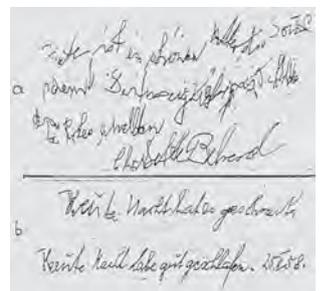


Editorial	Klausur des Vorstandes	504
Berufspolitik	29. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern	504
	Impressum	508
Mitteilungen der Sächsischen Ärzteversorgung	Die Kapitalanlage in der Sächsischen Ärzteversorgung	509
Gesundheitspolitik	Zahl der Organspenden erhöhen	510
	Externe Qualitätssicherung in der stationären Versorgung	511
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Risikomanagement Patientensicherheit	514
	Qualitätsbeauftragter Hämotherapie	514
	Tagesordnung 37. Kammerversammlung	515
	Mitgliederversammlung der KÄK Dresden	515
	Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf „Arzthelfer/Arzthelferin“	516
	Konzerte und Ausstellungen	516
	Therapiesymposium 2007	521
	Anerkennung für Fakultative Weiterbildungen und Fachkunden	521
	Stipendium und Schlossman-Preis	521
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	517
Originalien	Der Chefarzt als Produkt des TQM	518
	Leitsymptom Handschriftveränderungen	522
Medizingeschichte	Medizinalgesetzgebung in Kursachsen	525
	Prof. Dr. med. Paul Geipel	528
Personalia	Jubilare im November	530
	Nachruf für Prof. Dr. med. Werner Ries	534
Mittelhefter	Fortbildung in Sachsen – Dezember 2007	



Klausur des Vorstandes

Der neu gewählte Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer kam Mitte September 2007 zu einer ersten Klausursitzung zusammen, um Abseits von Protokoll und Formalien über die Ziele und Aufgaben für die Wahlperiode 2007/2011 zu diskutieren. Auf einer Klausur (claudere = abschließen, verschließen) werden Themen und Arbeitsfelder besprochen, die in aller Regel nicht veröffentlicht werden. Von diesem Grundsatz soll etwas abgerückt werden. Der Vorstand hat sich in Bezug auf die Gesundheits- und Berufspolitik so einiges auf die Fahnen geschrieben. Und bei der Gemengelage der aktuellen Probleme war dies auch nicht schwierig. Zuerst soll es verstärkte Interaktionen mit den Gesundheitspolitikern auf Bundes- und Landesebene geben. Neben der Zuarbeit von Statements und Positionspapieren wird es mit Blick auf das Wahljahr 2009 (Bundes- und Landtagswahlen) zusätzliche Projekte geben. Dazu gehört unter Umständen auch eine Vorstandssitzung unter Beteiligung von Vertretern des Gesundheitsausschusses des Sächsischen Landtages oder Abgeordneten des Deutschen Bundestages. Außerdem beteiligt sich der Vorstand intensiv an der Erarbeitung eines Strategiepapiers der deutschen Ärzteschaft.



In diese Vorhaben werden wir auch unser Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen einbeziehen.

Der Ärztemangel in Sachsen wird mit allen seinen Facetten viele Arbeitsbereiche der Vorstandstätigkeit tangieren. Die Sächsische Landesärztekammer hat frühzeitig maßgeblich dafür gesorgt, dass dieses Thema in der Öffentlichkeit und in der Politik überhaupt wahrgenommen wurde. Und so wird es auch bleiben. Hauptziel aller Maßnahmen muss es sein, den jungen Ärzten in Praxis und Klinik eine Perspektive zu bieten, damit sie hier bleiben. Arbeitszeit, Vergütung und Bürokratie sind hier die Schlagworte. Dazu werden wir weiter kon-

sequent die Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, der Krankenhausgesellschaft und dem Sächsischen Sozialministerium suchen. Der Einsatz von Gemeindeschwestern und die Delegation ärztlicher Leistungen bilden dabei keine Lösung, nur eine kurzfristige Entlastung. Eine gedeihliche Zusammenarbeit und eine effektive Schnittstellenkoordination mit den Assistenzberufen können aber Engpässe minimieren. Doch es muss wie in Leipzig auch in Dresden gelingen, einen Lehrstuhl für Allgemeinmedizin zu installieren, damit die Medizinstudenten stärker an die hausärztliche Tätigkeit herangeführt werden.

Die Zukunft der haus- und fachärztlichen Versorgung hat für den Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer grundsätzliche Bedeutung. Im Vergleich mit anderen europäischen Flächenstaaten wird es auch von der Ärzteschaft abhängen, in welches Fahrwasser man kommt. Hier gilt es, eine enge Abstimmung mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen zu erreichen, um mit einer Stimme zu sprechen. Die Einigkeit der (sächsischen) Ärzteschaft ist auch ihre Stärke. Nur ein gemeinsames Ziel kann als Strategiegrundlage dienen.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

29. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern

Der Einladung des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer zur Teilnahme an der Tagung am 22. September 2007 waren die Vorsitzenden der Kreisärztekammern, Mitglieder des Vorstandes, Mitarbeiter der Sächsischen Landesärztekammer und Gäste gefolgt.

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, sprach zum Beginn der Tagung über:

Aktuelle Probleme der Gesundheits- und Berufspolitik

Er ging vor allem auf die ersten Auswirkungen der Gesundheitsreform ein, die zum 1. April 2007 in Kraft getreten ist. Insbesondere die Rabattverträge führen nach seiner Meinung zu erheblichen Risiken in der Medikation der Patienten, weil sich Packungsgröße und Farbe laufend ändern. Auch die Bonus-Malus-Regelung wird durch die Rabattverträge konterkariert. Die tatsächlichen Auswirkungen konnte man aber erst in einigen Jahren feststellen, wenn es eine Versorgungsbegleitforschung gäbe. Am Beispiel der Diagnostik

Related Groups (DRG) machte er deutlich, dass selbst dort die Auswirkungen von 2004 bis heute nicht erforscht sind, obwohl von 2100 deutschen Krankenhäusern mehr als 90 Prozent die 16,8 Millionen Behandlungsfälle nach Fallpauschalen abrechnen. Deshalb ist die Veränderung der Versorgungsstrukturen, die Qualität der Versorgung sowie Art und Umfang von Leistungsverlagerungen völlig unbekannt. Für die Erforschung der tatsächlichen Folgen wurden keine Aufträge vergeben. Die Klinikfinanzierung in Deutschland erfolgt im Blindflug und wird spätestens 2009 sichtbar, wenn es

durch eine Unterfinanzierung zu Klinikschließungen kommt. Die Bundesregierung erklärt nur, dass es keine „belastbaren Hinweise auf Verschlechterungen der Versorgungsqualität oder eine Zunahme von medizinisch nicht indizierten und verfrühten Entlassungen gäbe“. Fazit: Niemand kann auf wissenschaftlich fundierter Basis heute sagen, wie sich das Entgeltsystem auswirkt.

Sachverständigengutachten

„Kooperation und Verantwortung“

Prof. Dr. Schulze wies darauf hin, dass dieses Gutachten differenziert Probleme für eine zielorientierte qualitative Gesundheitsversorgung benennt und Vorschläge zur Prävention enthält. Aber die Forderung nach einer stärkeren wettbewerblichen Ausrichtung des Gesundheitswesens sieht er skeptisch, weil dieser Wettbewerb über Preise und nicht über Qualität stattfindet. Deshalb bedarf es Qualitätsberichte mit gültigen Standards und Qualitätsindikatoren sowie Patientensicherheitsindikatoren, um ökonomische Fehlanreize zu begrenzen. Und Ärzte müssten an der Entwicklung dieser Indikatoren beteiligt werden. Der Hinweis im Gutachten, die Verbesserung in mangelhaften Versorgungssituationen könne durch die Übertragung ärztlicher Aufgaben an nicht-ärztliche Gesundheitsberufe erreicht werden, hat zwei Seiten, so der Präsident. Grundsätzlich müssen der Patient und seine Behandlungsnotwendigkeit im Mittelpunkt stehen. Die Übertragung delegierbarer Leistungen auf nichtärztliches Personal soll in Modellen, wie dem Gemeindeschwesterprojekt, noch geprüft werden. Vollkommen unklar bleibt, wer die medizinische Hauptverantwortung trägt. Abgelehnt werden muss zudem die Entwicklung, dass Krankenpfleger und -schwestern ärztliche Tätigkeiten, zum Beispiel bei Operationen, übernehmen. Zur Klärung zentraler Fragen ist deshalb eine intensive und unabhängige Begleit- und Versorgungsforschung notwendig.

Privatisierung von Krankenhäusern

Welche Folgen hat der Privatisierungstrend bei Krankenhäusern für

Ärzte? Dieser Frage widmet sich eine Veröffentlichung der Bundesärztekammer. Daran hat die Sächsische Landesärztekammer, insbesondere der Präsident, maßgeblich mitgewirkt. Er wies deshalb darauf hin, dass eine überproportionale Privatisierung von Krankenhäusern mittel- und langfristig erhebliche Auswirkungen auf den Entscheidungsspielraum der ärztlichen Führungskräfte, die Fort- und Weiterbildung, auf Forschung und Lehre sowie auf die Qualität der Patientenversorgung haben wird. Von 1990 bis 2006 sank allein in Sachsen die Zahl der Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft um 65 Prozent.

Tarifverträge/Oberärzte

In Sachsen besteht immer noch eine ungleiche Vergütung von Ärzten durch den TV-L und TV-Ärzte. Aus diesem Grund hatte sich die Sächsische Landesärztekammer an die Tarifpartner gewandt. Prof. Dr. Schulze berichtete von der Haltung des Minis-

terpräsidenten in dieser Frage. Dieser sähe die Probleme, könne aber aufgrund der Haushaltslage und der Tarifeinigung kurzfristig nichts ändern. Die Herabstufung von Oberärzten beschäftigt mittlerweile die Arbeitsgerichte in Sachsen, wo es schon Teilerfolge für die klagenden Ärzte gegeben hat.

Überwachung von Arztpraxen

Ein neues Gesetz zur Telekommunikationsüberwachung ermöglicht, wenn es denn vom Bundestag und Bundesrat verabschiedet wird, die verdeckte Ermittlung (Abhörmaßnahmen) auch bei Ärzten. Ausgenommen sind nur Geistliche, Strafverteidiger, Bundes- und Landtagsabgeordnete. Der Präsident sieht darin eine Untergrabung oder Aushöhlung des Zeugnisverweigerungsrechtes des Arztes. Die Sächsische Landesärztekammer hatte deshalb Protest beim Bundesrat und dem Ministerpräsidenten sowie den sächsischen Bundestagsabgeordneten eingelegt.



Im Präsidium: Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident, Erik Bodendieck, Vizepräsident, sowie Frau Ute Taube, Vorstandsmitglied

Elektronische Gesundheitskarte/ Elektronischer Arztausweis

Ab Frühjahr 2008 soll flächendeckend die elektronische Gesundheitskarte eingeführt werden, denn die Politik steht unter Erfolgsdruck. Prof. Dr. Schulze berichtete, dass 130 Ärzte in Sachsen am Test in der Region Löbau-Zittau beteiligt sind und derzeit 10.443 Gesundheitskarten ausgegeben wurden. Auf den 100.000er Test soll nach Aussagen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) nicht verzichtet werden, was die Sächsische Landesärztekammer begrüßt. Denn es sind noch viele Fragen zu Speichermedien, Ablaufplänen, Datenschutz und Finanzierung ungeklärt. Dass die Tests notwendig sind, beweisen die aufgetretenen Fehler bei den produzierten Arzt- und Apothekerausweisen. Auch die Praxissoftwarehersteller haben noch Schwierigkeiten bei der Anpassung. Dagegen können im Projektbüro seit Mitte September 2007 Notfalldaten und eRezepte geschrieben und gelesen werden. Die aufgetretenen Probleme machen aus Sicht des Präsidenten die Notwendigkeit von Tests unter Beteiligung der Ärzte deutlich, denn nur dadurch könne man das Prozedere beeinflussen, Bedenken geltend machen sowie den Nutzen für die ärztliche Tätigkeit maximieren.

Die Kreisgebietsreform und ihre Auswirkungen auf die Kreisärztekammern

Dr. Frank Pfeil

(Leiter der Stabstelle Verwaltungsreform im Sächsischen Staatsministerium des Inneren)

Die Verwaltungsreform im Freistaat Sachsen schafft die notwendigen Vor-

aussetzungen, um auch unter sich verändernden Rahmenbedingungen, wie der demografischen Entwicklung und der geringer werdende Finanzausstattung der öffentlichen Haushalte, eine zukunftsfähige kosteneffiziente Verwaltung zu schaffen. Die kommunalen Entscheidungsträger und die Verwaltungen der zukünftigen Landkreise können den Bürgern und der Wirtschaft damit noch leistungsfähiger gegenüberreten. Im Rahmen der Funktionalreform werden umfangreiche Aufgaben des Staates auf die Landkreise und kreisfreien Städte sowie auf den Kommunalen Sozialverband übertragen. Die verbleibenden staatlichen Aufgaben werden in wenigen Behörden gebündelt. Infolge der vorgesehenen Aufgabenkommunalisierung ist eine Reform der kreiskommunalen Gebietsstrukturen erforderlich. Ziel der strukturellen Gebietsneugliederung ist deshalb, die Landkreise als moderne dienstleistende und bürgerorientierte Verwaltung weiter zu entwickeln, die eng mit den Segmenten Wirtschaft, Verkehr, Soziales, Ökologie, Arbeit und Leben verbunden und dadurch in der Lage sind, sich verstärkt als Impulsgeber der regionalen Entwicklung zu profilieren. In Zukunft soll es im Freistaat Sachsen nur noch zehn Landkreise und drei kreisfreie Städte geben. Die Funktional- und die Kreisgebietsreform werden somit Effekte in vielen Bereichen des öffentlichen Lebens bringen, so zum Beispiel auch für die Arbeit der Landesärztekammer und der Kreisärztekammern im Freistaat Sachsen. Die Kreisgebietsreform hat die Reduzierung der Anzahl der Landkreise von 22 auf 10 zum Ziel. Die Städte Plauen, Zwickau,

Hoyerswerda und Görlitz sollen ihre Kreisfreiheit verlieren. In Sachsen sollen nur die Metropole Leipzig, Dresden und Chemnitz selbstständig bleiben. Das Gesetz soll am 1. Juni 2008 in Kraft treten.

PD Dr. jur. Dietmar Boerner (Hauptgeschäftsführer der Sächsischen Landesärztekammer) Nach den Worten von Herrn Dr. Boerner liegt es im freien Ermessen der Landesärztekammer, ob sie die bisherige Struktur der Kreisärztekammern beibehält oder entsprechend der Reform ändert. Die Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer sehe in ihrer heutigen Fassung vor, dass für jeden politischen Kreis und jede kreisfreie Stadt eine Kreisärztekammer gebildet werde. Sollte diese Regelung bestehen bleiben, so würde die Zahl der Kreisärztekammern aufgrund der Kreisreform von derzeit neunundzwanzig auf dreizehn sinken.

Ausführlich ging Dr. Boerner auf die Vor- und Nachteile der zur Wahl stehenden Optionen ein: „Eine Neugliederung der Kreisärztekammern hätte den Vorteil, dass in den einzelnen Kreisen mehr Mitglieder zur Verfügung stünden, die Vorstandsämter übernehmen könnten. Eine größere Kreisärztekammer könnte die ärztlichen Interessen wirksamer gegenüber der Kommunalpolitik vertreten. Außerdem würde es sich eher lohnen, regionale Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen anzubieten.“ Für die Beibehaltung der bisherigen Gliederung sprächen dagegen die größere „Basisnähe“ der Vorstände und kürzere Wege zu den Veranstaltungen der Kreisebene. Welcher Alternative auch immer man den Vorzug gebe, in jedem Fall sei eine Entscheidung der Kammerversammlung erforderlich.

Bedeutung und Erstellung ärztlicher Befundberichte für Behörden

Herr Klaus Bemann-Endler (Sächsisches Landesamt für Familie und Soziales, Chemnitz, Leiter des Landesversorgungsamtes)

Ihre Patienten sind nach § 2 Abs. 1 SGB IX behindert, wenn die körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher

Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Die erforderliche Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung und des Grades der Behinderung treffen die Versorgungsämter in den Ämtern für Familie und Soziales.

Bei der Durchführung des Schwerbehindertenrechts sind diese regelmäßig auf die Mithilfe der behandelnden Ärzte angewiesen. Im Verfahren werden sie als sachverständige Zeugen um Erstellung von Befundberichten gebeten. Diese sollen neben der Diagnose eine kurze Gesamteinschätzung des Zustandes des Patienten (AZ, EZ, Mobilität), einen fachgebiets- und leidensbezogenen klinischen Befund, vorhandene paraklinische und apparative Untersuchungsergebnisse und Angaben zu den geklagten Beschwerden und der durchgeführten Therapie enthalten. Die Anforderung ebenso wie die Höhe der Entschädigung der angeforderten Befundberichte resultiert aus gesetzlichen Vorschriften. Dabei liegt es im besonderen Interesse ihrer Patienten, gerade auch in der aktuell schwierigen Arbeitssituation in den Ämtern für Familie und Soziales, die angeforderten Befunde möglichst zeitnah zu übersenden.

Dr. jur. Alexander Gruner
(Kommissarischer Leiter der
Rechtsabteilung der Sächsischen
Landesärztekammer)

Herr Dr. Gruner berichtete im Anschluss über die berufsrechtlichen Vorgaben in dieser Thematik. Ärzte haben gemäß § 17 Abs. 1 Nr. 3 Sächsisches Heilberufekammergesetz in Verbindung mit § 25 Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer Gutachten und Zeugnisse, zu deren Ausstellung der Arzt verpflichtet (Gesetzespflicht) ist oder die auszustellen er übernommen hat (Auftragsgutachten), innerhalb einer angemessenen Frist abzugeben. Bei der Ausstellung ärztlicher Gutachten und Zeugnisse hat der Arzt mit der notwendigen Sorgfalt zu verfahren und nach bestem Wissen seine ärztliche Überzeugung auszusprechen. Eine gesetzliche Verpflichtung zur Befundberichterstattung findet sich beispielsweise in den § 21 und § 100 SGB X oder des Gesetzes über das Verwaltungsverfahren der Kriegsopferversorgung. Aufgabe der Sächsischen Landesärztekammer ist es, die Erfüllung der berufsrechtlichen und berufsethischen Pflichten ihrer Mitglieder, der Ärzte, zu überwachen. Deshalb unterstützt die Sächsische Landesärztekammer die anfor-

dernden Behörden, wenn Ärzte die erforderlichen Berichte nicht in angemessener Zeit erstellen.

Stand und aktuelle Probleme der Tätigkeit der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen

Dr. med. Rainer Kluge
(Vorsitzender der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen der Sächsischen Landesärztekammer)

Nach einem deutlichen Rückgang der Antragszahlen in den Jahren 2005 und 2006 wird es nach gegenwärtigem Stand im Jahre 2007 wieder zu einem deutlichen Anstieg der Antragszahlen kommen.

Die Gutachterstelle sieht die Ursachen dafür darin, dass zunehmend die Erkenntnis Platz greift, dass der Beschwerdeweg über die Behandlungsfehlermanagementzentren der Krankenkassen nur in seltenen Fällen für den Antragsteller zum gewünschten Ziel führt. Die Antragsteller, gegenwärtig in etwa 70 Prozent der Fälle anwaltlich vertreten, erwarten in der Regel keine ergebnisoffene Begutachtung sondern die Bestätigung erhobener Ansprüche.

