützt hat.

Dr. med. Carsten Springer
St. Elisabeth-Krankenhaus Leipzig

Unsere Jubilare im Januar

Wir gratulieren

60 Jahre

01. 01. Dr. med. Wagler, Gerd
02708 Löbau
01. 01. Dr. med. Wodtke, Jürgen
04779 Wermisdorf
03. 01. Dr. med. Schumann, Ulrich
01069 Dresden
04. 01. Dr. med. Peter, Stefan
09599 Freiberg
07. 01. Dr. med. Breitfeld, Pitt
08371 Glauchau
08. 01. Dipl.-Med. Bormann, Rose
08058 Zwickau
08. 01. Dipl.-Med. Müller, Sabine
04179 Leipzig
11. 01. Friedrich, Michael
08491 Lauschrün
11. 01. Dr. med. Wagner, Dagmar
01217 Dresden
20. 01. Dr. med. Schmidt, Stephan
01324 Dresden
22. 01. Dr. med. Kamprad, Dieter
09669 Frankenberg
25. 01. Prof. Dr. med. habil. Joraschky, Peter
01307 Dresden
26. 01. Dr. med. Oettler, Wilfried
01877 Bischofswerda
29. 01. Dr. med. Sachs, Ulrike
08451 Crimmitschau

65 Jahre

01. 01. Dr. med. Frömsdorf, Rainer
02708 Löbau
01. 01. Huschke, Barbara
02708 Löbau
01. 01. Dr. med. Matthes, Sylvia
09526 Olbernhau
01. 01. Dr. med. Reichert, Heidemarie
02923 Horka
02. 01. Dr. med. Böhme, Gisela
01561 Pristewitz
02. 01. Dr. med. Uhlemann, Inge
09618 Brand-Erbisdorf
03. 01. Dr. med. Birkenhagen, Ilse
01445 Radebeul
04. 01. Dr. med. Kohl, Gunda
09112 Chemnitz
05. 01. Dr. med. Scharfenberg, Reinhold
04103 Leipzig
06. 01. Jacob, Hermann
08223 Falkenstein
06. 01. Dr. med. Kinder, Ute
01097 Dresden
06. 01. Dr. med. Schmieder, Giselhart
04158 Leipzig
07. 01. Heinke, Klaus
02708 Löbau
08. 01. Dr. med. Richter, Hannelore
04289 Leipzig

10. 01. Dr. med. Hübner, Günter
08301 Schlema
11. 01. Dr. med. Merten, Ulrich
01326 Dresden
12. 01. Dr. med. Patzig, Karin
04347 Leipzig
12. 01. Dr. med. Seifert, Manfred
08468 Reichenbach
12. 01. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Tymnik, Gerd
01561 Skäßchen
13. 01. Dr. med. Beier, Wolfgang
04860 Torgau
15. 01. Dr. med. Müller, Almut
01139 Dresden
16. 01. Fickelscherer, Ingrid
01900 Brettnig-Hauswalde
17. 01. Dr. med. Harksel, Klaus
04860 Torgau
17. 01. Dr. med. Hunger, Klaus
09669 Frankenberg
18. 01. Dr. med. Klemm, Gudrun
01217 Dresden
19. 01. Dr. med. Haustein, Jürgen
02782 Seifhennersdorf
19. 01. Dr. med. Lenk, Gislinde
04229 Leipzig
22. 01. Dr. med. Feller, Ingrid
04158 Leipzig
22. 01. Dr. med. Hajesch, Ute
01705 Freital
23. 01. Dr. med. Gläser, Harald
09579 Grünhainichen
23. 01. Dr. med. Hüttner, Barbara
08523 Plauen
23. 01. Dr. med. Müller, Hermann
01796 Pirna
24. 01. Dr. med. Oeser, Gerhild
01324 Dresden
25. 01. Dr. med. Becker, Christian
01796 Pirna
25. 01. Dr. med. Kramer, Christian
01277 Dresden
25. 01. Dr. med. Lämmer, Bernd
04277 Leipzig
25. 01. Noack, Ingrid
01744 Dippoldiswalde
27. 01. Jahn, Siegrid
09337 Hohenstein-Ernstthal
27. 01. Dr. med. Olthoff, Karl-Heinz
09669 Frankenberg
27. 01. Ruhrmann, Wjdan
04155 Leipzig
27. 01. Dr. med. Siegel, Angelika
01796 Pirna
28. 01. Dipl.-Med. Volkmer, Ingrid
04299 Leipzig
29. 01. Dr. med. Bessen, Renate
01237 Dresden

29. 01. Dr. med. Halamoda, Heidemarie
01067 Dresden
29. 01. Hötzeltdt, Ilse
08280 Aue
29. 01. Dipl.-Med. Kawe, Gerd
04279 Leipzig
29. 01. Dr. med. Strunk, Renate
04356 Leipzig
30. 01. Fieber, Gudrun
01324 Dresden
30. 01. Dr. med. Zettl, Elke
09599 Freiberg
31. 01. Dr. med. Bergmann, Gisela
04155 Leipzig
31. 01. Dr. med. Schmidt, Wilhelm
02827 Görlitz

70 Jahre

03. 01. Dr. med. Richter, Eva-Maria
01328 Dresden
04. 01. Dr. med. Aschenborn, Christine
08058 Zwickau
04. 01. Dr. med. Bräunig, Konrad
08541 Theuma
07. 01. Prof. Dr. med. habil. Rupprecht, Edgar
01187 Dresden
08. 01. Prof. Dr. med. habil. Ebert, Rolf
01217 Dresden
08. 01. Doz. Dr. med. habil. Hempel, Gottfried
01855 Saupsdorf
11. 01. Dr. med. Anger, Regine
04425 Taucha
12. 01. Dr. med. Pittschaft, Helga
04249 Leipzig
15. 01. Dr. med. Schrader, Dieter
04179 Leipzig
15. 01. Dr. med. Winkler, Ingrid
02906 Niesky
16. 01. Hänel, Helgard
04155 Leipzig
20. 01. Dr. med. Blum, Nora
01324 Dresden
21. 01. Dr. med. Mehlhose, Barbara
09127 Chemnitz
21. 01. Schäfer, Rosemarie
04155 Leipzig
22. 01. Dr. med. Kleemann, Christine
04288 Leipzig
23. 01. Prof. Dr. med. habil.
Platzbecker, Heinrich
01328 Dresden
25. 01. Dr. med. Albrecht, Evelyn
09366 Stollberg
25. 01. Dr. med. Bauermeister, Brigitte
04288 Leipzig
25. 01. Dr. med. Jäger, Siglinde
01920 Gödclau
26. 01. Dr. med. Parulewski, Lothar
07985 Elsterberg

