

<b>Berufspolitik</b>	Auswirkungen der Kreisgebietsreform auf die Kreisärztekammern	<b>548</b>
	Universitätskliniken: AiP-Zeit muss angerechnet werden	<b>551</b>
	Impressum	<b>552</b>
	Österreichische Ärzte für Sachsen gewonnen	<b>553</b>
	Offener Brief an den Ministerpräsidenten des Freistaates Sachsen und Kommentar	<b>554</b>
	Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt	<b>555</b>
<b>Gesundheitspolitik</b>	15. Klinikärtztetreffen der Frauen und Kinderärzte	<b>556</b>
	Das sächsische Notarztprotokoll	<b>557</b>
	Hygiene aktuell	<b>559</b>
<b>Mitteilungen der Geschäftsstelle</b>	Seniorentreffen der KÄK Dresden	<b>561</b>
	Konzert und Ausstellungen	<b>561</b>
<b>Buchbesprechung</b>	Korrekturzeichen und deren Anwendung	<b>561</b>
<b>Leserbriefe</b>	Dr. med. Josef Kesting	<b>563</b>
	Dr. med. Frank Härtel	<b>564</b>
	Schreiben des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales	<b>565</b>
<b>Verschiedenes</b>	Ausflug der KÄK Stadt Leipzig	<b>566</b>
<b>Originalie</b>	Leitsymptom Handschriftveränderungen Teil II	<b>567</b>
<b>Medizingeschichte</b>	Medizinalgesetzgebung in Kursachsen Teil II	<b>569</b>
<b>Personalia</b>	Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Erich Köstler	<b>573</b>
	Jubilare im Dezember	<b>574</b>
<b>Kunst und Kultur</b>	Ausstellung: Irmintraud Beck	<b>575</b>
Mittelhefter	Fortbildung in Sachsen – Januar 2008	



Geplante Verwaltungsgrenzen im Freistaat Sachsen



Irmintraud Beck, Fische III

# Auswirkungen der Kreisgebietsreform auf die Kreisärztekammern

Die geplante Verwaltungsreform des Freistaates Sachsen sieht neben einer Funktionalreform eine Neugliederung der Kreisgebiete vor: Mit Wirkung vom 1. Juli 2008 soll die Zahl der Landkreise von 22 auf zehn, die Zahl der kreisfreien Städte von sieben auf drei vermindert werden. Wie wird sich diese Kreisgebietsreform auf die Kreisärztekammern der Sächsischen Landesärztekammer auswirken? Welche Handlungsoptionen bestehen und wie sind diese zu bewerten? Diesen Fragen wird im vorliegenden Beitrag im Einzelnen nachgegangen.

## A. Handlungsoptionen

„Als Kreisstelle wird für jeden politischen Kreis und jede kreisfreie Stadt (...) eine Kreisärztekammer gebildet“. Nach dieser Bestimmung in der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer folgt die Struktur der Kreiskammern der staatlichen Kreisgliederung. Dementsprechend gehören einer Kreisärztekammer die Mitglieder der Landesärztekammer an, die im Bereich der Kreisärztekammer berufstätig sind, oder, falls sie ihren Beruf nicht ausüben, dort ihre Hauptwohnung haben. Auch bei der Erfüllung ihrer Aufgaben kommen die Kreiskammern vielfach mit staatlichen Behörden in Berührung. Dies ist

bei der Wahrnehmung der beruflichen Belange der Mitglieder ebenso der Fall wie bei der Unterstützung des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Daneben haben die Kreisärztekammern Anfragen der zuständigen Behörden zu beantworten und können selbst Anfragen und Anregungen an die örtlichen Behörden richten. Indessen ist die gegenwärtige Struktur der Kreisärztekammern nicht gesetzlich vorgeschrieben. Dem Sächsischen Heilberufekammergesetz ist lediglich zu entnehmen, dass die Kammern Kreisstellen errichten „können“. Das „Ob“ und „Wie“ der Errichtung ist der freien Entscheidung der Kammern überlassen. Vor diesem Hintergrund bieten sich der Landesärztekammer im Hinblick auf die Kreisgebietsreform mehrere Handlungsmöglichkeiten:

1. Beibehaltung der 29 Kreisärztekammern,
2. Neugliederung in 13 Kreisärztekammern,
3. sonstige Neugliederungen.

Während die erste Option eine Änderung der Hauptsatzung voraussetzen würde, wäre die zweite Option mit einer Neufassung der Geschäftsordnungen und einer Neuwahl der Vorstände der Kreiskammern verbunden.

## B. Option 1: Beibehaltung der bisherigen Gliederung

### I. Bewertung

Sollte die Untergliederung der Landesärztekammer nicht den Vorgaben der Kreisgebietsreform angepasst werden, blieben die bisherigen 29 Kreis-

ärztekammern bestehen (Abb. 1). Diese kleinteiligere Struktur hätte den Vorteil, dass die einzelnen Kreiskammern eine überschaubarere Zahl von Mitgliedern zu betreuen hätten, die sich zudem leichter mit ihren Kreiskammern identifizieren könnten. Überdies wären Veranstaltungen auf Kreisebene bequemer zu erreichen. Als Nachteil fiel dagegen ins Gewicht, dass in kleineren Kreiskammern weniger Mitglieder für ehrenamtliche Tätigkeiten, zum Beispiel im Vorstand, gewonnen werden könnten. Da die Höhe der Finanzzuwendungen seitens der Landesärztekammer von der Mitgliederzahl abhängt, käme kleineren Kreiskammern auch eine geringere Finanzkraft zu. Ferner verfügten kleinere Kreiskammern über eine geringere „Schlagkraft“ bei der politischen Interessenvertretung gegenüber den Kommunalbehörden. Die Durchführung eigener Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen auf Kreisebene wäre nur eingeschränkt möglich. Nicht zuletzt würde eine größere Zahl von Kreiskammern auch einen größeren Verwaltungsaufwand auf Seiten der Landesärztekammer bedeuten. Einigen dieser Nachteile könnte indes auch ohne eine Übernahme der Kreisgebietsreform abgeholfen werden. So sieht die Hauptsatzung der Landesärztekammer vor, dass sich zwei oder mehrere Kreisärztekammern zu leistungsfähigeren Organisationen zusammenschließen können. Ferner könnten mehrere Kreiskammern bei Veranstaltungen und bei der Interessenvertretung zusammenarbeiten.

### II. Maßnahmen

Eine Entscheidung über die Aufrechterhaltung der bisherigen Kammergliederung über den 1. Juli 2008 hinaus hätte die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer am 27. Juni 2008 zu treffen. Dabei müsste die Hauptsatzung in dem Sinne geändert werden, dass für jeden „bis zum 30. Juni 2008 bestehenden“ politischen Kreis und jede „bis zum 30. Juni 2008 bestehende“ kreisfreie Stadt eine Kreisärztekammer gebildet wird. Die Satzungsänderung könnte nach Genehmigung durch das Sächsische Staatsministe-

Kreisfreie Städte und Landkreise des Freistaates Sachsen zum Gebietsstand 1. Januar 2006

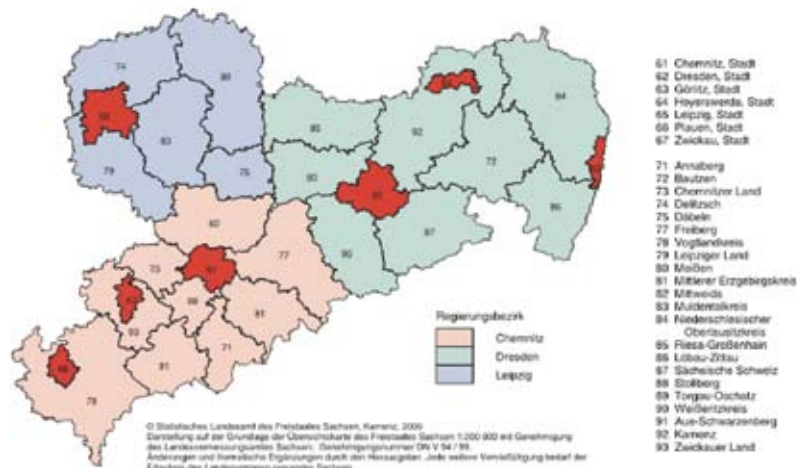


Abbildung 1

rium für Soziales am 1. Januar 2009 in Kraft treten.

**C. Option 2: Neugliederung der Kreisärztekammern**

*I. Inhalt*

Wollte man die Kreisgebietsreform auf die Untergliederung der Landesärztekammer übertragen, würde sich die Zahl der Kreisärztekammern von 29 auf 13 reduzieren (Abb. 2). Davon unberührt blieben die Kreiskammern in Chemnitz, Dresden und Leipzig. Da diese Städte auch nach der Kreisreform kreisfrei sein werden, müsste für sie auch in Zukunft jeweils eine Kreisärztekammer gebildet werden. Damit würden über 8.600 Ärztinnen und Ärzte, mithin 45 Prozent der Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer, von einer Neugliederung der Kreiskammern nicht tangiert. Die übrigen Kreiskammern würden aufgelöst und zu größeren Einheiten zusammengefasst, denen zwischen 770 und 1.300 Mitglieder angehören würden (Abb. 3).

*II. Bewertung*

Als Vorteil einer Neugliederung ist zunächst hervorzuheben, dass in mitgliederstärkeren Kreisärztekammern leichter arbeitsfähige Vorstände und Ausschüsse gebildet werden könnten. Die vergrößerten Kreiskammern verfügten sowohl über eine bessere Finanzausstattung als auch über die Fähigkeit, die beruflichen Belange

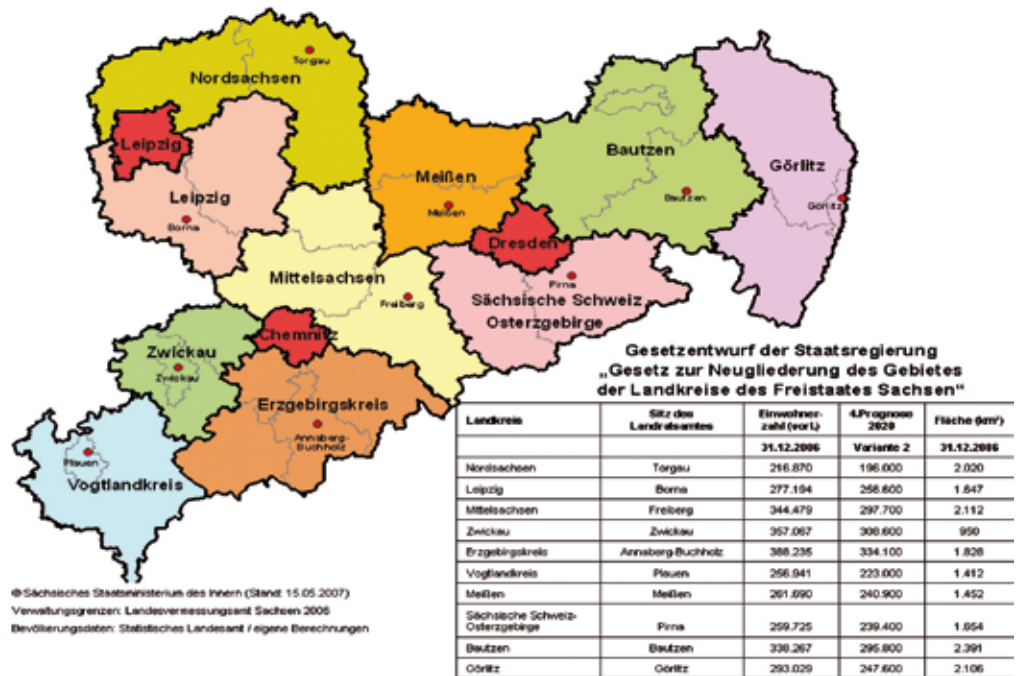


Abbildung 2

der Mitglieder gegenüber den gewachsenen Kreisbehörden wirksam zu vertreten. Ferner würde es sich eher lohnen, regionale Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen anzubieten. Schließlich würde eine Verringerung der Zahl der Kreiskammern zur Verwaltungsvereinfachung bei der Landesärztekammer beitragen. Nachteilig könnte sich hingegen auswirken, dass die einzelnen Kreiskammern für eine größere Zahl von Mitgliedern zuständig wären, was eine geringere „Basisnähe“ der Vorstände zur Folge haben könnte. Überdies müssten längere Wege zu Veranstaltungen der

Kreiskammern zurückgelegt werden. Die genannten Nachteile ließen sich in gewissem Umfang durch Ausgleichsmaßnahmen kompensieren. Einer größeren Arbeitsbelastung der Vorstände könnte – den Vorgaben der Mustergeschäftsordnung für die Kreisärztekammern entsprechend – durch eine Vergrößerung der Kreisvorstände auf bis zu elf Mitglieder begegnet werden. Daneben könnten den Vorstandsmitgliedern bestimmte Ressorts zugewiesen und Fachausschüsse gebildet werden. Der „Basisferne“ eines Vorstandes ließe sich etwa dadurch vorbeugen, dass er mit

### Veränderung der Mitgliederzahlen bei Neugliederung der Kreisärztekammern

Bisher		Künftig	
Chemnitz (Stadt)	1.395	Chemnitz (Stadt)	1.395
Dresden (Stadt)	3.560	Dresden (Stadt)	3.560
Leipzig (Stadt)	3.689	Leipzig (Stadt)	3.689
Delitzsch	437	Nordsachsen	767
Torgau-Oschatz	330		
Leipziger Land	464	Leipzig	914
Muldentalkreis	450		
Döbeln	250	Mittelsachsen	998
Freiberg	381		
Mittweida	367		
Chemnitzer Land	384	Zwickau	1.292
Zwickau (Stadt)	551		
Zwickauer Land	357		
Annaberg	236	Erzgebirgskreis	1.265
Aue-Schwarzenberg	543		
Mittl. Erzgebirgskreis	233		
Stollberg	253		
Plauen (Stadt)	365	Vogtlandkreis	1.055
Vogtlandkreis	690		
Meißen-Radebeul	615	Meißen	965
Riesa-Großenhain	350		
Sächsische Schweiz	553	Sächs.Schweiz-Osterzgeb.	1.050
Weißeritzkreis	497		
Bautzen	454	Bautzen	1.150
Hoyerswerda (Stadt)	240		
Kamenz	456		
Görlitz (Stadt)	391	Görlitz	1.082
Löbau-Zittau	450		
NOL	241		
29 Kreisärztekammern	19.182	13 Kreisärztekammern	19.182

Abbildung 3

Repräsentanten all jener früheren Kreiskammern besetzt würde, die in der neuen Kammer aufgegangen sind. Zur leichteren Erreichbarkeit von Veranstaltungen der Kreiskammer könnten schließlich Tagungsorte im gesamten Kreisgebiet vorgesehen werden.

#### III. Maßnahmen

Als Zeitpunkt für die Neugliederung der Kreisärztekammern böte sich der 1. Januar 2009 an. Dieser Termin wäre zum einen aus haushaltstechnischer Sicht geeignet, zum anderen würde er der Diskussion über eine Verschiebung der Kreisgebietsreform um ein halbes Jahr Rechnung tragen. Die Neustrukturierung der Kreisärztekammern müsste von der Kammerversammlung am 27. Juni 2008 beschlossen werden. Die Hauptsatzung der Landesärztekammer bedürfte in diesem Falle keiner Änderung. Zweck-

mäßigerweise sollte die Kammerversammlung jedoch einen Zeit- und Maßnahmenplan zur Durchführung der Neugliederung verabschieden: Darin müsste zunächst die Vorlage des Entwurfs einer Geschäftsordnung

für jede neue Kreisärztekammer bis zum 15. Oktober 2008 vorgesehen sein. Der Entwurf wäre – auf der Grundlage der Mustergeschäftsordnung – gemeinsam von den Vorständen derjenigen Kreiskammern zu erarbeiten, die künftig eine neue Kammer bilden würden. Mitte November 2008 könnte dann der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer die konstituierenden Mitgliederversammlungen der neuen Kreiskammern einberufen. Diese Versammlungen sollten möglichst im Januar, spätestens im Februar 2009 stattfinden. Die wichtigsten Tagesordnungspunkte wären der Beschluss der Geschäftsordnung und die Wahl des Vorstandes. Unmittelbar nach der Konstituierung der neuen Kreisärztekammern könnten diese durch die Landesärztekammer mit den notwendigen Arbeitsmitteln ausgestattet werden. Hierzu gehörten neben Bankkonten und frühzeitig überwiesenen Rückflussgeldern insbesondere Notebooks mit den erforderlichen Daten.

#### D. Fazit

Die Kreisgebietsreform kann sich auf Anzahl und Größe der Kreisärztekammern auswirken. Über Art und Umfang der Auswirkungen hat die Kammerversammlung zu entscheiden.

PD Dr. jur. Dietmar Boerner,  
Hauptgeschäftsführer der Sächsischen  
Landesärztekammer

Dem Beitrag liegt ein Vortrag zugrunde, den der Autor auf der Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern am 22. September 2007 in Dresden gehalten hat.

## AiP-Zeit muss angerechnet werden!

**„Anmerkung zum Bericht über das Urteil des Arbeitsgerichts Magdeburg vom 09.08.2007 (AZ.: 6 Ca 944/07 E) zur Anrechnung der AiP-Zeit als Berufserfahrung im Sinne des Tarifvertrags für die Universitätsärzte (TV-Ärzte) im Deutschen Ärzteblatt, Ausgabe 36, vom 07.09.2007, Seite 2376**

Das Arbeitsgericht Magdeburg hat in einem noch nicht rechtskräftigen Urteil entschieden, dass die Zeit eines Arztes im Praktikum nach dem Tarifvertrag Ärzte (TV-Ä) als Berufserfahrung bei der Eingruppierung nach TV-Ä berücksichtigt wird. Dieses Urteil wurde im Deutschen Ärzteblatt vom Marburger Bund als juristischer Erfolg und wegweisend bezeichnet. Allerdings kann dieses Urteil, wenn überhaupt, als Erfolg 2. Klasse gewertet werden. Bei genauer Betrachtung des Urteils wird deutlich, dass die Tätigkeit des Arztes im Praktikum als nichtärztliche Tätigkeit angesehen wurde und lediglich die vom Kläger gesammelten nützlichen Erfahrungen im Rahmen der Einstufung gewürdigt worden sind, wie sie nach dem Willen der Tarifvertragsparteien auch bei arztverwandten Berufen gesammelt werden können. Dabei wird der Wert der ärztlichen Tätigkeit als Arzt im Praktikum völlig missachtet und diese ärztliche Tätigkeit bei der Einstufung der individuellen Auslegungsmöglichkeit dem

Arbeitgeber überlassen. Doch im Einzelnen:

Gemäß § 16 Abs. 2 Satz 1 TV-Ä gilt für die Anrechnung von Vorzeiten ärztlicher Tätigkeit, dass bei der Stufenzuordnung Zeiten mit einschlägiger Berufserfahrung als förderliche Zeiten berücksichtigt werden. Gemäß § 16 Abs. 2 Satz 2 TV-Ä können Zeiten von Berufserfahrung aus nicht-ärztlicher Tätigkeit berücksichtigt werden. Das Gericht stellt fest, dass die Tarifvertragsparteien keinen Begriff ärztlicher Tätigkeit im tarifrechtlichen Sinne aufnehmen wollten. Das Gericht führt daher zutreffend aus, dass die Tarifvertragsparteien ihren Vereinbarungen letztlich den gesetzlichen Begriff des Arztes zugrunde gelegt haben. Das Gericht bezieht sich auf die Bundesärzteordnung alter Fassung (BÄO a. F.), in der die Tätigkeit als Arzt im Praktikum noch enthalten war. Gemäß § 2a BÄO a. F. durfte die Berufsbezeichnung Arzt oder Ärztin nur führen, wer als Arzt approbiert oder nach § 2 Abs. 2, 3 oder 4 BÄO zur Ausübung des ärztlichen Berufes befugt ist. Gemäß § 10 Abs. 4 BÄO a. F. erhielten Personen, die die ärztliche Prüfung bestanden haben, eine auf die Tätigkeit als Arzt im Praktikum beschränkte (Berufs-) Erlaubnis. Dieser Abschnitt war Teil der für die Vollapprobation erforderlichen Ausbildung gewesen.