Bei dieser Ausgangssituation ist es nicht verwunderlich, dass die Gutachterstelle sich zunehmend häufiger mit Widersprüchen gegen die abge-

gebene Beurteilung auseinandersetzen muss. Ein organisiertes Verfahren der Bearbeitung von Widersprüchen gibt es bisher nicht. In Anbetracht der Intention der Tätigkeit (sachverständige Beurteilung eines strittigen Sachverhaltes) erfolgt in der Regel nur der Hinweis auf den Rechtsweg. Die Zusammenarbeit mit den jeweiligen Antragsgegnern (Krankenhaus-träger oder niedergelassene Ärzte) ist überwiegend problemlos. Gelegentlich kommt es zu Verzögerungen durch Säumigkeiten bei der Übersendung angeforderter Unterlagen oder Übersendung unvollständiger Unterlagen. Die Haftpflichtversicherer wünschen eine schnelle kompetente und kostengünstige Verfahrensgestaltung. Versicherer versuchen häufig, eine Kostenminimierung durch Einschaltung weiterer Behandlungseinrichtungen zu erreichen. Bei einfachen Sachverhalten wird in Anbetracht der steigenden Verfahrenskosten (erhebliche Steigerung der Honorarkosten bei veränderter gesetzlicher Grundlage) häufig als kostengünstigere Variante ein Vergleich mit dem Antragsteller auf niedrigem Niveau angestrebt. Basis der Arbeit der Gutachterstelle ist ein leistungsfähiger und ausreichender Gutachterstamm. Insbesondere in den „schneidenden Disziplinen“ (Unfallchirurgie-Orthopädie, Chirurgie, Gynäkologie) ist die Gewinnung neuer Gutachter schwierig. Zunehmend erfolgt die Erweiterung des Gutachterstammes über die sächsischen Landesgrenzen hinaus. Für das Jahr 2006 konnte erstmals eine bundesweite Statistik der Ergebnisse der Gutachterkommissionen/Schlichtungsstellen aller Ärztekammern präsentiert werden. Das Echo der Medien auf diese Statistik war überaus positiv in der Bewertung dieser Arbeit. Der zahlenmäßige Anteil unseres Materials an dieser Statistik ist naturgemäß gering. Am Zustandekommen dieses Projektes hat unsere Gutachterstelle jedoch einen erheblichen Anteil. Wir werden in dieses Projekt weiter investieren und zu einer weiteren Differenzierung dieser Statistik beitragen. Die Kammer wird im kommenden Jahr entscheiden müssen, wie künf-

tig mit Widersprüchen gegen abgegebene Beurteilungen umgegangen wird. Die Gutachterstelle wird dem Vorstand der Kammer hierzu zum Jahresende ein Konzept vorlegen.

Fortbildungsprogramm für das Jahr 2008

(Prof. Dr. med. habil. Otto Bach
Vorstandsmitglied, Vorsitzender der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung)
Dr. med. Katrin Bräutigam
(Ärztliche Geschäftsführerin der Sächsischen Landesärztekammer)
Es wurden die Fortbildungsangebote der Sächsischen Landesärztekammer für 2008 vorgestellt und dabei abgehoben auf die interdisziplinär orientierten Veranstaltungen, die von der Bundesärztekammer entwickelten sogenannten curriculären Fortbildungen (zum Beispiel reisemedizinische Beratung) und Fort- und Weiterbildungsangebote, die zu Zusatzbezeichnungen führen (zum Beispiel Qualitätsmanagement in der Medizin). Seit dem 1. Januar 2007 wurden ca. 460 Fortbildungszertifikate für Kammermitglieder der Sächsischen Landesärztekammer erteilt. Von Januar 2007 bis Mitte September 2007 sind in der Sächsischen Landesärztekammer ca. 12.000 Anträge auf Anerkennung einer Fortbildungsveranstaltung eingegangen. Damit ist bereits die Anzahl vom gesamten Vorjahr erreicht. Die Möglichkeit der vereinfachten Online-Anmeldung und Abwicklung wird zunehmend genutzt (derzeit ca. 20 Prozent), jedoch findet derzeit die Teilnehmerregistrierung über den „Elektronischen Informationsverteiler“ bei Veranstaltern wenig Interesse (nur 10 Prozent aller Veranstaltungen). 48 Prozent der Fortbildungen wurden als Vortragsveranstaltungen eingestuft, 47 Prozent sind als Kurs- oder Seminarveranstaltungen kategorisiert. Im Lichte neuerlicher mediater Ausführungen zum Verhältnis Ärzteschaft und Pharmaindustrie wurde nochmals auf die Problematik des Sponsorings von Fortbildungsveranstaltungen hingewiesen.

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

Ärzteblatt Sachsen

ISSN: 0938-8478
Offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer

Herausgeber:

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

Anschrift der Redaktion:

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Telefon 0351 8267-161
Telefax 0351 8267-162
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
PD Dr. jur. Dietmar Boerner
Knut Köhler M.A.

Redaktionsassistent: Ingrid Hüfner

Grafisches Gestaltungskonzept:

Hans Wiesenhütter, Dresden

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
Geschäftsführer: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigendisposition: Silke El Gendy
Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste Nr. 10 vom 1.1.2007 gültig.
Druck: Druckhaus Dresden GmbH,
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Manuskripte bitte nur an die Redaktion, Postanschrift: Postfach 10 04 65, 01074 Dresden senden. Für unverlangt eingereichte Manuskripte wird keine Verantwortung übernommen. 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 gezeichnete Artikel entsprechen nicht unbedingt der Meinung der Redaktion oder des Herausgebers. Mit der Annahme von Originalbeiträgen zur Veröffentlichung erwerben Herausgeber und Verlag das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung in gedruckter und digitaler Form. Die Redaktion behält sich – gegebenenfalls ohne Rücksprache mit dem Autor – Änderungen formaler, sprachlicher und redaktioneller Art vor. Das gilt auch für Abbildungen und Illustrationen. Der Autor prüft die sachliche Richtigkeit in den Korrekturabzügen und erteilt verantwortlich die Druckfreigabe. Ausführliche Publikationsbedingungen: <http://www.slaek.de> oder auf Anfrage per Post.

Bezugspreise/Abonnementpreise:

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

Bestellungen nimmt der Verlag entgegen. Die Kündigung des Abonnements ist mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf des Abonnements möglich und schriftlich an den Verlag zu richten. Die Abonnementgelder werden jährlich im voraus in Rechnung gestellt. Die Leipziger Verlagsanstalt ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranalyse Medizinischer Zeitschriften e.V.

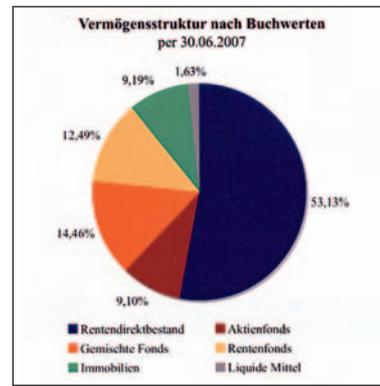
Die Kapitalanlage in der Sächsischen Ärzteversorgung (SÄV)

Das Versorgungswerk erreichen aktuell vermehrt Anfragen zur Sicherheit der eingezahlten Beiträge, gerade in Zeiten, in denen Berichte über Krisen am Kapitalmarkt die ersten Seiten der einschlägigen Zeitungen füllen. Wir nehmen dies zum Anlass, die Anlagegrundsätze der SÄV näher zu erläutern und Stellung zur aktuellen Situation zu beziehen.

Für die Erfüllung der aus den Beitragszahlungen der Mitglieder der Sächsischen Ärzteversorgung resultierenden Verpflichtungen (Versorgungsleistungen), ist die Definition von Anlagezielen von großer Bedeutung. So soll jedes Jahr mindestens ein Rechnungszins von 4 % erwirtschaftet werden. Den rechtlichen Rahmen bilden die Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) in Verbindung mit der Anlageverordnung (AnlV). Dabei sind die Grundsätze des § 54 Abs. 1 VAG von zentraler Bedeutung. Danach ist das Vermögen so anzulegen, dass möglichst große Sicherheit und Rentabilität bei jederzeitiger Liquidität unter Wahrung angemessener Mischung und Streuung erreicht wird. Die Sicherheit der Anlage besitzt die höchste Priorität, grundsätzlich gilt ein Mindest-Rating von BBB- bzw. Baa3 sowie eine Grenze von 5 % für Anlagen mit schlechterem Rating. Der Grundsatz der Rentabilität besagt, dass alle Vermögensanlagen einen nachhaltigen Ertrag erzielen müssen. Anlagen ohne laufenden Ertrag, wie z. B. der direkte Erwerb von Rohstoffen sind ausgeschlossen. Das Kriterium der Liquidität stellt auf eine ausreichende Anzahl fungibler jederzeit veräußerbarer Anlagen zur Sicherung aller Zahlungsverpflichtungen ab. Beim Grundsatz der Mischung geht es um den Risikoausgleich zwischen den einzelnen Anlagearten. Es gilt also eine generelle Quote von 50 % für jede Anlageart und darüber hinaus gelten weitere Beschränkungen für bestimmte Anlagearten, zum Beispiel maximal 35 % für Risikokapital (Aktien, Beteiligungen, Nachrangdarlehen, Genussscheine, High-Yield-Anleihen),

25 % für Immobilienanlagen (direkt, Fonds), jeweils höchstens 10 % für indirekt und direkt gehaltene Aktien oder Anleihen mit Emittenten außerhalb des EWR, 7,5 % der Anlagen können maximal auf Asset Backed Securities (ABS) und Credit Linked Notes zusammen entfallen und jeweils 5 % gelten als Obergrenze für Investitionen in High-Yield-Anleihen und Hedgefonds. Der Grundsatz der Streuung bezieht sich auf die Verteilung der Anlagen auf möglichst viele Schuldner, um somit Ausfallrisiken zu minimieren. Es darf ebenso über alle Anlagearten hinweg keine Konzentration auf bestimmte Branchen oder Regionen und Schuldner geben. Weitergehende interne Festlegungen und Beschränkungen sind in der Kapitalanlagerichtlinie, die der Aufsichtsausschuss der SÄV erlässt, bindend festgelegt. Der Wirtschaftsprüfer und die Versicherungsaufsicht des Sächsischen Staatsministeriums für Wirtschaft und Arbeit überwachen die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften.

Die aktuelle Vermögensstruktur der SÄV ist in einer Grafik dargestellt. Der Rentendirektbestand macht mehr als die Hälfte der Kapitalanlagen aus. Dabei wird aus Bewertungsgründen ausschließlich in Namensschuldverschreibungen und Schuldscheindarlehen von Schuldern guter Bonität investiert. Alle bestehenden Wertpapierfonds sind in einem Masterfonds zusammengefasst, der die Möglichkeit einer globalen Betrachtung erlaubt, bei der sich die Fonds untereinander im Risiko stabilisieren, wobei stille Lasten und stille Reserven nur saldiert ausgewiesen werden. Die Bildung stiller Reserven dient zum einen als Risikopuffer gegenüber zukünftigen Kursschwankungen an den Aktien- und Rentenmärkten, zum anderen als Ausschüttungsreserve, um die angestrebte Verzinsung in jedem Jahr erreichen zu können. Bei den beiden gemischten Unterfonds innerhalb des Masterfonds handelt es sich um zwei unterschiedlich agierende Wertsicherungsstrategien, die in Abhängigkeit vom zur Verfügung stehenden Risikopuffer die Aktienquote steuern. Dass diese Strategien ihre Aufgabe der Wertsicherung erfüllen, lässt sich auch bei der derzeit angespannten Marktsituation beobachten, in der die stillen Reserven im Masterfonds nahezu stabil gehalten werden konnten. Die monatlichen Reportings, die halbjährlichen Anlageausschusssitzungen und eine halbjährliche Performanceanalyse liefern ein genaues Bild der aktuellen Situation. Zudem beschäftigt sich der Verwaltungsausschuss in seinen Beratungen in jeder Sitzung mit der aktuellen Kapitalmarktsituation und prüft derzeit zusätzliche Möglichkeiten der Risikosteuerung, zum Beispiel ein Overlay-Management für die reinen Aktien- und Rentensegmente des Masterfonds. Es lässt sich kaum sicher prognostizieren, welche Auswirkungen die aktuelle Finanzmarktkrise auf die Kapitalmärkte haben wird, die komfortable Risikosituation im Masterfonds der SÄV gibt jedoch Anlass zu der berechtigten Erwartung, dass auch im Jahr 2007 die Anlageziele erreicht werden können. Der Unberechenbarkeit des Marktes muss man mit kritischem und diszipliniertem Handeln begegnen. Bei Einhaltung der vorgegebenen und festgelegten Anlagekriterien, sachkundiger Beobachtung des Kapitalmarktes, systematischer Analyse der vorhandenen Anlagen und unter Einbeziehung von externer Fachkompetenz (Advisor) können die mit den einzelnen Anlagearten verbundenen Risiken systematisch gesteuert und in einem verkraftbaren Maß gehalten werden, um die gesteckten Anlageziele zu erreichen. Die Sächsische Ärzteversorgung hat die personellen und strukturellen Voraussetzungen, um in der geschilderten Art und Weise agieren zu können.



Der Aufsichtsausschuss der SÄV erlässt, bindend festgelegt. Der Wirtschaftsprüfer und die Versicherungsaufsicht des Sächsischen Staatsministeriums für Wirtschaft und Arbeit überwachen die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften.

Zahl der Organ-spenden erhöhen

Ein drängendes Problem der Transplantationsmedizin in Deutschland

Am 4. September 2007 konstituierte sich die Transplantationskommission der Sächsischen Landesärztekammer in Dresden für die Legislaturperiode 2007/2011. Allen Beteiligten wurde trotz geringer Steigerung der Transplantationszahlen für das erste Halbjahr 2007 die zukünftige Herausforderung auf dem Gebiet der

Transplantationsmedizin bewusst, noch intensiver als bisher für die Bereitstellung von Spenderorganen zu arbeiten (Tabellen 1 bis 3).

Trotz geringer Verbesserungen der aktuellen Situation sind wir weit entfernt von dem Ziel, möglichst allen Patienten auf der Warteliste eine lebensrettende Transplantation zu ermöglichen. Über 4.000 Spenderorgane konnten im vergangenen Jahr erfolgreich übertragen werden, die Zahl der Wartenden ist immer noch dreimal so hoch. Vergleiche zeigen, dass es in Deutschland, bezogen auf die Zahl der

Einwohner, weniger Organspenden gibt als in anderen Ländern.

Die Hoffnung, dass mit der Einführung des Deutschen Transplantationsgesetzes (TPG) von 1997 eine deutliche Steigerung der Transplantationszahlen zu erreichen wäre, hat sich leider nicht erfüllt.

Gründe für den Organmangel:

Ganz ohne jeden Zweifel gibt es in der Bevölkerung Vorbehalte gegen eine Organspende. Nicht wenige Menschen möchten ihren Körper unversehrt bestattet wissen. Manche möchten ihren Angehörigen nicht zumuten, dass die Phase des Ablebens durch Prozeduren der Entnahmevorbereitung belastet wird. Der in Deutschland bestehende Organmangel wird vor allem durch zwei Gründe bedingt sein:

- Es bestehen noch immer organisatorische Defizite, die zu Problemen bei der Meldung möglicher Spender in den Krankenhäusern führen und
- wie es der Nationale Ethikrat in seiner kürzlich erschienenen Stellungnahme vermutet, „begrenzt die rechtliche Regelung in Deutschland den Kreis möglicher Organspender stärker als in anderen Ländern“.
- Trotz der im TPG bestimmten Meldepflicht beteiligen sich nur 45 Prozent der Krankenhäuser mit Intensivstationen an der Organspende. Fehlende Sanktionen für die Nichtbeteiligung werden unter anderem vom Nationalen Ethikrat kritisiert. Außerdem sollte dringend unter der Leitung der Deutschen Krankenhausgesellschaft eine optimierte Refinanzierung ermittelt werden, die die Vergütung des Entnahme-prozederes korrigiert. Es ist aus Sicht der Verwaltungsdirektoren verständlich, dass sich bei bestehenden finanziellen Risiken manche Kliniken einer Meldung potenzieller Spender entziehen.
- In seiner Stellungnahme nennt der Nationale Ethikrat neben den genannten organisatorischen und finanziellen Aspekten auch Motivationsprobleme der Ärzte und Pflegekräfte auf Intensivstationen. Sie stellen „eine nicht unerhebliche Einflussgröße für die Beteiligung eines Krankenhauses an der Organspende dar.“

Aus den hier aufgeführten Schwierigkeiten zur Verbesserung der Organbereitstellung hat sich die neu konstituierte Transplantationskommission der Sächsi-

1. Halbjahr 2007: Der Trend ist weiterhin positiv

Zahl der Organspender * im regionalen Vergleich		
Region	1. Halbjahr 2006	1. Halbjahr 2007
Nord	95	106
Nord-Ost	82	72
Ost	95	80
Bayern	99	125
Baden-Württemberg	85	80
Mitte	59	91
Nordrhein-Westfalen	111	113
Deutschland	626	667

Zahl der gespendeten Organe** im regionalen Vergleich		
Region	1. Halbjahr 2006	1. Halbjahr 2007
Nord	289	313
Nord-Ost	274	230
Ost	287	230
Bayern	292	414
Baden-Württemberg	291	251
Mitte	186	283
Nordrhein-Westfalen	347	351
Deutschland	1.966	2.072

Zahl der Transplantationen* im regionalen Vergleich		
Region	1. Halbjahr 2006	1. Halbjahr 2007
Nord	439	475
Nord-Ost	257	254
Ost	204	210
Bayern	275	314
Baden-Württemberg	273	279
Mitte	192	187
Nordrhein-Westfalen	394	421
Deutschland	2.034	2.140

Quelle: DSO; 07/07 (vorläufige Zahlen, Stand 16. Juli 2007)

* ohne Lebendspende

** Organe entnommen und transplantiert, ohne Pankreas-Inseln; ohne Lebendspende

Anmerkung: Region Nord: Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein
Region Nord-Ost: Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern
Region Ost: Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen
Region Mitte: Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland

schen Landesärztekammer für diese Legislaturperiode folgende Aufgaben gestellt:

- Fortbildungsveranstaltungen zusammen mit der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO), die 2008 in ein Curriculum für Transplantationsbeauftragte der Kliniken münden sollen. DSO und Bundesärztekammer arbeiten an der Verwirklichung dieses Projektes. Der Transplantationsbeauftragte hat danach bei grundlegenden Entscheidungen in seiner Klinik mit seiner Stimme maßgebliches Gewicht.
- Durchsetzung von Qualitätszirkeln in großen Kliniken mit Neurochirurgischen Abteilungen zur Auswertung aller Todesfälle des Klinikums, um einen Überblick über deren Zahl aktuell zu registrieren.
- Empfehlung an die Chefarztsitzungen der Klinika, sich mindestens zweimal im Jahr über die Organentnahme berichten zu lassen, um damit das Problembewusstsein zu schärfen. Organentnahmen sind nicht nur das Problem der Chirurgie und Anästhesie eines Klinikums.
- Drucklegung eines Lehrerleitfadens für das 10. bis 12. Schuljahr, um die Gesamtproblematik „Transplantation“ so früh wie möglich dem Jugendlichen

nahe zu bringen und möglicherweise in den Familien eine lebendige Diskussion des Themas zu induzieren. Gemeinsam mit der DSO, dem Kultus- und Sozialministerium wird die Sächsische Landesärztekammer mitverantwortlich zeichnen.

- Die Ständige Konferenz der Bundesärztekammer „Organtransplantation“ befasst sich, auch auf Betreiben der Sächsischen Landesärztekammer mit der notwendigen Verbesserung der Explantationsbereitschaft, mit dem vom Nationalen Ethikrat aufgezeigten Spektrum von Alternativen zur geltenden erweiterten Zustimmungslösung. In diesem Zusammenhang plädiert die Transplantationskommission der Sächsischen Landesärztekammer für eine **Erklärungspflicht** aller Bürger. Die von der Bundesregierung geplante Elektronische Gesundheitskarte sollte nach unserer Auffassung eine Ja-/Nein-Erklärungspflicht aller krankenversicherten Bürger beinhalten. Damit wären schmerzliche und belastende Diskussionen mit den Angehörigen nach Eintritt des Hirntodes durch die Willensbekundung jedes Einzelnen minimiert. Es wäre damit unwichtig, ob die gesetzlich gültige Zustimmungslösung oder

die Widerspruchslösung in Anwendung kommt.

- Der Nationale Ethikrat diskutiert in seiner Stellungnahme über ein „Solidarmodell“. Es beruht auf der Überlegung, dass es unfair sei, wenn sich ein Mensch als Organspender verweigere, aber im eigenen Bedarfsfall auf die Hilfe von Organspendern zurückgreift. Befürworter solcher Lösungen schlagen vor, im Bedarfsfall solchen Versicherten kein Organ zur Verfügung zu stellen oder sie jedenfalls auf der Warteliste „nachrangig“ zu behandeln. Eine solche Lösung führt derzeit zu einer kontroversen Diskussion, deren Ende nicht abzusehen ist.
- Gleichzeitig muss das Thema „Organtransplantation“ stärker in den Alltag unserer Gesellschaft getragen werden. Die Transplantationskommission der Sächsischen Landesärztekammer wird deshalb jede Gelegenheit nutzen, um in der Region Ost den Transplantationsgedanken zu befördern.