27. 01. Prof. Dr. med. habil. Andreas, Klaus
01219 Dresden
28. 01. Dr. med. Thieme, Reiner
09496 Marienberg
30. 01. Dr. med. Nowak, Gisela
04275 Leipzig
31. 01. Dr. med. Quast, Manfred
04109 Leipzig

75 Jahre

08. 01. Dr. med. Sonntag, Irma
04463 Großpösna
10. 01. Dr. med. Quensel, Gerda
04103 Leipzig
11. 01. Werner, Friedmar
01819 Berggießhübel
14. 01. Dr. med. di Pol, Gerhard
04107 Leipzig
16. 01. Dr. med. Wallauer, Peter
02826 Görlitz
17. 01. Dr. med. Köhler, Marianne
09366 Stollberg
23. 01. Dr. med. Ullrich, Bernhard
04687 Trebsen
28. 01. Prof. Dr. med. habil. Bilek, Karl
04317 Leipzig
30. 01. Dr. med. Elsner, Joachim
01324 Dresden

80 Jahre

17. 01. Dr. med. Karwath, Werner
09456 Annaberg-Buchholz
20. 01. Prof. Dr. med. habil. Rose, Wolfgang
01277 Dresden

22. 01. Dr. med. Hahn, Winfried
09648 Mittweida
23. 01. Prof. Dr. sc. med. Kaden, Wolfgang
08315 Bernsbach

81 Jahre

01. 01. Prof. Dr. med. habil. Aßmann, Dietmar
01796 Pirna
13. 01. Dr. med. Schubert, Edith
08066 Zwickau
20. 01. Dr. med. Peschel, Gerhard
09130 Chemnitz

82 Jahre

01. 01. Dr. med. Bernhard, Joachim
01326 Dresden
03. 01. Dr. med. Keller, Ruth
04838 Eilenburg
08. 01. Dr. med. Kliemant, Günter
01612 Nünchritz
22. 01. Dr. med. Bulang, Benno
02625 Bautzen

83 Jahre

13. 01. Prof. Dr. med. habil.
Dürwald, Wolfgang
04299 Leipzig

84 Jahre

31. 01. Dr. med. Kliemant, Hans-Jürgen
01662 Meißen

85 Jahre

07. 01. Dr. med. Rocholl, Albrecht
01309 Dresden

86 Jahre

13. 01. Dr. med. Purrucker, Fritz
09114 Chemnitz
18. 01. Dr. med. Herzog, Eleonore
01217 Dresden
26. 01. Dr. med. Möbius, Werner
01723 Wilsdruff

87 Jahre

28. 01. Dr. med. Lorenz, Irene
01067 Dresden

88 Jahre

02. 01. Dr. med. Patzelt, Oskar
04808 Wurzen
09. 01. Dr. med. Gawantka, Joachim
09481 Scheibenberg
22. 01. Dr. med. Nickol, Renatus
01219 Dresden

90 Jahre

23. 01. Dr. med. Illing, Heinrich
09496 Marienberg

94 Jahre

02. 01. Dr. med. Runge, Anneliese
04129 Leipzig
04. 01. Dr. med. Langer, Horst
01689 Weinböhla

Dr. Hope Bridges Adams Lehmann

* 1855

† 1916

Die erste Frau, die in Deutschland das medizinische Staatsexamen ablegte

Hope Bridges Adams Lehmann ist kaum bekannt: Als erste Ärztin Deutschlands gilt Dorothea Erxleben, die sich durch praktische Tätigkeit und im Selbststudium ihr medizinisches Wissen aneignete und mit königlicher Sondererlaubnis 1754 in Halle extern promoviert wurde. Die ersten im modernen Sinn universitär ausgebildeten und in Deutschland praktizierenden Ärztinnen waren Emilie Lehms

und Franziska Tiburtius; beide hatten ihre akademische Ausbildung in der liberalen Schweiz absolviert. Bridges Adams schaffte es dagegen, 1880 – also vor fast genau 125 Jahren – in Leipzig und damit erstmals in Deutschland ein Staatsexamen ablegen zu dürfen. Danach dauerte es 22 Jahre, bis wieder eine Kandidatin zur medizinischen Abschlussprüfung zugelassen wurde; Bridges Adams' Zeugnis wurde im Übrigen erst 1904 nachträglich offiziell anerkannt. Wer war diese Frau?

Am 16. Dezember 1855 wurde Hope Bridges Adams in Hallifort bei London geboren. Sie war das jüngste Kind des weit gereisten Ingenieurs und Publizisten William Bridges Adams und seiner (dritten) Frau Ellen. Das Elternhaus war unkonventionell und eher gesellschaftskritisch eingestellt und könnte so den Boden für das spätere politische Engagement der jungen Ärztin bereitet haben. Als sich Hope im Herbst 1876 entschloss, in Leipzig Medizin zu studieren, war

neben ihr nur noch eine weitere Frau als Gasthörerin (ein anderer Status war nicht möglich) eingeschrieben: Marie von Oertel aus Odessa, die 1878 nach Bern wechselte.

Die Leipziger Medizinische Fakultät war in den 1870er Jahren dem Frauenstudium gegenüber durchaus aufgeschlossen und hatte im Gegensatz zum akademischen Senat und zum Kultusministerium Frauen sogar zur Immatrikulation zulassen wollen. Das formale Problem bestand jedoch darin, dass Mädchen kein Abitur vorweisen konnten, da Gymnasien den Knaben vorbehalten waren. Insbesondere die bei den Hörerinnen fehlenden Lateinkenntnisse wurden als Hinderungsgrund angeführt (gerade auch von den männlichen Kommilitonen, die auf die neue Konkurrenz nicht gut zu sprechen waren). Erst etwa 10 bis 15 Jahre später gab es vereinzelt externe Kurse und spezielle Prüfungen. 1893 wurde in Karlsruhe das erste Mädchengymnasium eröffnet; auch das Königliche Gymnasium in Dresden ließ nunmehr Abiturientinnen zu. Die reguläre Immatrikulation von Frauen führte Leipzig zum Sommersemester 1906 ein.

In ihrem „externen“ Status konnten die Medizinstudentinnen offiziell kein Physikum ablegen, die – vollständigen – Zeugnisse von Bridges Adams und von Oertel wurden daher nicht anerkannt. Das Vorücken in den klinischen Ausbildungsabschnitt mit dem Besuch der entsprechenden Vorlesungen wurde jedoch gestattet. Für das Praktikum in Gynäkologie und wohl auch in Chirurgie musste Bridges Adams allerdings nach Dresden ausweichen und erhielt ihre Ausbildung in der Königlichen Entbindungsanstalt und Frauenklinik bei Franz von Winckel, dem seinerzeit einzigen Klinikdirektor in Deutschland, der Frauen als Volontärinnen einstellte.

