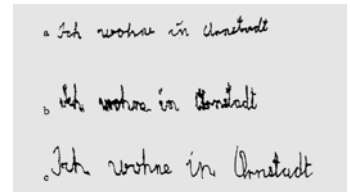


Editorial	אָרײַ – Gedanken zum Neujahr	4
Berufspolitik	Ethik im Würgegriff der Ökonomie?	5
	Ministerpräsident antwortet auf Vergütungsunterschiede	8
	Gemeinsame Sitzung der Vorstände der KVS und der SLÄK	9
	Senkung des Beitragsatzes und Beitragsbefreiung	11
	Interview zum elektronischen Arztausweis	12
	Bedeutung und Erstellung ärztlicher Befundberichte für Behörden	13
	Jahreshauptversammlung KÄK Dresden	15
	Mitgliederversammlung der KÄK Leipzig	16
	Exmatrikulationsfeier der Medizinischen Fakultät Leipzig	17
	Impressum	17
	Exmatrikulationsfeier der Dresdener Medizinischen Fakultät	18
	Patientensicherheit – ein Anliegen der sächsischen Ärzte	19
	Verdienstorden an Prof. Dr. med. habil. Thomas Herrmann	20
Medizin und Recht	Melderegistersperre für Ärzte?	21
Mitteilungen der SÄV	Beitragswerte 2008	22
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Außengutachter gesucht	23
	Berufung in der Rechtsabteilung	23
	Kammerversammlung Wahlperiode 2007/2011	23
	Konzerte und Ausstellungen	25
	Kurs Psychosomatische Grundversorgung	24
Neues „Umweltmedizinisches Curriculum“	24	
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	25
Originalie	Leitsymptom Handschriftveränderungen Teil IV	26
Personalia	Jubilare im Februar 2008	29
Reisebericht	Elend, Mücken, Viren und keine Besserung in Sicht	32
Kunst und Kultur	Ausstellung: Gudrun Brückel	35
Mittelhefter	Inhaltsverzeichnis Ärzteblatt Sachsen 2007	
Beilage	Fortbildung in Sachsen – März 2008	



Leitsymptom
Handschriftveränderungen
Seite 26



Elend, Mücken, Viren und keine Besserung in Sicht
Seite 32



Ausstellung Gudrun Brückel
Seite 35

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

יאָנוּאַר



Der Januar (v. lat. ianua „Tür, Zugang“), in der Überschrift auf Hebräisch, ist nach dem römischen Gott Ianus benannt, der laut der Sage zwei Gesichter hat. Bezogen auf die Lage des Januars sieht ein Gesicht in das neue und eines in das alte Jahr. Es ist alter Brauch, mit guten Vorsätzen in das neue Jahr zu gehen. Meist halten diese Vorsätze nicht all zu lange an.

Wie lange die Gesundheitsreformen der vergangenen Jahre noch halten, ohne Schaden anzurichten, ist (nicht) absehbar. Die Folgen spüren wir Ärzte und unsere Patienten schon heute. Bereits ein halbes Jahr nach Inkrafttreten der letzten Gesundheitsreform beurteilten die Bundesbürger die aktuelle Gesundheitsversorgung zunehmend kritisch. Auch die Skepsis gegenüber der künftigen Entwicklung des Gesundheitssystems ist weiter gestiegen. In einer Studie (MLP Gesundheitsreport 2007) sagten 56 Prozent der Befragten, dass die Gesundheitsversorgung in den vergangenen zwei, drei Jahren schlechter geworden ist. 57 Prozent – und damit sieben Prozentpunkte weniger als noch vor zwei Jahren – sind der Überzeugung, im Krankheitsfall ausreichend abgesichert zu sein. Von den gesetzlich Versicherten beurteilte fast jeder Dritte den eige-

nen Versicherungsschutz zumindest in Teilbereichen skeptisch.

84 Prozent rechnen bei der Frage nach der künftigen Entwicklung des Gesundheitssystems mit weiter steigenden Beiträgen in der gesetzlichen Krankenversicherung, 81 Prozent mit erhöhten Zuzahlungen für Medikamente (2005: 76 Prozent) und gut drei Viertel der Befragten erwarten, dass es immer mehr zu einer Zwei-Klassen-Medizin kommt und dass weitere Reformen auf den Weg gebracht werden. Dabei sind 76 Prozent der Deutschen skeptisch, dass es der Politik gelingt, längerfristig eine gute Gesundheitsversorgung für alle sicherzustellen.

Das einstige sehr gute deutsche Gesundheitssystem scheint sich damit auf Talfahrt mit leicht angezogener Handbremse zu befinden. Dass es nicht schneller geht, liegt an uns Ärzten, weil wir allen gesetzlichen Zwängen zum Trotz alles dafür tun würden, um unsere Patienten nicht im Stich zu lassen. Überstunden, Wochenend- und Bereitschaftsdienste (die Feiertage sind noch nicht vergessen) oder Rente erst ab 70 (und später) sind die Wegmarken.

Aber wie lange noch? Vom Ärztemangel möchte ich nicht sprechen, das macht die Sächsische Landesärztekammer seit 1999, sondern von Berufszufriedenheit. Wir können doch nicht zusehen, wie unsere Kollegen in den burn out rutschen, während der teuer ausgebildete Nachwuchs das Weite sucht, weil im Ausland bessere Arbeitsbedingungen warten. Eine aktualisierte Fassung der „Studie zur Altersstruktur- und Arztlanzahlentwicklung“ der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung belegt diesen Trend zu deutlich.

Und nach einem vorgestellten Krankenhaus-Barometer plant ein Drittel der Kliniken, offene Arztstellen nicht wieder zu besetzen. Jede neunte Klinik plant sogar einen Stellenabbau im ärztlichen Dienst. Was heißt das für die Ärzte im Krankenhaus? Die ohnehin schon hohe Arbeitsverdichtung wird weiter zunehmen. Was

heute drei Ärzte machen, muss demnächst ein Arzt erledigen. Das wiederum wirkt abschreckend auf den ärztlichen Nachwuchs und erhöht die Ärzteflucht.

Ob die von den „Gesundheitsweisen“ vorgeschlagene neue Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen, ob der Delegation weiterer ärztlicher Leistungen etwas bringt, muss gründlich geprüft und kritisch abgewogen werden.

Was können wir Mediziner für die Berufszufriedenheit tun? Wir müssen uns auf unsere eigentliche ärztliche Tätigkeit besinnen und unsere Patienten nicht nur über medizinische Behandlungen aufklären sondern auch über politisch verursachte Rationierung. Wir dürfen nicht nur gute Vorsätze formulieren sondern ein gesundheitspolitisches Programm. Und wir müssen das Vorwahljahr 2008 dafür nutzen, um unsere Abgeordneten, Landräte und Kommunalpolitiker auf Herz und Nieren in Fragen der zukünftigen medizinischen Versorgung zu prüfen.

Ein „gesundes“ neues Jahr!

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Neujahrs Gedicht

*Wir wollen glauben an ein langes
Jahr, daß uns gegeben ist, neu,
unberührt,*

*voll nie gewesener Dinge,
voll nie getaner Arbeit,
voll Aufgaben, Anspruch und
Zumutung.*

*Wir wollen sehen, dass wir's
nehmen lernen, ohne allzu viel
fallen zu lassen und dem was es zu
vergeben hat, an die,
die Notwendiges, Ernstes und
Großes von ihm verlangen.*

Rainer Maria Rilke

Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer, die Geschäftsführung und das Redaktionskollegium „Ärztblatt Sachsen“ wünschen allen sächsischen Ärzten und ihren Familien sowie allen Lesern im Jahr 2008 gute Gesundheit, persönliches Wohlergehen, Zufriedenheit, Schaffenskraft, Freude am Leben, Erfolg und Zeit für sich!

Ethik im Würgegriff der Ökonomie?

Seit mehr als 500 Jahren rütteln die Europäer am Glauben an Gott. Nikolaus Kopernikus (1473 bis 1543) Johannes Kepler (1571 bis 1630) und Isaac Newton (1643 bis 1727) stehen stellvertretend für die Wegbereiter der Naturwissenschaften oder kulturgeschichtlich für den Beginn des Zeitalters der Aufklärung.

Die Menschen wollten ihr irdisches Leben fortan selbst bestimmen und verantworten. Eine Erfolgsgeschichte begann, die heute alle Bereiche der Wissenschaft erfasst hat. Das Entwicklungstempo wird immer rasanter. Auch medizinische Diagnostik und Therapie haben in den letzten Jahrzehnten Fortschritte erreicht, für die früher jahrhundertlang Forschungen nötig waren. Beispiele sind die Transplantationschirurgie oder die modernen Erkenntnisse über die Hirnfunktion.

Den Weitblickenden war jedoch der unbändige Wissensdrang der Menschen zu keiner Zeit ganz geheuer. Jakob Böhme (1575 bis 1624), der Philosoph auf dem Schusterschemel in Görlitz und Zeitgenosse von Johannes Kepler, schrieb zum Wesen des Menschen: *„Die Natur aber hat zwei Qualitäten in sich bis in das Gerichte Gottes, eine liebliche, himmlische, heilige und eine grimmige, höllische und durstige“*.

Blaise Pascal (1623 bis 1662), der am Lebensende von Jakob Böhme geboren wurde und ein Zeitgenosse Isaac Newtons war, formulierte: *„...die Mathematik hat dort ihre Grenzen, wo die Ordnung der Liebe beginnt.“* Und er sagte weiter: *„Das Herz folgt Gründen, die die Vernunft nicht kennt.“* Soll heißen, auf die Naturwissenschaften gegründete Erkenntnis ist längst nicht die ganze Wahrheit, sondern spiegelt nur einen Teil der Welt.

Auch unsere heutigen Kenntnisse von der Welt sind und bleiben unvollständig und sie müssen deshalb ständig überprüft und korrigiert werden. Oder wie Karl Raimund Popper riet, die Welt nach dem Prinzip Versuch und Irrtum zu ergründen. Genau

darauf hat sich die Aufklärung gestützt und die Liebe oder die Empathie sträflich vernachlässigt.

1859 veröffentlichte Charles Darwin (1809 bis 1882) sein berühmtes Buch: *„Über die Entstehung der Arten“* und 1871 erschien sein zweites epochales Werk: *„Die Abstammung des Menschen“*. Er postulierte in seinen Schriften, dass es nicht Gott, sondern die natürliche Evolution ist, die durch Variation und natürliche Auslese als Anpassung an die Umwelt die Vielfalt der Arten hervorbringt. Weil aber die Zahl der Nachkommen der Individuen stets viel höher als die Aufnahmefähigkeit des jeweiligen Lebensraumes ist, herrscht *„Kampf ums Dasein“*, den der Stärkere für sich entscheidet. Gott kam in seinen Werken als Weltenschöpfer nicht mehr vor.

Doch dieses wissenschaftlich gestützte Weltbild zeigte schon bald sein Janusgesicht. Die kritiklose Übernahme der Darwinschen Lehren nährte die Überzeugung, dass sich auch die Menschheit in einem ständigen Kampf ums Dasein befinde und die Überlegenheit der weißen über die schwarze Rasse eine Folge der natürlichen Auslese sei.

So konnte sich der Nationalsozialismus in Deutschland auf anscheinend gesichertes Wissen der Evolution berufen, wenn er die nordische Herrenrasse zur Weltherrschaft aufforderte, die Juden als Schädlinge in einem gesunden Volkskörper vollständig ausrotten und die slawischen Völker zu Hilfsdiensten für die Herrenmenschen verpflichten wollte.

Einer verhängnisvollen Logik folgend, sollte der Zweite Weltkrieg der Herrenrasse zur Weltherrschaft verhelfen. Er endete in einer desaströsen Katastrophe.

Der Schreckensherrschaft der Nazis folgte im Osten Deutschlands die Diktatur der Arbeiterklasse. Auch diese Zwangsherrschaft stützte ihren Machtanspruch auf sogenannte wissenschaftliche Thesen von Marx, Engels, Lenin und Stalin. Das Zusammenleben der Bürger sollte fortan auf Menschlichkeit und Gerechtigkeit aufbauen. In der Sowjetunion hatte sich die neue Staatsdoktrin um den Preis millionenfacher Morde

unter der Bevölkerung durchsetzen können. Der Zweite Weltkrieg verhinderte eine kritisch-geistige Auseinandersetzung mit der Diktatur des Proletariats nach russischem Muster. Die ostdeutsche Bevölkerung glaubte daher nach 1945 nur mit halben Herzen an die Versprechungen der Sozialistischen Einheitspartei. Sie sah die SED und deren Aktionen eher als verlängerten Arm der KPdSU. Mauer und Stacheldraht mussten her, um ein einigermaßen stabiles Staatssystem aufbauen zu können. Wirtschaftliches und politisches Unvermögen ließen den Sozialismus nicht zur Blüte kommen. Die versprochenen humanen Lebensverhältnisse kamen nicht zum Tragen. Kritiker, die es wagten, die obwaltenden Schwächen des Systems offen zu benennen, verschwanden aus der Öffentlichkeit und landeten im Abseits, meist aber im Zuchthaus.

Selbst ein so kritischer Geist wie Bertold Brecht ließ sich täuschen, als er sein Gedicht *„An die Nachgeborenen“* schrieb. Einer der Verse lautet so:

Auch der Hass gegen die Niedrigkeit verzerrt die Züge.

Auch der Zorn über das Unrecht macht die Stimme heiser.

Ach, wir, die wir den Boden bereiten wollten für Freundlichkeit konnten selber nicht freundlich sein.

Es dauerte 40 Jahre, ehe die Bürger der DDR das marode System des real existierenden Sozialismus durch friedliche Demonstrationen zum Einsturz brachten. Sie widerlegten die Marx'sche These, dass erst die Verelendung der Massen den Boden für Volksrevolutionen bereite. Die Bevölkerung der DDR lebte 1989 zwar nicht in üppigem Wohlstand, aber auch nicht in wirtschaftlichem Elend. Es war einzig der unbändige Wille zu Freiheit und Gerechtigkeit, der letztlich die SED in die Knie zwang. Die Reichen unseres Landes, die den Gemeinsinn ignorieren und ihre Gier nach Besitz nicht zügeln können, sollten aus dem Untergang der DDR schnellstens lernen, dass es ohne Gerechtigkeit auch keine Gemeinschaft geben kann. Unermesslicher Reichtum einiger Weniger auf der einen Seite und millionenfache

Armut auf der anderen Seite kennzeichnen unser Land heute. Wer diesen Bogen überspannt, sät tödliche Zwietracht.

Die Traditionen der Aufklärung ohne Empathie leben weiter, wenn auch die Rassenlehre als pseudowissenschaftlicher Unsinn entlarvt wurde. Aber andere Trugbilder, nämlich *Naturalismus und Ökonomismus*, fesseln uns weiter.

Der *Naturalismus* will die Welt ausschließlich naturwissenschaftlich erklären. Das ist aber nur eine Halbwahrheit. Denn der Mensch selber ist kein Ding unter Dingen, das allein mit naturwissenschaftlichen Verfahren gemessen, verifiziert und vollständig begriffen werden kann. Moderne Sozialwissenschaft und Hirnforschung stellen den Naturalismus zumindest humanwissenschaftlich in Frage, denn der menschliche Geist ist immateriell und baut sich nicht aus kleinsten physischen Teilchen auf, die vermessen werden können.

Ökonomismus ist eine Überzeugung, wonach sich der Lauf der Welt grundsätzlich an den Gesetzen der Ökonomie ausrichtet. Der Ökonomismus fordert, Marktgesetze sollen wie Naturgesetze gelten. Er erklärt, dass die Regeln des freien Marktes angeblich nicht Regeln sind, die sich die Gesellschaft gegeben hat, sondern ewige und ehernen Kräfte.

Wolfgang Kersting, Philosoph an der Christian-Albrecht-Universität Kiel, bemerkte kritisch dazu: Der Ökonomismus unserer Zeit „...verwandelt uns in einen Homo oeconomicus, der bei seiner Interessenverfolgung durch keinerlei moralische Überlegungen abgelenkt wird. Ökonomismus beraubt uns der moralischen Subjektivität“.

Jens Jessen schrieb in der „DIE ZEIT“ im Juli 2005: Wissenschaftler, Philosophen oder Schriftsteller aus Europa, Amerika oder der Dritten Welt, ob Konservative, Liberale oder Linke waren sich einig, „dass der Kapitalismus, der dem Westen Jahrzehnte märchenhaften Wohlstand beschert hat, heute nur mehr als Bedrohung wahrgenommen werden könne“.

Hans-Olaf Henkel (Präsident des Bundesverbandes der Deutschen Industrie (BDI) von 1995 – 2001) drückte

es am 30.5.1996 in der Süddeutschen Zeitung besonders drastisch aus und schrieb: „Herrscher über die neue Welt ist nicht ein Mensch, sondern der Markt – wer seine Gesetze nicht befolgt, wird vernichtet“.

Ökonomismus ist nur ein anderes Wort für Kapitalismus. Und der Kapitalismus funktioniert seit eh und je nach ganz simplen Marktgesetzen, nämlich nach dem Prinzip, Angebot und Nachfrage regeln den Preis. Auf dieser Ebene begegnen sich Händler und Kunden. Auch das Gesundheitswesen wird als Markt begriffen, nur hier vermeiden wir es noch, den Arzt als Händler zu sehen. Leistungserbringer verschleiert, was wirklich gemeint ist. Auf jeden Fall ist der Arzt in den Augen derer, die den Gesundheitsmarkt unter die Kontrolle des Kapitals bringen möchten, nichts als ein Händler, der seine Leistungen anbietet. Wie vor 150 Jahren die schlesischen Weber für ihre Verleger schufteten, sollen heute die Ärzte im Krankenhaus für hohe Einkommen ihrer Konzernherren und Großaktionäre sorgen.

Aufklärung, Naturalismus und Ökonomismus haben ein gemeinsames Defizit: sie gründen auf Vernunft ohne Empathie oder anders gesagt: es sind Lehren ohne Herz.

Geschichte und Ethik unseres Berufsstandes stehen für eine Lebenshaltung mit Herz. Nach unserer Denkart wird das menschliche Miteinander nicht von aggressiver Rivalität dominiert, sondern zielt auf Gemeinschaft und Solidarität. Der Geist, in dem wir seit vielen Generationen erzogen worden sind, lautet in seiner Essenz: *Salus aegroti suprema lex*. Der Tübinger Philosoph Gottfried Ploucquet (1716 – 1790) hat vor reichlich 200 Jahren zusammengefasst, was die Ärzteschaft immer ausgezeichnet hat:

„Einbildungskraft, Gedächtnis, Genie, schnelles Urteilsvermögen, Besonnenheit, Weitsicht, moralischen Charakter, Güte, Menschenliebe, allgemeines Wohlwollen, Empfindsamkeit, Mitleiden, Sanftmut, Geduld, Liebe zur Ordnung und Arbeit“.

Auch wenn diese Idealvorstellungen in der Realität kaum zu erreichen gewesen sind, so haben wir es aber seit über 2 ½ Jahrtausenden mit dem

Hippokratischen Eid immer wieder gelobt, dieser Richtschnur zu folgen. Ärzte wie Albert Schweitzer sind diesem Ideal sehr nahe gekommen.

Diese uralte ärztliche Ethik ist Grund genug, warum die Ärzteschaft bis heute in der Bevölkerung großes Ansehen genießt. Unzählige Ärztegenerationen vor uns haben mit Ihrer Arbeit und ihrem Berufsverständnis dafür gesorgt, dass auch unsere Patienten noch immer daran glauben, dass sie sich auf das Wort ihres Arztes voll verlassen können, dass er ihnen in ihrem Kranksein menschlich beistehen und ihnen nach den modernen Kenntnissen der Medizin helfen werde, das Leid zu überwinden oder wenigstens erträglich zu gestalten, und ganz besonders dann, wenn das Leiden gar lebensbedrohlich geworden ist. Doch wir sind dabei, die Solidarität mit unseren Kranken leichtfertig ins Zwielicht rücken zu lassen. Das Arzt-Patienten-Verhältnis gerät von zwei Seiten unter gefährlichen Druck:

A: durch rasant fortschreitende Technisierung

B: durch das ökonomistische Denken
Die Technisierung der Medizin hat Schattenseiten. Die heutigen Möglichkeiten von Diagnostik und Therapie sind durch die anhaltenden technischen Neuerungen in einem solchen Ausmaß gewachsen, dass ein einzelner Arzt unmöglich die verschiedenen Verfahren beherrschen kann. Der Kranke sieht sich oft einem ganzen Team von Fachleuten gegenüber. Desto wichtiger ist der unmittelbare Kontakt zu dem Arzt, der die Gesamtbehandlung in der Hand hält. Aber auch diese wichtige Beziehung lockert sich. Mit dem Teamwork nimmt der Kontakt zwischen dem Kranken und den einzelnen Behandlern ab. Die technischen Untersuchungen verleiten den Arzt, sich zuerst auf die technischen Abläufe zu konzentrieren und im Kontakt mit dem Kranken Zeit zu sparen. Weitere Probleme können bei der Übermittlung, Verarbeitung und Dokumentation der erhobenen Einzelbefunde zutage treten. Überall sind Fehlerquellen möglich, die dann wieder auf die Arzt-Patienten-Verbindung zurückfallen.

Der Ökonomismus stört den zwischenmenschlichen Kontakt von Arzt und Kranken am heftigsten, denn diese fatale Denkweise ist seit geraumer Zeit auf die Medizin übergesprungen. Nach Adam Smith (1723 – 1790) ist das Marktgeschehen so beschaffen, dass es den gesellschaftlichen Interessen gewissermaßen wie durch eine unsichtbare Hand dann am besten dient, wenn jeder nur seinen eigenen Interessen folgt. Schon Friedrich Schiller (1759 – 1805) konnte diese Logik nicht begreifen und spottete: *„Es ist so, als ob sich in einem Orchester die größte Harmonie genau dadurch herstellte, wenn jeder einzelne Musiker falsch spielt“*. Eugen Münch (Vorstandsvorsitzenden der Rhönn-Klinikum AG) brachte die Absurdität einer solchen Anschauung auf der Jahrestagung des Nationalen Ethikrates in Berlin am 21.10.04 auf den Punkt, als er ausrief: *„Sorge dafür, dass Ethik und Monethik übereinstimmen, dann ergibt sich eine Symphonie“*.