Prof. Dr. med. habil. Heinz Diettrich
Prof. Dr. med. habil. Johann Hauss
für die Transplantationskommission
der Sächsischen Landesärztekammer

Externe Qualitätssicherung in der stationären Versorgung

Leistungsbereich

„Gynäkologische Operationen“

Ergebnisse des strukturierten Dialogs in Sachsen

Im Jahr 2005 wurden im Rahmen der Qualitätssicherung für die gynäkologischen Eingriffe insgesamt neun Qualitätsindikatoren definiert. Erstmals waren hierbei auch die Konisationen komplett zu erfassen.

Nach Auswertung der eingesandten Daten der einzelnen Krankenhäuser über durchgeführte Hysterektomien, Adnexeingriffe und Konisationen erfolgte die Bewertung der Ergebnisse durch die Arbeitsgruppe Gynäkologie. Im strukturierten Dialog wurden die Einrichtungen bei Abweichungen vom vorgegebenen Referenzbereich in den einzelnen Qualitätsindikatoren um Erläuterung gebeten.

Es war den einzelnen Einrichtungen möglich, am konkreten Fall und auch im Allgemeinen Auffälligkeiten zu erklären und auch zu rechtfertigen.

Die Antworten des strukturierten Dialogs wurden ebenfalls einzeln ausgewertet und in einem Punktescore erfasst.

Zum Qualitätsindikator „Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomien“ fiel auf, dass es weiterhin unterschiedliche Meinungen gab zur Notwendigkeit einer derartigen Prophylaxe bei abdominalem oder vaginalem Vorgehen. Einige Kliniken hatten den Regimewechsel aufgrund der Ergebnisse der Qualitätssicherung des vorangegangenen Jahres erst innerhalb des aktuellen Erhebungsjahres vollzogen.

Ausgedehnte Operationen, ITS-Aufenthalt, schwierige Mobilisation und eine notwendige längere Infusionstherapie waren die Begründung für das Belassen des Harnblasenkatheters für mehr als 24 Stunden.

Abbildung 1 (s. S. 512) zeigt die Verteilung der Ergebnisse sächsischer Krankenhäuser im Erhebungsjahr 2005 für den Qualitätsindikator „Indikation bei Ovarieingriffen“. Jede Säule repräsentiert ein Krankenhaus. Dargestellt wird der Anteil an Patientinnen mit isolierten Ovarieingriffen und Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste oder Normalbefund als führender histologischer Befund.

Auffällig war auch in diesem Jahr die Vielfalt an Begründungen für diesen Qualitätsindikator. Im Einzelfall waren große Zysten ohne verbliebenes Restovarialgewebe, Verwachsungen, Konglomerattumoren, Borderlinetumoren, Tuboovarialabszesse oder unklare präoperative (sonografische) Dignität eine Tatsache, die gegen eine mögliche Organerhaltung sprachen. Auch gaben viele Kliniken als Grund für die Organentfernung eine Größenzunahme, Beschwerden, bestehende Einblutungen, das Vorfinden einer Sactosalpinx oder die Persistenz der Befunde und immer wieder den

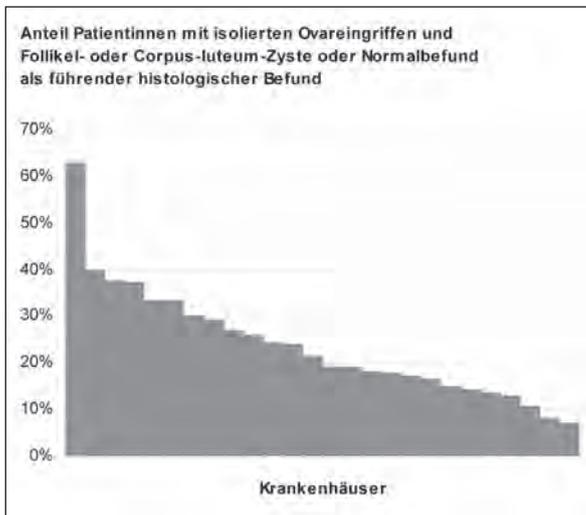


Abbildung 1: Leistungsbereich Gynäkologische Operationen, Erhebung Sachsen 2005; Qualitätsindikator „Indikation bei Ovarieingriffen“
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der Grundgesamtheit, jede Säule stellt das Ergebnis eines Krankenhauses dar

Wunsch der Patientin oder des ambulanten Einweisers an. Abweichungen der Altersstruktur der Patientinnen vom Durchschnitt wurden ebenfalls als Begründung angegeben. Eine fehlende Angabe der postoperativen Histologie bei Ovarieingriffen begründeten verschiedene Kliniken mit einer falschen Dokumentation.

Immer wieder wird die Indikation zur Hysterektomie bei Frauen jünger als 35 Jahre diskutiert. Rechtfertigende Begründungen waren hier Tuboovarialabszesse mit eitriger Peritonitis, rezidivierende Dys-/Hypermenorrhoen bei abgeschlossener Familienplanung (Z. n. Sterilisation), großer Uterus myomatosus mit Beschwerden sowie eine ausgeprägte Endometriose als Indikation. Alle Kliniken konnten hier die vorhandene Indikation sowie die Ausschöpfung alternativer Maßnahmen und auch eine entsprechende Beratung und Aufklärung nachweisen. In einem Fall handelte es sich sogar um eine Notfallhysterektomie aufgrund einer postpartalen Atonie.

Als Begründung für Organverletzungen bei Hysterektomie gaben die Einrichtungen oftmals eine schwierigen OP-Situs mit massiven Adhäsionen an.

Generell lässt sich sagen, dass im strukturierten Dialog vielfach Begründungen angegeben werden können, die ein Abweichen von den Referenzbereichen rechtfertigen. Trotzdem sollte weiterhin der Einzelfall geprüft werden. Unklarhei-

ten bezüglich der Datenlage in der aktuellen Literatur müssen akzeptiert oder vereinheitlicht werden.

Zusammenfassend wurde durch den strukturierten Dialog eine weitere Verbesserung erreicht. Fehler im Qualitätsmanagement nahmen ab. Auch konnten im Vergleich zum Vorjahr angegebene EDV-Probleme deutlich reduziert werden. Sie spielen im Modul 15/1 anders als im Modul 18/1 (Mammachirurgie) kaum noch eine Rolle. Der strukturierte Dialog ist auch insofern sehr sinnvoll, das bestimmte Dinge in Worten besser zu erklären sind als es streng vorgegebene Computereingaben ermöglichen. Der „Wunsch der Patienten“ muss als Eingabeoption verstärkt Beachtung finden. Ebenso sollten Optionen für die Eingabe von Zystengrößen, Beschwerden und präoperativer Dignitätseinschätzung (bildgebend!) unbedingt geschaffen werden.

Doz. Dr. med. habil. Karl-Werner Degen
Vorsitzender der Arbeitsgruppe Gynäkologie

Leistungsbereich „Mammachirurgie“ Ergebnisse des strukturierten Dialogs in Sachsen

Die Erkrankung Brustkrebs behält als häufigste Malignomerkrankung der Frau ihre wachsende gesellschaftliche Dimension bei. Ausdruck des Prozesses dieser Auseinandersetzung mit der Krankheit sind beispielsweise die intensive Diskussion bei der gegenwärtig stattfindenden Neufassung der betreffenden S3-Leitlinien oder die Einführung des Mammografiescreenings, aber auch der zunehmende Druck seitens der Kostenträger, der Patientenverbände und der Medien hinsichtlich der Veröffentlichung von Ergebnissen aus dem Verfahren der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V. Die vorliegenden Daten aus dem Jahr 2005 und die Ergebnisse des strukturierten Dialogs mit den beteiligten Krankenhäusern durch die bei der Sächsischen Landesärztekammer zuständige Arbeitsgruppe „Gynäkologie“ sollen hier näher betrachtet werden.

Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung in Sachsen beruhen im Jahr 2005 auf insgesamt 6164 Datensätzen aus 61 Krankenhäusern. Die Dokumentationsrate der durchgeführten Eingriffe an der Brust betrug 101,5 %, was einer vollständigen Erfassung entspricht. Die Arbeits-

gruppe hatte für den strukturierten Dialog entschieden, in jedem Fall einer Abweichung von vorgegebenen Referenzwerten die betreffende Klinik zu einer Stellungnahme zu bitten. Die Antworten wurden erstmals für das Jahr 2005 nach einem durch die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung vorgegebenen, formalisierten Schema in ihrer Aussage bewertet. Bezogen auf die angeforderten Stellungnahmen zu numerischen Auffälligkeiten zeigten sich in 7,74 % der Antworten qualitative Auffälligkeiten. Dies wurde den betreffenden Kliniken mitgeteilt und eine Kontrolle der anhand der Ergebnisse aus dem Jahr 2006 in Aussicht gestellt.

Qualitätsindikator „postoperatives Präparateröntgen“

Ziel ist es, mit diesem Indikator festzustellen, inwieweit die Kontrolle präoperativ nicht tastbarer Tumoren, die radiografisch durch einen Draht markiert wurden, postoperativ erfolgt. Damit wird die Schnittstelle zwischen Radiologe, Operateur und Pathologe abgebildet, die bei optimaler Abstimmung zwischen den Fachgebieten im interdisziplinären Zusammenwirken eine Voraussetzung für die bestmögliche Behandlung der Patientin ist.

Der auf der S3-Leitlinie beruhende Referenzwert von 95 % wird im Landesdurchschnitt nicht erreicht. 25 von 52 Krankenhäuser mit Daten für diesen Indikator lagen unterhalb dieser Grenze. In 78,4 % der Fälle wurde die postoperative Präparateradiografie vorgenommen. Gegenüber dem Vorjahr lässt sich eine deutliche Steigerung erkennen (2004: 69,3 %). Der immer noch hohen Zahl der Dokumentationsfehler beispielsweise auf Grund von Missverständnissen beim Ausfüllen des Datensatzes wurde durch eine Spezifizierung der Abfrage und Ausfüllhinweise begegnet. In zwei Kliniken führten tatsächliche Mängel der Struktur- und Prozessqualität zu den Abweichungen. Nach den eingegangenen Begründungen wurden 24 der 25 Krankenhäuser für das betreffende Erhebungsjahr als unauffällig eingestuft, jedoch wird in der kommenden Auswertung der Daten für das Jahr 2006 eine erneute Kontrolle durchgeführt werden, auch im Hinblick auf den Sachverhalt, inwieweit Dokumentationsmängel durch entsprechende Maßnahmen abgestellt wurden.

Qualitätsindikator

„Angabe Sicherheitsabstand“

Ein Sicherheitsabstand im Rahmen der Resektion eines Mammakarzinoms ist von hoher Bedeutung für die Prognose der Erkrankung hinsichtlich der Rezidivrate sowohl bezogen auf in-Brust-Rezidive wie auch auf eine Metastasierung. Für Rezidivkrankungen in der gleichen Brust betrifft dies nicht allein die invasiven Karzinome, sondern auch die in-situ-Läsionen. Eine metrische Angabe des Sicherheitsabstandes wird deshalb in den Vorgaben der Fachgesellschaften sowohl für die brusterhaltende Therapie (BET) als auch für die Ablatio mammae gefordert, da nicht zuletzt anhand der als ausreichend angesehener Abstände weitere Therapieentscheidungen wie beispielsweise die zur Nachresektion oder Bestrahlung getroffen werden. Besonders für letzteres ist gleichermaßen eine Angabe nicht nur im Rahmen einer BET sondern auch bei der Ablatio mammae bedeutsam, weswegen die Raten für beide Situationen gesondert betrachtet werden.

Im Landesdurchschnitt wurde mit einer Angabe des Sicherheitsabstandes in 89,2 % der Fälle gegenüber den Vorjahren wiederum eine deutliche Verbesserung erzielt (2004: 81,5 %), die Rate erreicht jedoch ebenfalls nicht den Referenzwert von 95 %. Diesen erfüllen von 52 Krankenhäusern 27 der teilnehmenden Kliniken. Bei 10 Krankenhäusern führten Mängel in der Struktur- und Prozessqualität zu den Abweichungen. Drei Kliniken mussten trotz der von ihnen angeführten Begründungen für die Differenzen als qualitativ auffällig eingestuft werden. Bei den übrigen als unauffällig

bewerteten Kliniken werden die Ergebnisse im Folgejahr erneut kontrolliert.

Qualitätsindikator „Indikation zur brusterhaltenden Therapie“

Ziel der Behandlung von Brustkrebspatientinnen ist nicht eine möglichst hohe Rate an brusterhaltender Therapie, sondern eine möglichst hohe Zahl von Patientinnen mit krankheitsfreiem Überleben unter Beachtung eines hohen Maßes an Lebensqualität. Deshalb betrachtet dieser Indikator die angemessene Indikationsstellung zur BET im Tumorstadium pT1. Anhand von Studiendaten, die Brusterhaltungsraten zwischen 60 und 75 % für angemessen ansehen, aber auch anhand von Daten aus deutschen Brustzentren, die bei Beachtung histopathologischer Kriterien und unter konsequenter Einbeziehung der Patientin in die Therapieentscheidung eine BET-Rate bis zu 85 % bei pT1 Tumoren noch für möglich erachten, wurde erstmals im Jahr 2005 der Referenzbereich durch die Fachgruppe auf Bundesebene von 60 bis 85 % festgelegt. Bei einer Überschreitung der Grenzwerte insbesondere nach oben muss die angemessene Indikationsstellung der BET kritisch hinterfragt werden.

Die Schwankungsbreite der 55 sächsischen Krankenhäuser mit Daten für diesen Indikator liegt zwischen 0 und 100 %. 23 Kliniken erreichten den Referenzbereich nicht, wobei keine Klinik mit mindestens 20 Fällen unterhalb der unteren Grenze liegt. 7 Kliniken mit mindestens 20 Fällen liegen oberhalb der Grenze, eine sogar bei 100 %. Insbesondere bei den Kliniken mit kleiner Fallzahl (< 20 Fälle) sind die Abweichungen durch

Besonderheiten einzelner Fälle im strukturierten Dialog herausgearbeitet worden. Bei 11 Kliniken werden die Ergebnisse des Folgejahres unter den o. g. Gesichtspunkten erneut betrachtet.

Ausblick

Der Datensatz 18/1 wurde durch die Bundesfachgruppe für 2007 grundlegend überarbeitet. Der wesentliche Fortschritt ist die nunmehr möglich gemachte Fallzusammenführung, d. h. dass mehrere stationäre Aufenthalte zum gleichen Behandlungsfall nur noch einen Datensatz erzeugen. Das vereinfacht und strafft die Dokumentation dadurch, dass mehrfache Eingaben der selben Daten entfallen. Die Auswertung verschiedener Items wird in diesem Zusammenhang valider. Ziel bleibt eine Sektoren übergreifende Qualitätssicherung, die den ambulanten Bereich in gleicher Weise einbindet. Eine Erfassung von rein plastisch-rekonstruktiven Operationen ist nicht mehr dokumentationspflichtig. Die kritische Analyse der in den Vorjahren erfassten Daten hatte ergeben, dass sich eine auch von den Patientenvertretern gewünschte Beurteilung der Qualität rekonstruktiver Eingriffe mit dem Verfahren nicht sinnvoll abbilden ließ. Im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses beschäftigt sich gegenwärtig eine Arbeitsgruppe auf Bundesebene mit einem Modellprojekt zur partizipativen Entscheidungsfindung von Patientinnen mit Brustkrebs, das in diesem Zusammenhang auch die plastisch-rekonstruktiven Operationen beleuchten soll.

Dr. med. Steffen Handstein
Mitglied der Arbeitsgruppe Gynäkologie

Risikomanagement Patientensicherheit

Die Sächsische Landesärztekammer lädt alle in ambulanten und stationären Einrichtungen tätigen Ärzte und Leitende Chefärzte unter dem Titel „Risikomanagement und Patientensicherheit“ am 3. November 2007 um 9.00 Uhr zu einer Informations- und Fortbildungsveranstaltung ein. Risikomanagement und Patientensicherheit sind so alt wie es ärztliche Behandlung gibt. Spätestens seit der Veröffentlichung „To Err is Human“ wird das Thema öffentlich diskutiert und hat zahlreiche Initiativen nicht nur seitens der Ärzteschaft ausgelöst. In Deutschland hat die Gründung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit im Jahr 2005 hinsichtlich

einer systematischen Erforschung, Entwicklung und Verbreitung von Methoden zur Verbesserung der Patientensicherheit und zum Aufbau des Risikomanagements in der Gesundheitsversorgung Zeichen gesetzt. Das Thema Patientensicherheit ist auch ein originäres Anliegen und Aufgabe der Ärztekammern.

Im Rahmen der Podiumsveranstaltung soll die hohe Bedeutung des Risikomanagements und der Patientensicherheit von namhaften Referenten präsentiert und mit ihnen diskutiert werden. So werden Themen wie Risikomanagement im Krankenhaus und Fehlervermeidungsmanagement in der Arztpraxis, Medikationsirrtümer, Vernetztes Handeln – das Aktionsbündnis Patientensicherheit und die Rolle der Schlichtungsstellen in

den Ärztekammern vorgestellt und von konkreten Erfahrungen mit einem Meldesystem für kritische Zwischenfälle (CIRS – Critical Incident Reporting System) aus einer Einrichtung berichtet.

Termin: 3. November 2007, 9.00 Uhr bis ca. 14.00 Uhr, Sächsische Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Es werden keine Teilnahmegebühren erhoben. Eine Anmeldung ist nicht erforderlich, Anrechnung von 6 Fortbildungspunkten.

Dr. med. Maria Eberlein-Gonska
Vorsitzende des Ausschusses
Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie
Dr. med. Katrin Bräutigam
Ärztliche Geschäftsführerin,
E-Mail: aegf@slaek.de

Qualitätsbeauftragter Hämotherapie

Ablauf der Übergangsfrist zur Benennung eines Qualitätsbeauftragten Hämotherapie gemäß der „Richtlinien zur Gewinnung von Blut- und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie)“

Seit dem 6. November 2005 sind die „Richtlinien zur Gewinnung von Blut- und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie)“ in Kraft. Der Geltungsbereich erstreckt sich seitdem neben den eigentlichen Blutkomponenten auch auf Plasmaderivate zur Behandlung von Hämostasestörungen (außer Fibrinkleber). Die Novellierung war notwendig geworden, da zum einen eine Anpassung an EU-Vorgaben erfolgen musste, zum anderen jedoch auch eine hohe Varianz in der Überwachungstätigkeit der einzelnen Ärztekammern bestand, denen nach wie vor die Überwachung des Qualitätssicherungssystems der Anwendung von Blutprodukten obliegt (§ 18 Abs. 1 Transfusionsgesetz (TFG)).

Neu ist unter anderem auch das Verfahren zur Benennung des Qualitäts-

beauftragten Hämotherapie: Seit November 2005 muss dazu das „Benehmen“ mit der Kammer hergestellt werden, das heißt, der Träger der Einrichtung gibt der Ärztekammer den Namen des Qualitätsbeauftragten und dessen einschlägige Qualifikationen (siehe unten) bekannt. Offenkundige Qualifikationsmängel muss die Landesärztekammer dann dem Träger der Einrichtung mitteilen. Darüber hinaus darf der Qualitätsbeauftragte nicht gleichzeitig auch Transfusionsverantwortlicher und/oder Transfusionsbeauftragter der Einrichtung sein.

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

aussetzungen für die Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ haben oder eine von einer Landesärztekammer anerkannte 40-h-Fortbildung „Qualitätsbeauftragter Hämotherapie“ nachweisen. Wir möchten daran erinnern, dass der zweijährige „Bestandsschutz“ für die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Richtlinie tätigen Qualitätsbeauftragten nunmehr ausläuft und sie bis zum Jahresende die geforderte Qualifikation nachweisen müssen. Seitens der Sächsischen Landesärztekammer wird ein entsprechender Kurs letztmalig im Zeitraum vom 10.12. bis 13.12.2007 angeboten (Anmeldung bei Frau Richter: Tel.: 0351 8267329).

Nähere Informationen zur Richtlinie Hämotherapie und insbesondere zu den Berichtspflichten der so genannten „Einrichtungen, in denen besondere Voraussetzungen vorliegen“ und die keinen Qualitätsbeauftragten Hämotherapie benötigen, finden Sie auch auf unserer Homepage (www.slaek.de → Qualitätssicherung → Qualitätssicherung Blut- und Blutprodukte).

Dr. med. Torsten Schlosser
Arzt in der Geschäftsführung

Arzteblatt Sachsen 10/2007

37. Kammerversammlung am 10. November 2007

Die 37. Kammerversammlung findet am 10. November 2007 im Kammergebäude der Sächsischen Landesärztekammer statt.

Die Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer können an der Arbeitstagung mit Vorlage des Arzt- ausweises als Zuhörer teilnehmen.