Das Staatsexamen blieb aber eine gewaltige Hürde. Nicht einmal die Intervention des britischen Konsuls und die Fürsprache der Kaiserin Augusta bewirkten seitens des Ministeriums eine Zulassung. Wenn Bridges Adams dennoch diese Prü-

fung ablegen durfte, dann verdankte sie dies allein der Kulanz der beteiligten Professoren, die sie in allen Fächern prüften und ihr ein Zeugnis ausstellten. Ihr Promotionsgesuch wurde jedoch abgelehnt, so dass schließlich auch sie nach Bern ausweichen musste, um den Doktorgrad zu erwerben (den sie allerdings bis 1904 in Deutschland nicht führen durfte). Ihre Studierenerinnerungen an Leipzig müssen aber durchaus positiv gewesen sein, denn 1881 verfasste sie für den ‚Lancet‘ einen Artikel über die gute, praxisnahe Mediziner- und Ausbildung in Deutschland.

Anfang 1882 heiratete Hope in Frankfurt a.M. ihren früheren Kommilitonen Dr. Otto Walther. Ohne Approbation und daher rechtlich „Kurfuschern“ gleichgestellt, praktizierte sie zunächst in dieser Stadt unter dem damals unüblichen Doppelnamen Adams Walther in einer Gemeinschaftspraxis mit ihrem Ehemann, ohne ihre eigenen Rezepte, Totenscheine usw. unterschreiben zu dürfen. Daneben fanden die Walthers als überzeugte Sozialdemokraten Zeit für politisches Engagement. Trotz polizeilicher Beobachtung und selbst als Hope nach der Geburt ihres zweiten Kindes an Tuberkulose erkrankte und die Familie aufs Land ziehen musste, war ihr Haus ein konspirativer Treffpunkt, wo z. B. auch Clara Zetkin, August Bebel und Wilhelm Liebknecht verkehrten. In diesem Kreis lernte Hope auch ihren späteren zweiten Mann, Dr. Carl Lehmann, kennen, den sie 1896 heiratete.

Im gleichen Jahr erschien Adams Lehmanns umfangreichstes Buch, ein über das Medizinische weit hinausgehender Gesundheitsratgeber für Frauen. Darin sowie in ihren zahlreichen sonstigen Schriften verband die Autorin Informationen zu Hygiene, Sexualität, Verhütung und Kinderpflege bis hin zu zuträglicher Kleidung (es ist die Zeit, in der viele Frauenrechtlerinnen gegen das Korsett vorgehen) mit gesellschaftlichen bzw. politischen Themen, wie Ehe und Familie, Armut und Ernährung, Arbeits- und Wohnbedingungen, Erziehung und Bildungs-

wesen, öffentliche Gesundheitsfürsorge und ärztliche Betreuung der Arbeiterschicht.

Die Lehmanns ließen sich in einer gemeinsamen Praxis als Ärzte in München nieder, allerdings erscheint Dr. Hope Adams Lehmann im Ärzteverzeichnis erst ab 1906, nachdem sie die deutsche Approbation erhalten hatte. Die Klientel bestand hauptsächlich aus ärmeren Patientinnen, die auch vielfach eine psychosoziale Betreuung benötigten. Das Ehepaar war weiterhin politisch aktiv und Mitglied in verschiedenen reformorientierten Zirkeln. Die engagierte Ärztin entwickelte beispielsweise ein Krankenhauskonzept, in dem die damals noch ganz unübliche Klinikentbindung sowie die professionelle Nachbetreuung eine wichtige Rolle bei der Erhaltung der Gesundheit von Frauen spielen sollten und in dem nicht zwischen Kassenpatientinnen und Selbstzahlern unterschieden würde. Auch an einem zweisprachigen Kindergarten und einem reformpädagogischen Schulprojekt waren die Lehmanns beteiligt, die sich auch den pazifistischen Kriegsgegnern anschlossen. In dieser Weise politisch suspekt und konkret durch ihren Einsatz für Geburtenkontrolle und für eine Liberalisierung des Abtreibungsrechts sowie wegen der gynäkologischen Betreuung ärmerer Frauen geriet Adams Lehmann 1914 in den Verdacht, illegale Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt zu haben. Die Vorwürfe erwiesen sich als haltlos und das Verfahren wurde im August 1915 eingestellt. Zur psychischen und physischen Belastung durch den Prozess kam der plötzliche Tod ihres geliebten Mannes im April 1915, was zu einem körperlichen Zusammenbruch führte; Hope Adams Lehmann folgte ihm am 10. Oktober 1916.

Literatur bei der Verfasserin

Prof. Dr. Dr. Ortrun Riha
Karl-Sudhoff-Institut für Geschichte der Medizin
und der Naturwissenschaften
Augustusplatz 10 – 11, 04109 Leipzig

Arthur Läwen

Pionier und Wegbereiter der modernen Anästhesie

* 1876
† 1958



Quelle: Fotoarchiv des Städtischen Klinikums „St. Georg“ gGmbH Leipzig

Wirken und Werk Arthur Läwens sind eng mit der Entwicklung moderner allgemeiner und örtlicher Anästhesieverfahren verbunden. So setzte er erstmalig Curare zur Muskelentspannung bei operativen Eingriffen ein, entwickelte eine funktionsfähige Beatmungsmaschine und perfektionierte mittels seiner von ihm eingeführten Natriumbikarbonat-Novokainlösung die Sakral- und Paravertebralanästhesie als eine sichere Methode für die perioperative Schmerzausschaltung.

Georg Arthur Läwen wurde am 6. Februar 1876 im sächsischen Waldheim als Sohn eines Beamten geboren und ca. 7 Wochen später in der dortigen Schlosskirche getauft. Sein Medizinstudium führte ihn über Rostock, Freiburg und München schließlich an die Alma mater lipsiensis. Nach erfolgter Approbation und Promotion begann er 1900 seine chirurgische Ausbildung am Leipziger Diakonissenkrankenhaus bei Heinrich Braun, der damals bereits auf Grund seiner Verdienste auf dem Gebiet der örtlichen Betäubung weltweit bekannt war. Braun erkannte schnell die außergewöhnlichen Fähigkeiten Läwens und vermittelte ihm

1904 eine Assistentenstelle an der von Friedrich von Trendelenburg geleiteten Universitätsklinik in Leipzig. Es ist daher anzunehmen, dass die beiden chirurgischen Persönlichkeiten das Interesse Läwens für viele der damals ungelösten Fragen der Anästhesie geweckt haben. Nach seiner Habilitation im Jahre 1908 übernahm er als außerordentlicher Professor bereits 1912 – also 1 Jahr vor der offiziellen Eröffnung – die Leitung der chirurgischen Abteilung des neu erbauten Leipziger Krankenhauses „St. Georg“ und konnte somit wesentlich die Ausstattung und Gestaltung dieser Abteilung mit beeinflussen. Während des 1. Weltkrieges sammelte er als Sanitätsoffizier umfangreiche Erfahrungen zu Kriegsverletzungen, zu denen er in verschiedenen Standardlehrbüchern Stellung bezog. 1920 folgte er einem Ruf als Ordinarius für Chirurgie nach Marburg und begleitete diese Position bis zu seinem Wechsel 1928 nach Königsberg. Von 1941 – 43 war Läwen Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Mitte der 50er Jahre ernannte ihn die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie zu ihrem Ehrenmitglied. Am 30. Januar 1958 verstarb Arthur Läwen im Haus seiner Tochter in der Lüneburger Heide, in dem er seit 1945 lebte.