Daraus jedoch zu schlussfolgern, dass es sich nicht um ärztliche Tätigkeit handelte, begegnet massiven juristischen Bedenken, denn es werden

zwei unterschiedliche Regelungsbe-  
reiche miteinander vermischt. Der  
Arzt im Praktikum erhielt eine Berufser-  
laubnis, die lediglich auf die Tätig-  
keit als Arzt im Praktikum beschränkt  
war. Gemäß § 2 Abs. 2 BÄO war und  
ist eine vorübergehende oder eine  
auf bestimmte Tätigkeit beschränkte  
**Ausübung des ärztlichen Berufes**  
im Geltungsbereich der Bundesärzte-  
ordnung **auch auf Grund einer**  
**Erlaubnis** zulässig. Gemäß § 34a der  
Approbationsordnung für Ärzte alter  
Fassung (ÄAppo a. F.) war die 18-mo-  
natige Tätigkeit als Arzt im Prakti-  
kum nach Bestehen der ärztlichen  
Prüfung abzuleisten. Voraussetzung  
war eine Erlaubnis zur vorübergehen-  
den Ausübung des ärztlichen Berufes  
nach § 10 Abs. 4 BÄO a. F. Die Kom-  
mentierung zu § 34a ÄAppo a. F.  
besagt, dass der Arzt im Praktikum  
bereits Arzt war. Er war aber zur  
Ausübung des ärztlichen Berufes  
lediglich unter Aufsicht voll ausgebil-  
deter Ärzte berechtigt. Damit hat  
sich der Arzt im Praktikum aber nicht  
von allen anderen Ärzten unterschie-  
den, die mit einer Berufserlaubnis  
ärztlicher Tätigkeit im Geltungsbe-  
reich der BOÄ nachgegangen sind.  
Gemäß § 34b ÄAppo a. F. wurde der  
Arzt im Praktikum ärztlich tätig. Er  
hatte seine Kenntnisse und prakti-  
schen Fähigkeiten zu vertiefen. Ihm  
war ausreichend Gelegenheit zu  
geben, ärztliche Tätigkeit auszuüben  
und allgemeine ärztliche Erfahrun-  
gen zu sammeln. Er sollte die ihm  
zugewiesenen ärztlichen Tätigkeiten

mit einem dem wachsenden Stand seiner Kenntnisse und Fähigkeiten entsprechendem Maß an Verantwortlichkeit verrichten. Er sollte nach Beendigung der Tätigkeit als Arzt im Praktikum in der Lage sein, den ärztlichen Beruf eigenverantwortlich und selbstständig auszuüben; Art und Umfang der Aufsicht sollten dem entsprechen. Der Arzt im Praktikum hatte sein Studium abgeschlossen und war damit nicht mehr Studierender. Als Arzt in der Ausbildung war er entsprechend seinen fachlichen Kenntnissen und Fähigkeiten einzusetzen, seine Tätigkeit vollzog sich zwar unter der Aufsicht von voll ausgebildeten Ärzten. Damit unterschied sich der Arzt im Praktikum jedoch nicht von anderen Ärzten mit einer Berufserlaubnis mit der Nebenbestimmung, nicht eigenverantwortlich und unter Anleitung eines approbierten Arztes, ärztlich tätig zu sein. Da er über den gleichen Ausbildungsstand verfügte wie die jetzigen Assistenzärzte, konnte er auch in gleicher Weise wie diese eingesetzt werden, die trotz bereits erteilter Approbation auch einer derartigen Aufsicht bedürfen. Auch der Einsatz des Arztes im Praktikum im Bereitschaftsdienst war nicht ausgeschlossen, sofern erfahrene Ärzte in Rufbereitschaft standen und eine ausreichende Einarbeitungszeit zuteil geworden war. Damit war es Ziel der Tätigkeit im Praktikum, den Arzt zu befähigen, den ärztlichen Beruf eigenverantwortlich und selbstständig auszuüben.

Den Arbeitgeber trifft nach dem Urteil jedoch nicht die Verpflichtung, diese Berufserfahrung nach § 16 Abs. 2 Satz 1 TV-Ä zu berücksichtigen, sondern hat lediglich nach billigem Ermessen zu entscheiden, ob er eine solche Anrechnung vornehmen will oder nicht. Was billigem Ermessen entspricht, ist unter Berücksichtigung der Interessen beider Parteien und des in vergleichbaren Fällen Üblichen zu bestimmen. Es kann nicht nachvollzogen werden, wie die oben beschriebene Tätigkeit, die vollumfänglich **als ärztliche Tätigkeit gesetzlich geregelt** war, nunmehr als nichtärztliche Tätigkeit angesehen wird und dadurch der Betroffene durch die Kann-Regelung in § 16 Abs. 2

Satz 2 TV-Ä als Bittsteller vom **Ermessen** des Arbeitgebers abhängig ist, ob und wie die nichtärztliche Tätigkeit **im Einzelfall** berücksichtigt wird. Das Rechtsinstitut des billigen Ermessens wird durch diese Entscheidung zum billigen Ermessen im wörtlichen Sinne, denn das fiskalische Interesse des Arbeitgebers wird in jedem konkreten Einzelfall die wesentlichen Umstände des Falles und die angemessene Berücksichtigung der beiderseitigen Interessen massiv beeinflussen. Obwohl seit Jahren in der Bundesrepublik Deutschland aus verschiedenen Gründen nach bestandenen Staatsexamen der Arzt im Praktikum eingeführt war, bedurfte es auf mehreren Deutschen Ärztetagen nach der Wiedervereinigung Deutschlands wiederholter Anstrengungen, den zuständigen Politikern unseres Landes die ambivalente Stellung unserer jungen Kollegen endlich begreifbar zu machen. Nach einem langen Studium mit dem Endziel Arzt im Praktikum zu sein, wurden die Kollegen über Jahre mit einem mehr als mäßigen Entgelt abgefunden, obwohl pro Studienabschluss hunderte Ärzte im Praktikum deutschlandweit den Personalstand deutscher Kliniken auffüllten. Die meisten Ärzte im Praktikum wurden voll und ganz in die Klinikabläufe eingeordnet. Es muss für Diejenigen, die diese schlecht bezahlte 18-monatige Tätigkeit geduldig über sich ergehen ließen und für die meisten Kliniken ganz ohne Zweifel ein Gewinn waren, wie Hohn und Spott klingen, wenn sie durch das Magdeburger Urteil im Nachhinein „den Dank“ ausgesprochen bekommen, über Jahre so manchen personellen Engpass in den Kliniken mit Nacht- und Feiertagsdiensten kompensiert zu haben und nun ein weiteres Mal dafür benachteiligt werden. Nach diesem Urteil hat jeder Arzt im Praktikum „nicht ärztliche Tätigkeit“ ausgeübt und ist deshalb vom Ermessen des Arbeitgebers abhängig, ob und wie seine „nicht ärztliche Tätigkeit“ im Einzelfall berücksichtigt wird. Welch ein „Erfolg“ des Marburger Bundes!“

Prof. Dr. med. habil. Heinz Diettrich  
Dr. jur. Alexander Gruner  
Komm. Leiter der Rechtsabteilung

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

### Redaktionskollegium:

Prof. Dr. Jan Schulze  
Prof. Dr. Winfried Klug (V.i.S.P.)  
Dr. Günter Bartsch  
Prof. Dr. Siegwart Bigl  
Prof. Dr. Heinz 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](http://www.leipziger-verlagsanstalt.de)  
E-Mail: [info@leipziger-verlagsanstalt.de](mailto: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.

## Österreichische Ärzte für Sachsen gewonnen

Am 15. Oktober 2007 unterzeichneten die Sächsische Staatsministerin für Soziales, Helma Orosz, und der Präsident der Österreichischen Ärztekammer, Prim. MR Dr. Walter Dorner, einen „Freundschaftsvertrag“, der das mittlerweile dreijährige Engagement Österreichs und Sachsens bei der Vermittlung von Ärzten in den Freistaat bekräftigen und ausbauen soll.

Im Rahmen einer Festveranstaltung in der Sächsischen Landesärztekammer anlässlich der Vertragsunterzeichnung würdigten alle an der Kooperation beteiligten Partner die bisherige zielgerichtete Zusammenarbeit und deren Ergebnisse. „Heute, nach drei Jahren, können wir auf eine erfolgreiche Bilanz für alle Seiten blicken. Über 60 Ärzte haben sich in diesem Zeitraum bei der Sächsischen Landesärztekammer angemeldet. Freie Klinikstellen konnten besetzt werden. Junge Kollegen aus Österreich konnten ihre Weiterbildung beginnen und auch hier abschließen“, resümierte der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, in seiner Begrüßung.

Auf Initiative der Österreichischen Ärztekammer und der Krankenhausgesellschaft Sachsen fand erstmals im Jahr 2004 eine Informationsveranstaltung für österreichische Ärzte in Wien und danach jährlich in Wien, Innsbruck und Graz die Jobmesse „Alle Chancen dieser Welt“ statt. „Es



Frau Dr. med. univ. Katja Bartha – seit einem Jahr von Wien nach Dresden gewechselt – mit Prim. MR Dr. Walter Dorner (li.) und Prof. Dr. med. Jan Schulze

war von Anfang an Ziel der Österreichischen Ärztekammer, unseren Studenten, Absolventen und Fachärzten, die in ihrer Heimat oft bis zu vier Jahre Wartezeit auf einen Ausbildungsplatz zum praktischen Arzt oder Facharzt in Kauf nehmen müssen, Möglichkeiten zur Weiterbildung, zur klinischen oder ambulanten Tätigkeit in Sachsen aufzuzeigen und so die europäische Mobilität weiter zu befördern“, sagte der Präsident der Österreichischen Ärztekammer, Prim. MR Dr. Walter Dorner im Rahmen der Festveranstaltung. Dass die österreichischen Mediziner den Ärztemangel in Sachsen nicht beheben werden, sondern dafür in jedem Fall die Randbedingungen ärztlicher Tätigkeit verbessert werden müssten, argumentierte Dr. med. Klaus Heckemann, Vorsitzender des Vorstandes der Kasernenärztlichen Vereinigung Sachsen. Trotzdem habe sich die Kooperation zwischen Österreich und Sachsen zu

einer echten Win-Win-Situation entwickelt, so der Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Sachsen, Dr. Stephan Helm. Seit der ersten Informationsveranstaltung im Jahr 2004 sei das Interesse aneinander auf beiden Seiten kontinuierlich gewachsen. Im Rahmen der Festveranstaltung am 15. Oktober 2007 hatten auch die österreichischen Mediziner Gelegenheit zum Erfahrungsaustausch. Für die „Wahlsachsen“ bedeutete die neue Heimat zunächst Lernen – neue Medikamentennamen, neue Formulare, neue Mentalität. Aber vor allem brachte sie beruflichen sowie persönlichen Erfolg und Weiterentwicklung, einen offenen und freundlichen Empfang durch neue Kollegen und Patienten und die Möglichkeit, neben einem der modernsten Arbeitsplätze Europas das Kunst- und Kulturland Sachsen kennen zu lernen.

Anja Miesner M.A.  
Referentin für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## Offener Brief

An den Ministerpräsidenten des Freistaates Sachsen  
Herrn Professor Dr. Georg Milbradt  
Leipzig, den 17. 10. 2007  
Im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 4/2007, wurde der Auszug aus Ihrer Rede zur Festveranstaltung „10 Jahre AOK Sachsen“ veröffentlicht, wo es um „Die demografische Herausforderung – der Freistaat Sachsen im Jahr 2020“ ging. Dabei sprachen Sie „vom drohenden Ärztemangel (minus 42 Prozent in den nächsten 10 Jahren durch Ruhestand) und von „zwei Medizinischen Fakultäten in Sachsen, die nicht dazu beitragen können, dass wir die ausgebildeten Ärzte in Sachsen halten können“. Seit 37 Jahren! bin ich an der Universität tätig und traurig, wenn unsere Studenten zu mir sagen: „Wir bekommen hier eine tolle Ausbildung, aber hier bleiben wir nicht, wir sehen doch, wie mit Ihnen umgegangen wird“.

## Kommentar

### Tarifvertrag – Sparinstrument – Strukturinstrument

Tarifverträge stellen das geeignete Instrument dar, definierte größere Gruppen von Beschäftigten in ihrer Arbeit zu sichern. Nun erleben wir im Rahmen des Arbeitskampfes der Lokführergewerkschaft Mahner, welche vor einer Zerstückelung der Tariflandschaft warnen. Warum? – Weil sich einige Vertreter verschiedener Prägung und Gesinnung in ihrer Macht begrenzt sehen? Weil im System ungeliebte aber dennoch nicht verzichtbare Leistungsträger mit eigenen Tarifverträgen besser gestellt werden könnten? Weil der Betriebsfrieden zerstört wird? Weil die gleichmacherischen Tendenzen in unserer heutigen Gesellschaft umgekehrt werden könnten? So ließe sich die Liste der Fragen fortsetzen.

Kurzum, es gäbe einige gute Gründe gegen Einzeltarifverträge zu sein – wo aber will unsere Gesellschaft enden, wenn sie die Leistungsträger damit weiterhin benachteiligen wollte. Die deutsche Ärzteschaft und der Marburger Bund haben im letzten

Über den „Tarifdschungel“, der den Ärztemangel verstärken wird, hat ja auch Herr Professor Schulze im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 5/2007, berichtet. An der Universität Leipzig gibt es für die Ärzte verschiedene Vergütungsmodelle der Oberarzteinstufung. Bei Kollegen mit AT-Verträgen hat sich nichts geändert! Nur bei den Kollegen, die nach BAT-Ost vergütet worden waren und in den TV-Ä übergeleitet worden sind, erfolgte eine Eingruppierung nach sehr subjektiven Kriterien, die in keinster Weise nachzuvollziehen und hinnehmbar sind. Nach Auffassung des Medizinischen Vorstandes, Herrn Professor Fleig, erfüllt ein Teil der BAT-Ost Oberärzte die tarifrechtlichen Kriterien für eine Oberarzteingruppierung nicht – jedoch darf der Titel weitergeführt werden! Die davon betroffenen Oberärzte müssen nun den Nachweis erbringen, dass sie medizinische Verantwortung hatten und haben! Daraufhin haben sehr gute

Jahr eigene Tarifverträge erstritten. Schon dabei erregte der zementierte Unterschied in der West/Ost Vergütung Unmut. Erinnern wir uns, das leider der Vertreter der Sächsischen Staatsregierung auf einen Ostabschlag drängte. Wir erleben heute und ganz besonders an den Universitätsklinik, wie durch Auslegung versucht wird, die Intentionen der Tarifverträge zu unterlaufen. Erstaunlicherweise, gibt es selbst im Freistaat Sachsen und nicht zuletzt sogar unter den einzelnen Kliniken unterschiedliche Ansichten zur Auslegung des TVL. Soll damit gespart werden oder soll damit die Struktur einer Klinik geändert werden? Es kann nicht sein, dass langjährige Leistungsträger in Klinik, Forschung und Lehre, deren Wissen man sich über zum Teil Jahrzehnte bediente, nun plötzlich nichts mehr Wert sind! Wenn Gleichheit der Angestellten in einer Klinik gefordert wird, dann kann es auch nicht sein, dass es Ärzte erster und zweiter Klasse in der Bezahlung (angestellt am Klinikum und angestellt an der Fakultät) gibt.

In vielen Gesprächen und Schreiben hat die Sächsische Landesärztekam-

mer Kollegen gekündigt (Wer trägt eigentlich dafür die Verantwortung?) und andere resignieren.

Verschiedene Oberärzte, so auch ich, haben den Weg der Klage gewählt. Zum jetzigen Zeitpunkt sind beim Arbeitsgericht Leipzig mehrere Klagen anhängig. Drei Urteile sind derzeit zugunsten der Kläger positiv entschieden worden (13. 7. 2007, 11. 9. 2007, 5. 10. 2007).

Nun geht aber der Freistaat Sachsen, v.d.d. Ministerpräsidenten, d.v.d.d. Universität Leipzig, Medizinische Fakultät, d.v.d.d. Rektor, in Berufung. Diskriminierte Ärzte werden nicht mehr Leistungsträger sein und Freude an der Arbeit für unsere Patienten in Sachsen haben!

Sehr verehrter Herr Ministerpräsident, muss tatsächlich Klage bis zum Bundesarbeitsgericht geführt werden?

Dr. med. Kristina Kramer  
Mandatsträger der Sächsischen  
Landesärztekammer

mer maßgebliche Politiker des Freistaates versucht zu sensibilisieren, leider ohne Erfolg. Ein Schreiben des Präsidenten an den Ministerpräsidenten des Freistaates Sachsen zur unterschiedlichen Vergütung von Ärzten an Universitätsklinik vom März diesen Jahres ist ebenso unbeantwortet, wie es keine Resonanz auf den gleichlautenden Beschluss der Sächsischen Kammerversammlung vom Juni 2007 gibt. Wir erleben Schulterzucken bis schroffe Ablehnung in Gesprächen mit Politikern zu diesem Thema.

Kurzum – die Folgen dieser Tarifpolitik gegenüber maßgeblichen Leistungsträgern unseres Gesundheitswesens sind die Fortsetzung der Ärzteproteste im vergangenen Jahr mit anderen aber nachhaltigeren Mitteln, denn Ärztinnen und Ärzte verlassen ihre Arbeitsplätze oder machen Dienst nach Vorschrift, können und wollen dann auch keinen Nachwuchs mehr ausbilden, der wiederum sieht unter diesen Bedingungen keine Veranlassung im Lande zu bleiben.

Kann sich eine Gesellschaft so eine Politik weiter leisten?

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident  
Erik Bodendieck, Vizepräsident



## Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt

### Einführung des Sächsischen Leitfadens für Ärztinnen und Ärzte

Häusliche Gewalt – die Gewalt zwischen erwachsenen Personen in bestehenden, sich auflösenden oder aufgelösten Partnerschaften ist ein zunehmend zu beobachtendes und von den Ärztinnen und Ärzten zu beurteilendes Phänomen. Mediziner sind oft die ersten und einzigen Bezugspersonen für die Opfer. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, ist es für die Ärztinnen und Ärzte unabdingbare Voraussetzung sowohl die juristischen Bedingungen der Untersuchung als auch die Grundlagen einer beweissicheren Dokumentation zu kennen. Ebenso von Bedeutung ist das Erkennen, dass der Patient möglicherweise ein Gewaltopfer sein könnte. Des Weiteren sollte die Ärztin bzw. der Arzt über Hilfsangebote für diese Opfer informiert sein.

Aus diesem Grunde wurde gemeinsam von der Kommission „Häusliche Gewalt – Gewalt in der Familie“ der Sächsischen Landesärztekammer und dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales der Sächsische Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt erstellt.

In einer Einführungsveranstaltung am 5. 9. 2007 wurde dieser Leitfaden interessierten Kolleginnen und Kollegen vorgestellt, erläutert und anschließend übergeben.

In ihrem Grußwort wies Frau Staatsministerin Helma Orosz insbesondere auf die häusliche Gewalt als unwürdig und ehrverletzend hin sowie auf die physischen und psychischen Folgen. Neben der Schaffung eines Netzes von Beratungs- und Unterstützungseinrichtungen im Freistaat Sachsen (derzeit 18 Frauen- und Kinderschutzeinrichtungen, sechs Interventions- und Koordinierungsstellen sowie drei Täterberatungsstellen) zeigte Frau Staatsministerin Orosz insbesondere die Schlüsselposition der ärztlichen Kolleginnen und Kollegen auf, da Opfer häuslicher Gewalt irgendwann wegen gesundheitlicher Probleme



Frau Priv.-Doz. Dr. Christine Erfurt

medizinischen Rat benötigen. Ihr besonderer Dank galt den Autoren (Priv.-Doz. Dr. med. habil. Christine Erfurt, Dr. med. Uwe Schmidt, Andrea Siegert) des vorliegenden Leitfadens. Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, zeigte die über 10-jährige erfolgreiche Arbeit der Kommission auf. Insbesondere wies er auf den erweiterten Aufgabenkreis der Kommission hin, die sich jetzt nicht nur mit den Problemen der Kindesmisshandlung und des sexuellen Missbrauches sondern eben auch mit der häuslichen Gewalt beschäftigt. Aus diesem Grunde erfolgte auch die Erweiterung der Mitglieder der Kommission um einen Hausarzt und eine Gynäkologin.

Der Prodekan der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden, Herr Prof. Dr. med. habil. Andreas Deußen, verwies auf die Bedeutung des Problems der Untersuchung von Gewaltopfern in der Aus- und Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte. Aus diesem Grunde ist dieses Thema bereits in das Curriculum des Medizinstudiums aufgenommen worden. Mit Stolz berichtete Prof. Dr. Deußen auch von einem bereits bestehenden Netzwerk zwischen den Kolleginnen und Kollegen verschiedener Fachrichtungen am Universitätsklinikum und der Medizinischen Fakultät bei der Untersuchung und Begutachtung von Opfern häuslicher Gewalt.

