

Berufspolitik	Größte Krankenhausdemonstration in der Geschichte	500
	4. Deutsch-polnisches Symposium	501
	31. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern	510
	Gesundheitszustand und Berufszufriedenheit von angestellten und selbstständigen Ärztinnen und Ärzten – Teil II	516
Gesundheitspolitik	Die Nationale Versorgungsleitlinie Chronische KHK	519
Hygiene aktuell	Häufige Anfragen an die Sächsische Impfkommission	526
Mitteilung der SÄV	Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung vom 28. Juni 2008	515
Buchbesprechung	Ärztliche Freiheit und Berufsethos	515
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Konzerte und Ausstellungen	515
	Therapiesymposium 2008	518
	Fortbildung Patientensicherheit	518
	Tagesordnung der 39. Kammerversammlung	530
	Abschlussprüfungen in den Ausbildungsberufen „Arzthelfer/Arzthelferin“ und „Medizinischer Fachangestellter/Medizinische Fachangestellte“	531
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung von Vertragsarztsitzen	529
Leserbrief	Dr. med. Sylvia Berger	515
Verschiedenes	Arthur-Schlossmann-Preis	528
	Ausbildungsstipendium	528
	Einbruchsdiebstähle in Arzt- und Zahnarztpraxen	532
	Ausflug Kreisärztekammer Leipzig 2008	534
	Forschungspreis	535
	Impressum	532
Tagungsbericht	16. Klinikärzttreffen	533
Personalia	Jubilare im November	534
	Prof. em. Dr. med. Friedrich Wilhelm Oeken zum 85. Geburtstag	536
	PD Dr. med. habil. Ulf Herrmann zum 65. Geburtstag	537
	Prof. Dr. sc. med. Wolfgang Saueremann zum 65. Geburtstag	538
	Nachruf Dr. med. Gerhard Herrmann	541
	Nachruf Prof. Dr. med. habil. K.-J. Schulze	542
Glosse	Der Arzt als Patient und eine Sigmadivertikulitis	539
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – Dezember 2008	
Beilage	Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung vom 28. Juni 2008	



130.000 demonstrierten in Berlin
Seite 500



4. Deutsch-polnisches Symposium
Seite 501



31. Tagung der Vorsitzenden der
Kreisärztekammern
Seite 510

130.000 demonstrierten in Berlin



Größte Krankenhausdemonstration der Geschichte

Rund 130.000 Klinikbeschäftigte aus dem gesamten Bundesgebiet – darunter etwa 3000 Mitarbeiter aus 40 sächsischen Krankenhäusern – sind am 25. September 2008 in Berlin gegen die Finanznot der Krankenhäuser lautstark auf die Straße gegangen und haben ihrer Forderung nach einer soliden Krankenhausfinanzierung geschlossen Nachdruck verliehen.

Die Teilnehmer der eindrucksvollen Demonstration waren in etwa 600 Bussen und mehreren Sonderzügen nach Berlin angereist.

Das Aktionsbündnis „Rettung der Krankenhäuser“ – Deutsche Krankenhausgesellschaft, ver.di, Deutscher Städtetag, Marburger Bund, BÄK, dbb, VKD, VKA und Deutscher Pflegerat – hat die Politik erneut und eindringlich zu sofortigen umfassenden gesetzlichen Schritten aufgefordert, um die den Kliniken drohende Finanzierungskatastrophe aufzuhalten. Die Kürzungen im Gesundheitsbereich müssen gestoppt werden, damit eine optimale Patientenversorgung auch künftig gesichert bleibt und die Beschäftigten unter angemessenen Bedingungen ihrer verantwortungsvollen Arbeit weiterhin nachgehen können. Bis Ende 2009 fehlten den rund 2100 deutschen Krankenhäusern etwa 6,7 Milliarden Euro in der Finanzierung.

Trotz gestiegener Kosten für Personal, Energie, Medizintechnik und Arzneimittel und der Mehrwertsteuererhöhung sind die Budgets in den letzten zwei Jahren kaum gestiegen. Die von der Bundesregierung am 24.9.2008 beschlossenen 3,2 Milliarden Euro an zusätzlichen Finanzhilfen seien ein „Scheinangebot“, kritisierte der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze. Allein die ungedeckten Tariflohnsteigerungen aus den Jahren 2008/2009 belasten die Krankenhäuser in Höhe von ca. 3 Milliarden Euro. Nur die Hälfte wird refinanziert. Die Kliniken bleiben damit auf dem überwiegenden Teil der Lohnkostensteigerungen und voll auf den gestiegenen Energie- und Sachkosten sitzen. Bereits heute gebe es eine Überlastung des Personals, die eine Vernachlässigung der Patienten nach sich ziehen kann. Überstunden und Arbeitshetze prägen den Klinikalltag. Die Arbeitsbedingungen sind für junge Menschen abschreckend. Ärzte und Pflegepersonal stehen vor dem kollektiven Burn-out. Patienten leiden unter harter Rationierung.

„16 Jahre gedeckelte Budgets, 16 Jahre Kostendämpfung, 16 Jahre Personalabbau, 16 Jahre Leistungsintensivierung – das hat tiefe Spuren in den Krankenhäusern hinterlassen, denen in dieser Zeit mehr als 100 Milliarden Euro genommen wurden, die sie eigentlich gebraucht hätten, um ihre Aufgaben so zu erfüllen, wie wir es gelernt haben“, kritisierte Rudolf Henke, 1. Vorsitzender des Marburger Bundes unter dem star-

ken Applaus der Demonstranten. Auch das angekündigte Sonderprogramm für 21.000 neue Stellen in der Krankenhauspflege wird ins Leere laufen.

Die Krankenhausgesellschaft Sachsen beklagte die mangelnde Bereitschaft der Länder, für nötige Investitionen der Kliniken aufzukommen. Die Bundesländer seien in der Pflicht, für die Investitionen der Krankenhäuser zu sorgen. Mit dieser Pflicht gingen sie sträflich um.

Die weiteren Forderungen der Mitarbeiter der Kliniken lauteten:

- Mehr Personal für die Krankenhäuser.
- Eine angemessene Finanzierung.
- Finanzierung der steigenden Betriebskosten.
- Keine Rationierung.
- Stopp des Stellenabbaus, denn Kliniken ohne ausreichende Pflegefachkräfte können nicht überleben.

Bund und Länder wurden von den Demonstrierenden aufgefordert, umgehend eine nachhaltige und stabile Ausstattung der Kliniken mit Investitionsmitteln zu realisieren.

Im Gesundheitsministerium zeigte man sich darüber verwundert, dass die protestierenden Verbände ein im Anschluss der Demonstration vereinbartes Gespräch mit Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) über die Klinikfinanzierung kurzfristig abgesagt hätten.

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



4. Deutsch-polnisches Symposium

Dresden, 12. bis 14. 9. 2008

Zwischen der Sächsischen Landesärztekammer und der polnischen Niederschlesischen Ärztekammer gibt es bereits seit 18 Jahren sehr gute freundschaftliche und berufspolitische Beziehungen. Der fachliche Kontakt zwischen den deutschen und polnischen Ärzten wurde in den letzten Jahren intensiviert und bereits bestehende Verbindungen konnten ausgebaut werden. Seit dem Beitritt Polens zur Europäischen Union im Jahr 2004 haben die gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Beziehungen zwischen Deutschland und Polen noch mehr an Normalität gewonnen. Eine behindernde Grenze zwischen beiden Ländern existiert ebenfalls nicht mehr. Eine Vielzahl von Ärzten konnte sich über Austauschprogramme ein Bild vom fachlichen und wissenschaftlichen Stand im jeweils anderen Land machen. Begleitet wurde der Austausch durch gemeinsame Vorstandssitzungen und im Jahr 2007 von einem Abschluss eines „letter of intent“ zur gegenseitigen Anerkennung von Fortbildungspunkten. Medizinischen Sachfragen und gemeinsamen historischen sowie berufspolitischen Themen widmen sich seit 2001 die Deutsch-polnischen Symposien der befreundeten Ärztekammern. Nunmehr fand das 4. Deutsch-polnische Symposium 2008 in Dresden unter dem von Beginn an inaugurierten Thema „Vergangenheit verstehen – Zukunft gestalten“ mit über 200 Teilnehmern aus Polen und Deutschland statt. Zur Eröffnung des Symposiums wurden zwei polnische Ärzte für ihre Verdienste um die



Ballsaal Königshof Dresden

Deutsch-polnischen Beziehungen von der Sächsischen Landesärztekammer und der polnischen Niederschlesischen Ärztekammer geehrt.

Ehrungen

Dr. n. med. Artur Kwasniewski aus Legnica erhielt aufgrund seiner Verdienste um den ärztlichen Berufsstand und die Deutsch-polnischen Beziehungen das Ehrenzeichen der Deutschen Ärzteschaft. Besonders engagierte sich Dr. Artur Kwasniewski für die Weiter- und Fortbildung der Ärzte. Er hat den Ärzteaustausch in Zusammenarbeit mit der Sächsischen Landesärztekammer zu Zwecken der Fortbildung angeknüpft. Im Jahr 2002 hat Herr Dr. Kwasniewski die I. Polnisch-Deutsche Konferenz „Fortschritte der Pneumologie“ im Rahmen der European School of Res-

piratory Medicine in Legnica organisiert und er war der Mitveranstalter des II. Deutsch-polnischen Symposiums „Fortschritte der Pneumologie“ in Görlitz sowie der drei Deutsch-polnischen Symposien der polnischen Niederschlesischen Ärztekammer. Im Jahr 2003 hat er die I. Wissenschaftliche Konferenz unter dem Titel „Fortschritte in der Medizin“ veranstaltet.

Frau Hildegard Gertrud Naczynska Janas aus Breslau erhielt die Herrmann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille der Sächsischen Landesärztekammer wegen ihres besonderen Engagements als Berufspolitikerin sowie insbesondere wegen ihrer Verdienste um die sächsische und polnische Ärzteschaft. Seit der Wiedergründung der Niederschlesischen



Gäste der Eröffnungsveranstaltung



Dr. Arthur Kwasniewski (I.) erhält das Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft

Ärzttekammer 1990 arbeitet Frau Janas aktiv in der deutschen Sektion der Kommission für Internationale Zusammenarbeit. Sie hat in den vergangenen 18 Jahren alle Treffen der Präsidien und Kommissionen der

Niederschlesischen und Sächsischen Landesärztekammer aktiv begleitet. Frau Janas ist Mitglied des Internationalen Ärzteverbandes. Sie hat sich hohe Verdienste um die Deutsch-polnischen Beziehungen und um die sächsische Ärzteschaft sowie das freundschaftliche Verhältnis beider Ärztekammern erworben.

Die Ehrungen wurden vom Vizepräsidenten der Bundesärztekammer, Herrn Dr. med. Frank Ulrich Montgomery sowie dem Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Herrn Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, in Anwesenheit von Herrn Andrzej Wojtyła, Hauptsanitärinspektor der Republik Polen, Herrn Dr. Władisław Sidorowicz, Senator der Republik Polen, Herrn Dr. Hans Geisler, ehemaligen sächsischer Staatsminister für Soziales, Herrn Andreas Grapatin, Abgeordneten des Sächsischen Landtags, und weiteren 200 Gästen aus Polen und Deutschland vorgenommen.

Aktuelle Aspekte der deutsch-polnischen Beziehungen

Professor Egon Bahr
Bundesminister a. D. für wirtschaftliche Zusammenarbeit
Ehemaliger wissenschaftlicher Direktor des Institutes für Friedensforschung und Sicherheitspolitik der Universität Hamburg

„Polen ist der NATO beigetreten, der EU, Mitglied des Schengener Abkommens geworden und bereitet sich dabei vor, den Euro 2011 einzufüh-



Prof. Egon Bahr

ren. Im Rückblick ist das ein beeindruckender, sogar imposanter, Weg. Wenn man etwas genauer hinsieht, ist der Einschnitt nicht überwunden, der mit dem Krieg Amerikas gegen den Irak eintrat. Dieser Krieg war völkerrechtswidrig, weil er ohne Mandat der Vereinten Nationen erfolgte. Amerika zog es vor, eine Koalition der Willigen zu schaffen und sein Verteidigungsminister Rumsfeld teilte die Europäer in Alte und Neue.

Ein Jahr nach der deutschen Einheit verschwand die Sowjetunion und durch Russland fühlen wir uns nicht mehr bedroht. Seit der Entspannungspolitik, die Europa verändert hat, seit Helsinki 1975 und der Charta von Paris 1990 galt als Basis stabiler Sicherheit, dass Grenzen in Europa nur noch im Einvernehmen verändert werden können. Dieser Grundsatz hat sicherheitspolitisch ein solides Fundament erhalten durch die amerikanischen Präsidenten Regan und Bush und den sowjetischen Präsidenten Gorbatschow. Sie haben die Mittelstreckenraketen und die atomaren Kurzstreckenraketen beseitigt, darüber hinaus das größte konventionelle Abrüstungsabkommen der Geschichte geschaffen.

Seit nunmehr 18 Jahren genießt Europa eine Stabilität, die den Interessen aller Beteiligten entspricht. Diese Stabilität war solide und verlässlich genug, um die deutsche Einheit zu verkraften, um das Ende des Warschauer Paktes zu überstehen,



Hildegard Janas erhält die Herrmann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille

die Implosion der Sowjetunion zu überleben, die Bildung der Baltischen Staaten zu ertragen und die Erweiterung der NATO und der EU bis zu der Realität des Jahres 2008 auszuhalten. Heute ist sie zum ersten Mal gefährdet durch den amerikanischen Wunsch, Raketen in Polen und ein dazu passendes Radarsystem in der Tschechei zu stationieren. Diese Raketenabwehr hatte Washington schon 1988 den Regierungen in London, Paris und Bonn angekündigt. Wir haben damals in Bonn analysiert, das würde ein „Spaltpilz“ für Europa; denn London hätte zugestimmt, Paris abgelehnt und man hätte den deutsch-französischen Motor für lange Zeit blockiert, wenn es nicht ebenfalls abgelehnt hätte. Damals existierte noch die Sowjetunion. Damals stand der Iran gar nicht im Fadenkreuz der Überlegungen. 20 Jahre später sind diese Raketensysteme stationierungsfähig und sollen ein paar hundert Kilometer weiter östlich von hier aufgestellt werden. Und dabei soll Moskau kindlich vertrauensvoll glauben, es brauche sich deshalb keine Sorgen zu machen. Es kann gar nicht ernsthaft diskutiert werden, dass das strategische Gleichgewicht in Europa verändert würde, wenn diese Pläne verwirklicht werden. Die sicherheitspolitische Stabilität wäre erschüttert durch exterritoriale Stützpunkte der Amerikaner, wenn sie allein entscheiden, wie viele Raketen modernster Technologie mit welchen Sprengköpfen und Zielen sie dorthin bringen. Die Russen reagieren entsprechend und Polen verlangt dazu nicht nur amerikanische Polaris-Raketen, sondern auch besondere amerikanische Garantien.

Für die wirtschaftliche Entwicklung Polens beobachtet, stellt man ein bewundernswertes Wachstum sowie erstaunliche Parallelitäten mit positiven und negativen Erscheinungen in anderen Ländern der EU fest. Die Wirtschaft hat den Außenhandel verstärkt, über Facharbeitermangel wird in Berlin und Warschau geklagt, das gilt auch für die steigenden Inflationsraten und Energiepreise. Die Energiesicherheit ist ein europäisches

Interesse, auch gegenüber Russland. Bei seinem Amtsantritt in Berlin hat der polnische Ministerpräsident erklärt, gemeinsam erreichen wir mehr. Er hat Recht, wir sollten unsere Interessen bündeln in einer Zeit, deren Gefahren uns gemeinsam betreffen und deren Chancen wir gemeinsam nutzen sollten. Im Rückblick auf die erste Veranstaltung 2001 bleibe ich also dabei: Vergangenheit verstehen und Zukunft gestalten, stimmt noch immer. Aber ein verrückter Träumer wäre genannt worden, wer uns prophezeit hätte, über welche Fragen wir 2008 diskutieren würden. Die Fortschritte sind phantastisch, die Aussichten leider etwas eingetrübt, soweit es von Polen und Deutschland abhängt. Aber das sollte und kann ja auch wieder besser werden“. (Die vollständige Rede können Sie im Internet unter www.slaek.de nachlesen.)

Aktuelle gesundheits- und berufspolitische Situation der Ärzte in Niederschlesien

Dr. n. med. Andrzej Wojnar
Präsident der Niederschlesischen Ärztekammer



Dr. Andrzej Wojnar

Chronologisch gesehen war das erste Problem in diesem Jahr die Implementierung der Arbeitszeit des Arztes von höchstens 48 Stunden wöchentlich. Die Arbeitszeit war und ist an einigen Orten der Grund für Konflikte zwischen den Direktoren der Krankenhäuser und den Ärzten. Was aber ist mit den Stunden nach Dienst? Wie sind elf Ruhestunden pro 24 Stunden auszulegen? Was ist überhaupt der ärztliche Dienst? Ist die Arbeit nach dem Dienst die Arbeit in Überstunden?

Diese bedeutsamen Fragen wurden und werden ständig diskutiert. Nach den ersten Monaten wurden die Grenzwerte der Überstunden in Anspruch genommen, die das polnische Arbeitsgesetzbuch zulässt. In dieser Zeit haben die Direktoren die Ärzte mit den Diensten im Krankenhaus beauftragt. Ein Teil der Kollegen hat die Verträge gewählt, nach denen keine Zeitgrenzen gelten. Ein Teil hat die Klausel opt-out unterzeichnet, um mehr zu arbeiten. Und obwohl der Gesetzgeber ausdrücklich gewährt hat, dass der Arbeitgeber keinen Druck oder Zwang bei der Unterzeichnung dieser Klausel anwenden kann, gab es trotzdem an einigen Orten solche Situationen, jedoch in Niederschlesien nicht so drastisch, wie auf anderen Gebieten Polens. Aber auch bei uns gab es die Bedrohung, dass Abteilungen wegen fehlender Ärzte geschlossen werden. Aber zum ersten Mal mussten die Ärzte nicht streiken, sondern nur konsequent das geltende Recht einhalten, um eine bessere Vergütung zu erlangen. Gemäß der Entscheidung des Obersten Gerichts können Ärzte höchstens den Freizeitausgleich für die Arbeitszeit nach dem Dienst verlangen. Deshalb gehen gute Ärzte weiterhin ins Ausland, nicht nur wegen der niedrigen Gehälter, sondern auch wegen der besseren und vielseitigen Möglichkeit der Spezialisierung im gewählten Fachbereich. Seit dem Beitritt Polens zur Europäischen Union, haben pro 10.000 beruflich aktive Mitglieder der Niederschlesischen Ärztekammer mehr als 1.100 Ärzte Unterlagen unterzeichnet, die den Kollegen die Arbeit in den Gemeinschaftsländern ermög-

lichen. Und jeden Monat erscheinen ca. zehn neue Anträge. Auch bei uns mussten die öffentlichen Krankenhäuser den Ärzten ihre Vergütungen erhöhen und haben es auch gemacht. Es gibt bei uns schon Krankenhäuser, wo die Ärzte mit Verträgen monatlich ca. 22.000 PLN (7 TEUR) verdienen können. Die durchschnittliche Vergütung der Ärzte beträgt in Krankenhäusern von 3.000 bis 6.000 PLN (1–2 TEUR). Es gibt selbstverständlich in öffentlichen Krankenhäusern auch Ausbildungsärzte und andere Ärzte, die weiterhin schlecht verdienen. Das alles bewirkt, dass in Polen eine Generationslücke zwischen schwach vergüteten jungen Ärzten und den Fachärzten mit beruflicher Erfahrung entsteht, die ihre Familie und eigene Freizeit opfern und dadurch besser verdienen. Im Durchschnitt beträgt ihr Alter 55 Jahre und sie planen nicht mehr ins Ausland zu gehen. Bestandteil der aktuellen Probleme der Ärzte, außer den Lebensbedingungen, ist auch die Möglichkeit der Spezialisierung und Weiterbildung. Jeder Arzt in Polen muss 200 Punkte sammeln, davon höchstens 40 für wissenschaftliche Tagungen oder Konferenzen. Am 5. November 2008 endet der erste Zeitraum der Sammlung der Fortbildungspunkte. Der Hauptärzterat hat kürzlich Beschluss gefasst, dass der Beitrag für die Ärztekammer, den jeder Arzt in Polen bezahlt, von monatlich 30 Zł auf 40 Zł (12,50 EUR) zu erhöhen ist. Die auf diese Weise erlangten Mittel sind für die Fortbildung der Ärzte zu verwenden.

Aktuelle gesundheits- und berufspolitische Situation der Ärzte in Sachsen

Professor Dr. med. habil.
Jan Schulze,
Präsident der Sächsischen
Landesärztekammer

Die gesundheitspolitische Lage in Deutschland ist im Umbruch. Gesundheitsreformen, Ende der Konvergenzphase, Telematik in der Medizin, Rationierung und Bürokratisierung. Das sind die Schlagworte. Unverkennbar ist auch ein klarer Trend hin zu Zentralismus und Über-



Prof. Dr. Jan Schulze

regulierung mit dem vorläufigen Höhepunkt eines staatlichen Fonds zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Insbesondere gehört die Rationierung medizinischer Leistungen zum Alltag der medizinischen Versorgung. Durch eine strikte Begrenzung der Finanzmittel in der gesundheitlichen Versorgung wird nur noch das medizinisch unbedingt Notwendige von den Krankenkassen bezahlt. Die Möglichkeiten der Ärzte, für ihre Patienten die individuell beste Therapie auszusuchen, werden seit Jahren immer stärker eingeschränkt. Aus dieser gerade für Patienten nachteiligen Situation gibt es zwei Wege: Entweder mehr Geld in das Gesundheitssystem, wozu die Krankenkassen wohl auch bereit wären. Oder eine Änderung, also transparente Kürzung der bisherigen Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Damit würde aus einer verdeckten eine offene Rationierung und Ärzte müssten sich nicht für Dinge verantworten, die sie nicht zu verantworten haben. Im Ergebnis der einfalllosen Spar- und Reglementierungspolitik kommt es auch zu finanziellen Defiziten in den Krankenhäusern. Aufgrund dieser gesetzlich verursachten schlechten Ertragslage besteht die Gefahr, dass vor allem öffentlich-rechtliche Träger wie Städte und Gemeinden ihre Krankenhäuser durch Verkauf privatisieren. Investoren stehen bereits vor der Tür, um möglichst zu einem kleinen Preis Krankenhäuser zu kaufen. In der

Ärzeschaft besteht Einigkeit darüber, dass die in Sachsen vorhandene Drittelung der Trägerschaften in öffentlich-rechtlich, frei-gemeinnützig und privat erhalten werden muss. Nur so kann eine Monopolisierung durch Klinikübernahmen großer Konzerne und eine Degradierung der angestellten Ärzte zu Krankheitsmanagern verhindert werden. Nur auf diese Weise bleibt ein echter Wettbewerb um die beste Patientenversorgung erhalten. Die Politik in Deutschland hat auf Verteilungskampf gesetzt, statt das Gesundheitssystem mit den notwendigen Mitteln auszustatten. Dieser Verteilungskampf hat eingesetzt. Aus dem ärztlichen Kollegen von nebenan wird ein Konkurrent. Der von der Bundesregierung initiierte Wettbewerb kommt dort zur Anwendung, wo er für Ärzte und Patienten nur Schaden anrichtet, denn am Ende wird es nur um Preise und nicht um medizinische Qualität gehen.

Entwicklung einer Versorgungsforschung in Deutschland

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Peter Scriba
Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer

Das Gesundheitswesen ist geprägt von sich ständig weiter verändernden Rahmenbedingungen mit unterschiedlichen Einflüssen auf die Kran-



Prof. Dr. Dr. Peter Scriba

kenversorgung. Die bereichsübergreifende Erforschung von Versorgungszusammenhängen sowie eine empirisch abgesicherte Folgenabschätzung von Eingriffen in das Versorgungsgeschehen sind daher zunehmend Gegenstand der Versorgungsforschung. Ihre Aufgabe ist es jedoch nicht nur, die Versorgung von Einzelnen und der Bevölkerung mit gesundheitsrelevanten Produkten und Dienstleistungen unter Alltagsbedingungen zu analysieren. Über die Betrachtung der Kranken- und Gesundheitsversorgung unter den tatsächlichen Bedingungen der täglichen ärztlichen Routine, also der „letzten Meile“ des Gesundheitssystems hinaus, ist es Ziel der Versor-

gungsforschung, auch die Makroebene des Gesundheitswesens, die mit ihren gesundheitspolitischen und volkswirtschaftlichen Vorgaben die Rahmenbedingungen dieser „letzten Meile“ bilden, in den Blick zu nehmen. Versorgungsforschung nimmt für sich in Anspruch, einen „wesentlichen Beitrag zur Entwicklung von Lösungskonzepten für die notwendige Umstrukturierung des Gesundheitssystems zu leisten“ und den gesundheitspolitischen Akteuren, insbesondere Leistungserbringern und Kassen, Politikern und Wissenschaftlern, eine Hilfestellung bei der Lösung struktureller Probleme im Gesundheitswesen zu geben. Auf Grundlage dieses Selbstverständnisses wird Versorgungsforschung zum Instrument der wissenschaftlichen Politikberatung. International wird die Versorgungsforschung – neben der biomedizinischen Grundlagenforschung und der klinischen Forschung – als „dritte Säule“ der Gesundheitsforschung angesehen. In Deutschland hat diese vergleichsweise junge Disziplin nach wie vor mit Akzeptanz- und Abgrenzungsproblemen gegenüber klinischer und Public Health-Forschung zu kämpfen. Die sich in den letzten Jahren etablierende „Versorgungsforschungsszene“ zeigt jedoch, dass ein Forschungs- und Erkenntnisbedarf besteht, der von den herkömmlichen

Disziplinen nicht oder nur unzureichend abgedeckt wird. Seit 2006 werden im Rahmen der Förderinitiative zur Versorgungsforschung der Bundesärztekammer nach sorgfältiger Begutachtung Projekte zur Versorgungsforschung mit dem Ziel gefördert, „konkrete Lösungen für eine verbesserte Patientenversorgung und somit auch für eine adäquate ärztliche Berufsausübung aufzuzeigen“.