1906 setzte Läwen erstmalig Curare in tierexperimentellen Versuchen zur Behandlung des Tetanus ein. Die Anregungen dazu hat er mit großer Wahrscheinlichkeit von dem damaligen Leiter des Pharmakologischen Instituts der Universität Leipzig, Prof. Rudolf Böhm, erhalten. Böhm hatte zu diesem Zeitpunkt bereits bedeutende pharmakologische Forschungsergebnisse über verschiedene „Pfeilgifte“ erzielt und unter anderem 1895 eine Monografie über Tubo-curare veröffentlicht. Als Ergebnis seiner experimentellen Untersuchungen plädierte Läwen für den Einsatz von Curare zur symptomatischen Tetanusbehandlung, bei der allerdings neben der chirurgischen Herdsanierung und hoher Antitoxingabe gleichzeitig eine Beatmung über ein Tracheostoma durchzuführen sei. Einige Jahre später empfahl Läwen den

Einsatz von Curare auch bei Strychninvergiftung, ebenfalls wieder mit dem Hinweis einer parallel zu erfolgenden Beatmung. Läwen gebührt weiterhin das Verdienst, dass er gemeinsam mit R. Sievers einen elektrisch betriebenen „Respirationsapparat“ entwickelte und diesen erfolgreich bei einem Patienten mit hirndruckbedingter Atemdepression über mehrere Stunden einsetzte. In einem Artikel zu dieser Problematik widersprach Läwen dem berühmten Chirurgen Sauerbruch, der eine positive Druckbeatmung kategorisch ablehnte.

1912 berichtete Läwen erstmalig über die erfolgreiche Anwendung von Curare zur Muskeler schlaffung bei chirurgischen Eingriffen. Mit einer 2%igen Curarinlösung in einer Gesamtdosis bis zu 0,8 mg – subkutan oder intramuskulär injiziert – konnte er eine Abschwächung motorischer Impulse und somit bessere Bedingungen für einen ordnungsgemäßen schichtweisen Bauchdeckenverschluss am OP-Ende erreichen. Allerdings war es Läwen nicht mehr möglich, seine erfolgreich begonnene Forschung auf diesem Gebiet wegen Mangel an gereinigtem Curare weiterzuführen.

Ein anderer Schwerpunkt seiner wissenschaftlichen Forschung lag – wie bereits eingangs erwähnt – auf dem Gebiet der Lokalanästhesie. So führte Läwen detaillierte Studien über Wirkung und „Erholung“ der damals verbreiteten Lokalanästhetika Kokain, Novokain, Alypin und Stovain am isolierten Froschnerven durch und gelangte in Folge seiner Ergebnisse unter anderem zu der Erkenntnis, dass durch Stovain Nervenschädigungen auftreten können und deshalb vor dem Einsatz dieses Medikamentes zu warnen sei. Im Gegensatz dazu sah er zu Recht im Novokain, dass für viele Jahrzehnte als „das“ Lokalanästhetikum galt, ein zuverlässiges und brauchbares Anästhetikum mit relativ geringer Toxizität.

Ferner führte Läwen den Zusatz von Natriumhydrogencarbonat zur Novokainlösung in die klinische Praxis ein, mit dem Ziel einer Verbesserung der Anschlagzeit,

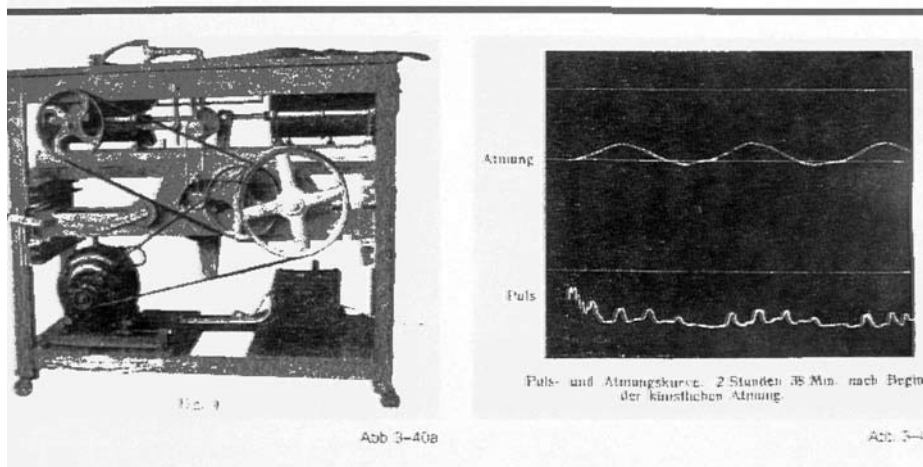


Abb. 1, links: Der von Läwen und Sievers konstruierte „Respirationsapparat“ mit dem Beatmungsschlauch und der Trendelenburgschen Trachealkanüle oben auf dem Gerät liegend
rechts: Puls- und Atmungskurve (mit Hilfe eines Jaquetschen Sphygmographen aufgezeichnet)
2 Stunden und 38 Minuten nach Beginn der künstlichen Atmung

Quelle: Läwen, A., Sievers, R. (1910): Zur praktischen Anwendung der instrumentellen künstlichen Respiration am Menschen, *Münch. med. Wochenschr.* 41, 2221–2225, Verlag Urban & Vogel, München

der Wirkdauer sowie der Qualität der sensiblen und motorischen Blockade. Selbstverständlich beschäftigte sich Läwen auch mit lokalanasthetischen Techniken. 1911 beschrieb er in einem Fallbericht die gezielten Blockaden des „12. Dorsalnerven abwärts bis zum 3. Lumbalnerven“ mit jeweils 10 ml einer bikarbonathaltigen 1%igen Novokainlösung zur Durchführung einer Pyelotomie „ohne zusätzliche Narkose“. Diese Methode bezeichnete Läwen als „paravertebrale“ Blockade und setzte diese später auch zur postoperativen Schmerztherapie nach Cholezystektomien, Gastrektomien und Nierenoperationen vor allem deshalb ein, um dadurch das Risiko einer postoperativen Pneumonie zu minimieren. Daruber hinaus wendete er paravertebrale Blockaden zur Behandlung ischialgieformiger Schmerzzustände an.