Zu Beginn des wissenschaftlichen Programms stellte Frau Dip.-Päd. Sabine Bohne die bisher erfolgten nationalen Studien zur Untersuchung der häuslichen Gewalt vor. Insbesondere ging sie auf den Aktionsplan

der Bundesregierung von 1999 ein, der im Herbst 2007 in aktualisierter Form vorliegen soll. In einer Prävalenzstudie wurde 2004 die Lebenssituation von Frauen aufgezeigt. Hierbei wurden 10.000 Frauen befragt, von denen 1/3 mehrfache Gewaltwirkungen in der Partnerschaft angaben. Frau Bohne wies insbesondere auch auf die Situation der Kinder in diesen Beziehungen hin, die unmittelbar oder mittelbar von dieser Gewalt betroffen sind.

Frau Kynast vom Sächsischen Staatsministerium für Inneres berichtete über das Aufgabenspektrum der Polizei, bei deren Lagezentrum in Dresden fast täglich Meldungen über Gewaltanwendung in Partnerschaften eingehen. Im Jahr 2006 wurden im Freistaat Sachsen insgesamt 1588 Straftaten wegen häuslicher Gewalt angezeigt, wobei die meisten Anzeigen die Großstädte Dresden, Leipzig und Chemnitz betrafen. Der Landesaktionsplan zur Bekämpfung von häuslicher Gewalt wurde im November 2006 fertiggestellt.

Die Mitautorin des Sächsischen Leitfadens, Andrea Siegert, stellte insbesondere das Vorgehen der Ärztin und des Arztes beim Verdacht auf häusliche Gewalt dar. Das Ansprechen des Tatbestandes und die Motivierung des Opfers zur Mitteilung sind auch von der Einfühlsamkeit und dem Wissensstand des Mediziners abhängig.

Der Rechtsmediziner Dr. med. Uwe Schmidt, ebenfalls Mitautor des Leitfadens, wies an ausgesuchtem Bildmaterial auf die exemplarische Bedeutung einer beweissicheren Befunddokumentation hin. Insbesondere darf eine nicht optimale medizinische Befunddokumentation nicht die Ursache eines ineffektiven Opferschutzes und einer unmöglichen Täterbestrafung sein.

In einem weiteren Vortrag erläuterte Dr. med. Julia Schellong das bereits bestehende Traumanetz ([www.traumanetz.de](http://www.traumanetz.de)). Sehr viele Opfer leiden nach häuslicher Gewalt an einer posttraumatischen Belastungsstörung sowie an weiteren psychiatrischen Erkrankungen. Diesen Opfern muss unbedingt ärztliche Hilfe zuteil werden.

Rechtsanwältin Anca Kübler stellte in ihrem Vortrag die juristischen Grundlagen der Untersuchung von Opfern häuslicher Gewalt dar. Insbesondere verwies sie sehr deutlich auf die bestehende ärztliche Schweigepflicht. Das Gewaltschutzgesetz wurde anschaulich erläutert.

In einer abschließenden Podiumsdiskussion nahmen Polizeibeamtinnen (Frau Reisch und Frau Heinrich), Frau Rechtsanwältin Kübler, Frau Siegert, Herr Dr. Schmidt, Frau Dr. Schellong, Frau Müller (Dresdner Interventions- und Krisenteam) und Frau Bohne zu

Fragen der interessierten Teilnehmer der Einführungsveranstaltung Stellung. Zuvor stellten die genannten Referenten ihr Aufgabengebiet dar. Hier wurde insbesondere der Verlauf von der Meldung eines Opfers bei der Polizei bis zu einer Wegweisung des Täters aus der gemeinsamen Wohnung oder einem möglichen Gerichtsverfahren geschildert.

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, dieser vorliegende Leitfaden stellt eine Grundlage Ihres Handelns beim Umgang mit Opfern häuslicher

Gewalt dar. Nutzen Sie die Möglichkeit, diesen Leitfaden näher kennen zu lernen und für Ihre tägliche Arbeit anzuwenden. Sie sind oft der erste und einzige Ansprechpartner und Helfer für diese Opfer.

Der Leitfaden wird im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen der Sächsischen Landesärztekammer ausgegeben.

Anschrift des Verfassers:

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Christine Erfurt

Dr. med. Uwe Schmidt

Institut für Rechtsmedizin

Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

## 15. Klinikärztetreffen der Frauen- und Kinderärzte 27. 6. 2007

Das diesjährige Klinikärztetreffen sächsischer Geburtshelfer und Kinderärzte stand im Zeichen des 15-jährigen Jubiläums der landesweiten Peri- und Neonatalerhebung. Es entspricht dem ärztlichen Grundverständnis von Verantwortung für Qualitätssicherung, dass sich seit der Einführung im Jahr 1992 sämtliche Kliniken Sachsens daran beteiligen und seitdem eine lückenlose Dokumentation von Verlauf und Entwicklung der externen Qualitätssicherung möglich machen. Der Einladung der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung und der Arbeitsgruppe Peri- und Neonatologie zum Jahrestreffen waren Ärzte, Hebammen und Vertreter der Kassen sowie der Krankenhausgesellschaft gefolgt. Der wiedergewählte Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, verwies in seiner Begrüßung auf den wichtigen Anteil externer Qualitätssicherungsmaßnahmen an Fortschritten der Ergebnisqualität. Dabei kommt dem Erkennen von Defiziten oder Fehlern bei intelligenter Aufarbeitung eine sehr wertvolle Bedeutung zu. Besonders hervorgehoben wurden die Verbesserungen auf dem Gebiet des strukturierten Dialogs, die Bemühungen um eine verbesserte Diagnostik des Schwangerschaftsdiabetes, die Zusammenarbeit mit dem

Hebammenverband, die Bedeutung von regionalen Perinatalen Konferenzen im Interesse der versorgungsrelevanten Umsetzung von Ergebnissen und nicht zuletzt die beispielhaften Ergebnisse bei der Erarbeitung risikoadjustierter Qualitätsindikatoren.

Der erste Fachvortrag auf dieser von Prof. Dr. med. habil. Christoph Vogtmann moderierten Veranstaltung wurde von Frau Prof. Dr. med. habil. Brigitte Viehweg/Leipzig gehalten. Er befasste sich mit den Ergebnissen der Perinatalerhebung des Jahres 2006 im Kontext der vergangenen 15 Jahre. In diesem Zeitraum sind genau 434.896 Geburten mit 440.864 Neugeborenen in sächsischen Kliniken betreut worden, wobei seit 2000 die Geburtenzahl pro Jahr mit etwas über 32.000 konstant blieb. Charakteristisch sind eine Zunahme des Gebäralters (2006 waren 16,4 Prozent der Schwangeren älter 35 Jahre), ein hoher Anteil von Mehrlingsschwangerschaften (1,6 Prozent) und Frühgeborenen (7,8 Prozent) sowie eine Sectorate von 21 Prozent (BRD 2005 28,8 Prozent). Letzteres kann vor allem als Ausdruck einer präventionsorientierten Geburtshilfe, aber auch einer Änderung der Einstellung von Müttern gesehen werden. Sicher hat dies zum Rückgang der perinatalen Sterblichkeit in den sächsischen Kliniken auf 3 ‰ beigetragen. Daran haben alle geburtshilflichen Einrichtungen ihren spezifischen Anteil, für dessen Bewertung die von der Arbeitsgruppe analysierten Qualitätsindikatoren eine bewährte Diskussi-

onsgrundlage darstellen. Auf deren Bedeutung ging Dr. med. Heiner Bellée in seinem fundierten Beitrag ein. Die Qualitätsindikatoren sind im Gefolge einer zehnjährigen Weiterentwicklung zu einem standardisierten Verfahren mit normgestützten Aussagen geworden. Sie haben sich als ein wichtiges Instrument des internen und externen Dialogs und damit auch als Instrument zur Qualitätssicherung bewährt.

Die Neonatalerhebung hat in dieser Hinsicht noch nachzuziehen. Durch Aufnahme der Neonatalerhebung in das bundesweit einheitliche Qualitätssicherungsverfahren im Zuge des Beschlusses des gemeinsamen Bundesausschusses zur Versorgung von Früh- und Neugeborenen ist eine Erarbeitung neonatologischer Qualitätsindikatoren zwingend und dringlich geworden. Dabei besteht für die Neonatologie die Notwendigkeit einer risikoadjustierten Bewertung, um dem unterschiedlichen, von der angeschlossenen Geburtshilfe geprägten Patientenprofil Rechnung tragen zu können. Dafür sind von der Projektgeschäftsstelle und Arbeitsgruppe schon wesentliche Vorarbeiten geleistet worden, worauf Prof. Christoph Vogtmann in seinem Beitrag zur Neonatalerhebung hinwies. Er hob die höchst erfreulichen Verbesserungen der Überlebenschancen sehr kleiner Frühgeborener als Indikator für die Leistungsfähigkeit der Neonatologie hervor. Die Überlebenswahrscheinlichkeit von Kindern mit einem Geburtsgewicht zwischen 750 g und

1000 g liegt bei nahezu 90 Prozent und die von Kindern zwischen 1000 g und 1500 g bei über 98 Prozent. Gegenüber 1992 hat sich die Frühsterblichkeit mehr als halbiert. Dabei ist der Anteil von Kindern mit chronischen Folgezuständen nicht angestiegen. Es gibt aber nicht unerhebliche regionale Unterschiede in Sachsen, die teilweise mit der ins Stocken geratenen Regionalisierung in Zusammenhang zu bringen sind. Wenn auch die Frühgeborenenrate hoch ist, so muss die in den letzten beiden Jahren zu beobachtende Abnahme des Anteils von extrem kleinen Kindern als sehr positiv gesehen werden. 2006 wurden im Vergleich zu den Vorjahren 25 Prozent weniger Kinder mit Gewichten unter 1000 g betreut, die nicht nur die perinatale, sondern auch die Säuglingssterblichkeit wesentlich mitbestimmen. Die Säuglingssterblichkeit wird heute maßgeblich durch die perinatologische und neonatologische Leistungsbilanz bestimmt, was Dr. med. habil. Reinhold Tiller mit Daten der amtlichen Statistik zu Säuglingen belegen konnte. Mit 2,6 von 1000 Lebendgeborenen (BRD-Durchschnitt 2006: 3,8 ‰) ist in Sachsen ein sehr gutes Ergebnis erzielt worden. Unter den Hauptursachen dominieren mit 63

Prozent perinatale Ursachen, gefolgt von Fehlbildungen mit 15,5 Prozent und dem plötzlichen Kindstod mit 6 Prozent. Dr. Tiller zeigte an Hand von Vergleichsdaten, dass damit das Verbesserungspotenzial aber noch nicht ausgeschöpft ist. Konkrete Hinweise zur Verbesserung von Behandlungskonzepten bei Neugeborenen mit schwerer perinataler metabolischer Azidose vermittelte Dr. med. Jürgen Dinger mit seiner Übersicht zur Pufferbehandlung asphyktischer Neugeborener. Die Indikation dafür sollte sehr kritisch unter Beachtung von übersichtlich dargestellten, definierten klinischen und biochemischen Kriterien gestellt werden. Mit seinem Vortrag zum Antibiotikaeinsatz bei Neugeborenen demonstrierte Dr. med. Dirk Ermisch, dass es unter subtiler Beachtung von konventionellen Regeln der Neugeborenenversorgung, einer gezielten Anwendung moderner Diagnostik und nicht zuletzt auf der Grundlage langjähriger klinischer Erfahrung gelingt, den Einsatz von Antibiotika auf ein Minimum zu reduzieren, ohne das Risiko für das Kind zu erhöhen. Ein besonderer Höhepunkt war der Vortrag von Prof. Dr. med. Hildebrand Kunath zum Verhältnis von Wissen und Wirklichkeit in der Qua-

litätssicherung. Mit diesem philosophisch gefärbten und humorvoll präsentierten Beitrag wurde einerseits dem Zuhörer die scheinbar trockene Materie von statistischen Erhebungen und Analysen näher gebracht und andererseits die Wichtigkeit kritischer Distanz begründet.

Die gute Zeitdisziplin der Vortragenden gab noch Raum für eine kurze Präsentation der ersten Ergebnisse des von der Projektgeschäftsstelle geförderten Screenings auf zyanotische Herzfehler mittels Pulsoxymetrie. Prof. Dr. med. habil. Peter Schneider zeigte anhand aufgedeckter Fälle, dass sich der geringe Aufwand der Pulsoxymetrie sehr lohnt und eine Übernahme als Routinemethode gerechtfertigt ist.

Abschließend galt der Dank all jenen, die über viele Jahre durch ihr engagiertes Wirken die Peri- und Neonatalerhebung ermöglicht und zu einem wichtigen Instrument der externen Qualitätssicherung haben wachsen lassen. Dazu zählen die vielen Mitarbeiter der Kliniken, der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung und der Arbeitsgruppe Peri- und Neonatologie.

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

## Das sächsische Notarztprotokoll – eine unendliche Geschichte?

Zur politischen Wende bestand in den drei sächsischen Bezirken, ebenso wie in der gesamten Deutschen Demokratischen Republik (DDR), eine komfortable Situation bei der Dokumentation von außerklinischen Notfällen. Es gab eine einheitliche Dokumentationsgrundlage, die sowohl für den Rettungsdienst (Dringliche Medizinische Hilfe = DMH-Bereich), wie auch für die ärztliche Dringlichkeitsversorgung (Dringlicher Hausbesuchsdienst = DHD-Bereich) galt. Auf der Grundlage dieser Dokumente gab es Auswertungen und Daten zur Epidemiologie des Notfalls. Aus unerfindlichen

Gründen wurde diese einheitliche Grundlage ab 1991 verlassen und es wurde in voreilem Gehorsam neben der Zerstörung des SMH-Prinzips auch auf eine Vielfalt der Doku-

mentationen zugegriffen. Das war ein offensichtlich falsch verstandener Pluralismus. So waren schon 1993 im Freistaat Sachsen insgesamt 21 verschiedene Protokolle für den Not-

arzteininsatz im Gebrauch. Deshalb unternahm die Sächsische Landesärztekammer im gleichen Jahr den Versuch, ein einheitliches Protokoll einzuführen (Burgkhardt, M., 1993). Dieses Protokoll war so konzipiert, dass es sowohl für den Notarzt, wie auch für das nichtärztliche Personal (Rettungssanitäter/Rettungsassistent) im Rettungsdienst verwendet werden konnte. Allerdings war das Protokoll von Anfang an nur als Interimslösung konzipiert, um schrittweise eine elektronische Dokumentation auf der Basis der Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin e.V. (DIVI-Protokoll) einzuführen.

Zur Vorbereitung wurde eine Arbeitsgruppe Qualitätssicherung beim Landesbeirat für den Rettungsdienst etabliert. Diese Arbeitsgruppe konnte allerdings keine weitere Arbeit zur Entwicklung der Dokumentation im Rettungsdienst leisten und löste sich letztendlich wieder auf. So gab es in dieser Arbeitsgruppe die vom Vertreter der Feuerwehren vertretene abstruse Forderung, Untersuchungen zum Qualitätsmanagement solle es nur bei den außerklinischen Reanimationsfällen geben. Damit konnte die Selbstauflösung der Arbeitsgruppe nur nachdrücklich begrüßt werden. Auf die Problematik einer exakten Dokumentation im Rettungsdienst im Zusammenhang mit dem Zwang zur Kostenreduktion im Gesundheitswesen hat HENNES, H. J. bereits 1996 hingewiesen und gezeigt, dass auch in der Notfallmedizin Tendenzen zu erkennen sind, „Bewährtes“ dem Kostendruck zu opfern. Nur eine lückenlose Dokumentation (Qualitätsmanagement) kann uns Ärzten die Argumente liefern, die für eine weitere Diskussion erforderlich sind. Bis zum Jahr 2001 war das sächsische Notarztprotokoll in den meisten Rettungsdienstbereichen des Freistaates im Gebrauch und wurde zumeist auch als Kombinationsprotokoll für Arzt und Rettungssanitäter/Rettungsassistenten genutzt.

Mit der Zuspitzung der Honorarsituation (Burgkhardt, M., 2004) und dem direkten Verhandlungsbeginn zwischen der Arbeitsgemeinschaft Sächsischer Notärzte e.V. (AGSN) und den

gesetzlichen Krankenkassen im Sommer 2001 war dann allerdings eine neue Gelegenheit gegeben, sich über Dokumentation und Qualitätssicherung zu beraten. Einigkeit bestand von Anfang an, dass neue Vergütungsregularien an eine neue Form der Dokumentation im Rettungsdienst geknüpft werden müssen.

Einigkeit bestand unter den ärztlichen Gremien, dem Kammerausschuss und der AGSN, dass bei einem landeseinheitlichen Protokoll der sogenannte minimale Notarzt Datensatz (MIND) verwendet werden musste, um einen deutschlandweiten Vergleich im Rahmen der Qualitätssicherung zuzulassen. Durch wiederholte Einlassungen des sächsischen Datenschutzbeauftragten wurde jedoch der ursprüngliche Protokoll-Entwurf der AGSN immer wieder verändert. Ende 2005 einigten sich die Gremien dann auf eine Interimslösung, die allerdings nicht mehr den Kriterien der Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands e.V. (BAND) und DIVI bezüglich dem MIND entsprach. Dies erschien aber dennoch notwendig, um die Koppelung zwischen notärztlichem Abrechnungsformular und Dokumentationsblatt zu erreichen. Dazu wurde zwischen AGSN, Kammer und Staatsministerium des Innern des Freistaates Sachsen vereinbart, dass vor der Inkraftsetzung des verbindlichen Notarztprotokolls ausreichend Zeit gegeben werden müsse, um auf die Besonderheit der Situation hinzuweisen und aufzuklären, dass es sich dabei lediglich um eine kurzzeitige Übergangslösung handeln könne.

Weitere Zeit verging, in der erneute Einwendungen des sächsischen Datenschützers behandelt werden mussten. Zur Überraschung ärztlicher Gremien veröffentlichte dann, ohne Vorankündigung, Ende 2006 das Sächsische Staatsministerium des Innern (SMI) die Sächsische Landesrettungsdienstplanverordnung und legte mit dem Abdruck des Notarztprotokolls die Dokumentationsgrundlage für den Notarzt dienst des Freistaates Sachsen fest.

Auf Grund zahlreicher verunsicherter und kritischer Einwände aus den Kreisen der Notärzteschaft und einer

deutlichen Kritik durch die Mitgliederversammlung der BAND vom 17. 2. 2007 kam es Anfang Juni 2007 zu nochmaligen Beratungen zwischen dem SMI und dem Verfasser dieses Beitrages im Auftrag der Sächsischen Landesärztekammer. Im Ergebnis dieser Beratungen beschloss daraufhin der Landesbeirat für den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz (BRK) beim SMI am 26. 6. 2007, dass das vorgeschlagene Protokoll zu einem isolierten Dokumentationsblatt für die nichtärztlichen Mitarbeiter umgearbeitet wird und dass die ärztliche Dokumentation im Notarzt dienst durch das bundesweit bewährte Notarztprotokoll der DIVI vorzunehmen ist. Damit ist auch davon auszugehen, dass weitere Einwände durch den sächsischen Datenschutzbeauftragten nicht notwendig sind, da das Protokoll in allen deutschen Bundesländern eingeführt ist.

Inhaltlich stellt das DIVI-Protokoll einen Kompromiss unter den verschiedenen in der DIVI zusammengeschlossenen Fachrichtungen dar. Eine weitere Diskussion um die Inhalte und somit weitere Nachbesserungen erscheint deshalb müßig, wenngleich über Layout und Form weiter diskutiert werden kann. Als Richtschnur sollen unverändert die Vorschläge von FRIEDRICH, H. J. und MESSELKEN, M. (1996) für den minimalen Notarzt Datensatz (MIND2) gelten, der inhaltlich (DIVI-Protokoll) und strukturell definiert ist und unabhängig von den Erfassungsmedien und Methoden eingesetzt werden kann. Durch die Verwendung des MIND2 ist die Möglichkeit gegeben, diesen Kerndatensatz aus verschiedenen Systemen zu gewinnen und/oder ihn in andere Systeme (Leitstellendokumentation, Krankenhausdokumentation, Abrechnungssysteme) zu integrieren (Moেকে, Hp., Dirks, B., Friedrich, H.-J. et alii, 2004).

Unter dem Gesichtspunkt, dass die Dokumentation nicht die primäre Aufgabe des Notarztes ist, da er zunächst die Maßnahmen der Lebensrettung oder der Sofortbehandlung bei akut Erkrankten oder Verletzten durchführen muss, sind die bereits vom Ausschuss Notfall- und Katast-

rophenmedizin der Sächsischen Landesärztekammer 1996 geforderten Umsetzungen nach einer weitergehenden Automatisierung nochmals zu betonen. Wie zwischen der AGSN und den sächsischen gesetzlichen Krankenkassen nochmals ab 2001 vereinbart, stellt als letztendliches „Ausbauziel“ die über Rechentechnik im Rettungswagen (RTW) und/oder Notarzteinsetzfahrzeug (NEF) vorzunehmende Dokumentation dar.