Tagesordnung

Beginn: 9.00 Uhr

1. Eröffnung der 37.

Kammerversammlung und Feststellung der Beschlussfähigkeit

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

2. Aktuelle Probleme der Gesundheits- und Berufspolitik

Bericht: Herr Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident
Ausführlicher Meinungs- austausch

3. Gesundheitspolitische Vorstellungen der Deutschen Ärzteschaft

Referent: Herr Prof. Dr. med. Christoph Fuchs, Haupt- geschäftsführer der Bundesärztekammer
Diskussion

4. Wahl der Delegierten zum Deutschen Ärztetag

5. Satzungen

5.1. Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Bericht: Herr Dr. med. Andreas Prokop, Vorsitzender des Ausschusses Berufsrecht

5.2. Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Bericht: Herr Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler,
Vorsitzender des Ausschusses Weiterbildung

5.3. Satzung über die Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse zur Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf des Arzthelfers/der Arzthelferin

Bericht: Erik Bodendieck,
Vizepräsident, Mitglied des Berufsbildungsausschusses

5.4. Satzung über die Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse zur Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten

Bericht: Erik Bodendieck,
Vizepräsident, Mitglied des Berufsbildungsausschusses

5.5. Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlussprüfungen im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten

Bericht: Erik Bodendieck,
Vizepräsident, Mitglied des Berufsbildungsausschusses

5.6. Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Bericht: Herr Dr. med. Claus Vogel, Vorsitzender des Ausschusses Finanzen

5.7. Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Bericht: Herr Dr. med. Claus Vogel, Vorsitzender des Ausschusses Finanzen

5.8. Satzung zur Änderung der Satzung der Sächsischen Ärzthilfe

Bericht: Herr Dr. med. Claus Vogel, Vorsitzender des Ausschusses Finanzen

6. Finanzen – Haushaltsplan 2008

Bericht: Herr Dr. med. Claus Vogel, Vorstandsmitglied,
Vorsitzender des Ausschusses Finanzen

7. Bekanntgabe von Terminen

– 18. Sächsischer Ärztetag/
38. Kammerversammlung
– 39. Kammerversammlung

8. Verschiedenes

20. Erweiterte Kammerversammlung

Beginn: 15.50 Uhr

1. Eröffnung der 20. Erweiterten Kammerversammlung und Feststellung der Beschlussfähigkeit

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

2. Betriebliche Altersversorgung

Bericht: Herr Dr. med. Steffen Liebscher, Vorsitzender Verwaltungsausschuss

3. Verschiedenes

Die Kreisärztekammer Dresden lädt herzlich ein zur Mitgliederversammlung 2007

Datum: Dienstag, 13. November 2007, 19.00 Uhr

Ort: Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer

Unsere Themen:

1. Tätigkeitsbericht 2007

Dr. med. Norbert Grosche, Vorsitzender der Kreisärztekammer Dresden

2. Aktuelles zur Sächsischen Ärzteversorgung

Dr. med. Steffen Liebscher, Vorsitzender des Verwaltungsausschusses der Sächsischen Ärzteversorgung

Kultureller Höhepunkt: Kateryna Titova, Pianistin

Siegerin des „Anton G. Rubinstein“ – und zahlreicher anderer internationaler Klavierwettbewerbe

Abendbuffet mit Kostproben von den Elbhängen.

Wir freuen uns auf Ihr Kommen und angeregte, kritische Diskussionen! Ihr Kreisärztekammer-Vorstand

Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf „Arzthelfer/Arzthel- ferin“

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

**Montag, den 7. Januar 2008,
9.00 bis 15.15 Uhr**

Folgender Prüfungsort für die Abschlussprüfung wurde festgelegt:

**Sächsische Landesärztekammer
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden**

Die praktischen Prüfungen werden Ende Januar 2008 durchgeführt. Dazu ergehen gesonderte Einladungen.

I. Zulassung zur Abschlussprüfung

Zur Abschlussprüfung mit Beginn 7. Januar 2008 können regulär zugelassen werden:

1. Auszubildende und Umschülerinnen, deren Ausbildungs- oder Umschulungsverhältnis nicht später als am 28. Februar 2008 endet.
2. Prüflinge, die den Antrag auf eine Wiederholungsprüfung gestellt haben (§ 37 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz).

II. Zulassung in besonderen Fällen

1. Auszubildende und Umschülerinnen (bei Umschulungszeit von 30 bis 36 Monaten), deren Ausbildungs- oder Umschulungszeit nach dem 28. Februar 2008 endet, können bei Antrag auf Zulassung zur vorzeitigen Abschlussprüfung gemäß § 45 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz nach Anhören des ausbildenden Arztes und der Berufsschule vor Ablauf ihrer Ausbildungszeit zur Abschlussprüfung zugelassen werden, wenn ihre Leistungen dies rechtfertigen (maximal mögliche Ausbildungsverkürzung von insgesamt sechs Monaten).

Als Maßstäbe für die Einzelfallentscheidung sind festgelegt:

- mindestens gute Lern- und Ausbildungsergebnisse in der Arztpraxis,

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

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

2. Prüflinge ohne vorangegangenes Berufsausbildungsverhältnis, die nachweisen, dass sie mindestens das Ein- einhalbfache der Zeit, die als Ausbildungszeit vorgeschrieben ist, in dem Beruf der Arzthelferin tätig gewesen sind (§ 45 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz).

III. Anmeldung und Zulassungsverfahren

Die Anmeldung zur Abschlussprüfung hat mit vollständigen Unterlagen nach § 10 der „Prüfungsordnung für die Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf der Arzthelferinnen“ der Sächsischen Landesärztekammer (veröffentlicht im Internet unter www.slaek.de) bis spätestens zum 9. November 2007 zu erfolgen.

Bei Antrag auf vorzeitige Zulassung oder Zulassung ohne vorangegan-

genes Berufsausbildungsverhältnis (siehe Ziffer II.1.,2.) sind zusätzlich die oben genannten Nachweise zum selben Termin einzureichen.

Über die Zulassung zur Abschlussprüfung entscheidet die zuständige Stelle. Hält sie die Zulassungsvoraussetzungen nicht für gegeben, so entscheidet der Prüfungsausschuss (§ 46 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz). Die Anmeldeformulare und die Gebührenbescheide für die Prüfungsgebühren erhalten die ausbildenden Ärzte oder in den Fällen von Ziffer I.2. (Wiederholungsprüfung ohne Ausbildungsverlängerung) und II.2. (Externe Prüfung) die Teilnehmerinnen von der Sächsischen Landesärztekammer. Bestehen Auszubildende/Umschüler vor Ablauf der Ausbildungs- oder Umschulungszeit die Abschlussprüfung, so endet das Berufsausbildungs- oder Umschulungsverhältnis mit Bekanntgabe des Ergebnisses durch den Prüfungsausschuss (§ 21 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz).

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

Marina Hartmann
Leitende Sachbearbeiterin
Referat Medizinische Fachangestellte

Konzerte und Ausstellungen

Sächsische Landesärztekammer

Festsaal, Sonntag, 4. November 2007,
11.00 Uhr

Junge Matinee
Klavier- und Kammermusik
Werke von Bach, Beethoven, Chopin,
Liszt u.a.

Schülerinnen und Schüler des
Sächsischen Landesgymnasiums für
Musik Carl Maria von Weber Dresden

Festsaal, Sonntag, 2. Dezember 2007,
11.00 Uhr

Junge Matinee
Weihnachtliches Konzert
Schülerinnen und Schüler des Heinrich-
Schütz-Konservatoriums Dresden e.V.

Ausstellung

Foyer und 4. Etage
Angela Hampel
Aus der Mode
bis 11. November 2007

Sächsische Ärzteversorgung

Ausstellung

Foyer, bis 31. Oktober 2007
Malerei und Grafik
Frau Erdmute Wilding stellt die Bilder
ihres verstorbenen Vaters, dem
Dresdner Maler Armin Schulze, aus.

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 Registrierungs-Nummer (Reg.-Nr.) an.

Wir weisen außerdem darauf hin, dass sich auch die in den Wartelisten eingetragenen Ärzte bei Interesse um den betreffenden Vertragsarztsitz bewerben müssen.

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Orthopädie
Reg.-Nr. 07/C058
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.10.2007

Annaberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
(Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis)
Reg.-Nr. 07/C059
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
(Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis)
Reg.-Nr. 07/C060

Chemnitzer Land

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 07/C061
Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 07.11.2007 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel.: 0371 2789-406 oder 2789-403 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden Dresden-Stadt

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 07/D061
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 07/D062
Facharzt für Urologie
Reg.-Nr. 07/D066
Bewerbungsfrist bis zum 09.11.2007
Görlitz-Stadt / Niederschlesischer Oberlausitzkreis
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Reg.-Nr. 07/D063

Meißen

Facharzt für Innere Medizin
– fachärztlich
Reg.-Nr. 07/D064
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 07/D065
Bewerbungsfrist bis zum 09.11.2007
Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 26.10.2007 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: 0351 8828-310, zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Leipzig-Stadt

Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 07/L084
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 07/L085
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 07/L086
Leipziger Land
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 07/L087

Delitzsch

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 07/L088

Muldentalkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 07/L089
Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 09.11.2007 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.: 0341 2432154 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 Görlitz-Stadt / Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
in Görlitz
Praxisabgabe geplant: 01.04.2008

Hoyerswerda-Stadt / Landkreis Kamenz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Landkreis Kamenz
Praxisabgabe geplant:
ab Quartal IV/2008
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Hoyerswerda-Stadt
Praxisübernahme ab sofort möglich
Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: 0351 8828-310.

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Landesgeschäftsstelle

Der Chefarzt als Produkt des TQM¹

V. S. Hocke

Der Versuch der Erfassung von Goldstandards

Einführung

Die Entwicklung im Gesundheitswesen, im Wesentlichen bestimmt von schnellen, weit reichenden aber auch teuren Entwicklungen in Diagnostik und Therapie einerseits und von begrenzten finanziellen Ressourcen andererseits, scheint durch diese diametral entfernten gelegenen Aspekte am Ende seiner Möglichkeiten angekommen.

In der Konsequenz wurde nach Modellen gesucht, die auch mit begrenzten Ressourcen teure Entwicklungen vorantreiben und Ergebnissteigerungen erreichen lassen. Eines der beliebtesten Vergleichsmodelle für die Entwicklung im Gesundheitswesen wurde die Autoindustrie.

Noch unter der Annahme, dass Ärzte, Patienten und Personal sich nicht gleich in allen notwendigen Dimensionen normieren lassen werden, war ein erster Schritt der Entwicklung dahin gerichtet, Wirtschaftlichkeitsreserven in nichtmedizinischen Bereichen zu erschließen. Outsourcing steht beispielhaft für diese Entwicklung.

Nach diesem Schritt wurde als kostentreibender und damit nun zu eradizierender Faktor die Belegungsplanung der verfügbaren Betten fokussiert und sowohl die Verlagerung der medizinischen Leistungen in den ambulanten Sektor, als auch die Einführung von Krankheitsfestkosten und maximalen Aufenthaltsdauern implementiert.

Mit der wachsenden Erkenntnis, dass sich „Krankheiten an sich“ durch diese Maßnahmen nicht vermindern und weiterhin drohen, Kosten zu verursachen, wurde die Qualität der heilkundlichen Arbeit auf den Prüfstand gehoben. Da nie die „Un-Qualität“ wissenschaftlich bewiesen werden konnte, wurde doch zumindest erkannt, dass das Managen von Qualität vielleicht helfen könnte, Ausgaben zu vermindern. Der treibende Faktor „Konkurrenz“ um

Marktpositionen war jedoch bei dem friedlichen Nebeneinander von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten leider nicht zu finden gewesen. Keiner schien Qualitätsmanagement gebrauchen zu können, weil keiner einen anderen verdrängen musste.

In Ermangelung von wirklichen Konkurrenten im Gesundheitswesen wurde insbesondere den Krankenhäusern der eingängige Slogan suggeriert, ihr müsst euch gegen euer Nachbarhaus abgrenzen, Alleinstellungsmerkmale finden, leistungsstarke und kundenorientierte Profile entwickeln, sonst werdet ihr sterben. Etwas benommen von dieser schlagenden Erkenntnis taumelten die ersten los, doch schien sich der Effekt der Drohung schnell zu verlieren.

Die Lösung bot sich darin, von den Krankenhäusern ständiges Qualitätsmanagement (QM) abzuverlangen. Da keiner wusste was das war, wurden QM-Systeme – aus der Industrie – adoptiert, die endlich die Festlegung von Standards erlauben sollten. Mit der ersten Hoffnung auf Standards im Krankenhaus war natürlich sofort auch – im Sinne deutscher Gründlichkeit – das oberste Ziel, der GOLD-Standard geboren. Nicht nur, dass für alle Prozesse und Ergebnisse Goldstandards fest zu legen sind, auch das Qualitätsmanagement an sich hat die Krone im deutschen Krankenhaus zu sein: Das „total quality management“ (TQM) wurde zum Maß der Dinge.

Etwas außer Acht geblieben erschien die Tatsache, dass natürlich auch jede einzelne humane Ressource den Qualitätsanforderungen respektive Goldstandards ihrer Berufsgruppe genügen muss und dies in einem kontinuierlichen Prozess und mit immer besser werdender Ergebnisqualität.

Können für Berufsgruppen bestehend aus einer Vielzahl von Mitgliedern noch Standards über prüfbare Ausbildungsinhalte geschaffen oder aus Durchschnittsbildungen der Leistungen errechnet werden und damit auch das Ziel einer möglichst geringen Streuung erreichbar sein, so verlieren diese Techniken ihre Wirkung bei der Festlegung des Goldstandards eines Chefarztes.

Weder gibt es für diese Position eine Ausbildung, noch ist es je eine Person aufgrund einer bestandenen Prüfung geworden, noch können hier wegen

des Problems der kleinen Fallzahl (im Grunde handelt es um Unikate) statistische Methoden zu Rate gezogen werden. Dennoch existiert das Konstrukt „Chefarzt“ und es gilt sogar uneingeschränkt das Axiom: **Ohne Chefarzt funktioniert das System nicht.**

Somit soll sich der Kern dieser Arbeit der Frage widmen, welche Qualitätsmerkmale muss das in Einzelfertigung hergestellte Produkt „Chefarzt“ erfüllen, um im Ergebnis diese Bezeichnung zu erhalten. Nicht auflösbar wird das Problem sein, dass er erst dann als Ergebnisqualität vorliegt, wenn er gleichzeitig ein Strukturqualitätsmerkmal des Systems Krankenhaus wird.

Die Systematisierung dieser komplexen Materie „Chefarzt“ wird nur durch eine Reduktion der denkbaren Einzelmerkmale möglich sein. Ein diskutabler aber wahrscheinlich konsensfähiger Weg erscheint folgende Kategoriebildung:

Ist der Chefarzt zukunftsorientiert, in der Führung zielorientiert, am Patienten qualitätsgerecht und in seinem Arbeitsstil ökonomisch?

Unter Zukunftsorientierung wird nicht verstanden, dass die Zukunft gewusst und daraufhin gearbeitet wird, sondern die initiierten Handlungen der Betriebsführung die Prognose erlauben, dass das Haus in fünf oder zehn Jahren mindestens noch existiert.

Als Zielorientierung wird verstanden, dass zwischenzeitlich formulierte Zielvorgaben erreicht werden (können). Qualitätsgerecht meint die Anwendung externer und interner Leitlinien.

Als ökonomisch wird akzeptiert, wenn mit einem bestimmten Input ein maximaler Output angestrebt wird.

Nicht zu den Qualitätsmerkmalen eines Chefarztes gehört die Frage, ob er ein Mensch oder gar ein Familienmensch sein könnte. Soweit menschliche Seiten Ziel erfüllend einfließen und das Bestreben um Perfektion unterstützen, werden sie begrüßt aber nicht im Sinne eines Qualitätsmerkmals gefordert.

Seiten des Unmenschlichen gelten zwar explizit als unerwünscht, werden aber implizit als unverzichtbar angesehen. Die Gestaltung dieses Spannungsbogens bis zum Nichterkennen desselben kann schon als ein Qualitätskriterium gelten. Um zukunftsorientiert sein zu können, muss Vergangenheit gewusst/verstan-

¹ (total quality management)

den sein. Es gilt, dass sowohl die Historie des eigenen Faches und seiner Randgebiete gewusst wird, als auch des eigenen Hauses und des Gesundheitswesens. Es gilt sowohl jeweils die Wurzeln zu kennen, wie auch die genomene Entwicklung, rsp. auch die zwischenzeitlichen Fehlentwicklungen. (Der Historiker)

Auch die aktuelle Literatur muss rezipiert sein, um aus der Verschmelzung historischen Wissens mit der neuesten Entwicklung die zukünftig zu gehenden Wege wie eine Landkarte skizziert zu können. (Der Literaturrezipient)

Als Chefarzt ist er in der Lage zukunfts-fähige Visionen so zu entwickeln und darzustellen, dass sie klar und plastisch, wie nahezu selbstverständlich, erscheinen werden. (Der Visionär)

Auf dem Gebiet der Visionsentwicklung tätige Mitarbeiter einerseits motivieren zu können, sich einzubringen, andererseits aber auch den Wildwuchs der Ideen gefühlvoll begrenzen und Aktionismus kanalisieren zu können, möchte auch beherrscht werden. (Der Moderator)

Bei der Umformulierung von Visionen in konkrete Ziele gilt es zu beachten, dass Visionen in gestufte Kategorien eingeteilt sind. Die niedrigste Stufe der Visionstransformation ist, nur die Projekte zu veranlassen, die den Status quo erhalten helfen. Eine zweite ist, die Inanspruchnahme der vorhandenen Strukturen zu steigern. Als höchste Stufe ist der Ausbau des Hauses um neue Behandlungsschwerpunkte, Betten etc. anzusehen. (Der Konzernlenker)

Die Fähigkeit, verlässliche Zeitpläne für Projekte zu entwickeln und einzuhalten bzw. zu unterbieten, muss in diesem Kontext als separates Qualitätsmerkmal erfasst werden, da hierin eher ein konditioneller Aspekt zum Tragen kommt, als bei der reinen Verkündung von Projekten (aktioneller Aspekt). Nur wer Ausdauer und Hartnäckigkeit beweist, wird Ziele erreichen können und Gold-Standards setzen.

Ein noch junger Zweig der Qualitätsanforderung stellt die elektronische und multimediale Entwicklung dar. Zwar muss der Chefarzt nicht (mehr) alle Software, Hardware und Netzwerklösungen kennen, doch das darin liegende Potential sollte ihm umfänglich vertraut sein. Nur so wird es ihm gelin-

gen, alle nur möglichen Arbeitsschritte und Workflows eines Krankenhauses in diese ausbaufähige und zukunfts-trächtige Kommunikationsform zu transferieren, bzw. die dafür tätigen Arbeitsgruppen zu moderieren.

Auch die mediengerechte Aufbereitung des Leistungsspektrums seines Hauses für die entsprechende Präsentation in Printmedien, Fernsehen und Internet ist eine Fähigkeit, die als Qualitätsmerkmal einer Führungskraft einzuordnen ist. Zwar muss er die Vorlagen nicht selbst entwickeln, bei ihm wird aber immer das letzte Wort liegen, was, wann und in welcher Form präsentiert wird. (Der Werbefachmann)

Um den immer häufiger werdenden Anfragen der Medien nach Expertenwissen unkompliziert Rechnung tragen zu können, sollte ein gewisses Maß an Medientauglichkeit sowohl in Sprache als auch äußerer Erscheinung gewährleistet werden. Ein leicht sonnengebräunter Teint wie auch sportlich konservative Markenkleidung gelten hier als derzeitig idealtypisch. Somit wäre in diesen Kriterien bereits der Extremwert des Goldstandards enthalten. (Der Medienmensch/Pressesprecher)

Zusätzlich müssen aber auch konkret die Ressourcen sowohl beim monetären wie auch humanen Kapital Bewertungen unterzogen, so genannte Standortbestimmung durchgeführt werden können. Auch Risikoabwägungen treffen, gehört mit zu den unverzichtbaren Fähigkeiten, ebenso wie gute Kommunikationstechniken, eventuell widerspenstige Mitarbeiter und Verwaltungsleiter nicht nur zu überzeugen, sondern so zum Mitmachen zu begeistern, dass diese das Gefühl bekommen, sie hätten diese Idee mitentwickelt. Fixierung des Ausgangsbudgets, Festlegung des Investitionsumfangs und Renditeberechnung sollten dem Chefarzt genauso möglich sein, wie die Wissenskapazitäten der Mitarbeiter vollständig zu erfassen, um mit ihnen fundierte Zielvereinbarungen treffen zu können. (Der Taxonom)

Die qualitätsgerechte Behandlung am Patienten ist durch die Entwicklung von Leitlinien bereits vereinfacht.