Arthur Läwen gelang es außerdem, die von Cathelin 1901 erstmalig beschriebene Methode einer sakralen Injektion von Kokain soweit zu entwickeln, dass mittels der von ihm propagierten Injektion von bis zu 25 ml einer 1,5%igen alkalisierten supreneninhaltigen Novokainlösung mit anschließender Beckenhochlagerung auch eine Schmerzausschaltung für abdomi-

nalchirurgische Eingriffe möglich war. Häufig kombinierte Läwen dieses Verfahren mit einer „Vollnarkose“ und sah hierin ein „ausgesprochen gutes somatisches Befinden“ der Patienten in der unmittelbaren postoperativen Phase. Richtigerweise erkannte Läwen bereits damals die Gefahr einer toxisch-systemischen Reaktion durch zu hohe Blutspiegel des Lokalanästhetikums und empfahl deshalb, das Lokalanästhetikum grundsätzlich langsam und vorsichtig zu injizieren. Auch warnte er – im Gegensatz zu vielen seiner Kollegen – vor zu großzügiger Anwendung dieses Verfahrens bei „fetten, herzschwachen, senilen, arteriosklerotischen, neuropathischen und blutarmen Individuen“. Weitere Forschungsschwerpunkte Läwens lagen in der Anwendung des rektal zu applizierenden Narkotikums Avertin, welches er erstmalig über einen 13tagigen Zeitraum zur Behandlung eines Tetanuspatienten einsetzte. Außerdem entwickelte Läwen eine Heizvorrichtung zur Vorwärmung von Äther- und Chloroformdampfen, die von ihm als „Thermophor“ bezeichnet wurde. Er wollte damit in Kombination mit Vorwärmen des OP-Tisches, höherer Raumtemperatur im OP-Saal und Spülung der Bauchhöhle mit

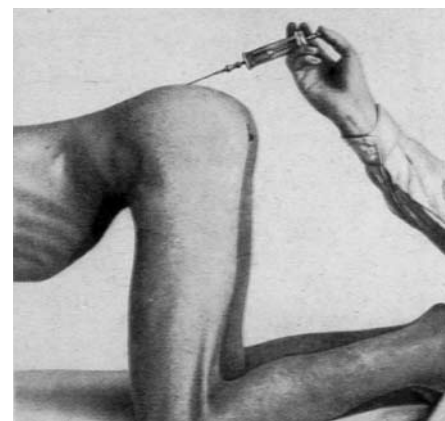


Abb. 2: Sakralanasthesie um 1910
Quelle: H. Braun u. A. Läwen (1951): Die örtliche Betäubung, ihre wissenschaftl. Grundlagen und praktische Anwendung, 9. Aufl., Arbeitsgemeinschaft medizinischer Verlage GmbH, Johann Ambrosius Barth Verlag, Leipzig

warmer Kochsalzlösung ein Unterkühlen des Patienten verhindern und somit auch weitere postoperative Komplikationen minimieren.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Arthur Läwen in vieler Hinsicht seiner Zeit weit voraus war und bereits Anfang des 20. Jahrhunderts mit der Curarisierung und Beatmung alle Schlüssel der heutigen Anästhesie fest in der Hand hatte, so wie dies auch der Heidelberger Ordinarius für Chirurgie, K.H. Bauer, 1953 sagte. Läwen war es noch zu Lebzeiten vergönnt, seine Idee einer Kombinationsnarkose unter gleichzeitiger Anwendung der maschinellen Beatmung zu erleben. Auf eine ihm kurz vor seinem Tod gestellte Frage, warum die von ihm propagierte Curareanwendung nicht früher fuß gefasst habe, soll er geantwortet haben: „Sauerbruch war dagegen“. Leider gerieten seine herausragenden und zukunftsweisenden Forschungsergebnisse bald in Vergessenheit. Erst in letzter Zeit fand das Lebenswerk Arthur Läwens eine gebührende Beachtung.

Wir, die sächsischen Anästhesisten, Chirurgen und anderen Fachvertreter, sollten dem ehemaligen Kollegen ein ehrendes und bleibendes Gedenken bewahren.

Literatur beim Verfasser
Priv. Doz. Dr. Bernd Wiedemann, Leipzig

Weihnachtsaufruf „Ärzte helfen Ärzten“

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,
wir brauchen Ihre Hilfe, damit wir Anderen helfen können.

Seit über 50 Jahren kümmert sich die Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ um Arztkinder, die unsere Unterstützung brauchen. Waren es noch in den 50er Jahren vor allem Kinder ehemaliger DDR-Bürger, die die letzte Gelegenheit zum Verlassen des Unrechtsstaates genutzt hatten, so setzte die Stiftung ab Anfang der 60er Jahre neue Schwerpunkte. Seit dem sind es vor allem Kinder bedürftiger Ärzte, Halb- und Vollwaisen aus Medizinerfamilien, die dringend Hilfe benötigen und sie bei der Hartmannbund-Stiftung finden. Ziel ist es neben der Förderung sozial benachteiligter junger Menschen vor allem, ihnen jenseits ihrer eigenen Möglichkeiten einen Weg in den Beruf zu ermöglichen. Eine Vielzahl von Kolleginnen und Kollegen fand durch unsere Hilfe außerdem den Weg zurück in den Arztberuf.

Es ist aber nicht nur die materielle Spende, die unsere Kollegen und deren Kinder erreicht. Sie ist im ideellen Sinne gleichzeitig sichtbares Zeichen der Anteilnahme und des Verständnisses. Denn meist brauchen diejenigen unsere Hilfe, die völlig unerwartet und unverschuldet aus ihrem bisherigen wirtschaftlichen und sozialen Umfeld gerissen werden.

Dass dieses soziale Engagement innerhalb der ärztlichen Berufsgruppen immer wieder möglich ist, dafür danken wir denen herzlich, die jedes Jahr wieder durch Ihre Spendebereitschaft die Arbeit der Stiftung zu unterstützen. Damit auch weiterhin Ärzte anderen Ärzten und ihren Kindern helfen können, brauchen wir ihre Hilfsbereitschaft! Unterstützen Sie durch Ihre Spende bitte die Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“.