Auf eine Problematik soll allerdings an dieser Stelle hingewiesen werden: Die Prüfungskommission Notfallmedizin der Sächsischen Landesärztekammer hat in den vergangenen 16 Jahren im Rahmen von Fachkundeerteilungen und Zusatzbezeichnungsprüfungen viele Tausend notärztliche Dokumentationsblätter eingesehen und dabei feststellen müssen, dass nur ein geringer Teil von weniger als 20 Prozent allumfassend und korrekt ausgefüllt war. Dies betraf insbesondere die im A-3-Format ausgelegten DIVI-Dokumentationsblätter. Bei der Ursachensuche, warum dies gerade in Sachsen (und hier im besonderen im Rettungsdienstbereich Leipzig) der Fall ist, muss auf eine Besonderheit hingewiesen werden. Während im Gesamtbundesgebiet die Notarzt-

einsatzrate (Notarzteinsetzrate = Zahl der Notarzteinsetze je 1.000 Einwohner je Jahr) bei 20,3 liegt, ist sie für Sachsen mit 28,7 deutlich höher und beträgt im Jahr 2006 für den Rettungsdienstbereich Leipzig 49,1 (Burgkhardt, A., 2007). Der Grund für diese ungewöhnlich Entwicklung ist in der Überfrachtung des Rettungsdienstes mit Dringlichkeiten zu sehen, die normalerweise in den Tätigkeitsbereich des Vertragsarztes fallen. Aber auch offensichtlich sinnlose Formalismen, wie die Nachforderung des Notarztes durch den Rettungswagen, um frustrierende Diskussionen mit Ärzten aus Notaufnahmen über die Notwendigkeit des nachträglichen Ausstellens eines Transportscheines zu umgehen, tragen zum explosionsartigen Anstieg der Notarzteinsetze bei.

Diese, aus der Sicht der Notfallmedizin, Banalfälle erfordern nunmehr bei Einsatz einer einheitlichen Notarzt-dokumentation den gleichen Dokumentationsaufwand wie der tatsächliche „Notarztfall“. Und dies erscheint offensichtlich manchem Notarzt sinnlos. Bei Einsatz des DIVI-Protokolls ist jetzt allerdings zu fordern, dass an allen 75 sächsischen Notarztstandorten und bei allen 160.000 Einsätzen

pro Jahr (Burgkhardt, M., 2004) grundsätzlich zumindest der MIND2 zu erheben ist. Der von der AGSN in Übereinstimmung mit den gesetzlichen Krankenkassen vorgeschlagene Weg einer direkten Ankoppelung an die Honorarabrechnung des Notarztes erscheint auch dem Kammerausschuss sinnvoll.

Über den Beginn der Verwendung des sachseneinheitlichen Notarzt-dokumentationsblattes, dem DIVI-Protokoll, werden die Ärzte über das Ärzteblatt Sachsen informiert, bevor die überarbeitete Fassung des Landesrettungsdienstplanes vom SMI herausgegeben wird.

Zusammenfassend wird mit der aktuellen korrigierenden Entscheidung für das DIVI-Protokoll ein guter Beitrag zum Qualitätsmanagement in der sächsischen Notfallmedizin geleistet.

Insofern hat die scheinbar unendliche Geschichte der Notarzt-dokumentation in Sachsen doch noch ein glückliches Ende gefunden.

Literatur beim Verfasser

Dr. med. Michael Burgkhardt  
Ausschussvorsitzender Notfall- und  
Katastrophenmedizin  
der Sächsischen Landesärztekammer  
Gletschersteinstraße 34, 04299 Leipzig

## Hygiene aktuell

### Neuaufgabe des Impfbuches „Internationale Bescheinigungen über Impfungen“ nach sächsischem Muster („Sächsisches Impfbuch“)

Jede durchgeführte Schutzimpfung hat der Arzt unverzüglich zu dokumentieren. Im bis zum 31.12.2000 gültigen Bundesseuchengesetz (BSeuchG) stand im § 16 (2) „Das Impfbuch muss einem bundeseinheitlichen Muster entsprechen. Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit wird ermächtigt, durch allgemeine Verwaltungsvorschrift mit Zustimmung des Bundesrates ein Muster für das Impfbuch festzulegen.“ Dies ist niemals verwirklicht worden; ein einheitliches Impfbuch ist bis heute in Deutschland nicht verfügbar. Es ist eine Viel-

zahl von Impfbüchern, -ausweisen und -nachweisen im Umlauf. Dies erschwert eine rasche Übersicht der Ärzte über die Vollständigkeit von Impfungen und über das Auffinden von Impflücken insbesondere im Erwachsenenalter bei prophylaktischen Maßnahmen, aber auch nach Verletzungen, Insektenstichen oder vor Reisen erheblich. Unter anderem ist die Eingabe in EDV-Programme und deren Abgleich zeitaufwendiger. Die Sächsische Impfkommision (SIKO) hatte daher 1996 eine Arbeitsgruppe sächsischer Amtsärzte gebeten, von diesen praktischen Gesichtspunkten aus eine optimierte Gestaltung des Impfbuches vorzubereiten und Einverständnis unter den Gesundheitsämtern (GÄ) Sachsens herzustellen. Dieser Vorschlag wurde dann von der SIKO unter Berücksichtigung des deutschsprachigen Mus-

ters der WHO „Internationale Bescheinigungen über Impfungen – Impfbuch“, der datenschutzrechtlichen Bestimmungen in Deutschland und mikrobiologischer Daten, die im Impfausweis dokumentiert sein sollten, 1998 in der ersten Auflage eines Impfbuches mit dem Deutschen Gemeindeverlag W. Kohlhammer, GmbH Dresden, verwirklicht. Inzwischen sind in dieses Impfbuch der Notfallausweis und der Organspendeausweis integriert worden. Die Neuaufgabe 2007 enthält außerdem je eine separate Seite für die Dokumentation der HPV-Impfung und den noch zu etablierenden Impfungen zur Prophylaxe von Rotaviruserkrankungen/-infektionen und Herpes Zoster.

Was sind die Vorteile dieses von anderen äußerlich zunächst nicht zu unterscheidenden Impfbuches?

1. Dieses Impfbuch nach sächsischem Muster erfüllt als Einziges alle gesetzlichen Vorgaben nach § 22 des IfSG einschließlich des zweckmäßigen Verhaltens bei ungewöhnlichen Impfreaktionen. Es ist in allen deutschen Bundesländern gleich gut einsetzbar.
  2. Datenschutzrechtliche Bestimmungen sind integriert.
  3. Das Impfbuch enthält Notfallausweis und Organspendeausweis.
  4. Dieses Impfbuch ist übersichtlich. Es enthält auf Seite 34 (nach Aufblättern der hinteren Umschlagseite) als Einziges ein Inhaltsverzeichnis, nach dem 23 verbal genannte Impfungen und der übrige Inhalt sofort auf der entsprechenden Seite nachgeschlagen werden können. (Wegen dieser Übersichtlichkeit ist es bereits 2006 von einer obersten Bundesbehörde außerhalb Sachsens für alle Angehörigen als Impfbuch ausgewählt und eingeführt worden).
  5. Für die wichtigsten Schutzimpfungen (zum Beispiel Tetanus, Diphtherie, Pertussis) sind die Anzahl der Spalten nach dem derzeitigen Impfkalender bis ins hohe Alter vorgesehen.
  6. Der aktuelle Impfkalender ist nicht eingedruckt sondern wird eingelegt, um Irritationen von Laien bei den notwendigen Änderungen des Impfkalenders im Laufe des Lebens einer Person zu vermeiden.
  7. Es ist eine Vielzahl mikrobiologischer Parameter zum Beispiel Antikörper gegen Röteln, FSME, Polio und notwendige klinische Daten wie überstandene Varizellen gezielt dokumentierbar.
  8. Es ist ein problemloser Abgleich mit den Daten in einem EDV-System möglich (in Sachsen Oktoware-System der Gesundheitsämter und hoffentlich bald auch integriert in eine „Sächsische Impfdatenbank“). Als unvermeidbare Nachteile werden oft genannt:
    1. Die Notwendigkeit der Mehrfacheintragungen bei Applikation von 4-, 5- und 6-fach-Impfstoffen.
    2. Der Preis von 0,38 – 0,88 Euro (je nach Bezugsmenge) bei einem Umfang von 36 Seiten gegenüber 0,36 Euro für andere Impfausweise mit 16 Seiten.
- Die Rechtsvorschriften, die zurzeit im Freistaat Sachsen gelten, sind in der

„Empfehlung der Sächsischen Impfkommision zur Organisation der Dokumentation von Schutzimpfungen vom 1.5.1998, Stand 1.1.2004“ (E9 – Beilage zum „Ärzteblatt Sachsen“ 12/2003) nachzulesen.

Was ist in praxi zu beachten:

1. Alle für die Gesundheit und Prävention gesellschaftlich Verantwortlichen – Gesundheitsämter, Krankenhäuser insbesondere deren geburts-hilffliche Abteilungen, alle Ärzte, gesetzliche und private Krankenkassen, angestellte und verbeamtete Gesundheitsdezernenten in den Kreisen und kreisfreien Städten usw. sollten zwingend eine Einheitlichkeit der Dokumentation und damit die Verwendung des neuen Impfbuches nach sächsischem Muster anstreben. Wünschenswert wäre eine diesbezügliche Verwaltungsvorschrift des Freistaates Sachsen.

2. Das Impfbuch ist zu beziehen vom Deutschen Gemeindeverlag W. Kohlhammer GmbH, Heßbrühlstraße 69 in 70565 Stuttgart, Bestell-Nr.: 14/513/0572/40, Bestellfax: 0180/510 6602, [dvj@kohlhammer.de](mailto:dvj@kohlhammer.de).

Um zu gewährleisten, dass jeder Impfling anlässlich seiner ersten Impfung unentgeltlich ein Impfbuch erhält, sollten die Gesundheitsämter auf Anforderung der impfenden Ärzte Impfbücher unentgeltlich an diese Ärzte abgeben. Die unentgeltliche Abgabe eines Impfbuches an den Impfling ist stets mit der Ausstellung des Impfbuches auf den Namen des Impflings und mit der Eintragung der Daten über die erste Impfung verbunden. Dankenswerterweise hat die AOK für ihre Versicherten die Beschaffung im sogenannten Begrüßungspaket bei der Geburt eines Kindes übernommen.

Sammelbestellungen für die Gesundheitsämter händelt dankenswerterweise die Vorsitzende des Landesverbandes Ärzte und Zahnärzte im ÖGD, Amtsärztin Dr. R. Krause-Döring.

3. Bei Verlust des Impfbuches ist das Gesundheitsamt (GA) und ein Impf- arzt berechtigt, gegen Gebühr ein Neues auszustellen. Aufgrund vorgelegter Impfbescheinigung und der im EDV-System oder der Impfkartei des GA erfassten Daten kann das GA die erforderlichen Eintragungen vorneh-

men. Der Impfarzt darf und kann ein Duplikat des Impfbuches nur aufgrund seiner eigenen Dokumentationen oder ihm schriftlich vorliegender Daten in der Patientendatei seiner Einrichtung oder anderer schriftlicher Unterlagen ausstellen.

4. Der Impfarzt hat eine durchgeführte Impfung unverzüglich in ein Impfbuch einzutragen. Falls kein Platz oder keine Übersicht mehr in einem alten Impfausweis besteht, ist ein neues „Sächsisches Impfbuch“ vom GA oder dem Impfarzt auszustellen. Dabei sind in dieses Duplikat die Impfungen des vorliegenden alten Impfbuches zu übertragen (mit Vermerk „übertragen“ Unterschrift und Stempel des Arztes). Es wird empfohlen, diese Leistung als IGeL-Leistung zu berechnen nach dem gleichen Reglement wie im Gesundheitsamt (Preis des Impfbuches plus 10 € für Arbeitsaufwand für die Eintragungen/Übertragungen. Bezug auf das 7. Sächsische Kostenverzeichnis vom 24.5.2006, Sächsisches Gesetz- und Verordnungsblatt Nr. 8, 2006, If. Nr. 4, Tarifstelle 3.2: Ausstellen eines Duplikates eines Impfausweises).

5. Der impfende Arzt, der eine Impfbescheinigung ausstellen muss, weil kein Impfbuch vorgelegt wurde, sollte den Impfling über die Vorteile eines „Sächsischen Impfbuches“ aufklären. Der Inhalt von Impfbescheinigungen sollte schnellstmöglichst in dieses übertragen werden.

6. Die Ausstellung eines neuen „Sächsischen Impfbuches“ sollte der Arzt zwingend nützen, Jugendliche und Erwachsene auf den integrierten Organspendeausweis hinzuweisen und aufklärerisch auf eine Entscheidung möglichst für eine Organspende per Unterschrift auf Seite 35 hinzuwirken.

Eine zweite Unterschrift des Impflings oder seines Erziehungsberechtigten/Sorgeverpflichteten auf Seite 1 würde die noch immer nicht endgültig beseitigten Hürden der Datenschützer bei der Einrichtung einer „Sächsischen Impfdatenbank“ beheben helfen.

Korrespondenzadresse:  
 „Sächsische Impfkommision“  
 Vorsitzender, Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl  
 Ludwigsburgstr. 21, 09114 Chemnitz  
 Tel.: 0371/3360422, E-Mail: [siegwart@bigl.de](mailto:siegwart@bigl.de)

## Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden

Wir möchten Sie für Dienstag, den 4. Dezember 2007, 15.00 Uhr zum letzten Treffen in diesem Jahr in den Plenarsaal der Landesärztekammer einladen.

Im Vortrag berichtet Herr Christoph Pöttsch über „Vergessene Persönlichkeiten der sächsischen Geschichte“. Sie sind mit Ihrem Partner zum Vortrag und anschließendem Kaffeetrinken herzlich willkommen!

Zur weiteren Vorbereitung unserer Aktivitäten würden wir uns über Verstärkung im Seniorenausschuss sehr freuen und laden zu unserer Beratung am gleichen Tag 14.00 Uhr ein. Interessenten hierfür werden gebeten ihre Teilnahme bei Frau Riedel unter 0351 8267 131 anzukündigen.

Ihr Seniorenausschuss der  
Kreisärztekammer Dresden

## Korrekturzeichen und deren Anwendung – nach DIN 16511

Herausgeber: DIN Deutsches Institut für Normung e.V.

Beuth Verlag GmbH: Berlin, Wien, Zürich

2. Auflage 2006. 28 S. A5

9,80 EUR/17,50 CHF

ISBN 978-3-410-16191-2

Wo das Erfassen, Redigierung und Korrigieren von Texten zur Notwendigkeit gehört, bildet DIN 16511 unter den Beteiligten die Basis einer reibungslosen, zweifelsfreien Verständigung.

Frau Barbara Hoffmann hat sich der Funktion standardisierter Korrekturzeichen angenommen und veranschaulicht die Vorteile der normkonformen – und damit eindeutigen – Korrektur. Das kleine Ratgeberwerk zeigt anhand von praktischen Bei-

spielen, inwieweit auch heute, im schnellen Computerzeitalter, ausschweifende, gar mehrdeutige Korrekturanweisungen die Arbeitsabläufe unnötig verlangsamen und damit die Zeitvorteile, die mit einer IT-gestützten Textverarbeitung an und für sich einhergehen sollten, wieder konterkarieren.

Weitere Themen des 28-seitigen Bändchens sind:

- Korrekturzeichen für Bilder nach DIN 16549-1
- Checklisten für Manuskripte und Publikationen
- Checklisten für das Impressum und für Akzidenzen.

Fazit: Korrekturzeichen und deren Anwendung nach DIN 16511 macht das Zusammenarbeiten in Redaktionen, Druckereien, Sekretariaten – überall, wo getextet und mit Manuskripten und Druckvorlagen umgegangen wird – eindeutig schneller.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug

## Konzerte und Ausstellungen

### Sächsische Landesärztekammer Konzerte

**Festsaal**, Sonntag, 2. Dezember 2007,  
11.00 Uhr

Junge Matinee

Weihnachtliches Konzert

Schülerinnen und Schüler des

Heinrich-Schütz-Konservatoriums

Dresden e.V.

**Festsaal**, Sonntag, 6. Januar 2008,  
11.00 Uhr

Junge Matinee

Rund um die Violine

Werke von Corelli, Mozart, Ravel und

Wieniawski, Violine: Fanny Fröde,

Friederike Jahn, Zuzana Urbanova,

Emily Yabe (Klasse Prof. Ivan Ženatý)

Klavier: Natalia Posnova, Hana

Vlasáková, Prof. Brunhild Webersinke,

Kathrin Zobel

Hochschule für Musik

Carl Maria von Weber Dresden

### Ausstellungen

#### Foyer und 4. Etage

Angela Hampel – Aus der Mode

bis 11. November 2007

Irmin Beck – Natursichten

14. November 2007 bis 13. Januar 2008

Vernissage: Donnerstag,

15. November 2007, 19.30 Uhr

Einführung: Prof. Dr. Rainer Beck,

Kunsthistoriker, Prorektor der

Hochschule für Bildende Künste

Dresden

## Einladung

58. Nürnberger Fortbildungskongress (NFK) der Bayerischen Landesärztekammer

**7. 12. 2007 und 8. 12. 2007**

**Ort:** KongressCenter Nürnberg (CCN) Ost

**Hauptthemen:** Dermatologie im Wandel, Diabetes mellitus Typ 2, Onko/Hämatologie, Schwindel – eine interdisziplinäre Herausforderung

Weitere Informationen unter:

[www.nfk2007.de](http://www.nfk2007.de)

## Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden gemäß § 103 Abs. 4 SGB V in Gebieten, für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind bzw. für Arztgruppen, bei welchen mit Bezug auf die aktuelle Bekanntmachung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen entsprechend der Zahlenangabe Neuzulassungen sowie Praxisübergabeverfahren nach Maßgabe des § 103 Abs. 4 SGB V möglich 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 Augenheilkunde  
Reg.-Nr. 07/C062  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 26.11.2007

### Aue-Schwarzenberg

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
Reg.-Nr. 07/C063  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 26.11.2007

### Chemnitzer Land

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 07/C064  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 26.11.2007

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
Reg.-Nr. 07/C065  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 26.11.2007

### Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 07/C066

### Chemnitz-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 07/C067

### Zwickau-Stadt

Fachärzte für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 07/C068

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10.12.2007 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel.: (0371) 27 89-406 oder 27 89-403 zu richten.

### Bezirksgeschäftsstelle Dresden Görlitz-Stadt/Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten  
Reg.-Nr. 07/D067

### Löbau-Zittau

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 07/D068

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 07.12.2007 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 8828-310, zu richten.

### Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Leipzig-Stadt

Facharzt für Innere Medizin-hausärztlich\*)  
Reg.-Nr. 07/L090  
Facharzt für Innere Medizin-hausärztlich\*)  
Reg.-Nr. 07/L091  
Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 07/L092  
Facharzt für Augenheilkunde  
Reg.-Nr. 07/L093

### Leipziger Land

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
Teil einer Gemeinschaftspraxis  
Reg.-Nr. 07/L094

### Muldentalkreis

Facharzt für HNO-Heilkunde  
Reg.-Nr. 07/L095

### Döbeln

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie  
Reg.-Nr. 07/L096

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 14.12.2007 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.: (0341) 243 21 54 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 Leipzig Torgau-Oschatz

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe: sofort

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. 0341/2432-154.

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen  
Landesgeschäftsstelle

## Erratum

Die Überschrift des Beitrages von Herrn Prof. Dr. med. Jakob Justus zur Medizingeschichte im „Ärztblatt Sachsen“, Heft 10/2007, Seite 528 lautet korrekt: „Professor Dr. med. Paul Geipel (1869 bis 1956).“

Redaktion „Ärztblatt Sachsen“



## Heroinstudie

Dr. med. Josef Kesting  
Nonnenstr. 44, 04229 Leipzig  
Leipzig, 20. 8. 2007

Ärzteblatt Sachsen,  
Redaktion

Sehr geehrte Damen und Herren!  
Richtigstellungen zum Artikel „Heroinvergabe oder Behandlung“ im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 8/2007, S. 428

Der Artikel enthält Fehlinformationen und ist sehr ressentimentgeladen, teilweise auch diffamierend, sodass er nicht unwidersprochen bleiben kann und eine Richtigstellung erfolgen muss:

„Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger (Heroinstudie)“ erfolgte als klinisch kontrollierte Vergleichsuntersuchung und wurde getragen vom Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg. Die Kooperationspartner waren neben noch mehreren anderen Forschungsinstituten unter anderem das Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München und das Institut für Kriminologie der Universität Gießen. (1)

Der Problemhintergrund

Die heroingestützte Behandlung begründet sich in den Grenzen des bestehenden Versorgungssystems und gilt als „ultima ratio“. Die Risiken einer nicht behandelten Opiatabhängigkeit sind auf individueller, sozialer und gesellschaftlicher Ebene sehr hoch. Insbesondere langjährig Opiatabhängige, die sich in keiner systematischen Behandlung befinden, haben ein hohes Mortalitätsrisiko und sind stark von chronischen Erkrankungen wie Hepatitis, HIV/Aids, Endocarditiden, Phlebothrombosen, anderen Infekten und psychiatrischen Störungen betroffen. Durch bestehende Infektionen wird das soziale Umfeld gesundheitlich gefährdet. Auf gesellschaftlicher Ebene verursacht die Opiatabhängigkeit beträchtliche Kosten durch Kriminalität und die Behandlung von Begleitkrankheiten.