B. Traven, der mexikanische Schriftsteller deutscher Zunge, bemerkte einmal sarkastisch: *„Mit Skrupeln, die einem in der Kehle würgen, kann man kein Geld verdienen“*.

Bleibt zu fragen, ob denn der Wettbewerb unter den Bürgern, Staaten und Völkern tatsächlich ein Naturgesetz ist. Oder ist es nur eine gut getarnte totalitäre Ideologie, die sich in unseren Hirnen als unausweichliches Marktgesetz breit macht. Namhafte Wortführer aus Politik, Wirtschaft und Wissenschaft überhäufen uns mit Argumenten, die in der Privatisierung aller Bereiche, einschließlich Bildung, Strom- und Wasserversorgung, Post, Eisenbahn und schließlich auch im Gesundheitswesen das Heil jeder Wirtschaft sehen. Es fällt uns schwer, aus dieser verfluchten Argumentationsfalle herauszufinden. Dafür gibt es sehr einfache

Gründe. Die Wirtschaft ist für unser ganzes Tun lebensnotwendig. Dies zu leugnen wäre irrwitzig und weltfremd. Das Streben nach materiellen und kulturellen Reichtümern ist eine starke Triebfeder, um sich anzustrengen. Wir setzen Fleiß, Intelligenz und Geschick ein, um drängende oder auch weniger wichtige Bedürfnisse zu befriedigen. Gewinn ist das Elixier der Wirtschaft. Forschung und Produktion sind in ständigem Wettbewerb, um immer bessere Erzeugnisse auf den Markt zu werfen, die das Leben bereichern sollen. Aber wir stürzen uns mit gleicher Intensität in die Entwicklung und Fabrikation von Massenvernichtungsmitteln, wenn nur der Profit stimmt.

Gar nicht selten spitzt sich der Wettbewerb bis zur Zügellosigkeit zu, insbesondere wenn hohe Gewinne locken und die Marktkontrolle schwach ist. Wir bagatellisieren das als bedauerliche individuelle Fehlleistungen und rufen nach Recht und Gesetz, ohne die dahinter steckende hässliche Seite unseres Menschseins zu benennen. Doping im Sport, Gammelfleischskandale im Handel und leider auch viele Beispiele für Korruption und kriminelle Machenschaften im Gesundheitswesen beweisen, wie ansteckend und unersättlich Raffsucht sein kann.

Das Prestige der Ökonomie hat in unserer Zeit stetig zugenommen. Das ist nicht zu beklagen, denn ohne Ökonomie ist alles nichts. Doch wenn die Ökonomie beinahe unemerkt zur Ideologie, also zum Ökonomismus, verbogen werden konnte, dann sind uns schwere Fehler unterlaufen, die rasch und energisch korrigiert werden müssen.

Gerade in Deutschland ist der Übertritt von der wirtschaftlichen Denkweise zum Ökonomismus, also von der Rationalität zur Ideologie, völlig lautlos vonstatten gegangen. Der

Wiederaufstieg Deutschlands zu den führenden Industrienationen der Welt nach der totalen Zerstörung am Ende des Zweiten Weltkrieges, der durch den Triumph der Ökonomie zustande gekommen ist, hat diese Sichtweise begünstigt. Aber völlig vergessen wurde inzwischen, dass die von Ludwig Erhard verfochtene Marktwirtschaft mit dem Slogan „Reichtum für Alle“ verknüpft war. Jeder fühlte sich angesprochen, jeder strengte sich an, um den Wiederaufbau des Landes zu befördern. Das war der wirkliche Motor des wirtschaftlichen Aufstiegs Deutschlands. Ökonomie war ursprünglich Mittel zum Zweck auf dem Wege zum Wohlstand für alle. Heute wird die Ökonomie nicht mehr als Zweck, sondern als Ziel ausgegeben. Sie wird unaufhebbaren Naturgesetzen an die Seite gestellt. Dieses Denken hat uns im Gesundheitswesen – von vielen noch gar nicht bemerkt – einen Paradigmenwechsel beschert. Das System der diagnosebezogenen Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups/DRG) zur Finanzierung von Krankenhausbehandlungen hat das Behandlungsrisiko von den Kostenträgern, also von Krankenkassen und Staat, zu großen Teilen auf die Ärzte verlagert. Während die Gesetzgebung die Ärzteschaft bei Diagnostik und Therapie zu größter Sorgfalt verpflichtet, aber nicht zur Erfolgsgarantie. Das DRG-System unterstellt einen Behandlungserfolg, der der Sache nach gar nicht zugesichert werden kann.

Die Krankenhäuser sollen durch effizientere Behandlungen zu kürzeren Liegezeiten motiviert werden, weil sie dann bei entsprechendem Patientendurchlauf größere Überschüsse erwirtschaften können, während die Fallkosten für die Kassen in etwa konstant bleiben. Die Vergleichbarkeit von Krankenhausleistungen soll

verbessert, vermutete Überkapazitäten abgebaut und Kostensteigerungen begrenzt werden. Aufwendige Fälle aber lassen sich nicht kostendeckend versorgen und belasten das Krankenhaus. Einzelne Krankenträger bemühen sich durch Selektion und Unterversorgung die eigenen Behandlungskosten zu Lasten der Kranken oder der anderen Häuser zu reduzieren.

Der höchste Kostenfaktor im Krankenhausbetrieb ist die Personalvergütung. Deshalb sind Personalabbau und Lohndrückerei an der Tagesordnung, die Arbeitsbedingungen und Arbeitsklima vergiften können.

Dieser folgenschwere Weg wird von den Krankenhausbetreibern ungebremst weitergegangen werden, wenn wir uns als Ärzte den wirtschaftlichen Zwängen weiterhin widerstandslos unterwerfen und unsere beruflichen Aufgaben unter das Primat der Betriebswirtschaft stellen. Als Ärzte kann uns natürlich nicht daran gelegen sein, ökonomisches Denken zu verteufeln, denn es liegt in unserem ureigensten Interesse, mit möglichst geringem Ressourceneinsatz möglichst hohe Erfolge zu erzielen. Doch ökonomis-

tisches Denken pervertiert diesen Zusammenhang. Der Ökonomismus sieht sich zuerst der Gewinnmaximierung der Eigner verpflichtet und erst danach dem Wohl der Kranken. Die Grenze zwischen Ökonomie und Ökonomismus ist fließend und daher oft nur schwer zu markieren. Doch rationales Handeln nutzt die ökonomischen Gesetze nicht zur Gewinnmaximierung, sondern zur Steigerung der Effizienz im Interesse der Patienten. Deshalb dürfen nicht Ökonomen die Richtung der weiteren Entwicklung im Gesundheitswesen steuern, sondern dies muss Aufgabe der Ärzteschaft selbst sein. Im Gesundheitsbetrieb sind nicht die Ärzte die Domestiken der Ökonomen, sondern es ist genau umgekehrt. Die Ökonomie ist Hilfswissenschaft für die Medizin. Dieses natürliche Verhältnis muss schleunigst wieder hergestellt werden oder wir treiben einer pervertierten Zukunft entgegen. Bei jeder wirtschaftlichen Entscheidung, an der wir künftig mitwirken, muss die Frage nach dem *cui bono* klar beantwortet werden: soll im Gesundheitswesen das Prinzip des Marktes oder das Gebot der Nächstenliebe bestimmend sein?

Joachim Bauer, Arzt und Psychotherapeut in Freiburg, beruft sich in seiner Monografie „Prinzip Menschlichkeit“ auf jüngste wissenschaftliche Beweise und schreibt: der Kern aller menschlichen Motivation ist nicht Konkurrenz und Auseinandersetzung, sondern es ist der dauerhafte Wunsch zwischenmenschliche Anerkennung, Wertschätzung, Zuwendung oder Zuneigung zu finden und zu geben.

Bernhard Naunyn hat zu Beginn des 20. Jahrhunderts ausgerufen: „Die Medizin wird Wissenschaft sein, oder sie wird nicht sein“. Reichlich hundert Jahre später, rufe ich Ihnen zu: *Die Medizin wird menschlich sein, oder sie wird nicht sein. Wir sind Ärzte und keine Gesundheitshändler. Die Kranken sind keine Kunden, sondern Leidende an Körper und Seele, denen wir keine Geschäfte antragen, sondern mit unserer Wissenschaft und Kunst Heilung oder wenigstens Linderung schaffen wollen!*

(Doz. Dr. med. habil. Gottfried Hempel: nach einem Vortrag auf der Jahrestagung der Sächsischen Gesellschaft für Innere Medizin am 5.10.2007)

Doz. Dr. med. habil. Gottfried Hempel
Wachbergstraße 19, 01855 Kirnitzschtal

Ministerpräsident antwortet auf Vergütungsunterschiede

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer hatte sich 2007 in zwei Schreiben an den Ministerpräsidenten des Freistaates Sachsen gewandt, um auf die Vergütungsunterschiede für Ärzte in Kliniken und Instituten sowie auf die Herabstufung von Oberärzten mit Blick auf den Ärztemangel in Sachsen hinzuweisen (siehe „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 11/2007, Seite 554).

Nachstehend ist das Antwortschreiben abgedruckt:

Sächsische Staatskanzlei
Der Ministerpräsident

Herrn Präsidenten
Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Sächsische Landesärztekammer

Sehr geehrter Herr Präsident,

für Ihre beiden Schreiben zum Thema Ärztemangel danke ich Ihnen. Sie sprechen in diesen Schreiben zwei Problemfelder – den Ärztemangel an sich und die Vergütung der Ärzte – an.

Hinsichtlich der Abwendung des Ärztemangels haben wir in Sachsen schon viel erreicht. Die Arbeitsgruppen, die anfangs zum Thema Ärztemangel eingerichtet wurden, waren der Wegbereiter für eine Reihe von Lösungsansätzen. Ich freue mich sehr, dass die Sächsische Landesärztekammer bei der Erarbeitung aller diesbezüglichen Maßnahmen von Anfang an eingebunden wurde. Für Ihre wertvolle Mitarbeit in den gesundheitspolitischen Gesprächen bei Frau Staatsministerin Orosz sowie in verschiedenen Arbeitsgruppen des Sozialministeriums danke ich Ihnen sehr.

Sehr geehrter Herr Präsident, Sie plädieren für eine Gleichstellung der Vergütung der an den Medizinischen Fakultäten der Universitäten Dresden und Leipzig tätigen Ärztinnen und Ärzte mit der Vergütung ihrer Kolleginnen und Kollegen an den Universitätskliniken. Wie Sie wissen, kann der Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder (TV-L) frühestens zum 31. Dezember 2009 gekündigt werden. Die Entgelttabellen des TV-L können frühestens zum 31. Dezember 2008 gekündigt werden. Insofern sehe ich derzeit keinen Handlungsbedarf für Änderungen des mit den Gewerkschaften mühsam erzielten Tarifkompromisses.

Dresden, 12. November 2007

Mit freundlichen Grüßen
Ihr
Georg Milbradt

Gemeinsame Sitzung der Vorstände

Erneut führten die Vorstände der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und der Sächsischen Landesärztekammer zusammen eine Sitzung am 15. Dezember 2007 in der Sächsischen Landesärztekammer durch.

Schwerpunkthemen waren: Gesetzliche Fortbildungspflicht

Das seit dem 1. Januar 2004 in Kraft getretene Gesetz zur Modernisierung in der gesetzlichen Krankenversicherung sieht eine Nachweispflicht der ärztlichen Fortbildung sowohl für Vertragsärzte als auch für Fachärzte im Krankenhaus vor. Der Gesetzgeber hat die inhaltliche Ausgestaltung und die Durchführung des Fortbildungsnachweises in der Hand der Ärzteschaft belassen.

Qualitätszirkel der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen gelten als anerkannte auf Eigeninitiative aufbauende Methode zur Qualitätssicherung. Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen betrachtet den Erfahrungsaustausch und die Weiterbildung ihrer vertragsärztlich tätigen Mitglieder in den Qualitätszirkeln als eine vordergründige Aufgabe.

Vertragsärzte haben alle fünf Jahre gegenüber ihrer Kassenärztlichen Vereinigung den Nachweis zu erbringen, dass sie sich in dem zurückliegenden Fünfjahreszeitraum fortgebildet haben. Für den Fortbildungsnachweis nach § 95 d und § 137 SGB V müssen innerhalb von fünf Jahren 250 Fortbildungspunkte erbracht werden. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass sich alle Ärztinnen und Ärzte kontinuierlich fortbilden.

Ruht die Zulassung von Vertragsärzten, so ist für diese Zeit die Frist des Fortbildungsnachweises unterbrochen. Vertragsärzte, die am 30. Juli 2004 bereits zugelassen waren, haben den Nachweis ihrer Fortbildungspflicht erstmals bis zum 30. Juni 2009, und Fachärzte im Krankenhaus (§ 137 SGB V) erstmalig am 1. Januar 2011 zu erbringen. Für Fachärzte im Krankenhaus begann der Fünfjahreszeitraum am 1. Januar 2006.

Die Vertragsärzte und die Fachärzte im Krankenhaus erbringen den Nachweis der Fortbildungspflicht durch das Fortbildungszertifikat der Sächsischen Landesärztekammer. Bisher haben nur etwa 20 Prozent der Vertragsärzte das Fortbildungszertifikat durch die Sächsische Landesärztekammer überreicht bekommen.

Erbringen Vertragsärzte den Fortbildungsnachweis nicht oder nur unvollständig, ist die Kassenärztliche Vereinigung verpflichtet, das zu zahlende Honorar aus der Vergütung vertragsärztlicher Tätigkeit zu kürzen.

Ein Arzt, der vor dem 30. Juni 2009 oder vor dem 1. Januar 2011 in den Ruhestand geht, muss die 250 Fortbildungspunkte nicht nachweisen. Es gilt für diesen Arzt jedoch die in der Berufsordnung und im Heilberufsgesetz verankerte begleitende Fortbildungspflicht.

Für die Verwaltung von Fortbildungspunkten führte die Sächsische Landesärztekammer 2006 ein personenbezogenes Fortbildungskonto ein. Dazu haben alle berufstätigen Kammermitglieder die persönliche EFN (Einheitliche Fortbildungsnummer),



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze und Dr. med. Klaus Heckemann

Barcode-Etiketten und den Benutzernamen für das Online-Punkte-Konto erhalten. Die Passwörter wurden am 16. November 2006 an all diejenigen Ärzte versandt, von denen der Sächsischen Landesärztekammer die Einwilligungserklärung unterschrieben vorlag! Auf dem Punktekonto werden alle realisierten Veranstaltungen ab 2006 dargestellt. Fortbildungsveranstaltungen aus den vorangegangenen Jahren sollten in Papierform zur Antragstellung für das Fortbildungszertifikat geltend gemacht werden. Durch die Datenschutzbeauftragten beider Körperschaften ist der Austausch der personenbezogenen Fortbildungskonten zu klären.

Sektorgleiche und sektorübergreifende Qualitätssicherung

Qualitätsrelevante Fragen haben in der Medizin eine wesentliche Bedeutung. Nicht nur der Gesetzgeber stellt eindeutige Anforderungen an die nachvollziehbare Qualität in der Medizin, sondern auch die Patienten fordern Transparenz im Hinblick auf eine verständliche Information bis hin zur Integration in den Behandlungsprozess.

Rechtsgrundlagen der externen Qualitätssicherung in der stationären Versorgung sind das SGB V, die „Verordnung über Maßnahmen der Qualitätssicherung“ sowie auf Landesebene der „Vertrag gem. § 137



Vertreter der KVS: Dr. med. Ulrike Schwäblein-Sprafke, Stellvertretende Vorsitzende der KVS
Dr. agr. Jan Kaminsky, Andreas Altmann, Dr. med. Stefan Windau, Dr. med. Frank Eisenkrätzer, Dr. med. Klaus Hamm (v.l.)



Vertreter der SLÄK: Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud, Ute Taube, Dr. med. Rainer Kobes, Prof. Dr. sc. med. Wolfgang Sauermann, Dr. med. Lutz Liebscher, PD Dr. jur. Dietmar Boerner, Erik Bodendieck, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer (v.l.)

i. V. m. § 112 Abs. 2 Nr. 3 SGB V über die Durchführung externer Qualitätssicherungsmaßnahmen in der stationären Versorgung“.

Vertragspartner bzw. -beteiligte sind die Landesverbände der sächsischen Krankenkassen, die Krankenhausgesellschaft Sachsen e.V. und die Sächsische Landesärztekammer. Sie entsenden je vier Mitglieder in das Lenkungsgremium. Aufgaben des Lenkungsgremiums sind die Initiierung, Planung, Koordination, Durchführung und Weiterentwicklung von Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie die Entscheidung über Grundsatzfragen der im Rahmen der routinemäßigen Anwendungen von Qualitätssicherungsmaßnahmen anfallenden Arbeiten.

Künftig wird auch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen diesem wichtigen Qualitätsmanagement-Gremium angehören.

Es gibt keine Differenzierung zwischen den Qualitätssicherungsmaßnahmen und den Kriterien der ärztlichen Qualität im ambulanten und stationären Bereich, in Praxis und Klinik. Der Ausschuss berät den Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer zu den externen Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 137 SGB V und darüber hinaus bei Fragen zum internen Qualitätsmanagement.

Projekt „Neue Ärzte braucht das Land“

Gemeinsam mit dem Sächsischen Sozialministerium, der Sächsischen Landesärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, der Krankenhausgesellschaft Sachsen und den sächsischen Krankenkassen

wurde dieses Projekt initiiert. Es ist perspektivisch eine Koordinierungsstelle an der Sächsischen Landesärztekammer zu planen und gemeinschaftlich zu finanzieren, bei der alle relevanten Informationen der Partner zum Thema Ärztemangel und dessen Behebung gebündelt und kommuniziert werden sollen.

Zulassungsausschuss für Ärzte

Durch die Datenschutzbeauftragten beider Körperschaften soll die Datenübermittlung von vertragsärztlichen und berufsrechtlichen Entscheidungen von der Sächsischen Landesärztekammer an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen und umgekehrt geklärt werden. Dieser Informationsaustausch ist insbesondere infolge der Änderungen des Vertragsarztrechts durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz wichtig.

Eine Zusammenarbeit des Ausschusses Berufsrecht der Sächsischen Landesärztekammer mit dem Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen sowie der Abgleich der Daten des Arztregisters wurde von beiden Vorständen für notwendig erachtet.

Patienteninformationen und Patientenorientierung

Mehr Transparenz und der verstärkte Einsatz in der Öffentlichkeitsarbeit bei der Vermittlung von Ärzten, bei der Anfrage nach Krankenhäusern und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst ist ein wichtiges Anliegen der Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung.

Die Koordinierung der Internet-Darstellungen von Kassenärztlicher Ver-

einigung Sachsen (Vertragsärzten), Krankenhausgesellschaft Sachsen (Krankenhäuser), Sächsischem Staatsministerium für Soziales (Gesundheitsamt) sowie weiteren Körperschaften und Verbänden erfolgt durch die Sächsische Landesärztekammer.

Die Sächsische Landesärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen führen seit Jahren viele Aktivitäten zur Patientenberatung auf körperschaftlicher Ebene gemeinsam mit den Krankenkassen und Patientenverbänden durch. Die Kompetenz der Patientenberatung liegt bei den Körperschaften des Gesundheitswesens.

Schaffung eines Ärztepools im Rahmen der Pandemieplanung

Beide Vorstände erörterten die eventuelle Möglichkeit, erfahrene Ärzte im Ruhestand zur Schaffung eines erweiterten Ärztepools im Rahmen der Influenza-Pandemieplanung zu integrieren. Die Fragen über den Versicherungsschutz und über die Finanzierung müssen durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales geklärt werden.

Zum Abschluss der konstruktiven gemeinsamen Sitzung wurde beschlossen, dass sich die Vorstände der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und der Sächsischen Landesärztekammer regelmäßig aller sechs Monate über aktuelle Fragen der Gesundheitspolitik und Berufspolitik austauschen werden.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug

Senkung des Beitragssatzes und Beitragsbefreiung

Nochmalige Senkung des Kammerbeitragsatzes und Kammerbeitragsbefreiung für Mitglieder im Ruhestand ab 2008

Liebe Kolleginnen und Kollegen, der Haushalt der Sächsischen Landesärztekammer ist stabil, zukunftsicher und geordnet. Er ist durch Schuldenfreiheit und eine solide Eigenkapitalbasis gekennzeichnet. Erzielte Überschüsse aus Vorjahren wurden verwendet, um die Kammerhaushalte der nächsten Jahre zu entlasten. Damit war und ist es möglich, nachhaltige Beitragsstabilität bei einem zukünftig höheren Anteil an nicht berufstätigen Kammermitglie-

dern, die Umsetzung steigender Anforderungen und die Erfüllung zusätzlich übertragener Aufgaben zu sichern.

Die vorausschauende und sparsame Haushaltsführung der letzten Jahre ermöglichte die durch die Kammerversammlung beschlossene Senkung des Beitragssatzes zum Kammerbeitrag ab dem Jahr 2008 von 0,58 Prozent auf 0,56 Prozent der Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit. Wir möchten daran erinnern, dass diesem Beschluss bereits eine Beitragssenkung im Jahr 2006 vorausgegangen ist. Weiterhin wurde die Befreiung der Mitglieder im Ruhestand von der Beitragspflicht bei jährlichen Einkünften aus gelegentlicher ärztlicher Tätigkeit bis 5.000 EUR umgesetzt. Damit wird der berufspolitische und finanzielle Anteil dieser Mitglieder an der stabilen finanziellen Situation der Sächsischen Landesärztekammer ge-

würdigt und gleichzeitig ein Beitrag zur Entbürokratisierung durch Verringerung des Verwaltungsaufwandes für die bisherige Erhebung des Mindestbeitrages in Höhe von 15 EUR geleistet.