Somit stellt das Wissen um die Inhalte der Leitlinien eine Basisvoraussetzung dar, die schon als Facharztstandard festgelegt ist. Eine etwas höhere Kunst und damit mehr dem Chefarzt zu

zuordnen, ist, bei mehreren Leitlinien unterschiedlicher Fachgesellschaften die für sein Haus richtige auszuwählen und den Kollegen zu begründen.

Selbstredend erfüllt ein Chefarzt folgende Forderung:

„...Es erscheint offensichtlich, dass die Qualität der Behandlung und Versorgung nur vor dem Hintergrund expliziter Standards beurteilbar ist. Hierbei müssen die Ergebnisse empirischer Therapie- und Versorgungsevaluation Berücksichtigung finden. Evidenzbasierte Medizin (EbM) steht für eine medizinische Praxis, die auf dem bestmöglichen klinischen Wissen basiert, wie es zum Beispiel aus den Ergebnissen randomisierter klinischer Studien, aber auch anderen, wissenschaftlichen Standards abgeleitet werden kann. ... EbM setzt voraus, dass der Arzt mit wissenschaftlichen Denk- und Forschungsmethoden vertraut und in der Lage ist, sich über das vorhandene Wissen systematisch zu informieren und dieses kritisch zu bewerten. ... Eine stärkere Orientierung der ärztlichen Entscheidung an Eb-Leitlinien in Diagnostik und Therapie lässt eine Optimierung des Behandlungsprozesses erwarten, verbunden mit verbesserten Behandlungsergebnissen und Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven (aus Menke et al.: Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie 1/06).“

In diesem Zitat ist treffend dargelegt, wie der Standard des anzuwendenden Wissens am Patienten definiert ist und stellt gleichzeitig den Goldstandard dar. Besonders zu beachten und somit auch etwas relativierend gilt diese Forderung für alle Ärzte, insbesondere für Fachärzte unabhängig von ihrer Position. Auch ist dieser Vorgabe zu entnehmen, dass eine graduelle Abweichung nach unten nicht in Betracht zu ziehen.

Dem Chefarzt bleibt die besondere Aufgabe, die Assistenten in ihrer fachlichen Qualifizierung zu fördern und anzuleiten, um die geforderten, notwendigen Fähigkeiten auch wirklich zu erlangen. Er hat Lehrer und nun (nach der neuen Weiterbildungsordnung) auch Zwischenprüfer zu sein. (Der Lehrer/der Zwischenprüfer)

Das Zitat, klar wie es in seiner Formulierung auch ist, spricht immer noch von „nur Optimierung“ bei konsequenter Anwendung der Leitlinien. Die aus der Autoindustrie zu übernehmende Forderung von Null-Fehler-Qualität scheint sich bedauerlicherweise in Vorgaben zu Chefärztlichem Handeln noch nicht durchgesetzt zu haben.

Es wird offenbar verkannt, dass dann, wenn er Null-Fehler-Qualität erreicht, ein Risikomanagement, bzw. Umgang mit haftungsrechtlichen Fragen nicht mehr beherrscht werden muss, da es dafür dann keine Anwendungsfelder mehr geben wird. Soweit also nur eine Optimierung angestrebt wird, wird auch in Kauf genommen, dass es fehlerhafte Ausreißer in der Behandlung gibt. Somit muss der Chefarzt notgedrungen alle haftungsrechtlich relevanten Gesetze und die dazugehörige aktuelle Rechtsprechung kennen. Aber selbst wenn ein Patient zufrieden stellend behandelt wurde, können sich lang gezogene Streitigkeiten mit den Krankenkassen, dem MDK und dem Sozialgericht ergeben, die wiederum spezielles Wissen und Handling erfordern, um den Kampf um die Rechnungsbegleichung gewinnen zu können. Diese Phänomene haben leider keinen Seltenheitswert mehr, so dass sie zu einem modernen Anforderungsprofil eines Chefarztes gehören müssen. Über breites juristisches Wissen zu verfügen, wäre ein statisches Qualitätsmerkmal, schon auf einschlägige Erfahrungen zurückblicken zu können, ein sehr wichtiges, dynamisches Qualitätskriterium. (Der Jurist)

Die Kenntnisse der umfangreichen gesetzlichen Bestimmungen, die ärztliches Handeln erst wirksam werden lassen, ist eher als Grundvoraussetzung denn als Goldstandard zu verstehen. Die ökonomischen Gütekriterien verlangen das Handling von z.B. pflege-satzfähigen/DRG-fähigen Kosten, die Generierung von Steuerungs- und Kennziffern sowie die engmaschige Einflussnahme auf die Krankenhausprozesse. Hierfür eine effektive Organisationsform zu kreieren, um kostenintensive Behandlungen frühzeitig markieren zu können, muss ihm gelingen. Nur so wird der Input an Ressourcen übersichtlich bleiben, ein ökonomisches

Arbeiten möglich werden und maximaler Output entstehen. (Der Controller) Gleichzeitig muss es ihm gelingen die humanen Ressourcen so zu dauerhaften Höchstleistungen zu motivieren, dass ihre Arbeitskraft möglichst vielen Behandlungsfällen zu Gute kommt. (Der Anreizgeber)

Nicht zuletzt muss ein Chefarzt klare ethische Grenzen kennen und einzel-fallbezogen in Anwendung bringen können. Insbesondere bei Entscheidungen um Leben und Tod sollte eine gefestigte innere Haltung und Halt für die Mitarbeiter spürbar sein. (Der Ethiker) Er sollte neben dem Motivator für seine nach geordneten Kräfte auch ein offenes Ohr für deren Probleme im Berufsalltag und ggf. auch im familiär/häuslichen Bereich haben. (Der Seelsorger) Selbstredend kennt er das sein Haus umgebende Netzwerk aus niedergelassenen Kollegen, nachbehandelnden stationären wie ambulanten Einrichtungen und pflegt entsprechende Kontakte. Soweit mehrere Chefarzte an einem Haus sind, ist er in der Lage im interkollegialen Gespräch die krankenhauserlevanten Problemstellungen sachlich und kompromissbereit anzugehen und ist auch immer bemüht, mit der Pflegedirektion konsensual zu arbeiten.

Als Gütekriterien werden auch erfolgreich abgeschlossene Habilitation, Schwerpunktausbildung QM und betriebswirtschaftliche Grundausbildung bei nicht zu hohem Alter zum Positionsantritt gewertet. Selbstverständlich ist auch, dass er in mindestens einem Teilgebiet seines Faches ein Meinungsführer sein sollte.

(In allen genannten Bereichen ist entsprechende langjährige Erfahrung besonders von Vorteil und kann ebenfalls als Qualitätsmerkmal bewertet werden.)

Zusammenfassung

Wie die Analyse belegt, ist es möglich, ein deskriptives Qualitätsanforderungsprofil zu erstellen. Die Gesamtheit der Einzelkriterien decken sicher 95% der Varianz dessen ab, was das Konstrukt „Chefarzt“ bedeutet. Auch können auf intuitivem Weg für alle Faktoren die Goldstandards formuliert werden, messbar, berechenbar oder vergleichbar werden sie aber dennoch nicht. Deutlich

wird in dieser auf die wichtigsten Qualitätskriterien reduzierten Zusammenstellung, dass eine klare Trennung der Qualitätssäulen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nicht möglich ist. Als die Position „Chefarzt“ besetzender unterliegt die Person in der Ausübung seiner Funktion einem dynamischen Prozess, der ständig unter qualitativer Überwachung steht, um an der Ergebnisqualität gemessen zu werden. Das erreichte Ergebnis stellt aber gleichzeitig wieder ein Strukturqualitätsmerkmal dar, dass einen Prozess bedingt.

Die Erstellung einer IST-Analyse, Grundvoraussetzung und Ausgangspunkt eines jeden QM-Systems ist für die unverzichtbare Position des Chefarztes im Krankenhaus nicht möglich. Kann man für die Fertigung eines Motors, vielleicht auch noch pathologischer Präparate oder auch für die Durchführung einer Kathederuntersuchung oder Operation noch eine solche durchführen, verlieren die hierfür genutzten Instrumente ihre Wirkung bei der Beschreibung der an humane Ressourcen gebundenen Qualitäten. Jeder Versuch diese humanen Eigenschaften dennoch quantifizierbar zu machen, muss kaum vertretbare Einschränkungen akzeptieren. Es kann nur bei einer Einzelbetrachtung, der kritischsten, unwissenschaftlichsten und unmoderntesten Methode überhaupt, bleiben.

Nachwort

Als Nachwort sei folgendes Zitat erlaubt, ebenso wie der Verzicht auf eine weitere Kommentierung:

Laudatio auf einen Chefarzt: N.N.: Das größte Werk ist er selbst, seine Person, sein Leben, seine unverwechselbare, unübersehbare besondere Identität, sein Hiersein, sein Sosein und Dasein, er, wie er leibt und lebt, Ergebnis lebenslanger Selbstgestaltung und immer noch auf dem Wege zu höherer Vollkommenheit, auf dem besten Weg zu sich selbst. Das Tableau einer knorrigen, sperrigen, charmanten, quicklebendigen, kämpferischen, streitbegabten Persönlichkeit. (aus W. Weig, C. Cording (Hrsg), Zeitgeist und Psychiatrie, 1998)

Therapiesymposium 2007

Wie im vergangenen Jahr führt die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) gemeinsam mit der Sächsischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen ein Therapiesymposium durch.

Ziel der bundesweit stattfindenden Therapie-Symposien ist die Vorstellung neuer und überarbeiteter Therapieempfehlungen. Diese Empfehlungen stellen wissenschaftlich begründet, interessensneutral und praxisorientiert eine Orientierung für die Pharmakotherapie der häufigsten Erkrankungen in der Praxis dar.

Die diesjährige Veranstaltung (wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der AkdÄ; Prof. Dr. med. Rainer Lasek und Prof. Dr. med. Heiner Berthold; Berlin) widmet sich insbesondere den Themen Therapie von Kreuzschmerzen (Prof. Dr. med. Jan Hildebrandt, Göttingen) und Therapie der chronischen Herzinsuffizienz (Prof. Dr. med. Konrad Wink, Gengenbach). Zu beiden Fragestellungen liegen in 3. Auflage die aktuellen, mit maßgeblichen wissenschaftlichen Fachgesellschaften abgestimmten, Empfehlungen 2007 vor. Den Abschluss der Veranstaltung bildet ein Überblick über die neuen Arzneimittel 2007 (Prof. Dr. med. Ulrich Schwabe, Heidelberg).

Die Veranstaltung findet am Mittwoch, dem 7. November 2007, 15.00 Uhr bis 18.30 Uhr, in den Räumen der Sächsischen Landesärztekammer (Schützenhöhe 16, 01099 Dresden) statt und ist mit vier Fortbildungspunkten bewertet. Die Teilnahme ist gebührenfrei.

Eine Anmeldung ist über die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin, Tel. 030 400456 500, Fax 030 400456 555, E-Mail: sekretariat@akdae.de, online über <http://www.akdae.de>, Rubrik Termine, erbeten.

Dr. med. Katrin Bräutigam
Ärztliche Geschäftsführerin
E-Mail: aegf@slaek.de

Fakultative Weiterbildungen und Fachkunden

Hinweis auf befristete Übergangsregelung für Fakultative Weiterbildungen und Fachkunden nach der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 08. November 1993

Die Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 26. November 2005 ist zum 1.1.2006 in Kraft getreten.

Der Weiterbildungsausschuss möchte auf die Frist zur Beantragung der

Anerkennung von Fakultativen Weiterbildungen und Fachkunden hinweisen.

Gemäß § 20 Abs. 7 der geltenden Weiterbildungsordnung können Kammermitglieder, die sich bei Inkrafttreten dieser Weiterbildungsordnung nach Facharztanerkennung in der Weiterbildung zu einer Fakultativen Weiterbildung oder einer Fachkunde befinden, diese innerhalb einer Frist von 2 Jahren nach den Bestimmungen der bisher gültigen Weiterbildungsordnung abschließen und die Zulassung zur Prüfung beantragen.

Danach kann die Anerkennung für Fakultative Weiterbildungen und Fachkunden nach der zuvor geltenden Weiterbildungsordnung nur noch bis zum **31.12.2007** beantragt und erteilt werden.

Nach Ablauf dieser Frist ist eine Anerkennung von Fakultativen Weiterbildungen und Fachkunden nicht mehr möglich.

Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler
Vorsitzender Ausschuss Weiterbildung

Stipendium und Schlossmann-Preis

Die Sächsisch-Thüringische Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie (STGKJM) vergibt für 2008 den Arthur-Schlossmann-Preis und schreibt Ausbildungsstipendien bis zu einer Höhe von 3.000 Euro aus. Der Arthur-Schlossmann-Preis besteht aus einer Urkunde und einer finanziellen Zuwendung von 1.500 Euro und wird

für besondere wissenschaftliche Leistungen auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin vergeben. Als Bewerber für die Ausbildungsstipendien kommen Assistenten in Weiterbildung zum Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin sowie Kinderchirurgie und Fachärzte in qualifizierender Fortbildung in Betracht. Die Antragsmodalitäten sind auf der Homepage der Gesellschaft www.stgkjm.de abzurufen. Bewerber für den Schlossmann-Preis müssen fünf Exemplare ihrer Arbeit, Stipen-

diumsbeurteilung und ihre Unterlagen an den Vorsitzenden der Gesellschaft (Herrn Prof. Dr. Th. Richter, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg gGmbH, Delitzscher Straße 141, 04129 Leipzig) richten. Einsendeschluss ist jeweils der 31.12.2007. Die Entscheidungen werden auf der Jahrestagung am 11./12.04.2008 in Chemnitz bekannt gegeben.

Sächsisch-Thüringische Gesellschaft für
Kinder- und Jugendmedizin und
Kinderchirurgie (STGKJM)

Leitsymptom Handschriftveränderungen

R. Ludewig

Graphomotorische Reaktionen auf Krankheiten, Arzneimittel, Gifte, Genuss- und Rauschmittel – Teil I

Zusammenfassung:

Wenn eine Handschriftveränderung besonders auffällig ist, kann es sich aus guten Gründen in den meisten medizinischen Disziplinen lohnen, dieses Leitsymptom als Warnzeichen aufzufassen, in die Diagnostik und später auch in die Objektivierung und Dokumentation des Krankheitsverlaufs sowie des Behandlungseffektes einzubeziehen.

Die praxisorientierte Interpretation von Handschriftveränderungen führt zu einem Leitsymptom, das klinisch, pharmakologisch, toxikologisch, psychologisch und forensisch besonders hilfreich sein kann. Darüber wird im internationalen Schrifttum – hierzu auch an der Universität und in der ärztlichen Fortbildung^{79,103} – ausführlich berichtet. Da die einschlägigen Publikationen über ein Jahrhundert in Monographien und Zeitschriften mehrerer Fachgebiete verstreut und mitunter nur noch schwer zugänglich sind, werden wir immer wieder um eine komprimierte Übersicht gebeten, um die wir uns nachfolgend (in vier Teilen) bemühen. Dabei stützen wir uns auf die wichtigsten Veröffentlichungen sowie auf unsere deutsch-amerikanische Zusammenarbeit⁷² und eigene Erfahrungen^{47,51,52,68-79,104,105}, müssen aber aus redaktionellen Gründen auf die an anderer Stelle erläuterten theoretischen Grundlagen^{72,78,97,129} verzichten und die Abbildungen auf 13 (verkleinerte) Schrift-Beispiele beschränken, an denen sich das Wesentliche demonstrieren lässt.

1. Nutzen und Grenzen dieses Leitsymptoms

– Die juristisch unbedenkliche Interpretation von Handschriften¹⁷ und die diagnostische Verwendung von Schreibstörungen (s. Kapitel

2 u. 3) können helfen, Patientinnen, Patienten, Ärztinnen und Ärzten sowie Versicherungen in geeigneten Fällen Zeit, Belastungen und Unkosten zu ersparen.

– Schriftveränderungen können Frühsymptom einer Erkrankung oder Vergiftung sein, die bisher womöglich noch nicht auffällig wurde (vgl. Schriftbeispiele) und

– Krankheiten, Arzneimittel-(Überdosierungen oder -Interaktionen) und Gifte, die das zentrale oder vegetative Nervensystem direkt oder indirekt in Mitleidenschaft ziehen sowie der Missbrauch von Genuss- und Rauschmitteln beeinträchtigen früher oder später die Feinmotorik und damit die Handschrift (s. Kapitel 4), so dass

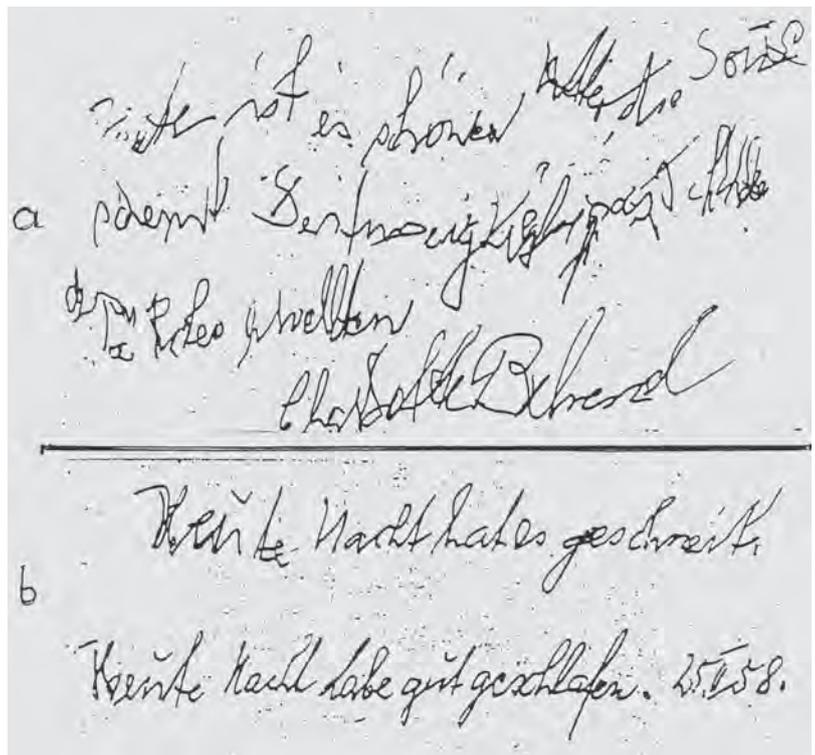


Abb. 1: Beispiel für Ataxie(-Schrift) bei einer Chorea Huntington; a = vor ..., b = nach der Behandlung (Einzelheiten bei Mertens u. M. sowie unter 2.1 u. 4.1.4)

so zu den erforderlichen Maßnahmen rechtzeitig anregen.

– Wenn es wünschenswert ist, den länger zurückliegenden Beginn und den Verlauf einer das Nervensystem beeinträchtigenden Erkrankung oder Intoxikation zu ermitteln und zu dokumentieren, kann ein chronologischer Schriftvergleich mitunter wichtige Hinweise liefern (s. Kapitel 3). Selbst in Autographen historischer Persönlichkeiten sind Veränderungen der Handschrift zu erkennen, die in Verbindung mit biographischen Daten noch nach Jahrhunderten zur Beantwortung bislang ungeklärter Fragen zu Verhaltensweisen, Krankheiten und Todesursachen entscheidend beigetragen haben^{51,52,68,70,71,73,77}. (vgl. Beispiel Abb.5).

die Beachtung und Dokumentation von Schreibstörungen oder deren Rückbildung die Diagnostik, Verlaufs- und Therapiebeurteilung erleichtern und ergänzen können^{72,128,129}. – Der postalische oder elektronische Austausch geeigneter Schriftproben und ihrer Beurteilung ermöglicht im problematischeren Einzelfall Konsultationen mit auswärtigen Experten (s. u. und Hinweise in Abs. 3.1).

– Von einem Störmerkmal sollte nicht in jedem Fall ein positiver oder negativer Beweiswert erwartet werden⁷². Das Übersehen dieser Einschränkung, die auch für andere Leitsymptome⁴⁰ gilt, sowie flüchtige Betrachtungen und unsachgemäße Interpretationen von Schriftproben führen zu Ent-

täuschungen!^{19,49,50,72} (cave spektakuläre Behauptungen in Massenmedien wie „Diagnosen aus der Handschrift“).

- In Zusammenarbeit mit ausgewiesenen Schriftpsycholog(inn)en kann auch die Einschätzung psychiatrisch-, psychologisch- oder altersbedingter Verhaltensänderungen beschleunigt, erleichtert oder ergänzt werden (s. unter 3.1 u. 4.1.4).