Mit herzlichen kollegialen Grüßen

Prof. Dr. Dr. h.c. Hoppe
Präsident der Bundesärztekammer und
des Deutschen Ärztetages

Dr. Köhler, 1. Vorsitzender der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung
Dr. Winn, Vorsitzender des Hartmannbundes –
Verband der Ärzte Deutschlands e. V.
Dr. Montgomery
1. Vorsitzender des Marburger Bundes –
Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen
und Ärzte Deutschlands e. V., Bundesverband
Dr. Zollner
Bundesvorsitzender des NAV-Virchow-Bundes –
Verband der niedergelassenen Ärzte
Deutschlands e. V.
Frau Dr. Bühnen
Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes e. V.
Prof. Dr. Weiser
Präsident des Verbandes der leitenden
Krankenhausärzte Deutschlands e. V.
Dr. Walter
Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärzte des
Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V.
Dr. Dr. Weitkamp
Präsident der Bundeszahnärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der Deutschen
Zahnärztekammern e. V.
Dr. Sundmacher
Bundesvorsitzender des Freien Verbandes
Deutscher Zahnärzte e. V.
Dr. Breitling
Präsident der Bundestierärztekammer e. V.

Deutsche Apotheker- und Ärztekasse e.G. Stuttgart
Konto-Nr. 0 001 486 942
BLZ 600 906 09

Das Insekt des Jahres 2006 Der Siebenpunkt-Marienkäfer

Der Marienkäfer hatte sich vorgenommen, uns das ganze Jahr hindurch mit Freude durch seine Erscheinung und mit einem Gefühl des Glückes zu begleiten. Es sollte für unseren Siebenpunkt ein ganz besonders Jahr sein. Er konnte nicht ahnen, dass er mit seiner Absicht auch in diesem Jahr auf so allerlei Schwierigkeiten stoßen werde. Eigentlich konnte er dies „wissen“, denn in Tausenden von Jahren begleitet uns der erfahrene Glücksbringer. Es wurde eine um die 20.000 Jahre alte Marienkäferplastik aus Mammutelfenbein gefunden, die möglicherweise schon damals als Glückssymbol schmückte. Und bis heute hat der Marienkäfer seinen guten Ruf zu keiner Zeit vermissen müssen. Es gibt wohl kein Insekt, das derart innig von jung bis alt geliebt, behütet, ge-

lobt und beschützt wird. Weit über 1000 Bezeichnungen und Kosenamen hat der Volksmund für den hübschen Käfer im schwarzroten Gewand geprägt. Herrgottschäfchen, Himmelkühlchen und Marienkäferchen waren die Anreden, welche aus dem Munde meiner Eltern die Zuneigung und Bewunderung zu den possierlichen Tierchen weckten. Unvergesslich sind die Augenblicke, in denen der kleine Käfer auf seinen leichten Füßchen am Finger ganz nach oben läuft, um, dort angekommen, seine kleinen Flügelchen zu lüften und vom leichten Hauch befördert, in den blauen Himmel zu starten.

Die Marienkäfer sind eine sehr große Käferfamilie. Weltweit sind 5500 Arten beschrieben, aus Europa kennen wir 230 und aus Deutschland 80 verschiedene

Arten. Durch ihre kurzovale und halbkugelige Gestalt sind die Marienkäfer gut zu erkennen. Ihre farbliche Vielgestaltigkeit kennt einen Mythos. Es ist leider sicher – die Punkte zählen nicht die Lebensjahre. Unser Siebenpunkt nimmt seine Entwicklung wie jedes Insekt vom Ei zur Larve, welche sich der Mehrzahl der Marienkäfer gleich von Blattläusen ernährt. Es folgt ein Puppenstadium aus dem ein junger, für wenige Stunden fahlgelber und noch ganz weicher Käfer schlüpft. Nach Härtung seiner Chitinhülle beginnt er sich zu färben. Und nach Erhalt seiner ganzen Schönheit trägt er seine sieben Punkte auf dem Kleid. Anders gepunktete Marienkäfer zählen zu anderen Arten. Auch die Käfer fressen nun die von uns wenig gemochten Blattläuse und

haben damit einen für uns sehr nützvollen Speisezettel. Die Blattläuse wird der Marienkäfer niemals vernichten, wenn er auch noch so geschäftig auf dem verlaus-ten Blumenstück umherläuft. Es ist ein Naturgesetz, wonach Räuber niemals ihre Lebensgrundlage vernichten, vielmehr eher durch Selektion von kranken Beutetieren zur Gesundheit ihrer Nahrungsgrundlage beitragen. In unserem Klima bringt der Siebenpunkt eine Generation im Jahr hervor. Nach einer Winterruhe, die die Käferchen oft gesellig verbringen, erfolgt nach einem Frühjahrsschmaus die Befruchtung. Larven findet man dann in den Blattlauskolonien im Juni und Juli. Die jungen Käfer begleiten uns vom Hochsommer bis in den späten Herbst hinein. Oft verirren sich die Käfer in den Behausungen bei der Suche nach einem Winterschlafplätzchen. Der Siebenpunkt ist von Europa bis Asien verbreitet. Während er bei uns nur einen Lebenszyklus im Jahr durchlaufen kann, ermöglicht das Klima in Indien bis zu 20 Generationen. Aber auch in unseren Breiten finden wir Massenvermehrungen, so an den Küsten in manchen Jahren. Dort kommt es dann schon einmal vor, dass aus Mangel an Blattläusen das eine oder andere Käferchen aus lauter Hunger auch einmal einen



Der Siebenpunkt (*Coccinella septempunctata*) an einer Tollkirsche (*Atropa belladonna*)

völlig ahnungslosen Urlauber zwickt. Die Körperflüssigkeit, auch Hämolymphe genannt, kann der Käfer durch die Gelenke absondern. Dies geschieht beim Anfassen oder bei Erregung. Dabei kann man einen charakteristischen Geruch nach Chinonen wahrnehmen, der jeden Vogel verschreckt.

So kann der Siebenpunkt recht unbekümmert leben, nur wenige Parasiten muss er fürchten. Marienkäfer widerstehen auch dem Gift von Pflanzen. Pflanzengifte gelangen über die Blattläuse in die Käfer und können erhebliche Konzentrationen erreichen. So lebt der ebenfalls häufige Zweipunkt in den Kolonien der Hollunderblattlaus und nimmt dabei beträchtliche Mengen des blausäurehaltigen Glycosids Sambunigrin auf. Er vertilgt so die giftigste Laus...

Das zu Ende gehende Jahr entlässt den Käfer mit den magischen sieben Punkten nicht aus seiner Mission. Unser Glücksbringer wird uns auch in Zukunft hoffen lassen. Wir achten, lieben und ehren den Marienkäfer als echten Freund. Seine Lebensart, sein Widerstand, seine Anmut, die unvergängliche Schönheit und seine Inspiration werden uns in das nächste Jahr begleiten und stärken in unserem Tun.