Das öffentliche Gesundheitswesen in Polen

Dr. Andrzej Wojtyła
Hauptsanitärinspektor der Republik Polen



Dr. Andrzej Wojtyła

Die Organe der Staatlichen Aufsichtsbehörde für sanitäre Angelegenheiten sind aufgrund des Gesetzes vom 4. März 1985 über die „Staatliche Aufsichtsbehörde für sanitäre Angelegenheiten“ tätig. In Art. 2 des oben angeführten Gesetzes bestimmte man die Ziele und Aufgaben, in denen man unter anderem den Schutz

und die Förderung der menschlichen Gesundheit und Sicherheit sowie die Verbesserung der Public Health berücksichtigte.

Aufgabenbereiche:

- a. Vorbeugung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten: unter anderem Zusicherung einer epidemiologischen Aufsicht, darunter antiepidemiologische Laborkontrolle in dem Bereich der Infektionskrankheiten.
- b. Vorbeugung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten in einem großen gesellschaftlichen Maße: unter anderem durch die Realisierung der Regierungs-, Ressort-, Region- und Lokalvorbeugungsprogramme sowie durch die aus den öffentlichen Mitteln finanzierte Heilkunde und Rehabilitation.
- c. Gesundheitsschutz ausgesuchter Bevölkerungsgruppen: Mutter- und Kinderschutz, Schutz der lernenden und studierenden Jugend, Gesundheitsschutz älterer und behinderter Menschen, Gesundheitsschutz der Arbeitenden.
- d. Gesundheitsschutz vor den Gefährdungen biologischer, chemischer und physikalischer Faktoren sowie die Überwindung der Gefährdungsfolgen dieser Faktoren unter anderem durch die Zusicherung einer Laborkontrolle von Berufs- und Umweltgefährdungen: Luft, Wasser, Erde, Lebensmittel sowie Lärmpegelkontrolle und Kontrolle der ionisierenden und nicht ionisierenden Strahlungen.

Globaler Arbeitskräftemangel im Gesundheitswesen

Dr. med. Otmar Kloiber
Generalsekretär des Weltärztebundes

Genau vor 30 Jahren rief die Weltgesundheitsorganisation mit der Deklaration von Alma-Ata das Ziel „Gesundheit für alle im Jahre 2000“ aus. Doch im Jahre 2008 scheinen wir dem Ziel „Gesundheit für alle“ weiter entfernt als noch vor 30 Jahren. Was hat die Politik der WHO, alles auf die „Primäre Gesundheitsversorgung“ zu setzen, gebracht?



Dr. Otmar Kloiber

Die gegenwärtige Krise der gesundheitlichen Versorgung in den Entwicklungsländern wird durch eine Abwanderung von Arbeitskräften, insbesondere von Ärzten aus diesen Ländern dramatisch verschärft. Die Weltgesundheitsorganisation will dem durch sogenanntes „task shifting“ entgegenwirken. Unter „task shifting“ versteht man die Übertragung von qualifizierten – auch ärztlichen – Aufgaben auf Laien oder angelernte Hilfskräfte, sogenannte „new cadres“ oder auch „community health workers“. Zu den Gründen für die Abwanderung der Gesundheitsfachkräfte zählen laut WHO nicht nur die unzureichende Bezahlung, sondern auch die schlechten Arbeits- und Lebensbedingungen in den betroffenen Ländern. In der Tat haben Ärzte in den Entwicklungsländern zwar große Patientenzahlen, aber mangels Ressourcen nur geringe oder oft gar keine Behandlungsmöglichkeiten. Während in den westlichen Ländern ein Arzt-Patient-Verhältnis von 1:500 oft überboten wird, geht diese Relation in den afrikanischen Ländern bis auf 1:50.000 herunter. Allein dieser schiere Mangel an Ärzten macht klar, dass auf die Mithilfe von Laien nüchtern betrachtet kurz- und mittelfristig tatsächlich nicht verzichtet werden kann.

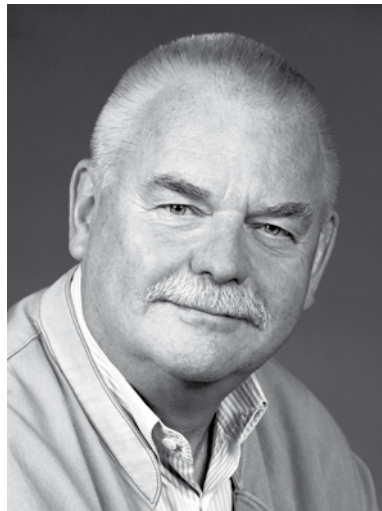
Andererseits muss auch klar sein, dass mit dem Einsatz von Laien Helfern erhebliche Gefahren verbunden sind. Abgesehen von der Qualität der individuellen Gesundheitsleistung und

dem damit für den einzelnen Patienten verbundenen Risiko, kommt eine nicht zu unterschätzende Gefahr für die Allgemeinheit hinzu, wenn man zum Beispiel an die Ausbildung von Resistenzen in der antimikrobiellen Therapie denkt.

Darüber hinaus verengt der Einsatz von Laienhelfern den ohnehin kleinen Arbeitsmarkt für Ärzte, Krankenpfleger und Hebammen in den Entwicklungsländern noch weiter, sodass zu befürchten ist, dass auch die letzten Fachkräfte aus diesen Ländern hinausgedrückt werden. Dies wird besonders dann der Fall sein, wenn dem „task shifting“ nicht ausreichende Maßnahmen für die Ausbildung und vor allem für das Halten der Fachkräfte (retention strategies) an die Seite gestellt werden. Leider ist das nur selten zu beobachten. An unseren Dimensionen gemessen, ist die Zahl der Fachkräfte, die aus Entwicklungsländern nach Europa, Kanada oder den USA kommen, geradezu klein. Dennoch bewirkt die Nord-Süd-Migration durch die kolossal unterschiedliche Ärztedichte eine spürbare Abwanderung von Ärzten in die reichen Länder der Welt.

Wenn beispielsweise ein Arzt sein Heimatland Malawi in Afrika verlässt, dann bleiben viele tausend Menschen unversorgt.

Der gegenwärtige Arztmangel in Mittel- und Westeuropa ist also mehr als ein lokales Problem reicher Länder bei der Versorgung ihrer ländlichen Regionen. Er trägt mit zu einer katastrophalen Versorgungslage in den ärmsten Ländern der Welt bei. Sicher gehören die mitteleuropäischen Länder quantitativ nicht zu den Hauptverursachern der gegenwärtigen Krise. Aber wenn wir zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung in den ärmsten Ländern der Welt beitragen wollen, dann können wir entweder neue Barrieren aufbauen oder realistische Perspektiven für die Entwicklungsländer schaffen. Dazu gehören massive Investitionen in die Humanressourcen dieser Länder, aber auch eine Beseitigung des eigenen Mangels oder der eigenen Fehlverteilung.



Dr. Michael Burgkhardt

Grenzüberschreitender Rettungsdienst Sachsen – Polen

Dr. med. Michael Burgkhardt,
Vorsitzender des Ausschusses
Notfall- und Katastrophenmedizin
der Sächsischen Landesärztekammer

Herr Dr. Burgkhardt hat auf die Defizite im grenzüberschreitenden Rettungsdienst zwischen Sachsen und Polen hingewiesen. Während in anderen Grenzregionen – so zum Beispiel zu Österreich, der Schweiz und Frankreich – der Einsatz der Rettungsdienste bereits grenzüberschreitend koordiniert wird, ist dies zu den östlichen Nachbarn in keiner Weise in das Tagesgeschäft eingegangen. Im Rahmen der Luftrettung seien für die Standorte Europa 1 bis 3 sogar gemeinsame Einsatzbereiche für die westlichen Regionen Deutschlands ausgewiesen. Luftrettung und Ambulanzflug würden im Bereich der

Alpen seit Jahren bilateral durchgeführt, wobei auch der Einsatz von Notärzten aus angrenzenden Ländern auf deutschen Rettungsmitteln keine Seltenheit sei. In den letzten Jahren haben sich im Freistaat Bayern gute Beziehungen zu tschechischen Rettungsdiensten herausgebildet. In den Grenzregionen des Freistaates Sachsen zu seinen östlichen Nachbarn ist jedoch die grenzüberschreitende Hilfeleistung bei medizinischen Notfällen eher die Ausnahme und bedarf noch der Intensivierung und vor allem der rechtlichen Regelung. In Fragen der Qualifikation und der Ausstattung von Rettungsmitteln gäbe es dagegen kaum Differenzen. Dr. Burgkhardt forderte das zuständige Sächsische Staatsministerium des Innern auf, konkrete rechtliche Regelungen aus sächsischer Sicht bei der Bundesregierung einzufordern.

Delegation ärztlicher Leistungen

Dr. n. med. Artur Kwasniewski
Vizepräsident der
Niederschlesischen Ärztekammer

Schon im altertümlichen Griechenland haben sich die Ärzte und Kaplans von Asklepios, aber auch Gymnasten, Empiriker, Medikamentenhändler, Ölhersteller, Wundertäter und Hebammen mit Medizin beschäftigt. Die Übertragungsverfahren einiger Aufgaben und Pflichten des Arztes auf andere Berufe haben sukzessiv und harmonisch stattgefunden, je nach der Entwicklung der Medizin, darunter insbesondere aus der Pharmakotherapie.

Die Ausführungserlaubnis des Berufes des Arztes erhält die Person, die über die erforderlichen Befähigungen verfügt, bestätigt mit entsprechenden Unterlagen. Als Ausübung des ärztlichen Berufes wird auch der Arzt in der Forschung, im Bereich der medizinischen Beratung oder Gesundheitspromotion sowie Behandlung des ärztlichen Berufes verstanden. Zurzeit sind in Polen am besten die Kompetenzen des Hausarztes und des Arztes der Grundgesundheitsfürsorge beschrieben. Ein Teil der Kompetenzberechtigungen des Arztes und der Krankenschwester decken sich und dies wird rechtlich vereinbart. Die Ausführung des Umfangs dieser Aufgaben ist vom Verhältnis zwischen dem Arzt und der Krankenschwester, häufig von örtlichen Gewohnheiten, Fähigkeiten und Zeitmöglichkeiten des Arztes und der Krankenschwester abhängig. Mehrfach betont man bei der Festsetzung der Kompetenzen des Arztes und anderer Vertreter der medizinischen Berufe die überordnete Rolle des Arztes. Weitere Beispiele sind die Zusammenarbeit des Arztes und der Geburtshelferin im Krankenhaus und die Übertragung von ärztlichen Kompetenzen auf die medizinischen Rettungsdienste, die gemäß der Verordnung des Gesundheitsministers vom 29. 2. 2006 die Reanimation mit Intubation des Patienten, Handdefibrillation sowie Vergabe der Arzneien (intravenös, intramuskulär, endotra-

cheal, intramedullär) durchführen können. Zurzeit decken sich viele Berechtigungen und Kompetenzen des Arztes mit Kompetenzen anderer medizinischer Berufe. Das ist eine rechtliche Regelung. Die übergeordnete Rolle des Arztes wird immer unterstrichen. Die Weitergabe ärztlicher Kompetenzen auf andere Berufe dient der Verbesserung der Arbeit des Arztes und ist ein natürliches Verfahren, das in den meisten Fällen zu keinen Konflikten in Polen führt.

Delegation ärztlicher Leistungen aus Sicht der deutschen Ärzteschaft

Erik Bodendieck, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer

Zur gleichen Thematik hat Herr Bodendieck auf der 31. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern am 20. September 2008 in Leipzig referiert. Diesen Vortrag finden Sie auf Seite 512.

Geschichte der Schlesischen Ärztekammer in Breslau bis 1936

Dipl.- Med. Annette Kaiser
Leiterin der Projektgeschäftsstelle
Qualitätssicherung der Sächsischen Landesärztekammer

Nach den territorialen Veränderungen in Schlesien infolge des Ersten Weltkrieges beschloss der Preußische Landtag 1924, in den Provinzen Niederschlesien und Oberschlesien eine gemeinsame Ärztekammer mit Sitz in Breslau zu errichten. Mit dem neuen Kammergesetz erhielt die Ärzteschaft erweiterte Rechte, aber auch die Pflicht zur Versorgung der Mitglieder bei Invalidität, Alter und Krankheit. Die Schlesische Ärztekammer sah die Schwerpunkte ihrer Arbeit zunehmend in Vertragsprüfungen, der Organisation der Krebsbekämpfung durch Verwaltung der Kammer sowie der Realisierung der Kapital-Risikoversicherung für Ärzte. Von 1920 bis 1936, dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Reichsärzteordnung, fanden viermal Wahlen zur Ärztekammer statt. Carl Franz Maria Partsch war von 1920 bis 1927 über zwei Wahlperioden hinweg Vorsitzender der Gemeinsamen Ärztekam-



Dipl.-Med. Annette Kaiser

mer für die Provinzen Niederschlesien und Oberschlesien. Robert Asch, mehr als 20 Jahre lang Mitglied der Schlesischen Ärztekammer, war von 1928 bis zu seiner Übersiedlung nach Berlin im Jahre 1929 Vorsitzender der Ärztekammer für die Provinzen Ober- und Niederschlesien.

1929 trat Karl Stolte die Nachfolge von Robert Asch an. Auch für die Wahlperiode 1932 bis 1936 wurde er wieder zum Vorsitzenden gewählt. Er verlor sein Amt 1934. Im gleichen Jahr ernannte der Preußische Minister des Innern auf der Grundlage des Gesetzes über den Übergang von Zuständigkeiten der Mitgliederversammlungen der Ärztekammern auf die Vorstände dieser Kammern vom 23. Dezember 1933 Karl Peschke zum Vorsitzenden für die Ärztekammer der Provinzen Niederschlesien und Oberschlesien.

Geschichte der Niederschlesischen Ärztekammer in Wroclaw ab 1945

Dr. n. med. Barbara
Bruziewicz-Mikłaszewska

Am 23. Oktober 1945 ist die Niederschlesische Bezirksärztekammer entstanden, die ein Jahr später Bezirksärztekammer Wroclaw genannt wurde. Schon im November 1945 hat der Vorstand der Niederschlesischen Ärztekammer die Registrierung und Überprüfung der Ärzte begonnen. Nur die in der Kammer registrierten Ärzte konnten die Arbeit in Gesundheitsanstalten aufnehmen



Dr. Barbara Bruziewicz-Miklaszewska

und private ärztliche Praxen führen. Auf dem Gebiet von Niederschlesien haben meistens Ärzte aus den Ostgebieten und Lemberg gewohnt sowie Emigranten und Ärzte aus dem sogenannten Mittelpolen und Warschau, die während des Krieges und des Warschauer Aufstandes ihr ganzes Vermögen verloren hatten.

Die Niederschlesische Bezirksärztekammer in Wroclaw war eine der ersten sozialen Selbstverwaltungsorganisationen, die in der Stadt berufen wurde. Sie hat auch erste polnische Strukturen des sozialen und bürgerlichen Lebens wieder aufgebaut. Ende 1948 waren im Register der Bezirksärztekammer Wroclaw die Akten von 662 Ärzten und 16 vorübergehend registrierte Ärzte vorhanden, die sich mit Diplomen ausgewiesen haben. Im Jahr 1948 waren auf dem Gebiet der Breslauer Delegation der Posner Ärzte- und Zahnärztekammer 109 Zahnärzte und 13 Medizinärzte im Fachbereich Stomatologie tätig. In die Zeit der politischen Erneuerung der zweiten Hälfte der fünfziger Jahre fällt auch die Berufung der ersten soziokulturellen Gesellschaft der Ärzte in Polen: Verband der Niederschlesischen Ärzte.

Die neueste Geschichte der ärztlichen Selbstverwaltung hat formell am 7. Mai 1989 begonnen, als der Sejm das Gesetz über die ärztliche

Kammern erlassen hat (GBI. Nr. 30, Pos. 58). Der Beschluss des Parlaments war die Folge des ununterbrochenen Strebens der Ärzte nach der Wiederherstellung der beruflichen Korporation, liquidiert durch die Verwaltungsbehörden im Jahr 1950. Am 2. September 1989 hat im Vortragsaal der Stomatologischen Fakultät der Medizinischen Akademie zu Wroclaw eine historische Sitzung des Organisationskomitees der Bezirksärztekammer, die Prof. Dr. habil. Stanislaw Potoczek geführt hat, stattgefunden. Dieses Datum ist als Beginn der Tätigkeit der Niederschlesischen Ärztekammer zu werten – eine wiederhergestellte ärztliche Selbstverwaltung.

Im Jahr 1989, in der Zeit der Reaktivierung der Ärztekammern gab es in Polen 49 Wojewodschaften (eingeführt im Jahr 1975). Wobei große regionale Kammern hergestellt wurden, dabei wurde der historische Name Niederschlesische Ärztekammer aus dem Jahr 1945 übernommen. Sie erfasst vier Wojewodschaften: Wroclaw (Breslau), Walbrzych (Waldenburg), Jelena Góra (Hirschberg) und Legnica (Liegnitz).

Spezialisierung und Weiterbildung der Zahnärzte

In einem Workshop widmeten sich Prof. Dr. med. dent. habil. Hans-Ludwig Graf (Zentrum für Zahn-, Mund- und Kiefer-Heilkunde, Leipzig) und Frau lek. dent. Teresa Bujko (Breslau) der Spezialisierung und Weiterbildung von Zahnärzten. Ärzte und Zahnärzte haben in Polen eine gemeinsame Kammer, weshalb dieses Thema mit auf die Tagesordnung genommen wurde. In dem Workshop wurden die postgradualen klinischen Qualifizierungen zum Erwerb des Fachzahnarztes dargestellt. In Sachsen sind das die Gebiete Kieferorthopädie, Öffentlicher Gesundheitsdienst und Oralchirurgie. Alle diese Weiterbildungsgänge basieren auf einem vierjährigen Curriculum, dem eine einjährige allgemein zahnärztliche Tätigkeit integriert ist.



Prof. Dr. Hans-Ludwig Graf

Durch diese Kombination einer dreijährigen Fachspezialisierung und einer vorgeschalteten einjährigen hauszahnärztlichen Tätigkeit wird auf der einen Seite die Spezialisierung erreicht und auf der anderen Seite die Bindung an das Fachgebiet in seiner gesamten Breite gewahrt. Im Zuge des Bolognaprozesses wurden nach der Jahrtausendwende von universitären Anbietern außerhalb der Zahnärztekammern zunehmend Masterstudiengänge mit dem Ziel der Erlangung eines zusätzlichen akademischen Grades auf einem Teilgebiet der Zahnmedizin installiert. Dem Charakter als Studiengang geschuldet, wird hierbei vorwiegend Lernwissen, weniger Erfahrungswissen vermittelt. Inwieweit sich diese Entwicklung durchsetzt und einen Gewinn für die Zahnheilkunde der Zukunft bietet, bleibt abzuwarten.

Aufgrund des interessanten wissenschaftlich fundierten 4. Symposiums sprach sich der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer für eine Fortsetzung der konstruktiven deutsch-polnische Zusammenarbeit aus. Der Präsident der Niederschlesischen Ärztekammer lud alle Teilnehmer zum 5. Symposium 2011 nach Breslau ein.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug
Knut Köhler M.A.

Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

31. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern

Leipzig

20. September 2008

Im Rahmen der Regionalisierung der Tagungen der sächsischen Kreisärztekammern fand zum ersten Mal die jüngste Tagung in der Bezirksstelle Leipzig der Sächsischen Landesärztekammer statt.

Aktuelle Probleme der Gesundheits- und Berufspolitik

Professor Dr. med. habil.

Jan Schulze

Präsident der Sächsischen Landesärztekammer

Finanzkrise der Kliniken

Auf die sich zuspitzende Finanz- und Personalsituation in den sächsischen Krankenhäusern hat der Präsident, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, hingewiesen. Die Krankenhausfinanzierung ab 2009 (Ende der Konvergenzphase) ist eines der beherrschenden Themen der aktuellen Gesundheitspolitik. Und nachdem die Bund-Länder-Verhandlungen im Juli 2008 über die Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung gescheitert sind, ist ein nachhaltiges Konzept für die Finanzierung der Krankenhäuser nicht in Sicht. „Wenn aber die Kliniken nicht endlich auf eine tragfähige Refinanzierung ihrer Kosten vertrauen können, ist die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung mit Krankenhausleistungen in Sachsen massiv gefährdet“, so Prof. Dr. Schulze.

Die Sächsische Landesärztekammer unterstützt gemeinsam mit der Krankenhausgesellschaft Sachsen, dem Sächsischen Pflegerat und ver.di die Bemühungen eines bundesweiten Aktionsbündnisses zur „Rettung der

Krankenhäuser“. Das Anliegen des sächsischen Bündnisses wurde auf einer Pressekonferenz im Sächsischen Landtag am 19. September 2008 deutlich gemacht.

Prof. Dr. Schulze forderte die Politik auf, den fünfprozentigen Sanierungsbeitrag zu streichen und die vereinbarten Tarifsteigerungen der Beschäftigten an Krankenhäusern zu refinanzieren. Auch für die stark gestiegenen Energie- und Sachkosten müsse der Staat für einen Ausgleich sorgen und sich darüber Gedanken machen, „wie der stationäre Sektor ohne lähmende Krankenhausbudgets arbeiten kann“. Denn nur so könne die Versorgung der Patienten auf dem aktuellen Niveau gesichert werden.

Gesundheitsfonds

Die Sächsische Landesärztekammer hat sich von Beginn an gegen den geplanten Gesundheitsfonds positioniert. Die sächsischen Ärzte befürchten insbesondere eine weitere schlechende Rationierung von Gesundheitsleistungen. In einem Schreiben an den sächsischen Ministerpräsidenten hatte sie zusammen mit dem Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen Unterstützung für dessen Verfassungsbeschwerde signalisiert. Die genaue Umsetzung des Gesundheitsfonds ist bisher noch nicht geklärt. Der neue einheitliche Beitragssatz soll am 7. Oktober festgelegt werden.

Ärztmangel

Der Ärztemangel in Sachsen wird zukünftig neben Hausärzten auch Fachärzte wie Haut- und Augenärzte betreffen. In Torgau-Oschatz ist es durch eine Förderung gelungen, Ärzte für eine Niederlassung zu gewinnen, wodurch diese Region nicht mehr von Unterversorgung bedroht ist. Es

ist aber für andere Regionen ein solcher Status abzusehen. Die Gewinnung von Ärzten wird deshalb auch weiterhin ein zentrales Anliegen bleiben. Dabei kommt es darauf an, die Arbeitsbedingungen zu verbessern, um die Abwanderung zu stoppen. Ob die Förderung von Medizinstudenten (ÄBS, Heft 7/2008) dabei hilft, bleibt abzuwarten.

Elektronische Gesundheitskarte

Die Tests in den Regionen sind weiterhin im Zeitverzug. Und trotz vorhandener technischer Probleme soll die elektronische Gesundheitskarte und damit auch der elektronische Arztausweis ab 2009 in Deutschland schrittweise eingeführt werden. Für Sachsen ist die Einführung ab Ende 2009 geplant. Die neuen Basiskarten enthalten aber nur die bisherigen Angaben plus Lichtbild. Es gibt keinen medizinischen Zusatznutzen.

Gesundheitsziele Sachsen

Auf Initiative der Sächsischen Landesärztekammer ist ein sächsisches Gesundheitsziel „Aktives Altern – Altern in Gesundheit, Autonomie und Mitverantwortlichkeit“ entwickelt und zu den bestehenden Gesundheitszielen in Sachsen aufgenommen worden. Vier Arbeitsgruppen widmen sich der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen in Sachsen. Als nächstes soll dieses Gesundheitsziel zu einem bundeseinheitlichen Ziel entwickelt und von der Bundesregierung aufgenommen werden.