(Sozialmedizinischen Studien zeigen: „Der teuerste Suchtpatient ist der unbehandelte Suchtpatient.“)

Die Vorgeschichte der Studie Über die Durchführung der Studie wurde wegen eines eskalierenden Drogenproblems mit offener Szene seit Beginn der neunziger Jahre diskutiert. Einer der Höhepunkte war die Bundesratsinitiative seitens mehrerer Großstädte und ein Engagement bekannter Persönlichkeiten wie des damaligen Hamburger Bürgermeisters Henning Voscherau. Auch das finanzielle Engagement der beteiligten Kommunen war Voraussetzung, um die damalige Bundesregierung in diesem kontroversen Feld zum Handeln zu motivieren. Administrative Schwierigkeiten verzögerten den Beginn.

Trotzdem gelang es, 1032 Patienten zu rekrutieren.

Die Studie sollte strengen methodischen Ansprüchen genügen und neben der pharmakologischen Intervention auch psychosoziale Begleitmaßnahmen mit untersuchen.

Die beiden Zielgruppen

Zur Aufnahme in die Studie kamen entweder Personen, die vom bisherigen Drogenhilfesystem therapeutisch nicht wirksam erreicht wurden, oder die, die von der bisherigen Substitutionsbehandlung nicht ausreichend profitierten. Die Einschlusskriterien ergaben sich aus der Länge der Drogenkarriere sowie gravierende Formen gesundheitlicher, psychischer und sozialer Verelendung. In der suchtmmedizinischen Terminologie sind das die „Schwerstabhängigen“ mit täglichem, vorwiegend intravenösem Heroinkonsum oder negativem Verlauf einer gemäß den Leitlinien der Bundesärztekammer durchgeführten Substitutionsbehandlung.

Die zentrale Hypothesen der Studie: Die heroingestützte Behandlung ist eine sinnvolle Ergänzung des Drogenhilfesystems bei der Behandlung von „Schwerstabhängigen“. Sie führt bei diesen Patienten zu einer Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes, zum Rückgang des illegalen Drogenkonsums und der Delinquenz,

zur Erhöhung der Haltekraft für die Therapie, zur Loslösung aus dem Drogenkontext, zur sozialen Stabilisierung: Aufnahme drogenfreier Kontakte, verbesserter Arbeitsfähigkeit, finanzieller Sicherung, Stabilisierung der Wohnsituation und Aufnahme weiterer Therapien.

Die Untersuchungsgruppen

Die Studienbehandlung erfolgte bei den beiden Zielgruppen jeweils zur Hälfte mit i.v. Heroin (Experimentalgruppe) und oralem Methadon (Kontrollgruppe). Darüber hinaus wurden für beide Gruppen begleitende Verfahren der psychosozialen Betreuung eingesetzt.

Die Ergebnisse der Studie

Es lassen sich bisher nicht in das Behandlungssystem integrierte oder erfolglos in der Methadonsubstitution behandelte chronische und vorwiegend i.v. konsumierende Opiatabhängige erreichen. Die Mortalität war gering. Es gab keinen Todesfall im Zusammenhang mit der Prüfmedikation Diazetylmorphin (Heroin). Die Dosis des Diazetylmorphins pendelte sich stabil ein und lag unterhalb der Maximaldosis von einem Gramm pro Tag. Die Durchschnittsdosis lag bei rund 440 mg pro Tag. Die beiden unterschiedlichen Formen der psychosozialen Begleitbehandlung zeigten beide gleich positive Effekte. Der Beikonsum anderer psychotroper Substanzen erfolgte erwartungsgemäß weiterhin, ging aber zurück. Der Kokainkonsum ging zurück, der Alkoholkonsum ebenso. Benzodiazepine wurden weiterhin in höhere Dosen eingenommen. Der Gesundheitszustand verbesserte sich teilweise dramatisch. Es entwickelte sich keine Konkurrenz zu den abstinenzorientierten Behandlungsformen. Ein nur kleiner Teil der Schwerstabhängigen ging in die Entgiftungs- oder Abstinenztherapie. Die Delinquenz der Betroffenen ging deutlich zurück. Berücksichtigt man die gesellschaftlichen Kosten aus der Strafverfolgung, so sind die Angebote der heroingestützten Behandlung eine deutliche Ersparnis, trotz Jahresbehandlungskosten von ca. 18.000 Euro für eine Behandlung.

Die Zukunft der heroingestützten Behandlung Substitution ob mit L-Polamidon, Methadon, Subutex oder Diazetylmorphin ist noch immer ein Politikum. Die Reaktionen auf diese Studienergebnisse verdeutlichen, dass es oft nicht um die Verbesserung der Situation der Betroffenen geht. Abhängige, besonders aber die Heroinabhängigen, unterliegen einem Stigma, das ihre angemessene Behandlung und Reintegration behindert, Vorurteile kultivieren hilft und ausgrenzt, auch bei Suchtbeauftragten von Ärztekammern.

Dennoch: „Mit der bisherigen Forschung zur heroingestützten Behandlung wurde ein wichtiger Zwischenstand erreicht, der die Machbarkeit und Effektivität des Behandlungsansatzes belegt. ... Folgerichtig wäre es, der Frage nach der Differenzialindikation nachzugehen, zumal die Anforderungen für die Teilnahme an der Studie recht hochschwellig waren. ... Die Entscheidung der Schweizerischen und Niederländischen Regierungen Ende 2006 die heroingestützte Behandlung gesetzlich zu verankern, ist ein großer Schritt in diese Richtung, dem die deutsche Politik hoffentlich folgen wird“. (2)

Literatur:

1. www.heroinstudie.de
2. Krausz, M. Uchtenhagen, A.: Heroingestützte Behandlung in Europa – Forschungsstand und Perspektiven. Suchttherapie 2007; 8: 2-11.

Mit einem freundlichen Gruß  
Dr. med. Josef Kesting

### Anmerkung zum Leserbrief von Dr. Kesting

Dr. Frank Härtel  
5. 9. 2007

Herr Kesting beginnt seinen Leserbrief mit groben Vorwürfen, die jedoch inhaltlich unscharf bleiben. Welche angeblichen Fehlinformationen, welche Diffamierungen, welche Vorurteile er erkennt, bleibt offen. Deshalb ist dazu eine direkte Stellungnahme nicht möglich. Der Stil

allerdings ist zu kommentieren: Nur so viel – der Austausch über Meinungsverschiedenheiten zu fachlichen Themen – und um solche handelt es sich hier – sollte jedenfalls ohne persönliche Angriffe möglich sein.

Im weiteren stellt Herr Kesting dann nochmals den Ansatz, die Entwicklung und die Ergebnisse der Heroinstudie positiv beleuchtet dar. Das ist nicht neu und nur begrenzt nach meinem Beitrag im Heft 8/2007 des „Ärzteblatt Sachsen“ nochmals zu kommentieren. Ich beziehe mich deshalb in meiner Antwort nur ergänzend auf das Design und die Ergebnisse der Studie zur Heroingabe sowie die sächsische Substitutionspraxis.

Beikonsum wurde in der Studie nicht engmaschig erfasst. Die Probanden kamen ja mehrfach täglich zur Ausgabe und Entgegennahme des Heroins in die Einrichtungen. Die gewählten Kontrollintervalle von Kokain- und Alkoholbeikonsum erlauben, bedingt durch die Metabolisations- und Eliminationsgeschwindigkeit der Substanzen, keine klare Abbildung des Beikonsums. Wegen der Kumulation und der Halbwertszeit von Benzodiazepinen fielen diese typischerweise öfter unter Nachweis. Dieser Beikonsum wurde offensichtlich weithin toleriert. Knapp ein Drittel der Heroinversorgten erhielt zusätzlich noch Methadon. Inwieweit noch Straßenheroin beikonsumiert wurde, kann nicht erfasst werden. Das bedeutet in summa: Polytoxikomane Verhaltensweisen und damit ein Weiterlaufen der Suchterkrankung waren studienimmanent.

Andererseits wirkte die Heroingabe, als „ultima ratio“ ausgewiesen, bei einem Drittel der Probanden nicht so toll, dass es ohne Methadon ging. Meines Erachtens wird hier deutlich, dass wir mit der Suche nach immer besseren Substituten auf dem Holzweg sind.

(Drogen-)abhängigkeit lässt sich nicht mit dem auf die Substanz fokussierten Blick umfassend behandeln. Wir erleben zur Zeit im Ergebnis der Heroinstudie eine euphorische Überbewertung pharmakologisch kopflastigen Vorgehens. Abhängigkeit

ist stets eine bio-psycho-soziale Erkrankung, die ebensolcher Therapieansätze bedarf. Und immer ist auch die Entscheidung zur Abstinenz für die Patienten möglich. Opiatabhängigkeit ist ebenso eine Suchterkrankung wie Kokain- oder Alkoholabhängigkeit. Deshalb wäre Forschung über die Verbesserung des Zugangs und die Durchführung abstinenzorientierter Therapien mit einem ebensovolumen wie bei der Heroinstudie für Opiatabhängige sehr zu wünschen.

Nun zu den Ergebnissen, auf die Herr Kesting rekurriert: Dort wird die Toleranz gegenüber Beikonsum, die ich angeführt habe, von ihm bestätigt. Den Ausstieg in Richtung Abstinenz fand in der Studie „nur ein kleiner Teil“, wie Herr Kesting schrieb. Das kontrastiert mit dem Fernziel Abstinenz der Studie. Konnte aber auch kaum anders erwartet werden. Ich verweise hier auf meine früheren Ausführungen. Herausgehoben werden muss bei den Ergebnissen, dass die Methadonsubstitution letztlich gut abschnitt, in Teilen sogar, was zum Beispiel die Teilnahmedauer der Probanden anging, besser als bei Heroinversorgten. Mit der Methadonsubstitution steht also erwiesenermaßen ein wirksames Verfahren zur Verfügung.

Allerdings gilt auch hier: „Gut gemeint, ist noch nicht gut gemacht!“ Das schreibe ich mit dem Blick auf die sächsische Substitutionspraxis, die dringender Verbesserungen bedarf, wie sich aus dem Bericht „Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven“ vom Februar 2007 ergibt.

Im Kern geht es in Sachsen darum: Die Quote der Substituierten pro Arzt ist in Leipzig, einen Negativrekord in Deutschland setzend, höher als nach den einschlägigen Richtlinien vorgesehen, die psychosoziale Begleitung Substituierter sank in Sachsen von 2005 zu 2006 nochmals deutlich von unter 50 Prozent auf inakzeptable 31 Prozent der Fälle. Hier gibt es zu tun – vor allem was regelkonforme Substitution, die ja Qualität bedeutet, angeht. Bevor wir also Höhenflüge diskutieren, sollten wir erst die Hausaufgaben machen.

Resümee: Eine zwingende Überlegenheit der Heroinvergabe, die sie für die Praxis unabdingbar machte, ist aus der Studie, die unter bestaustgestellten Forschungsbedingungen erfolgte, nicht zu sehen. Außerdem stehen Behandlungsergebnisse später in der Praxis regelhaft hinter den der betreffenden Forschungsprojekte zurück.

Dr. med. Frank Härtel  
Suchtbeauftragter der Sächsischen  
Landesärztekammer

## Flunitrazepam – Missbrauch

Dr. med. Josef Kesting  
Nonnenstr. 44, 04229 Leipzig

Ärzteblatt Sachsen  
Die Redaktion  
22. 9. 2007

Anmerkungen zum Leserbrief von Dr. med. Mario Wernado

Herr Dr. Wernado geht im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 9/2007, auf S. 472 auf einen engagierten Artikel des Kollegen Dr. Lothar Markus ein, der sehr ausführlich einen Einblick in den Flunitrazepam-Missbrauch gab. Dazu schreibt Dr. Wernado: „Was aber soll an die Stelle eines Medikamentes treten, wenn den Kollegen die Vielfalt von sozialem Elend, erlittener Gewalt und Abhängigkeitsproblematik in ihrer Praxis entgegentritt? Augustinus hat formuliert: „Hasse den Irrtum aber liebe den Irrrenden.“

Dieser Satz scheint dem Ärztlichen Direktor alltagstauglich, mir allerdings nicht. Auch in seinen weiteren Ausführungen stiftet er mehr Verwirrung, als dass er zum Verständnis der Situation beiträgt und den niedergelassenen Ärzten konkrete Ratschläge an die Hand gibt, weil Augustinus (354 bis 430), der in der katholischen Kirche als Kirchenvater verehrt wird, mit der Situation der Drogenabhängigen so viel zu tun hat, wie Flunitrazepam mit Substitution.

Eine reine Opiatabhängigkeit wird heute kaum mehr beobachtet. Es handelt sich meist um eine Polytoxi-

komanie. Viele Drogenabhängige wechseln vom Heroin zum Flunitrazepam und umgekehrt, je nach Angebot. Oft wird es kombiniert genommen. Und die Auswirkungen des Flunitrazepamgebrauchs sind nach klinischem Eindruck oft schwerer, als die Heroinauswirkungen. Die Verschreibung von Flunitrazepam an Heroinabhängige ist nicht gestattet. In der Not kann man den Patienten einen Umstieg auf Diazepam anbieten und ihn auch einleiten. Das ist legal. Wirklich hilfreich dürfte aber bei der Mehrzahl dieser Patienten die Substitutionsbehandlung mit Methadon, resp. L-Polamidon oder Buprenorphin (Subutex o. Suboxone) sein. „Die Substitutionsbehandlung mit Methadon ist die am besten untersuchte Suchtbehandlung.“ (1). Hier wird das auf der Straße erworbene, gestreckte und verschmutzte Opiat-Benzodiazepingemisch durch das ärztlich verschriebene, lang wirkende und fremdkontrolliert in der Apotheke eingenommenen Methadon (ein Razemat aus dem L-Polamidon und R-Polamidon) ersetzt. Dabei bekommt der Patient das Methadon nur dann, wenn er im Gegenzug sich um soziale Rehabilitation bemüht. Es ist also eine Verschreibung unter vertraglich fixierten Bedingungen. Kontrollen bezüglich der notwendigen Compliance lassen sich, seitdem der qualitative Nachweis der illegalen Drogen auch im Speichel möglich ist, sehr viel leichter durchführen.

Im Rahmen einer solchen Behandlung gehen Mortalität und Morbidität deutlich zurück. Das wurde in viele Untersuchungen bewiesen (2). Bei diesen Erkrankungen handelt es sich meist um Hepatitiden, Phlebothrombosen, Endocarditiden und psychiatrische Erkrankungen.

Detoxikation und Abstinenz ist das Ziel der Substitution. Doch nicht nur in der Therapie der Polytoxikomanie vom Herointyp klaffen Ideal und die Realität oft weit auseinander.

Es dürfen keine „Flunis“ verschrieben werden. Das ist richtig. In Hannover kostet eine Tablette auf dem Schwarzmarkt 2,5 Euro, in Leipzig inzwischen 5 Euro und am Wochenende auch mal 7 Euro das Stück.

Inzwischen gibt es einen Kurierhandel.

Eine ordnungsgemäße Substitutionsbehandlung hat nicht unbedingt etwas mit Liebe zu tun, ist aber meist die Therapie der Wahl und nach dem gegenwärtigen Wissensstand, auch die effektivste. (3)

Dr. med. Josef Kesting

Literatur:

1. Suchttherapie 2006; 7: Ullmann R.: Schaden substituierende Ärzte der Gesellschaft? 173-178
2. Verthein U, Kalke J, Raschke P. Resultate internationaler und bundesdeutscher Evaluationsstudien zur Substitutionstherapie mit Methadon – eine Übersicht. Psychother. Psychosom med Psychol 1994; 44: 128-136
3. Zentrale Ergebnisse der COBRA-Studie (Cost Benefit and Risk Appraisal of Substitution Treatment) Suchttherapie 2006, 7

Sächsisches Staatsministerium  
für Soziales  
Albertstraße 10, 01097 Dresden  
Die Staatsministerin  
Dresden, 3. 9.2007

Sächsische Landesärztekammer  
Herrn Prof. Dr. Jan Schulze  
Präsident  
Schützenhöhe 16  
01099 Dresden

## Diamorphingestützte Substitutionsbehandlung

Ihr Schreiben vom 13. 7. 2007

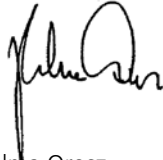
Sehr geehrter Herr Prof. Dr. Schulze, vielen Dank für die Stellungnahme der Sächsischen Landesärztekammer zu den Ergebnissen des Modellprojektes zur diamorphingestützten Behandlung Schwerstabhängiger. Um die Ergebnisse des Modellprojektes und mögliche Konsequenzen für Sachsen bewerten zu können, hat mein Haus frühzeitig eine breite Meinungsbildung angestrebt und die relevanten sächsischen Institutionen um Positionierung gebeten.

Die Rückmeldungen belegen, dass die Notwendigkeit dieser Behandlungsmethode für Sachsen nicht gesehen wird. Festgestellt wurde vielmehr Handlungsbedarf für eine qualitätsgesicherte Umsetzung bestehender Substitutionsmöglichkeiten.

Vor diesem Hintergrund wurde die Schaffung rechtlicher Rahmenbedingungen für die diamorphingestützte Behandlung Schwerstabhängiger in den Gremien der Gesundheitsministerkonferenz durch Sachsen nicht befürwortet.

Aktuell wird der Entwurf eines Gesetzes über die diamorphingestützte Substitutionsbehandlung in den Ausschüssen des Bundesrates verhandelt, nachdem er durch die Länder Hessen und Hamburg im Juli 2007 in den Bundesrat eingebracht wurde.

Mit freundlichen Grüßen



Helma Orosz

**Aktueller Stand zum Zeitpunkt 15. 10. 2007:**

Der Entwurf eines Gesetzes über die diamorphingestützte Substitutionsbehandlung ist am 21. 9. 2007 mehrheitlich in den Bundesrat im ersten Durchgang eingebracht wurden. (Sachsen hat nicht zugestimmt). Als nächsten Schritt wurde der Gesetzgeber wurde dem Bundestag zugeleitet.

Steffi Michel  
Sächsisches Staatsministerium für Soziales,  
Referat Psychiatrische Versorgung,  
Suchtfragen, Maßregelvollzug,  
Albertstraße 10, 01097 Dresden

## Ausflug der Kreisärztekammer Stadt Leipzig

Bericht vom Besuch der Senioren der Kreisärztekammer der Stadt Leipzig in den Franckeschen Stiftungen der Nachbarstadt Halle am 24. und 30. Mai 2007 mit einer Schifffahrt auf der Saale

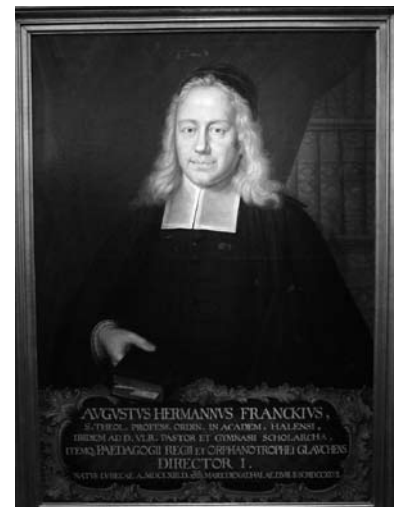


Im Frühling 2007 führte eine Busfahrt der Kreisärztekammer Leipzig, – zum ersten Mal organisiert von der „Muldentale-Reisen GmbH“ – die Leipziger Ärzte-Senioren bei strahlendem Wetter in ihre Nachbarstadt Halle.

Für die Leipziger hat es einen eigenen Reiz, in der Stadt an der Salzstraße, die im vergangenen Jahr das beachtliche Jubiläum ihres 1200-jährigen Bestehens feierte, die ebenso

ehrwürdigen Einrichtungen wie die „Franckeschen Stiftungen“ näher kennenzulernen.