Die Möglichkeit solcher Änderungen der Beitragsordnung mit einer nachhaltigen Senkung des Beitragssatzes zum Kammerbeitrag ist in Zeiten von Neuverschuldung und ständigen Abgabensteigerungen nicht häufig und nicht selbstverständlich. Wir danken allen ehrenamtlich und hauptamtlich Tätigen, die durch ihre engagierte Arbeit zum Wohle der Sächsischen Landesärztekammer gewirkt haben.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Dr. med. Claus Vogel
Vorstandsmitglied und
Vorsitzender des Ausschusses Finanzen

Aktuelle Meldungen der Sächsischen Landesärztekammer im Internet unter

www.slaek.de

Ab 1. Januar 2008 können Sie Beiträge und Leserbriefe an eine neue Redaktions-E-Mail senden:

redaktion@slaek.de

Interview zum elektronischen Arztausweis



Frau Ute Taube beteiligt sich als niedergelassene Fachärztin für Allgemeinmedizin in der Region Löbau-Zittau am Test des Heilberufeausweises und der elektronischen Gesundheitskarte (eGK). Das „Ärzteblatt Sachsen“ befragte sie zu ihren Erfahrungen.

1. Frau Taube, haben Sie sehr gute Computerkenntnisse oder benötigen sie für den Test keine?

Grundkenntnisse in der Anwendung des Computers, über welche ich verfüge, sind nach meiner Erfahrung notwendig und zugleich ausreichend für diesen Test.

2. Warum haben Sie sich bereit erklärt, den Test der neuen elektronischen Karten mit durchzuführen?

Zunächst heißt es, einen neuen Prozess zu testen, einen „Probelauf“ mit einem nicht exakt kalkulierbaren zeitlichen, personellen und finanziellen Aufwand sowie ungewissem Endergebnis durchzuführen. Die Möglichkeit, dabei die Abläufe „praxistauglich“ mitgestalten zu können, hat mich dennoch zur Teilnahme am Test bewogen.

3. Was sagt Ihr Praxispersonal dazu?

Nach ausführlicher Teambesprechung zu diesem Thema konnte mein Pra-

xispersonal der unter Frage 2 ausgeführten Argumentation folgen.

4. Welche Aufwendungen hatten oder haben Sie?

Die bisherigen Aufwendungen waren und sind gegenwärtig noch vor allem zeitliche, die das Praxispersonal und mich betreffen, was naturgemäß entsprechende finanzielle Konsequenzen nach sich zieht. Hier muss jedoch angefügt werden, dass wir uns derzeit noch in einer Testphase mit Off-Line-Modus befinden und dadurch keine zusätzlichen Internetaufwendungen entstehen.

Mitarberschulungen und die technische Ausstattung der Praxis wurden finanziell unterstützt.

5. Wie integriert sich der Testlauf in Ihren Praxisalltag, wo liegen die Probleme?

Nach Einarbeitungszeit der Mitarbeiter und anfänglichen technischen Problemen, die unter anderem durch teilweise fehlerhafte Gesundheitskarten verursacht waren, hat sich der Testlauf gut in den Praxisalltag, allerdings bei etwas erhöhtem personellen Aufwand im Anmeldebereich in Stoßzeiten (zum Beispiel Quartalsbeginn), eingefügt.

Das parallele Einlesen zweier Gesundheitskarten bei den Testpatienten bindet diese zusätzlich erforderlichen Kapazitäten.

Problematisch sehe ich die Nichtanwendbarkeit des Systems beim Hausbesuch und im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst. Nach meiner Kenntnis gibt es dazu gegenwärtig wohl auch noch keine Lösungsansätze. Demzufolge ist längerfristig sicherlich von einer Parallelanwendung beider Gesundheitskarten auszugehen, mit allen sich daraus ergebenden Konsequenzen an den Schnittstellen.

6. Finden Ihre Patienten oder Kollegen es gut, dass Sie sich am Test beteiligen?

Eine diesbezügliche Reaktion konnte ich bis dato nicht aufnehmen.

7. Lässt sich der Arbeitsablauf in der Praxis durch die elektronischen Karten optimieren?

Im Off-Line-Test beeinflusst die eGK nur in oben beschriebener Weise den Arbeitsablauf im Anmeldebereich der Praxis.

8. Welche Unterstützung hätten Sie sich am Anfang und welche jetzt gewünscht?

Dazu möchte ich sagen, dass unser zuständiges Projektbüro in Zittau einen sehr guten Service hinsichtlich aller mit dem Test zusammenhängenden Belange bietet.

Es erfolgt eine zeitnahe Information über den Fortgang des Testlaufs und bei Problemen ist eine unkomplizierte Kontaktaufnahme gegeben. Eine suffiziente Unterstützung der teilnehmenden Praxen erfolgt demzufolge von Anfang an.

9. Wann glauben Sie, werden die elektronischen Karten für alle verfügbar sein?

Eine zeitliche Prognose über die Verfügbarkeit der eGK für alle wage ich nicht, da wir ja bereits im Test erhebliche Verzögerungen erleben und noch nicht alle Probleme gelöst sind.

10. Wo liegen aus Ihrer Sicht die großen Chancen der elektronischen Karten?

Es wäre sehr wünschenswert, wenn die elektronische Gesundheitskarte zur Optimierung der Patientenversorgung beitragen würde. Die Speicherung von Notfalldaten etwa erscheint mir in dieser Hinsicht sinnvoll. Auch eine unkomplizierte und sehr zeitnahe interärztliche Befundübermittlung online wäre hier zielführend. Gegenwärtig ist dies alles noch Zukunftsmusik, aber ich bleibe optimistisch.

Vielen Dank für das Gespräch!

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

Bedeutung und Erstellung ärztlicher Befundberichte für Behörden

Einführung

Das Verhältnis zwischen den behandelnden Ärzten und deren Patienten ist primär kurativ. Die Patienten kommen in der Regel dann zu ihrem Arzt, wenn ein mehr oder weniger schweres Leiden vorliegt. Die Patientenerwartung an den behandelnden Arzt fokussiert dabei den Aspekt der Heilung. Nicht immer kann diese Erwartung erfüllt werden, was jedoch nicht an den Ärzten sondern an der Spezifik vieler Erkrankungen liegt. Wenn die körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist, sind die Patienten nach § 2 Abs. 1 Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) behindert. Schwerbehindert sind die Patienten, wenn sie mindestens ein Grad der Behinderung von 50 haben. Die Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung und des Grades der Behinderung treffen, so § 69 SGB IX, die Versorgungsämter auf Antrag des behinderten Menschen.

Im Jahr 2006 lebten in Sachsen insgesamt knapp 517.000 behinderte Menschen, davon ca. 383.000 schwerbehinderte Menschen. Jährlich gehen in den Ämtern für Familie und Soziales ca. 70.000 Anträge auf Erstanerkennung einer Behinderung oder Verschlimmerung bereits festgestellter Behinderungen ein. Dazu kommen noch notwendige Nachprüfungen von Amts wegen, etwa wenn mit einer Besserung des Leidens zurechnen ist, und natürlich auch Widersprüche gegen die getroffenen Feststellungen. Bei ca. 100.000 Verfahren, die pro Jahr in den Ämtern für Familie und Soziales durchgeführt werden müssen, ist es nicht möglich, jeden Antragsteller persönlich versorgungsmedizinisch zu begutachten. Doppeluntersuchungen sind nicht nur kostenintensiv, sie belasten zu-

dem auch die Patienten unnötig. In vielen Fällen wäre dies zudem auch nicht sachgerecht, da spezielle, insbesondere auch fachärztliche Untersuchungen, in den Ämtern für Familie und Soziales nicht durchgeführt werden können. Bei der Durchführung des Schwerbehindertenrechts ebenso wie im Sozialen Entschädigungsrecht sind die Ämter für Familie und Soziales deshalb regelmäßig auf die Mithilfe der die Antragsteller behandelnden Ärzte angewiesen. Nur sie verfügen über die entsprechenden Unterlagen, welche es erlauben, die nach den Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im Sozialen Entschädigungsrecht und dem Schwerbehindertenrecht erforderlichen Feststellungen treffen zu können.

Medizinische Anforderungen an einen Befundbericht

Die Ämter für Familie und Soziales wenden sich deshalb regelmäßig an die behandelnden Ärzte mit der Bitte, Befundberichte über ihre Patienten zu übersenden. Die erstellten Befundberichte dienen den Versorgungsärzten als Basis für die Beurteilung. Dabei ist sowohl im Schwerbehindertenrecht als auch im Sozialen Entschädigungsrecht für die versorgungsmedizinische Beurteilung die nicht altersbedingte funktionelle Beeinträchtigung ausschlaggebend. Die alleinige Mitteilung von Diagnosen ist hier nicht ausreichend. Aus dem Befundbericht sollte hervorgehen, zu welchen Einschränkungen die Erkrankung im konkreten Einzelfall führt, zum Beispiel

- mit welchen neurologischen, geistigen und psychischen Defiziten eine Multiple Sklerose einher geht,
- zu welchen Defiziten ein Schlaganfall führte,
- um welche Anfälle es sich bei einer Epilepsie handelt, wie häufig Anfälle auftreten und ob eine tageszeitliche Bindung besteht,
- in welchem Umfang eine Arthrose mit Bewegungseinschränkungen (falls vorhanden Messwerte), Reizerscheinungen, Belastungsminderungen oder Instabilitäten einhergeht,
- wie häufig akut behandlungsbedürftige Wirbelsäulensyndrome auftreten und ob diese mit vorübergehenden oder bleibenden neurologischen Defiziten verbunden sind
- ob Gehhilfen oder andere Hilfsmittel zur Fortbewegung erforderlich sind, inwieweit wegen Gangunsicherheit personelle Unterstützung beim Gehen notwendig ist,
- ob und wie ausgeprägt bei einem Asthma bronchiale oder einer chronischen Bronchitis eine bleibende Lungenfunktionseinschränkung besteht, wie häufig asthmatische Anfälle auftreten,
- mit welchen Einschränkungen (etwa entsprechend NYHA-Klassifikation) ein Herzleiden verbunden ist,
- wie schwerwiegend sich abdominelle Erkrankungen auf den körperlichen Zustand auswirken (Durchfälle, Bauchbeschwerden, Ileusereignisse, Ernährungs- und Kräftezustand),

- um welche Form des Diabetes mellitus es sich handelt, welche Behandlung erfolgt und wie die Stoffwechsellage sich gestaltet.

Der Befundbericht des behandelnden Arztes sollte zusammengefasst neben der Diagnose eine kurze Gesamteinschätzung des Zustandes des Patienten (Allgemeinzustand, Ernährungszustand, Mobilität), einen fachgebiets- und leidensbezogenen klinischen Befund, vorhandene paraklinische und apparative Untersuchungsergebnisse und Angaben zu den geklagten Beschwerden und der durchgeführten Therapie enthalten.

Der Befundbericht im rechtlichen Zusammenhang

Die medizinischen Anforderungen an einen aussagefähigen Befundbericht, auf dessen Basis eine versorgungsmedizinische Einschätzung über das Vorliegen von Behinderungen und deren Ausmaß möglich ist, sind mit einem nicht unerheblichen Aufwand verbunden. In einem komplexen und nicht einfacher werdenden Umfeld ärztlicher Tätigkeit ist das Erstellen angeforderter Befundberichte eine zusätzliche Arbeitsbelastung für den behandelnden Arzt.

Die rechtliche Einordnung eines Befundberichtes ist primär relevant für die Frage der Honorierung dieser Leistung. Die behandelnden Ärzte werden von den Ämtern für Familie und Soziales mit Anforderung eines Befundberichtes gebeten, als sachverständige Zeugen über ihre Patienten zu berichten. Ein Befundbericht ist nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts eine schriftliche, ärztliche Auskunft, die vom Arzt als einem sachverständigen Zeugen abgegeben wird. Ein Befundbericht enthält demnach die Wiedergabe eigener fachlicher Wahrnehmungen in einer gewissen bewertenden Auswahl sowie fachlicher Einordnung der betreffenden Wahrnehmungen. Nur soweit Aufzeichnungen über Gesundheitsstörungen (Krankheitsverlauf, Befunderhebung, Funktionsbeeinträchtigungen, Medikation und anderer) zum Gesamtbild der Gesundheitsstörung medizinisch ein-

geordnet werden, ist – anders als bei einfachen Zeugen – eine ärztliche Fachkunde erforderlich. Eine gutachtliche Äußerung, so das Bundessozialgericht, leitet sich daraus noch nicht ab. Gutachtliche Äußerungen im Feststellungsverfahren nach dem SGB IX enthalten regelmäßig die Feststellung des Grades der Behinderung ebenso wie die Beurteilung, ob die Voraussetzungen für weitere Nachteilsausgleiche vorliegen. Diese gutachtlichen Feststellungen entsprechend der Begutachtungsrichtlinien nicht vom behandelnden Arzt zu fordern, hat aus meiner Sicht viele unterschiedliche, aber jeweils gute Gründe.

Rechtsgrundlage für die Ämter für Familie und Soziales, Sie als behandelnde Ärzte zur Abgabe eines Befundberichtes zu bitten, sind § 12 Abs. 2 Verwaltungsverfahrensgesetz der Kriegsopferversorgung (KOV-VfG) und § 100 Abs. 1 Sozialgesetzbuch X (SGB X). Nach diesen sozialrechtlichen Normen sind die behandelnden Ärzte verpflichtet, als sachverständige Zeugen die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. In dem Umfang, wie Sie als sachverständiger Zeuge tätig sind, haben Sie quasi als Kehrseite dieser Pflicht einen Rechtsanspruch auf Entschädigung. Diese jedoch hat nach § 21 Abs. 3 SGB X in entsprechender Anwendung des Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetzes (JVEG) zu erfolgen. Freie Honorarvereinbarungen sind nach bestehender Rechtslage somit nicht möglich.

Die Höhe der Entschädigung von Befundberichten erfolgt nach dem JVEG. Anlage 2 zu § 10 Abs. 1 JVEG sieht eine Entschädigung von Befundberichten nach der Ziffer 200 vor. Danach beträgt die Regelentschädigung 21 Euro. Kosten für Porto und ggf. Kopien können im erforderlichen Umfang zusätzlich erstattet werden. Nur in Fällen, in denen der Befundbericht außergewöhnlich umfangreich ist, kann das Honorar nach Ziffer 201 auf bis zu 44,00 Euro erhöht werden. Maßstab kann dabei nicht alleine auf den Seitenumfang eines Befundberichtes

sein. Die Ziffern 200 und 201 der Anlage 2 gelten für alle in Gerichts- und Sozialverfahren angeforderten Befunde, für alle dort möglichen medizinischen Fragestellungen. Da im Feststellungsverfahren nach dem SGB IX regelmäßig die aktuellen Befunde benötigt werden, längere Zeit zurückliegende oder auch Verlaufsbeurteilungen nicht erforderlich sind, sehe ich hier kaum Anhaltspunkte, die – verglichen mit anderen Rechtsgebieten – außergewöhnlich umfangreiche Befundberichte erforderlich machen würden. Dies schließt Ausnahmen jedoch nicht per se aus: eine Entschädigung eines Befundberichtes nach Ziffer 201 kann dann gegeben sein, wenn sehr umfangreiche Berichte, zum Beispiel über psychiatrische Behandlungen über einen längeren Zeitraum, erforderlich sind. Hinweise zu der Entschädigung von Befundberichten nach dem JVEG sind auch im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 3/2005, veröffentlicht.

Fazit:

Befundberichte der behandelnden Ärzte sind die Grundlage für die Feststellung des Vorliegens einer Behinderung und des Ausmaßes dieser nach dem SGB IX. Die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft fördert die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe der Patienten am Leben in der Gesellschaft. Die Inanspruchnahme konkreter Nachteilsausgleiche ist unmittelbar von einer entsprechenden Feststellung abhängig. Die zeitnahe Erstellung angeforderter Befundberichte liegt somit vor allem im Interesse der Patienten an einer einfachen und effektiven Feststellung beantragter Gesundheitsstörungen. Grundsätzliche Fragen zur Vergütung dieser Leistung und deren rechtlicher Normierung sollten deshalb im geeigneten Rahmen und unabhängig vom Patienten diskutiert werden.

Jahreshauptversammlung Kreisärztekammer Dresden

Am 13.11.07 hatte der Vorstand der Dresdner Kreisärztekammer zu seiner jährlichen Hauptversammlung eingeladen – und weit mehr als 100 Kolleginnen und Kollegen füllten den Plenarsaal des Kammergebäudes.

Den furiosen kulturellen Auftakt gestaltete die vielversprechende junge Pianistin Kateryna Titova, Studentin der Musikhochschule „Carl Maria von Weber“ Dresden und bereits mehrfache Preisträgerin, die in einem kurzen, aber eindrucksvollen Programm mit Werken von Bach, Scarlatti und Chopin ihr faszinierendes Talent offenbarte – eine Künstlerin, die eine große Karriere vor sich hat. Moderiert wurde der Abend in bewährter unterhaltsamer Weise von Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud, der zunächst über die letzte Versammlung der Landesärztekammer drei Tage zuvor und deren aktuelle Themen berichtete.

Den Jahrestätigkeits- und Finanzbericht der Dresdner Kreisärztekammer stellte ihr Vorsitzender Dr. med. Norbert Grosche in gewohnt klarer Form dar. Die Arbeitsschwerpunkte lagen 2006/7 insbesondere in der Mitorganisation der Kammerwahl, in der eine gute Übergabe des „Staffelstabes“ an die jüngere Ärztegeneration gelang.

Geprägt, oder besser: überschattet wird auch die Arbeit der Kreisärztekammer durch die drängenden Probleme der Gesundheitspolitik. Der Ärztemangel, in den ländlichen Gebieten bereits akut, ist mittlerweile auch in lukrativen Stadtgebieten spürbar. Trotz jahrelangen Drängens der Ärzteschaft hat die Politik bisher kaum Antworten, geschweige denn Lösungen gefunden. Die wirtschaftliche Situation der Ärzteschaft ist angespannt. Die bisherigen Erfahrung mit DRG in den Krankenhäusern und EBM-Entwicklung ambulant lässt auch für die Zukunft nichts Gutes erahnen.

Der Tarifkonflikt des letzten Jahres mit Streiks in den Krankenhäusern hat überwiegend nur in Papierform zur einer Verbesserung der Lage im stationären Bereich geführt. Nach wie vor wird der Tarifabschluss entweder ignoriert, Ärzte werden in ihrer Position degradiert und es wird auf Kosten des medizinischen Personals insgesamt gespart. Dass es auch keine Alternative sein darf, dass ärztliche Tätigkeit auf andere Berufsgruppen (siehe „Schwester AgneS“) verlagert und damit vor allem schlechter bezahlt wird, ganz zu schweigen von der medizinischen Qualität – darüber waren sich auch in der anschließenden Diskussion Vorstand und Plenum einig.

Die schon in den vergangenen Jahren durchgeführte Studentenerhebung wurde auch 2007 fortgesetzt. Signifikante Änderungen in den Zukunftsperspektiven der künftigen Kollegen ergaben sich dabei nicht...

Erfreuliche Aspekte des letzten Jahres waren die überaus erfolgreiche Seniorenarbeit mit vierteljährlichen Veranstaltungen und einer Ausfahrt. Allerdings stellt die immense Zunahme der Teilnehmerzahlen die Organisatoren vor immer schwierigere Probleme, so dass in Zukunft neue Veranstaltungskonzepte gefunden werden müssen.

Einen der Höhepunkte des Jahres bildete wiederum der Ärzteball in der Orangerie Schloss Pillnitz – ein Ball, der sich nicht nur bei Dresdner Kollegen großer Beliebtheit erfreut. Aufgrund der im letzten Jahr besonders guten Resonanz haben wir uns entschlossen, 2008 den Ball erneut in Pillnitz zu veranstalten und laden bereits jetzt für den 30. August des kommenden Jahres dazu ein.

In Zusammenarbeit mit der Kulturakademie Sachsen und unterstützt von der Ärzte- und Apothekerbank wurde in diesem Jahr erstmalig ein Seminar durchgeführt, in dem nach Deutschland eingewanderte ärztliche Kollegen über hiesige Arbeits- und Niederlassungsmöglichkeiten informiert wurden. Diese erfolgreiche Veranstaltung, die diesen Ärztinnen

und Ärzten die berufliche Integration in Deutschland erleichtern soll, wird in den kommenden Jahren weiterentwickelt werden.

Das, was in früheren Jahren oft die Haupttätigkeit der Kreiskammervorstands ausmachte – die Vermittlung in Sachen Patientenbeschwerden und bei interkollegialen Streitigkeiten – spielte 2006/2007 nur noch eine marginale Rolle.

Über die Aktivitäten der Kreisärztekammer kann man sich übrigens auf der Website www.kaek-dd.de informieren, die sich im Laufe des letzten Jahres zum immer aktiver genutzten Informationsmedium entwickelt hat. In der anschließenden Diskussion, angeführt vom Präsidenten der Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, war in diesem Jahr große Einigkeit zu spüren. Eine Kontroverse blieb – nicht zuletzt dadurch, dass alle mit ähnlichen Problemen zu kämpfen haben – ganz aus.

Mit Spannung erwartet wurde dann der Hauptvortrag des Abends: Dr. med. Steffen Liebscher, der Vorsitzende des Verwaltungsausschusses des Sächsischen Ärzteversorgungswerks machte das Auditorium mit den Grundzügen der berufsständischen Versorgung vertraut, einem Thema, das den Großteil der Anwesenden aus unmittelbarer Betroffenheit interessierte. Herrn Dr. Steffen Liebscher gelang es dabei, die komplexe und für den Laien nicht einfach überschaubare Materie verständlich darzustellen und dabei fundiert das Gefühl zu vermitteln „die Renten sind sicher“.