Themen des ausführlichen und konstruktiven Meinungsaustauschs waren:

- Insolvenzen und Privatisierungen von Krankenhäusern und Kliniken in Folge eines Finanzdefizits von 7 Milliarden Euro sind programmiert.
- Ein Bündnis von Ärzten, Krankenhäusern, Gewerkschaften und kommunalen Arbeitgebern „Rettung der Krankenhäuser“ haben zur Teilnahme an einem Protestmarsch am 25. September 2008 in Berlin aufgerufen.
- Die Sächsische Landesärztekammer lehnt den politisch geplanten Gesundheitsfonds ab.



Präsidium

- Weitere konstruktive Mitarbeit der Sächsischen Landesärztekammer bei der Gestaltung der elektronischen Gesundheitskarte in der Testregion und in den Bundesgremien ist angesagt.
- Gewalt in der Familie und Gewalt in der Gesellschaft ist eine aktuelle Problematik und muss mit allen Mitteln beseitigt werden.
- Geplante Angleichung des Honorars der niedergelassenen Ärzte 2009 in den neuen Bundesländern und die Honoraraufstockung für Kassenärzte sind beschlossen. Die Ärzte haben diesen Bewusstseinswandel der Politiker mit den Protestaktionen im Jahr 2006 selbst bewirkt.

Künftige Struktur der Kreisärztekammern

PD Dr. jur. Dietmar Boerner
Hauptgeschäftsführer der
Sächsischen Landesärztekammer

Bereits im Rahmen der 29. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern am 22. September 2007 und auch auf der 30. Tagung am 8. März 2008 hatte der Hauptgeschäftsführer der Sächsischen Landesärztekammer, Herr PD Dr. jur. Dietmar Boerner, über die Kreisgebietsreform und ihre Auswirkungen auf die Kreisärztekammern der Sächsischen Landesärztekammer referiert. Das „Ärzteblatt Sachsen“ hatte über diese Thematik ausführlich in den Heften 11/2007 und 4/2008 berichtet.

Auch diesmal informierte Herr Dr. Boerner die Vorsitzenden der Kreisärztekammern über den Sachstand zum Thema „Künftige Struktur der Kreisärztekammern“. Nachdem die Kreisgebietsreform im Freistaat Sachsen am 1. August 2008 in Kraft getreten war, stellte sich für die Sächsische Landesärztekammer die Frage, welche Konsequenzen sich daraus für den Bestand der 29 Kreisärztekammern ergeben. Die Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer hatten auf dem 18. Sächsischen Ärztetag / der 38. Tagung der Kammerversammlung am 27. Juni 2008 die Vor- und Nachteile einer möglichen Neugliederung eingehend erör-



PD Dr. jur. Dietmar Boerner

tert und beschlossen, die Entscheidung über die künftige Struktur der Kreisärztekammern auf die 39. Kammerversammlung am 8. November 2008 zu vertagen. Das Sächsische Staatsministerium für Soziales hat zwischenzeitlich auf entsprechende Nachfrage mitgeteilt, dass die Sächsische Landesärztekammer Kreisärztekammern nur auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte errichten dürfe. Mehrere Kreisärztekammern in einem politischen Landkreis seien unzulässig.

„Vor diesem Hintergrund wird die Sächsische Landesärztekammer die Kreisgebietsreform auf die Kreisärztekammern übertragen müssen“, so Dr. Boerner. Dazu müssten die meisten Kreisärztekammern aufgelöst und zu größeren Einheiten zusammengefasst werden. Dadurch würde sich die Zahl der Kreisärztekammern von bisher 29 auf künftig 13 vermindern. Der örtliche Zuständigkeitsbereich würde erweitert, die Mitgliederzahl erhöht. Keine Auswirkungen ergäben sich indes für die Kreisärztekammern in Chemnitz, Dresden und Leipzig. Da diese Städte auch nach der Kreisgebietsreform kreisfrei sein würden, müsste dort weiterhin jeweils eine Kreisärztekammer gebildet werden.

Dr. Boerner stellte den Vorsitzenden der Kreisärztekammern den Entwurf eines differenzierten Zeit- und Maßnahmeplanes für eine Neustrukturierung der Kreisärztekammern vor. Daneben wurden verschiedene Möglichkeiten erörtert, wie die Arbeit der Kreisärztekammern professionalisiert und vonseiten der Sächsischen Lan-

desärztekammer besser unterstützt werden könnte. Mit den vorgeschlagenen Maßnahmen solle eine wirkungsvolle und zugleich basisnahe Tätigkeit der Kreisärztekammern gewährleistet werden. Die Entscheidung über die Modalitäten einer möglichen Neugliederung der Kreisärztekammern bleibt nach den Worten des Hauptgeschäftsführers jedoch den Delegierten der 39. Tagung der Kammerversammlung am 8. November 2008 vorbehalten. Über das Ergebnis wird ausführlich im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 12/2008, berichtet werden.

Schwerpunkte der anschließenden Diskussion:

- Die Kreisärztekammern nehmen eine Vielzahl wichtiger Aufgaben für die Ärzte in den Regionen und für die Sächsische Landesärztekammer wahr.
- Die Kreisärztekammern sind die wichtigsten „Adjutanten“ der berufspolitischen Arbeit der Sächsischen Landesärztekammer und für die Meinungsbildung des Vorstandes von großer Bedeutung.
- Beim Fehlen von Kreisärztekammern wäre die Basisnähe zu den Ärzten ebenso gefährdet wie die Einheit der Ärzteschaft.
- Die Strukturen der Kreisärztekammern dürfen nicht abgeschafft werden. Wenn Ärzte sich nicht selbst verwalten, werden sie durch die Politik verwaltet.
- Die Übertragung der Kreisgebietsreform auf die Kreisärztekammern ist rechtlich notwendig.
- Die innere Struktur der Kreisärztekammern muss nach der Übertragung der Kreisgebietsreform durch die Ärzteschaft festgelegt werden.

Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliche Gesundheitsberufe aus ärztlicher Sicht

Erik Bodendieck

Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer

Nicht zuletzt infolge des Gutachtens des „Sachverständigenrates im Gesundheitswesen“ vom Juli 2007 wurde der Diskussion um die Möglichkeiten des Ersatzes des Arztberu-



Dr. Ellen Maneck, Dipl.-Med. Stefan Hupfer, Dr. Gundolf Lauke, Dr. Grit Reichert und Dipl.-Med. Andreas Koch (v.l.)

fes in Teilbereichen in Deutschland neue Nahrung gegeben. Schlagwörter wie Case Management, operationstechnischer Assistent, Direkt Access machen die Runde, oft ohne eine genaue Schärfe in der Definition zu besitzen. Dem deutschen Gesundheitswesen wird hierbei eine nicht mehr zeitgemäße, arztzentrierte, ja paternalistische Versorgung vorgeworfen. Die deutsche Ärzteschaft hat es allerdings auch nicht vermocht, ausreichend die patienten- und nicht arztzentrierte Versorgung in der Öffentlichkeit darzustellen. Diskussionsgrundlage sind oft haftungs- und strafrechtliche Aspekte. Das Wesen der Patienten-Arzt-Beziehung wird dabei nicht ausreichend abgebildet. „Diesen Ansatz zu wählen, erscheint mir jedoch wichtiger und vor allem zielführender“, sagte der Vizepräsident. Veränderungen sind angesichts der enormen Entwicklungen der Medizin vor allem im vergangenen Jahrhundert notwendig. Nicht alle Bereiche können noch vom Arzt so beherrscht werden, dass ausreichende Sicherheit für den Patienten gegeben ist. Zu nennen sind hier:

- Spezialisierung durch medizinischen Fortschritt,
- wissenschaftlich-technischer Fortschritt,
- gesellschaftspolitische Veränderungen,
- soziologische Veränderungen,
- Änderungen ökonomischer Rahmenbedingungen,
- demografische Veränderungen und damit
- Morbiditätsrisiken.

Vor allem chronische Erkrankungen werden in Zukunft die Ressourcen des Gesundheitswesens maßgeblich beanspruchen. Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, Diabetes mellitus, Schlaganfall und Demenz ebenso wie chronisch-degenerative Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates fordern eine zunehmende und koordinierte Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsberufe. Nicht nur in Deutschland sind diese Entwicklungen zu beobachten. Zunehmend ergeben sich insbesondere durch erhebliche Wanderungsbewegungen der Ärzteschaft von „Arm nach Reich“ ebenso wie eine entwicklungsbedingte unzureichende Versorgung, Probleme vor allem in Entwicklungsländern. Aber nicht nur dort werden Praktiken der Substitution ärztlicher Leistung geübt. Im Zusammenspiel der Gesundheitsberufe mit international stark differierender Aufgabenzuweisung spielt zunehmend Spezialisierung auf eng begrenzte Qualifikationen und damit Diversifizierung der Zuwendung zum Patienten eine erhebliche Rolle (z.B. Scope of practice, Skillmix, Shared competencies). Eine besondere Problematik, vergleichbar fast mit dem

deutschen Ansatz der Qualifikation Langzeitarbeitsloser zur Betreuung Demenzkranker, ist der Ansatz der Ausbildung Stammesangehöriger Afrikaner zur Behandlung AIDS-Kranker. Insofern sind Ansätze des Bologna-Prozesses in der Medizin zur Ausbildung Ärzte I. und II. Klasse nicht zielführend, um den Erfordernissen der Zeit gerecht zu werden. Stellen wir aber das Patient-Arzt-Verhältnis in den Vordergrund unserer Betrachtungen, so sind genügend Lösungsansätze gegeben. Peter Kamptz beschreibt 1996 die Arzt-Patient-Beziehung folgendermaßen: „... als eine besondere, wenn nicht extreme Form der zwischenmenschlichen Beziehung, in der nicht nur ein hohes Maß an Intimität und Ausgesetztsein existiert, sondern mit den auch Eingriffe und Veränderungen in die Existenz des Menschen verbunden sein können, bei denen es im Extremfall buchstäblich um Leben und Tod geht“. Dem entgegen steht nunmehr eine Verrechtlichung ausgedrückt im Wandel vom Vertrauens- zum Vertragsverhältnis, es entstehen Spannungsfelder im Bereich Wissenschaftlichkeit und Kostendämpfung. Patientenautonomie und Selbstbestimmung sind Schlagwörter, welche die Frage nach den Möglichkeiten des Patienten und seinem Wissen um die komplizierten Vorgänge von Krankheit und Heilung entgegengesetzt werden muss.

Allfällig stellt sich als Hindernis der Entwicklungen immer wieder das Kommunikationsdefizit zwischen Ärzten und Patienten in seinen unterschiedlichen Facetten heraus. Mittlerweile bemühen sich mehr als 180 Gesundheitsberufe mit mehr oder weniger strukturierter Qualifikation um die Gunst des Patienten. Der 111. Deutsche Ärztetag forderte die entsprechenden Aufsichtsbehörden auf, hier Klarheit zu schaffen. Wesentliche Inhalte des Gutachtens des Sachverständigenrates im Gesundheitswesen vom Juli 2007 „Entwicklung der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe als Beitrag zu einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung“ seien nochmals genannt. Es werden die Überwindung der starken sektoralen Trennung, die Aufhe-



Erik Bodendieck und Prof. Dr. Jan Schulze

bung von Vorbehaltsaufgaben, die Qualifizierungsproblematik und die Schaffung eines geeigneten Rechtsrahmens angemahnt. Ausführliche Wertungen dazu sind in der Vergangenheit mehrfach erfolgt. Betrachten wir den Sachverhalt der Delegation ärztlicher Leistung, so muss auf den Heilkundebegriff abgestellt werden. Eine genaue rechtliche Definition findet sich allerdings lediglich im Heilpraktikergesetz von 1939: „Ausübung der Heilkunde im Sinne dieses Gesetzes ist jede berufs- und gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen, auch wenn sie im Dienste von anderen ausgeübt wird“. Rieger schreibt im Lexikon des Arztrechtes: „auf ärztlich-wissenschaftliche Erkenntnis gerichtete und auf der Approbation beruhende praktische, wissenschaftliche oder verwaltende Tätigkeit, die sich unmittelbar oder mittelbar auf die Verhütung, Früherkennung, Feststellung, Heilung oder Linderung menschlicher Krankheiten, Körperschäden oder Leiden bezieht, auch wenn sie im Dienste anderer ausgeübt wird“. Der Begriff wird ohne weitere Definition ebenso in der Bundesärzteordnung, der Zulassungsverordnung Ärzte, dem Bundesmantelvertrag oder dem Krankenhausentgeltgesetz benutzt. Als weitere definitorische Problematik in der Diskussion erweist sich der Begriff „Gefährlichkeit“. Im Wesentlichen ist festzustellen, dass grundsätzlich jede Handlung am Patienten für diesen gefährlich sein kann. Je höher aber die Qualifikation des Handelnden ist, umso sicherer ist der Patient. Oben genannte gesetzliche Regelungen fordern aus diesem Grunde, ebenso die höchstpersönliche Leistungserbringung durch den Arzt. Im Übrigen ist dies das wesentlichste Merkmal der Freiberuflichkeit.

Welche Delegationsformen ärztlicher Leistungen kennen wir:

1. Tätigkeiten, welche keine Heilkundenausübung darstellen. Anzuführen wären hier Dokumentation, Laboruntersuchungen, Hörtest, eingeschränkter schon die Diätberatung – vorauszusetzen

ist immer, dass keine Interpretation der Ergebnisse erfolgt und damit Diagnostik und Therapie dem Arzt überlassen werden.

2. Grundsätzlich nicht delegationsfähige Leistungen sind solche, die wegen ihrer Schwierigkeit, Gefährlichkeit oder Unvorhersehbarkeit von Reaktionen dem Arzt vorbehalten sind – so zum Beispiel Operationen, Untersuchungen, diagnostische Eingriffe.
3. Grundsätzlich delegationsfähige Leistungen sind solche, welche der Arzt allein aus Nachweis einer Qualifikation durch entsprechende Ausbildung übertragen kann. Zu nennen wären hier wieder Laborleistungen, aber auch physikalisch-technische Leistungen, Testungen, Dauerkatheterwechsel.
4. Als schwierigsten Bereich sind Leistungen zu definieren, welche im Einzelfall delegierbar sind. Hier muss sich der Arzt von der Qualifikation des Fachpersonals selbst überzeugen und gegebenenfalls eine Qualifizierung durchführen. Als Beispiele können hier Impfungen oder Injektionen angeführt werden.

Haftung und Strafbarkeit im ärztlichen Handeln treffen nach heutiger Rechtslage immer den Arzt. Grundsätzlich ist jeder Eingriff als Körperverletzung zu werten. Approbation und Patient-Arzt-Vertrag und damit Einwilligung des Patienten nach Aufklärung durchbrechen die Strafbarkeit der Handlung und sind allein ärztliche Vorbehaltsaufgabe. Hinzu-

zurechnen sind ebenso Aufenthaltsentscheidungen, wie zum Beispiel Krankenhauseinweisungen. Stellen wir das Gesagte in einen Kontext, so ergeben sich Notwendigkeiten in der Entwicklung von Teamfähigkeiten und der Kommunikation. Nicht hingegen muss das Arzt-Patient-Verhältnis geändert werden, denn dies bildet die Grundlage jeglicher Patientenzentriertheit.

Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliche Gesundheitsberufe aus juristischer Sicht

Dr. jur. Alexander Gruner
Leiter der Rechtsabteilung der
Sächsischen Landesärztekammer



Dr. jur. Alexander Gruner

„Die persönliche Leistungserbringung ist eines der wesentlichsten Merkmalen freiberuflicher Tätigkeit. Sie prägt wie kein anderes Merkmal das Berufsbild des Arztes und steht dafür, dass der Arzt seine Leistungen auf der Grundlage einer besonderen Vertrauensbeziehung erbringt. Persönliche Leistungserbringung bedeutet

nicht, dass der Arzt jede Leistung höchstpersönlich erbringen muss. Sie erfordert vom Arzt aber immer, dass er bei Inanspruchnahme nichtärztlicher oder ärztlicher Mitarbeiter zur Erbringung eigener beruflicher Leistungen leitend und eigenverantwortlich tätig wird. Der Arzt kann daher, anders als der gewerbliche Unternehmer, den Leistungsumfang seiner Praxis durch Anstellung von Mitarbeitern nicht beliebig vermehren". So beginnt das neue Papier der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur persönlichen Leistungserbringung sowie Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen. Nach gut 20 Jahren existiert nunmehr eine Neuauflage des ursprünglichen Papiers zu dieser Thematik aus dem Jahre 1988. Angesichts der politischen Diskussionen zur Einbeziehung nichtärztlicher Heilberufe in Versorgungskonzepte, wie die Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention (AGnES), hatten die Delegierten der Sächsischen Landesärztekammer während des 110. Deutschen Ärztetages 2007 in Münster eine Überarbeitung dieses Papiers gefordert.

Gesetzliche Grundlagen zur persönlichen Leistungserbringung und Delegation ärztlicher Leistungen finden sich in verschiedenen Rechtsgrundlagen, wie dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), der Berufsordnung, der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV), dem Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä), dem Krankenhausentgeltgesetz sowie der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Zudem hat sich die Rechtsprechung bereits sehr umfassend zu den haftungsrechtlichen Fragen geäußert. Für die Entscheidung, ob bestimmte ärztliche Leistungen delegierbar sind, bedarf es der grundsätzlichen Analyse und Überprüfung der zu delegierenden Leistung. Das Ausüben der Heilkunde im umfassenden Sinne ist dem Arzt vorbehalten. Ob eine bestimmte Leistung unter Arztvorbehalt steht, hängt nach der Rechtsprechung davon ab, ob das Erbringen einer bestimmten Leistung oder die notwendige Beherrschung gesund-

heitlicher Gefährdungen ärztliche Fachkenntnisse und damit das Tätigwerden des Arztes erfordert.

In Bezug auf Leistungen, die unter Arztvorbehalt stehen, stellt sich die weitere Frage, welche von ihnen er ganz oder teilweise höchstpersönlich erbringen muss. Das sind nach der Rechtsprechung solche Leistungen oder Teilleistungen, die der Arzt wegen ihrer Schwierigkeit, ihrer Gefährlichkeit für den Patienten oder wegen der Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen unter Einsatz seiner spezifischen Fachkenntnis und Erfahrung höchstpersönlich erbringen muss (BGH, Urteil vom 30.11.1982, Az: VI ZR 77/81, Urteil vom 15.06.1993, IV ZR 175/92, Urteil vom 13.06.2006, VI ZR 223/04, Urteil vom 12.07.1994, VI ZR 299/93). Höchstpersönliche Leistungen sind insbesondere Anamnese, Indikationsstellung, Untersuchung des Patienten einschließlich invasiver diagnostischer Leistungen, Stellen der Diagnose, Aufklärung und Beratung des Patienten, Entscheidung über die Therapie und Durchführung invasiver Therapien einschließlich Kann-Leistungen operativer Eingriffe. Eine Pflicht zur höchstpersönlichen Erbringung grundsätzlich delegationsfähiger Leistungen ergibt sich auch aus dem Sozialrecht für die nach §§ 95, 116 SGB V persönlich ermächtigter Ärzte (Ausnahme Vertretungsfälle nach § 32 a Ärzte-ZV) oder dem ärztlichen Liquidationsrecht (§ 4 Abs. 2 GOÄ).

Eine Delegation an ärztliche Mitarbeiter ist möglich, wenn die formale Qualifikation des Arztes nach Weiterbildungsrecht vorliegt (Ausnahmen gelten im Rahmen der Weiterbildung) und die berufs- und sozialrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Die Delegation vertragsärztlicher Leistungen an einen Arzt, der nicht die vertragsarztrechtlichen Vorschriften erfüllt, ist unzulässig. Leistungen können bei ausreichender Qualifikation an nichtärztliche Mitarbeiter delegiert werden. Der Arzt muss nicht nur die formale Qualifikation des Mitarbeiters feststellen, sondern auch die tatsächlichen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten

überprüfen und gegebenenfalls nachschulen. Erbringen nichtärztliche Mitarbeiter delegierte Leistungen, ist der Arzt verpflichtet, sich grundsätzlich in unmittelbarer Nähe (Rufnähe) aufzuhalten. Der Arzt muss sich stets seiner diagnostischen und therapeutischen Gesamtverantwortung bewusst sein und notfalls auf die Delegation verzichten.

Der niedergelassene Arzt und der Krankenhausarzt, der berechtigt ist, stationäre Wahlleistungen und ambulante Leistungen zu erbringen, haften dem Patienten aus dem Behandlungsvertrag nicht nur für eigene Behandlungsfehler und sonstige Pflichtverletzungen, sondern auch für Pflichtverletzungen, derer sich ihre Mitarbeiter bei der Durchführung delegierter Leistungen schuldig machen. Zudem haften sie für die ordnungsgemäße Auswahl, Anleitung und Überwachung der Mitarbeiter, an die sie Leistungen delegieren. Daneben kann es zur Haftung aus unerlaubter Handlung gemäß §§ 823 und 831 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) kommen. Auch in strafrechtlicher Sicht sind delegierte Leistungen brisant. Es kann eine strafrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes wegen fahrlässiger Körperverletzung oder wegen fahrlässiger Tötung in Betracht kommen, wenn dem delegierenden Arzt eine Verletzung seiner Pflichten nachgewiesen wird.

Das Papier der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur persönlichen Leistungserbringung (gegebenenfalls ist bei Drucklegung die Fundstelle im Deutschen Ärzteblatt schon bekannt) beschreibt umfangreich die dargestellten Grundsätze und nimmt zu einzelnen Fragestellungen anhand von Beispielen wichtige Positionen ein.

Die 32. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern findet am 31. 3. 2009 in der Sächsischen Landesärztekammer statt.

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

Ärztliche Freiheit und Berufsethos

Hans Thomas (Hg.), Verlag J.H. Röll
ISBN 3-89754-112-2

294 Seiten; 19,80 EUR

Die „Gesundheitsreform“ ist nicht nur ein medizinisches, vielmehr ein politisches Thema. Die Reformdiskussion ist nicht auf Patientenzuwendung zentriert, sondern einseitig ökonomisch orientiert. Die Politik steht unter dem Druck des Systems. Und sie bindet dem Arzt die Hände. Im Gespräch mit internationalen

Experten wurde die ethische Prägung ärztlichen Handelns deshalb in diesem Band in den Blick genommen. Denn die Politik bedrängt das ärztliche Gewissen und somit die Freiheit des Arztberufs. Ausgewählte Autoren widmen sich aus verschiedenen Blickrichtungen dem Beruf des Arztes und den Grundlagen ärztlich-ethischen Handelns. Ausgehend von einer philosophischen Analyse der Berufswahl führt der Band über den Sozialstaat und der Politik zur For-

schung und der evidence based medicine, um am Schluss die Frage aufzuwerfen: Haben die Ärzte ein Recht auf Ausbildung und Praxis gemäß ihrem Gewissen?

Der Band versammelt unter anderem Aufsätze von Edmund D. Pellegrino (Washington D.C.); Jörg-Dietrich Hoppe (Berlin); Adolf Laufs (Heidelberg); Nikolaus Matthes (Baltimore); Winfried Kluth (Halle); Hans Thomas (Köln); William B. Hurlbut (Stanford).

Knut Köhler M.A.

Medicina oeconomica – Ärzte gestern und morgen

Sehr geehrte Damen und Herren, mit Interesse habe ich den Artikel von Professor Klaus Bergdolt im Ärzteblatt 8/2008 zu Kenntnis genommen. Er analysiert treffend die aktuelle Situation und zeigt geschichtliche Hintergründe auf.

Ich suche Antworten auf die Frage meines zukünftigen Selbstverständnisses. Ursprünglich durch ein altruistisches Arztbild geprägt, ist mein aktueller Alltag sehr konfliktbeladen.

Täglich stürmen neue – oft für mein Verständnis – unsinnige Regelungen auf mich ein.

Wer auf der Strecke bleibt, ist der Patient und auch ich als sein Anwalt

kapituliere zunehmend. Haben wir Ärzte „eine Identität“, die uns verbindet, haben wir selbst eine Vision, wie unsere Zukunft gestaltet werden kann – oder warten wir auf die Monopolisierung durch die Gesundheitspolitik, die vorgibt im Sinne der Patienten zu handeln. An der Person von Prof. Dr. Dr. Karl Lauterbach, multimedieller sozialdemokratischer Gesundheitspolitiker, berufener „Medizin-Ethiker“ und nicht zuletzt Mitglied des Aufsichtsrates des Rhön-Klinikums AG wird für mich der ganze Widerspruch der Gesundheitspolitik deutlich. Brauchen wir Ärzte Mentoren, die unsere Arbeit reflektieren oder Soziologen, die eine gesellschaftliche Debatte unterstützen. Solange jeder nur mit sich selbst

beschäftigt ist, werden wir nichts ändern. Kommunikation über Grenzen hinweg erscheint dringend nötig. Mir ist das Komplex der Problematik schon bewusst, auch dass es keine einfachen Lösungen gibt.