Vor 300 Jahren gründete der Theologe August Hermann Francke (1663 bis 1727) zunächst in Glaucha eine Armenschule, 1695 eine Waisenschule, um dann weiterhin in Halle die Grundsteine für all die vielfältigen Einrichtungen bis in die heutige Zeit zu legen. Es ist interessant, die zahlreichen historischen Gebäude vorgeführt zu bekommen, die bis heute Bestand haben neben denen der Neueren Zeit. Die auf etliche Gruppen verteilten ärztlichen Senioren wurden umfangreich und detailliert informiert über ein vielfältiges Schulsystem, von all den wissenschaftlichen und wirtschaftlichen Institutionen, neben einer ehrwürdig alten und schönen Bibliothek von 1728, untergebracht in Gebäuden, die gar noch aus 1698 und folgenden Jahren stammen, in ihrer Entwicklung eng mit dem Pietismus verbunden, der in die Welt hineingetragen wurde. Das setzte sich fort bis in unsere Zeit, wo auch die Stagnation in der DDR-Zeit nach der Wende überwunden werden konnte und schließlich die Entwicklung zusammen mit der Universität Halle fortgeführt wird. All das wurde uns in einer umfassenden Führung anschaulich mit ausführlichen Erläuterungen im weitläufigen und beeindruckenden historischen Areal nahegebracht.



Hier leben, arbeiten und lernen heute 4000 Menschen. Kulturelle Jahresprogramme, Wissenschaft und Forschung halten alles lebendig. Ein Museum berichtet neben dem Heute von gestern.

Nach dem Mittagessen in der Stadt folgte dieser Veranstaltung am Nachmittag eine Motorbootsfahrt auf der Saale bei herrlichem Wetter: Das muss man erleben, vor allem, wenn man aus dem eng benachbarten Leipzig kommt und das bisher nicht kannte! Ein schöner Fluss zwischen malerischen Ufern. Der Blick vom Oberdeck des Schiffes über eine lange angenehme Strecke wird den Teilnehmern gewiss in schöner Erinnerung bleiben.

Wozu in die Ferne schweifen...?

Dr. med. Helga Berge  
Balzacstraße 21  
04105 Leipzig

# Leitsymptom Hand- schriftveränderungen

## Teil II

R. Ludewig

### 3. Für den chronologischen Schriftver- gleich zusätzlich besonders geeignete Veränderungen der Handschrift

#### 3.1 Hinweise zum chronologischen Probenvergleich

Während Erst- und Verlaufsbeobachtungen der im Kapitel 2 aufgeführten Schreibstörungen als Frühwarnung oder Ergänzung klinischer und paraklinischer Befunde in praxi schon hilfreich sein können, bieten sich für unterschiedliche Verwendungszwecke auch solche Veränderungen an, die erst bei sorgfältiger Auswertung mehrerer Schriftproben Erfolg versprechen.

Zunächst ist es zweckmäßig, prämorbid Schriftproben (z. B. Schulhefte, Briefe, Tagebuchaufzeichnungen, Bewerbungsschreiben, Protokolle; Unterschriften – notfalls allein ausreichend →) zum Vergleich heranzuziehen und dann wiederholte Kontrollen der Handschrift (z. B. Angaben zu Beschwerden, vorgegebener oder frei gewählter Text in „normaler Alltagschrift“) ceteris paribus anzuschließen. Solche Vergleiche sind zwar nur unter Vorbehalt aussagekräftig<sup>72</sup>, bei sehr deutlichen Veränderungen aber schon eine kosten- und zeitsparende Ergänzung der Verlaufsdiagnostik und -dokumentation. Sogar das einfache Zeichnen eines Kreises (evtl. auch mit der schreibungeübten Hand<sup>110</sup>) kann frühzeitig einen Tremor oder eine Ataxie erkennen lassen<sup>129</sup> und so die engmaschige Kontrolle einer (gestörten oder verbesserten) Feinmotorik ergänzen. Gut instruierte und motivierte Patienten können in geeigneten Fällen mit diesen Methoden auch selbst zur Objektivierung von Fortschritten in der Behandlung beitragen.

Sehr viel anspruchsvoller sind Interpretationen von Schriftveränderungen, wenn eine Klärung psychologischer Ursachen, Begleiterscheinungen oder Folgen einer Störung der Feinmotorik ermöglicht, erleichtert oder ergänzt werden soll oder wenn es sich um psychiatrische Erkrankungen handelt. Das ist erfahrungsgemäß aber nur in Zusammenarbeit mit anerkannten Schriftpsycholog(inn)en erfolgversprechend (s. hierzu Empfehlung am Ende Kapitel 1) <sup>19,23,47,51,52,69, 72,73,76-79,104,105, 132,133</sup>

Die nachstehenden Veränderungen, sollten nur im Zusammenhang mit der Anamnese und dem Untersuchungsbefund interpretiert werden.

#### 3.2 Bewegungsexpansion (-> Makrographie)

Eine Zunahme von Zeilenlängen, Schriftgröße und -weite können einzeln oder

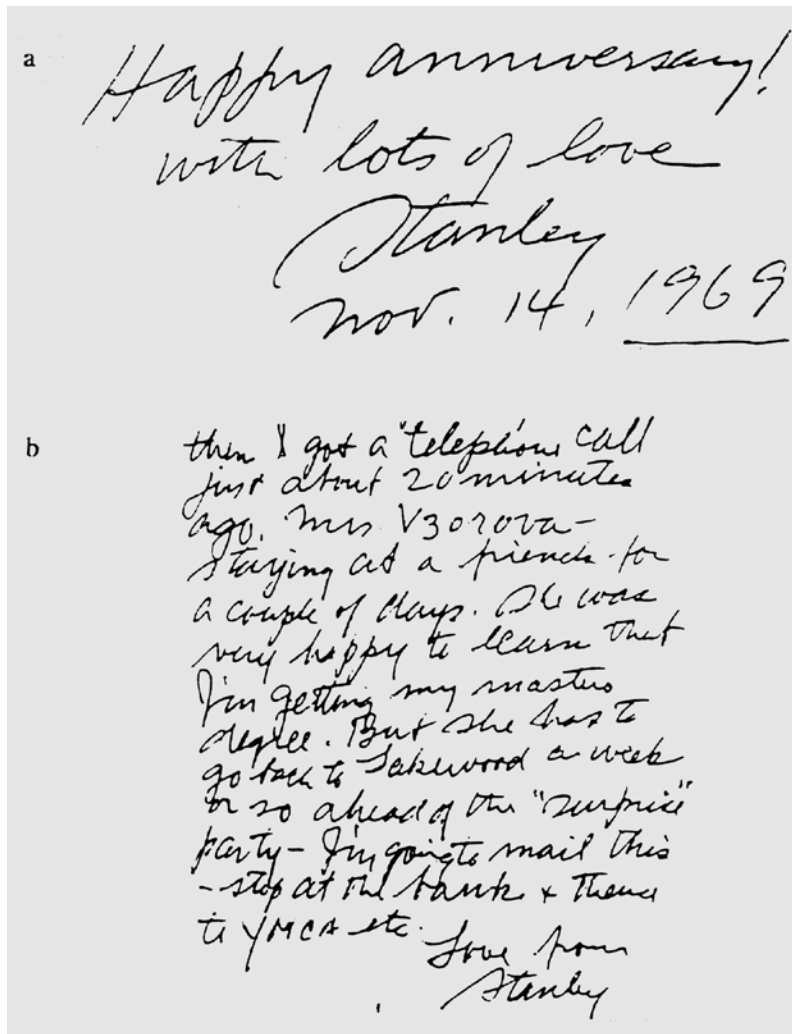


Abb. 4: Beispiel für Schriftverkleinerung beim Parkinson-Syndrom a = vor..., b = während der Erkrankung (Einzelheiten bei Wildt sowie unter 2.1 u. 2.2; vgl. auch Abb. 7)

kombiniert (auch mit Schreibtempo oder -druck, Verbundenheitsgrad usw.; s. unter 3.6) durch einen vermehrten Raumverbrauch besonders auffallen.

Zu erwarten und häufig zu beobachten<sup>47,69,71,72,97,129,130</sup> sind Reaktionen auf

- physiologische Ursachen: Euphorie, Eile, Angst, Erregung, Zerstretheit, Übermüdung, besondere Absicht
- pathologische Ursachen: Kleinhirnerkrankungen, hyperkinetisches Syndrom (z. B. Chorea, s. Abb. 1), Sehstörungen (s. unter 4.1.4); Entgleisungen im Elektrolyt- oder Kohlenhydrathaushalt (s. unter 4.1.5 u. Abb. 6); Graphospasmus
- Arzneimittel (-Überdosierung)<sup>47,72,75,78</sup>, z. B.: Sedativa, Hypnotika, Psychopharmaka, Analeptika, Anorexika, Amphetamine (einschl. Appetitzügler, Partydrogen), Alpha-Sympathomimetika, Dopamin- und Serotonin-Agonisten,
- Genuss-, Sucht- und Rauschmittel (dispositions-, dosis- und phasenabhängig; s. unter 4.4 u. 4.5) wie Coffein, Alkohol (s. Abb. 11c), Psilocybin (s. Abb. 12 a)

#### 3.3. Bewegungseinschränkung (→ Mikrographie)

Am ehesten auffällig sind Schriftverkleinerung, Schriftenge, Zeilenverkürzungen → Verminderung des Raumspruchs (planimetrisch, auch computergestützt zu registrieren – z. B. üblich zur Ermittlung der individuellen Dosierung von Neuroleptika vom Benperidol-Typ, bekannt als Haase-Schwellentest, (s. Abb. 7 und unter 4.2); mitunter auch im Wechsel mit Schriftvergrößerung (s.o.) und/oder in Verbindung mit anderen Merkmalen (z. B. Ataxie, Zitterschrift)

Zu erwarten und häufig zu beobachten<sup>18,28,40,41,69,72,95-97,129,130</sup> sind Reaktionen auf

- physiologische Ursachen: Aktivitätsverlust (normale oder vorzeitige Alterung, Entmutigung, Menstruation)<sup>12, 91-94, 112</sup>, Zwang zu extremer Gehorsamkeit, Unterwerfung; besondere Absicht (z. B. wegen Platzmangel)
- pathologische Ursachen: Parkinsonismus (s. Abb. 4b; auch als Spätfolge von ecstasy-Missbrauch), Rigor, Enzephalopathien (nur in Verbindung mit

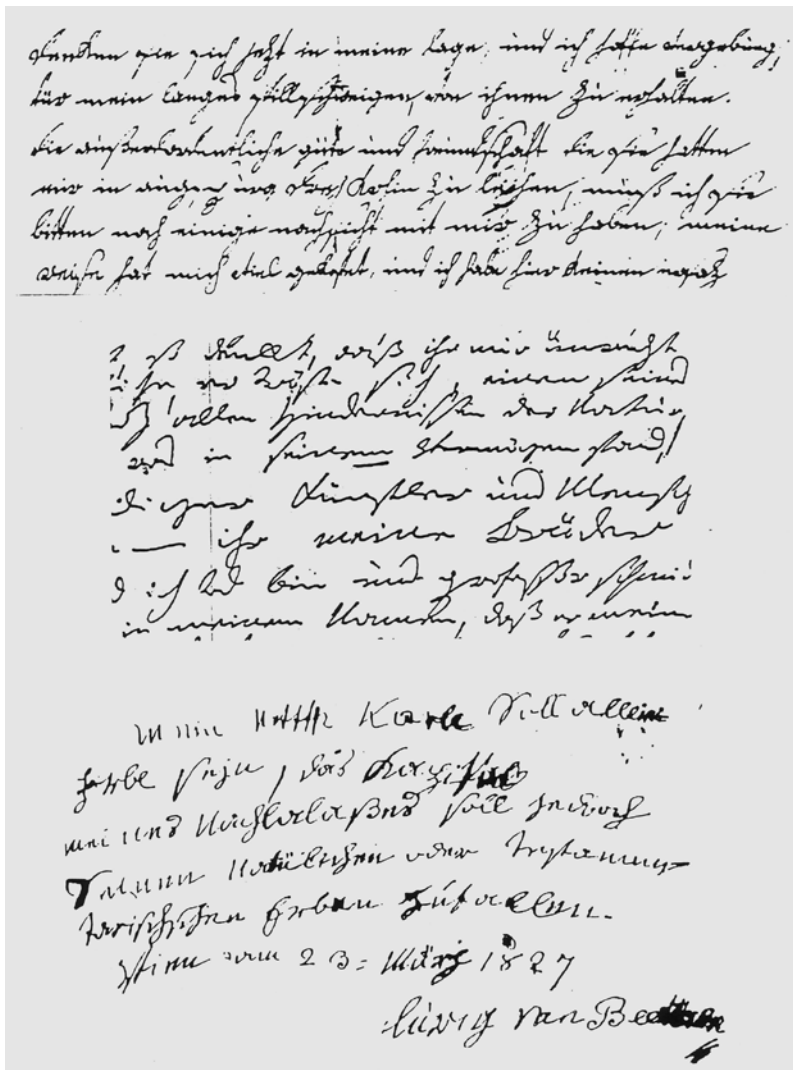


Abb. 5: Chronologischer Vergleich der Handschrift von L. v. Beethoven im Alter von 17 Jahren (oben), 32 Jahren (Mitte; aus dem Heiligstädter Testament, in dem u.a. durch vergrößerte Wort- und Zeilenabstände die beklagte Isolation durch seine Schwerhörigkeit sichtbar wird) bis zur Enzephalopathie durch Leberversagen infolge einer chronischen Bleivergiftung (Nachweis und Einzelheiten bei Ludewig/Klaiber; zu den auffälligsten Störmerkmalen siehe vor allem unter 2.1, 2.3, 3.4, 3.5)

anderen Schreibstörungen; s. Abb. 3a und unter 4.1.4)

- Arzneimittel (-Überdosierung)<sup>75</sup>: Cholinergika, Diltiazem, Phenothiazine und andere Neuroleptika (s.o.), Calciumblocker, MAO-Hemmstoffe, Methyldopa, Sedativa, Hypnotika (dosis- und phasenabhängig), Heroin(-Analoge)
- Gifte<sup>75</sup>: landwirtschaftlich genutzte Präparate (z.B. verschiedene Pestizide) sowie Pilz- und Pflanzengifte mit parasymphathischer Wirkung; Kohlenmonoxid oder Methanol (-Spätfolge) sowie Mangan (-> „pharmako-toxikogenes hypokinetisches Syndrom“).

### 3.4 Zeilenführung

Unterschiedliche Veränderungen sind zu beobachten<sup>72,96,97,129</sup> als Reaktionen auf

- physiologische Ursachen: ansteigend bei gehobener Stimmungslage; fallend bei Vitalitätsverlust (z.B. Alter, Enttäuschung, Verstimmung, Müdigkeit);

schwankend, unregelmäßig bei normaler oder vorzeitiger Alterung (z.B. durch Gefängnis oder Kampfeinsatz)<sup>12, 91-94,112</sup> Stimmungsschwankungen, Stress; technisch bedingt

- pathologische Ursachen: fallend bei Depressionen (unterschiedlicher Genese); schwankend, unregelmäßig bei Sehstörungen (Verlust der visuellen Kontrolle), Parkinsonismus, Kleinhirnerkrankungen, Enzephalopathie (s. Abb. 3 u. 5), bei Multipler Sklerose; Kalium- oder Magnesiummangel, Hypoglykämie (s. unter 4.1.5)
- Fremdstoffe<sup>75</sup>: (wieder)ansteigend unter Einfluss von Alkoholika, Drogen oder von Arzneimitteln, die eine euphorisierende (Neben-)Wirkung haben oder unter erfolgreicher Behandlung; fallend unter Alkohol (Ermüdungsphase) und/oder Arzneimitteln, deren Wirksamkeit enttäuscht oder vom Krankheitsverlauf nicht abzugrenzen ist (z.B. Zytostatika,

Analgetika, Herz-Kreislaufmittel); Serotonin-Antagonisten (-Überdosierung); schwankend als (Spät-) Reaktion auf Alkohol(ismus), Kohlenmonoxid, Quecksilber und Methanol; Morphin(ismus), Cocain(ismus), Haschisch/ Cannabis/Marijuana; Überdosierung von zentral oder vegetativ wirksamen Arzneimitteln (z. B. Hypnotika, Lithium, Scopolamin-Analoga).

### 3.5 Wort- und/oder Zeilenabstände

Medizinisch am ehesten interessant <sup>69,71,96,97</sup> sind

- Vergrößerung bei Kontaktproblemen, zunehmender Isolation (vgl. z. B. Abb. 5b) Parkinsonismus (evtl. auch unregelmäßig), Sehstörungen (Verlust der visuellen Kontrolle; s. unter 4.1.4), Alkohol (s. auch unter 4.4.1)
- (wieder) abnehmend bei Minderung einer Isolation; bei Furcht, wachsendem Mitteilungsbedürfnis; Absicht (z. B. Platzmangel)
- unregelmäßig bei normaler oder vorzeitiger Alterung<sup>12, 91-94,112</sup>, bei Orientierungsverlust, Parkinsonismus ; unter Rauschdrogen (s. unter 4.5 u. Abb.13)

### 3.6 Weitere Merkmale und ihre Veränderungen

sind nur vom speziell erfahrenen Beobachter – gewöhnlich auch ohne technische Hilfsmittel – zu erkennen und einzuschätzen (s. auch Hinweise unter 3.1). Für wissenschaftliche Studien standen bislang althergebrachte oder verbesserte Messinstrumente zur Verfügung (z.B. Schriftwaagen → Graphodynkurven <sup>72</sup>). In zunehmendem Maße jedoch werden Bewegungsabläufe beim Schreiben (z.B. für psychologische oder psychiatrische Fragestellungen – s. unter 4.1.4 – sowie für therapeutische Zwecke) mit „graphischen Tablets“ registriert, die den Schreibdruck, die Schreibgeschwindigkeit und die Verbundenheit computergestützt simultan erfassen und statistisch auswerten. Einzelheiten hierzu, die in diesem Rahmen nur relativ selten gefragt sein dürften, sind bei Bedarf den einschlägigen Literatur-Beispielen und den dort zitierten Publikationen zu entnehmen <sup>10,69,72,80,97,110,130</sup>.

Zur Zusammenarbeit mit Schriftpsycholog(innen) und zum Einsatz eines elektronischen Schreibtablets siehe Empfehlung am Ende von Kapitel 1!

Fortsetzung im Teil III, „Ärztblatt Sachsen“, Heft 12/2007, (Kapitel 4: Erfahrungen mit dem Leitsymptom bei Erkrankungen, Arzneimittelüberdosierungen und -interaktionen; Schriftbeispiele in Abb. 6 u. 7).

Literatur beim Verfasser oder im Internet unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de), Ärztblatt Sachsen, Heft 10/2007.

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

# Medizinalgesetzgebung in Kursachsen

## Teil II

### D. Behörden und Aufsicht im Gesundheitswesen des Kurfürstentums

#### I. Behörden und Organe

Ein funktionierendes Gesundheitswesen bedarf neben der adäquaten normativen Grundlage stets auch einer funktionierenden Exekutive, welche die Umsetzung des Rechts und vor allem den Gesundheitszustand der Bevölkerung überwacht. Erstmals ab dem 14. Jh. regional aufgetreten, entwickelte sich im 18. Jh. auch auf kursächsischer Ebene eine entsprechende Medizinaladministration.

#### 1. Amtsphysikate

Das erste hier betrachtete Institut ist das so genannte Amtsphysikat, welches 1710 durch das Generale Herrn Friderici Augusti, Königs in Polen und Churfürst zu Sachsen, die Bestellung der Physicorum in denen Aemtern betreffend<sup>1</sup> gebildet wurde. Durch die Errichtung sollte eine landesweit gleichmäßige Versorgung mit Amtsärzten sichergestellt werden, konkrete Aufgaben sind dem Generale selbst jedoch nicht zu entnehmen. Die Amtsphysikate waren, parallel zur kursächsischen Ämterstruktur, dem Landesherrn unmittelbar untergeordnet. Hauptsächlich oblag ihnen die städtische bzw. amtliche Aufsicht über das Gesundheitswesen sowie die Besichtigungen von Leichen und Durchführung von Sektionen.<sup>2</sup> Andere Aufgaben wurden ihnen spezialgesetzlich zugewiesen. Zur notwendigen Ausbildung und praktischen Erfahrung der Kandidaten ist im Generale keine Regelung enthalten.