2. Schon prima vista als Schreibstörung verdächtige Einzelmerkmale

2.1 Ataxie-Schrift

Diese Schreibstörung, die zu den auffälligsten gehört, ist Ausdruck einer Störung der feinmotorischen Koordination von Bewegungsabläufen (z.B. Asynergie und Hyper- oder Hypometrie). Nach Saudek^{102,130} kann sie dadurch gekennzeichnet sein, dass die Schreibe Bewegung nicht in der gewollten Richtung verläuft oder

Zu erwarten und häufig zu beobachten^{40,64,72,75,96,97,129,130} sind Reaktionen auf

- physiologische Ursachen: starke Erregung oder Ermüdung, Angst, längerer Aufenthalt in Kälte; Schreibenanfänger, hohes Lebensalter oder vorzeitige Alterung^{91-94,112}
- pathologische Ursachen: Hyperkinetische Syndrome (s. Abb. 1), Parkinsonismus, Krampfleiden und andere Erkrankungen oder Traumen im Groß- oder Kleinhirn, Rückenmark (evtl. auch als Spätfolge) sowie starkes Nachlassen der visuellen Kontrolle (s. unter 4.1.4), Muskel- oder Gelenkerkrankung im schriftführenden Arm; Magnesium- oder Kaliummangel, Hypoglykämie (s. unter 4.1.5)
- Arzneimittel(-Überdosierung), insbesondere Analeptika, Anoretika, Alpha-Rezeptorenblocker, Antiallergika, Antikonvulsiva, Barbiturate, Dopaminagonisten, Mutterkornalkaloide, Parasympatholytika, Serotonin-Antagonisten, Virustatika (Aciclovir; Ganciclovir, Vidarabin)
- Gifte: Blei- und Lithiumsalze, Methylhalogenide, Nikotin, Nitrile, Phosphorsäureester, Pilz-Atropin (u. U. → Anticholinerges Syndrom⁷⁵), Quecksilber(-Verbindungen); Botulismus-Neurotoxin (→ Schreibkrampf).
- Genuss-, Sucht- und Rauschmittel (-Missbrauch), zum Beispiel Alkohol und/oder Drogen (s. unter 4.4 u. 4.5)

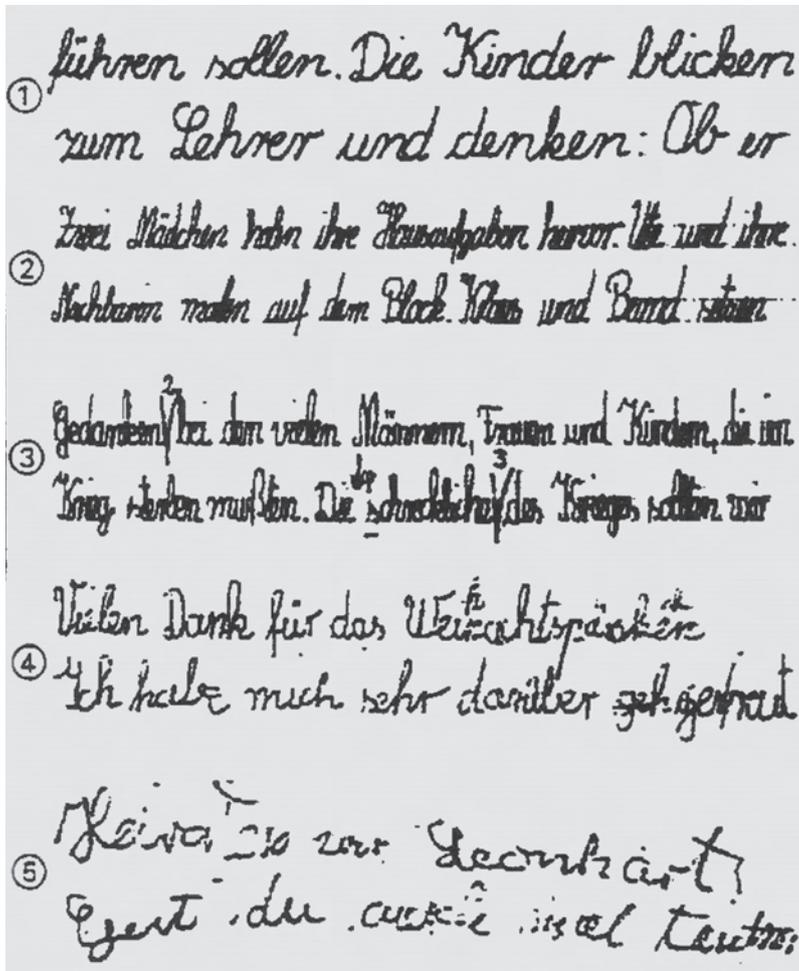


Abb. 2: Beispiel für Tremor-(Zitterschrift) eines 10-jährigen Mädchens im Verlauf einer chronischen Quecksilbervergiftung; 1 = 3 Monate vor... 2 = 2 Monate vor..., 3 = 1 Monat vor..., 4 = 3 Tage vor..., 5 = kurz nach Klinikaufnahme (Einzelheiten bei Böse u. M. sowie unter 2.2, vgl. auch Abb. 10)

Informationen über die Erreichbarkeit geprüfter und durch Publikationen ausgewiesener

Schriftpsycholog(inn)en sowie über den Einsatz des elektronischen Schreibtablets (siehe unter 3.6) bei Frau Dr. Gabriele Schmidt (Lehrbeauftragte für Schriftpsychologie an der Universität Leipzig), Feuerbachstr. 18, D-04105 Leipzig; Tel.: 0341 - 96 03 560,

dass der Schreibende nicht fähig ist, die eingeschlagene Richtung an der gewollten Stelle zum Stillstand zu bringen oder dass lediglich die Aufstriche durch zu starken Griffdruck deutlich entarten (s. Abb. 1, 3, 6, 8). Im Gegensatz zum Tremor (s. unter 2.2), der teilweise auch mit Ataxie kombiniert ist, sind die einzelnen Buchstaben verzerrt, ungleichmäßig bis unleserlich^{13,130}.

2.2 Zitterschrift (Tremor)

Sie gilt als eines der sichersten und frühesten Symptome einiger bedrohlicher Erkrankungen und Vergiftungen, zu deren rechtzeitiger Erkennung, Verlaufsbeobachtung und Dokumentation Schriftvergleiche wertvolle Beiträge liefern können (s. auch Kapitel 3). Hierbei lassen die Schriftzüge zittrige Wellenlinien erkennen, ohne dass sich die Form der Buchstaben und die gewollte Schreibrichtung wesentlich verändern^{13,130} (s. Abb. 2, 3, 9, 10). Im latenten Krankheitsstadium ist dieses Phänomen oft erst nach kräftigem Faustschluss oder nur mit der Lupe (!) zu erkennen⁴¹. Versuche zur Differenzierung der klinisch gebräuchlichen Tremorformen^{40,72} sind hier in praxi

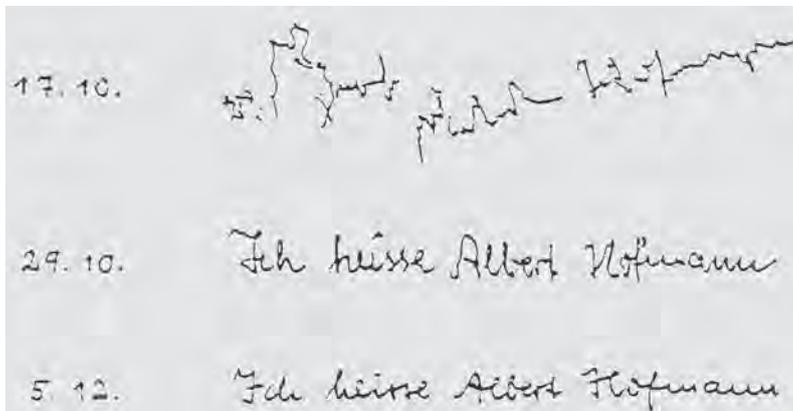


Abb. 3: Beispiel für Zitter- und Ataxieschrift mit gestörter Zeilenführung im Verlauf einer portosystemischen Enzephalopathie bis zur Rückbildung (5.12.) unter der Therapie (Einzelheiten bei Kuntz sowie unter 2.1, 2.2, 3.4; vgl. auch Abb.5)

wenig sinnvoll (zum Beispiel zu geringe Unterschiede, individuelle Ausnahmen, Mischformen). Lediglich zur Beantwortung besonderer Fragestellungen oder für wissenschaftliche Studien ist es empfehlenswert, weitere Störmerkmale zu berücksichtigen (Schriftgröße u.a., s. Kapitel 3) und / oder die Entwicklung qualitativ und quantitativ durch den Linien-Nachfahr-Labyrinth-Test^{41,55} oder den tracking-test^{22,32}, zu registrieren.

Zu erwarten und häufig zu beobachten^{18,40,53,69,72,75,113,120,129,130} sind Reaktionen auf

- physiologische Ursachen : Angst, Stress, Erschöpfung, Lampenfieber, Freude, Ärger; höheres Lebensalter oder vorzeitige Alterung (z.B. nach Verfolgung oder Gefangenschaft)^{91-94,112}, Unterkühlung; Simulation, Schriftimitation; zitterige Unterlage
- pathologische Ursachen: Erkrankungen von Pallidum oder Striatum (z.B. Parkinson-Syndrom), von Groß- oder Kleinhirn, Rückenmark, Schilddrüse (Mb. Basedow), Nebennierenmark, Kreislauf; Magnesium- oder

Kaliummangel, Hypoglykämie (s. unter 4.1.5); hereditär

- Arzneimittel (-Überdosierung), insbesondere Alpha-Sympathomimetika und Amphetamine (incl. Party- und Designerdrogen, div. Dopingmittel, Psychedelika oder Entaktogene wie Ecstasy u.v.a.), Analeptika, Antidepressiva, Antiallergika, Beta-Sympathomimetika, Diltiazem, MAO-Hemmstoffe (in Kombinationen), Neuroleptika, Schilddrüsen-Hormone, Serotonin-Agonisten und -Antagonisten, Virustatika (wie unter 2,1)
- Gifte: Blei- und Lithiumsalze, Quecksilber(-Verbindungen), Kohlenmonoxid und Manganverbindungen (Spätfolge), Nicotin/Cytisin/Lobelin; Nitrile (s.auch unter 4.3)
- Genuss-, Sucht- und Rauschmittel (s. unter 4.4 u. 4.5)

2.3 Häufige Verschreibungen, Korrekturen, Flickungen, Buchstaben- und Wortauslassungen oder -wiederholungen bis zum Formzerfall der Schrift

(s. Abb. 1 u. 5)

Die hier zusammengefassten Schreibstörungen kommen einzeln oder

kombiniert vor. Es ist daher nicht zweckmäßig, jedes Detail spezifisch zu begründen, zumal im Verlaufe einer Krankheit, Einwirkung oder Behandlung diese Störmerkmale zu- oder abnehmen können. – Das Verwechseln von Buchstaben oder Wörtern (literale bzw. verbale Paraphrasie) ist früher und leichter zu beobachten und zu dokumentieren als die entsprechenden zentralen Sprachstörungen (Paraphrasie, Aphasie, evtl. kombiniert mit Agraphie)⁶⁹

Häufig beobachtet wurden^{7,56,62,88,106,112,121-123,133} Reaktionen auf

- physiologische Ursachen: hohes Lebensalter, Gedankenzerfahrenheit, große Eile, Aufregung, Erschöpfung; Schwierigkeiten bei der Textgestaltung
- pathologische Ursachen: psychische Probleme, Krisenzustände, Schreibkrampf, schwere Sehstörungen (→ Ausfall der visuellen Kontrolle; s. unter 4.1.4), Erkrankungen des extrapyramidalen Systems, Enzephalopathien (z.B. bei Leberversagen, s. Abb. 5); Mb. Basedow, Kaliummangel (s. unter 4.1.5)
- Schwere Vergiftungen⁷⁵ mit organischen Lösungsmitteln, Kohlenmonoxid, Quecksilber, Blei (s. unter 4.3), mit neurotrop wirksamen Pharmaka (s. unter 4.2) oder Rauschmitteln (s. unter 4.5).

Fortsetzung im Teil II (methodische Hinweise zum chronologischen Schriftvergleich mit Abbildungen 4 und 5)

Literatur beim Verfasser oder Internet www.slaek.de, Ärzteblatt Sachsen, Heft 10/2007.

Anschrift des Verfassers:
Prof. em. Dr. med. Reinhard Ludewig
Bochumer Straße 47, 04357 Leipzig

Medizinalgesetzgebung in Kursachsen

Teil I

A. Einleitung

Der folgende Beitrag setzt sich zum Ziel, dem Leser einen allgemeinen Überblick über die Medizinalgesetzgebung in Kursachsen, von der ersten landesrechtlichen Regelung im Jahr 1474 bis zur Erhebung Sachsens in den Stand eines Königreiches im Jahre 1806, zu verschaffen. Dabei sollen normative Quellen wie Mandate, Verordnungen, Dekrete, Generalen und Rescripte die Grundlage der Betrachtung bilden. Außerdem wird die Entwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens im Kurfürstentum Gegenstand der Diskussion sein. Die Abhandlung begrenzt sich dabei auf Regelungen, welche im weitesten Sinne zur Humanmedizin zählen. Zu beachten ist, dass die jeweiligen Normen die gültige Rechtslage der kurfürstlichen Gebiete im entsprechenden Zeitraum darstellen. Aufgrund einer Vielzahl territorialer Veränderungen im Laufe der 450jährigen Geschichte variiert somit die räumliche Bedeutung der Terminologie Kursachsen mehrfach.

Die Betrachtung bewegt sich dabei auf der Ebene des Kurfürstentums; möglicherweise daneben existierende Regelungen örtlicher Natur sind jedoch weder ausgeschlossen, noch unwahrscheinlich. So existierten bereits ab dem 14. Jahrhundert vereinzelte Stadtphysikate, wobei ähnliche Strukturen auf Landesebene erst nahezu 400 Jahre später in Erscheinung traten.

Die sich vorab aufdrängende Frage, wann sich der Kurfürst einer bestimmten Form der Rechtssetzung bediente, lässt sich nicht eindeutig beantworten, da die Grenze bisweilen unscharf verläuft. So bemerkte Becker, dass es im weltlichen Bereich oft der Zufall war, welcher über die Bezeichnung einer Norm entschied. Diese allgemeine Feststellung findet auch in Kursachsen ihre Bestätigung; so wurden zum Beispiel durch Generale und Mandat generell-abstrakte Regelungen, wie die Einrichtung von Behörden, getroffen, aber auch kurzfristige Probleme wie der Umgang mit einer regional auftretenden Seuche gelöst. Anderes lässt sich indessen für das Rescript feststellen, mit welchem, vorbehaltlich weniger Ausnahmen, nur auf konkrete Rechtsfragen und akute Vorfälle reagiert wurde.

B. Medizinalberufe und Berufsbezeichnungen im kursächsischen Gesundheitswesen

I. Allgemeine Vorbemerkungen

Prägend für die Ausübung medizinischer Tätigkeit in Kursachsen ist das zu dieser Zeit allgemein dominierende Prinzip der Separation in akademische Medizin und chirurgische Behandlung. Zurückzuführen ist dieses unter anderem auf einen Entschluss der vierten Lateransynode aus dem Jahr 1215, durch welchen der chirurgische Eingriff verurteilt und seine Durchführung den damals vorrangig klerikalen Medizinern verboten wurde. Diese Entwicklung führte dazu, dass die lange als unrein geltenden chirurgischen Eingriffe überwiegend von geringer bis überhaupt nicht medizinisch ausgebildeten Badern, Barbieren und Wundärzten vorgenommen wurden. Eine Behandlung durch akademische Mediziner war zudem für die normale Bevölkerung nahezu unerschwinglich; so entsprach der Arztlohn für einen Hausbesuch im Durchschnitt fünf Wochenlöhnen einer Köchin oder Magd. Auch wenn in Sachsen und andere Ländern diese absolute Trennung später nicht weiter aufrechterhalten wurde, so findet sich dieser Brauch noch bei der Einrichtung des näher zu erläuternden Collegium sanitatis wieder, bei der den gelehrten Doktoren Wundärzte zur Seite gestellt wurden, um diese bei der Durchführung von Operationen zu „unterstützen“. Mit fortschreitenden medizinischen Erkenntnissen war die Behandlung schwerwiegender Fälle durch „Laienmediziner“ zunehmend unvermeidbar. Verstärkt wurde daher auch von ihnen ein Mindestmaß an Ausbildung gefordert. Zusätzlich mussten bestimmte von ihnen erwartete Verhaltensweisen durch Eidesleistung bekräftigt werden. Vorläufer war hier der Eid derer Wund-Aertzte und Barbierer in Leipzig, dessen Aufnahme in den Codex Augusteus, trotz seines regional begrenzten Namens, für eine gewisse landesweite Anerkennung spricht. In der Folgezeit schuf man spezielle Schwurformeln für die einzelnen Berufsgruppen, deren Texte im Vergleich zum „Leipziger Eid“ mit der Pflicht zur Ableistung desselben versehen wurden. Die grundsätzliche Zulässigkeit der Durchführung äußerer Behandlungen ohne medizinisches Studium blieb jedoch über die gesamte kursächsische Geschichte erhalten.

Im Weiteren soll nun eine Auseinandersetzung mit den Besonderheiten und Unterschieden der einzelnen Berufe im

Lichte der kursächsischen Rechtsordnung erfolgen. Dabei muss der Hinweis vorangestellt werden, dass das Recht keine Medizinalberufe konstituierte, sondern bestehende, historisch gewachsene Betätigungsfelder in das staatliche Regelungswerk einband und einer landesweit homogenen Ausgestaltung unterwarf.

II. Medicus/Physikus

Unter einem Medicus oder Physikus wurde der akademisch gebildete Mediziner verstanden. Ihm oblag traditionell die Vornahme innerlicher Curen, zu welcher er ab 1750 grundsätzlich allein berechtigt war. Schon 1711 wurde der Medicus von der Exerzierung zur Landmiliz befreit, wobei aus der gemeinsamen Nennung mit Badern und Barbieren ersichtlich wird, dass dieses weniger seinem gesellschaftlichen Status, als der Notwendigkeit einer grundlegenden medizinischen Versorgung in Kriegszeiten geschuldet war. Zusätzlich zur eigenen Behandlung nahm er auch Konsultationsaufgaben wahr, sofern sich bei einer Behandlung durch einen Wundarzt gefährliche und bedenkliche Vorfälle ereigneten. Aus der besonderen Fachkenntnis und der Notwendigkeit seiner Gegenwart resultierte zudem eine besondere Gefahragungspflicht, welche sich unter anderem in dem Gebot äußert, beim Ausbruch von Seuchen den Ort nicht zu verlassen und weiter der ärztlichen Tätigkeit nachzugehen. Außerdem wurden Medici ab 1750 verstärkt im Visitationswesen eingesetzt.

Mit dem Ende des 18. Jahrhunderts fand die Bezeichnung „Arzt“ in Abgrenzung zum „Wundarzt“ zunehmende Verbreitung, wobei die herkömmlichen Begriffe nicht völlig verdrängt wurden.

III. Bader, Barbieri und Wundärzte

Bei dem Begriff Bader handelt es sich um eine Berufsbezeichnung für Personen, welche Badehäuser betrieben. Baden diente neben der das Wohlbefinden fördernden Reinigung auch als notwendige hygienische Maßnahme. Zudem wurde auch die Befreiung von Haaren feilgeboten, so dass man hier ebenfalls mit Barbieren oder Scheerern in Kontakt kam. Neben ihrer ursprünglichen Aufgabe übernahmen beide Berufsgruppen auch medizinische Arbeiten, wie das Aderlassen und Schröpfen. Diese Tätigkeiten wurden jedoch nicht wie heute als Wissenschaft oder gar „Heilkunst“ verstanden; vielmehr wurden Bader, Barbieri und später auch

Wundärzte als Handwerker angesehen. Mit dem Rückgang des Badewesens im 16. Jahrhundert, was seine Gründe unter anderem in der zunehmenden Sittenlosigkeit in den Badeanstalten und einer vermehrten Ansteckungsgefahr mit Syphilis fand, wandelte sich das Bild des Medizinalwesens. Aus den nur am Rande medizinisch Praktizierenden wurden so genannte Wundärzte bzw. Chirurgen, wobei gerade in Kursachsen die Verwendung der Bezeichnung fließend bleibt. Aus Angst vor Scharlatanen wurde die Tätigkeit als Wundarzt ab 1570 an einen Erlaubnisvorbehalt gebunden. So war fortan niemand, der nicht seine Geschicklichkeit und Kundschaft vor den Medicos unter Beweis gestellt hatte, zur Durchführung von Behandlungen berechtigt. Anderenfalls bestand die Pflicht, den Hilfesuchenden, außer in Notfällen, an erfahrene Mediziner zu verweisen. Mit zunehmend schwindendem Vertrauen des Staates in die Handwerkskünste der Barbieri wurden ihnen schrittweise die Befugnisse zur Ausübung bestimmter Ämter entzogen, so durfte schon seit 1680 kein Lazarett mehr ohne echten Medicus betrieben werden und ab 1750 wurde zudem auch die Tätigkeit als Amtsphysiker an ein absolviertes Medizinstudium gebunden. In der Begründung, man wolle dem gemeinen Mann Furcht, Argwohn und Mißtrauen in Bezug auf eine ärztliche Behandlung nehmen, lässt sich bereits ein frühzeitiges Verständnis für das zwischen Arzt und Patient notwendige besondere Vertrauensverhältnis feststellen.