Friedrich Schorlemmer hat gesagt: „Der Markt ist für den Menschen da, und nicht die Menschen für den Markt“ Das ureigenste Interesse des Arztes sollte der Mensch sein – Ich wünsche mir eine humane Gesellschaft – die ich selbst gern mitgestalte – und nicht die Diktatur der Bürokraten.

Ist eine Ärztekammer der richtige Ansprechpartner, diese Gedanken zu äußern und Fragen zu stellen?

Mit freundlichen Grüßen
Dr. med. Sylvia Berger

Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung vom 28. Juni 2008

Aufgrund von § 6 des Gesetzes über Berufsausübung, Berufsvertretung und Berufsgerechtigbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker sowie der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Freistaat Sachsen (Sächsisches Heilberufekammergesetz – SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes über die Versicherungsaufsicht über die Versorgungswerke der Freien Berufe im Freistaat Sachsen und über die Änderung weiterer Gesetze vom 7. November 2007 (SächsGVBl. S. 487) hat die Erweiterte Kammerversammlung am 28. Juni

2008 eine neue Satzung für die Sächsische Ärzteversorgung beschlossen. Das Sächsische Staatsministerium für Soziales hat mit Bescheid vom 9. September 2008, AZ 32-5248.12/38, die Genehmigung erteilt.

Die Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung wurde am 22. September 2008 vom Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer ausgefertigt und wird als Beilage in diesem Heft des „Ärzteblatt Sachsen“ und im Deutschen Tierärzteblatt bekannt gemacht.

Die neue Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung tritt zum 1. Januar 2009 in Kraft. Gleichzeitig tritt die Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung vom 2. November 1991 einschließlich aller Änderungssatzungen, zuletzt in der Fassung der 13. Änderungssatzung vom 24. Juni 2006 außer Kraft.

Konzerte und Ausstellungen

Sächsische Landesärztekammer Konzerte

Festsaal, Sonntag, 2. November 2008

11.00 Uhr – Junge Matinee

Streicherkammermusik aus drei

Jahrhunderten, Klasse Prof. Annette

Unger, Studierende der Hochschule für

Musik Carl Maria von Weber Dresden

Ausstellung

Foyer und 4. Etage

Jana Morgenstern – „Korund“

bis 16. 11. 2008

Sächsische Ärzteversorgung

Ausstellung

2. Etage

Beate Bilkenroth

Malerei – „WBS 70“

bis 31.3.2009

Gesundheitszustand und Berufszufriedenheit von angestellten und selbstständigen Ärztinnen und Ärzten

Teil II: Merkmale der Arbeitstätigkeit, Aspekte der Gesundheit und der Arbeitszufriedenheit im Vergleich zwischen angestellten und selbstständigen Ärzten¹

(Teil I: „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 7/2008, 368 – 370)

Von den 2.234 befragten Medizinern in ärztlicher Tätigkeit und mit Patientenkontakt geben 1.245 der Befragten an, angestellt und 909 selbstständig zu sein. 80 Untersuchungsteilnehmer machten keine Angaben zur Beschäftigungsart. Somit resultiert

eine Gesamtstichprobe von N=2.154 für die Analyse.

Angestellte Ärzte sind signifikant jünger als selbstständige Ärzte und der Anteil von Frauen ist bei den selbstständigen höher ($p < .001$, Tab. 1).

Bewertung der Arbeit

Die wöchentliche Gesamtarbeitszeit für Vollzeitbeschäftigte wird von den angestellten Ärzten mit $55,2 \pm 10,5$ Stunden, den selbstständigen mit $54,9 \pm 9,7$ Stunden angegeben (nicht signifikanter Unterschied). Auf einer siebenstufigen Skala zur beruflichen Belastung geben 26 % der angestellten und 39 % der selbstständigen Ärzte die Stufe 1, sehr hohe berufliche Belastung, an, Stufe 1 und 2 werden insgesamt von 62 % bzw. 74 % genannt. Die Stufen 5 bis 7 mit einer geringen beruflichen Belastung

werden nur von wenigen Ärzten gewählt (Tab. 2). Erhebliche Unterschiede bestehen bei der Belastung durch sich ändernde Anforderungen, die von selbstständigen Ärzten mit 78 % der Stufen 1 und 2 gegenüber 38 % der angestellten Ärzte angegeben werden. 14 % der angestellten Ärzte geben an, dass diese Belastung gering oder sehr gering ausfällt. Ein Drittel der Ärzte ist mit dem Gehalt unzufrieden (Stufe 1 und 2), wobei es zwischen beiden Gruppen keine wesentlichen Unterschiede gibt. Der Anteil der Ärzte, der über einen Wechsel in medizinferne Tätigkeiten oft nachdenkt, ist insgesamt gering, etwas größer jedoch bei den angestellten Ärzten (nicht signifikant). Mehr als 50 % in beiden Ärzteguppen können sich eine Zukunft ohne ihren Beruf nicht vorstellen.

Aus der arbeitspsychologischen Forschung sind Erlebensmerkmale der eigenen Arbeit bekannt, die als Ressourcen wirken können. Dazu gehört das Erleben der Arbeit als sinnvoll und wichtig, welches von 80 % der angestellten und 86 % der selbstständigen Ärzte angegeben wird. Auch der volle Einsatz der eigenen Fähigkeiten im Beruf, der von 59 % der angestellten und 76 % der selbstständigen Ärzte empfunden wird, gehört zu diesen Ressourcen. Die Zufriedenheit mit dem Verantwortungsumfang ist überdurchschnittlich hoch, bei den angestellten mit 57 % und den selbstständigen Ärzten mit 69 %. Von 66 % der angestellten und 61 % der selbstständigen Ärzte wird die eigene berufliche Leistungsfähigkeit als hoch oder sehr hoch bewertet. Die Zufriedenheitsparameter werden von den selbstständigen Ärzten durchschnittlich höher angegeben.

Bewertung der Gesundheit

Der eigene Gesundheitszustand wird von den befragten angestellten und selbstständigen Ärzten global als überwiegend positiv eingeschätzt. Nur 2 % bewerten ihren Gesundheitszustand als schlecht bis sehr schlecht. 59 % der Angestellten schätzen ihren Gesundheitszustand

Tabelle 1: Geschlecht und Alter in Abhängigkeit der Beschäftigungsart

Geschlecht		Angestellte N=1245	Selbstständige N=909	Gesamt N=2154
männlich	Anzahl (%)	639 (51,3)	396 (43,6)	1035 (48,1)
weiblich	Anzahl (%)	606 (48,7)	513 (56,4)	1119 (51,9)
Alter (Jahre)	MW \pm SD	40,8 \pm 9,7	52,2 \pm 8,8	45,6 \pm 10,9

Tabelle 2: Globalurteile (7-stufige Skala) zum Erleben beruflicher Faktoren und des eigenen Gesundheitszustands bei angestellten (A) und bei selbstständigen (S) Ärzten (Angaben in %)

	Antwort 1 + 2		Antwort 6 + 7	
	A	S	A	S
Berufliche Belastung insgesamt	61,8	74,1	1,1	0,6
1=sehr hoch bis 7=sehr gering				
Belastung durch sich ändernde Anforderungen	37,6	77,8	14,1	3,1
1=extrem bis 7=gar nicht				
Mit Gehalt zufrieden	34,3	37,8	17,2	16,6
1=überhaupt nicht bis 7=vollkommen				
Überlegung zum Wechsel in medizinferne Tätigkeit	8,4	6,3	71,9	82,2
1=sehr oft bis 7=nie				
Zukunft ohne meinen Beruf vorstellbar	17,6	19,2	53,3	53,8
1=sehr gut bis 7=überhaupt nicht				
Zufriedenheit mit Einsatz von Fähigkeiten im Beruf	6,4	4,1	58,8	76,1
1=trifft nicht zu bis 7=trifft voll zu				
Zufriedenheit mit Verantwortungsumfang	4,7	3,5	57,1	69,3
1=gar nicht bis 7=sehr				
Sinnerleben in der Arbeit	2,0	1,1	79,7	86,0
1=gar nicht bis 7=sehr				
Berufliche Leistungsfähigkeit	1,1	1,1	65,9	61,4
1=sehr gering bis 7=sehr hoch				
Eigener Gesundheitszustand	1,5	3,6	58,5	47,2
1=sehr schlecht bis 7=sehr gut				

¹⁾ Die Bezeichnung meint sowohl männliche als auch weibliche KollegInnen.

als sehr gut bis gut, bei den Selbstständigen sind es 47 % (Tab. 2). Der Anteil der selbstständigen Ärzte mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen liegt mit 26 % höher als der der angestellten Ärzte mit 14 %, wobei 2 % der angestellten und 4 % der selbstständigen Ärzte angeben, dass diese Erkrankungen sie im Beruf beeinträchtigen. Psychische Erkrankungen werden von selbstständigen Ärzten in 24 % angegeben, darunter 8 %, bei denen Beeinträchtigungen resultieren, bei den angestellten Ärzten sind das 17 %, 6 % mit Beeinträchtigungen. Dabei spielt natürlich der höhere Altersdurchschnitt bei den selbstständigen Ärzten eine wesentliche Rolle.

In der Tab. 3 sind Beschwerden in Abhängigkeit der Beschäftigungsart aufgeführt. Die Angaben beruhen auf dem Giessener Beschwerdebogen (Brähler und Scheer 1995). Die einzelnen Beschwerdekompexe können Punktwerte zwischen 0 und 24, der Beschwerdedruck zwischen 0 und 96 annehmen. Insgesamt liegen die Beschwerden beider Ärztegruppen im unteren Bereich mit der höchsten Ausprägung bei dem Komplex „Erschöpfung“ und „Gliederschmerzen“. Kontrolliert man den Altersunterschied zwischen selbstständigen und angestellten Ärzten, so ergeben sich keine signifikanten Unterschiede in der Ausprägung von Beschwerden zwischen diesen beiden Gruppen.

Die Erholungsunfähigkeit wird als ein wesentlicher Risikofaktor nicht nur für Herz-Kreislauf-Erkrankungen angesehen. Von Richter et al. (1996) werden Normalwerte von 6 bis 18 Punkten auf der Grundlage des von ihnen entwickelten FABA-Fragebogens angegeben (mögliche Summenwerte zwischen 6 und 24 Punkten). Sowohl angestellte Ärzte ($15,2 \pm 4,1$) als auch selbstständige ($15,5 \pm 4,3$) liegen im normalen Bereich. Signifikante Unterschiede zwischen beiden Gruppen gibt es nicht. 11,2 % der angestellten und 13,1 % der selbstständigen Ärzte zeigen eine sehr auffällige Erholungsunfähigkeit.

Burnout mit seinen Komponenten emotionale Erschöpfung, Zynismus und reduzierter Leistungsfähigkeit

Tabelle 3: Beschwerden in Abhängigkeit von der Beschäftigtenart (Giessener Beschwerdefragebogen, Brähler und Scheer 95)

Beschwerdenkomplex [Beschwerdenpunkte: jeweils 0-24]	Angestellte N = 1245		Selbstständige N = 909	
	MW	± SD	MW	± SD
Magenschmerzen	2,1	± 2,6	2,1	± 2,6
Erschöpfung	6,2	± 4,6	5,8	± 4,8
Gliederschmerzen	5,6	± 4,1	6,0	± 4,2
Herzbeschwerden	1,4	± 2,1	1,7	± 2,4
Beschwerdedruck (gesamt) [0-96]	15,3	± 10,5	15,4	± 10,9

spielt auch in den Pflegeberufen eine wesentliche Rolle. Es wurde zur Erfassung dieses Risikos die deutsche Version des Masslach Burnout Inventory – General Survey (Schaufeli et al. 1996) eingesetzt. Auf der Grundlage der Klassifikation von Kalimo et al. (2003) zeigen 54,1 % der angestellten und 54,9 % der selbstständigen Ärzte kein Burnout, 41,9 % bzw. 41,4 % einige Burnoutsymptome. Ein Burnout wird nach dieser Klassifizierung diagnostiziert bei 3,9 % der angestellten und 3,7 % der selbstständigen Ärzte. Ein relevanter Unterschied, auch unter Berücksichtigung des Alters, liegt nicht vor.

Insgesamt ergeben sich keine Unterschiede nach Kontrolle des Alters hinsichtlich der Beschwerden, der Erholungsunfähigkeit und des Burnout zwischen diesen beiden Gruppen.

Es wurden auch weitere Risikofaktoren und gesundheitsbewusstes Verhalten erfasst. 83,0 % der angestellten und 88,2 % der selbstständigen Ärzte geben an, Nichtraucher zu sein. 27,9 % der angestellten und 36,7 % der selbstständigen Ärzte sind auf der Grundlage des Body-Mass-Index als übergewichtig einzustufen, 5,9 % der angestellten und 8,4 % der selbstständigen Ärzte als adipös. Kontrolliert man das Alter, ergeben sich keine statistisch relevanten Unterschiede. 58,9 % der angestellten und 60,2 % der selbstständigen Ärzte üben, ein- oder mehrmals in der Woche sportliche Aktivitäten zu betreiben.

Zusammenfassung:

Die Ergebnisse verdeutlichen eine sehr hohe Arbeitsbelastung für angestellte und selbstständige Ärzte. Selbstständige fühlen sich besonders durch sich ändernde Gesetze, Ver-

ordnungen, Richtlinien und anderes belastet. Arbeitszeiten oberhalb der gesetzlichen Regelungen sind in beiden Gruppen Normalität.

Trotz dieser hohen Belastung ist der Anteil von Ärzten, die einen Wechsel in medizinferne Tätigkeiten in Betracht ziehen, sehr gering. Der Anteil derer, die sich eine Zukunft ohne ihren Beruf vorstellen können, liegt in beiden Gruppen etwa bei der Hälfte der Ärzte. Der hohen Belastung gegenüber stehen eine positiv wahrgenommene Gesundheit und Leistungsfähigkeit sowie eine als eher gering eingeschätzte Beeinträchtigung durch vorliegende Krankheiten (Herz-Kreislauf-Erkrankungen und psychische Erkrankungen).

Die Summe der Erschöpfungsbeschwerden liegt insgesamt relativ hoch. Ein großer Anteil der Befragten weist einzelne Burnout-Symptome auf, jedoch liegt nur bei einem geringen Anteil nach der Klassifikation von Kalimo et al. (2003) ein tatsächliches Burnout vor. Hinsichtlich der Vergleichsgruppen besteht kein relevanter Unterschied. Es zeigen sich auch keine Unterschiede für angestellte und selbstständige Ärzte hinsichtlich der analysierten Gesundheitsparameter, wenn die Altersunterschiede berücksichtigt werden.

Eine hohe Arbeitszufriedenheit (Verantwortungsumfang, Einsatz eigener Fähigkeiten, Sinnerleben in der Arbeit) ist besonders bei selbstständigen Ärzten festzustellen.

Literatur beim Verfasser

Anschrift der Verfasser:

Schmeißer, K.; Hübler, A.; Ditzinger, V.;
Scheuch, K.; Müller, G.; Kunath, H.
Institut und Poliklinik für Arbeits- und
Sozialmedizin; Institut für Medizinische
Informatik und Biometrie der TU Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Therapiesymposium 2008

Zum wiederholten Mal findet im Gebäude der Sächsischen Landesärztekammer das Therapiesymposium der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) statt. Kooperationspartner sind die Sächsische Landesärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen. Vorgestellt werden wissenschaftlich begründete, interessensneutrale und praxisorientierte Therapieempfehlungen. Die Fortbildungsveranstaltung richtet sich an alle in der Patientenversorgung tätigen Kolleginnen und Kollegen.

Im Mittelpunkt der diesjährigen Veranstaltung (wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Lud-

wig, Vorsitzender der AkdÄ; Frau Prof. Dr. med. U. Gundert-Remy und Prof. Dr. med. R. Lasek – Moderator) stehen Empfehlungen der AkdÄ zur Therapie der arteriellen Hypertonie (Prof. Dr. med. Manfred Anlauf, Bremerhaven und Prof. Dr. med. Franz Weber, Meschede), die Therapie des Asthma bronchiale im Erwachsenenalter (Prof. Dr. med. Dieter Ukena, Bremen) und Empfehlungen zur Therapie bei funktioneller Dyspepsie und Reizdarmsyndrom (Prof. Dr. med. Roland Gugler, Karlsruhe).

Eine kritische Betrachtung zu neuen Arzneimitteln bildet den Abschluss der Veranstaltung (Prof. Dr. med. Ulrich Schwabe, Heidelberg). Die aktuellen Therapieempfehlungen sind über die Homepage der AkdÄ (<http://www.akdae.de>) abrufbar.

Die Veranstaltung findet am Mittwoch, dem **29. Oktober 2008, 15.00 bis 18.30 Uhr**, im **Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer** (Schützenhöhe 16, 01099 Dresden) statt und ist mit vier Fortbildungspunkten bewertet. Die Teilnahme ist gebührenfrei.

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

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

Fortbildung Patientensicherheit

Die diesjährige Veranstaltung der Sächsischen Landesärztekammer zur Patientensicherheit widmet sich den Themenkomplexen Kommunikation und Aufklärung.

Risikomanagement und Patientensicherheit sind so alt wie es ärztliche Behandlung gibt. Risikomanagement ist damit unerlässlich und integraler Bestandteil des Qualitätsmanagements in Gesundheitseinrichtungen. Das Thema Patientensicherheit ist auch ein originäres Anliegen und Aufgabe der Ärztekammern. Unter dem Titel „Risikomanagement und Patientensicherheit“ fand in der Sächsischen Landesärztekammer am 3. November 2007 eine Informations- und Fortbildungsveranstaltung statt. Im Ergebnis der Podiumsdiskussion wurde unter anderem festgestellt, dass bei der Entwicklung von Fehlervermeidungsstrategien die Behebung von organisations- oder kommuni-

kationsbedingten Problemen sowie Schnittstellenproblemen im Vordergrund stehen.

Das Forum am 22. November 2008 widmet sich den komplexen Gebieten der Patientenaufklärung und Kommunikation. Dabei soll insbesondere die Bedeutung der Kommunikation als integratives Element zur Entwicklung einer Sicherheitskultur vorgestellt werden. Zielgruppe sind in ambulanten und stationären Einrichtungen tätige Ärzte, Leitende Chefarzte und Verwaltungsleiter von Krankenhäusern.

Dr. med. habil. Maria Eberleingonska, Vorsitzende des Ausschusses Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie der Sächsischen Landesärztekammer, gibt unter dem Titel „Vom Fehlermanagement zur Risikokultur“ eine Einführung in die Thematik. Nachfolgend werden zum Themenkomplex Aufklärung durch Dr. med. Rainer Kluge, Vorsitzender der Gutachterstelle der Sächsischen

Landesärztekammer, Fälle aus der Gutachterstelle vorgestellt, gefolgt von juristischen Erläuterungen zu Risikoaufklärung und Sicherungsaufklärung (Dr. med. Helge Hölzer, Rechtsanwalt und Facharzt für Chirurgie). Ein Referat zu „Fallstricken in der Patientenkommunikation“ (PD Dr. med. habil. Kerstin Weidner) und ein Rollenspiel (Dr. med. Norbert Grosche, Mitglied des Ausschusses Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie der Sächsischen Landesärztekammer) bilden den Mittelpunkt des Themenkomplexes Kommunikation.

Termin: 22. November 2008, 9.00 Uhr bis ca. 13.15 Uhr, Sächsische Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, Plenarsaal. Teilnahmegebühren werden nicht erhoben, eine Anmeldung ist nicht erforderlich, fünf Fortbildungspunkte.

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

Die Nationale Versorgungsleitlinie Chronische KHK

Günter Ollenschläger¹ und Ina Kopp², für den Expertenkreis NVL Chronische KHK beim ÄZQ¹

¹ Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) – gemeinsames Institut von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung

² Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)

Zusammenfassung

Im Rahmen des Programms für Nationale Versorgungsleitlinien (NVL-Programm) BÄK, KBV und AWMF und KBV ist 2006 die **NVL Chronische Koronare Herzkrankheit (KHK)** erschienen. Nach einem vier Jahre dauernden Abstimmungsprozess haben fünf wissenschaftliche medizinische Fachgesellschaften (DEGAM, DGIM, DGK, DGPR, DGTHG) und Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) sich auf gemeinsame Empfehlungen zur Versorgung von Menschen mit chronischer KHK geeinigt. Die Versorgungsleitlinie nimmt Stellung zu folgenden Themen: nicht-invasive und invasive Diagnostik, Risikostratifizierung, Risikofaktoren-Management/Prävention, konservative Therapie (Symptomkontrolle und Sekundärprophylaxe), Abwägung konservativer Maßnahmen gegen-

über interventioneller Therapie (PCI) oder Bypass-Operation (CABG), Indikation zu stationären und rehabilitativen Maßnahmen, Koordination der Patientenbetreuung.

Einführung

Die koronare Herzkrankheit (KHK) gehört zu den wichtigsten Volkskrankheiten. Die chronisch-ischämische Herzkrankheit und der akute Myokardinfarkt führen die Todesursachenstatistik in Deutschland (2003) mit 10,9 % und 7,5 % der registrierten Todesfälle an. Männer weisen eine höhere Rate koronarer Ereignisse (Myokardinfarkt und kardialer Tod) auf als Frauen. Ein mehrfach demonstrierter Zusammenhang besteht auch mit der sozialen Schichtzugehörigkeit. Für das Auftreten und für den Verlauf der KHK ist eine große Zahl von Risikofaktoren identifiziert worden. Das Rauchen, die Bewegungsarmut, Fehlernährung, Übergewicht, genetische Faktoren, der Bluthochdruck und Störungen des Lipidstoffwechsels sind für die Versorgung von größter Bedeutung. In epidemiologischen Untersuchungen ist die Letalität (case-fatality-rate) beim akuten Herzinfarkt mit 51 Prozent bei Frauen und 49 Prozent bei Männern immer noch sehr hoch. Zwei Drittel dieser Todesfälle ereignen sich vor Klinikaufnahme.

Nach Vorstellung von BÄK, KBV und AWMF verlangen die hohe Prävalenz und Inzidenz der KHK sowie eine große Variationsbreite in der Versorgungsqualität verstärkte Bemühungen, um die Optimierung der Versorgung von Patienten mit KHK. Hierzu gehören verlässliche Definitionen des Notwendigen und Angemessenen in Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation.

Vor diesem Hintergrund wurde die NVL Chronische KHK (Gliederung: siehe Tab. 1) durch Adaptation bereits publizierter in- und ausländischer Leitlinien erstellt. Als inhaltliche Grundlage der NVL-Empfehlungen wurden folgende „**Quell-Leitlinien**“ herangezogen:

- ACC/AHA 2002 Guideline Update for the Management of Patients With Chronic Stable Angina: A report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines.
- Leitlinie zur Diagnose und Behandlung der chronischen koronaren Herzerkrankung (2003) der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung (DGK) in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen

Tabelle 1: Gliederung und Fragestellungen der NVL KHK

- Definition und Therapieziele
- Epidemiologie
- Schweregrade und Klassifizierungen: stabile Angina pectoris, Verweis bei akutem Koronarsyndrom
- Prognose und Risikostratifizierung bei KHK: Beratungshilfe, Risikostratifizierung
- Basisdiagnostik bei KHK: Anamnese, körperliche/technische Untersuchungen, Laboruntersuchungen
- Spezielle Diagnostik, nichtinvasive Verfahren: Indikationen: Ablauf für die kardiologische Versorgungsebene, Ablauf für die primär- und hausärztliche Versorgungsebene, Bestimmung der Vortestwahrscheinlichkeit:
- Differenzialdiagnose
- Invasive Diagnostik: Indikationen: Risikostratifizierung, Bedeutung der Koronarangiographie
- Risikofaktoren-Management, Prävention: Fettstoffwechselstörungen, Hypertonie, Diabetes mellitus, psychosoziale Faktoren/ Lebensqualität, Lebensstil: Ernährung, Rauchen, Training, Gewicht
- Medikamentöse Therapie: Behandlung und Prophylaxe der Angina Pectoris, Nitrate, Beta-Rezeptorenblocker, Kalziumkanalblocker; Sekundär-/ Tertiärprophylaxe, Thrombozytenaggregationshemmer, Cholesterinsenkende Medikamente, ACE-Hemmer, AT-1-Rezeptorantagonisten; Arzneimittel mit fehlendem Wirksamkeitsnachweis
- Revaskularisations-Therapie: allgemeine und spezielle Empfehlungen
- Rehabilitation: Definition und Phasen der Rehabilitation; Phase II der Rehabilitation (AHB; AR), Phase III der Rehabilitation (Langzeitbehandlung)
- Hausärztliche Langzeitbetreuung: Lebensqualität, KHK-Wahrscheinlichkeit und hausärztliche Aufgaben
- Versorgungskoordination: Hausärztliche Versorgung, Überweisung vom Hausarzt zum Kardiologen (ambulant), gemeinsame Betreuung Hausarzt und Facharzt für Kardiologie, Einweisung in ein Krankenhaus, Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme
- Qualitätsförderung und Qualitätsmanagement

Tab. 2: Entscheidungshilfe: Prognose bei stabiler KHK
Auszug NVL KHK Kapitel 5 Prognose/Risiko

Risikofaktoren mit Gewichtung als Punktwert gemäß ihrer prognostischen Relevanz		Umrechnung der Punkte in die relative Wahrscheinlichkeit für Tod oder nicht-tödlichen Herzinfarkt (MI) im nächsten Jahr	
Risikofaktor	Punkte	Punkt-Summe	Relative Wahrscheinlichkeit für Tod oder MI [%]
Komorbidität (*)			
Nein	0		
Ja	9	0 – 10	1
		11 – 20	2,5
		21 – 25	5
Diabetes			
Nein	0	26 – 30	9
Ja	6	31 – 35	14
		36 – 40	23
Stärke der Angina pectoris (AP) (**)			
I – normale Aktivität ohne Einschränkungen	0	41 – 45	35
II – normale Aktivität leicht eingeschränkt	5	≥ 46	45
III – normale Aktivität stark eingeschränkt	9		
Dauer der Beschwerden (***)			
≥ 6 Monate	0		
< 6 Monate	8		
Ruhe-EKG: ST-Senkung oder T-Negativierung			
Nein	0		
Ja	3		
Linksventrikuläre Dysfunktion (Echo)			
Nein	0		
Ja	11		

Erläuterungen:

(*) Komorbidität: Eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen: zerebrovaskuläre Erkrankungen, chronische Lebererkrankungen, manifeste pAVK, chronische Niereninsuffizienz, chronische obstruktive Lungenerkrankung, chronisch-entzündliche Erkrankung (rheumatoide Arthritis, SLE oder Misch-Kollagenose, Polymyalgia rheumatica usw.), Malignom (derzeit aktiv oder im letzten Jahr diagnostiziert)
 (***) Stärke der Beschwerden (kanadische AP-Klassifikation): I: normale Aktivität (z.B. Treppen steigen) verursacht keine Beschwerden, AP nur bei sehr starker, rascher oder ausgedehnter Aktivität: AP bei schnellen Gehen, Treppensteigen oder Steigungen, bzw. Gehen/ Treppensteigen nach Mahlzeiten, in Kälte, bei Wind oder unter emotionaler Belastung.III: AP bei ein bis zwei Häuserblöcken (eben) oder einer Treppe (halbes Stockwerk)
 (***) Dauer der Beschwerden – beachte: je länger desto günstiger die Prognose

(DGPR) und der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG).