Im genussvollen kollegialen Beisammensein, musikalisch begleitet vom bekannten Dresdner Jazzpianisten Holger Miersch, kulinarisch vom Restaurant des Hauses und abgerundet durch edle Kostproben von den Dresdner Elbhängen klang ein erfolgreicher Abend aus und brachte nicht nur intellektuelle Anregung für das kommende Jahr.

Katharina Schmidt-Göhrich
Stellvertretende Vorsitzende der
Kreisärztekammer Dresden

Mitgliederversammlung der Kreisärztekammer Leipzig

Am 28. November 2007 hatte der Vorsitzende der Kreisärztekammer Leipzig, Prof. Dr. med. habil. Eberhard Keller zur diesjährigen Mitgliederversammlung mit berufspolitischem Forum ins Neue Rathaus Leipzig eingeladen. Neben dem jährlichen Rechenschafts- und Finanzbericht der Kreisärztekammer sollte der berufspolitische Schwerpunkt des Abends ein Vortrag von Frau Dr. med. Regine Klakow-Franck, der Stellvertretenden Hauptgeschäftsführerin der Bundesärztekammer, mit dem Thema „Stärkere Einbeziehung nicht-ärztlicher Heilberufe in Versorgungskonzepte – Chance oder Deprofessionalisierung“ sein.

Prof. Dr. Keller überraschte die etwa 130 anwesenden Kammermitglieder und Gäste zu Beginn der Veranstaltung mit der Nachricht, dass Frau Dr. Klakow-Franck erkrankt ist und sich an ihrer Stelle kurzfristig Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, bereit erklärt hat, den aktuellen Stand zum Thema „Nachwuchsmangel in der ärztlichen Versorgung und Perspektiven“ zu beleuchten. So zeigte Prof. Dr. Schulze auf, dass das Durchschnittsalter vor allem niedergelassener Ärzte in den letzten zehn Jahren stetig angestiegen ist, während der Anteil junger Ärzte sank.

„Wenn man berücksichtigt, dass 29 Prozent aller Hausärzte in den neuen Bundesländern im Jahre 2002 über



Prof. Dr. med. habil. Eberhard Keller

59 Jahre alt waren, wird deutlich, dass der Zusammenbruch der hausärztlichen Versorgung in den neuen Bundesländern unmittelbar bevorsteht“, so Prof. Dr. Schulze.

An ärztlichem Nachwuchs fehlt es demgegenüber. 61 Prozent der Studienanfänger in Sachsen kommen hier nicht an. Die Ursachen liegen im Studienabbruch oder -wechsel, in der Fortsetzung des Studiums an einer Hochschule außerhalb Sachsens. Oder aber nach absolviertem Studium in Sachsen erfolgt der Umzug in ein anderes Bundesland, ins Ausland oder in ein alternatives Berufsfeld. Diese Tendenz wird nicht durch Zuwanderung von Studenten oder jungen Ärzten aus anderen Bundesländern oder dem Ausland ausgeglichen.

Prof. Dr. Schulze belegte anhand von Statistiken, dass die psychischen und physischen Belastungen sowie die Rahmenbedingungen das Berufsbild nicht attraktiv für den Nachwuchs erscheinen lassen, sondern eher noch den gegenteiligen Effekt haben. So stellen zum Beispiel Ärzte nach Lehrern die für ein Burn-out anfälligste Berufsgruppe dar oder noch vor allen anderen Berufsgruppen diejenige mit der größten Unvereinbarkeit von Berufs- und Privatleben.

Zudem gewinnen ökonomische Aspekte immer mehr Einfluss auf ärztliches Denken und Handeln, auf Therapieentscheidungen oder medizinische Kompetenz. Dass unter solchen Umständen ärztliche Sinnkrisen entstehen, Demotivation oder das Gefühl von Fremdbestimmung an der Tagesordnung sind, ist nicht verwunderlich.

Prof. Dr. Schulze benannte drohende Engpässe in der medizinischen Versorgung vor allem bei Hausärzten, Augen-, Frauen-, Haut- und Nervenärzten. Ohne Berücksichtigung des Nachwuchses verringert sich die Zahl der berufstätigen Ärzte in den kommenden Jahren um etwa 30 Prozent. Die Auswirkungen auf einzelne Facharztbereiche liegen teilweise sogar darüber. Bereits jetzt sind in Sachsen ca. 150 Praxen und etwa 200 Stellen in Kliniken frei.

Als zentrale Herausforderungen der zukünftigen medizinischen Versorgung benannte Prof. Dr. Schulze abschließend Nachwuchsgewinnung und Strukturwandel: Wesentliche Verbesserungen in Ausbildung und Berufsausübung, Vergütung und den Rahmenbedingungen ärztlichen Handelns sind dringend notwendig, um den Beruf wieder attraktiver zu machen. Politik und ärztliche Selbstverwaltung sind gefordert, weitere Maßnahmen vorzulegen. Einer der aktuellen Ansätze ist die geplante Einrichtung einer Koordinierungsstelle im Rahmen des Projektes „Neue Ärzte braucht das Land“. Diese Initiative wird neben der Sächsischen Landesärztekammer vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales, der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und den sächsischen Krankenkassen getragen. Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer sprach sich für die Fortsetzung und den Ausbau dieser guten Zusammenarbeit der Selbstverwaltung auf Landesebene aus, um den genannten Problemen zu begegnen.

Dass Prof. Dr. Schulze mit seinem Vortrag einen berufspolitischen Bogen gespannt hatte, der jeden Arzt betrifft, aber der auch einige Verunsicherung hervorruft, wurde in der anschließenden Diskussion deutlich. Viele der anwesenden Mediziner nutzten die Möglichkeit zu Fragen, Anregungen und Meinungsaustausch mit dem Präsidenten der sächsischen Ärzteschaft. Die angeregten Gespräche wurden auch beim anschließenden Empfang fortgesetzt.



Exmatrikulationsfeier der Medizinischen Fakultät der Alma mater lipsiensis

Am 23. November 2007 fand zum wiederholten Male in festlichem Rahmen im Gewandhaus zu Leipzig die Exmatrikulation der Leipziger Medizinstudenten statt. Einen Wermutstropfen gab es allerdings, denn wegen der Umstellung auf die neue Approbationsordnung hatten unvorgehenerweise noch nicht alle Absolventen ihre Prüfungen schaffen können.

Der Mendelssohn-Saal des Gewandhauses war reichlich gefüllt mit Dozenten, Absolventen, Familien und Kindern, als der Dekan der Fakultät, Spektabilis Prof. Dr. Meixensberger, seine Grußworte sprach. Er wies auf die Erfolge der Studenten hin, wie auch auf die große Bedeutung des Studiums der Medizin in Leipzig. Ebenso mahnte er an, die Wissenschaftlichkeit bei der Tätigkeit als Arzt oder Ärztin, als medizinischer Lehrer nicht zu vergessen, denn dies unterscheidet den Arzt von nichtakademischen Heilberufen. Schon etwas wehmütig verabschiedete er sich von den nun fertigen Ärztinnen und Ärzten.

Die Sächsische Landesärztekammer war in diesem Jahr durch ihren Vizepräsidenten vertreten. In seinen Worten ging er auf die Bedeutung des Arztberufes für die Gesellschaft ein und gab seiner Hoffnung Ausdruck, dass viele der jungen Kolleginnen und Kollegen einen Weg in Sächsischen Kliniken und Praxen finden werden. Die Welt hat offene Türen, die Heimat ist jedoch, wo die Schule steht. Große Mediziner haben an der Universität Leipzig gewirkt, deren Vermächtnis es zu erfüllen gibt. Noch heute prägen bekannte Ärzte und Wissenschaftler das Bild der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig und Absolventen sind wegen ihrer guten Ausbildung anerkannt. Den Berufseid schworen die Absolventinnen und Absolventen nach den Worten des Studiendekans Prof. Dr. Eilers. Spürbar schienen alle Mühen, alles Leid und alle Freud des

gesamten Studiums im Raum in den Worten: „... das schwöre ich“ zu schweben und abzufallen.

Den Dank der Studenten sprach Herr Christian Rösch. Den Worten des Dekans und des Studiendekans konnte entnommen werden, dass eher eine Kritik zu erwarten war. Das Gegenteil war jedoch der Fall. Dies zeugt von der großen Anerkennung der Studenten für ihre Lehrer, auch wenn sicher nicht immer Gleichklang herrschte.

Auch in diesem Jahr wurde der Lehrpreis verliehen. Der Alumni-Verein hatte dazu einen Sachpreis in Höhe von 500,- Euro zugelegt. Laureat war Professor Dr. Baerwald. Er erhielt den Preis für seinen praxisnahen Unterricht ebenso wie für die Anleitung der Studenten zu selbständigem Handeln.

Im Anschluss gab es Gelegenheit, nochmals bei einem Glas Sekt Kommilitonen und Dozenten zu treffen, Dank zu sagen und in die Zukunft zu schauen.

Erfreulich war die Zahl von kleinen Kindern, welche offensichtlich während des Studiums geboren wurden, zeugt dies doch ebenso von der großen Verantwortung der jungen Angehörigen unseres Berufsstandes für unsere Gesellschaft.

Erik Bodendieck
Vizepräsident

Deutsches Hygiene-Museum Dresden

Ringvorlesung zur Ausstellung:
Six Feet Under – Autopsie unseres Umgangs mit Toten

17. Januar 2008, 19.00 Uhr,
Marta-Fraenkel-Saal

„Gewebespende, Organ-
spende und Körperspende:
Die Position der Bundesärztekammer“

Referent: Dr. Frank Ulrich
Montgomery, Vizepräsident der
Bundesärztekammer und
Präsident der Ärztekammer
Hamburg

Ärzteblatt Sachsen

ISSN: 0938-8478

Offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer

Herausgeber:

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

Anschrift der Redaktion:

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Telefon 0351 8267-161

Telefax 0351 8267-162

Internet: <http://www.slaek.de>

E-Mail: presse@slaek.de

Redaktionskollegium:

Prof. Dr. Jan Schulze

Prof. Dr. Winfried Klug (V.i.S.P.)

Dr. Günter Bartsch

Prof. Dr. Siegwart Bigl

Prof. Dr. Heinz Diettrich

Dr. Hans-Joachim Gräfe

Dr. Rudolf Marx

Prof. Dr. Peter Matzen

Uta Katharina Schmidt-Göhrich

PD Dr. jur. Dietmar Boerner

Knut Köhler M.A.

Redaktionsassistent: Ingrid Hüfner

Grafisches Gestaltungskonzept:

Hans Wiesenhütter, Dresden

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH

Paul-Gruner-Straße 62, 04107 Leipzig

Telefon: 0341 710039-90

Telefax: 0341 710039-99

Internet: www.leipziger-verlagsanstalt.de

E-Mail: info@leipziger-verlagsanstalt.de

Geschäftsführer: Dr. Rainer Stumpe

Anzeigendisposition: Silke El Gendy-Johne

Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste Nr. 11

vom 1.1.2008 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 93,50 € incl. Versandkosten

Einzelheft: 8,85 € 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 Lesermanagement Medizinischer Zeitschriften e.V.

Exmatrikulationsfeier der Dresdener Medizinischen Fakultät

Am 08.12.2007 fand zum nunmehr vierten Male ein feierlicher akademischer Exmatrikulationsakt für die Absolventen der Medizinischen Fakultät sowie die Verleihung der diesjährigen Carl-Gustav Carus Preise für hervorragende Promotionen statt.

An nicht allen Medizinischen Fakultäten in Deutschland ist eine feierliche Entlassung nach erfolgreicher Beendigung des Studiums der Medizin etabliert. An der Dresdner Fakultät wird seit 2004 eine solche Veranstaltung durch den Förderverein der Medizinischen Fakultät (Vorsitzender: Prof. Dr. Michael Meurer) mit Unterstützung des Dekans der Fakultät organisiert. Im Laufe der Jahre gewachsen, meldeten sich in diesem Jahr 125 Studenten mit ihren Angehörigen zur Teilnahme an. Leider bietet das Kerngelände der Fakultät keinen Hörsaal, der die insgesamt 600 erwarteten Gäste fassen konnte. So wurde bereits im Vorfeld die Veranstaltung in das Hörsaalzentrum der TU Dresden an der Bergstraße verlegt.



Die Absolventen, Preisträger und Angehörige wurden vom Vorsitzenden des Fördervereins, Prof. Dr. Michael Meurer begrüßt. Er reflektierte in seiner Ansprache die Notwendigkeit und den Reiz der langen Verbundenheit mit der ausbildenden Universität. Musikalisch wurde der Vormittag vom Kammerorchester „medicanti“ unter der Leitung von

Wolfgang Behrend musikalisch begleitet. Bereits eine gute Tradition findet im ersten Musikstück ein junger musikalischer Hoffnungsträger seinen großen Auftritt. Hier brillierte Laura Hildebrand vom Konservatorium Dresden mit dem Stück „Präludium“ & „Allegro“ von Fritz Kreisler. Professor Dr. Heinz Reichmann begrüßte die Anwesenden in seiner Funktion als Dekan der Medizinischen Fakultät, reflektierte in seiner Rede den Werdegang der Studenten von der Immatrikulation bis zur letzten ärztlichen Prüfung und zog Parallelen zur eigenen Laufbahn. Bereits seit mehreren Jahren fester Gast ist der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer. Prof. Dr. Jan Schulze hob in seinem Grußwort den nahtlosen Übergang vom studentischen in das tägliche ärztliche Leben hervor. Er dokumentierte mit seiner Anwesenheit das hohe Interesse der sächsischen Heilberufler um nachhaltige Unterstützung in der nächsten Generation und warb für einen Beginn der fachärztlichen Qualifikation in sächsischen Kliniken und Einrichtungen. Der Festvortrag wurde von Prof. Dietrich von Engelhardt, em. Direktor des Institutes für Medizin- und Wissenschaftsgeschichte der Universität zu Lübeck gehalten. Er beschrieb in freier Rede mit einer bemerkenswerten Rhetorik die Entwicklung der Universitäten im Humboldtschen Sinne und fragte in seinen Ausführungen nach der Umsetzung und Aktualität in der Moderne. Das Sprechen des ärztlichen Gelöbnisses nach der Präambel in der Sächsischen Berufsordnung bildete sicher nicht nur für die Absolventen sondern vor allem auch für die Angehörigen einen Höhepunkt des Festaktes. Zwanglos, aber gut durchorganisiert erfolgte in Gruppen die Übergabe der 2007 nochmals aktualisierten Studienabschluss-Urkunden durch Prof. Dr. Meurer, Prof. Dr. Reichmann sowie die Studiendekanin der Medizinischen Fakultät Frau Prof. Dr. Thea Koch. Es fanden sich für alle Absolventen persönliche Worte, Fragen nach dem Ausbildungsziel und künftigen Ausbildungsort.

Wie auch in den vergangenen drei Jahren bildete auch in diesem Jahr der Akademische Festakt den würdigen Rahmen zur Verleihung der diesjährigen Carl-Gustav Carus Preise. Insgesamt wurden 13 Arbeiten zur Begutachtung eingereicht, von denen ein unabhängiger Ausschuss (Leitung Prof. Dr. Bernd Terhaag) die Preisträger auswählte. Im Bereich der klinischen Medizin gingen in diesem Jahr keine Arbeiten ein, so dass die Prämierungen nur in den Gebieten „Experimentell-theoretische Medizin“ an Dr. Mareike Florek, im „Zahnmedizinischen Bereich“ an Dr. med. dent. Lars Hansen sowie im „Experimentellen Bereich – Naturwissenschaften“ an Frau Dr. rer. nat. Claudia Götsch erfolgten. In diesem Bereich wurde auch ein zweiter Preis an Frau Dr. rer. medic. Ala Yaromina vergeben. Gemeinsam mit dem Prodekanat Forschung erfolgte die Vergabe des Publikationspreises, der in diesem Jahr an Dr. Imanuel Dzialowski für eine Publikation in „Radiology“ überreicht wurde. Insgesamt waren die ersten Preise mit jeweils 1000 Euro und der 2. Preis mit 750 Euro dotiert. Die Preisgelder wurden hierbei größtenteils von der Ostsächsischen Sparkasse sowie von der Firma Sanofi-Aventis bereitgestellt. Der Förderverein dankt den Sponsoren, ohne die eine Vergabe in dieser Höhe nicht möglich gewesen wäre.

Das arrangierte Gruppenfoto aller Absolventen ließen sich die anwesenden Angehörigen nicht entgehen und entließen diese zum Empfang erst nach umfangreichem Blitzlichtgewitter. Im Foyer klang der Vormittag bei Sekt und Selters mit einem Imbiss aus. Der Dank der Absolventen ist Ansporn für das kommende Jahr aus der Moderne die Tradition eines solchen Festaktes weiter zu pflegen, wobei bereits vom Dekan umfangreiche Hilfe zugesichert wurde.

Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud
Stellv. Vorsitzender Förderverein
Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der
TU Dresden

Patientensicherheit – ein Anliegen der sächsischen Ärzte

Am 3. November 2007 lud die Sächsische Landesärztekammer erstmals zu einer Informations- und Fortbildungsveranstaltung zum Thema „Risikomanagement und Patientensicherheit“ ein. 60 Kolleginnen und Kollegen nahmen das Angebot wahr und diskutierten intensiv mit den Referentinnen und Referenten.

Zwar sind Risikomanagement und Patientensicherheit so alt wie die ärztliche Behandlung selbst, die damit verbundenen Problem- und Themenschwerpunkte werden allerdings insbesondere seit der Veröffentlichung des Buches „To Err is Human“ im Jahr 1999 öffentlich thematisiert. In Deutschland startete die Diskussion vor allem mit Blick auf die Erarbeitung von Handlungsempfehlungen zum Umgang mit Fehlern in der Medizin insbesondere mit der Gründung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit im Jahr 2005.

In seiner Begrüßung wies Erik Bodendieck, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer, auf die technischen Entwicklungen im Gesundheitswesen hin, die zwar neue Möglichkeiten in der Patientenbehandlung bieten, aber auch mit höheren Risiken verbunden sind. Die in der Patientenversorgung auftretenden Fehler sind deshalb weniger der individuellen Ebene zuzuordnen, sondern haben überwiegend Systemcharakter. Schon aus diesem Grund und mit Blick auf eine systematische Herangehensweise ist Risikomanagement eine Methode mit klaren Schnittmengen zum Qualitätsmanagement und dies in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens. In diesem Zusammenhang hat der Deutsche Ärztetag im Jahr 2005 hierzu auch festgestellt, dass Maßnahmen zur Erhöhung von Patientensicherheit auf Vertrauen beruhen. So seien Beinahe-Fehler-Berichtssysteme primär keine Sanktionsinstrumente, sondern dienen vor allem der Fehlerprävention.

Frau Dr. med. Maria Eberlein-Gonska, Vorsitzende des Ausschusses Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie der Sächsischen Landesärztekammer und Leiterin des Zentralbereiches Qualitätsmanagement am Universitätsklinikums Dresden führte in das Thema ein und erläuterte, dass Risikomanagement durch verschiedene Interessengruppen vertreten und mit unterschiedlichen Wertvorstellungen verbunden ist. Klinisches Risikomanagement bedeutet zunächst die Akzeptanz, dass komplexe Systeme im Gesundheitswesen mit Risiken verbunden sind und demzufolge eines strukturierten und planvollen Umgangs mit denselben bedürfen. Im Sinne des systematischen Qualitätsmanagementansatzes werden demzufolge Wahrscheinlichkeiten vorausgesagt, Auswirkungen beschrieben, gegebenenfalls quantifiziert und Maßnahmen zur Vermeidung und Begegnung erarbeitet. Der Präventionsgedanke im Hinblick auf die Entwicklung und Implementierung von Strategien zur Fehlervermeidung steht dabei ganz im Vordergrund und bedarf einer kontinuierlichen und organisationsübergreifenden Umsetzung mit Leitungsverantwortung. Eindrucksvoll stellte Frau Dr. Eberlein-Gonska anhand von Beispielen aus dem Universitätsklinikum Dresden dar, wie durch die Einführung und Umsetzung entsprechender Maßnahmen und Systeme Fehler im Hinblick auf eine höhere Patientensicherheit vermieden, Mitarbeiter zugleich unterstützt und außerdem die finanziellen Aufwendungen für Fehlerkosten langfristig gesenkt werden können. Das 2005 gegründete Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) – einem Bündnis aus Vertretern der Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen, ausgewählter medizinischer Fachgesellschaften sowie Spitzenverbänden der Krankenkassen und Patientenorganisationen, so führte Frau Dr. Eberlein-Gonska aus, hat sich die Verbesserung der Patientensicherheit in Deutschland zum Ziel gesetzt. Das APS berichtet in seiner Agenda Patientensicherheit 2007 von 17.000 vermeidbaren Todesfällen in deutschen Krankenhäusern und hat Handlungsempfehlungen

erarbeitet, die helfen sollen, Fehler zu vermeiden. Hierzu gehören zum Beispiel die Empfehlungen zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen in der Chirurgie (vgl. Ärzteblatt Sachsen 11/2006, S. 559 – 560), zur Sicherung der Patientenidentifikation, die Empfehlungen zur Einführung von anonymen Fehlermeldesystemen (Critical Incident Reporting System – CIRIS) im Krankenhaus bis hin zur Checkliste Arztherapiesicherheit im Krankenhaus (abrufbar unter www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de). Diese Empfehlungen von Fachexperten gilt es nun, in den jeweiligen Einrichtungen zu nutzen und vor Ort umzusetzen, was letztlich den kritischen Erfolgsfaktor der Empfehlungen des Aktionsbündnisses darstellt.