Ab dem Jahre 1750 wurden im Rahmen der Abstellung einiger Missstände im Medizinalwesen auch die Einstellungsvoraussetzungen der Stadt- oder Amtsphysiker erweitert, so war ab diesem Zeitpunkt durch Attest nachzuweisen, dass Vorlesungen in Anatomie, chirurgischer Operation, forensischer Medizin,<sup>3</sup> Chemie, Physik und Pharmazie gehört und in

einer Art Prüfung, an einer der beider kursächsischen Universitäten, eine anatomische Sektion selbständig durchgeführt wurde. Für bereits eingestellte „Amtsärzte“ schuf man eine Übergangsregel, nach welcher diese auch ohne die entsprechenden Nachweise ihre Anstellung unter der Auflage behielten, den Mangel durch Nachholen auszugleichen.<sup>4</sup> Die Ernennung der Physiker erfolgte auf Vorschlag der Ämter durch die kursächsische Regierung, wobei die nur geringe Bezahlung bei der Suche nach geeigneten Kandidaten hinderlich gewesen sein dürfte.<sup>5</sup>

Notwendig geworden war diese ganz Kursachsen betreffende Bestimmung, da bis zu diesem Zeitpunkt ein Arzt in öffentlicher Anstellung die Ausnahme gewesen ist. Als Vorreiter sind in diesem Zusammenhang die Städte Görlitz (1348) und Dresden (1594) zu nennen, die frühzeitig über eine derartige Versorgung verfügten.<sup>6</sup> Abschließend ist in diesem Punkt festzuhalten, dass das Institut Amtsphysikat mehr als 100 Jahre in nahezu unveränderter Form überdauerte und erst 1836 durch die Einführung der königlich-sächsischen Bezirksärzte ersetzt wurde.<sup>7</sup>

#### 2. Collegium medicum

Beeinflusst durch die Entwicklung in den Nachbarstaaten, hier insbesondere in Preußen und beschleunigt durch die akute Pestgefahr,<sup>8</sup> erließ Friedrich August von Sachsen – später bekannt unter dem Namen August der Starke – das Decret über die Errichtung des Collegium medicum.<sup>9</sup> Den Anstoß hierzu lieferten das Preußische Medizinaldekret vom 15. November 1710 sowie die vorangegangene englische Medizinalgesetzgebung.<sup>10</sup> Inhaltlich umfasste das Dekret die Schaffung einer Körperschaft, deren Obliegenheit die Beratung der kursächsischen Regierung auf dem Gebiet des Gesundheitswesens war. Exekutive Aufgaben und Befugnisse waren ihm jedoch nicht zugewiesen, so dass von keiner Durchbrechung der Unmittelbarkeit zwischen Landesherrn und Amtsphysikat gesprochen werden kann. Das Gremium setzte sich aus den Leibärzten des Kurfürsten zusammen,

welche in der Norm ausdrücklich namentliche Erwähnung finden. Genannt werden die Leibmedici Dr. Tittmannen, Dr. Barthelmai, Dr. Schlegeln, Dr. Bussio und Dr. Troppaninger. Aus der Aufzählung ergibt sich, dass ausschließlich die Stellung eines Leibarztes für die Aufnahme in das Collegium entscheidend war. Wie im Schrifttum<sup>11</sup> zutreffend bemerkt, stellte diese jedoch nicht gleichfalls eine Garantie für die fachlich-theoretische Befähigung desselben dar. Wie im Fall der Amtsphysikate ist auch hier die Stadt Dresden als Pionier zu erwähnen, da diese schon im 17. Jahrhundert über ein derartiges konsultatives Collegium verfügte.<sup>12</sup>

#### 3. Collegium medico-chirurgicum

Mit dem Rescript vom 08. Mai 1748, die Errichtung eines Collegii medico-chirurgici betreffend<sup>13</sup>, folgte die Reaktion auf die bis dahin weitgehend als katastrophal beschriebene medizinische Versorgung des Heeres. Bereits 1741 durch die Vorlage des ehemaligen sächsischen Feld-Lazarett-Medikus Pitschel bemerkt, hatte sich dieser Zustand auch im Zweiten Schlesischen Krieg (1744/1745) als unverändert dargestellt.<sup>14</sup> Eine fundierte Ausbildung der Feldärzte wurde somit unentbehrlich und eine entsprechende Lehranstalt in der Kaserne zu Neustadt by Dresden geschaffen. Vorlage war auch hier die Entwicklung des Medizinalwesens in Preußen; so hatte Friedrich Wilhelm I. bereits 1724 ein preußisches Collegium medico-chirurgicum eingerichtet.<sup>15</sup> Neben der Ausbildung von Militärärzten erweiterte bald auch die Bildung von Zivilärzten den Aufgabenbereich des Collegium medico-chirurgicum, das bis 1768 auch das Prüfungsrecht für Wundärzte innehatte.<sup>16</sup> Dabei bleibt jedoch zu beachten, dass nicht „echte“ Ärzte im heutigen Sinne gemeint waren; vielmehr wurden hier vornehmlich so genannte Feldscheer, des Weiteren Barbieri und Bader ausgebildet. Den Absolventen des Kollegiums war ohne weitere Überprüfung das Meisterrecht der entsprechenden Innung zu erteilen. Außerdem mussten sie bei der Vergabe von Amts- und Ratsbarbierstellen bevorzugt werden.<sup>17</sup>

Im Verlauf der nächsten 65 Jahre wurde das Collegium immer weiter ausgebaut und durch den Anschluss zumeist privater Heilanstalten stark erweitert. So wurde mit dem Rescript, die Errichtung einer Charité oder chirurgischen Hospitals bei dem Collegium medico-chirurgicum betreffend<sup>18</sup>, eine Gesundheitseinrichtung geschaffen, die mit zwölf Betten das erste Lehrkrankenhaus Kursachsens bildete. In erster Linie sollten hier die angehenden Chirurgen<sup>19</sup> eine Möglichkeit bekommen, Operationen an lebendigen Körpern zu sehen. Zudem bot die Anstalt eine stationäre Versorgung für verunglückte Soldaten oder andere presshafte Personen. Die letztgenannte Regelung schloss gemeinsam mit dem nahezu zeitgleich ergangenen Rescript, die Prüfung der Medicinae Practicorum bei dem Collegium medico-chirurgicum betreffend,<sup>20</sup> die Ausgestaltung der Ausbildung des praktischen medizinischen Dienstes weitgehend ab. Nach der Ansiedlung<sup>21</sup> der privat gestifteten Dresdner Hebammenanstalt Collegium charitativum im Jahre 1764 und dem endgültigen Anschluss<sup>22</sup> derselben wurde nun auch die staatlich organisierte Ausbildung von Hebammen und Geburtshelfern möglich.<sup>23</sup> Spätestens seit 1763 bestand zudem eine Verpflichtung, die Leichen der im Gebiet um Dresden verstorbenen Waisen- und Findelkinder, unbekanntem Selbstmörder und Unfall-opfer sowie der im Gefängnis verstorbenen Angeschuldigten auf Verlangen zum Theatro anatomico, welches Teil des Collegium medico-chirurgicum war, zu bringen, wo diese der ausbildungsinternen Sektion unterzogen wurden.<sup>24</sup> Bis zur ihrer Zerstörung in den Kriegswirren der Jahres 1813 verließen 581 examinierte Personen die Anstalt zum Militär und 1.385 in die zivile Praxis. Außerdem waren insgesamt 1.208 Kompaniechirurgen zur Weiterbildung abgeordnet.<sup>25</sup>

#### 4. Obercollegium medicum

Über die „Interimsbehörde“ Obercollegium medicum ist nur wenig bekannt. Fest steht, dass es sich um ein ebenso konsultatives Organ wie das Collegium medicum handelte,

an dessen Stelle es 1763 trat.<sup>26</sup> Im Rahmen welchen Gesetzgebungsaktes dieses geschah, lässt sich nicht belegen. Seine Existenz dauerte nur 5 Jahre und endete mit der Ersetzung durch das 1768 geschaffene Collegium sanitatis.

#### 5. Collegium sanitatis

Das bereits erwähnte Collegium sanitatis wurde am 13. September 1768 durch das Mandat, wegen Errichtung eines Sanitäts-Collegii zur Verbesserung des Medicinal-Wesens<sup>27</sup> als erneute Reaktion auf die zum Teil weiter bestehenden Missstände im Gesundheitswesen eingerichtet. Einerseits stand dieses in einer Reihe mit den konsultativen Kollegien aus den Jahren 1710 und 1763. Andererseits verfügte es über eine Vielzahl zusätzlicher Aufgaben und Befugnisse, wie das zuvor dem Collegium medico-chirurgicum zustehenden Prüfungsrecht für die Ausbildung der Chirurgen.<sup>28</sup> Zudem war das Collegium sanitatis mit Ausnahme der Leipziger, Thüringischen und Querfurtischen Kreise, dem Gebiet um Wittenberg und der Niederlausitz die zuständige oberste Medizinalbehörde. In diesem Rahmen führte es die Aufsicht über alle Medicinae Practicis, Chirurgis, Barbierern, Apothekern, Hebammen und Medicastris (Kurpfuscher) und führte gemeinsam mit den medizinischen Fakultäten ein entsprechendes Register.<sup>29</sup> Einhergehend mit dieser Entwicklung, entstand in Kursachsen erstmals ein echter mehrstufiger Verwaltungsaufbau im Medizinalwesen. Mit einer eigenen Jurisdiktion in Medizinalsachen wurde das bis 1824<sup>30</sup> bestehende Collegium, ebenso wie seine Vorgänger, nicht ausgestattet.<sup>31</sup>

In Zeiten grassierender Seuchen erließ das Collegium sanitatis eigene rechtsverbindliche Anweisungen über konkret durchzuführende Behandlungsweisen und schränkte damit die grundsätzlich bestehende Freiheit der Wahl des Heilmittels ein.<sup>32</sup>

#### 6. Medizinische Fakultäten zu Leipzig und Wittenberg

Ähnliche administrative Aufgaben wie die des oben genannten Collegium sanitatis hatten ab 1768 auch

die medizinischen Fakultäten der beiden Universitäten Leipzig und Wittenberg. Erstere war für die Leipziger, Thüringischen und Querfurtischen Kreise zuständig, letztere für das Gebiet um Wittenberg und die Niederlausitz.<sup>33</sup> Daneben oblag ihnen ebenfalls die Prüfung der angehenden Chirurgen und Apotheker.<sup>34</sup> Vor allem wurden hier aber die echten Medici ausgebildet, welche zur Durchführung innerlicher Curen befugt waren,<sup>35</sup> wobei das Ablegen der Examina ab 1758 auch in deutscher Sprache möglich wurde.<sup>36</sup> Zudem bestätigten sie ab 1750 den Kandidaten für die Besetzung eines Amtsphysikats die Teilnahme am konkret geforderten Lehrpensum.<sup>37</sup>

Ebenso wie das Collegium medico-chirurgicum hatten die medizinischen Fakultäten einen Anspruch auf Ablieferung bestimmter Leichen, welche zur Lehrsektion verwandt wurden.<sup>38</sup> Dabei waren sie de lege verpflichtet, die Kosten für Transport und Bestattung zu übernehmen.

Seit dem Jahre 1791 oblag ihnen, neben dem Sanitäts-Collegium<sup>39</sup>, erstmals die Aufgabe, im Fall des Verdachts auf Verstandesschwäche oder Zerrüttung eines dem Strafprozess unterworfenen Delinquenten, ein medizinisches Gutachten über dessen geistigen Zustand anzufertigen.<sup>40</sup> Zudem mussten sie die heute der Jurisprudenz vorbehaltene Frage entscheiden, ob dieses im konkreten Fall geeignet war, eine Zurechnung der Tat auszuschließen.<sup>41</sup>

#### II. Kontrolle der Normumsetzung in Kursachsen

Neben adäquater Rechtssetzung ist für ein effizientes Medizinalwesen, wie auch in anderen Gebieten, die entsprechende Umsetzung erforderlich. Diese zu kontrollieren und bei eventuellen Problemen zu intervenieren, war die Aufgabe der Amtsphysikate. Dass es die genannten Durchsetzungsprobleme gab, lässt sich anhand der Vielzahl geschärfter und wiederholter Mandate belegen, welche ausdrücklich Fälle von Bestechlichkeit<sup>42</sup> und territorialen Autonomiegebaren<sup>43</sup> benennen.



Die Überwachung erfolgte, wie auch in anderen Staaten, überwiegend durch Visitationen, Berichte und Suppliken.<sup>44</sup>

### 1. Visitationswesen

Die im kursächsischen Medizinalwesen vorrangig genutzte Methode war die so genannte Visitation. Dieses ursprünglich klerikale<sup>45</sup> Instrument der Besichtigung wurde durch den Amtsphysiker durchgeführt und im sächsischen Gesundheitswesen erstmalig bei der Kontrolle von Apothekern eingesetzt,<sup>46</sup> später aber auf alle anderen Bereiche erweitert. Zu erfolgen hatte sie entweder im jährlichen Turnus oder spontan im Verdachtsfall. Neben den klassischen Medizinalberufen wurden auch andere gesundheitsrelevante Bereiche, wie z.B. Weinhändler wegen der möglichen „Beimischung“ bleihaltiger Substanzen, visitiert.<sup>47</sup> Die Physiker waren dabei mit einem Beschlagnahmerecht für schädliche Mittel ausgestattet.<sup>48</sup>

### 2. Berichtswesen

Neben der oben genannten Kontrolle vor Ort, war eine Information des Souveräns notwendig, um den Gesetzgeber über die Zustände im und vor allem auf dem Lande zu informieren. Dieses war nicht allein in Zeiten weit verbreiteter Seuchen für eine effektive Gewährleistung der Volksgesundheit unumgänglich. Der Natur der Sache nach war an die Visitation abschließend ein Bericht im Fall auftretender Besonderheiten gebunden. Zunehmend erfolgten jedoch ausdrückliche Festlegungen mit der Forderung nach konkret benannten Informationen und Aufstellungen, wie dem Verzeichnis über die in den Ämtern medizinisch Praktizierenden<sup>49</sup> und dem Bericht über plötzliche Todesfälle<sup>50</sup>. Zum Bericht verpflichtet waren neben den Amtsphysikern auch die medizinischen Fakultäten.<sup>51</sup>

### 3. Suppliken

Bei den Suppliken handelt es sich um ein gewohnheitsrechtliches Institut, welches den Bürgern erlaubte, Bittgesuche und Eingaben direkt an den Landesherren zu richten.<sup>52</sup> Dass die

Untertanen auch im sächsischen Medizinalwesen davon Gebrauch machten, lässt sich dem Text einiger Normen entnehmen, welche auf die entsprechenden Suppliken verweisen. Dabei sind einige Errungenschaften wie die Möglichkeit des Examins in deutscher Sprache auf eben solche Ersuchen zurückzuführen.<sup>53</sup>

### E. Entwicklung einer öffentlichen Gesundheitsfürsorge in Kursachsen am Beispiel des Bergwesens

Im Weiteren soll kurz auf Ansätze der Entwicklung einer öffentlichen Gesundheitsfürsorge im Bergwesen eingegangen werden. Entscheidende Norm ist hier die Ober-Berg-Amts-Anweisung dessen, was bei denen [...] Berg-Beamten [...] zu beobachten obliegt. Bei der genannten Rechtsquelle handelt es sich um eine Direktive des Ober-Berg-Amts zu Freiberg aus dem Jahre 1764, welche die Abläufe und den Arbeitsdienst in den landesherrlichen Stollen regelte.<sup>54</sup> Zudem enthält die Norm auch Regelungen hinsichtlich eines Gesundheitssystems im Bergwesen.<sup>55</sup> So hatte jeder Bergarbeiter einen 4-wöchigen Lohnfortzahlungsanspruch im Krankheitsfall, sofern ihm der Berg-Physiko auf seinem „Wund-Arzt-Zettel“ das Vorliegen einer Erkrankung bestätigt hatte. Im Falle eines arbeitsbedingten Unfalls wurde sogar der Ersatz der Heilerkosten zugewilligt. Eine mehr als 4-wöchige Lohnfortzahlung konnte hingegen nur in Anspruch nehmen, wer durch Attest des besagten Berg-Physiko nachweisen konnte, dass er nach vollendeter Kur weiterhin als Bergmann zu verwenden sei.<sup>56</sup> Anspruchsgegner war in allen diesen Fällen die Bergmannsgewerkschaft, welche diesen Aufwand aus der Knappschaftskasse beglich. Unter Beachtung der Tatsache, dass eine generelle gesetzliche Krankenversicherung erst im Jahre 1883 eingeführt wurde, muss diese sächsische Regelung geradezu als fortschrittlich bezeichnet werden. Eine generelle Gesundheitsfürsorge existierte jedoch auch in Kursachsen nicht. Ansätze für die Erkenntnis der Notwendigkeit einer solchen lassen sich jedoch einzeln finden; so hatte z.B. ab 1799

jeder, der durch Krankheit und nicht durch notorische Armut unfähig war für die Kosten einer Behandlung aufzukommen, ein Anrecht auf unentgeltliche medizinische Versorgung durch den Amtsphysiker<sup>57</sup>.

## F. Seuchengesetzgebung

### I. Allgemein

Wie ganz Europa wurden auch die kursächsischen Gebiete von den großen Pestwellen nicht verschont. Verstärkt wurde diese Gefahr durch die Tatsache, dass Kursachsen aufgrund seiner zentraleuropäischen Lage Durchmarschgebiet in einer Vielzahl von Kriegen war und somit Soldaten die Seuchen in das Land trugen. Um zumindest die Gefahr des regulären Grenzverkehrs zu verringern und der Möglichkeit einer schnellen Ausbreitung zu begegnen, erließen die kursächsischen Herrscher eine Vielzahl präventiver Normen, deren Inkrafttreten sich ähnlich wie das Wüten der Pest in Schüben vollzog.

### II. Regelungen zum Schutz nach Außen

Die früheste nachweisbare Regelung, welche den Umgang mit Seuchen betrifft, ist das Patent wegen der Pestilenz und von verdächtigen Oertern kommenden Personen aus dem Jahre 1666.<sup>58</sup> Sie stellt eine Reaktion auf die im Rhein-Weser-Gebiet aufgetretene Pest dar und enthält erstmals das Erfordernis eines beglaubigten Zeugnisses über den Gesundheitszustand des Herkunftsortes eines Einreisewilligen. In der weiteren rechtshistorischen Entwicklung wurde aus diesem einfachen Zeugnis ein Gesundheitspass, welcher durch den Bürgermeister des bisherigen Wohnortes zu verfassen war und zusätzliche Angaben über Stand, Alter, Statur, Geschlecht, Farbe von Haaren, Gesicht und Augen bzw. die Kleidung<sup>59</sup> der Person enthalten musste<sup>60</sup> und ohne welchen die Einreise aus Böhmen, Polen, Ungarn und Schlesien fortan untersagt war. Im Verdachtsfall hatte der Reisende außerdem mit Eidesformel<sup>61</sup> zu schwören, dass er von einem nicht infizierten Ort kam.<sup>62</sup> Eine weitere Maßnahme wider der Pest war das absolute Einreiseverbot für bestimmte Bevölkerungsgruppen

wie Bettler, Vaganten (lat.: vagantes, die Umherschweifenden), Zigeuner und bestimmte Juden in Seuchenzeiten.<sup>63</sup> Offensichtlich erwartete man von diesen eine gesteigerte Seuchengefahr, so dass 1680 sogar die Ausschaffung des unnützen Volkes und herrenlosen Gesindes aus der Stadt Dresden landesherrlich angeordnet wurde.<sup>64</sup>

Verstöße gegen das Einreiseverbot wurden erstmalig mit Leibes-, bei Wiederholung aber mit Lebensstrafe geahndet.<sup>65</sup> Diese Härte im Vorgehen gegen mögliche Verbreitungswege spiegelt die Ernsthaftigkeit der Pestgefahr in jenen Jahren wider und steigerte sich bis zum völligen Einreiseverbot aus Ungarn und Siebenbürgen, was nur durch den Nachweis einer 40tägigen Quarantänezeit vermieden werden konnte.<sup>66</sup>

Die zeitliche Nähe der vielfachen Folgegesetzgebung und ihr Inhalt zeigen deutlich, dass bei der Umsetzung große Probleme auftraten. Dieses war nicht zuletzt auf die Korruptierbarkeit einiger, für die Ausstellung der Gesundheitspässe zuständiger, Stellen zurückzuführen. So fordert das Rescript, die Ausstellung der Gesundheits-Pässe bei Contagionen betreffend, dass deren Ausstellung nicht [willkürlich] verweigert, noch etwa [...] ein ganz unzulässiger Gewinnst gesucht werde.<sup>67</sup> Die Lösung wurde durch ein Verbot jeglicher entgeltlicher Bescheinigung gesucht und ein Zuwiderhandeln mit Geldstrafe bedroht.