- Koronare Herzkrankheit – Empfehlungen zur Prophylaxe und Therapie der stabilen koronaren Herzkrankheit in der Reihe Arzneiverordnungen in der Praxis 2004, Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft.

Definition und Therapieziele

Die koronare Herzkrankheit (KHK) ist die Manifestation der Atherosklerose an den Herzkranzarterien. Sie führt häufig zu einem Missverhältnis zwischen Sauerstoffbedarf und Sauerstoffangebot im Herzmuskel. Eine KHK ist mit einem erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko verbunden. Bei häufigem Auftreten von Angina-pectoris-Beschwerden ist die Lebensqualität vermindert.

Daraus ergeben sich folgende Therapieziele:

- Steigerung der krankheitsbezogenen Lebensqualität, unter anderem durch Vermeidung von Angina-pectoris-Beschwerden,
- Erhaltung der Belastungsfähigkeit,
- Verminderung von KHK assoziierten psychischen Erkrankungen (Depression, Angststörungen),
- Reduktion der kardiovaskulären Morbidität, insbesondere Vermeidung von Herzinfarkten und der Entwicklung einer Herzinsuffizienz,
- Reduktion der Sterblichkeit.

Schwerpunkte der NVL Chronische KHK

Versorgungskoordination

Besonderer Schwerpunkt liegt, entsprechend den Zielen des Programms für Nationale VersorgungsLeitlinien, auf Aspekten der Versorgungskoordination. (Beispiel: s. Tab. 3). Die Betreuung des chronischen KHK-Patienten erfordert die Zusammenarbeit aller Sektoren (ambulant und stationär) und Einrichtungen. Eine

qualifizierte Behandlung muss über die gesamte Versorgungskette gewährleistet sein.

Diagnostik

Das diagnostische Vorgehen wird in der NVL KHK in Form unterschiedlicher Algorithmen für die hausärztliche und für die kardiologische Versorgungsebene dargestellt.

Die Empfehlungen zur **Invasiven Diagnostik** sind in Tab. 4 zusammengestellt.

Risikofaktoren-Management / Prävention

Nichtmedikamentöse Therapiestrategien: Aufklärung, Beratung und Schulung sind nach Auffassung der NVL KHK als Grundlage des Risikofaktorenmanagements unverzichtbar. Sie zielen auf Veränderung der Ernährungs-, Rauch- und Bewegungsgewohnheiten. Die angemessene Therapie von Fettstoffwechselstörungen, Hypertonie und Diabetes mellitus ist die zweite Säule des Risikofaktorenmanagements.

Medikamentöse Therapie bei chronischer KHK

Thrombozytenaggregationshemmer

- Alle Patienten mit KHK sollten mit Thrombozytenaggregationshemmern behandelt werden. Acetylsalicylsäure soll hierfür aufgrund der zahlreichen Belege zur Wirksamkeit Mittel der 1. Wahl sein.
- Bei Unverträglichkeit oder Kontraindikationen kommt Clopidogrel zum Einsatz.

Cholesterinsenkende Medikamente

- HMG CoA Reduktasehemmer (Statine) werden als Therapeutika der 1. Wahl eingesetzt, da für sie eine Reduktion der kardiovaskulären Morbidität und Sterblichkeit bei Patienten mit KHK belegt wurde.
- Auch das Herzinfarkt- und Schlaganfallrisiko von Patienten mit hohem vaskulärem Risiko und LDL-Cholesterin < 100 mg/dl (< 2,6 mmol/L) kann durch Statine gesenkt werden.
- Alle Patienten mit koronarer Herzkrankheit profitieren von einer Behandlung mit Statinen – unab-

Tab. 3: Versorgungskoordination bei Chronischer KHK
Auszug NVL KHK Kapitel 13 Versorgungskoordination

Hausärztliche Versorgung

- Die Langzeit-Betreuung des Patienten und deren Dokumentation sowie die Koordination diagnostischer, therapeutischer und rehabilitativer Maßnahmen, z. B. im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms, erfolgen grundsätzlich durch den Hausarzt.
- Wenn medizinische Gründe es erfordern, sollte der Patient gemeinsam mit einem Facharzt für Kardiologie betreut werden.

KHK-Wahrscheinlichkeit und hausärztliche Aufgaben

Die hausärztliche Arbeitsmethodik berücksichtigt die Niedrigprävalenz-Situation im unselektierten Krankenkollektiv der Praxis: höchstens 20 % der Patienten mit thorakalen Beschwerden haben eine KHK. Bei Patienten mit einer nach dem ersten Eindruck niedrigen Wahrscheinlichkeit für eine KHK (z. B. pleuritische Beschwerden bei akutem Atemwegsinfekt) wird nach Anamnese und körperlicher Untersuchung die KHK-Hypothese nicht weiter verfolgt. Aufgabe des Hausarztes ist es, eine weiterführende Diagnostik nur ab einem mittleren Wahrscheinlichkeitsbereich durchzuführen bzw. zu veranlassen. In Zusammenhang mit der KHK ergeben sich für den Hausarzt bei Symptompräsentation Thoraxschmerz die folgenden Aufgaben: ätiologische Klärung (KHK ja / nein; akutes Koronarsyndrom); prognostische Stratifizierung; Weiterbehandlung oder Überweisung / Weiterleitung.

Überweisung vom Hausarzt zum Kardiologen (ambulant) Indikationen

- Symptome, die mit der KHK in einem engen Zusammenhang stehen können und hausärztlich nicht befriedigend zu klären sind.
- Befriedigende symptomatische Behandlung ist auf der hausärztlichen Versorgungsebene nicht möglich (Verschlimmerung – Therapieziel Lebensqualität gefährdet).
- Medikamentöse und sonstige Maßnahmen zur Verbesserung der Prognose sind unzureichend umsetzbar (z. B. Unverträglichkeiten, Interaktionen, Non-Compliance, die durch Facharztbeurteilung optimierbar erscheint – Therapieziel Verbesserung der Prognose gefährdet).
- Deutliche Verschlechterung einer bekannten bzw. Verdacht auf neue Herzinsuffizienz, neu aufgetretene, klinisch relevante Rhythmusstörungen (Sicherung der Diagnose und Prognose, ggf. Therapie).

Gemeinsame Betreuung Hausarzt und Facharzt für Kardiologie

- Patienten, bei denen ein akutes Koronarsyndrom oder eine Revaskularisations-Maßnahme weniger als ein Jahr zurück liegen.
- Patienten mit einer ausgeprägten Herzinsuffizienz (mindestens Stadium III/IV NYHA, auch anamnestisch).
- Patienten mit ventrikulären Rhythmusstörungen (VT, VF, ICD).
- Patienten mit Klappenvitien.

Einweisung in ein Krankenhaus aus dem Bereich: Behandelnder Arzt/Facharzt/Reha

Indikationen zur stationären Behandlung von Patienten mit chronischer KHK in einer qualifizierten stationären Einrichtung sind insbesondere:

- akutes Koronarsyndrom,
- Verdacht auf lebensbedrohliche Dekompensation von Folge- und Begleiterkrankungen (z. B. Hypertonie, Herzinsuffizienz, Rhythmusstörungen, Diabetes mellitus).

Die Indikation zur invasiven stationären Diagnostik und Therapie muss stufengerecht und risikoadaptiert erfolgen.

Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme

Die Durchführung einer multidisziplinären Rehabilitation wird empfohlen:

- nach akutem ST-Hebungsinfarkt und Nicht-ST-Hebungsinfarkt,
- nach koronarer Bypass-Operation (auch in Kombination mit Klappenoperation),
- in ausgewählten Fällen nach elektiver PCI (z.B. bei ausgeprägtem Risikoprofil, bei besonderem Schulungsbedarf, bei Compliance-Problemen).

<p>hängig von der Höhe der Blutfettwerte.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Für andere Lipidsenker (Fibrate, Anionenaustauscher, Nikotinsäurederivate) liegen zur Sekundärprävention der KHK keine so ausführlichen und konsistenten Daten wie für Statine vor, sie sind daher als Medikamente der 2. Wahl anzusehen. ■ Für Cholesterinaufnahmemer (Ezetimib) liegen bislang keine ausreichenden Daten zu Sicherheit und Einfluss auf die Morbidität der KHK vor. ■ Bezüglich des speziellen Vorgehens im Rahmen der lipidsenkenden Behandlung werden zwei 	<p>Strategien diskutiert: LDL-Cholesterin-Senkung auf Zielwert < 100 mg/dl (< 2,6 mmol/L): AkdÄ, DGIM, DGK; oder Strategie der festen Dosis: DEGAM.</p> <p><i>ACE-Hemmer</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Alle Patienten mit Linksherzinsuffizienz sollen aufgrund der belegten Senkung der Morbidität und Sterblichkeit mit einem ACE-Hemmer behandelt werden. ■ Alle Patienten nach Myokardinfarkt mit Linksherzinsuffizienz sollen aufgrund der belegten Senkung der Morbidität und Sterblichkeit mit einem ACE-Hemmer behandelt werden. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bei Patienten mit erhöhtem vaskulärem Risiko und Hypertonie reduzieren ACE-Hemmer die Morbidität und Sterblichkeit. Sie reduzieren im Unterschied zu Betablockern jedoch nicht die Angina-pectoris-Beschwerden. Sie werden daher bei Patienten mit KHK und normaler kardialer Pumpfunktion als Medikamente der 2. Wahl zur Blutdruck-Senkung empfohlen. <p><i>Revaskularisationstherapie</i></p> <p>Die Empfehlungen der NVL KHK zur Revaskularisationstherapie (siehe Tab. 6) beziehen sich explizit auf die Ergebnisse kontrollierten Studien, Meta-</p>
--	---	--

Tab. 4: Empfehlungen zur diagnostischen Koronarangiographie (Pat. mit V.a. Angina bzw. mit bekannter KHK und signifikanter Änderung der Angina-Symptome)
Auszug NVL KHK Kapitel 9 Invasive Diagnostik

Die diagnostische Koronarangiographie soll den Patienten empfohlen werden:

- die ein akutes Koronarsyndrom entwickelt haben,
- die unter leitliniengerechter medikamentöser Therapie eine anhaltender Angina pectoris (CCS Klasse III und IV) haben,
- mit pathologischem Ergebnis der nichtinvasiven Untersuchungen unabhängig von der Schwere der Angina pectoris,
- die einen plötzlichen Herzstillstand oder eine lebensbedrohliche ventrikuläre Arrhythmie überlebt haben,
- mit Symptomen einer chronischen Herzinsuffizienz bei unbekanntem Koronarstatus bzw. V.a. Progression der KHK.

Die diagnostische Koronarangiographie wird den Patienten nicht empfohlen:

- mit einer niedrigen Wahrscheinlichkeit nach nichtinvasiver Diagnostik,
- mit stabiler Angina pectoris (CCS Klasse I oder II) mit gutem Ansprechen auf medikamentöse Behandlung, aber ohne nachweisbare Ischämie,
- nach Intervention (CABG oder PCI) ohne wieder aufgetretene Angina pectoris und ohne nichtinvasiven Ischämienachweis,
- mit fehlender Bereitschaft zu einer weiterführenden Therapie (PCI oder CABG),
- mit einer hohen Komorbidität, bei denen das Risiko der Koronarangiographie größer ist als der Nutzen durch die Sicherung der Diagnose.

Tab.5: Empfehlungen zum Risikofaktoren-Management bei bekannter KHK
Auszug NVL KHK Kapitel 10 Risikofaktoren-Management / Prävention

Ernährung	Der Arzt soll über KHK-spezifische, gesunde Ernährung beraten: Kalorienreiche, fettarme, ballaststoffreiche Ernährung, reich an Früchten, Gemüse, Kohlenhydraten – arm an gesättigten Fetten.
Rauchen	Abstinenz vom Rauchen ist die wichtigste therapeutische Einzelmaßnahme bei Patienten mit Gefäßkrankheiten: Der Arzt soll Raucherberatung durchführen und Hilfen zur Raucherentwöhnung zur Verfügung stellen (nichtmedikamentöse und medikamentöse).
Training	KHK-Patienten sollen regelmäßig körperlich trainieren: Empfohlen wird aerobes Ausdauertraining (3–7 mal pro Woche je 15 bis 60 Min.) bei 40 – 60% der maximalen Leistungsfähigkeit und im ischämiefreien Bereich.
Übergewicht	Patienten mit einem BMI von 27 – 35 (>35) kg/m² sollen ihr Gewicht innerhalb von 6 Monaten um 5 – 10% (>10%) reduzieren.
Psychosoziale Faktoren/ Lebensqualität	Psychosoziale Risikofaktoren beeinflussen die KHK-Prognose negativ. Betroffen sind vor allem Patienten mit Depression, fehlendem sozialem und emotionalem Rückhalt: GGf. sind geeignete psychotherapeutische und / oder medikamentöse Maßnahmen einzuleiten.
Fettstoffwechselstörungen	Alle KHK-Patienten sollen ein Statin erhalten, da bei ihnen Statine – auch unabhängig vom LDL-Ausgangswert zur Prognoseverbesserung führen. Anpassung der Ernährung, Gewichtsreduktion, körperliches Training sind Basistherapie, aber in der Regel nicht ausreichend.
Hypertonie	Blutdruck ist regelmäßig zu kontrollieren. Bei Werten > 140/90 (Behandlungsziel) sind Pharmaka indiziert. Diuretika, Beta-Blocker, ACE-Hemmer, langwirksame Kalziumantagonisten, AT-1-Blocker sind prioritär zu verwenden.
Diabetes	Behandlungsziele sind: Normoglykämie, Blutdruck < 130/80, Senkung der Blutfette, Gewichtsreduktion.

Komponenten der Nationalen VersorgungsLeitlinien

Alle NVL bestehen aus folgenden Komponenten:

- Langfassung der NVL (enthalten die graduierten Empfehlungen, erläuternden Hintergrundtext, Quellenangaben und -darlegungen),
- Kurzfassung der NVL (enthalten die graduierten Empfehlungen und kurze begleitende Statements),
- Leitlinienreport (Darlegung des methodischen Vorgehens),
- Patienten-Leitlinie (durch Patienten erstellte Leitlinie zum Thema, inhaltlich auf der jeweiligen NVL basierend),
- Kitteltaschenversion und Praxishilfen (Kurzdarstellungen der wesentlichen Aussagen der NVL zur schnellen Orientierung),
- zusätzliche Hintergrundmaterialien (zum Beispiel Evidenztabelle, Leitliniensynopsen).

Die Komponenten der NVL Chronische KHK stehen im Internet frei zur Verfügung unter <http://www.khk-versorgungsleitlinien.de> und sind als Druckversion im Deutschen Ärzteverlag publiziert worden.

Korrespondenzadressen:
Prof. Dr. Dr. Günter Ollenschläger
Ärztliches Zentrum für Qualität
in der Medizin (ÄZQ)
Wegelystr. 3 / Herbert-Lewin-Platz
10623 Berlin
Tel.: 030-4005-2500
Fax.: 030-4005-2555
E-Mail: ollenschlaeger@azq.de

PD Dr. Ina B. Kopp
Ständige Kommission Leitlinien der AWMF
c/o Institut für Theoretische Chirurgie
Philipps-Universität Marburg
Baldinger Str., 35043 Marburg
Tel. 06421 2862249
Fax: 06421 2868926
E-Mail: kopp@mail.uni-marburg.de

analysen und Registerdaten. Die Quellen sind in im Leitliniendokument Form von Evidenztabelle zusammengestellt. Vor einer Revaskularisation sind Patienten über die

Wirksamkeit konservativer, interventioneller und chirurgischer Maßnahmen in Bezug auf die Therapieziele Symptomatik/Lebensqualität und Prognose zu informieren (siehe Tab. 7).

Tab. 6: Empfehlungen der NVL KHK zur Revaskularisation

Koronare Herzkrankheit mit signifikanter ($\geq 50\%$) linkskoronarer Hauptstammstenose
<ul style="list-style-type: none"> Bei linkskoronarer signifikanter Hauptstammstenose soll die operative Revaskularisation (ACB) angestrebt werden. Sie ist in Bezug auf Überleben, MACE und Lebensqualität der PCI und der konservativen Therapie überlegen. Inoperablen Patienten und Patienten, die nach sorgfältiger Aufklärung eine operative Revaskularisation ablehnen, kann alternativ die PCI empfohlen werden. Dies gilt für die Therapieziele Verbesserung der Prognose und Lebensqualität.
Koronare Mehrgefäßerkrankung mit hochgradigen proximalen Stenosen ($> 70\%$)
<ul style="list-style-type: none"> Bei Patienten mit Mehrgefäßerkrankung sollen revaskularisierende Maßnahmen empfohlen werden, da dadurch die Lebensqualität erhöht werden kann und sie – nach Expertenmeinung und Registerdaten – auch zu einer Verbesserung der Prognose führen. Bei Mehrgefäßerkrankung soll eine komplette Revaskularisation angestrebt werden. Bei 3-Gefäßerkrankung ist der ACB das primäre Vorgehen und die PCI das sekundäre Vorgehen. Patienten mit proximaler RIVA-Stenose ($\geq 70\%$) sollten unabhängig von der Symptomatik einer revaskularisierenden Maßnahme zugeführt werden. Alle anderen Patienten ohne RIVA-Stenose mit symptomatischer, medikamentös nicht adäquat beherrschbarer Eingefäßerkrankung sollen mit einer revaskularisierenden Maßnahme (in der Regel PCI) aus antianginöser Indikation behandelt werden. Älteren Patienten (> 75 Jahre) mit ausgeprägter, persistierender, trotz medikamentöser Therapie bestehender Symptomatik soll die Revaskularisation empfohlen werden.

Tabelle 7: Konservative Behandlung versus PCI und CABG bei Chronischer KHK

Option	konservative Behandlung	PCI	CABG
Definition	Gabe von antianginösen (Nitrate usw.) und prognoseverbessernden Medikamenten (ASS, Betablocker usw.), Modifikation von verhaltensbezogenen Risikofaktoren.	Schnelle Entwicklung von PTCA --> Stent --> Stent mit Beschichtung (DES). Konservative Behandlung als Begleittherapie eingeschlossen.	Schnelle Entwicklung zu mehr <ul style="list-style-type: none"> A.thorac.int. (Mammaria) OPCAB ect. Konservative Behandlung als Begleittherapie eingeschlossen.
Therapieziel Prognose	Wirksamkeit von Thrombozyten-Aggregationshemmern, Betablockern, Statinen in Plazebo-kontrollierten Studien mehrfach nachgewiesen.	Bisher keine Überlegenheit für Tod/MI im Vergleich zu konservativer Behandlung bei stabiler KHK nachgewiesen.	Überlegenheitsnachweis im Vergleich zu konservativer Behandlung beruht auf älteren Studien (allerdings Fortschritte bei medikamentöser und chirurgischer Therapie); Überlegenheit gegen PCI bisher bei 3-Gefäßerkrankung, reduzierter Kammerfunktion bewiesen.
Therapieziel Symptomatik, Quality of Life	Studienlage weniger eindeutig.	Wirksamer als konservativ.	Effekt nachhaltiger als PCI (auch neue Studien, auch DES, auch im Alter).
bevorzugter Einsatz („Stärken“)	Gut kontrollierte/kontrollierbare Symptomatik. Patient lehnt invasives Vorgehen ab.	Angina pectoris medikamentös nicht beherrschbar.	Angina pectoris medikamentös nicht beherrschbar. Mehrgefäß-Erkrankung, linke Hauptstamm-Stenose.
Abzuratende Indikation („Schwächen“)		Konservativ gut kontrollierte Symptomatik bei Niedrig-Risiko.	Konservativ gut kontrollierte Symptomatik bei Niedrig-Risiko.

Verwendete Abkürzungen

ACB	Aorto-Coronarer Bypass, vormalig ACVB, entspricht CABG	MACE	Major Adverse Cardiac Event
AHB	Anschlussheilbehandlung	MI	Myokardinfarkt
AkdÄ	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft	NVL	Nationale VersorgungsLeitlinie
AP	Angina pectoris	NYHA	New York Heart Association
ASS	Acetylsalicylsäure	pAVK	Periphere arterielle Verschlusskrankheit
BMI	Body Mass Index	PCI	Percutaneous Coronary Intervention / Perkutane Koronarintervention
CABG	Coronary Artery Bypass Grafting / Koronarer Bypass		Perkutane Koronarintervention
CCS	Canadian Cardiovascular Society	PTCA	Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty / Perkutane transluminale Koronar-Angioplastie
DES	Drug Eluting Stent / Medikamentenbeschichteter Stent		Perkutane transluminale Koronar-Angioplastie
Echo	Echokardiographie	RIVA(-Stenose)	Ramus Interventrikularis Anterior / Herzkranzgefäß
ICD-10	Internationale Klassifikation von Krankheiten, 10. Revision	SLE	Systemischer Lupus erythematosus
KHK	Koronare Herzkrankheit, synonym Koronare Herzerkrankung	VF	Ventricular Flutter / Kammerflattern
LDL-Cholesterin	Low-Density-Lipoprotein (Cholesterin)	VT	Ventricular Tachycardia / Ventrikuläre Tachykardie oder Ventricular Fibrillation / Kammerflimmern

Hygiene aktuell

Häufige Anfragen an die Sächsische Impfkommission

1. Schutzimpfung gegen Influenza

Die Influenzaimpf- und bald auch die Influenzaerkrankungssaison 2008/09 stehen bevor.

Im Jahre 2007 sind in Sachsen 1.359.183 Influenzaschutzimpfungen durchgeführt und bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen abgerechnet worden; das sind 32,2 der sächsischen Bevölkerung. Hinzu kommt die Anzahl der geimpften Privatversicherten, die nicht bekannt und nur grob abschätzbar ist. Die Ziele der von den Gesundheitspolitikern vorgegebenen Influenzapandemieplanung in inter pandemischen Jahren wurden damit bereits zum 3. Male erreicht, da mit der gleichen Produktionskapazität (jetzt trivalenten Impfstoff) ein monovalenter Impfstoff für 100 % der Bevölkerung im Pandemiefalle bereitgestellt werden könnte. Entscheidend für diesen Erfolg waren die Herabsetzung des Standardimpfalters von 60 auf 50 Jahre zum 1.1.2006 und die Neuformulierungen und damit Erweiterungen der Indikationsimpfungen bei Influenza für jüngere Personen durch die SIKO, so dass eine Influenzaimpfung für jedermann in Erwägung

gezogen werden kann. Dies sollte bundesweit Beachtung finden.