Marienkäferglück

Dr. med. Hannes Rietzsch
Saarplatz 3, 01189 Dresden

Weihnachtsmärkte

Für viele Menschen in unserem Land beginnt die schönste Zeit des Jahres Ende November. Dann fängt die Vorweihnachtszeit an und es ist wieder Weihnachtsmarkt in Deutschland. Diese Zeit ist wohl die besinnlichste Zeit eines Jahres. Sie ist geprägt von Kerzenlicht und Plätzchenduft, von weihnachtlicher Vorfreude und der Möglichkeit den Weihnachtsmarkt zu besuchen.

Die meisten Besucher gehen mit der Familie und den Kindern, aber auch mit Freunden auf den Weihnachtsmarkt. Es gibt an Buden Geschenke und Leckereien zu kaufen. Bratwurst, Glühwein, Zuckerwatte, Waffeln sowie Pfefferkuchen schmecken besonders gut. Der Weihnachtsmarkt ist wirklich eine gute Einstimmung auf das Weihnachtsfest.

An vielen Orten wird der Weihnachtsmarkt in der Vorweihnachtszeit abgehalten und je nach lokaler Tradition wird er Christkindlesmarkt, Christkindlemarkt, Christkindlmarkt oder Adventmarkt genannt.

Ursprünglich dienten die Weihnachtsmärkte dazu der Bevölkerung zum Beginn der winterlichen Jahreszeit die Möglichkeit zu geben, sich mit dem Bedarf für die Winterzeit einzudecken. Im Laufe der Zeit wurden die Weihnachtsmärkte zu einem festen Element des weihnachtlichen Brauchtums. Zum eigentlichen Weihnachtsfest, spätestens zum heiligen Abend, sind die meisten Märkte aber bereits wieder abgebaut.

Ein typischer Weihnachtsmarkt hat zahlreiche Verkaufsstände und Buden oder Zelte auf den Straßen und Plätzen eines Ortes, in der Regel im Zentrum, oft vor historischer Kulisse. Neuerdings sind auch häufig Schausteller mit Fahrgeschäften und Reitschulen anzutreffen. Es werden weihnachtliche Backwaren wie Lebkuchen, Gewürzkuchen, Spekulatius, Weihnachtsstollen, verschiedene Süßigkeiten, Schokoladenfiguren, Zuckerwatte, gebrannte Mandeln, warme Speisen wie Bratwurst, Mutzbraten und Steaks sowie heiße und kalte Getränke wie Glühwein, Most und Alkoholika angeboten.

Regional unterschiedlich werden weihnachtliche Spezialitäten verkauft. Zum obligaten Programm des Weihnachtsmarktes gehören auch Verkaufsplätze mit Weihnachtsschmuck und typischen Weihnachtsartikeln, wie Christ-

baumkugeln, Adventssternen, Lametta oder kunstgewerblichen Artikeln, wie Schwibbögen, Räuchermännchen, Weihnachtskrippen und Duftkerzen. Auch Tannenbäume werden häufig auf dem Weihnachtsmarkt verkauft. Die Angebote von Bäckereien und Fleischereien dürfen nicht fehlen.

Letztendlich kann man auch Mützen, Hüte, Schals, Handschuhe, Pullover, Schuhe und Strümpfe erwerben.

Zu den meisten Weihnachtsmärkten gehört ein künstlerisches und kulturelles Rahmenprogramm. Kleine Bühnen sind dazu aufgebaut. Hier werden Krippenspiele oder weihnachtliche Stücke und Märchen vorgespielt und es wird musiziert. In der Regel tritt mehrfach täglich eine Bläsergruppe auf der Bühne oder auf dem Rathausbalkon auf und unterhält mit weihnachtlicher Musik.

Der Nikolaus oder der Weihnachtsmann, in manchen Gegenden auch das Christkind, sind zugegen und verteilen für die Darbietung kleiner Gedichte oder Lieder durch die Kinder Süßigkeiten an sie oder sie zeigen den Ungehorsamen die Rute. Oft werden Weihnachtskrippen oder andere Figurengruppen mit Szenen aus den Märchen, beispielsweise der Brüder Grimm, aufgestellt und in manchen Regionen gibt es auch lebende Krippen mit echten Schafen, Eseln und Ziegen.

In die Mitte des Marktes wird ein beleuchteter Weihnachtsbaum gestellt. Den besonderen Reiz erlangt der Weihnachtsmarkt durch die Weihnachtsmusik. Durch die festliche Beleuchtung in der Dämmerung sowie in den Abendstunden, die im Kontrast zur hereinbrechenden Nacht besteht, ist ein besonderes Flair dabei. Zuweilen fällt im Flachland auch der erste Schnee und setzt einen zusätzlichen Kontrast. Im Gebirge und in schneesicheren Regionen ist die winterliche Atmosphäre vorhanden.

Auf den großen Weihnachtsmärkten werden Waren des regulären Geschäftes vertrieben und häufig sind auch Vereine oder Organisationen zugegen, die meist selbstgefertigte Gegenstände verkaufen und den Erlös karitativen Zwecken zuführen. In kleineren Orten werden zum Beispiel nur an einem Tag oder an einem Wochenende im Advent Weihnachtsmärkte oder Basare durchgeführt.

Große Weihnachtsmärkte werden in Deutschland in allen Großstädten wie zum Beispiel Augsburg, Berlin, Dortmund, Dresden, Frankfurt am Main, Hannover, Leipzig, Lübeck, München, Nürnberg, Rostock, Stuttgart, Trier und Ulm, um nur einige zu nennen, veranstaltet.

Über Deutschland hinaus sind speziell die erzgebirgischen Weihnachtsmärkte bekannt. Diese finden zum Beispiel in Annaberg-Buchholz, Chemnitz, Freiberg, Seiffen, Schneeberg und Schwarzenberg statt. Sie sind vor allem durch die jahrhundertealte Bergbautradition im Weihnachtsland geprägt. Der Name Weihnachtsland ist auch ein Synonym für das Erzgebirge nicht zuletzt deshalb, weil entweder hauptgewerblich oder nebegewerblich das ganze Jahr über traditionell weihnachtliche Artikel, insbesondere Holzschnitzereien und Pyramiden, Schwibbögen sowie Räuchermännchen und Engelfiguren hergestellt wurden und werden. Zu den Märkten werden dann große Bergparaden in der besonderen Atmosphäre traditionell geschmückter Bergbaustädte durchgeführt. Das Licht spielt für den Bergbau und in der Weihnachtszeit eine besondere Rolle, denn Licht bedeutet Leben.