Patientensicherheit und Risikosituation im Gesundheitswesen aus der Sicht einer Gutachterstelle erörterte Dr. med. Rainer Kluge, Vorsitzender der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen der Sächsischen Landesärztekammer. Einführend wies er darauf hin, dass die Problematik Patientensicherheit/Risikomanagement weder qualitativ noch quantitativ ausreichend definiert ist. Die seit 1992 durch die Gutachterstelle erhobenen Daten (ca. 300 Schadensfälle pro Jahr) lassen auf eine Schadenshäufigkeit von 0,5 bis 1 Schadensfall pro 1.000 Behandlungen schließen. Die Quote der als berechtigt beurteilten Forderungen liegt seit Jahren bei etwa 25 Prozent. Aus Sicht der Gutachterstelle darf jedoch die Patientensicherheit als gut bewertet werden. (Hinweis: Eine ausführliche Beschreibung der Tätigkeit der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen kann dem jährlichen Tätigkeitsbericht der Sächsischen Landesärztekammer entnommen werden: www.slaek.de in der Rubrik Kammer/Tätigkeitsberichte.) Einige Schadensfälle lassen sich auf Vorgänge zurückführen, bei denen eine systemische Komponente beteiligt ist. Hierzu zählen Schnittstellen- und Kompetenzprobleme sowie Fehler in der Klinikorganisation. Die sich daraus ergebenden Fragen nach der Risikoprävention benannte Dr. Kluge mit Investi-

tion in Aus-, Fort- und Weiterbildung und Verbesserung der Klinikorganisation.

Dr. rer. nat. Holger Knoth, Leiter der Klinik-Apotheke des Universitätsklinikums Dresden, ging in seinem Referat auf Medikationsirrtümer und Ansätze zu deren Vermeidung ein.

Über die Einführung eines anonymen Meldesystems für vermeidbare Zwischenfälle (CIRS – Critical Incident Reporting System) berichtete Dr. med. Angela Möllemann aus der Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie des Universitätsklinikums Dresden. Bedingung für die Einführung des Meldesystems sei neben der Freiwilligkeit der Teilnahme an dem Berichtssystem eine lückenlose Anonymisierung. Auch müsse frei von Schuldzuweisungen gearbeitet werden können. Voraussetzung ist die ausdrückliche Unterstützung durch die Klinikleitung! Die gemeldeten Fehler müssen außerdem zeitnah ausgewertet, kritisch analysiert und bewertet sowie die Mitarbeiter

zeitnah über die CIRS-Berichte und deren Auswertung und Handlungsempfehlungen informiert werden. Frau Dr. Möllemann stellte überzeugend dar, wie CIRS – sollte die Leitung es ernst damit meinen – im Krankenhaus die Qualität der Patientenversorgung verbessern und die Mitarbeiterzufriedenheit im Hinblick auf die Etablierung einer Risikokultur erhöhen kann.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass bei der Entwicklung von Fehlervermeidungsstrategien im Gesundheitswesen vor allem die Behebung von organisations- oder kommunikationsbedingten Problemen sowie Schnittstellenproblemen im Vordergrund stehen und dies im Hinblick auf eine systematische Unterstützung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Kritische Erfolgsfaktoren sind die hierfür notwendigen Ressourcen als mittel- und langfristig angelegte Investition und die unbedingte Unterstützung durch die Leitung.

Die Evaluation der Veranstaltung zeigt eine äußerst positive Resonanz. 80 Prozent der Befragten zeigten Interesse an einer weiteren Veranstaltung zum Thema Risikomanagement, gewünscht wurde vor allem auch die Ausrichtung des Themas für den niedergelassenen Bereich. Damit plant der Ausschuss Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie an der Sächsischen Landesärztekammer derzeit eine nächste Veranstaltung für das Jahr 2008 und ist offen für Hinweise, Ideen und Anregungen.

Der überwiegende Teil der Vorträge kann über die Homepage der Sächsischen Landesärztekammer www.slaek.de in der Rubrik Qualitätssicherung eingesehen werden.

Dr. med. Maria Eberlein-Gonska,
Vorsitzende des Ausschusses
Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie,

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

Verdienstorden an Prof. Dr. med. habil. Thomas Herrmann



Der Ministerpräsident des Freistaates Sachsen, Herr Prof. Dr. Georg Milbradt, zeichnete am 22. November 2007 Herrn Prof. Dr. med. habil. Thomas Herrmann mit dem Sächsischen Verdienstorden aus.

Prof. Dr. med. Thomas Herrmann, Direktor der Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie am Universitätsklinikum Dresden, hat wesentlich zur Erneuerung der sächsischen Hochschulmedizin und speziell zur Gründung der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden im Jahr 1993 beigetragen.

Von 1994 bis 1997 war er erster Dekan der Medizinischen Fakultät. In diesem Zeitraum war die Integration der jungen Medizinischen Fakultät in die Technische Universität Dresden sein wesentliches Anliegen.

Der Bau des ökumenischen Seelsorgezentrums am Universitätsklinikum Dresden geht maßgeblich auf Prof. Dr. Herrmann zurück, der den Förderverein des Seelsorgezentrums viele Jahre als Vorsitzender leitete.

Das 2001 eingeweihte moderne und barrierefreie Seelsorgezentrum bereichert das Universitätsklinikum seelsorgerisch und kulturell.

Eintragungen in das Partnerschaftsregister

Bekanntmachung der Eintragung im Partnerschaftsregister des Amtsgerichtes Dresden, Registergericht

Eintragungen

PR 159 – 29.10.2007: „Medizinisches Labor Ostsachsen“ Prof. Dr. med. habil. Thomas Luther, Facharzt für Immunologie, Dipl.-Chem. Wolfgang Gulich, Fachchemiker der Medizin, Dipl.-Biol. Regina Jarsumbeck, Fachbiologin der Medizin, Dr. med. Roger Hillert, Facharzt für Mikrobiologie, Dr. med. Thielo Freidt, Facharzt für Laboratoriumsmedizin, Partnerschaft, Sitz: Bautzen (Töpferstr. 17, 02625 Bautzen). Rechtsverhältnisse: Name der Partnerschaft ist geändert. Eingetretener Partner: Dipl.-Biol. Jarsumbeck, Regina, Fachbiologin der Medizin, Dresden, *05.09.1953.

Ass. jur. Michael Kratz
Rechtsreferent

Redaktion „Ärzteblatt Sachsen“

Melderegistersperre für Ärzte?

Hatten Sie schon einmal einen Patienten, der Ihnen ins Privatleben hinein nachstellte? Ihre im Telefonverzeichnis nicht gelistete private Adresse und Telefonnummer ausfindig machte, Ihnen dort vor dem Haus begegnete, Post hinterließ ... der Sie dazu brachte, Berufs- und Privatleben in einer Weise miteinander zu verbinden, die Sie ablehnen? Vielleicht sogar einen hartnäckigen Stalker, der sich trotz deutlicher Signale von seinem Verlangen nicht abhalten ließ? Einen Psychotherapiepatienten, der seiner Therapeutin Blumen aufzudrängen versuchte? Oder gar jemanden, die an Ihnen oder Ihrer Familie Vergeltung üben wollte, weil er oder sie in eine geschlossene Klinik eingewiesen und zwangsbehandelt werden musste?

Wer mit hoher Arbeitsbelastung für seine Patienten engagiert ist, wünscht sich irgendwann auch ungestörte Freizeit – und möchte in dieser Zeit Privatperson sein und bleiben.

Jedoch ist es überaus einfach, die Privatadresse eines Arztes ausfindig zu machen, denn jeder, der in Deutschland einen Wohnsitz unterhält, unterliegt – unabhängig von der Staatsbürgerschaft – der Meldepflicht beim kommunalen Einwohnermeldeamt. § 1 des Melderechtsrahmengesetzes (MRRG) legt fest: „Die für das Meldewesen zuständigen Behörden der Länder (Meldebehörden) haben die in ihrem Zuständigkeitsbereich wohnhaften Personen (Einwohner) zu registrieren, um deren Identität und Wohnungen feststellen und nachweisen zu können.“

Zwar könnte man versucht sein anzunehmen, dass das amtliche Melderegister nur für amtliche Zwecke (Statistiken, Wählerverzeichnis, Polizei-anfragen, Steuersachen etc.) zur Verfügung steht. Die Funktion des Registers geht jedoch noch weiter. Die Daten, die von den Meldeämtern gem. § 2 MRRG erhoben werden (Name, früherer Name, Vorname, Doktorgrad, Tag und Ort der Geburt, Staatsangehörigkeit, etc.) dürfen gem.

§ 3 des Gesetzes zwar nur zweckgebunden verwendet werden, d.h. im Rahmen der bestehenden Gesetze und mit der Auflage, die schutzwürdigen Interessen der Betroffenen zu wahren (§ 6). Neben qualifizierten Meldeauskünften an Behörden, die die angefragten Informationen für dienstliche Zwecke verwenden, kann eine einfache Meldeauskunft gem. § 21 Abs.1 MRRG aber von jedermann – auch ohne nähere Begründung – eingeholt werden: Gegen eine geringe Verwaltungsgebühr erteilt das örtliche Melderegister auf Antrag schriftlich die Adresse, wenn der Anfragende sich zum Beispiel nach Dr. Anja Mustermann erkundigt und nicht offenkundig ist, dass mit der Datenauskunft Missbrauch getrieben werden soll.

Soweit der Antragsteller es versteht ein Informationsbedürfnis glaubhaft macht, stehen ihm auch weitere Daten aus dem Melderegister offen, zum Beispiel Geburtstag- und ort, Familienstand, Vor- und Nachname des Ehegatten oder Lebenspartners, etc.. Die näheren Bestimmungen werden im Landesrecht der einzelnen Bundesländer geregelt, im Freistaat Sachsen in § 32 des Sächsischen Meldegesetzes.

Wie können Sie sich und Ihre Familie nun aber vor einem Eindringen in Ihre Privatsphäre auf dem Weg über das Melderecht schützen? – Durch einen Sperrvermerk im Melderegister, den Sie gem. § 19 Abs.5 MRRG (und den inhaltsgleichen Vorschriften in den Landesmeldegesetzen) schriftlich und formlos beantragen können: *„Liegen Tatsachen vor, die die Annahme rechtfertigen, dass dem Betroffenen oder einer anderen Person durch eine Melderegisterauskunft eine Gefahr für Leben, Gesundheit, persönliche Freiheit oder ähnliche schutzwürdige Interessen erwachsen kann, hat die Meldebehörde auf Antrag oder von Amts wegen eine Auskunftssperre im Melderegister einzutragen. Eine Melderegisterauskunft ist in diesen Fällen unzulässig, es sei denn, dass nach Anhörung des Betroffenen eine Gefahr im Sinne des Satzes 1 ausgeschlossen werden kann.“*

Die Beantragung einer Auskunftssperre oder Übermittlungssperre ist kostenfrei. Wenn dem Antrag stattgegeben wird, erfolgt im Register ein Sperrvermerk, womit lediglich noch Behörden Auskünfte über Sie aus der Datenbank einholen können, Privatpersonen oder Privatunternehmen demgegenüber nur dann, wenn Sie zuvor zum Auskunftersuchen gehört wurden. Zumeist wird der Sperrvermerk nur zeitlich befristet für zwei Jahre erteilt; der Antrag muss dann zur Verlängerung erneut gestellt und das Fortbestehen der Gründe glaubhaft gemacht werden, worauf der Betroffene jedoch rechtzeitig vor Ablauf der Frist hingewiesen wird.

Die Glaubhaftmachung des Anspruchs auf Eintragung einer Melderegistersperre ist nicht kompliziert, bedarf jedoch einiger Übung beim Umgang mit Behörden. Maßstab ist, dass der Leiter des Einwohnermeldeamtes oder dessen Vertreter von der Notwendigkeit einer Meldesperre überzeugt wird, das heißt Sie ihm eine Gefahr für sich und/oder Ihre mit Ihnen wohnenden Angehörigen glaubhaft machen können. Nicht als ausreichend angesehen wird demgegenüber die pauschale Bezugnahme auf die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Berufsgruppe (hier gelten großzügige Ausnahmen in der Praxis wohl nur für Richter und Staatsanwälte), die bestenfalls eine abstrakte Gefahr darstellt. Vielmehr bedarf es der Glaubhaftmachung einer hinreichend konkreten Gefahr. Ein wenig „*corrigere la fortune*“ bei den Formulierungen hilft nach, damit das Ersuchen von der Stadtverwaltung nicht zurückgewiesen wird, wenn sich – noch – keine konkrete Gefahrenmomente in der Vergangenheit ergeben haben, Sie aber mit Störungen in Zukunft rechnen müssen. Denn es gilt: Im Zweifel für den Schutz des Antragstellers.

Sächsische Ärzteversorgung Beitragswerte 2008

I. Rentenversicherung

1. Beitragssatz für alle

Bundesländer:	19,90 %
Arbeitgeberanteil:	9,95 %
Arbeitnehmeranteil:	9,95 %

2. Beitragsbemessungsgrenze:	neue Bundesländer	alte Bundesländer
gültig ab 01.01.2008	4.500,00 EUR/Monat	5.300,00 EUR/Monat
	54.000,00 EUR/Jahr	63.600,00 EUR/Jahr

Für die Sächsische Ärzteversorgung ergeben sich damit satzungsgemäß folgende Beitragswerte:

1) Höchstbeitrag	895,50 EUR/Monat	1.054,70 EUR/Monat
2) Mindestbeitrag	89,55 EUR/Monat	105,47 EUR/Monat
(1/10 vom Höchstbeitrag)		
3) halber Mindestbeitrag	44,78 EUR/Monat	52,74 EUR/Monat
4) Einzahlungsgrenze für Pflichtbeiträge und freiwillige Mehrzahlungen	2.238,75 EUR/Monat	2.636,75 EUR/Monat
(gilt nicht bei Anwendung der persönlichen Beitragsgrenze nach §§ 21, 44 SSÄV)		

Der Nachweis über die im Jahr 2007 an die Sächsische Ärzteversorgung gezahlten Beiträge wird Ihnen spätestens bis zum 31. März 2008 zugeschickt.

II. Gesetzliche Krankenversicherung und Ersatzkrankenkassen

	neue Bundesländer	alte Bundesländer
1) Beitragssatz	spezifisch für jede Krankenkasse	
2) Beitragsbemessungsgrenze	3.600,00 EUR/Monat	3.600,00 EUR/Monat

III. Pflegeversicherung

1) Beitragssatz	1,70 %	1,70 %
2) Beitragssatz für Kinderlose	1,95 %	1,95 %
3) Beitragsbemessungsgrenze	3.600,00 EUR/Monat	3.600,00 EUR/Monat

Lastschriftverfahren 2008 für Beiträge zur Sächsischen Ärzteversorgung

Für alle Mitglieder, die mit uns das Lastschriftverfahren vereinbart haben, erfolgt der Lastschrifteinzug 2008 zu den nachfolgend genannten Terminen. Gemäß § 23 Abs. 3 SSÄV werden die Beiträge für angestellte Mitglieder zu jedem Monatsende und für die in Niederlassung befindlichen Mitglieder zum Ende eines jeden Quartals fällig, sofern nicht ein monatlicher Einzug vereinbart wurde.

Monatlicher Lastschrifteinzug

Januar	31.01.2008
Februar	29.02.2008
März	31.03.2008
April	30.04.2008
Mai	30.05.2008
Juni	30.06.2008
Juli	31.07.2008
August	29.08.2008
September	30.09.2008
Oktober	30.10.2008
November	28.11.2008
Dezember	29.12.2008

Quartalsweiser Lastschrifteinzug

I. Quartal	31.03.2008
II. Quartal	30.06.2008
III. Quartal	30.09.2008
IV. Quartal	29.12.2008

Die Termine verstehen sich als Auftragstermine unserer Bank, das heißt, die Abbuchung von bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG geführten Konten von Mitgliedern der Sächsischen Ärzteversorgung erfolgt zu den oben genannten Terminen. Bei Mitgliedern, die für den Lastschrifteinzug ein Konto bei einer anderen Bank bzw. Sparkasse angegeben haben, erfolgt die Belastung Ihres Kontos je nach Bearbeitungsdauer beim jeweiligen Kreditinstitut.

Wir bitten darum, dass die abzubuchenden Beträge auf dem Konto zu den oben genannten Terminen verfügbar sind.

Außengutachter gesucht

Infoblatt

Im Geschäftsbereich des Sächsischen Landesamtes für Familie und Soziales werden ab sofort

ärztliche Gutachterinnen/ Gutachter in Nebentätigkeit (Außengutachterinnen/ Außengutachter)

gesucht.

Aufgaben:

Medizinische Begutachtung (Stellungnahmen nach Aktenlage) nach dem Schwerbehindertenrecht – SGB IX; insbesondere die Beurteilung von Funktionsbeeinträchtigungen einschließlich des Grades der Behinderung und des Vorliegens der medizi-

nischen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen.

Anforderungen:

- gutachterliche Erfahrung und sozialmedizinische Kenntnisse sind erforderlich;
- Erfahrungen mit den Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX) sind wünschenswert;
- PC-Kenntnisse sind erforderlich, da die Vorgangsbearbeitung im elektronischen Verfahren erfolgt;
- PC mit ISDN-Anschluss.

Erstkontakt:

Fachliche Auskünfte erteilt die Leitende Ärztin des Sächsischen Landesamtes für Familie und Soziales, Frau Dipl.-Med. Schönherr (Tel. 0371/577-227,

E-Mail:

Ramona.Schoenherr@slfs.sms.sachsen.de).

Nähere Informationen hinsichtlich der notwendigen technischen Ausstattung können bei Herrn Herr Jochen Seidel (Tel. 0371/577-233, E-Mail: Jochen.Seidel@slfs.sms.sachsen.de) eingeholt werden.

Vertragliche Bindung:

Verträge können in geeigneten Fällen seitens des Sächsischen Landesamtes für Familie und Soziales zunächst nur bis zum voraussichtlichen Inkrafttreten der Verwaltungsreform (01.07.2008) geschlossen werden. Die Übernahme der Verträge durch die zukünftigen Aufgabenträger ist noch in Klärung. Es ist jedoch davon auszugehen, dass auch künftig Außengutachter erforderlich sein werden.

Berufung zum Leiter der Rechtsabteilung

Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer hat Herrn Dr. jur. Alexander Gruner in seiner 5. Sitzung der Wahlperiode 2007/2011 am 5. Dezember 2007 einstimmig zum Leiter der Rechtsabteilung mit Wirkung

ab dem 1. Januar 2008 berufen. Herr Dr. Gruner ist seit dem 16. Februar 2004 Mitarbeiter der Sächsischen Landesärztekammer und arbeitete zunächst als Rechtsreferent in der Rechtsabteilung. Mit Wirkung vom 1. Juni 2006 war Herr Dr. Gruner seitens des Vorstandes die kommissarische Leitung der Rechtsabteilung

übertragen worden. In dieser Position hat sich Herr Dr. Gruner in besonderem Maße profiliert und seine persönlichen, insbesondere juristischen Fähigkeiten unter Beweis gestellt.

PD Dr. jur. Dietmar Boerner
Hauptgeschäftsführer

Kammerversammlung der Wahlperiode 2007/2011

Verlust eines Mandats im Wahlkreis Hoyerswerda

Im Wahlkreis Hoyerswerda hat das Kammermitglied Herr Dr. med. Stefan Weber, Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie und

angestellter Arzt in Hoyerswerda, infolge Umzugs in den Bereich einer anderen Landesärztekammer gemäß § 11 Abs. 1 Nr. 3 Sächsisches Heilberufekammergesetz den Sitz in der Kammerversammlung verloren. Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer hat den Verlust des Sitzes in der Kammerversammlung in seiner Sitzung am 5. Dezember 2007 festgestellt und die Bekanntmachung im „Ärzteblatt Sachsen“ verfügt.

Im Wahlkreis Hoyerswerda konnte aufgrund fehlender Wahlbewerbungen kein nachrückendes Mitglied bestätigt werden. Der Wahlkreis Hoyerswerda ist damit bis 2011 mit keinem Sitz (anstatt eines möglichen Sitzes) in der Kammerversammlung vertreten.

PD Dr. jur. Dietmar Boerner
Hauptgeschäftsführer
Landeswahlleiter

Psychosomatische Grundversorgung Angebot eines Kurses

In Übereinstimmung mit Beschlüssen des Deutschen Ärztetages 2007 zur Verbesserung der psychosomatischen Grundversorgung bieten die Sächsische Akademie für Fort- und Weiterbildung und die Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik des Universitätsklinikums Dresden einen Kurs „Psychosomatische Grundversorgung“ an. Der Kurs richtet sich an alle interessierten Ärzte und Fachärzte, die innerhalb ihres Fachgebietes mit psychosomatischen Problemen ihrer Patienten konfrontiert sind (zum Beispiel Dermatologen, Internisten, Psychiater, Orthopäden, HNO-Ärzte).

Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemein- und Innere Medizin und solche zum Facharzt für Gynäkologie/Geburtshilfe werden ausdrücklich auf die für sie spezifischen, von der Weiterbildungsordnung vorgeschriebenen Kurse verwiesen, die unsere Kammer ebenfalls anbietet. Der interdisziplinär orientierte Kurs umfasst 20 Stunden Theorie und 30 Stunden verbale Intervention. Die Veranstaltungen finden in drei Blöcken, jeweils 2 Wochentage im Dezember 2008, Januar 2009 und März 2009 (Planungstermine: 11./12.12.2008, 15.01./16.01.2009, 26./27.03.2009) statt. Zur Anerkennung der Psychosomatischen Grundversorgung sind zusätzlich 30 Stunden Balintgruppenarbeit nachzuweisen, die extern in Weiterbildungsinstituten absolviert werden müssen. Nähere Informatio-

nen können Sie hierzu durch die wissenschaftliche Leitung erhalten. Die wissenschaftliche Leitung liegt in den Händen von

Prof. Dr. med. habil. Peter Joraschky und PD Dr. med. habil. Kerstin Weidner, Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden.

Die Kursgebühr wird voraussichtlich 650,00 EUR betragen. Interessenten bitten wir, sich in der Sächsischen Landesärztekammer, Referat Fortbildung, bei Frau Schmidt (Telefon-Nr.: 0351 8267-321) zu melden.