Dieser Erfolg ist durch die „Schutzimpfungsrichtlinie“ (SiR) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) bedroht, da viele ärztliche Kollegen Bedenken vor evtl. Regressen der gesetzlichen Krankenkassen haben, weil in der SiR in veränderter Formulierung die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) übernommen worden sind. Entsprechend § 20 Absatz 3 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) können nur die Bundesländer Impfungen öffentlich empfehlen; Aufgabe des GBA ist die Festlegung eines Mindeststandards der Bezahlung durch die Gesetzlichen Krankenkassen (GKK). Derzeit gelten in Sachsen die Vereinbarungen zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsens (KVS) und den sächsischen Krankenkassen (Impfvereinbarungen Sachsen), die den Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission (SIKO) Rechnung tragen. Zur Abrechnung von Influenza-Schutzimpfungen bei Versicherten sind 2008 die Abrechnungsnummern nach Abbildung 1 zu verwenden. Zu den Indikationsimpfungen (Abr.-Nr. 89112) sind nach den Empfehlungen der SIKO zur Durchführung von Schutzimpfungen im Freistaat Sachsen – Impfpflicht E 1, Stand 1. 1. 2008, auch die Indikation „Personen mit besonderer Infektionsgefährdung (zum Beispiel mit umfangreichem Publikumsverkehr)“ zu rechnen (Kategorie I). Gemeint ist hier nicht nur ein erhöhtes berufliches Risiko (Kategorie B). Besondere Infektionsgefährdung während der jährlich wiederkehrenden Influenzasaison liegt bei Personen aller Altersgruppen, die Kontakt zu möglicherweise mit Influenzaviren Infizierten haben können, vor. Die Infektionsgefährdung kann zum Beispiel beim Besuch von Kindereinrichtungen, Schulen und anderen Gemeinschaftseinrichtungen, beim Benutzen öffentlicher Verkehrsmittel, beim Aufsuchen von Arztpraxen, beim Zusammentreffen mehrerer Personen usw. gegeben sein.

Alle Impfärzte werden hiermit gebeten, 2008 zumindest das gleiche

2007/2008:

A/Solomon Islands / 3/2006 (H1N1) – like – virus
A/Wisconsin/67/2005 (H3N2) – like – virus
B/Malaysia/2506/2004 – like – virus*

*Victoria-Linie

2008/2009:

A / Brisbane /59/2007 (H1N1) – like virus
A / Brisbane /10/2007 (H3N2) – like virus
B / Florida /4 /2006 – like virus*

*Yamagata-Linie

Influenzavakzine Saison 2007/2008 und 2008/2009 auf der Nordhalbkugel (Abb. 2)

Engagement in punkto Influenzaimpfung wie 2007 walten zu lassen, zumal in dieser Saison alle Komponenten des trivalenten Impfstoffes ausgewechselt, den aktuell zirkulierenden Driftvarianten angepasst worden sind. (Abb.2).

Von den gesetzlichen Krankenkassen wird erwartet, im Interesse der Prophylaxe gegen Virusgrippe von reichlich 1/3 der Bevölkerung Sachsens die derzeitigen vertraglichen Regelungen mit der KVS zur Bezahlung auch 2009 fortzuschreiben; die Gesundheitspolitiker sind dringend gehalten, unter anderem endlich verbindliche Lieferverträge über Influenzaimpfstoff in Pandemiezeiten abzuschließen, damit im Freistaat Sachsen dann auch für 100 % der Bevölkerung Pandemieimpfstoff bereit gestellt wird, und nicht in andere Kanäle oder Bundesländer abfließt.

2. Meningokokken C-Impfung: „Catch-up“ versus Nachholimpfung:

In Sachsen ist die Meningokokken C – Impfung seit 1. 7. 2003 von der Sächsischen Impfkommission (SIKO) vom 3. Lebensmonat bis 18. Lebensjahr als Standardimpfung für alle nach englischem Vorbild empfohlen worden; die Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut (STIKO) hat dies erst am 1. 7. 2006 und nur für Kinder im 2. Lebensjahr (11 bis 23 Monate) empfohlen. Seitdem ist eine Diskussion Nachholimpfung oder „Catch-up“ entbrannt, die für Sachsen wegen der klaren Impfpflichtung nicht zutrifft und damit gegenstandslos ist.

Art der Impfung	KVS-Abrechnungsnummer
Influenza: Standardimpfung nach STIKO und SiR – Personen über 60 Jahre	89111
Influenza: erweiterte Standardimpfung nach SIKO – Personen über 50 bis vollendetes 60. Lbj.	891115
Influenza: Indikationsimpfungen in allen Altersgruppen (z.B. Infektionsgefährdung durch Publikumsverkehr, infektiösa anfällige und -gefährdete Kinder; Herz-Kreislauf- oder Stoffwechselerkrankungen)	89112

Abrechnungsziffern der Influenzaimpfung 2008/09 in Sachsen (Abb.1)

(„Zu Unklarheiten führte eine Formulierung zur Meningokokken-Impfung in der SiR des GBA: „Nachholimpfungen aller Jahrgänge bis zum vollendeten 18. Lebensjahr im Sinne einer Catch-up-Strategie wird von der STIKO nicht empfohlen.“ „Die STIKO hat zwar Catch-up- Strategien (Definition siehe Abb.3) tatsächlich nicht in Erwägung gezogen, sehr wohl aber für Nachholimpfungen als erprobte und bewährte Routinemaßnahmen plädiert. Und dies gilt ebenso für Impfungen mit Meningokokken-C-Konjugatimpfstoffen. Dies ist mittlerweile in fast allen Bundesländern und KV-Bezirken auch geregelt, Ausnahmen bilden Thüringen und Sachsen-Anhalt, wo die Meningokokken-Nachholimpfungen derzeit noch nicht bezahlt wurden. Aktuelle Änderungen sind zu erwarten“ (nach U. Arndt vom Deutschen Grünen Kreuz). Zu diesen Differenzen bemerkt der Autor, dass der GBA tunlichst präzise deutsche Ausdrucksweisen benutzen sollte, statt nicht definierte, vieldeutige „denglische“. Im US-amerikanischen Impfkalendar wird seit Jahren der Ausdruck „catch-up“ synonym auch für Nachholimpfungen gebraucht; andererseits ist der STIKO ins Buch zu schreiben, dass exakt juristisch-definitiv eine 2006 empfohlene Meningitis-C-Impfung für nur 2-Jährige 2008 noch keine Nachholimpfung für zum Beispiel 10-Jährige begründet, sondern nur für 4-Jährige. Diese Differenzen wurden und werden in anderen Bundesländern auf den Rücken der Impfpärzte ausgetragen!)

Im Freistaat Sachsen sind 2006 180 472 und 2007 106 283 Meningokokkenimpfungen bei der KVS abgerechnet worden; dies entspricht etwa 9 Jahrgängen. Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ermittelte bei Einschuluntersuchungen 2007 eine Durchimmunisierungsrate von 52,0 %, in den Kindergärten Sachsens (4. Lebensjahr) wurde eine Impfquote von 62,5 % ermittelt. Auch wenn dies sicher Platz 1 beim Vergleich der Bundesländer bedeutet, kann das noch nicht befriedigen. In Deutschland wurden 2007 436 invasive Meningokokkenkrankun-

- Eine **Nachholimpfung** ist eine Impfung, die zum im Impfkalendar empfohlenen Zeitpunkt nicht verabreicht wurde und deshalb bei späterer Arztvorstellung und Kontrolle des Impfausweises vor der Aufnahme in eine Kindereinrichtung oder Schule oder spätestens bis zum 18. Lebensjahr nachgeholt wird. Es handelt sich bei Nachholimpfungen um eine seit Jahren geübte und notwendige Routinemaßnahme.
- die **Catch-up-Strategie** wurde ursprünglich eingeführt im Rahmen der WHO-Programme zur Ausrottung der Poliomyelitis oder der Masern in Ländern mit unterentwickelter Infrastruktur. In zeitlich begrenzten Kampagnen werden Massenimpfungen aller Vorschulkinder, teilweise durch von Haus zu Haus operierende Impfteams durchgeführt. Einige westeuropäische Länder (u.a. England, Niederlande) haben ähnliche kampagnenartige Strategien erfolgreich bei der Einführung der Meningokokken-C-Impfung angewendet. Große Teile der Kinder und Jugendlichen Amsterdams wurden beispielsweise zu Impfkampagnen ins Ajax-Fußballstadion eingeladen.

Definition Catch-up- versus Nachholimpfung(nach S. Dittmann) (Abb.3)

gen (Sepsis und/oder Meningitis purulenta) erfasst, 23,7 % davon (=103 Erkrankungen) wären impfpräventabel gewesen. Die Letalität liegt noch immer trotz modernster Therapie bei 11,4 %. Auch in Sachsen ist 2008 bereits ein Säugling an invasiver Men.-C-Infektion verstorben.

Es ergeht daher die dringende Bitte an alle Impfpärzte, Impflücken der Meningokokken-C-Impfung, wie es in Sachsen seit 2003 heißen muss, bei jedem Arztkontakt unter 18-Jähriger versuchen zu schließen.

3. Masern-Mumps-Röteln- und Varizellenimpfung:

Die erste Masernimpfung ist im Gebiet Sachsens (vor 1990 DDR) 1970 als Pflichtimpfung, die zweite 1986 etabliert worden. Nach 1990 ist aus der monovalenten Masernimpfung dank der Verfügbarkeit im vereinten Deutschland die trivalente MMR-Impfung geworden. Sachsen hat die Impftermine der MMR-Impfung seit nun 22 Jahren wegen des Erfolges beibehalten. (Masernerkrankungen in Deutschland/Sachsen: 2006: 2307/1; 2007: 513/1) Die Begründung in Kurzform ist aus Abbildung 4 zu entnehmen.

Als bisher einziges Bundesland hat die SIKO nun ab 1. 1. 2008 auch eine zweimalige Impfung gegen Varizellen empfohlen. Sie hat sich man-

gels Unmöglichkeit eigener Untersuchungen von den US-amerikanischen Empfehlungen überzeugen lassen. Geltendes Recht im Freistaat Sachsen ist die „Verwaltungsvorschrift des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales über öffentlich empfohlene und zur unentgeltlichen Durchführung bestimmte Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe (VwV Schutzimpfungen) vom 7. Dezember 2007“ (Sächsisches Amtsblatt Nr. 1/2008 vom 3. Januar 2008, S. 9 bis 10). Nach dieser Verwaltungsvorschrift werden für den Bereich des Freistaates Sachsen aktive Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe im Rahmen der **Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision (SIKO)** oder der sächsischen Herdbekämpfungsprogramme (Empfehlungen zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten) öffentlich empfohlen.

Die SIKO trifft ihre Empfehlungen auf der Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) beim Robert Koch-Institut entsprechend § 20 Abs. 3 des Infektionsschutzgesetzes entsprechend dem Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung der epidemiologischen und historischen Besonderheiten im Freistaat Sachsen (siehe Impfempfehlung E 1 der SIKO, Stand 1. 1. 2008, Beilage zum Ärzteblatt Sachsen 12/2007).

1. Fehlen einer evidenzbasierten Begründung für das Vorverlegen der 2. Masernimpfung von 5-6. Lebensjahr auf den 15. – 23. Monat 2001 durch die STIKO.
2. Beachtung beider Effekte der 2. Masernimpfung:
 - primäre Impfersager und
 - Boosterung (nur möglich bei längerem Abstand 1. zu 2. Impfung).
3. Internationaler Konsens: die meisten Länder der EU und die USA haben Jahre Abstand zum 2. Impftermin.
4. Keine epidemiologische Notwendigkeit in Sachsen (2006 und 2007 je 1 Erkrankung).
5. Funktionierendes Herdbekämpfungsprogramm
6. Impfkalender müssen zur Akzeptanzerhöhung eine hohe Konstanz aufweisen, wird in Sachsen seit 1986 mit großem Erfolg so gehandhabt.
7. Kein Argument für Impfgegner.

Gründe für das Belassen des 2. Masernimpftermins in Sachsen im 6. Lebensjahr (Abb. 4)

Im Impfkalender für Kinder im Freistaat Sachsen gemäß Impfempfehlung E 1 sind die Schutzimpfungen gegen Masern, Mumps, Röteln und

neu auch die für Varizellen wie seit 1986 eingeordnet:

- Erstimpfung: Ab 13. Lebensmonat (= im 2. Lebensjahr).

- Zweitimpfung: Ab 6. Lebensjahr (= vor Einschulung, nach dem 5. Geburtstag)

Diese Empfehlung gilt unabhängig davon, ob die Impfungen gegen Masern-Mumps-Röteln und Varizellen getrennt (MMR-Impfstoff und Varizellen-Impfstoff) oder mittels MMRV-Vierfachimpfstoff kombiniert verabreicht werden. In die Fachinformation eines Impfstoffes, Stand Juni 2008, ist richtigerweise aufgenommen worden „sollte gemäß den offiziellen Impfempfehlungen angewendet werden“.

Korrespondenzadresse:
Sächsische Impfkommision, Vorsitzender
Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl
Ludwigsburgstr. 21, 09114 Chemnitz
E-Mail: siegwart@bigl.de

Arthur-Schlossmann-Preis

Die Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie wird auf ihrer Jahrestagung am 3./4. 4. 2009 in Dresden erneut den Arthur-Schlossmann-Preis vergeben. Er besteht aus einer Urkunde und einer finanziellen Zuwendung von 1.500 Euro. Mit

dem Preis sollen besonders wissenschaftliche Leistungen auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin ausgezeichnet werden. Die Arbeit braucht noch nicht veröffentlicht zu sein, doch soll ihre Veröffentlichung möglichst bevorstehen. Der Preis wird bevorzugt an den wissenschaftlichen Nachwuchs und an Kinderärzte in freier Praxis vergeben. Es können sich Kinderärzte aus dem

deutschen Sprachraum bewerben. Die Bewerber müssen bis zum 31.12.2008 fünf Exemplare ihrer Arbeit an den 1. Vorsitzenden der Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie, Herrn Prof. Dr. Th. Richter, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg gGmbH, Delitzscher Straße 141, 04129 Leipzig, einreichen.

Ausbildungsstipendium

Die Sächsisch-Thüringische Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie schreibt für 2009 Ausbildungsstipendien bis zu einer Höhe von 3.000 Euro aus. Es sollen damit Qualifizierungsmaßnahmen, Hospitationen, der Erwerb spezieller Kenntnisse, Kompetenzen und fachliche Spezialisierung gefördert werden, die vordergründig die Verbesserung von Versorgungsleistungen für Patienten bewirken. Die Sti-

pendien werden auf Antrag gewährt. Der Antrag muss eine Kalkulation der finanziellen Ausgaben enthalten. Die Antragsmodalitäten sind auf der Homepage der Gesellschaft www.stgkjm.de abzurufen.

Der Antrag ist bis 31.12.2008 an den Vorsitzenden der Gesellschaft (Herrn Prof. Dr. Th. Richter, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg gGmbH, Delitzscher Straße 141, 04129 Leipzig, einreichen) zu richten. Über den Antrag wird im Vorstand der Gesellschaft entschie-

den. Als Bewerber kommen Assistenten in Weiterbildung zum Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin sowie Kinderchirurgie und Fachärzte in qualifizierender Fortbildung in Betracht.

Die Bewerberinnen/der Bewerber sollten Mitglied der STGKJM sein. Anmeldungen für die Mitgliedschaft können über die Homepage der Gesellschaft www.stgkjm.de vorgenommen werden. Die Entscheidungen werden auf der Jahrestagung am 3./4. 4. 2009 in Dresden bekannt gegeben.

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 Praxisübergebungsverfahren 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

Mittweida

Facharzt für Radiologie
(Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)
Reg.-Nr. 08/C047
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.10.2008

Zwickau-Stadt

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Reg.-Nr. 08/C048
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.10.2008
Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Reg.-Nr. 08/C049

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich*)
Reg.-Nr. 08/C050
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 08/C051

Freiberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 08/C052

Aue-Schwarzenberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 08/C053

Döbeln

Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 08/C054

Chemnitz-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 08/C055
Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10.11.2008 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel.: (0371) 27 89-406 oder 27 89-403 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Dresden-Stadt

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 08/D058
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.10.2008
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Reg.-Nr. 08/D059
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.10.2008
Facharzt für Innere Medizin/Gastroenterologie
Reg.-Nr. 08/D060
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.10.2008

Görlitz-Stadt / Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Reg.-Nr. 08/D061

Bautzen

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Reg.-Nr. 08/D062

Löbau-Zittau

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 08/D063
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.10.2008
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 08/D064

Meißen

Facharzt für Innere Medizin-hausärztlich*)
(Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)
Reg.-Nr. 08/D065
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.10.2008
Facharzt für Innere Medizin-hausärztlich*)
(Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)
Reg.-Nr. 08/D066
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.10.2008

Riesa-Großenhain

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 08/D067
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.10.2008

Sächsische Schweiz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 08/D068
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.10.2008
Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 07.11.2008 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 8828-310, zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 08/L093
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 08/L094
Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 08/L095
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 08/L096

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Reg.-Nr. 08/L097

Facharzt für Innere Medizin-fachärztlich

Reg.-Nr. 08/L098

Leipziger Land

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 08/L099

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 28.10.2008

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 14.11.2008 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.: (0341) 243 21 54 zu richten.

Abgabe von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden für Gebiete, für die keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, folgende Vertragsarztsitze in den **Planungsbereichen** zur Übernahme veröffentlicht.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden Dresden-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis

Praxisabgabe geplant: 01.07.2009

Interessenten wenden sich bitte an

die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: 0351/8828-310.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Torgau-Oschatz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

geplante Praxisabgabe: Anfang 2010
Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.: (0341) 243 21 54.

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Landesgeschäftsstelle

39. Kammerversammlung am 8. November 2008 in Dresden

Die 39. Kammerversammlung findet am 8. November 2008 im Kammergebäude der Sächsischen Landesärztekammer statt.

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

Tagesordnung

Beginn 9.00 Uhr

- 1. Eröffnung der 39. Kammer- versammlung und Feststel- lung der Beschlussfähigkeit**
Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident
- 2. Aktuelle Probleme der Gesundheits- und Berufspolitik**
Bericht: Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident
Ausführlicher Meinungs- austausch
- 3. Risikomanagement aus der Luftfahrt für die Medizin – Konzepte und ihre Umset- zung in der Ärzteschaft –**
Referent: Dr. Christian Thomeczek, Geschäftsführer des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ)
Diskussion

- 4. Änderung der Ordnung zur Zahlung von Aufwandsent- schädigungen für ehrenamt- liche Tätigkeit sowie von Unterstützungen an die Kreisärztekammern**
Bericht: Dr. Claus Vogel, Vorstandsmitglied, Vorsitzender Ausschuss Finanzen

5. Finanzen

Haushaltsplan 2009

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

6. Weitere Satzungsände- rungen

- 6.1. Änderung der Hauptsatzung der Sächsischen Landes- ärztekammer**

Bericht: PD Dr. jur. Dietmar Boerner, Hauptgeschäftsführer

- 6.2. Änderung der Wahlordnung der Sächsischen Landes- ärztekammer**

Bericht: PD Dr. jur. Dietmar Boerner, Hauptgeschäftsführer

- 6.3. Änderung der Muster- geschäftsordnung für die Kreisärztekammer der Sächsischen Landesärzte- kammer**

Bericht: PD Dr. jur. Dietmar Boerner, Hauptgeschäftsführer

- 7. Erweiterung der räumlichen Kapazitäten der Sächsischen Landesärztekammer – Sachstand –**

Bericht: Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident

Dr. Steffen Liebscher, Vorsitzender des Verwaltung- ausschusses der Sächsischen Ärzteversorgung

- 8. Künftige Struktur der Kreisärztekammern**

Bericht: Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident

PD Dr. jur. Dietmar Boerner, Hauptgeschäftsführer

- 9. Bekanntgabe von Terminen**

– 19. Sächsischer Ärztetag/
40. Kammerversammlung
– 41. Kammerversammlung

- 10. Verschiedenes**

Für den Fachvortrag zu TOP 3 werden zwei Fortbildungspunkte vergeben. In dringenden Fällen sind Sie am 8. November 2008 über den Fern- sprechanschluss Telefon (0351) 82 67- 120 zu erreichen.

Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf „Arztshelfer/Arztshelferin“ und im Ausbildungsberuf „Medizinischer Fachangestellter/Medizinische Fachangestellte“

Die Sächsische Landesärztekammer führt die nächste schriftliche Abschlussprüfung in den oben genannten Ausbildungsberufen am **Montag, dem 12. Januar 2009, 9.00 bis 15.00 Uhr** in der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden durch.

Die Prüfung im Prüfungsfach Praktische Übungen (Ausbildungsberuf „Arztshelfer/Arztshelferin“) und die Prüfung im praktischen Teil (Ausbildungsberuf „Medizinischer Fachangestellter/Medizinische Fachangestellte“) erfolgt im Zeitraum von ca. Ende Januar 2009 bis Mitte Februar 2009.

Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf „Arztshelfer/Arztshelferin“

Prüflinge, deren Berufsausbildung vor dem 1. August 2006 begonnen hat, werden gemäß den Vorschriften der Prüfungsordnung für die Durchführung von Prüfungen im Ausbildungsberuf der Arztshelferinnen geprüft.

I. Zulassung zur Abschlussprüfung

Zur Abschlussprüfung mit Beginn 12. Januar 2009 können regulär zugelassen werden:

1. Auszubildende, deren Ausbildungsverhältnis nicht später als am 28. Februar 2009 endet,
2. Prüflinge, die den Antrag auf eine Wiederholungsprüfung gestellt haben (§ 37 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz).

II. Anmeldung und Zulassungsverfahren

Die Anmeldung zur Abschlussprüfung hat mit vollständigen Unterlagen nach § 10 der Prüfungsordnung für die Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf der Arztshelferinnen der Sächsischen Landesärztekammer (veröffentlicht im Internet unter www.slaek.de) bis spätestens zum 7. November 2008 zu erfolgen. Über die Zulassung zur Abschlussprüfung entscheidet die zuständige Stelle. Hält sie die Zulassungsvoraussetzungen nicht für gegeben, so entscheidet der Prüfungsausschuss (§ 46 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz).

Die Anmeldeformulare und die Gebührenbescheide für die Prüfungsgebühren erhalten die auszubildenden Ärzte oder in den Fällen von Ziffer I.2. (Wiederholungsprüfung ohne Ausbildungsverlängerung) die Prüflinge von der Sächsischen Landesärztekammer. Bestehen Auszubildende vor Ablauf der Ausbildungs- oder Umschulungszeit die Abschlussprüfung, so endet das Berufsausbildungs- oder Umschulungsverhältnis mit Bekanntgabe des Ergebnisses durch den Prüfungsausschuss (§ 21 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz).

Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf „Medizinischer Fachangestellter / Medizinische Fachangestellte“

Prüflinge, deren Berufsausbildung nach dem 1. August 2006 begonnen hat, werden gemäß den Vorschriften der Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlussprüfungen im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten vom 23. November 2007 geprüft.

I. Zulassung zur Abschlussprüfung

Zur Abschlussprüfung mit Beginn 12. Januar 2009 können regulär Umschüler/innen, deren Umschulungsverhältnis nicht später als am 28. Februar 2009 endet, zugelassen werden.

II. Zulassung in besonderen Fällen

1. Gemäß § 45 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz können Auszubildende und Umschüler/innen (bei Umschulungszeit von 30 bis 36 Monaten) nach Anhören des Auszubildenden und der Berufsschule vor Ablauf ihrer Ausbildungs- und Umschulungszeit zur Abschlussprüfung zugelassen werden, wenn ihre Leistungen dies rechtfertigen (vorzeitige Abschlussprüfung). Als Maßstäbe für eine Einzelfallentscheidung sind festgelegt:

- maximal mögliche Verkürzung von insgesamt sechs Monaten,
- mindestens gute Lern- und Ausbildungsergebnisse in der Arztpraxis,

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

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

2. Prüflinge ohne vorangegangenes Berufsausbildungsverhältnis, die nachweisen, dass sie mindestens das Ein- und eineinhalbfache der Zeit, die als Ausbildungszeit vorgeschrieben ist, in dem Beruf des Arztshelfers/der Arztshelferin/des/der Medizinischen Fachangestellten tätig gewesen sind (§ 45 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz).

III. Anmeldung und Zulassungsverfahren

Die Anmeldung zur Abschlussprüfung hat mit vollständigen Unterlagen nach § 10 der Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlussprüfungen im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten der Sächsischen Landesärztekammer (veröffentlicht im Internet unter www.slaek.de) bis spätestens zum 7. November 2008 zu erfolgen.

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

Die Anmeldeformulare und die Gebührenbescheide für die Prüfungsgebühren erhalten die auszubildenden Ärzte oder in den Fällen von Ziffer II.2. (Externe Prüfung) die Prüflinge von der Sächsischen Landesärztekammer. Bestehen Auszubildende/Umschüler/innen vor Ablauf der Ausbildungs- oder Umschulungszeit die Abschlussprüfung, so endet das Berufsausbildungs- oder Umschulungsverhältnis mit Bekanntgabe des Ergebnisses durch den Prüfungsausschuss (§ 21 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz).