Der Chemnitzer Weihnachtsmarkt wird vom 29. November 2006 bis zum 23. Dezember 2006 rund um das Rathaus abgehalten. Auch hier gibt es eine lange Tradition. Zu den Höhepunkten zählt auch hier die große traditionelle Bergparade und der mittelalterliche Weihnachtsmarkt.

Die große Weihnachtspyramide und der riesige Schwibbogen, aber auch die großen Figuren Bergmann und Engel sowie die Spiel-dose dürfen nicht fehlen. Die Konzertreihe „Musik zur Weihnacht“ ist sehr beliebt. Kulinarische Genüsse aus dem Erzgebirge runden den Markt ab.

Der Leipziger Weihnachtsmarkt findet vom 27. November 2006 bis zum 23. Dezember 2006 statt. Die City verwandelt sich dann traditionsgemäß in den großen Leipziger Weihnachtsmarkt. Die Tradition des Leipziger Marktes reicht bis in das Jahr 1767 zurück. Aufgrund seines einzigartigen kulturellen und kulinarischen Angebotes hat er inzwischen einen fast legendären Ruf erworben. Auch in diesem Jahr gibt es wieder viele Attraktionen



Weihnachtsmarkt in Dresdner Stallhof

Foto: Berthold

wie Bergparade, Gewandhauskonzerte, Thomanerchor, Märchenwald, Weihnachtsmannsprechstunde und Konzerte der Turmbläser vom Balkon des Alten Rathauses, um nur einige zu nennen.

In Dresden findet der 572. Striezelmarkt vom 29. November 2006 bis 23. Dezember 2006 statt. Der Dresdner Striezelmarkt ist offenbar der älteste Weihnachtsmarkt Deutschlands. Er wird alljährlich auf dem Altmarkt in Dresden veranstaltet. Aber auch in der Prager Straße findet weihnachtsmärktliches Treiben statt. Und der mittelalterliche Weihnachtsmarkt mit Adventsspektakel wird im Stallhof abgehalten.

Der Striezelmarkt geht zurück auf ein Privileg, das der sächsische Kurfürst Friedrich II. 1434 ausstellte. Ursprünglich handelte es sich dabei um einen eintägigen Fleischmarkt, der sich im Laufe der Zeit ausweitete. Der Name des Marktes leitet sich vom Dresdner Christstollen ab, der im Mittelhochdeutschen Struzel oder Striezel genannt wurde. Ab dem Jahre 1496 konnten die Händler bei der Stadt Dresden „Struzelbreiter“, also spezielle Handwagen für den Verkauf von Stollen anmieten. Im Jahre 1624 ist der Striezelmarkt so erfolgreich, dass auswärtige Händler eine starke Konkur-

renz für die Dresdner Marktreibenden sind. Auch heute noch ist der Striezelmarkt nicht nur für die Dresdner und Familien aus Sachsen sondern für Besucher aus aller Welt ein Höhepunkt. Der Pflaumentoffel wurde zum Symbolbild des Striezelmarktes.

Auch in der Bundeshauptstadt Berlin finden jedes Jahr mehrere Weihnachtsmärkte statt, die für das besondere Erlebnis in der vorweihnachtlichen Metropole sorgen und eine Menge Besucher anlocken. Diese Märkte sind unter anderem auf dem Alexanderplatz, an der Gedächtniskirche, in Spandau sowie in Berlin Mitte an der Staatsoper zu finden. Berliner Köstlichkeiten und Pfannkuchen, auch „Berliner“ genannt, gibt es hier neben den sonstigen Feinschmeckereien zum Fest zu naschen. Große Weihnachtsmärkte gibt es auch zum Beispiel in Österreich. 1294 wurde das Privileg zum Abhalten eines Dezembermarktes in Wien von Herzog Albrecht erteilt. Ab 1626 fand hier der Christkindlmarkt statt. Auch in Bregenz, Innsbruck Salzburg und Villach gibt es traditionsreiche Weihnachtsmärkte. Nicht zuletzt in der Schweiz, in Südtirol und in Italien sind Weihnachtsmärkte anzutreffen. Traditionelle Weihnachtsmärkte gibt es auch in Luxemburg und im Elsass. Als größter auslän-

discher Weihnachtsmarkt gilt der seit 1570 bekannte Markt von Straßburg.

Im englischsprachigen Raum gab es traditionell keine Weihnachtsmärkte, jedoch wird das Konzept in neuester Zeit gern übernommen. Mittlerweile gibt es Weihnachtsmärkte meist als „German Christmas Market“ oder „Christkindlmarkt“ unter anderen in Chicago seit 1995, in Denver seit 1999, in Manchester seit 1999, in Edinburgh seit 2000 und sogar in Osaka seit 2000 und neuerdings in Moskau seit 2003. Leider stehen aber vor allem auch kommerzielle Gründe für die weltweite Verbreitung dieses in Deutschland historisch gewachsenen Marktes.

Beim Nachschlagen im Brockhaus-Universallexikon findet man unter dem Stichwort Weihnachtsmarkt die nüchterne Mitteilung: „In der Adventszeit und Weihnachtszeit abgehaltener Markt mit Buden und Ständen, an denen Geschenkartikel, Süßigkeiten und Ähnliches verkauft werden; aus gewöhnlichen Wochenmärkten zu Kirchenfesten hervorgegangen; bereits 1310 in München nachgewiesen, für das 15. Jahrhundert in Dresden (Striezelmarkt), Mitte des 16. Jahrhundert in Nürnberg; sie bieten jedoch erst seit dem 18. Jahrhundert Weihnachtliches an“.

Das informiert ausreichend und schnell. Es bleiben aber die Inhalte, die oben beleuchtet wurden, offen.

Insgesamt betrachtet hat der Weihnachtsmarkt in Deutschland eine große Tradition, die es zu bewahren gilt. In der Tat gibt es nichts Schöneres, als mit seinen Kindern und mit der Familie in der Vorweihnachtszeit einen Bummel über den Weihnachtsmarkt zu machen. Glückliche Kinderaugen bereiten bei so einem Rundgang auch Freude bei den Eltern.

Vielleicht sind auch Sie liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Leserinnen und Leser jetzt angeregt und überzeugt davon einem Weihnachtsmarktausflug 2006 zu machen. Oder?

Eine frohe und besinnliche Vorweihnachtszeit, gesunde Weihnachtsfeiertage und ein erfolgreiches Jahr 2007 wünschen allen Lesern unseres „Ärztblatt Sachsen“ der Autor und das Redaktionskollegium.

Dr. med. Hans-Joachim Gräfe
Kohren-Sahlis