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

Neues „Umweltmedizinisches Curriculum“

Wer hat Interesse?

Die Bundesärztekammer hat im Mai 2005 ein neues Curriculum „Umweltmedizin“ verabschiedet, das eine Wiederbelebung der umweltmedizinischen Fortbildung als interdisziplinäres Fach zum Ziele hat.

Was sind die Neuerungen?

- Die Umweltmedizin erhält den Status einer strukturierten curriculären Fortbildung.
- Der Kurs soll in Sachsen 60 Stunden umfassen statt bisher 200.
- Die bisher geforderte Berufspraxis entfällt.
- Der Kursabschluss führt nicht zu einer Zusatzbezeichnung, sondern zu einem Zertifikat des Anbieters.
- Der Tätigkeitsschwerpunkt ist anzeigefähig.
- Umweltmedizin hat sowohl bevölkerungsmedizinische als auch individualmedizinische Aspekte, die meist interdisziplinär betrachtet und bearbeitet werden müssen.
- Umweltmedizinische Untersuchungen sind nicht standardisiert und meistens sehr zeitaufwendig. Sie gehören in der Regel nicht zum Leistungsangebot der gesetzlichen Krankenkassen. Gesonderte Abrechnungsziffern im EBM und Budgetberücksichtigung seitens der KV-en sind bisher sehr begrenzte Ausnahmen.
- Auch für notwendige umweltmedizinische Labordiagnostik gibt es nur selten eine Abrechnungsziffer. Labordiagnostische Untersuchungen werden aber bei Einbeziehung des zuständigen Gesundheitsamtes in Sachsen und begründetem wichtigen Anliegen bisher von der Landesuntersuchungsanstalt, Bereich Humanmedizin, in Chemnitz auf Staatskosten durchgeführt.

Was ist bei der Entscheidung „pro“ zu bedenken:

Der Ausschuss „Hygiene und Umweltmedizin“ der Sächsischen Landesärztekammer und die „Gesellschaft für

Hygiene, Umweltmedizin und Schutzimpfungen in Sachsen e.V.“ (GHUSS) würden die Organisation dieser Fortbildung unter Einbeziehung aller umweltmedizinischer Experten auch die der Universitäten in Sachsen übernehmen, wenn sich genügend Interessenten unter nachstehenden Bedingungen finden:

Kursdauer 60 Stunden; Kursgebühren 660,00 €; Mindestteilnehmerzahl 16.

Alle Ärzte einschließlich der Ärzte in den Gesundheitsämtern, die Interesse an Umweltmedizin haben und an einem 60-stündigen Fortbildungskurs teilnehmen würden, werden hiermit gebeten, sich in der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, oder per E-Mail unter fortbildung@slaek.de zu melden.

Anschrift des Verfassers:
Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl
Vorsitzender des Ausschusses Hygiene und
Umweltmedizin
der Sächsischen Landesärztekammer
Ludwigsburgstr. 21, 09114 Chemnitz,
E-Mail: siegwart@bigl.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 Landes Ausschusses 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 Stollberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 08/C001
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.01.2008

Mittweida

Facharzt für Chirurgie
Reg.-Nr. 08/C002

Mittlerer Erzgebirgskreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
(Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis)
Reg.-Nr. 08/C003

Chemnitz-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 08/C004

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 07.02.2008 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirks-geschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel.: (0371) 27 89-406 oder 27 89-403 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden Sächsische Schweiz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 08/D001
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.01.2008

Bautzen

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 08/D002

Löbau-Zittau

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 08/D003

Sächsische Schweiz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 08/D004

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 08.02.2008 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirks-geschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 8828-310, zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 08/L001
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 08/L002
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
(Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis)
Reg.-Nr. 08/L003
Facharzt für Innere Medizin-hausärztlich *)
(Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis)
Reg.-Nr. 08/L004
Facharzt für Augenheilkunde
(Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis)
Reg.-Nr. 08/L005
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 08/L006
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Reg.-Nr. 08/L007

Facharzt für Orthopädie
Reg.-Nr. 08/L008
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 01.02.2008

Delitzsch

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 08/L009
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 08/L010
Facharzt für HNO-Heilkunde
Reg.-Nr. 08/L011

Muldentalkreis

Facharzt für Anästhesiologie
Reg.-Nr. 08/L012

Döbeln

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 08/L013
Facharzt für Orthopädie
Reg.-Nr. 08/L014

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 15.02.2008 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirks-geschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.: (0341) 243 21 54 zu richten.

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Landesgeschäftsstelle

Konzerte und Ausstellungen

Sächsische Landesärztekammer Konzerte

Festsaal, Sonntag, 3. Februar 2008, 11.00 Uhr
Junge Matinee
Musik aus Romantik und Klassik
Mit Aufbaustudenten der Studienrichtung Instrumentalkorrepetition

Ausstellungen

Foyer und 4. Etage

Guhrun Brückel – Parallelnatur
16. Januar bis 16. März 2008
Vernissage: Donnerstag, 17. Januar 2008, 19.30 Uhr

Sächsische Ärzteversorgung

Foyer, bis 30. 4. 2008
Fotoausstellung
Zeitzeugnisse
Rudolf Peperkorn

Leitsymptom Handschriftveränderungen

Teil IV

R. Ludewig

4.3 Gifte

Auffällige Schreibstörungen (s. Kapitel 2) sollten der Anlass sein, auch toxikologische Ursachen in die Überlegungen einzubeziehen und gezielte klinisch-chemische Untersuchungen einzuleiten (Beispiele s. Abb. 2, 5, 8–10). Wiederholte Vergleiche von Schriftproben können anschließend helfen, die Störung oder Verbesserung der Feinmotorik zu objektivieren und zu dokumentieren.

Erfahrungsgemäß wird mitunter von Versicherungen oder Juristen nach dem umstrittenen Beginn einer chronischen Vergiftung gefragt. Wenn in derartigen Fällen prämorbid Schriftproben ausreichend zur Verfügung stehen, können in Verbindung mit der Anamnese Vermutungen glaub-

haft gemacht werden, die auf andere Weise oft nicht zu belegen sind. Siehe hierzu Kapitel 1 und Absatz 3.1. Im Einzelfall ist es auch möglich, zur Registrierung von Spätfolgen einer akuten Vergiftung (zum Beispiel mit Kohlenmonoxid, Methanol, Knollenblätterpilzen) oder zur Klärung psychologischer Zusammenhänge beizutragen (zum Beispiel Pubertätskrise, Notsignale in der Handschrift und Suizidversuch^{2,3,21,72,115,132}).

Praktisch können alle Fremdstoffe, die bei kurzfristiger oder dauerhafter Einwirkung die motorischen Funktionen stören, mehr oder weniger auffällige Veränderungen der Handschrift verursachen (s. Kapitel 2 u. 3). Über das Vorkommen und die Toxikologie dieser vielen Gifte sowie über die beobachteten oder zu erwartenden Störmerkmale wird an anderer Stelle ausführlich informiert^{21,72,75,129}. Die vorliegende Kurzfassung aber muss sich auf Beispiele beschränken, die repräsentativ und mit wenigen Abbildungen zu veranschaulichen

sind. So werden relativ typische Schriftveränderungen (auch in Kombination mit weiteren Merkmalen) beobachtet bei Vergiftungen mit

- Quecksilber(-Verbindungen)^{9,21,45,46,87,129,133} → Zitterschrift (s. Abb. 2 u. 10), ähnlich zum Beispiel auch Blei- und Wismutverbindungen^{9,14,21,48,75,129}, die in schweren Fällen auch ataktische und andere Schreibstörungen verursachen können (s. Abb. 5 c)
- Mangan(-Verbindungen)^{21,78,97,108,129,133} → Schriftverkleinerung (schon frühzeitig, s. Abb. 9), Zitterschrift; ähnlich auch nach einer Kohlenmonoxid-Vergiftung^{75,90,97,129,133}

Zu Vergiftungen durch Arzneimittel, Alkohol und Rauschmittel siehe vorangehende und nachfolgende Absätze.

4.4 Genussmittel

4.4.1 Alkohol (Ethanol)

Wenn es stimmt, dass mehr als zehn Millionen Menschen in Deutschland Alkohol in „riskanter Weise“ trinken, 1,6 Millionen als alkoholabhängig gelten, weitere 1,7 Millionen einen gesundheitsschädigenden Alkoholkonsum praktizieren⁴ und dass die Alkoholvergiftungen bei Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahren (insbesondere durch „Kampfrinken“) um etwa 50 Prozent gestiegen sind, sollten auch weniger bekannte Kontrollmöglichkeiten rechtzeitig genutzt werden. Hierzu bieten sich Einschätzungen und chronologische Vergleiche von Handschriften an. Das einschlägige Schrifttum ist allerdings so umfangreich, dass hier zunächst nur auf wichtige Originalarbeiten und Übersichten mit dem Nachweis solcher Quellen hingewiesen werden kann, die sich beispielweise mit der Beantwortung oder Diskussion folgender Fragen beschäftigen^{5,10,26,27,43,54,61,78,89,98,107,111,117,118,129,131,133}

- Wie sind graphomotorische Reaktionen auf Alkohol wissenschaftlich zu erklären?
- Welche Hinweise auf Persönlichkeitsveränderungen durch chronischen Alkoholmissbrauch sind durch schrittpsychologische Experimenten zu erhalten?

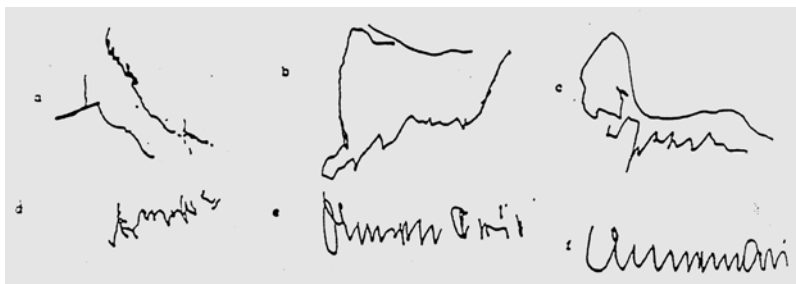


Abb. 8: Rückbildung graphomotorischer Störungen (a – f) im Verlauf der Behandlung einer schweren Barbituratvergiftung (Einzelheiten bei Lang sowie unter 4.3)

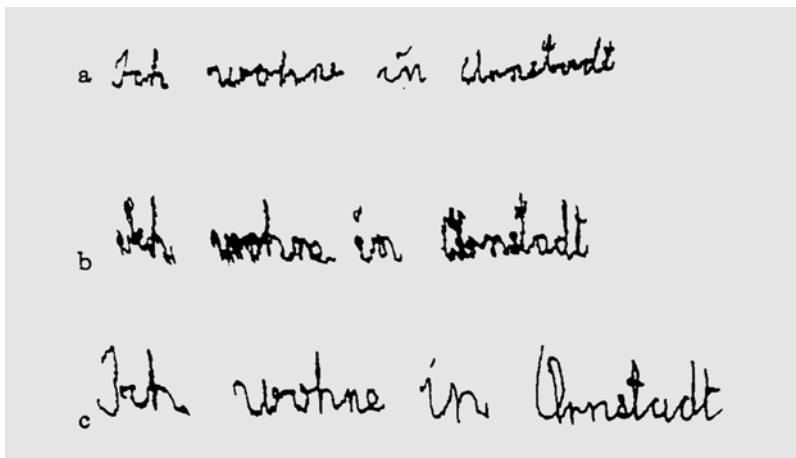


Abb. 9: Graphomotorische Reaktionen auf eine chronische Mangan-Vergiftung, bei der unter der Behandlung die parkinsonartige Störung (a) trotz weiterbestehendem Tremor die ursprüngliche Schriftgröße (c) allmählich wieder erreicht wird (Einzelheiten bei Schunk sowie unter 2.2, 3.3 und 4.3)

- Welche Schriftveränderungen können zur rechtzeitigen Warnung vor den lebensbedrohlichen Folgen des Alkohol-(Entzugs-)Delirs beitragen?
- Kann die sachkundige Interpretation einer (Unter-)Schriftveränderung durch Alkohol die übliche Bewertung des Blutspiegels (zum Beispiel im Straßenverkehr) ergänzen?

Das Beispiel in Abb. 11 soll dazu anregen, sich mit diesen Fragen zu befassen oder durch einen verträglichen „Selbstversuch“ (unter Beachtung gesundheitlicher Kontraindikationen) die individuelle (mit dem Blutspiegel nicht korrelierende) Toleranz der eigenen (Fein-)Motorik einzuschätzen, gegebenenfalls mit Partnern ceteris paribus zu vergleichen. Zunächst beeindrucken meist nur Veränderungen der Zeilenführung sowie die Größenzunahme der Schrift^{72,78,129} (s. unter 3.2 u.3.4), die schließlich unleserlich wird. Weitere

Störmerkmale, die häufig beobachtet wurden, sind gegebenenfalls den Kapiteln 2 und 3 zu entnehmen.

4.4.2 Coffein

Zu den bekanntesten Eigenschaften des Coffeins gehören die analeptische Wirkung und die dosisabhängige Verschiebung des vegetativen Gleichgewichts, so dass mitunter auch Schriftveränderungen zu beobachten sind. Wie gründliche Studien gezeigt haben, kann es zu individuell sehr unterschiedlichen Verbesserungen der Schreibleistung kommen, deren Registrierung und Messung^{22,32,86,113,127} nur im Ausnahmefall von Interesse sein dürften. Viel wichtiger ist die Tatsache, dass unter einer Überdosierung oder bei Unverträglichkeit eine Zitterschrift zu beobachten sein kann, bevor Kaffeetrinker/innen ihren Tremor bemerken²² (s. unter 2.2). Weitere Störungen wie die Ataxie oder Hypokaliämie, die

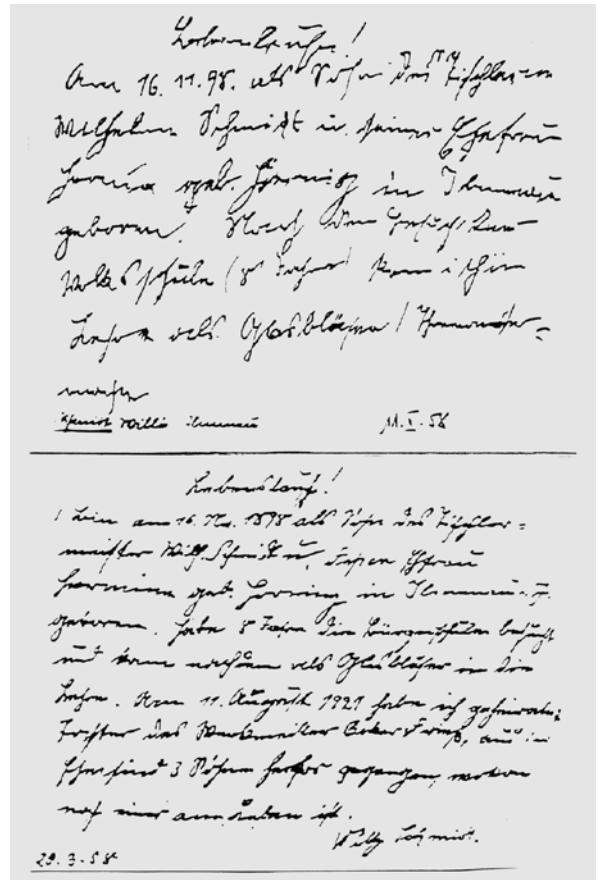


Abb. 10: Graphomotorische Reaktionen auf eine chronische Quecksilber-Vergiftung (z.B. Zitterschrift, 11.1.58), die sich unter der Behandlung (29.3.58) allmählich zurückbilden (z.B. auch Wiedererlangung der ursprünglichen Schriftgröße und Zeilenführung; Einzelheiten bei Ehrhardt und unter 2.2, 3.4 und 4.3)

sich in der Handschrift widerspiegeln (s. unter 2.1 u. 4.1.5), sind höchstens bei Überempfindlichkeit, akuten Vergiftungen („Kaffeepetsche“) und Interaktionen (siehe unten) oder ausnahmsweise als Entzugserscheinung zu erwarten^{72,75}.

4.4.3 Nicotin

Zu den bedrohlichen Folgen, die durch den chronischen Genuss des Rauchens ausgelöst werden, gehört neben den bekannten Lungen- und Herz-Kreislauf-Schäden besonders die Bedrohung des vegetativen Nervensystems, die sich je nach Schweregrad und individuell sehr unterschiedlicher Empfindlichkeit auch durch eine Zitterschrift ankündigen und im Vergiftungsfall zur Ataxie (-Schrift) steigern kann^{7,42,57,72,75} (s. unter 2.1 u. 2.2).

4.5 Halluzinogene und nahe stehende Rauschmittel

Wir haben an anderer Stelle versucht, die zahlreichen Wirkstoffe dieser

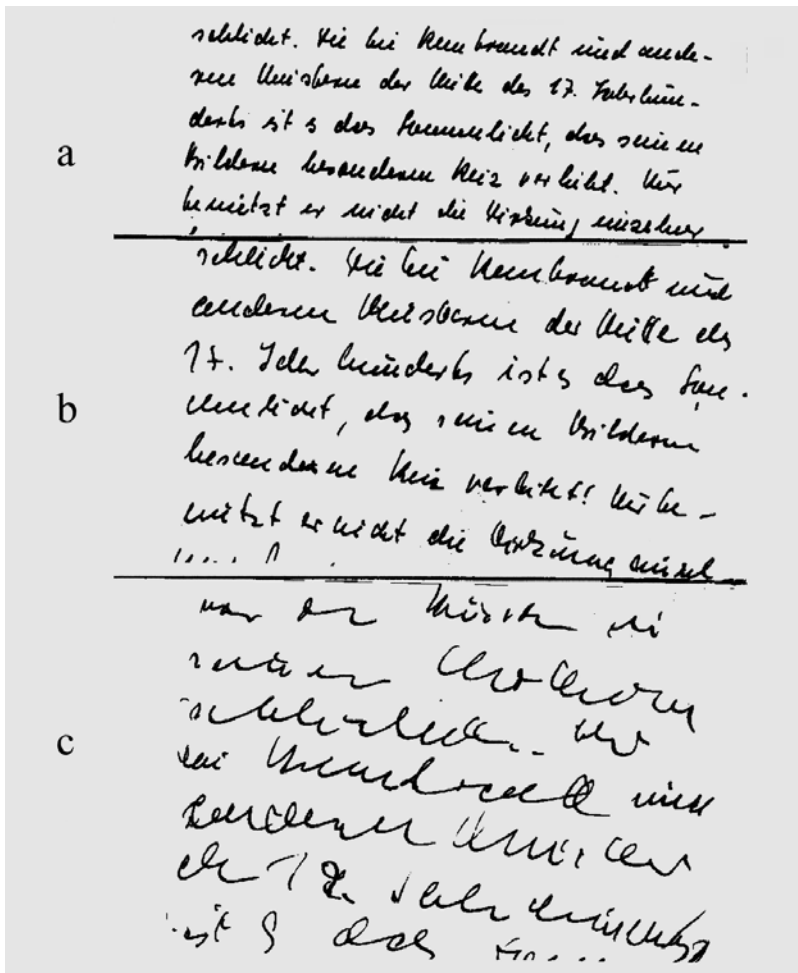


Abb. 11: Handschriftenvergleich a = vor...und unter zunehmender Alkoholeinwirkung; b = Euphorie, Ermüdung; c = Trunkenheit (Einzelheiten bei Ludwig/Regenthal und Ludwig/Schmidt, 1994 sowie unter 4.4.1)

Gruppierung sowie Party- und Designerdrogen mit den geläufigsten Spitz- oder Szenennamen und ihren wichtigsten toxikologischen Daten relativ rasch überschaubar zu machen⁷⁵ und auf graphomotorische Reaktionen (mit Quellenangaben) hinzuweisen^{72,78}. Nachfolgend wird aus dem umfangreichen Erfahrungsschatz nur das hervorgehoben, was für den Einstieg in die Problematik wesentlich ist.