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

Marina Hartmann
Leitende Sachbearbeiterin
Referat Medizinische Fachangestellte

Einbruchsdiebstähle in Arzt- und Zahnarztpraxen

Seit 2006 wurde in der polizeilichen Kriminalstatistik ein deutlicher Anstieg von Diebstählen in Arzt- und Zahnarztpraxen im Freistaat Sachsen registriert.

Eine Recherche für den Tatzeitraum 1. Januar 2006 bis 30. Juni 2008 ergab 1.331 Fälle des Diebstahls in oder aus Arzt- und Zahnarztpraxen. Eine deutliche Steigerung ist insbesondere bei Diebstählen unter erschwerenden Umständen in Arzt- und Zahnarztpraxen zu verzeichnen. Diese Diebstähle sind in der Regel Einbruchsdiebstähle.

Im Einzelnen ergibt sich folgendes Bild nach den Jahren:

	2006	2007	1. Halbjahr 2008
Diebstähle gesamt	476	640	404
davon			
Diebstähle ohne erschwerende Umstände	206	195	129
Versuche	7	3	3
Vollendungen	199	192	125
Diebstähle unter erschwerenden Umständen	270	445	275
Versuche	92	120	73
Vollendungen	178	325	202

Die Auswertung der polizeilichen Kriminalstatistik zeigt weiterhin folgendes zusammengefasstes Bild: Bevorzugtes Diebesgut waren beispielsweise Bargeld in 675 Fällen sowie Geld- und Kreditkarten in 178 Fällen. Bildschirme, Computer und Notebooks wurden in 125 Fällen von den Dieben mitgenommen. Rezepte wurden in 35 Fällen, Arzneimittel in 19 und medizinisches Gerät in 18 Fällen entwendet.

Betäubungsmittel waren in 10 Fällen bevorzugtes Diebesgut. Die Hauptzielrichtung der Täter ist gegenwärtig Bargeld oder Geld- und Kreditkarten. Die Lagerung erfolgt offensichtlich in vielen Fällen so, dass der oder die Täter leichten Zugriff darauf haben.

Eingebrochen wird meist zur Nachtzeit oder am Wochenende. Einbrecher dringen häufig über unzureichend gesicherte Türen, Fenster und Terrassentüren in Praxisräume und Praxisgebäude ein. Leicht erreichbare Fenster-, Terrassen- und Balkontüren sind besonders gefährdet. Zum Überwinden der Türen und Fenster wird meist einfaches Hebelwerkzeug oder körperliche Gewalt angewandt. Oft genügt bereits ein Fußtritt gegen eine schwache Tür. Die polizeilichen Erkenntnisse belegen, dass mehr als 2/3 aller Täter durch Aufhebeln von Türen, Fenstern oder Fenstertüren in die Objekte gelangen.

Vor diesem Hintergrund wird auf den kostenlosen Beratungsservice der polizeilichen Beratungsstellen hingewiesen. Angeboten werden Einzelfallberatungen, auch vor Ort, zur Vorbeugung von Einbrüchen und zum Schutz des Personals. Diese individuellen Beratungen sollen auch vor unnötigen Investitionen schützen.

Joachim Zieschang
Landeskriminalamt Sachsen
Zentralstelle für polizeiliche Prävention
Tel.: 0351 855 2330, Fax: 0351 855 2299

Polizeiliche Beratungsstellen in Freistaat Sachsen (Stand: 13. August 2008)

Polizeiliche Beratungsstelle Chemnitz
Tel. 0371 670081, Fax: 0371 6660987

Polizeiliche Beratungsstelle Dresden
Tel. 0351 4832243, Fax 0351 483172291

Polizeiliche Beratungsstelle Leipzig
Tel. 0341 9604951, Fax: 0341 2552560

Polizeiliche Beratungsstelle Pirna
Tel.: 03501 519410, Fax: 03501 519411

Polizeiliche Beratungsstelle Riesa
Tel.: 03525 5294911, Fax: 03525 5294913

Polizeiliche Beratungsstelle Bautzen
Tel.: 03591 356356, Fax: 03591 494407

Polizeiliche Beratungsstelle Görlitz
Tel.: 03581 403773, Fax: 03581 46817264

Polizeiliche Beratungsstelle Hoyerswerda
Tel.: 03571 467685, Fax: 03571 467680

Polizeiliche Beratungsstelle Aue
Tel.: 03771 122477, Fax: 03771 122475

Polizeiliche Beratungsstelle Plauen
Tel.: 03741 276714, Fax: 03741 149635

Polizeiliche Beratungsstelle Zwickau
Tel.: 0375 4458201, Fax: 0375 4458200

Polizeiliche Beratungsstelle Delitzsch
Tel.: 034202 3098251, Fax: 03421 756506

Polizeiliche Beratungsstelle Torgau
Tel.: 03421 756501, Fax: 03421 756506

Polizeiliche Beratungsstelle Grimma
Tel.: 03437 930692, Fax: 03437 930853

Polizeiliche Beratungsstelle Borna
Tel.: 03433 8721, Fax: 03437 930853

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: redaktion@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 Leseranalyse Medizinischer Zeitschriften e.V.

Bericht zum 16. Klinik- ärztertreffen der Frauen- und Kinder- ärzte am 25. Juni 2008

Am 25. Juni 2008 fand, in bewährter Form vorbereitet und durchgeführt durch die Arbeitsgruppe Perinatalogie/Neonatalogie, das alljährliche Treffen der klinisch tätigen Frauen- und Kinderärzte Sachsens in den Räumen der Sächsischen Landesärztekammer Sachsen statt.

Aufgabe dieser Veranstaltung soll die Auswertung der Ergebnisse geburts-hilflicher und neonatologischer Versorgung in Sachsen im vergangenen Jahr, sowie die Präsentation wichtiger klinischer Themen durch geladene Referenten sein. Die Teilnahme durch die ärztlichen Kollegen war erfreulich gut, leider waren nur 15 Prozent der eingeladenen Hebammen anwesend. Professor Dr. med. habil. Holger Stephan (Universitäts-Frauenklinik Leipzig) und Dr. med. habil. Reinhold Tiller (Klinikum Chemnitz) zeigten wichtige Tendenzen auf, die sich durch die statistische Bewertung der Perinatal- und Neonatalstatistik ergaben. Positiv zeigt sich ein Anstieg der Geburtenrate in Sachsen um 4 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Das vorgeburtliche Management scheint, besonders durch eine höhere Rate an durchgeführtem Erst-Trimester-Screening, weiter qualitativ verbessert zu werden, daraus folgend wurde eine Abnahme der Amniozentesen um 10 Prozent dokumentiert. Die regionalen Unterschiede einzelner perinataler Parameter in Sachsen sind relativ groß.

Negativ zu bewerten ist, dass noch 13 Prozent der Kinder unter 1500 g in Sachsen in Perinatalzentren Level 3 geboren wurden. Die unterschiedlichen Ergebnisse bezüglich der perinatalen Mortalität bei extrem unreifen Frühgeborenen in den drei Regierungsbezirken sind kausal mit großer Wahrscheinlichkeit in diesen Unterschieden der Regionalisierung mit begründet. Hier ergibt sich ein kritisch zu bewertender und künftig zu verbessernder Parameter der perinatalen Versorgung. Besonders geburts-

hilflichen Einrichtungen mit geringerer Geburtenzahl kommt die hohe Verantwortung zu, Risikoschwangere möglichst frühzeitig in perinatale Zentren zu verlegen. Als sehr erfreuliches Ergebnis der perinatalen Versorgung lässt sich eine Reduktion schwerwiegender Komplikationen, wie bronchopulmonale Dysplasie, intraventrikuläre Hirnblutung und Frühgeborenen-Retinopathie, aufzeigen. Den Aspekt der Senkung der Rate an Hirnblutungen bei Frühgeborenen, unter Berücksichtigung verschiedener Risikofaktoren, griff Professor Dr. med. habil. Christoph Vogtmann in seinem Beitrag auf. Mit Hilfe statistischer Auswertung perinataler Daten wurden Parameter einer „kindschonenden“ Geburt, wie Spontangeburt ohne vorzeitigen Blasensprung oder primäre Sectioge-burt im Vergleich zur „nicht schonenden“ Geburt diskutiert. Die Ergebnisse dieser Arbeit lassen eine Analyse zur Senkung der Risikofaktoren für das Kind und eine klinikinterne Qualitätskontrolle zu. Nur die kritische Auseinandersetzung mit Komplikationen der perinatalen Versorgung kann Voraussetzung für die Senkung der Mortalität und Morbidität sein. Unter diesem Aspekt wurde mit dem Beitrag von Frau Dr. med. Gabriele Kamin (Universitäts-Frauenklinik Dresden) die Diagnostik und Überwachung von Schwangerschaften mit Gestationsdiabetes bewertet. Die Inzidenz des Diabetes und Gestationsdiabetes ist in den vergangenen Jahren extrem angestiegen und liegt derzeit bei etwa 10 Prozent aller Schwangerschaften, die in der Universitäts-Frauenklinik Dresden betreut werden. Im Rahmen der Zunahme des metabolischen Syndroms in der Gesamtbevölkerung stellt diese Schwangerschaftserkrankung eine zunehmende Bedrohung für Mütter und besonders die Kinder dar. Leider wird ein Großteil der Erkrankungen der Mütter während der Schwangerschaft nicht diagnostiziert und die Makrosomie des Kindes stellt ein geburtshilfliches Problem, die metabolische und kardiale Anpassungsstörung der Kinder ein neonatales Problem dar. Besonders im ambulanten Versorgungsbereich muss in den kommenden Jahren eine sub-

tilere Diagnostik betrieben werden, um Folgeschäden zu vermeiden.

Die Perinatal- und Neonatalstatistik hat ihr Ziel in der Analyse der Ergebnisse und letztlich aufgetretener Probleme. So erscheint es wesentlich, auch seltene Ereignisse, wie mütterliche Sterbefälle, oder seltene Komplikationen im Schwangerschaftsverlauf zu diskutieren, um mögliche vermeidbare Situationen darstellen zu können. Frau Dr. Kamin und Frau Dipl.-Med. Heike Pachmann hatten im Rahmen der Tagung diese Fälle ausgewertet und zur Diskussion gestellt.

Als geladene Referentin hat Frau Professor Dr. med. habil. Heidrun Müller (Hals-Nasen-Ohren-Klinik der Universität Leipzig) eine Pilotstudie zum Hörscreening in Sachsen vorgestellt. Im Rahmen einer 3-stufigen Erfassung soll es gelingen, dass alle auffälligen Kinder innerhalb von zwei bis sechs Monaten einer adäquaten Diagnostik zugeführt werden. Während der Studie wurden Neugeborene mit beidseitigen Hörstörungen bereits im Alter von drei Monaten diagnostiziert. Frau Professor Müller gelang es mit ihrem Vortrag überzeugend, die Bedeutung des Hörscreenings für die Gesundheit der Kinder darzustellen.

Das Programm des 16. Klinikärztertreffens wurde von der Mehrheit der Teilnehmer positiv und als sinnvoll für die klinische Tätigkeit bewertet. Frau Dipl.-Med. Annette Kaiser, Leiterin der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung, gab einen Ausblick zu den Perspektiven der statistischen Erhebung für die kommenden Jahre. Die Perinatal- und Neonatalstatistik soll weiterhin sinnvolles Instrument zur Darstellung der Ergebnisse sein und besonders als Grundlage für die kritische Diskussion aufgetretener Probleme genutzt werden.

Professor Dr. med. habil. Eva Robel-Tillig
Arbeitsgruppe Perinatalogie/Neonatalogie

Korrespondenzadresse:
Sächsische Landesärztekammer
Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung
Arbeitsgruppe Perinatalogie/Neonatalogie
PF 10 04 65
01074 Dresden
E-Mail: pgsqs@slaek.de

Ausflug in den Frühling der Senioren der Kreisärztekammer Stadt Leipzig 2008

Auch in diesem Jahr organisierte der Seniorenausschuss der Kreisärztekammer Stadt Leipzig einen Ausflug. Die Fahrt ging nach Altenburg und in das Kohrener Land. Die Resonanz auf das Angebot war so groß, dass an zwei Terminen (22. 5. 2008 und 29. 5. 2008) jeweils zwei große Busse benötigt wurden. Insgesamt nahmen 260 Senioren, teilweise mit Angehörigen, das Angebot an. In Altenburg,

das im Krieg keine Schäden erleiden musste, gab es die Möglichkeit entweder das Schloss, eine weiträumige gut erhaltene Anlage aus verschiedenen Epochen, oder das Lindenau-Museum zu besichtigen. In diesem Bildermuseum befindet sich eine der größten Sammlungen italienischer Vor- und Frührenaissancemalerei außerhalb des Ursprungslandes. Danach fanden sich alle Teilnehmer in der sehr sehenswerten Schlosskirche mit ihrer großen Barockorgel des berühmten Orgelbauers Trost ein. Extra für uns spielte der Organist Dr. Felix Friedrich auf diesem Meisterwerk. Nach einem kurzen geführten Stadt-

rundgang und anschließendem Mittagessen im Ratskeller ging es weiter zum Gasthof Lindenvorwerk im Kohrener Land. Hier konnten bei einem Spaziergang durch die herrliche Natur, sowie bei Kaffee und Kuchen Gedanken und Erinnerungen ausgetauscht werden. Manch einer besuchte das angrenzende Mühlenmuseum und konnte sogar ein frisches Brot aus dort gemahlenem Korn erwerben. Mit der Busfahrt zurück nach Leipzig endete ein sehr gut organisierter Ausflug für uns Senioren.

Dr. med. Just Meißner

Unsere Jubilare im November – wir gratulieren!

60 Jahre

- 01. 11. Dr. med. Uhlmann, Joachim
09573 Augustusburg
- 05. 11. Dipl.-Med. Winkler, Barbara
04158 Leipzig
- 06. 11. Dr. med. Gerlach, Angelika
08321 Zschorlau
- 07. 11. Dr. med. Guba, Helmut
07381 Pöbneck
- 09. 11. Dipl.-Med. Müller, Angelika
01217 Dresden
- 14. 11. Dr. med. Engelschalt, Ruth
01277 Dresden
- 17. 11. Kleyman, Ljudmila
01159 Dresden
- 18. 11. Dr. med. Monzer, Liebhard
09130 Chemnitz
- 18. 11. Wolf, Katharina
02708 Löbau
- 20. 11. Dr. med. Hering, Barbara
01257 Dresden
- 22. 11. Prof. Dr. med. habil.
Ruf, Bernhard
04157 Leipzig
- 22. 11. Dr. med. Schneider, Silvia
01328 Dresden
- 26. 11. Dr. med. Langer, Christine
09487 Schlettau
- 26. 11. Dr. med. Schade, Maria
04105 Leipzig
- 29. 11. Dipl.-Med. Forker, Maria
01099 Dresden

65 Jahre

- 03. 11. Dr. med. Wild, Wolfgang
04158 Leipzig
- 05. 11. Dr. med. Demel, Brita
01458 Ottendorf Okrilla
- 07. 11. Dr. med. Schmidt, Barbara
04107 Leipzig
- 07. 11. Schwenski, Karin
09350 Lichtenstein
- 07. 11. Dr. med. Thomas, Christine
01187 Dresden
- 08. 11. Dipl.-Med.
Bähringer, Helgard
09648 Mittweida
- 09. 11. Effenberger, Helga
04205 Leipzig
- 09. 11. Dr. med. Gieszinger, Ursula
01189 Dresden
- 10. 11. Dr. med. Seeländer, Christel
01731 Kreischa
- 14. 11. Dr. med. Meyer, Klaus
08371 Glauchau
- 14. 11. dr. med./Univ. Budapest
Spindler, Johanna
09669 Frankenberg
- 15. 11. Dr. med. Leibe, Ralf
04155 Leipzig
- 16. 11. Decker, Ilke
09127 Chemnitz
- 16. 11. Dr. med. Kunzelmann, Helga
09114 Chemnitz
- 16. 11. Dr. med. Nindel, Jörg
04229 Leipzig
- 17. 11. Dr. med. Henschel, Marion
04205 Miltitz
- 17. 11. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Schröder, Alfred
09117 Chemnitz

- 18. 11. Dr. med. Jährig, Siegmund
02797 Luftkurort
Lückendorf
- 19. 11. Dr. med. Mühlbach, Bernd
04318 Leipzig
- 22. 11. Dr. med. Kubisch, Heike
09114 Chemnitz
- 23. 11. Fritzsche, Waltraut
08312 Lauter
- 23. 11. Winter, Konrad
02681 Schirgiswalde
- 25. 11. Prof. Dr. med. habil.
Porst, Heiner
01326 Dresden
- 28. 11. Dr. med. Knappe, Dieter
02827 Görlitz
- 30. 11. Baldowski, Heidechristel
04509 Delitzsch
- 30. 11. Weiland, Günter
09600 Weißenborn

70 Jahre

- 01. 11. Dr. med. Träger, Hans
08112 Wilkau-Haßlau
- 02. 11. Dr. med. Altenkirch, Reimar
02826 Görlitz
- 03. 11. Dr. med. Müller, Peter
08491 Netzschkau
- 05. 11. Lipsz, Theresia
09517 Zöblitz
- 05. 11. Dr. med. Martin, Christel
04158 Leipzig
- 09. 11. Dr. med. Kühn, Gisela
04289 Leipzig
- 14. 11. Dr. med. Hänsel, Herbert
01796 Struppen
- 15. 11. Dr. med. Lieschke, Erika
08294 Löbnitz

- 15. 11. Tempel, Dieter
02977 Hoyerswerda
- 21. 11. Dr. med. Freidt, Hannelore
01906 Burkau
- 23. 11. Prof. Dr. med. habil.
Bigl, Siegwart
09114 Chemnitz
- 23. 11. Gerlach, Brigitte
04157 Leipzig
- 24. 11. Dr. med. Kolodziej, Werner
01814 Bad Schandau
- 26. 11. Dr. med. Weise, Hannelore
04416 Markkleeberg
- 27. 11. Dr. med. Hieke, Wolfgang
01665 Zehren
- 28. 11. Dr. med. Baron, Waltraud
04758 Oschatz
- 28. 11. Dr. med. Otto, Helga
09236 Claußnitz
- 28. 11. Dr. med. Radow, Gisela
04103 Leipzig
- 29. 11. Dr. med. Ziegler, Sigrid
02827 Görlitz
- 30. 11. Dr. med. Ehrentraut, Ingrid
01069 Dresden

75 Jahre

- 12. 11. Pawlow, Sigrid
04103 Leipzig
- 15. 11. Dr. med. Hoffmann, Günter
04779 Wernsdorf
- 15. 11. Dr. med. Neubert, Ruth
01705 Freital
- 16. 11. Dr. med. Matthes, Fredo
04720 Döbeln
- 21. 11. Dr. med. Noetzel, Siegfried
09405 Zschopau
- 21. 11. Dr. med.
Otto, Hans-Joachim
09573 Augustusburg
- 24. 11. Külper, Dieter
01069 Dresden

80 Jahre

- 08. 11. Dr. med. Fanger, Karla
08058 Zwickau
- 09. 11. Böhm, Marga
09126 Chemnitz
- 10. 11. Dr. med. Eckelmann, Ursula
04229 Leipzig
- 20. 11. Dr. med. Teller, Edith
04720 Döbeln
- 29. 11. Dr. med. Gmyrek, Gerd
04229 Leipzig
- 29. 11. Dr. med. Schilde, Liselotte
09114 Chemnitz
- 30. 11. Dr. med. Jahn, Heinz
04571 Rötha

81 Jahre

- 01. 11. Dr. med.
Siegmond, Rosmarie
01844 Neustadt
- 11. 11. Dr. med.
Pfefferkorn, Werner
09228 Chemnitz-
Wittgendorf
- 20. 11. Dr. med. habil.
Krabisch, Heinz
09217 Burgstädt

82 Jahre

- 17. 11. Dr. med. Dr. med. dent.
Luczak, Johannes
04177 Leipzig
- 22. 11. Dr. med. Weiß, Herbert
01445 Radebeul

83 Jahre

- 02. 11. Dr. med.
Rentzsch, Gottfried
01723 Kesselsdorf
- 17. 11. Dr. med. Thomä, Brigitte
04105 Leipzig
- 21. 11. Dr. med. Nebel, Ruth
09114 Chemnitz

84 Jahre

- 01. 11. Dr. med. Krause, Karl-Dieter
01445 Radebeul
- 02. 11. Dr. med.
Bernhardt, Johannes
01326 Dresden
- 25. 11. Dr. med.
Kleinschmidt, Gotthard
09212 Limbach-Oberfrohna

85 Jahre

- 03. 11. Dr. med. Banse, Christine
09380 Thalheim
- 15. 11. Dr. med.
Kahleiss, Wolf-Dietrich
01662 Meißen
- 26. 11. Dr. med. Nowke, Kurt
02827 Görlitz

86 Jahre

- 11. 11. Doz. Dr. med. habil.
Dr. med. dent.
Schmidt, Hans
04683 Naunhof

87 Jahre

- 04. 11. Dr. med. Lehnert, Herbert
09116 Chemnitz
- 08. 11. Dr. med. Großer, Rudolf
02826 Görlitz

88 Jahre

- 13. 11. Dr. med.
Dluhosch, Winfried
04683 Naunhof

89 Jahre

- 17. 11. Bleischwitz, Günther
01454 Radeberg

90 Jahre

- 30. 11. Dr. med. Haupt, Rudolf
02763 Zittau

94 Jahre

- 25. 11. Prof. Dr. med. habil.
Strauzenberg, Ernest
01731 Kreischa OT Saida

**Forschungspreis
Dresdner Herz-
Kreislauf-Tage 2009**

Der DHKT-Forschungspreis 2009, gestiftet durch den Förderkreis der Dresdner Herz-Kreislauf-Tage e.V., wird mit einer Preissumme von 20.000 EUR dotiert und im Rahmen des Kongresses der Dresdner Herz-Kreislauf-Tage am 24. Januar 2009 in Dresden verliehen. Grundsätzlich sollen durch diesen Forschungspreis geplante oder laufende wissenschaftliche Arbeiten sowie wissenschaftliche Projekte aus dem gesamten kardiovaskulären Bereich in den Kategorien: Grundlagenforschung, Versorgungsforschung und Forschung und Innovation ausgezeichnet und gefördert werden. Einreichungsfrist ist der 30.11.2008. Die Arbeiten sind per E-Mail oder auf CD unter dem Stichwort „DHKT-Forschungspreis 2009“ bei folgender Adresse einzureichen: Förderkreis Dresdner Herz-Kreislauf-Tage e.V., c/o Univ.-Prof. Dr. med. Ruth H. Strasser, TU Dresden, Medizinische Klinik/Kardiologie und Intensivmedizin, Fetscherstraße 74, 01307 Dresden. Ruth.Strasser@mailbox.tu-dresden.de. Fragen richten Sie bitte ebenfalls an die obige Adresse oder per E-Mail an: Ruth.Strasser@mailbox.tu-dresden.de; Tel.: 0351 450 1701, Fax: 0351 450 1702.

Prof. em. Dr. med. Friedrich Wilhelm Oeken zum 85. Geburtstag



Am 28.09.2008 wird Herr Professor em. Dr. med. Friedrich Wilhelm Oeken seinen 85. Geburtstag begehen. Aus Anlass des bevorstehenden Jubiläums möchten wir Rückschau auf ein erfülltes und erfolgreiches Leben halten.

Friedrich Wilhelm Oeken wurde am 28.09.1923 als Sohn eines Ohrenarztes in Leipzig geboren. Er besuchte von 1934 bis 1942 die Nikolaischule und schloss die schulische Ausbildung mit dem Abitur ab. Danach diente er als Sanitätsdienstgrad in der Kriegsmarine. Einer Ausbildung als medizinisch technischem Laboranten folgte 1947 das Studium der Medizin in Leipzig. 1951 promovierte er mit einer Arbeit zum Thema: „Die Operationsmortalität in der Universitätsfrauenklinik Leipzig in den Jahren 1937 bis 1948“. 1953 begann seine Ausbildung zum Facharzt für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde an der Universitätsklinik in Leipzig. Mit der Arbeit: „Schallaufbau der Sprechlaute, Probleme der Frequenzbeschnidung und der Frequenztransposition der Sprache sowie Anwendung der Transponierung zur Hörverbesserung“

habilitierte er sich im Jahre 1962 und wurde 1963 zum Dozenten ernannt. 1965 erhielt er dem Ruf an die Medizinische Akademie Magdeburg als Direktor der dortigen HNO-Klinik. 1975 erfolgte die Berufung als Ordinarius für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde und Direktor der Universitätsklinik Leipzig.