### III. Gesetzgebung zur innerstaatlichen Seuchenbekämpfung

Da, wie die Geschichte der Pest in Europa beweist, selbst durch strenge Kontrollen die Ausbreitung nicht völlig verhindert werden konnte, wurde auch für den Ernstfall eine Vielzahl von Regelungen erlassen. Zunächst hatte jede Stadt die Pflicht im Fall des Seuchenausbruches eine entsprechende Meldung an die Regierung zu übermitteln. Im Anschluss musste sie sich durch Sperrung nach außen abgrenzen, was unter anderem durch Palisadenwälle und tiefe Gräben erfolgen sollte.<sup>68</sup> Niemand

durfte die Stadt betreten oder verlassen, mit Ausnahme eines benötigten Pestmedicus oder Chirurgen,<sup>69</sup> eines Pestpredigers oder Totengräbers. Für die Versorgung der Stadt mit Medikamenten waren sowohl Regierung als auch Oberämter zuständig.<sup>70</sup>

Besondere Vorkehrungen wurden für die kurfürstliche Residenzstadt Dresden getroffen, was nicht zuletzt dem Schutz der Regierung, des Monarchen und damit auch dem Erhalt der Handlungsfähigkeit des Staates diene. An Bevölkerung und das Handwerk richtete sich die Verpflichtung, die Nahrungsvorräte zu erhöhen.<sup>71</sup> Außerdem musste die Stadt verstärkt den Zustand der Lazarette und Kranken inspizieren und für die Sauberkeit der öffentlichen Straßen sorgen.

Apotheker, Materialisten und Zitronenhändler wurden angewiesen, große Reserven an Medikamenten, Antidotis, Zitronen, Limonen und Granatäpfeln anzulegen. Die Aussicht darüber führte wiederum der Stadtphysiker.<sup>72</sup> Zudem musste ein durch Apotheker zu betreuender Corpus Pharmacia vor den Dresdner Stadttores errichtet werden, in welchem auch die Vorstädte und die ländliche Bevölkerung im Seuchenefall Medikamente beziehen konnten, ohne die Residenzstadt betreten zu müssen.

Die Finanzierung der genannten Maßnahmen wurde der Stadt auferlegt, welche sie mit ihren bekannten, einträglichen und gegen [...] Vorfahren erhöhten Mitteln bestreiten sollte.<sup>73</sup>

Im Jahr 1789 erkannte man, dass das Ausschaffen der Kranken und Bettler jeglicher Vorstellung von Menschlichkeit entgegenläuft. Dementsprechend verfügte Kurfürst Friedrich August, dass dieses Vorgehen abzustellen sei und verkündete im Gegenteil sogar die generelle Pflicht zur Versorgung und Verpflegung. Wurde ein Kranker dennoch vertrieben, so konnte derjenige, der sich seiner annahm, bei dem Vertreibenden in Bezug auf Heilungs- und Versorgungskosten Regress nehmen.<sup>74</sup>

### G. Fazit

Abschließend ist festzustellen, dass das Kurfürstentum Sachsen zu keiner Zeit über eine einheitliche und umfassend formulierte Medizinalordnung verfügte. Vielmehr war es eine Vielzahl kleinerer Spezialnormen, welche das Medizinalwesen gemeinsam regelte.

Insgesamt ist die Geschichte der kur-sächsischen Medizinalgesetzgebung von dem Versuch geprägt, geringer qualifizierte Mediziner und vor allem Scharlatane aus ihrem Tätigkeitsfeld zu drängen oder, sofern dieses aus Mangel an hochqualifizierten Ärzten nicht möglich war, sie wenigstens einer hoheitlichen Kontrolle zu unterwerfen. Dem stand jedoch immer die generelle Notwendigkeit einer medizinischen Grundversorgung entgegen, welche gerade im ländlichen Bereich nicht durch studierte Mediziner gewährleistet werden konnte. Nur unter diesem Gesichtspunkt lassen sich einige vermeintliche Gegensätzlichkeiten erklären, wie die Tatsache, dass noch im Jahre 1750, als Kursachsen bereits über eine eigene staatliche Chirurgenschule verfügte, dem Henker die Durchführung medizinischer Tätigkeiten erlaubt wurde. Zudem fällt auf, dass eine Vielzahl von Anweisungen, wie die zur Trennung von innerer und äußerer Medizin, immer wieder neu und mit nahezu unverändertem Inhalt getroffen wurden und der Gesetzgeber so regelmäßig bereits normierte Gegenstände regelte. Dieses Phänomen lässt sich vor allem mit dem Weltbild des absolutistischen Monarchen begründen, welcher keinesfalls verpflichtet war, das Recht seines Vorgängers zu übernehmen. Außerdem deutet der Wortlaut einiger Neuregelungen auf vorherige schlechte Umsetzung hin, so dass der Kurfürst damit seinen Willen zur Geltung einer Norm bekräftigte.

Literatur beim Verfasser

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

## Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Erich Köstler



Am 25. September 2007 verstarb Herr Professor Köstler, leitender Oberarzt an der Klinik für Dermatologie und Allergologie des Krankenhauses Dresden-Friedrichstadt, in seinem geliebten Südtirol.

Prof. Erich Köstler hat sich insbesondere auf den Gebieten der Porphyria cutanea tarda und der Dermatochirurgie national und international verdient gemacht. Die von ihm an der Klinik etablierte Porphyrie-Sprechstunde ist als Referenzzentrum der Europäischen Union anerkannt.

Prof. Köstler wurde am 2. Dezember 1943 in Feldenhof geboren. Er studierte in Leipzig und promovierte 1969. Im gleichen Jahr begann seine Tätigkeit am Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt.

Seit 1980 ist Herr Köstler als Oberarzt tätig gewesen und hat in dieser Funktion zahlreichen jungen Kolleginnen und Kollegen die Dermatologie und Venerologie nahe gebracht. Seine menschliche und kollegiale Art, seine Kompetenz und sein lexikalisches Wissen haben ihm Anerkennung und Achtung innerhalb und außerhalb des Fachgebietes gebracht.

1990 wurde Herr Köstler zum Privatdozenten an der Medizinischen Fakultät der TU Dresden ernannt. Im Jahre 2003 erfolgte die Ernennung zum apl. Professor.

Seine wissenschaftlichen Arbeiten umfassen ein großes Gebiet und spiegeln sein Interesse an grenzüberschreitenden Themen und interdisziplinärer Arbeit deutlich wider. In mehr als 100 Schriften sind seine Erfahrungen niedergelegt. Schon 1973 hatte er gemeinsam mit Prof. Hering Ursachen, Therapie und Prognose der Verbrennungen untersucht, da die Klinik seinerzeit ein lokales Verbrennungszentrum war.

Seine erste international anerkannte Arbeit zur Porphyria cutanea tarda resultiert aus dem Jahr 1983. Er analysierte dort u.a. gemeinsam mit U. Stölzel immunologische Phänomene des Krankheitsbildes. Diese intensive Zusammenarbeit und Freundschaft mit Prof. Stölzel (Chemnitz) hat einen Höhepunkt mit der wohl wichtigsten Arbeit „Hemochromatosis (HFE) gene mutations and response to chloroquine in porphyria cutanea tarda“, erschienen in den Archives of Dermatology 2003, gefunden. Mit dieser gründlichen und umfassenden Studie wurde erstmals das Versagen

der Chloroquintherapie und die Notwendigkeit des Aderlasses für bestimmte Porphyrie-Patienten wissenschaftlich erklärt. Andere Themenschwerpunkte seines wissenschaftlichen Interesses betrafen die Hauttumore, insbesondere kutane Lymphome, die blasenbildenden Autoimmundermatosen, die Phlebologie und Lymphologie sowie die Phototherapie.

Seine Vorträge waren von klarer Diktion. Obwohl er zeitweilig mit dem Computer haderte, hatten seine Präsentationen stets eine persönliche Note. Er stellte sich gern der offenen Diskussion und dem Gedankenaustausch. Als Redner war er überall gern gesehen.

Prof. Köstler war ein vielseitig interessierter Mensch. Er war ein analytischer und kritischer Geist. Diese Eigenschaften waren jedoch in ungewöhnlicher Weise mit Bescheidenheit, Ehrlichkeit und Loyalität verknüpft.

Seine von Arbeit angefüllten Tage hatten stets Momente der Heiterkeit und des niemals verletzenden Humors. Seine Familie war der Springquell dieser Freude am Leben.

Diejenigen, die seine menschliche Wärme und seine herausragende Kompetenz kennen lernen durften, werden ihm ein würdiges Andenken bewahren. Ärzte und Pflegekräfte der Klinik, Kollegen und Patienten verlieren einen wertvollen Menschen, Freund und Lehrer, einen hervorragenden Arzt.

Prof. Dr. med. Uwe Wollina, Dresden

## Unsere Jubilare im Dezember – wir gratulieren

### 60 Jahre

- 01. 12. Dr. med. Hohlfeld, Sylvia  
04279 Leipzig
- 03. 12. Dr. med. Ost, Hans  
09127 Chemnitz
- 06. 12. Seifert, Birgit  
01728 Bannewitz
- 08. 12. Dipl.-Med. Kraus, Eckart  
08349 Johanngeorgenstadt
- 09. 12. Dr. med. Müller, Ullrich  
09228 Wittgensdorf
- 09. 12. Dr. med. Richter, Ilona  
09131 Chemnitz
- 11. 12. Klotz, Ellona  
09111 Chemnitz
- 12. 12. Dr. med. Fischer, Anneli  
01445 Radebeul
- 13. 12. Dr. med. Weidner, Christina  
02943 Weißwasser
- 15. 12. Dr. med. Pernice, Walter  
04860 Süptitz
- 18. 12. Dipl.-Med. Bierbaum, Ute  
02977 Hoyerswerda
- 28. 12. Dipl.-Med. Ufer, Irmgard  
02763 Eckartsberg
- 30. 12. Dr. med. Dalitz, Helmut  
04159 Leipzig
- 30. 12. Dr. med. Fransecky, Barbara  
01324 Dresden

### 65 Jahre

- 02. 12. Dr. med. Beuchel, Karin  
01723 Wilsdruff
- 02. 12. Dr. med. Hofmann, Jochen  
04736 Waldheim
- 04. 12. Dr. med.  
Adamczyk, Ekkehard  
08468 Reichenbach
- 04. 12. Dr. med. Klein, Wolfgang  
01326 Dresden
- 06. 12. MUDr. Schneider, Bernd  
09130 Chemnitz
- 07. 12. Dr. med. Rösler, Wolfgang  
01768 Reinhardtsgrμμα
- 08. 12. Dr. med.  
Kaltschmidt, Ingeborg  
01445 Radebeul
- 08. 12. Zieran, Waltraut  
02730 Ebersbach
- 10. 12. Klein, Sabine  
04651 Flößberg
- 11. 12. Dr. med. Michalk, Dieter  
02708 Löbau
- 11. 12. Dipl.-Med. Seidel, Christine  
01326 Dresden
- 13. 12. Dr. med.  
Sprotowsky, Gerlinde  
09127 Chemnitz
- 14. 12. Dr. med. Hensel, Gerhard  
01324 Dresden
- 15. 12. Dr. med. Mocker, Rudolf  
01454 Radeberg
- 15. 12. Dr. med. Protzmann, Thomas  
01640 Coswig

- 15. 12. Schmidt, Heidemarie  
01277 Dresden
- 15. 12. Dr. med. Singer, Jörg  
09114 Chemnitz
- 16. 12. Dipl.-Med. Körner, Karin  
09306 Erlau
- 17. 12. Dr. med. Seifert, Marion  
02827 Görlitz
- 18. 12. Dipl.-Med.  
Güldenring, Heiner  
01217 Dresden
- 18. 12. Dr. med. Schramm, Karin  
02977 Hoyerswerda
- 19. 12. Ullmann, Eva  
09128 Kleinolbersdorf
- 20. 12. Dr. med. Thomas, Lothar  
04316 Leipzig
- 23. 12. Dr. med. Horn, Günter  
09249 Taura
- 24. 12. Dr. med. Kubisch, Christine  
01139 Dresden
- 24. 12. Dr. med. Naake, Erika  
01257 Dresden
- 25. 12. Dr. med. Rauh, Inge  
09123 Chemnitz
- 25. 12. Dr. med. Wirth, Christian  
08355 Rittersgrün
- 26. 12. Dr. med.  
Hutschenreiter, Isolde  
04299 Leipzig
- 26. 12. Müller, Karin  
01796 Pirna
- 27. 12. Dr. med. Geschke, Christine  
09366 Stollberg
- 27. 12. Dipl.-Med. Radtke, Günter  
09111 Chemnitz
- 28. 12. Kumpf, Heide  
01277 Dresden
- 29. 12. Dr. med. Klenner, Ulrike  
01728 Bannewitz
- 31. 12. Dr. med.  
Burckhardt, Matthias  
04275 Leipzig
- 31. 12. Dr. med. Schlenk, Ursula  
01326 Dresden

### 70 Jahre

- 03. 12. Dr. med. Dornbusch, Eleonore  
04416 Markkleeberg
- 04. 12. Dr. med. Kirsten, Dagmar  
01744 Malter
- 04. 12. Dr. med. Matzen, Christa  
04229 Leipzig
- 07. 12. Dr. med. Paul, Maria  
09111 Chemnitz
- 07. 12. Dr. med. Schüppel, Renate  
09123 Chemnitz
- 10. 12. Richter, Margot  
08523 Plauen
- 12. 12. Dr. med. Schirmer, Christine  
08645 Bad Elster
- 13. 12. Dr. med. Hilger, Hans-Joachim  
04229 Leipzig
- 13. 12. Dr. med.  
Schmidt-Crecelius, Karin  
01307 Dresden
- 16. 12. Dr. med. Bergmann, Gerhard  
09306 Rochlitz
- 18. 12. Dr. med. Haufe, Dietmar  
02692 Großpostwitz

- 19. 12. Dr. med. Hentschel, Christa  
01187 Dresden
- 19. 12. Dr. med. Kastl, Manfred  
08236 Ellefeld
- 19. 12. Michaelis, Margit  
01239 Dresden
- 21. 12. Dr. med. habil. Adler, Klaus  
09127 Chemnitz
- 21. 12. Dr. med. Kunze, Dieter  
08349 Johanngeorgenstadt
- 21. 12. Dr. med. Schenderlein, Peter  
04279 Leipzig
- 22. 12. Dr. med. Kollert, Heinz  
09394 Hohndorf
- 22. 12. Dr. med. Pfeil, Isa  
01259 Dresden
- 22. 12. Dr. med. Schubert, Rotraut  
04155 Leipzig
- 22. 12. Dr. med. Swaboda, Christine  
01108 Dresden
- 24. 12. Dr. med.  
Prager-Drechsel, Sigrid  
04157 Leipzig
- 24. 12. Dr. med. Wappler, Roswitha  
02625 Bautzen
- 25. 12. Dr. med. Brandl, Johanna  
08056 Zwickau
- 26. 12. Dr. med. Schubert, Margot  
04299 Leipzig
- 28. 12. Dr. med. Jülke, Klaus  
04105 Leipzig
- 29. 12. Werner, Brigitte  
02959 Schleife
- 30. 12. Dr. med. Wohlrabe, Ruth  
09114 Chemnitz
- 31. 12. Thomas, Marga-Sylvia  
01768 Glashütte

### 75 Jahre

- 04. 12. Dr. med. Genau, Fred  
09119 Chemnitz
- 05. 12. Dr. med. Krämer, Karl-Heinz  
04229 Leipzig
- 06. 12. Prof. Dr. med. habil.  
Braun, Wolfgang  
04827 Machern
- 07. 12. Dr. med. Wichan, Irene  
01326 Dresden
- 08. 12. Doz. Dr. med. habil.  
Döring, Dieter  
04703 Leisnig
- 08. 12. Sachse, Liane  
01129 Dresden
- 12. 12. Dr. med. Kötz, Manfred  
09119 Chemnitz
- 19. 12. Dr. med. Flämig, Christel  
01309 Dresden
- 24. 12. Dr. med. Lehnert, Rolf  
02681 Crostau
- 27. 12. Dr. med. Holfert, Hans-Peter  
02827 Görlitz
- 30. 12. Dr. med. Gautsch, Rudolf  
01900 Brettnig-Hauswalde

### 80 Jahre

- 06. 12. Prof. Dr. med. habil.  
Linde, Klaus  
04279 Leipzig

- 09. 12. Prof. Dr. med. habil. Lohmann, Dieter  
04299 Leipzig
- 13. 12. Prof. Dr. med. habil. Geiler, Gottfried  
04277 Leipzig
- 21. 12. Dr. med. Simon, Joachim  
08060 Zwickau
- 25. 12. Dr. med. Zimmermann, Helmut  
09573 Augustusburg

**81 Jahre**

- 02. 12. Dr. med. Gülke, Karl  
08228 Rodewisch
- 12. 12. Müller, Georg  
02979 Bergen
- 19. 12. Dr. med. Herrmann, Käte  
01309 Dresden
- 25. 12. Dr. med. Kriester, Otto  
08209 Auerbach
- 29. 12. Dr. med. Spangenberg, Georg  
04158 Leipzig

**82 Jahre**

- 10. 12. Dr. med. Butter, Brigitte  
02625 Bautzen

- 19. 12. Dr. med. Müller, Lenore  
09603 Großschirma
- 23. 12. Dr. med. Liebold, Christa  
04109 Leipzig
- 30. 12. Prof. Dr. sc. med. Hajduk, Frantisek  
09111 Chemnitz

**83 Jahre**

- 13. 12. Prof. Dr. med. habil. Cossel, Lothar  
04277 Leipzig
- 27. 12. Dr. med. Staude, Sigrud  
04177 Leipzig
- 31. 12. Dr. sc. med. Kretschmar, Wolfgang  
02625 Bautzen

**85 Jahre**

- 29. 12. Dr. med. Günther, Waltraute  
04420 Markranstädt

**87 Jahre**

- 01. 12. Dr. med. Wehnert, Hans  
01454 Radeberg

- 15. 12. Dr. med. Gebhardi, Rosemarie  
08523 Plauen
- 17. 12. Prof. Dr. med. habil. Haller, Hans  
01069 Dresden
- 29. 12. Prof. em. Dr. med. habil. Pickenhain, Lothar  
04275 Leipzig

**92 Jahre**

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

**93 Jahre**

- 31. 12. Dr. med. Born, Helmut  
01326 Dresden

**94 Jahre**

- 10. 12. Dr. med. Rudolph, Peter  
01445 Radebeul

**96 Jahre**

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

## Irmintraud Beck – Natursichten

Blumen, Fische, Vögel, Landschaften. Dicht, üppig, ja exotisch liegt die „Natur“ da. Nicht nur die Vielfalt der Formen, auch die Farbenfülle scheint den Betrachter in paradiesische Welten zu versetzen, die zugleich fremd, ja surreal in ihrer Präzision wirken. Schaut man genau hin, entdeckt man in den Bildern Irmintraud Becks (Jg. 1943) durchaus Unterschwellig-Bedrohliches. Die eigenwillig-schönen „Natursichten“ offenbaren eigenartige, unnatürliche Seiten: So erweisen sich „Wurzeln“ als technoide Röhrensysteme. Die Üppigkeit scheint künstlich erzeugt und die Gefahr des Kippens in Deformation in sich zu bergen. „Imaginäre Landschaften“ wirken wie eine äußerlich schöne, in Wahrheit aber negative Utopie eines an der Oberfläche weitgehend zur Wüste gewordenen Planeten, wo Leben vor allem auf unterirdischen Inseln gedeiht. So sind die Bilder wohl auch Ausdruck eines wachsenden Unbehagens am ökologischen Zustand der Welt.

Irmintraud Becks „Natursichten“ basieren allerdings nicht nur auf

einem allgemeinen Gefühl. Denn sie ist sowohl Künstlerin mit Studium in Würzburg und Berlin (1960 bis 1965), als auch diplomierte Biologin (1972 bis 1980). Seit 1980 ist sie beruflich in einem Feld zwischen Beidem tätig: als wissenschaftliche Illustratorin, unter deren Mitwirkung eine Reihe wissenschaftliche Publikationen erschienen. Seit 1995 arbeitet sie an der Medizinischen Fakultät der Tech-

nischen Universität Dresden und zugleich als freie Malerin.

Dr. sc. phil. Ingrid Koch

**Ausstellung im Foyer und in der 4. Etage der Sächsischen Landesärztekammer vom 14. November 2007 bis 13. Januar 2008, Montag bis Freitag 9.00 bis 18.00 Uhr, Vernissage 15. November, 19.30 Uhr**



Fische III, 2001, Acryl auf Leinwand, 60 x 80 cm