Nachdem bereits im Jahre 1731 den Chirurgen durch Mandat befohlen wurde, dringend die Gewohnheit abzustellen, von einem Anderen angefangenen medizinische Dienste nicht fortzusetzen, erging in der Mitte des 18. Jahrhunderts die Anweisung, innerliche Curen ohne Studium gänzlich zu unterlassen. Folglich wurde die traditionelle Trennung der Vornahme von Heilbehandlungen in innerliche und äußere Curen normativ festgeschrieben.

Diese Maßnahmen verdeutlichen die Bestrebungen, weniger qualifizierte Mediziner sowohl normativ als auch faktisch durch geringere Berufschancen aus ihrem Tätigkeitsfeld zu verdrängen. Für die Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung des Landes waren sie aber, vor allem in ländlichen Regionen, auch im ausklingenden 18. Jahrhundert weiterhin unverzichtbar. Dabei erhielten die weniger

qualifizierten unter ihnen spätestens ab 1796 einen, mit der heutigen Berufserlaubnis nach § 10 BÄO vergleichbaren, Erlaubniß-Schein, welcher zu konkret bestimmten Maßnahmen berechtigte. Echte Wundärzte bekamen hingegen, nach bestandener Prüfung, mit der Legitimations-Urkunde einen Status verliehen, welcher der heutigen Approbation nach § 3 ff. BÄO ähnelte. Letztere waren zudem ab 1802 vom Innungszwang befreit. Wenige Chirurgen durften ab 1758, parallel zum Medicus, auch innerliche Curen vornehmen, wozu sie jedoch das Examina pro praxi medica abzulegen hatten.

IV. Apotheker

Die früheste, im weitesten Sinne das Apothekenwesen in Kursachsen betreffende Regelung aus dem Jahr 1474 ist ein Erlass über die Aufsicht und den Umgang mit Medikamenten und den Handel mit Wein, welcher zu jener Zeit häufig als Arznei genutzt wurde. Ab 1550 wurde der Verkauf von gefälschten und unwirksamen Medikamenten explizit untersagt und den Städten die Aufsicht darüber zugewiesen. Umgesetzt wurde dieses mittels Visitationen, welche ab 1580 so durchzuführen waren, dass der Apotheker keine Störung in seinem Tagesgeschäft erfuhr. Die Aufsichtspflicht bestand nicht, sofern es sich bei dem Apotheker selbst um einen Doktor der Medizin handelte, woraus ersichtlich wird, dass Ende des 16. Jahrhunderts auch Ärzte berechtigt eine Apotheke betreiben konnten. Eine spezielle Ausbildungsordnung ist für Apotheker zu diesem Zeitpunkt nicht ersichtlich. Noch im selben Jahr erging mit der Kirchenordnung das Gebot an die Schulmeister, zukünftig das Verteilen von Medikamenten, wie bishero von etzlichen geschehen, zu unterlassen. Seit 1623 hatte gemeinsam mit der Visitation eine Festlegung der Tax für die Apothekerwaren zu erfolgen, an welche der Apotheker und seine Gesellen fortan bei Strafandrohung gebunden waren. Im Fall des Konkurses waren die Forderungen eines Apothekers aus Arzneiverkauf vorrangig. Dieses sollte ersichtlich dem Erhalt der Handlungsfähigkeit dienen, denn nur ein solventer Apotheker ist in der Lage tunliche Materialien zu erwerben und damit eine Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

Erst im Jahre 1750 grenzte sich der Apotheker in Kursachsen seiner Kompetenz nach völlig vom Arzt ab. Zum einen durfte er keine innerlichen Curen mehr vornehmen, zum anderen erhielt

er aber das Privileg als einziger Medikamente dispensieren zu dürfen. Konventionen hiergegen konnten mit zweckgebundener Geld- oder Freiheitsstrafe sanktioniert werden.

Diese Entwicklung fand ausdrückliche Bestätigung durch das Verbot der Medikamentenvergabe der sogenannten Wurzel-Leute und die Eindämmung des Handels mit Arzneien auf Jahrmärkten. So sollten fahrende Arzneihändler nicht hausieren, sondern nur nach Attest des Sanitäts-Collegiums und einer Begutachtung der konkreten Waren durch den Stadt-Physiker zum Verkauf berechtigt sein. Die Abgabe an den Kranken durfte damit außer in Notfällen und bei besonders weiter Entfernung zur nächsten Apotheke nur durch den Apotheker selbst erfolgen. Eine zusätzliche Ausnahme von diesem Vorbehalt bildete die, spätestens ab 1800 grundsätzlich erlaubte, unentgeltliche Verteilung an die Armen.

Mit dem Mandat, wegen Errichtung eines Sanitäts-Collegii [...] wurde im Jahr 1768 die Aufsicht über die Apotheken an das Collegium sanitatis und die beiden medizinischen Fakultäten Kursachsens übertragen. Diese waren zudem für eine fachliche Überprüfung der angehenden Apotheker zuständig und hatten das Privileg, bei bestandenem Testimonium die Genehmigung zur Eröffnung eines Apotheker-Officins zu erteilen. Außerdem war durch die zuständige Behörde alljährlich eine Liste aufzustellen, welche die Namen der Medikamente enthielt, zu deren Verkauf die Apotheker berechtigt waren. Abweichungen hiervon wurden ebenfalls mit Geldstrafe sanktioniert. Die Pflicht, die wichtigsten Medikamente zu jeder Zeit vorrätig zu halten, wurde 1805 durch eine „autorenfreundliche“ Regelung ergänzt, die jedem Apotheker vorschrieb, ein konkret benanntes Fachbuch zu erwerben und sich nach den dortigen Empfehlungen mit Arzneien zu versorgen.

Sofern ein Apotheker nach 1750 weiterhin innerliche Curen vornehmen wollte, musste er ein entsprechendes Examen an einer der beiden medizinischen Fakultäten ablegen. Wie Ärzte und Chirurgen war auch er von der Exerzierung zu Land-Miliz befreit.

V. Feldscher und andere medizinisch tätige Soldaten

Neben der Dreiteilung der zivilen Medizin existierte mit dem so genannten Feldscher eine weitere Berufsgruppe,

welche jedoch überwiegend im militärischen Bereich tätig war. Bei ihm handelte es sich um eine Art Truppenarzt, dessen ursprüngliche Aufgabe sich noch in der Bezeichnung erkennen lässt. Sein Wissen basierte überwiegend auf der praktischen Erfahrung aus der Behandlung von Soldaten. Für die Ausübung seiner Tätigkeit war de lege zwar keine besondere Voraussetzung gefordert, seit 1748 existierte aber das Collegium medico-chirurgicum, dessen primäre Aufgabe zunächst die Weiterbildung jener Militärärzte war. Vier Jahre später wurde durch Rescript festgelegt, dass ihnen, nach der Entlassung aus dem Heeresdienst, im zivilen Bereich zwar die Behandlung äußerer Wunden erlaubt sei, die Vornahme innerer Curen sowie die Verteilung innerlich wirkender Medikamente aber nicht gestattet ist. In dieser Regelung lässt sich eine stringente Übernahme der Dreiteilung erkennen, welche den Feldscher auf der Ebene der Chirurgen einordnete. Das Recht zur Ausübung medizinischer Dienste konnte demnach weiterhin bis zu einem gewissen Grad auf praktische Erfahrungen gestützt werden, ab einer bestimmten Intensität, z.B. bei innerlichen Curen, war ein Studium der Medizin dagegen zwingend erforderlich. Ab 1765 wurde diese Direktion verschärft und die Anweisung erteilt, nur jenen die völlige Praxis Chirurgiae zu gestatten, die neben ihrer praktischen Tätigkeit als Feldscher auch einen Besuch des Dresdner Collegium medico-chirurgicum vorweisen konnten. Allen anderen war fortan das Aderlassen und Schröpfen als besonders gefährliche äußere Behandlung untersagt. Ob jemand „echter“ Feldscher gewesen ist oder als sonstiger ehemals medizinisch tätiger Soldat nur barbieren durfte, musste in seine Entlassungspapiere eingetragen werden. Gegenüber Feldschern im Dienst hatten die Bader und Barbieri ein Vorrecht zur Ausübung des Schröpfens und Aderlassens bei zivilen Personen.

VI. Scharfrichter

Das Prinzip der Behandlung durch geringer qualifizierte Praktiker setzt sich auch im Rescript vom Dezember des Jahres 1750 fort. Nach diesem ist es allen Scharfrichtern, welche ihre Kunde bewiesen haben, erlaubt, Behandlungen von äußerlichen Schäden, Arm- und Beinbrüchen, Buckeln und Beulen durchzuführen. Begründung findet diese eigenartig anmutende Ver-

bindung des Henkers mit dem Gesundheitsdienst in dem wertvollen Wissen, über welches diese Personengruppe verfügte. Ihre anatomischen Kenntnisse hatten diese neben ihrem Umgang mit menschlichen Körpern beim Abdecken von Tierkadavern erworben. Verstärkt wurde dieses Phänomen dadurch, dass es sich bei dem unehrlichen Beruf des Scharfrichters vielerorts, wegen des Ausschlusses der Scharfrichterkinde vom Zugang zu ehrlichen Berufen, um eine Art „Erbamt“ handelte, weshalb die erworbenen Kenntnisse über eine Vielzahl von Generationen weitergegeben und angehäuft wurden. In Kursachsen hatte sich zuvor besonders der Scharfrichter von Eilenburg bewährt, so dass diese Form der Behandlung nun landesweit für offiziell zulässig erklärt wurde.

VII. Hebammen

Der folgende Abschnitt setzt sich mit Regelungen und dem rechtlichen Status der Hebammen auseinander, welche auch als Wehmütter bezeichnet wurden. Zunächst ist festzustellen, dass zu dieser Berufsgruppe verhältnismäßig wenige Normen existieren, was nicht zuletzt auf eine meist privat durchgeführte Geburtshilfe und das damit zusammenhängende mangelnde Regelungsbedürfnis hindeutet. Zudem war das Hebammenwesen bis ins 18. Jahrhundert überwiegend regional organisiert. So erging noch 1764 die Verordnung des Rathes zu Dresden, die Hebammenanstalt in den Neustädter Casernen zu Dresden betreffend.

Die erste bedeutende kursächsische Direktive in Bezug auf Hebammen findet sich im Jahre 1768. Sie trifft die Anordnung, dass alle als Hebammen tätigen Personen umgehend vom zuständigen Stadt-Physiker zu visitieren seien und sie bei entsprechender Befähigung ein Examen mit der Erlaubnis zur Fortsetzung ihrer Tätigkeit erhalten sollen.

Eine spezielle Ausbildung war ab der Mitte des 18. Jahrhunderts in Dresden und ab 1805 auch in Leipzig möglich, jedoch nicht landesrechtlich vorgeschrieben.

C. Sektionswesen und Leichenschau

Die Sektion von Leichen diente, neben der Ausbildung, vor allem einer gesicherten Feststellung von Todesursachen. Mehrfach durch den Landesherrn angemahnt, war jedoch zumindest bis 1750 eine Vielzahl der zuständigen Amtspraktiker, aufgrund von schlechter

Ausbildung und Ungeschicklichkeit, nicht in der Lage, Todesarten richtig zu beurteilen, was zur Verschleppung vieler Kriminalprozesse geführt hatte.

Neben dem Amtspraktiker musste der Amtmann, bzw. dessen Stellvertreter oder ein Richter im Sinne des Art. 149 der Criminal Constitution bei der Leichenschau zugegen sein. Hierbei handelt es sich um einen Verweis auf die Constitutio Criminalis Carolina aus dem Jahre 1532, welche an besagter Stelle Regelungen über die besichtigung eines entlebten vor der Begräbnis trifft. Außerdem konnte, parallel zum heutigen § 87 I 2 StPO, im Fall der sicheren Todesursache von einer Sektion abgesehen werden, wobei als Regelbeispiel der offensichtliche Tod durch Gewalttätigkeiten genannt wird. Letzterer würde heute gerade nicht mehr unter die Ausschlussnorm der StPO fallen.

Ab 1790 diente die Leichenschau zudem normativ einem völlig anderen Zweck, so erging das Verbot Leichen innerhalb einer Dreitagesfrist zu beerdigen, solange kein Medicus den Tod tatsächlich festgestellt hatte. Niemand sollte der Gefahr ausgesetzt sein, lebendig begraben zu werden, wobei die Vielzahl der Regelungen auf eine erschreckende Häufigkeit dieses Problems hindeutet. Im Bewusstsein um die Schwierigkeiten bei der Umsetzung griff der Gesetzgeber zu einer List; anstatt die vorzeitige Beerdigung zu sanktionieren, wurde eine Belohnung von zehn Talern für denjenigen ausgesetzt, welcher es schaffte, einen 48 Stunden für tot gehaltenen wieder zu erwecken.

Sonderfristen galten hingegen im Fall von ansteckenden Krankheiten.

Spätestens ab 1806 bestand die heute auch in § 89 StPO fixierte Pflicht eine Sektion auf alle drei Körperhöhlen zu erstrecken, was die Entdeckung alternativer kausaler Einwirkungen fördern sollte.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Erik Hahn (Universität Leipzig)
Narsdorfer Straße 16
04277 Leipzig

Beitrag wird fortgesetzt im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 11/2007.

Professor Dr. med. Paul Geipel (1869 bis 1936)

Pathologe, Kunstsammler und bedeutender Mäzen Sachsens

Rudolph Paul Geipel (Abb. 1) wurde am 6. Februar 1869 als Sohn eines praktischen Arztes in Zwickau/Sachsen geboren. Nach dem Abitur am Gymnasium seiner Heimatstadt begann er 1889 das Medizinstudium in Leipzig. Das Studium beendete er 1895 in Leipzig, erhielt hier die ärztliche Approbation und promovierte ein Jahr später zum Dr. med. Nach kurzer Tätigkeit in Strassburg wurde er als Assistent von Professor Dr. Schmorl in das Pathologisch-Anatomische Institut des Stadtkrankenhauses Dresden-Friedrichstadt aufgenommen. Nach zweijähriger Ausbildung bei Schmorl wechselte er für kurze Zeit 1899 an das Hygienisch-Bakteriologische Institut Hamburg und anschließend an das Pathologische Institut der Universität Gießen. Hier arbeitete er als 1. Assistent bei Eugen Bostroem. Durch Vermittlung von Schmorl kam Geipel 1901 an die Prosektur des neu errichteten Städtischen Krankenhauses Dresden-Johannstadt. Diese Prosektur leitete er unter der Schirmherrschaft von Schmorl, sozusagen als Filiale vom Institut für Pathologie in Dresden-Friedrichstadt bis zu seiner Ernennung zum Professor durch die Sächsische Staatsregierung 1911. Als Prosektor war Geipel dann bis zur Schließung des Klinikums Dresden-Johannstadt 1932 tätig. Nach dem Tod von Georg Schmorl 1932 wurde Geipel für drei Jahre die Leitung des Institutes in Dresden-Friedrichstadt übertragen, danach ging er in den Ruhestand. 1939 kehrte er an seine langjährige Wirkungsstätte Dresden-Johannstadt zurück. Seine körperliche und geistige Frische gestatteten ihm hier eine erneute Tätigkeit bis 1946.

Die Gewinnung Geipels 1948 für eine Tätigkeit im Sächsischen Serumwerk A. G. Dresden wird als Glücks-umstand für die Entwicklung dieses Betriebes in den Folgejahren be-



Porträt Paul Geipel

schrieben. Auch sein für diese Zeit ungewöhnliches Salär von 3.800 Mark Monatsgehalt – nur 200 Mark unter dem des Werkdirektors – unterstreicht seine Bedeutung für den Betrieb. Hier wirkte Geipel vom 1.7.1948 als Leiter der histologischen Abteilung bis Wochen vor seinem Tode mit 87 Jahren am 14.10.1956. Seine Grabstätte ist unter den Ehrengräbern des Friedhofes Dresden-Loschwitz geführt.

Das wissenschaftliche Werk Geipels kann aus Platzgründen nur in groben Zügen dargestellt werden. In einem Nekrolog mit umfassender Bibliografie hat J. Wätjen zurecht festgestellt, dass Geipel kein „Vielschreiber“ war. Geprägt durch seinen Lehrer und Freund Schmorl waren seine Publikationen der speziellen Pathologie gewidmet, gründeten sich auf außerordentliche Erfahrungen eines umfangreichen Obduktionsgutes und zeichneten sich durch sorgfältige und kritische Beurteilung aus.

Schwerpunktmäßig beschäftigte sich Geipel zunächst mit Fehlbildungen. Noch während seiner Ausbildung bei Schmorl publizierte er über Situs transversus, über die Transposition der großen Gefäße des Herzens sowie die Missbildungen der Trikuspidalklappe des Herzens. Ein weiterer Schwerpunkt waren über Jahrzehnte Untersuchungen zu Spaltbildungen, beginnend mit der Beschreibung von Spaltbildungen des Atlas und des Epistropheus. Es ging ihm dabei nicht um die deskriptive Beschreibung, sondern um Erkenntnisse über Spalt-

bildungen im Zusammenhang mit vielfältigen Entwicklungsstörungen (kongenitale Herzfehler, Darmmissbildungen, Ösophago-Trachealfisteln, etc.). In mehreren Publikationen beschäftigte sich Geipel, – zum Teil gemeinsam mit Schmorl –, mit der Tuberkulose der menschlichen Plazenta sowie der Säuglingstuberkulose.

Als Pseudotuberkulose beschrieb er Granulome der Plazenta und deutete sie luetischen Ursprungs. Nach heutiger Kenntnis handelte es sich offensichtlich um Listeriose-Granulome. Beim Umzug 1963 in die neu erbaute Pathologie der damaligen Medizinischen Akademie in der Schubertstraße oblag uns jungen Assistenten die Beräumung des Dachbodens. Dort fanden sich unzählige säuberlich von Geipel beschriftete histologische Präparate von Obduktionsfällen. Dabei auch Leberpräparate von zahlreichen Säuglingsobduktionen mit der Beschriftung „Granulomatosis infantiseptica“. Auch hier handelte es sich nach heutiger Kenntnis um typische Listeriose-Granulome. Geipel gilt als Erstbeschreiber dezidualer Zellproliferationen bei der Gravidität in Lymphknoten bis hin zur Serosa der Pleura.

Weltbekannt in der Medizin wurde er jedoch durch Untersuchungen der rheumatischen Myokarditis mit Nachweis histiozytärer Knötchen. Unabhängig von ihm wies diese Knötchen auch der bekannte Pathologe Aschoff in Freiburg nach, sodass sie fortan in der Literatur als Aschoff-Geipelsche Granulome bezeichnet wurden.

Zum Schluss soll noch eine seiner 43 erfassten Publikationen über Schwefelsäurevergiftung skizziert werden. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts und in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts waren Säurevergiftungen häufige Noxen bei Suizid und auch Mord.

Kurzfassung des Falles Zäuner: Der zwei Wochen alte Säugling (uneheliches Kind des zeitweilig als Klempner tätigen Zäuner) kommt im Februar 1929 plötzlich ad exitum. Das Kind wird beerdigt, nachdem ein Arzt als Todesursache „Lebensschwäche“ bescheinigt hatte.