Zunächst ist daran zu erinnern, dass trotz des beängstigend steigenden Missbrauchs von Rauschdrogen mit den bekannten Folgen (zum Beispiel für die Beschaffungskriminalität und den Straßenverkehr) bislang noch nicht alle Möglichkeiten zur Früherkennung – insbesondere bei Jugendlichen – genutzt werden. Hier kann ein flüchtiger Blick auf Handschriften zunächst nur in Extremfällen dienlich sein, da im Gegensatz zu den Arzneimitteln und Giften graphomotorische Reaktionen auf Halluzinogene nur relativ selten prima vista erkennbar sind. Wohl aber zeigen sich unter der Einnahme von Rauschmitteln im chronologischen Vergleich Schriftver-

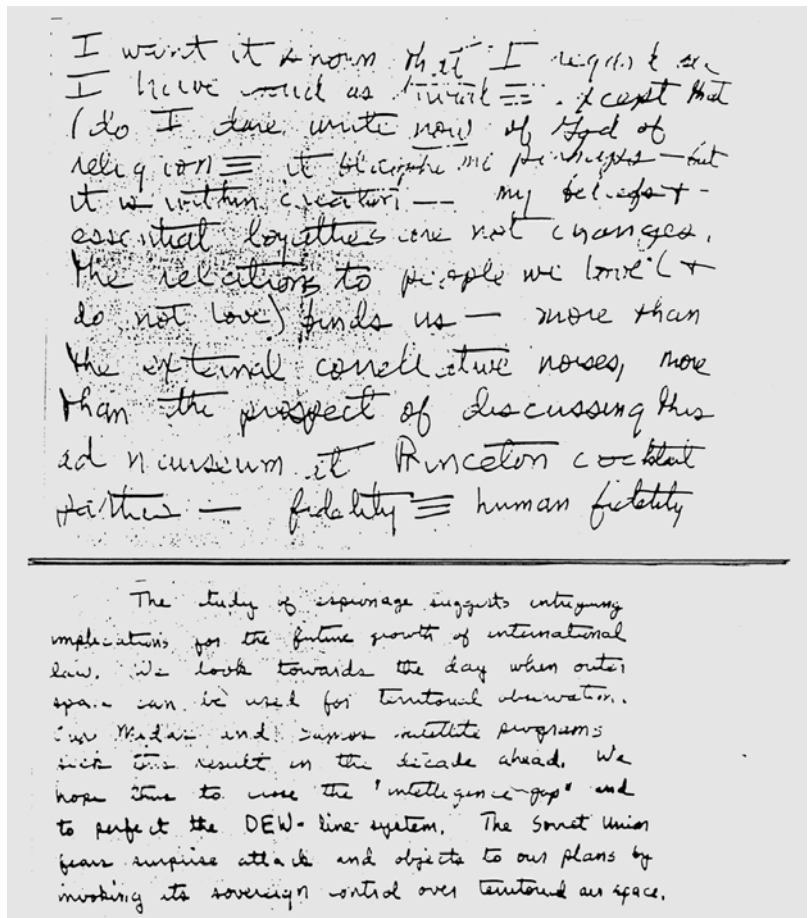


Abb. 12: Handschriftenvergleich, 2 Stunden nach Einnahme von Psilocybin (oben), Kontrollprobe am nächsten Tag (unten) (Einzelheiten bei Goetschel sowie unter 4.5)

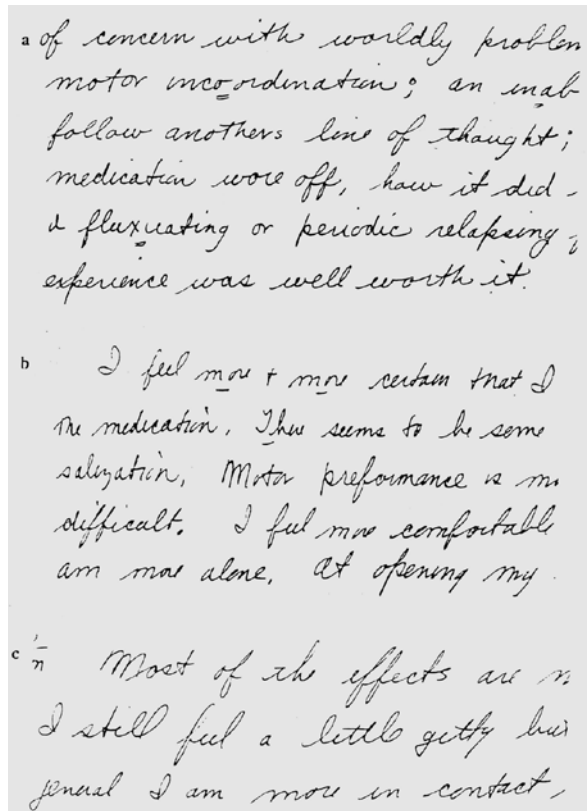


Abb. 13: Handschriftenvergleich, a = vor...b = 2 Stunden nach...c = 6 Stunden nach Einnahme von LSD (Einzelheiten bei Wildt sowie unter 4.5)

änderungen (s. Kapitel 2 u. 3), die kaum übersehbar sind, die schon bei Schülern mitunter zu lebensretenden Warnsignalen werden und später mit geringem Aufwand zur Objektivierung sowie zur Dokumentation des Verlaufs oder Behandlungseffektes entscheidend beitragen können^{16,33,111}.

Allerdings darf nicht erwartet werden, dass eine Schriftveränderung auf eine bestimmte Droge hinweist, da die Reaktionen unter anderem von individuellen Eigenschaften stark abhängig sind^{14,16,30,31,33,58,78,83,99,111,129}. So ist beispielsweise zu beobachten, dass in der Handschrift durch verschiedene Drogen im wesentlichen nur das typische Normalverhalten des Schreibers akzentuiert wird („Karikatur der Persönlichkeit“)^{31,78}. Vergleiche hierzu auch Abb. 12 u. 13 sowie Empfehlung am Ende von Kapitel 1.

Schließlich können chronologische Handschriftvergleiche auch noch Tage bis Jahre nach der letzten Ein-

nahme bestimmter Drogen (zum Beispiel LSD, auch als „Big D“, „hawk“, „blue acid“^{11,44,75,78}) Phasen psychologischer oder neuro-psychiatrischer Störungen („Flashback“, „Nachhall-Psychose“) erkennen lassen.

nota bene: Da Arznei-, Genuss- und Rauschmittel nicht selten auch über längere Zeit gemeinsam aufgenommen werden, sollten Handschriftveränderungen frühzeitig an gefährliche Interaktionen (auch mit Krankheiten und Umweltbelastungen) denken lassen, die mit herkömmlichen Methoden nicht so leicht zu erfassen und zu dokumentieren sind^{1,7,14,22,25,72,75,125,133}.

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

Anschrift des Verfassers:
 Prof. em. Dr. med. R. Ludewig,
 Bochumerstraße 47, 04357 Leipzig

Unsere Jubilare im Februar wir gratulieren

60 Jahre

01. 02. Dipl.-Med. Bernhardt, Wilfried
08396 Waldenburg
01. 02. Dr. med. Templin, Annerose
01454 Ullersdorf
02. 02. Dr. med. Dr. med. dent.
Markwardt, Jutta
01237 Dresden
02. 02. Dr. med. Schäfer, Michael
08340 Bermsgrün
05. 02. Dr. med. Blaß, Brigitte
09125 Chemnitz
07. 02. Dr. med. Neubert, Silvy
08527 Plauen
12. 02. Prof. Dr. med. habil.
Michalski, Hartmut
04463 Großpösna
14. 02. Kempe, Karin
09112 Chemnitz
15. 02. Dipl.-Med.
Dohrenwendt, Monika
01773 Altenberg
19. 02. Viliher, Elic
01067 Dresden
20. 02. Dipl.-Med. Wand, Renate
01307 Dresden
22. 02. Dr. med. Köhling, Ulrich
01099 Dresden
25. 02. Dr. med. Wohlgemuth, Brigitte
09123 Chemnitz

65 Jahre

01. 02. Dr. med. Dalitz, Ute
01324 Dresden
01. 02. Prof. Dr. med. habil. Gräfe, Gerd
04159 Leipzig
01. 02. Dr. med. Reißmann, Gisela
01468 Reichenberg
01. 02. Tomesch, Bärbel
08427 Fraureuth
02. 02. Dr. med. Ackermann, Rolf
04808 Wurzen
02. 02. Dr. med. Löffelmann, Horst
08412 Werdau
03. 02. Dieck, Wolfgang
01640 Coswig
04. 02. Dr. med. Drews, Eckehard
04668 Grimma
05. 02. Kirseck, Hannelore
09126 Chemnitz
05. 02. Dr. med. Kordel, Karl-Heinz
04539 Groitzsch
06. 02. Dr. med. Karg, Anke
02943 Weißwasser
07. 02. Dr. med. Brehme, Matthias
04416 Markkleeberg
07. 02. Dr. med. Hegenbarth, Regina
04643 Geithain
07. 02. Dr. med. Ruppert, Roland
09120 Chemnitz
08. 02. Dr. med. Enk, Rosemarie
01591 Riesa
12. 02. Dr. med. Ringel, Gisa
01896 Lichtenberg
15. 02. Dr. med. Pfau, Barbara
09125 Chemnitz
15. 02. Schlosser, Ingrid
09392 Auerbach
16. 02. Dr. med. Leitsmann, Barbara
08056 Zwickau
17. 02. Heider, Uta
01734 Rabenau
17. 02. Dr. sc. med. Kaden, Angela
04736 Waldheim

18. 02. Dr. med. Aust, Karin
04158 Leipzig
18. 02. Dr. med. Urban, Jutta
01277 Dresden
18. 02. Dr. med. Wiergowski, Christa
04509 Delitzsch
19. 02. Dr. med. Hückstädt, Heidrun
04435 Schkeuditz
19. 02. Dr. med. Kaps, Reinhard
09423 Gellenau
19. 02. Dr. med. Dr.-Ing.
Knörzer, Jürgen Gustav
94327 Bogen
21. 02. Dr. med. Pufe, Barbara
04357 Leipzig
22. 02. Dr. med. von der
Gönne, Christine
04179 Leipzig
22. 02. Dipl.-Med. Lippmann, Holger
04317 Leipzig
22. 02. Schlosser, Dagmar
08645 Bad Elster
23. 02. Dr. med. Beutner, Manfred
01796 Pirna
23. 02. Dr. med. Eisenkrätzer, Christiane
01445 Radebeul
23. 02. Rinze, Gesine
08371 Glauchau
23. 02. Dr. med. Schreinicke, Elke
04105 Leipzig
24. 02. Wittig, Karin
04157 Leipzig
25. 02. Dr. med. Moritz, Peter
01744 Dippoldiswalde
26. 02. Dr. med. Tiemann, Peter-Christian
06333 Hettstedt
28. 02. Dr. med. Becker, Sighart
02788 Hirschfelde
28. 02. Doz. Dr. med. habil.
Czornack, Frank
01277 Dresden
28. 02. Dr. med. Klemm, Elke
09481 Scheibenberg

70 Jahre

01. 02. Becker, Peter
02625 Bautzen
01. 02. Brosz, Helga
01277 Dresden
01. 02. Prof. Dr. med. habil.
Skrzypczak, Jörg
04157 Leipzig
05. 02. Prof. Dr. sc. med. Reißig, Dieter
04249 Leipzig
05. 02. Dr. med. Riemer, Wolfgang
04425 Taucha
06. 02. Dr. med. Bildat, Dieter
04435 Schkeuditz
06. 02. Hebenstreit, Ingrid
01309 Dresden
07. 02. Riedel, Karl
04886 Arzberg
08. 02. Dr. med. habil. Oeser, Roland
08321 Zschorlau
10. 02. Dr. med. Hoppe, Uta
09496 Marienberg
11. 02. Dr. med. Bredow, Anneliese
04103 Leipzig
11. 02. Dr. med. Neugebauer, Annerose
04463 Großpösna
16. 02. Dr. med. Klinger, Klaus
08289 Schneeberg
19. 02. Prof. Dr. med. habil.
Reuter, Wolfgang
04279 Leipzig
21. 02. Dr. med. Köhler, Liselotte
01156 Dresden
21. 02. Dr. med. Kühndel, Klaus
04107 Leipzig

21. 02. Dr. med. Thomas, Isabella
01109 Dresden
22. 02. Dr. med. Ambros, Marion
03044 Cottbus
22. 02. Dr. med. Kaiser, Günter
08645 Bad Elster
23. 02. Boos, Waldemar
01309 Dresden
23. 02. Dr. med. Hofmann, Peter
09212 Limbach-Oberfrohna
24. 02. Dr. med. Friedrich, Karl-Heinz
04277 Leipzig
25. 02. Dr. med. Grochoway, Peter
04860 Welsau
25. 02. Schröder, Ulrike
01324 Dresden
26. 02. Dr. med. Baldauf, Bernd
09509 Forchheim
26. 02. Dr. med. Seidel, Ulrike
09116 Chemnitz

75 Jahre

02. 02. Hocke, Günther
04416 Markkleeberg
03. 02. Dr. med. Reinhold, Ursula
01324 Dresden
05. 02. Dr. med. Scheidemann, Ingrid
04318 Leipzig
06. 02. Dr. med. Fischer, Manfred
01217 Dresden
16. 02. Dr. med. habil. Pfeil, Egon
08451 Mannichswalde
17. 02. Dr. med. Kamenz, Eva
01069 Dresden
18. 02. Dr. med. Ohlow, Helga
01259 Dresden
20. 02. Dr. med. König, Liesbeth
01277 Dresden
21. 02. Dr. med. Haase, Ingelore
01307 Dresden
23. 02. Prof. Dr. med. habil. Neef, Heinz
08324 Bockau
23. 02. Schautz, Brigitte
01445 Radebeul
23. 02. Wiesner, Mirosława
09599 Freiberg
25. 02. Dr. med. Kubicek, Siegfried
08523 Plauen

80 Jahre

03. 02. Dr. med. Eysold, Regina
01237 Dresden
09. 02. Dr. med. Mirtschink, Maria
04129 Leipzig
23. 02. Dr. med. Görner, Eberhard
04680 Zschadraß
28. 02. Prof. Dr. med. habil.
Göhler, Werner
04275 Leipzig

81 Jahre

20. 02. Dr. med. Künzel, Wolf
09114 Chemnitz

82 Jahre

02. 02. Dr. med. Stolle, Renate
04275 Leipzig
09. 02. Doz. Dr. med. habil.
Dietel, Klaus
09131 Chemnitz
22. 02. Dipl.-Med. Fribert, Harald
08064 Zwickau
28. 02. Dr. med. Göhler, Irene
04275 Leipzig

83 Jahre

16. 02. Dr. med. Löffler, Herbert
08280 Aue
16. 02. Dr. med. Stephan, Christine
04103 Leipzig

- 18. 02. Prof. Dr. med. habil.
Crasselt, Carl
01324 Dresden
- 18. 02. Dr. med. Schmiedel, Annelies
01326 Dresden
- 19. 02. Dr. med. Adam, Marlise
08058 Zwickau

84 Jahre

- 01. 02. Hübner, Gertraud
04319 Leipzig
- 08. 02. Dr. med. Gräßer, Annelies
04157 Leipzig
- 18. 02. Böttcher, Werner
04279 Leipzig

- 85 Jahre**
- 24. 02. Dr. med. Kunze, Irmgard
08258 Wernitzgrün

86 Jahre

- 07. 02. Dr. med. Kreihs, Werner
02708 Löbau

87 Jahre

- 06. 02. Prof. Dr. med. habil.
Seyfarth, Harro
04288 Leipzig
- 10. 02. Dr. med. Schmeiser, Marianne
01219 Dresden
- 13. 02. Dr. med. Ahnert, Friedrich
04109 Leipzig
- 23. 02. Dr. med. Klöppel, Eva
04275 Leipzig

- 26. 02. Dr. med. Berlin, Krista
01069 Dresden

88 Jahre

- 15. 02. Dr. med. Franck, Gerhard
08349 Erlabrunn

92 Jahre

- 17. 02. Nawka, Joachim
02627 Radibor
- 29. 02. Prof. Dr. sc. med.
Sachsenweger, Rudolf
04277 Leipzig

95 Jahre

- 18. 02. Dr. med. Dr. med. dent.
Becker, Heinz
08371 Glauchau

Was macht Indiana Jones in der Notaufnahme?

Letterado Verlag, Quedlinburg,
144 farbige Seiten, Hardcover
ISBN 3-938579-02-1
19,95 €

Episoden, die einen zum Lachen bringen und in der Realität eigentlich doch nicht so lustig sind – jeder kennt sie. Klaus-Hermann Schmidt hat sie aufgeschrieben. Dabei spart er sich (ernst gemeinte) Belehrungen und konzentriert sich voll und ganz auf die Satire.

Jeder ist betroffen – wir alle! In dieser Abrechnung mit dem Gesundheitsbetrieb wird niemand verschont. Ärzte aller Fachrichtungen müssen genauso daran glauben wie Schwestern und Rettungssanitäter, selbst Verwaltungsdirektoren finden gelegentlich Erwähnung.

„Wenn der pubertierende Teenager im Spiegel den ersten Pickel auf der Nase bemerkt und das erste Date näher rückt, wird guter Rat teuer oder auch nicht, denn auch für kleine Mitesser hat das Gesundheitswesen etwas übrig, und der Hautarzt nimmt sich das. Sofern der Patient privatversichert ist, spielt der Aufschlag beim Ausschlag ohnehin keine Rolle, und es werden weder Kosten noch Mühen gescheut, um mit moderner Hormon- und sonstiger Therapie leidensbegründenden Pickeln zu Leibe zu rücken. Vorbei die Zeiten von Clerasil. Früher war ein Mückenstich ein Mückenstich, ähnlich verhält es sich mit Bienen,



doch hier irrt der Laie maßgeblich. Die komplexen Vorgänge eines Insektenstiches wurden in den letzten Jahren biochemisch restlos aufgeklärt und lassen vermuten, dass der letztendlich resultierende Juckreiz in der Umgebung der Einstichstelle hautärztliches Notstandsgebiet ist. Vorbei die Zeit profaner Zwiebelringe und ähnlicher Hausmittel. Schlägt das Insekt erbarmungslos zu, schlägt die Chemie zurück, und Feldherr ist der Hautarzt.“

Auch die verschiedenen Patiententypen werden beleuchtet. Dabei ist der Autor nicht zimperlich.

„Lehrer sind eine besondere Art von kränkelder Kundschaft. Bereits in den ersten Sätzen, mit denen diverse Beschwerden geschildert werden, sind versteckte Hinweise zu finden, die den Arzt ahnen lassen sollen, dass er es hier mit keinem Dummen zu tun hat. Biologielehrer hegen durchaus die Hoffnung, als Kollegen akzeptiert zu sein. Schließlich ist der Aufbau der zweikeimblättrigen Pflan-

ze der menschlichen Anatomie fast artverwandt. Die gewohnte Art, die ihm anvertrauten Schüler nicht zu Wort kommen zu lassen, überträgt sich auch auf das notärztliche Miteinander. Und so wird der Widerspruch in Form ärztlichen Rates sofort im Keim ertickt. Na schon mal besser, als zehn Minuten in der Ecke stehen zu müssen, tröstet sich der Arzt und lässt die angeschlagene Seele des meist psychosomatisch beeinträchtigten Lehrkörpers frei agieren.“

Der Autor, der sich im Buch Dr. Dödel nennt, nimmt aber nicht nur sein Umfeld aufs Korn, sondern hält sich auch selbst den Spiegel vor Augen. Die Verwendung von sehr komischen, genau auf die Situation abgestimmten Wortkreationen bietet Lesespaß vom Feinsten. Allerdings sollte dieses Buch nur lesen, wer auch über sich selbst lachen kann. Denn Wiedererkennung ist garantiert. „Dieses Buch ist – obwohl wahr – kein Tatsachenbericht. Ähnlichkeiten mit real existierenden Personen und Orten schließen Verfasser und Verlag kategorisch aus. Klagen zwecklos.“

Das Buch hält übrigens noch mehr Überraschungen bereit. Jedes der elf Kapitel wird mit einem Cartoon eingeleitet und endet mit witzigen Reimen, die stark an Wilhelm Busch erinnern. Die urkomischen Cartoons tragen die unverwechselbare Rippenspreizer-Handschrift. Rippenspreizer – das ist Daniel Lüdelling, Anästhesist aus Bielefeld, dessen Cartoons in Medizinerkreisen inzwischen Kultstatus haben.

Matzen: Kinderorthopädie

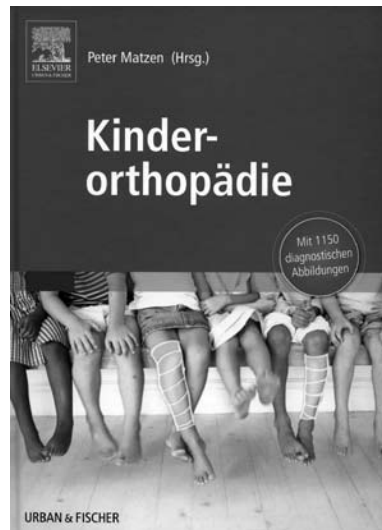
Verlag: Urban & Fischer,
München – Jena / 2007
688 Seiten, 1150 farbige
Abbildungen, 73 Tabellen
ISBN-10: 343724020X

Das prägnante Praxisbuch der Kinderorthopädie mit Fachbeiträgen wurde von 28 Autoren erstellt.

Herr Prof. Dr. med. habil. Peter Matzen hat in seinem Vorwort bekundet: „In der herausragenden Rolle der Prävention, in der Berücksichtigung von Wachstum und Entwicklung, in besonderen sozialmedizinischen Aspekten und im Fehlen der mit fortschreitendem Alter häufiger und wichtiger werdenden degenerativen Erkrankungen liegen die Besonderheiten der Kinderorthopädie, die Unterschiede zur Orthopädie und Traumatologie des Erwachsenenalters“.

Die Kinderorthopädie bedient sich derselben diagnostischen und therapeutischen Mittel wie die Orthopädie des Erwachsenenalters. Die Kinderorthopädie beschäftigt sich mit den besonderen Gefährdungen, Erkrankungen und Verletzungen des wachsenden Haltungs- und Bewegungssystems.

Praxisnah werden alle Kernfragen der Orthopädie im Kindes- und Jugendalter dargestellt, unter besonderer Berücksichtigung der Problematik von Wachstum und Reifung. In diesem Praxis orientierten Buch finden



Sie das gesamte Fachwissen der Kinderorthopädie: Symptomatologie, klinische, sonografische und apparative Diagnostik, Differenzialdiagnose und Grundsätze der konservativen und operativen Therapie der orthopädische Erkrankungen, einschließlich der Manuellen Therapie.

Das Buch enthält 960 Fotos (Blickdiagnosen und Röntgenbilder aus dem Fundus 40-jähriger kinderorthopädischer Praxis des Autors), die zusätzlich durch 190 zweifarbige Strichzeichnungen verdeutlicht werden. Eingebettet sind die klinischen Erfahrungen mit Informationen zur normalen körperlichen Entwicklung und zum Wachstum eines Kindes, eine Übersicht über die Belastbarkeit der Muskulatur, Training, Sport einschließlich Schulsport und Sozialmedizin.

Insbesondere sind detailliert und praxisnah abgehandelt: Erkrankungen und Erkrankungsdispositionen der

Gelenke, Dysplasien, Instabilitäten Luxationen, Haltungsfehler, Stellungs- und Formfehler des Rumpfes, angeborene Anomalien, Erkrankungen des Knochens und der Gelenke, der Muskulatur, der Sehnen und des Sehnen-gleitgewebes, aseptische Osteonekrosen, gut- und bösartige Tumoren des Knochens, der Gelenke und der Weichteile, Achsenfehlstellung der unteren Extremitäten, Neuroorthopädie und Traumatologie.