Da in der Kleidung des Säuglings „Löcher“ gesichtet wurden, kamen Zweifel am natürlichen Tod auf. Die Obduktion erfolgte durch zwei Gerichtsmediziner in Zwickau. Fehlgeleitet durch die Defekte in der Kleidung und Fehldeutung der postmortalen Magenwandzersetzung kamen die Obduzenten zur Diagnose einer Säureverätzung als Todesursache. Diese Deutung wurde durch ein Gutachten des Leipziger gerichtsmmedizinischen Institutes erhärtet und der Kindsvater Zäuner als mutmaßlicher Täter zum Tode verurteilt. Das Urteil wurde vom Reichsgericht zunächst bestätigt. Der Verurteilte beschwor konsequent seine Unschuld. Unzählige Gutachten folgten. Geipel hat (gestützt auch von Schmorl) aufgrund seiner großen Erfahrung als klinischer Pathologe nachgewiesen, dass die Obduktion nicht mit der nötigen Sorgfalt erfolgte und die Befunde fehlgedeutet wurden. Das Kind verstarb an einer akuten Bronchiolitis. Bei dem primär fehlgedeuteten Magenbefund handelte es sich um eine postmortale Magenwandandauung. Der Nestor der deutschen Pathologen Herwig Hampel bestätigte in einem Obergutachten Geipels Gutachten und der Verurteilte wurde 1936 freigesprochen.

In seiner Monografie analysierte daraufhin Geipel alle Vergiftungsfälle des Klinikums Dresden-Friedrichstadt und Dresden-Johannstadt seit Bestehen beider Einrichtungen sowie gerichtärztliche Protokolle des Staates Sachsen der Jahre 1888 bis 1924 (in diesem Zeitraum 3189 gerichtliche Obduktionen, darunter 153 Vergiftungen).

Herwig Hamperl setzte in seinen „Lebenserinnerungen eines Pathologen“ ob dieses Falles Geipel ein Denkmal.

Die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts und die ersten Jahrzehnte des 20. Jahrhunderts gelten als Ära der klassischen deskriptiven Pathologie. Paul Geipel war einer ihrer letzten Vertreter. In dieser Zeit wurde die klinische Medizin durch die Pathologie auf eine wissenschaftliche Stufe erhoben. Klangvolle Namen sächsischer Ärzte (Zenker, Fiedler, Birch-Hirsch-



Ausstellungsraum im Museum Schloss Glauchau (Foto: Museum Glauchau)

feld, Neelsen, Schmorl, und andere) haben daran einen hohen Anteil. Die Grundlage für diesen international hohen Stand der Medizin in Sachsen war eine hohe Quote klinischer Obduktionen. Die Voraussetzung hierfür waren weitsichtige staatliche Entscheidungen, was mit einem Zitat aus der Verordnung des Sächsischen Ministeriums für die Stadt Dresden aus dem Jahre 1850 (!) dokumentiert werden soll: „Der Prosektor bildet den Schlussstein einer vollkommenen inneren Organisation einer Krankenanstalt. Er unterwirft die Tätigkeit der Ärzte, so oft ihre Hilfe erfolglos war, einer untrüglichen Probe und liefert am Sektionstisch den Beweis für die Richtigkeit oder Irrigkeit der vorher gegangenen Behandlung ...“. Neuerliche Diskussionen über die Bedeutung klinischer Obduktionen auch heute (Bundesrepublik Deutschland derzeit etwa 3 Prozent!) durch eine Heerschar von Wissenschaftlern erscheinen für den Kenner sächsischer Medizinhistorie geradezu skurril, da sie auch bei guter Absicht auf seitenlangen Abhandlungen (Deutsches Ärzteblatt, Jg. 1/02, Heft 50, 2005) kaum mehr aussagen, als der zitierte, vor über 150 Jahre geprägte Satz beinhaltet und in Sachsen bis zur Wiedervereinigung praktiziert wurde.

Bei Betrachtung der Person Geipel könnte man sagen, das eine Leben war der Pathologie, das andere der Musik und Kunst gewidmet.

Während seiner Leipziger Zeit als Medizinstudent war er zugleich Schüler des Pianisten Frédéric Lamond am Konservatorium. Er erhielt eine Ausbildung als Interpret klassischer Klavierkompositionen, wobei er seine Begabung besonders mit der Interpretation Schumannscher Musik zur Geltung brachte.

Geipel begann mit etwa 30 Jahren zunächst Gemälde, dann Grafiken und Plastiken zu sammeln. Die Sammlerleidenschaft entsprach seinem Kunstbedürfnis und nicht spekulativen Wertanlagen. Er tätigte auch Käufe, um besonders Dresdner Künstler zu unterstützen.

Geipels Bestand an Kunstwerken erreichte gesellschaftliche Dimensionen und war nach Einschätzung von Kunstexperten von durchaus nationaler Bedeutung und die größte private Schenkung im Osten Deutschlands. Sie besteht heute aus der Stiftung im Museum Schloss Glauchau und der Geipel-Stiftung im Museum der bildenden Künste Leipzig.

Geipel schenkte in Etappen von 1943 bis 1956 Teile seiner Sammlung dem Museum Schloss Glauchau. Die Beziehung zu Glauchau ergab sich

durch eine Schwester Geipels, Ehefrau des 1930 verstorbenen Oberbürgermeisters Dr. Schimmel.

Die Stiftung enthält 150 Gemälde verschiedener Maler (Robert Sterl, Gotthart Kuehl, Sascha Schneider, Carl Bautzer, Richard Müller, und andere).

Des Weiteren hat die Stiftung einen immensen Bestand originalgrafischer Blätter alter (Dürerzeit) und neuer Meister (Menzel, Thoma, Klinger, Kollwitz und andere).

Durch persönliche Kontakte zu Gaul, Wrba und Löhner ergaben sich Beziehungen zur bildenden Kunst, sodass in der Stiftung auch Plastiken von Gaul (Abb. 2) vertreten sind.

Die Errichtung eines Agricola-Denkmals in Glauchau anlässlich dessen 400. Todestages 1955 ist in hohem Maße (Standort, Gestaltung, Finanzierung) Geipel zu danken.

In die Stiftung ist auch die Mineraliensammlung, 2300 Mineralien aller Kontinente, eingegangen. Darunter befindet sich auch ein in der Dauerausstellung präsentierter Meteorit von ansehnlicher Größe.

Die zweite Geipelstiftung entstand 1956, indem Geipel etwa 300 Plastiken, darunter 171 von Gaul, und einige Gemälde (Klinger, Rodin, Corinth und andere) dem Museum

der bildenden Künste Leipzigs („aus Anhänglichkeit an Leipzig und seiner Universität“...) testamentarisch übereignete. Der Plastikbestand des Museums wurde damit verdoppelt und rangierte hinsichtlich der Plastiken des bedeutendsten Tierbildhauers Gaul vor der Nationalgalerie Berlin. Auf Einzelschenkungen an andere Museen kann aus Platzgründen nicht eingegangen werden.

Paul Geipel wird als bescheidener, gütiger Mensch beschrieben. Er empfand es selbst als Glück bis ins hohe Alter beruflich tätig zu sein. Fachvertreter konnten ihn kaum persönlich kennen lernen, da er nie Kongresse besuchte. Sein privates Leben war durch den frühen tragischen Tod seiner Frau überschattet.

An Anerkennungen für sein Schaffen sind die Ehrenbürgerschaft der Stadt Glauchau sowie die hohe staatliche Auszeichnung „Verdienter Wissenschaftler des Volkes“ 1954 zu nennen. Letztgenannte Auszeichnung wurde offensichtlich vom Sächsischen Serumwerk initiiert, er hat diese Auszeichnung in Berlin aber nicht persönlich in Empfang genommen.

Mündlich sind glaubhaft Differenzen zwischen der Stadtverwaltung Dresden und Geipel während seiner letz-

ten Lebensjahre überliefert. Diese wurden als möglicher Grund dafür gewertet, dass Geipel die Stadt Dresden in seinem testamentarischen Vermächtnis nicht bedacht hat. Trotz eingehender Recherchen konnten hierfür jedoch keine schriftlichen Belege gefunden werden.

Zum Tode Professor Paul Geipels erschien in Dresdner Tageszeitungen außer einer privaten Todesanzeige eine recht würdige Anzeige des Sächsischen Serumwerkes. Bemerkenswerterweise hat die Stadtverwaltung Dresden und die Leitung seiner jahrzehntelangen Wirkungsstätte, die Vorgängereinrichtung des Universitätsklinikums Dresden, von dem Ableben des verdienstvollen international anerkannten Arztes keine Notiz genommen.

Mögen diese Zeilen als späte Würdigung im Namen der Sächsischen und besonders der Dresdener Ärzteschaft angesehen werden.

Prof. Dr. med. Jakob Justus
ehem. Chefarzt des Institutes für Pathologie
„Georg Schmorl“
Dresden-Friedrichstadt

Unsere Jubilare im November – wir gratulieren

60 Jahre

- 01. 11. Dipl.-Med. Brosch, Barbara
01129 Dresden
- 01. 11. Dipl.-Med. Buder, Gerdi
09125 Chemnitz
- 03. 11. Dr. med. Poguntke, Norbert
02827 Görlitz
- 03. 11. Dr. med. Wunderlich, Roswita
01067 Dresden
- 05. 11. Dipl.-Med. Mergel, Liane
01187 Dresden
- 06. 11. Dr. med. Prater, Christian
01778 Lauenstein
- 11. 11. Dr. med. Herrmann, Hellmut
09599 Freiberg
- 11. 11. Rohkrämer, Regina
04159 Leipzig

- 14. 11. Dipl.-Med. d'Avignon,
Susanne
02730 Ebersbach
- 19. 11. Dipl.-Med. Kirchberg,
Andreas
04158 Leipzig
- 21. 11. Dr. med. Laube, Wolfgang
04205 Leipzig
- 23. 11. Dr. med. Bierbaum, Christoph
02977 Hoyerswerda
- 25. 11. Kleyman, Danylo
01159 Dresden

65 Jahre

- 02. 11. Dr. med. Prager, Christoph
08056 Zwickau
- 03. 11. Dr. med. Richter, Waltraud
04178 Leipzig
- 04. 11. Dr. med. Brandl, Birgit
01156 Dresden
- 04. 11. Jacob, Holm
01665 Weistropp

- 04. 11. Dr. med. Polster, Helga
08527 Plauen
- 05. 11. Hense, Klaus-Dieter
01129 Dresden
- 08. 11. Dr. med. Humsch, Marikke
01558 Großenhain
- 09. 11. Pust, Katharina
09116 Chemnitz
- 09. 11. Dr. med. Wenzlaff, Gisela
09111 Chemnitz
- 10. 11. Dipl.-Med. Göhler, Elke
01689 Weinböhla
- 10. 11. Dr. med. Huhn, Renate
01445 Radebeul
- 11. 11. Dr. med. Brandl, Hans-Georg
01156 Dresden
- 12. 11. Guthknecht, Gisela
08297 Zwönitz
- 12. 11. Olschinski, Lilli
02828 Görlitz
- 12. 11. Dr. med. Vogel, Karl-Heinrich
04668 Kössern

14. 11. Dr. med. Reinsch, Ute
09120 Chemnitz
15. 11. Dr. med. Schmidt, Helgard
01877 Bischofswerda
15. 11. Dr. med. Straube, Elke
01169 Dresden
15. 11. Streu, Heinz Dieter
04552 Borna
16. 11. Dr. med. Bayer-Voß, Ingrid
04416 Markkleeberg
16. 11. Dr. med. Enk, Volker
01591 Riesa
16. 11. Dr. med. Heduschke,
Hans-Georg
01587 Riesa
16. 11. Dr. med. Zuschlag, Elke
04277 Leipzig
17. 11. Dr. med. Junghänel, Bernd
08112 Wilkau-Haßlau
19. 11. Nedo, Georg
01169 Dresden
20. 11. Dr. med. Luttat, Wolfgang
01561 Kalkreuth
20. 11. Dr. med. Schaarschmidt,
Günter
09112 Chemnitz
20. 11. Prof. Dr. med. habil.
Schulze, Jan
01326 Dresden
22. 11. Dr. med. Günther, Rolf
08237 Steinberg/
OT Rothenkirchen
22. 11. Dr. med. Ziegler, Eckart
01309 Dresden
23. 11. Dr. med. Katscher, Christa
04179 Leipzig
23. 11. Dr. med. Leicht, Christa
08340 Schwarzenberg
24. 11. Dr. med. Hannemann, Regina
04668 Grimma
24. 11. Dr. med. Richter, Ruthard
01587 Riesa
25. 11. Dr. med. Bochmann, Barbara
09116 Chemnitz
26. 11. Dr. med. Brox-Rehberger,
Ingrid
04155 Leipzig
26. 11. Dr. med. Jacob, Wolfgang
04838 Eilenburg
26. 11. Dr. med. Liebscher, Ute
04720 Döbeln
27. 11. Dr. med. Bischoff, Ute
08451 Crimmitschau
29. 11. Dr. med. Heckfuß, Hans
01462 Niederwartha
29. 11. Dr. med. Müller, Anni
08209 Auerbach
30. 11. Doller, Hildegund
08468 Reichenbach
30. 11. Rosenkranz, Konrad
04275 Leipzig
- 70 Jahre**
02. 11. Dr. med. Jung, Albrecht
04155 Leipzig
02. 11. Dr. med. Roitzsch, Eberhart
01159 Dresden
04. 11. Dr. med. Hochmann, Henner
01587 Riesa
05. 11. Prof. Dr. med. habil.
Gottschalk, Klaus
04159 Leipzig
05. 11. Naumann, Dieter
04416 Markkleeberg
06. 11. Dr. med. Grand, Hans-Dieter
02828 Görlitz
06. 11. Dr. med. Ranft, Eberhard
01609 Gröditz
06. 11. Dr. med. Wolf, Stefan
04229 Leipzig
07. 11. Dr. med. Brummack-Schulz,
Elfriede
01067 Dresden
15. 11. Dr. med. Lippoldt, Rita
01237 Dresden
18. 11. Dr. med. Berg, Anna
09126 Chemnitz
18. 11. Dr. med. Kriese, Rolf
04874 Belgern
20. 11. Dr. med. Hårdter, Uta
04289 Leipzig
21. 11. Dr. med. Körner, Klaus
04552 Borna
24. 11. Dr. med. Nicolai, Ralph
09112 Chemnitz
25. 11. Dr. med. Fischer, Ortrud
01069 Dresden
26. 11. Schumann, Irmhild
09306 Rochlitz
27. 11. Dr. med. Harms, Ursula
04824 Beucha
27. 11. Dr. med. Lungwitz, Klaus
08412 Werdau
28. 11. Dr. med. Helling, Ruth
04157 Leipzig
28. 11. Dr. med. Löffler, Helmut
09405 Zschopau
29. 11. Dr. med. Wittig, Dagmar
01796 Dohma
- 75 Jahre**
04. 11. Dr. med. Straube, Karl-Heinz
08060 Zwickau
08. 11. Dr. med. Heinecke, Christel
08468 Hauptmannsgrün
20. 11. Dr. med. Pfeifer, Christine
04316 Leipzig
- 80 Jahre**
01. 11. Dr. med. Siegmund, Rosmarie
01844 Neustadt
11. 11. Dr. med. Pfefferkorn, Werner
09228 Chemnitz-Wittgendorf
20. 11. Dr. med. habil. Krabisch, Heinz
09217 Burgstädt
- 81 Jahre**
17. 11. Dr. med. Dr. med. dent.
Luczak, Johannes
04177 Leipzig
22. 11. Dr. med. Weiß, Herbert
01445 Radebeul
- 82 Jahre**
02. 11. Dr. med. Rentzsch, Gottfried
01723 Kesselsdorf
17. 11. Dr. med. Thomä, Brigitte
04105 Leipzig
21. 11. Dr. med. Nebel, Ruth
09114 Chemnitz
- 83 Jahre**
01. 11. Dr. med. Krause, Karl-Dieter
01445 Radebeul
01. 11. Petri, Gertraud
04668 Grimma
02. 11. Dr. med. Bernhardt, Johannes
01326 Dresden
25. 11. Dr. med. Kleinschmidt,
Gotthard
09212 Limbach-Oberfrohna
- 84 Jahre**
03. 11. Dr. med. Banse, Christine
09380 Thalheim
15. 11. Dr. med. Kahleysy,
Wolf-Dietrich
01662 Meißen
26. 11. Dr. med. Nowke, Kurt
02827 Görlitz
- 85 Jahre**
11. 11. Doz. Dr. med. habil.
Dr. med. dent. Schmidt, Hans
04683 Naunhof
- 86 Jahre**
04. 11. Dr. med. Lehnert, Herbert
09116 Chemnitz
08. 11. Dr. med. Großer, Rudolf
02826 Görlitz
- 87 Jahre**
13. 11. Dr. med. Dluhosch, Winfried
04683 Naunhof
21. 11. Dr. med. Berlet,
Wolfgang Rudolph Erich
01307 Dresden
- 88 Jahre**
17. 11. Bleischwitz, Günther
01454 Radeberg
- 89 Jahre**
30. 11. Dr. med. Haupt, Rudolf
02763 Zittau
- 93 Jahre**
25. 11. Prof. Dr. med. habil.
Strauzenberg, Ernest
01731 Kreischa OT Saida

Wünsche, im Geburtstagskalender nicht aufgeführt zu werden, teilen Sie bitte der Redaktion
„Ärzteblatt Sachsen“, Tel. 0351 8267161 oder per E-Mail an presse@slaek.de, mit.

Nachruf für Professor Dr. med. Werner Ries



Dr. med. Werner Ries ist am 26. Mai 2007 nach langem schweren Leiden im Alter von 86 Jahren gestorben. Die deutsche Innere Medizin, insbesondere die Gerontologie, verliert mit ihm einen international renommierten Internisten und Gerontologen, ausgewiesenen Hochschullehrer und Wissenschaftler. Als Schüler von Max Bürger ist es ihm gelungen, dessen Vorstellungen von der Gerontologie weiter zu entwickeln und in den medizinischen Betreuungsalltag umzusetzen. Werner Ries wurde am 20.03.1921 in Nürnberg geboren. Nach dem Medizinstudium in Würzburg und Leipzig promovierte er 1945 und absolvierte seine Facharzt-

ausbildung für Innere Medizin an der Medizinischen Universitätsklinik Leipzig unter dem Direktorat von Professor Dr. Max Bürger. Nach der Habilitation 1956 erfolgte 1969 die Ernennung zum ordentlichen Professor für Innere Medizin und Gerontologie an der Universität Leipzig. Mit Engagement und Zielstrebigkeit gründete er in dieser Zeit die Gerontologische Abteilung der Medizinischen Klinik und widmete sich seinem Hauptforschungsgebiet, der Adipositas und dem Stoffwechselgeschehen der Gerontologie. Seine Verdienste um die Entwicklung der Altersforschung sind unbestritten, sein persönlicher Anteil bei der Gründung der Gesellschaft für Altersforschung der DDR, deren erster Vorsitzender er wurde, und seine Mitarbeit als Vorstandsmitglied der Gesellschaft für Gerontologie sind hervorzuheben. Darüber hinaus wurde er zum Leiter der Sektion Geriatrie der Gesellschaft für Gerontologie der DDR ernannt. 1992 führte der engagierte Humanist die beiden deutschen Gerontologiegesellschaften zur Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie zusammen und wurde Tagungspräsident ihres ersten gesamtdeutschen Kongresses.

Sein wissenschaftliches Werk umfasst elf Monographien und Lehrbücher, zehn Buchbeiträge, 225 Publikationen in Fachzeitschriften und 130 Vorträge auf nationalen und internationalen Tagungen. Er war ordentliches Mitglied der Sächsischen Aka-

demie der Wissenschaften und Leiter der Arbeitsgruppe Biologisches Altern. Neben seiner hervorragenden wissenschaftlichen Arbeit und seinem Engagement als Arzt für den älteren und alten Menschen hat Werner Ries sich als Hochschullehrer in seiner über 34-jährigen Lehrtätigkeit in unserer Universität bewährt und viele Ärztegenerationen fachkompetent und in humanistischem Sinne ausgebildet. Viele Studenten und Doktoranden verdanken ihm die Hinführung zu einer Ganzheitsbetrachtung der Inneren Medizin. Aus seinem umfangreichen wissenschaftlichen Werk sind hervorzuheben die Entwicklung zur Bestimmung des biologischen Alters sowie die umfangreiche Längsschnittuntersuchung zum Alternsvorgang in der Leipziger Bevölkerung.

Geachtet von der gesamten Ärzteschaft unseres Landes fand er auch Anerkennung in zahlreichen Ehrungen und Auszeichnungen: darunter das Bundesverdienstkreuz 1. Klasse. Außerdem war er Mitglied und Ehrenmitglied in zahlreichen nationalen und internationalen Fachgesellschaften. Die große Anzahl seiner Schüler, Mitarbeiter, Kollegen und Wegbegleiter gedenken seiner in großer Dankbarkeit. Sie werden ihn als stillen, feinen Menschen und engagierten Arzt, Wissenschaftler und Hochschullehrer in Erinnerung behalten.

Joachim Schauer
im Namen der Internisten der Universität
Leipzig