Die Autoren dieses Buches haben große Sorgfalt darauf verwendet, dass die in diesem Werk gemachten therapeutischen Angaben, insbesondere hinsichtlich Indikationen, Dosierung und unerwünschter Wirkungen dem derzeitigen Wissensstand entsprechen.

Das Buch „Kinderorthopädie“ wendet sich wegen der Praxisrelevanz und des aktuellen Wissensstandes an alle Ärzte, die sich mit kinderorthopädischen Fragestellungen befassen, an die Medizinstudenten zur intensiven Vorbereitung auf das medizinische Staatsexamen, an den Assistenzarzt zur umfassenden Vorbereitung auf die Fachgebietsprüfung Orthopädie und Traumatologie, an den Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, Kinderheilkunde, Allgemeinmedizin, an den Physiotherapeuten, an den Ergotherapeuten, an Krankenschwestern, an die Medizinische Fachangestellte und Orthopädiehandwerker zur Aktualisierung ihres Wissensstandes.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug

Preis der Sächsischen Dermatologischen Gesellschaft e.V. 2007

Anlässlich der Jahresveranstaltung des Berufsverbandes der Deutschen Dermatologen e.V., Landesverband Sachsen, am 17. 11. 2007 in Leipzig wurde zum vierten Mal der Preis der Sächsischen Dermatologischen Gesellschaft e.V. vergeben.

Mit diesem Preis werden besondere Leistungen auf wissenschaftlichem

Gebiet, in Aus-, Weiter- und Fortbildung, in der Patientenbetreuung und außergewöhnliches Engagement in der Öffentlichkeitsarbeit sowie der Berufspolitik zur Förderung der sächsischen Dermatologen gewürdigt.

Der Preisträger war dieses Jahr Herr Dr. med. Michael Bär, Arzt in Weiterbildung an der Klinik und Poliklinik für Dermatologie an der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus Dresden. Herr Dr. Bär, ein junger Nachwuchs-Dermatologe, erhielt den

Preis für sein Engagement in der dermatologischen Forschung und seine Publikation „Wavelength-Dependent Induction of CYP24A1-mRNA after UVB-Triggered Calcitriol Synthesis in Cultured Human Keratinocytes“, veröffentlicht im Journal of Investigation Dermatology 2207.

Prof. Dr. med. habil. Uwe Wollina

Elend, Mücken, Viren und keine Besserung in Sicht

Gesundheitsversorgung in einigen Ländern Afrikas

Das Jahr 2006 war gesundheitspolitisch in Deutschland turbulent. Hefige Debatten um die Qualität der medizinischen Versorgung, ausgelöst durch die Gesundheitsreform und Ärztestreiks beschäftigten die Medien. Wir erlebten diese Turbulenzen jedoch nur als Unbeteiligte in der Ferne. Wir waren ein Jahr in Afrika unterwegs und haben auf unserer Reise durch 14 afrikanische Staaten tiefe Einblicke in die wirklich existentiellen Probleme der Gesundheitsversorgung erhalten. Die Presseberichte aus Deutschland, die bis zu uns drangen, erschienen uns unter diesem Blickwinkel geradezu nebensächlich.

Wir haben unsere praktische ärztliche Tätigkeit ein Jahr ausgesetzt und sind zusammen mit unserer dreijährigen Tochter auf eigene Faust mit unserem Fahrzeug durch Nordwest- und Südafrika gereist. Wir wollten hierbei das ursprüngliche Afrika finden und Eindrücke vom Leben hier erhalten. Fasziniert hat uns immer die bunte Vielfalt der afrikanischen Völker, ihre Riten und uralten Bräuche. Die Globalisierung bringt inzwischen die westliche Lebensweise auch in das letzte afrikanische Dorf. Wir hofften, vorher noch einen Blick auf ein Stück Ursprünglichkeit von Mensch, Kultur und Natur werfen zu können. Außerdem wollten wir uns selbst ein Bild machen vom Zustand der gesundheitlichen Versorgung in den ärmsten Ländern der Welt und sehen, wie Ärzte und medizinisches Personal unter einfachen Bedingungen in den unterschiedlichen Regionen des Kontinents arbeiten. Wir kannten die erschreckenden epidemiologischen Zahlen der Aids-Epidemie in Afrika und wollten vor Ort sehen, was diese nackten Zahlen für die Menschen vor Ort, für die Gesellschaften und die Gesundheitssysteme bedeuten.

Dieser Bericht widerspiegelt die gemachten Erfahrungen und beschreibt

unsere subjektiven Eindrücke beim Besuch der Gesundheitseinrichtungen. Exemplarisch möchten wir von der Vielzahl der besuchten Einrichtungen hier über je eine kleine dörfliche Gesundheitsstation und je ein größeres Krankenhaus in Westafrika und in Südafrika berichten:

Mali: Centre de Santé, San
Burkina Faso: Hôpital Central de Ouagadougou
Südafrika: Jane Furse Memorial Hospital, Mpumalanga
Malawi: Bulamo-HIV/AIDS-Prevention Organisation, Salima

Centre de Santé, San, Mali

Wir besuchen die katholische Gesundheitsstation in San, im Westen des großen Landes. Eine ganze Weile fahren wir durch staubige Gassen zwischen niedrigen Lehmhäusern herum, bis wir das unscheinbare Gebäude gefunden haben. Mustafar, der sich selbst als „male nurse“ bezeichnet und 3 Jahre praktisch orientierter medizinischer Ausbildung hinter sich hat, zeigt uns die Räumlichkeiten. Die Apotheke bietet eine einfache Auswahl an wenigen Medikamenten, die die Patienten selbst bezahlen müssen. Die Preise sind sehr moderat, für so manchen aber trotzdem unerschwinglich. Ein kleiner Eingriffsraum daneben bietet wenig Platz für einen Schemel und eine Liege. Hauptsächlich finden hier Wundversorgungen statt. Die wenigen chirurgischen Instrumente werden nach Gebrauch lediglich gesäubert und in eine Desinfektionslösung eingelegt. Im Sprechzimmer schließlich bilden eine Waage, eine Liege und ein Schreibtisch die einzige Innenausstattung. Für eine Konsultation müssen die Patienten umgerechnet 0,75 Euro bezahlen. Für die Impfungen der Kinder ist einmalig ein Betrag von umgerechnet 0,50 Euro zu zahlen, dafür wird ein Impfpass ausgehändigt und die weiteren Impfungen sind dann kostenfrei. Die Impfungen finden im Freien statt, da hier großer Andrang herrscht. Geimpft wird gegen Tuberkulose, Tetanus, Diphtherie, Pertussis, Masern, Hepatitis B, Gelbfieber, Polio und bakterielle Meningitis.

Das vorhandene kleine Labor ist nicht besetzt, da es kein entsprechend ausgebildetes Personal gibt. So hat man auch hier, wie vielerorts, keine diagnostischen Mittel in der Hand, außer seinen eigenen Sinnen. Jede fieberhafte Erkrankung wird zunächst als Malaria mit Chloroquin behandelt. Obwohl es auch hier ein zunehmendes Resistenz-Problem gibt, sind andere Malaria-Medikamente für die einfache Bevölkerung nicht bezahlbar und deshalb hier auch nicht verfügbar.

Am nächsten Tag besuchen wir erneut die Gesundheitsstation. Hierbei lernen wir die leitende Schwester kennen, die witzigerweise „Bienvenu“ (Willkommen) heißt und außer durch ihr freundliches und zurückhaltendes Lächeln mit einer extravaganten Kopfbedeckung aus weit abstehenden verknoteten Tüchern auffällt. Wir übergeben als kleine Spende einige Verbandstoffe, Instrumente und chirurgisches Nahtmaterial. Besonders freuen sich alle über ein neues Stethoskop und Blutdruckmessgerät.

Hôpital Central de Ouagadougou, Burkina Faso

Mit unserem Freund Taps, einem burkinischen Krankenpfleger, besichtigen wir das „Hôpital Central de Ouagadougou“, wo er in der kardiologischen Abteilung arbeitet. Es ist das größte Krankenhaus des Landes. Hier findet die medizinische Maximalversorgung in Burkina Faso statt. Da wir bisher nur kleine Gesundheitsstationen auf dem Lande besucht hatten, so staunen wir hier zunächst über ein sehr großes Spital mit allen Abteilungen, die ein modernes Krankenhaus auch bei uns hat. Die Ausstattung ist für burkinische Verhältnisse geradezu großartig. In Taps' Kardiologie gibt es sogar zwei Echokardiografiegeräte und eine EKG-Überwachungsanlage für bis zu 8 Patienten, die aber kaum genutzt wird. Im Krankenhaus gibt es 2-, 4- und 8-Bettzimmer, die unterschiedlich teuer sind. Ein Krankenversicherungssystem gibt es nicht. So müssen die Patienten jede Nacht im Krankenhaus selbst bezahlen. Die ärztliche Behandlung und ggf. erforderliche

Operationen sind zusätzlich zu bezahlen. Medikamente werden vom Krankenhaus nicht ausgegeben. Die Ärzte schreiben stattdessen eine Verordnung und der Patient oder seine Angehörigen kaufen die Medikamente in der Krankenhausapotheke und geben sie dann auf Station ab. Man kann sich vorstellen, dass sich viele arme Leute nur einen kurzen Aufenthalt und eine einfache Behandlung leisten können oder gar nicht erst aufgenommen werden können. Ihr Schicksal ist dann besiegelt.

Wir gehen durch die Abteilungen des Krankenhauses, sehen in der Traumatologie ein Thorax-Röntgenbild eines Hämatothorax nach Messerstichverletzung, sehen in der Inneren einen alten Mann mit einer Infusion auf dem Fußboden im Flur liegen und alle Leute steigen über ihn drüber. Hier wird auch auf dem Gang gestorben! Die Zimmer quellen über vor Menschen. Da sich vorrangig die Angehörigen um die Krankenpflege kümmern, ist immer ein großes Gedränge. Die Angehörigen übernachten oft mit im Krankenhaus, schlafen dann häufig unter und neben dem Bett des Patienten.

Auffällig ist der überall vorhandene süßlich-modrige Geruch, der sich mit den Ausdünstungen unzähliger schwitzender Menschen zu einem ziemlich lästigen Gestank vermischt. Wenn auch die Krankenstationen modern und großzügig angelegt sind, sieht man auch hier den allgegenwärtigen Verfall von Gebäuden und deren Einrichtungen, der in Afrika unweigerlich meist schon vor der Fertigstellung derselben beginnt. Insgesamt verspüren wir den innigen Wunsch, hier nicht krank zu werden...

Jane Furse Memorial Hospital, Mpumalanga, Südafrika

In Südafrika möchten wir das „Jane Furse Memorial Hospital“ besuchen, wo wir 1995 während unseres Studiums eine Famulatur absolvierten. Als wir in das Städtchen Jane Furse kommen, trauen wir unseren Augen nicht. Aus dem Dorf ist eine richtige Stadt geworden. Vorbei ist die Zeit, da man nur ein paar Kartoffeln und Tomaten am Straßenrand kaufen konnte.

Auf dem Krankenhausgelände angekommen, finden wir zu unserer Verwunderung alle Gebäude leer und verwahrlost vor. In den Krankensälen stapeln sich noch die alten Betten und alles sieht nach einem überstürzten fluchtartigen Weggang aus. Wir erfahren schließlich, dass die Regierung ein neues Krankenhaus am Stadtrand erbaut hat und das alte Missionsspital dem Verfall preisgegeben wurde. Wir werden im neuen Hospital freundlich empfangen, leider ist der Chefarzt (ein 35-jähriger Zahnarzt!) nicht da. Dafür führt uns sein Sekretär durch die Stationen. Schon von außen staunen wir über den weitläufig angelegten Neubau. Die Stationen sind praktisch angelegt, es gibt einen Schwesternstützpunkt, kleine helle Patientenzimmer, Funktionsräume und sogar luxuriös ausgestattete Zimmer für Privatpatienten. Wir sehen internistische, chirurgische und pädiatrische Stationen und die Tuberkulosestation. Am Ende unseres Rundganges treffen wir auf die einzige Ärztin, die während der Mittagszeit arbeitet. Sie ist erst wenige Wochen hier und kämpft sich durch die Flut der ambulanten Patienten. Für ein kurzes Gespräch unterbricht sie ihre Arbeit. Wir erfahren, dass hier die Anzahl an HIV-Patienten dramatisch gestiegen ist, wenngleich nicht ganz so drastisch wie in den Ballungszentren Pretoria und Johannesburg. Die meisten Aids-Patienten werden aber zu Hause gepflegt, was die halb leeren Stationen erklärt. Die antiretrovirale Therapie sei kostenlos und wird ambulant durchgeführt. Auch die Behandlung der Tuberkulose erfolgt jetzt zumeist ambulant. Operiert wird im Krankenhaus wenig, Kaiserschnitte und kleine unfallchirurgische Operationen sind möglich. Es gibt keinen Anästhesisten und keinen Chirurgen. Die Ärzte, die hier arbeiten sind zum großen Teil sogenannte „Interns“ am Ende ihrer Ausbildung und absolvieren hier nur ihre Pflichtzeit. Der Sekretär klagt, dass es keiner der Ärzte hier lange aushält. Voller gemischter Gefühle brechen wir wieder auf und fahren durch die uns noch gut bekannte sanfte Hügellandschaft. Die schönsten und neuesten Häuser tragen meist



Abbildungen 1 – 3: Symptomatisch für den Zustand der Gesundheitssysteme in nahezu allen Ländern Afrikas.

eine Werbung „Funeral-Service“ (Bestattungsdienst) an der Hauswand. Die HIV-Epidemie hat in Südafrika ein erschreckendes Ausmaß angenommen (HIV-Prävalenz etwa 25 Prozent!). Leben und Sterben mit

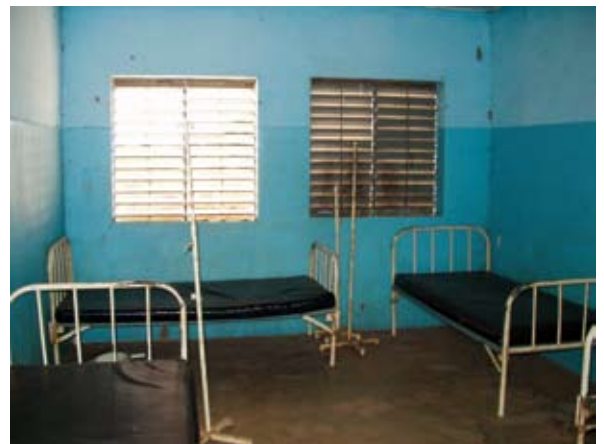


Abbildung 2

AIDS gehört längst zur Tagesordnung. Die ohnehin starken sozialen Spannungen werden hierdurch noch verschärft, denn auch hier hat das Virus seine Opfer zumeist in der armen und sozial benachteiligten Schicht.



Abbildung 3

Bulamo-HIV/AIDS-Prevention Organisation, Salima, Malawi

In Malawi besuchen wir das „Bulamo-HIV/Aids-Prevention-Centre“. Es handelt sich um eine kleine Organisation in der Nähe von Salima. Der Empfang ist geradezu umwerfend. Einige Frauen begleiten uns vom Auto bis zu dem kleinen Gebäude mit einem Willkommens-Gesang und Händeklatschen. Dann wird es allerdings weniger romantisch. Nach einer gegenseitigen Vorstellung beginnt die sogenannte Gruppentherapie. Etwa 10 HIV-Positive, darunter auch einige, die schon schwer von



Schwangerenvorsorge und Gesundheitsberatung spielen eine große Rolle.

dass sie länger überleben kann. Wir schlucken und wissen nicht viel zu sagen und welche Hilfe wir anbieten können. Wir haben die Fragen und die Gesichter der ausgemergelten Leute noch lange in unseren Köpfen. Am nächsten Tag fahren wir noch einmal dort hin und übergeben eine Kiste mit Aspirin und allerlei Verbandsstoffen. Wir fühlen uns irgendwie in der Pflicht, den Leuten wenigstens eine kleine Hilfe anzubieten und vereinbaren einen Termin für ein Treffen, bei dem wir weitere Fragen beantworten und einige Dinge zu hygienischen Aspekten der Pflege und der Wundversorgung erklären. Inter-

essiert schauen uns 20 Augenpaare an und lauschen unseren Ausführungen. Da die meisten der Frauen kein Englisch verstehen, müssen unsere Ausführungen erst in Chechewa übersetzt werden.

Die Mitglieder dieser kleinen Selbsthilfe-Organisation arbeiten auf freiwilliger Basis und ehrenamtlich. Da wir das persönliche Engagement der Leute sehr schätzen, haben wir bei unserer Abreise versprochen, uns weiter für ihre Organisation und ihre Projekte zu engagieren und sie zu unterstützen. Zu diesem Zwecke haben wir den „Förderverein Aids-Hilfe Malawi e.V.“ in Leipzig gegrün-



Im Centre de Santé in San, Mali.



Übersichtliche Apotheke mit Generika. Die wichtigsten Medikamente sind meist vorhanden, aber trotz sehr moderater Preise für viele unerschwinglich.

der Erkrankung gezeichnet sind, treffen sich, um gemeinsam ihre Probleme auszutauschen und Lösungen und Trost der anderen zu finden. Nun, da plötzlich die weißen Doktoren aus dem fernen Deutschland wie durch ein Wunder aufgetaucht sind, setzen sie ihre Hoffnung in uns. Eine junge Frau fragt uns ohne Umschweife, wie wir ihr helfen können,



Nagelneues „Jane Furse Hospital“ in Mpumalanga, Südafrika.

det und hoffen, mit Spenden die Situation der Aidskranken in dieser Region etwas verbessern zu können. So soll in den nächsten Monaten im Dorf eine kleine Gesundheitsstation entstehen, wo die Kranken eine medizinische Grundversorgung erhalten können. In Malawi leben über eine Million Menschen mit dem todbringenden Virus. Die HIV-Prävalenz in Malawi beträgt nach offizieller Schätzung 14,1 Prozent. Die antiretrovirale Therapie wird vom „Globalen Fond gegen Aids, Malaria und Tuberkulose“ finanziert und kostenlos in den Distriktkrankenhäusern angeboten, aber für die Behandlung der alltäglichen Probleme wie Durchfall, Schmerzen, Hautgeschwüre und Wundinfektionen braucht es dringend Gesundheitsstationen vor Ort. Neben einer Basis-Gesundheitsversorgung sollen die Betroffenen hier Beratung und Zuspruch erhalten. Dadurch soll den Menschen vor Ort

die Möglichkeit gegeben werden, die Kranken innerhalb der Dorfgemeinschaft zu betreuen und ihnen lange, Kräfte zehrende Wege ersparen. Das Gesundheitszentrum soll von einheimischem Personal eigenverantwortlich betrieben werden.

Interessierte Leser, die gern mehr über die Gesundheitsversorgung in Afrika und unsere persönlichen Erfahrungen wissen möchten und die unser Projekt in Malawi unterstützen wollen, sind herzlich eingeladen, sich mit uns in Verbindung zu setzen.

Anschrift der Verfasser:
Dr. med. Christina Klein
Dr. med. Torsten Klein
Rudolf-Colditz-Straße 22
04299 Leipzig

Förderverein Aids-Hilfe Malawi e.V.
E-Mail: aids-hilfe-malawi@gmx.de

Gudrun Brückel – Parallelnatur

Seit einigen Jahren scheint sich die gebürtige Leonbergerin Gudrun Brückel (Jahrgang 1954) künstlerisch auf den Spuren eines Jugendwunsches zu bewegen – eine Naturforscherin in der Art von Sibylla Merian zu werden. Mit Fotogrammen, Zeichnungen, Papierschnitten, Collagen und auch Wachsobjekten hat sie eine phantasievolle, auf die Natur bezogene und aus ihr schöpfende Kunstwelt geschaffen. Das Ergebnis ist eine künstlerische „Parallelnatur“ angefüllt mit Blumen, Insekten, Blattwerk, Gestrüpp und Vögeln sowie biomorphen Fundstücken. Hier zeigen sich die Naturelemente oft von ungewöhnlichen Seiten oder in neuen, von der Künstlerin gewählten Zusammenhängen. Das Bekannte wird in dieser Bildwelt in eine Dimension voller Zauber gehoben, in der sich unbestimmte Sehnsüchte aber auch ebensolche Ängste vor dem Verlust der uns umgebenden vielfältigen Natur ausdrücken.

Gudrun Brückel, seit 1997 in Dresden ansässig, absolvierte von 1973 bis 1976 ein Studium der Kunsterziehung an der Staatlichen Akademie der Bildenden Künste Stuttgart. Daran schloss sie zwischen 1978 und 1980 noch ein Studium der Freien Künste an der Hochschule der Künste (heute Universität der Künste) im damaligen Westberlin bei den Professoren Max Kaminski und Bernd Koberling an, die in den 80er Jahren zu den Repräsentanten der Neuen Wilden zählten. Diese neoexpressive Bildsprache, die parallel im Osten Deutschlands – etwa bei den Dresdnern Angela Hampel und Hubertus Giebe – eine eigene Entwicklung nahm, war der Ausgangspunkt für Gudrun Brückels Schaffen, das mittlerweile neue, eigene Wege geht.
Dr. sc. phil. Ingrid Koch

Ausstellung im Foyer und in der 4. Etage der Sächsischen Landesärztekammer vom 16. Januar bis 16. März 2008, Montag bis Freitag 9.00 bis 18.00 Uhr, Vernissage 17. Januar 2008, 19.30 Uhr.



Lebensfreude trotz hoffnungsloser Verzweiflung: die singenden Frauen im Bulamo-Aids-Prevention-Centre in Malawi.

Internet: www.aids-hilfe-malawi.gmxhome.de
Tel. 0341 8797736

Kontoverbindung:
Konto-Nr. 0 007 003 315 bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank, BLZ 10090603



Der Hirschkäfer, Monotypie, Collage
28x20 cm