Aufgrund seiner ausgeprägten Persönlichkeit und großen Berufserfahrung entwickelte er hier in harmonischer, kollegialer Atmosphäre eine sehr erfolgreiche Tätigkeit. Neue Operationsmethoden wurden eingeführt, die fachübergreifende Onkologie intensiviert, der Kontakt zur Neurochirurgie vertieft und gut ausgestattete Spezialabteilungen für Audiologie und Phoniatrie geschaffen sowie eine leistungsfähige allergologische Diagnostik und Therapie etabliert. Im Rahmen seiner klinischen Tätigkeit widmete er der Audiologie besondere Aufmerksamkeit. Die Endoskopie, eine alte Domäne des Faches, wurde wieder Schwerpunkt der Tätigkeit.

Als prägnanter akademischer Lehrer kümmerte er sich nicht nur um die studentische Ausbildung, sondern auch um Qualitätskriterien für die Weiterbildung der HNO-Facharztanwärter. Bei den Studenten erfreute er sich besonderer Beliebtheit aufgrund seiner lebendigen Vermittlung des Lehrstoffes.

In seinen 23 Berufsjahren als Ordinarius hat Friedrich Wilhelm Oeken eine ganze Generation von HNO-Ärzten in den jetzigen neuen Bundesländern geprägt. Er hat eine große Zahl von Mitarbeitern erfolgreich zum Facharzt geführt und promoviert. 12 seiner Schüler wurden selbst Hochschullehrer. Das besondere an den Direktoraten in Magdeburg und Leipzig war die Atmosphäre, in der diese Ergebnisse erzielt wurden. Sie war freundlich und leicht, fast möchte man sagen heiter.

Dennoch wurde die Arbeit ernst genommen und jeder war von der Wichtigkeit seines Tuns überzeugt. Die sicher leitende Hand war da, aber nicht einengend spürbar.

Zahlreiche Lehrbücher und Monographien des HNO-Fachgebietes entstanden in den Jahren 1966 – 1993, wovon nur einige genannte sein sollen:

„Fehler und Gefahren bei Routineeingriffen im HNO-Fachgebiet“
 „Die Begutachtung in der Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde“
 „Notfälle in der HNO-Heilkunde“

Mit diesen Themen bewies Friedrich Wilhelm Oeken ein feines Gespür für aktuelle Themen und erreichte einen großen interessierten Leserkreis.

Mit Erreichen der Altersgrenze 1989 erfolgte seine Emeritierung.

Friedrich Wilhelm Oeken ist Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde und zervikofazialen Chirurgie, ebenso der Ungarischen HNO-Gesellschaft und korrespondierendes Mitglied der Österreichischen HNO-Gesellschaft.

Die Kraft für die vielfältigen Aufgaben und seine fröhliche Gelassenheit schöpfte Friedrich Wilhelm Oeken zu einem Teil aus seiner Familie, aus der nun in 3. Generation ein weiterer HNO-Arzt hervorgegangen ist. Zum Teil aber auch aus seinen schönen Hobbys, die ihn auch jetzt noch geistig und körperlich mobil halten.

Uns bleibt der Wunsch, dass dem Jubiläumsgeburtstag noch viele weitere heitere Jahre bei guter Gesundheit und geistiger Frische im Kreise seiner Familie folgen mögen.

Prof. Dr. med. Andreas Dietz
 Prof. Dr. med. Heidrun Müller

PD Dr. med. habil. Ulf Herrmann zum 65. Geburtstag



Am 19. September konnte Ulf Herrmann seinen 65. Geburtstag feiern. Dieser Tag, obwohl nicht ganz rund, ist traditionsgemäß noch immer ein Tag für Rückschau und Ausblick:

Nach Beendigung des Studiums der Humanmedizin in Berlin und in Dresden begann Herr Herrmann 1969 seine ärztliche Tätigkeit an der Chirurgischen Klinik der Medizinischen Akademie Dresden. Ein Jahr später promovierte er und erhielt 1974 die Facharztanerkennung für Chirurgie. Zielstrebig arbeitete Herr Herrmann an der Vervollkommnung seiner chirurgischen Fähigkeiten und Fertigkeiten, wechselte 1978 an die Chirurgische Klinik des St. Joseph-Stiftes Dresden, wo ihn als Oberarzt neben organisatorischen Aufgaben vor allem das umfangreiche Pensum an operativer Tätigkeit berufliche Erfüllung brachte.

Zurückgekehrt an die Klinik für Chirurgie der Medizinischen Akademie (1979) begann er, sich in der Studentenausbildung zu engagieren, war Seminarleiter und außerdem Mentor bei den Pflichtassistenten.

Anknüpfend an seine Mitarbeit 1973 bis 1977 im experimentellen Leber-Transplantations-Team von Herrn Professor Dr. Wolff galt sein Engage-

ment nun der Forschung zu Devitalisation und Invagination des Darmes. Diese Arbeiten fanden 1986 ihren krönenden Abschluss in der Habilitation und 1990 in der Ernennung zum Privatdozenten.

Mit der politischen Wende waren auch strukturelle Veränderungen im Studium an der Medizinischen Akademie verbunden. Herr Herrmann beteiligte sich insbesondere am Aufbau des vorklinischen Studienabschnittes, übernahm Vorlesungstätigkeit in chirurgischer Propädeutik und auf dem Gebiet der speziellen Chirurgie. Er war als Prüfer für die Studenten und für das Staatsexamen im Fach Chirurgie tätig.

Im Februar 1995 suchte Herr Herrmann neue berufliche Herausforderungen und wechselte als Oberarzt an die Chirurgische Klinik des Städtischen Krankenhauses Dresden-Neustadt. Dort wurde er im Oktober 2002 zum geschäftsführenden Oberarzt und stellvertretenden Chefarzt berufen und übernahm schließlich von April 2004 bis Juli 2005 als Kommissarischer Chefarzt die Leitung dieser Klinik.

Mit Beginn der Freistellungsphase seines Altersteilzeitvertrages am 01. April 2006 kann Herr Herrmann auf eine erfolgreiche Karriere in seinem Fachgebiet zurückblicken. Bei seinen Patienten war er hochgeschätzt, bei den Mitarbeitern ob seiner kollegialen Hilfsbereitschaft und zurückhaltenden Art beliebt.

Neben den Entwicklungsetappen im Fach Chirurgie, einschließlich Forschung und Lehre, verdient seine Tätigkeit bei Aufbau und Fortentwicklung der Sächsischen Ärzteversorgung besondere Würdigung. Herr Herrmann gehörte zu einer kleinen Gruppe engagierter Kollegen, die sich ab 1989/90 in vielfältiger Weise bemühten, eine selbstverwaltete berufsständische Alterssicherung im späteren Freistaat Sachsen zu etablieren.

Nur wenige Kollegen verfügten zu dieser Zeit über Kenntnisse zu derartiger Einrichtungen, die es schon seit

1923 in Bayern gibt. Deshalb standen neben eingehender Beschäftigung mit der dem eigenen Fachgebiet völlig fremden Materie, die Lichtung des Informationschaos und die Überwindung von Vorbehalt bis Ablehnung bei den Kollegen auf der Tagesordnung.

Ein Informationsbesuch in den alten Ländern, die Durchführung wöchentlicher Sprechstunden und die Beteiligung an Informationsveranstaltungen in größeren Städten Sachsens, das sind nur einige markante Aktivitäten an denen sich Herr Herrmann maßgeblich beteiligte.

Neben strukturellen Voraussetzungen für die Versorgungseinrichtung musste vordringlich eine Satzung geschaffen werden. In den dafür gegründeten „Unterausschuss“, dem Kollege Herrmann vorstand, brachte er sich mit großer Hingabe ein. Bis November 1991 war der Entwurf bis zur Beschlussfähigkeit entwickelt. Im gleichen Monat wurde von den ärztlichen und tierärztlichen Mandatsträgern der erste Verwaltungsausschuss gewählt. Herr Herrmann gehört seitdem diesem Gremium an, in dem er in der Folgezeit wesentliche Entscheidungen mit vorbereitete, Beschlüsse fasste und umsetzte.

Bis heute stellte Herr Herrmann seine reichen Erfahrungen und seine Aktivitäten unter Freizeitverzicht in den Dienst unseres Berufsstandes. Durch seine Tätigkeit in der BU-Kommission kommen seine beruflichen Kenntnisse der Versorgungseinrichtung zugute. In ähnlicher Funktion hilft er dem Versorgungswerk der Architekten von Sachsen.

Herr Kollege Herrmann freut sich, dass er in der nun beginnenden Lebensphase mehr Zeit für die Philatelie, das Wandern und die Gartengestaltung findet. Wir wünschen ihm Gesundheit, Erbauung bei den genannten Hobbys und freuen uns über sein anhaltendes Engagement in der Sächsischen Ärzteversorgung.

Dr. med. Manfred Halm

Prof. Dr. sc. med. Wolfgang Sauer mann zum 65. Geburtstag



Wolfgang Sauer mann wurde am 28. September 1943 während des Zweiten Weltkrieges in Dresden geboren. Sein Vater war Landgerichtsdirektor, seine Mutter Lehrerin. Von 1963 bis 1969 studierte er Medizin zunächst an der Humboldt-Universität Berlin und dann an der Medizinischen Akademie Dresden. Seine Ausbildung zum Facharzt für Neurologie und Psychiatrie absolvierte er an der Klinik für Neurologie und Psychiatrie der Medizinischen Akademie Dresden und schloss sie 1974 ab. 1981 wurde er zum Oberarzt ernannt. Die Schwerpunkte seiner Arbeit in der medizinischen Betreuung lagen auf den Gebieten Neurophysiologie, Neuroorthopädie, Myopathologie, interdisziplinäre Intensivmedizin. Mit der politischen Wende wurde er stellvertretender Klinikleiter der Neurologischen Klinik bis zur Amtseinführung von Prof. Dr. Reichmann als Direktor dieser Klinik. Er zeichnet sich als integre Arztpersönlichkeit mit umfangreichem Wissen und breiten praktischen Erfahrungen aus. So wurde er zu Beginn des Jahres 1997 zum Chefarzt der neu gegründeten Neurologischen Klinik am Städtischen Krankenhaus Dresden-Neustadt ernannt. Diese Tätigkeit hatte er bis zu

seinem jetzigen Ausscheiden aus dem Berufsleben inne. In den letzten Jahren war er auch als stellvertretender ärztlicher Direktor dieses Krankenhauses tätig.

Seine Promotion verteidigte er im Jahre 1970 zum internistischen Thema: Untersuchungen über quantitative und qualitative Veränderungen der Blutbasophilen bei angiologischen Patienten und die Beziehung dieser Veränderungen zur Hyperlipidämie und zu anderen Risikofaktoren peripherer arterieller Verschlusskrankheiten. Die Habilitation erfolgte im Jahre 1988 zum Thema: Untersuchungen zur Variabilität der myotonen Dystrophie unter Einbeziehung eines medizinischen Informationssystems.

Der Jubilar war über viele Jahre aktiv in der Studentenausbildung eingesetzt. Er war am neurologischen Untersuchungskurs, am interdisziplinären Untersuchungskurs sowie an Vorlesungen im interdisziplinären Komplex „Notfallmedizin“ und im Hauptkolleg Neurologie für Studenten der Stomatologie beteiligt. Ende der 70er Jahre arbeitete er am Aufbau und der Gestaltung eines Untersuchungskurses im Fachgebiet Neurologie unter Beachtung der Koordinationsmöglichkeiten mit der Vorlesung und dem Selbststudium. Im Jahre 1990 wurde er zum Privatdozenten ernannt und erhielt einen Lehrauftrag für Neurologie. Seit 2001 hielt er Vorlesungen im Fachgebiet Management in der Medizin an der Westsächsischen Hochschule Zwickau, die ihn auch zum Professor berief.

Seit der Wiedervereinigung Deutschlands engagierte sich der Jubilar in der Berufspolitik, da er mit der Veränderung der allgemeinen politischen Strukturen die Chance und daraus abgeleitet die persönliche Verpflichtung sah, in demokratischen Berufsstrukturen systematisch die ärztliche Selbstverwaltung zur kompetenten umfassenden Betreuung von Patienten und deren Angehörigen

zu entwickeln und zu stabilisieren. Er arbeitete beim Aufbau des Unabhängigen Verbandes der Ärzte und Zahnärzte Sachsens, des „Virchow-Bundes“, mit. Er war über Jahre zunächst Mitglied und später Vorsitzender des Sitzungsausschusses der Sächsischen Landesärztekammer. Seit 2007 ist er Mitglied im Vorstand dieser sächsischen Körperschaft. Im Jahre 2001 wurden seine Aktivitäten in der ärztlichen Berufspolitik mit der Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille gewürdigt.

Die Schwerpunkte seiner wissenschaftlichen Tätigkeit lagen auf den Gebieten der peripheren Neurologie, der Myologie, des Schlaganfalls, der neurodegenerativen Erkrankungen sowie des Restless legs-Syndroms. Er beschäftigte sich im Rahmen der Medizinischen Informatik mit Qualitätsstandards in der konkreten Versorgungs- und Anwendungsforschung. Der Jubilar verfasste 64 Publikationen und hielt über 160 Vorträge. Er war an mehreren Forschungsabschlüssen und an der Entwicklung von Leitlinien beteiligt. In den letzten Jahren war er ein gefragter Referent zum Restless legs-Syndrom.

Wolfgang Sauer mann ist in persönlichen Gesprächen ein engagierter und kontaktfreudiger Partner. Er hat einen großen Freundeskreis. Nach dem Ausscheiden aus dem aktiven Berufsleben wird er sicher mehr Zeit für seine Familie, für Freunde, für Reisen, für das geliebte Fahren mit dem Motorroller sowie für die Fortsetzung der Bauaktivitäten auf seinem Gartengrundstück haben. Außerdem bleibt er der Sächsischen Landesärztekammer in den nächsten Jahren aktiv verbunden.

Möge Ihnen eine gute Gesundheit im bevorstehenden Lebensabschnitt begleiten!

Prof. Dr. Ulrich Julius
Präsident und Vorstand
Sächsische Landesärztekammer

Der Arzt als Patient und eine Sigmadivertikulitis

Oder: der Blick als Patient bringt manchmal Erleuchtung

Sind Ärzte die schlechteren Patienten, sind sie undisziplinierter als der Normalbürger und wie stehen ihre Chancen für eine optimale Betreuung im Krankheitsfall? Diese Fragen haben einen Kollegen, nennen wir ihn Dr. Bumm, in den 33 Jahren seines Berufslebens stets beschäftigt. Er hatte jetzt Gelegenheit, darüber intensiver nachzudenken.

Bumm hatte über Jahre immer mal wieder unklare Bauchbeschwerden. Und da er sich selbst als bekennenden Psychosomatiker wertete, ordnete er die Beschwerden diesem Formenkreis zu. Dann erschien irgendwann in der Literatur ein neues Krankheitsbild: der Reizdarm! Darüber informierte sich Bumm, und die Diagnose gefiel ihm. Wenn er Beschwerden hatte, nahm er Spasmolytika und erinnerte sich auch gerne an die in der klinischen Propädeutik vom hochgeschätzten Leipziger Internet-Professor Petzold empfohlenen feucht-warmen Kataplasmen. Und dann tat er auch das einmal, was er seinen Patienten regelmäßig und konsequent empfahl: er unterzog sich einer Koloskopie. Dazu suchte er sich einen erfahrenen, etwa gleichaltrigen Internisten aus, der seine Aufgabe exzellent meisterte. Einige Tage später erschien Bumm zum Abschlussgespräch beim Endoskopiker, nennen wir ihn Dr. Sucher. Der sagte: „Nun, es ist alles in Ordnung. In allen einsehbaren Bereichen des Kolons ist eine unauffällige Schleimhaut. Sie haben lediglich im Sigma ein völlig reizloses Divertikel“. Der Patient horchte auf, verspürte sogleich einen geringen Druck im linken Unterbauch und fragte: „Und was machen wir da?“ und der Internist Sucher antwortete: „Wenn Sie keine Beschwerden haben...nichts!“ Bumm war zufrieden, ging nach Hause und widmete sich wieder seinen Patienten. Ein Jahr später hatte er aber Schmerzen im Unterbauch

und fühlte sich nicht wohl. Jetzt befragte er einen befreundeten Chirurgen, nennen wir ihn Dr. Metzger. Der drückte ihm auf den Bauch und meinte: „Aha, eine Divertikulitis!“ Bumm war beunruhigt und fragte: „Soll man jetzt operieren?“ Der Chirurg: „I wo, aber doch nicht beim ersten Schub. Nehmen Sie Antibiotika, schonen sich und machen Sie Diät!“ Schonung war nicht drin, Diät war nicht möglich...; aber die Antibiotika halfen!

Es verging ein Jahr und der Unterbauch meldete sich wieder und weil es so gut geholfen hatte: keine Bettruhe und keine Diät, aber Antibiotika! Dann rief Bumm bei Dr. Sucher an: „Sie erinnern sich sicher an mich. Ich bin der Kollege mit dem reizlosen Sigmadivertikel. Ich habe zwischenzeitlich zwei Schübe einer Divertikulitis gehabt. Ich habe jeweils METRONIDAZOL und CIPROFLOXACIN genommen ... das hat geholfen. Sollte man jetzt zur Rezidivprophylaxe noch MESALAZIN nehmen?“ Sucher dachte gründlich nach und meinte: „Nun gut, das kann man machen. Es ist aber nicht studiengesichert. Aber schaden kann es ja nicht“. Also nahm Bumm das Präparat ein und befragte zur Absicherung noch einen weiteren Chirurgen, nennen wir ihn Metzger-Zwei: „Ich habe ein Sigmadivertikel und habe jetzt im Abstand von einem Jahr jeweils einen akuten Schub gehabt. Soll man jetzt im symptomfreien Intervall operieren?“ Metzger-Zwei meinte: „Das kann man machen, jetzt würde ich aber warten. Es muss ja auch nicht sein, dass nach dem zweiten Schub etwas passiert. Ich gebe Ihnen mal eine sehr schöne Arbeit aus dem Jahr 2006 mit (Böhm B, Meyforth J, 2006: Chirurgisches Denken contra gesunder Menschenverstand. Chirurgische Allgemeine 7: 226 – 228), die können Sie sich mal durchlesen, da werden Sie sehen, dass nichts gesichert ist und dass die Aussagen oft auf nur einer sehr kleinen Fallzahlen basieren“.

Bumm zog sich an seinen ärztlichen Praxisarbeitsplatz zurück und verdrängte Beschwerden und Befindlichkeitsstörungen.

Wenige Wochen später fühlte sich Bumm nicht wohl, seine Frau war auswärts und in der Praxis war viel zu tun. Da war der Schmerz mehr im mittleren Unterbauch und auch von der Qualität etwas anders und exakt zum Sprechstundenende verspürte er einen plötzlichen Schmerz. Er war jetzt beunruhigt und nahm sich vor, am nächsten Tag einen klinischen Gastroenterologen aufzusuchen, nennen wir ihn Sucher-Zwei. Es war eine schlimme Nacht mit Schmerzen und Übelkeit. Früh ließ er sich gleich in seiner Praxis Blut abnehmen und begann mit der Patientenbehandlung. Bumm ging es zunehmend schlechter; das Labor rief an und meldete einen exzessiven CRP-Anstieg und eine Leukozytose. Er ließ von der Helferin Blutdruck messen. An ihrem beunruhigten Gesichtsausdruck reifte seine Entscheidung: Er nahm seine Ausweise und den Autoschlüssel und wies sich punkt 10.00 Uhr als Selbstfahrer direkt in den Schockraum der Notaufnahme der nächstgelegenen Klinik ein.

Der Chefinternist Sucher-Zwei erschien. Er untersuchte gründlich den Bauch und machte einen Ultraschall. Er schaute Bumm bedenklich an und sagte „Na, ja!“ Dann musste Bumm ins CT.

Bumm wurde von einem Röntgenassistenten auf die Liege platziert. „Gleich kommt der Arzt und spritzt Kontrastmittel. Hatten Sie schon mal Kontrastmittelzwischenfälle? Hatten Sie schon mal eine allergische Reaktion mit Erstickenanfällen? Unterschreiben Sie den Aufklärungsbogen!“ Dann kam jemand mit einer Flexüle. Bumm vermutete, dass es der Radiologe war. Offensichtlich war er stumm, denn er redete nicht mit Bumm. Der Radiologe, nennen wir ihn Dr. Knipser, unternahm jetzt mehrere erfolglose Versuche, Bumms prächtige Venen zu treffen. Dabei schwitzte er, und das tat Bumm leid, denn er erinnerte sich an seine Assistentenzeit. Bumm dachte sich: einen Versuch hat er noch, dann lasse ich mir auf eigene Kosten eine Anaesthesistin kommen. Doch dann gelang es Knipser die Vene zu kanülieren und die Untersuchungsprozedur begann.

Dr. Sucher-Zwei stand plötzlich mit einem ernst und entschlossen blickenden Arzt im Schockraum am Bett von Bumm. „Guten Tag, mein Name ist Metzger-Drei. Ich bin der Chefarzt dieser Klinik und möchte mir ihren Bauch ansehen. Das CT und die Laborwerte habe ich schon gesehen“. Metzger-Drei untersuchte Bumm und sagte: „Das muss operiert werden und zwar bald. Ich komme in einer Stunde noch einmal wieder.“

Jetzt wurde Bumm, dem es nun gar nicht gut ging, auf eine chirurgische Station gebracht. Es war immerhin schon 17.00 Uhr und er hatte seit 10.00 Uhr in der Notaufnahme gelegen. Metzger-Drei erschien kurz darauf mit Gefolge und das beunruhigte Bumm etwas. Metzger-Drei untersuchte noch einmal den Bauch und sagte dann ohne Umschweife: „Sie müssen operiert werden und zwar sofort. Ich werde Sie selbst operieren. Das wird keine einfache Operation. Sie haben eine Perforation des Sigma mit einer Peritonitis. Der Darm ist nicht vorbereitet, sie haben drei Voroperationen: eine Cholezystektomie, eine Appendektomie und eine Nabelbruchoperation mit Netzeinlage. Wir wissen nicht, welches Netz eingelegt wurde. Sie haben Fieber und hohe Entzündungswerte im Blut. Alles in allem ist das eine schwere Krankheit. In jedem Fall erhalten Sie eine Ileostomie, das kann man dann nach einer gewissen Zeit zurückverlegen. Es kann aber auch sein, dass Sie einen endständigen Anus praeter erhalten. Sind Sie damit einverstanden?“ Bumm schluckte und sagte deutlich „Ja“! Die Vollstrecker verschwanden und seltsamerweise machte sich in Bumm eine gewisse Gelassenheit breit. Alles wichtige war gesagt, klar und deutlich. Das gefiel Bumm. Es war ernst, sehr ernst!

Er wollte jetzt noch einmal in sich gehen und über alles gründlich nachdenken, da kam aber erneuter Besuch. Eine junge Ärztin, die sich als Anaesthesistin vorstellte, nennen wir sie Frau Dr. Gas, meinte, sie müsse mit Bumm über das Anästhesie-Aufklärungsgespräch reden. Ihm, Bumm, stünde nämlich als Wahlleistung das

persönliche Gespräch mit dem Gas-Chef zu. Ob er, Bumm, wolle, dass man ihn, den Chef, jetzt 18.00 Uhr von zu Hause hole. Jetzt war Bumm in seinem Element, denn er ist ein witziger Mensch. Er meinte: „Wissen Sie, ich habe in meiner Assistentenzeit an der Universität einige hundert Intubationsnarkosen gefahren. Mir geht es schlecht und ich möchte nicht, dass mir das, was mir bevorsteht, in Lokalanästhesie gemacht wird. Also geben Sie mir den Aufklärungsbogen. Ich weiß, dass mir die Frontzähne herausgebrochen werden können. Ich unterschreibe das!“ Gas-Eins guckte ihn verächtlich an und verließ mit Unterschrift das Zimmer. Und dann ging es los!

Bumm träumte, dass er sich seinen Tubus selbst herausgezogen hätte und ihn irgendjemand aufgefordert hätte, Luft zu holen. Ein schrecklicher Traum! Dann wurde er auf der Intensivtherapiestation wach und fühlte sich gut. Nach kurzer gedanklicher Sammlung griff er sich an den rechten Unterbauch. „Gottseidank keine Ileostomie“ linker Unterbauch: „Nur zwei Drainagen“. Als er etwas klarer wurde, erteilte ihm eine ITS-Schwester Erläuterungen zur Lage: Zentralvenenkatheter, Blasenkathe- ter, Sauerstoffsonde, Pulsoximeter, 2 Drainagen, peripherer venöser Zugang, blutige arterielle Blutdruckmessung, Wundverband von der Symphyse bis zum Prozessus xiphoideus, Kompressionsstrümpfe, Schmerzpumpe! Diese ITS-Schwester machte auf Bumm einen guten Eindruck: sie war etwas burschikos, aber dennoch herzlich und sie gab klare Kommandos. Das probierte sie gleich am Morgen, zehn Stunden nach der Operation, aus und stellte Bumm vor das Bett. „Erstaunlich!“, meinte Bumm zu sich selbst. Zwei Tage verbrachte Bumm dann noch auf der Intermediate-Care-Station (IMC). Und da er durch die wunderbare Schmerzpumpe etwas benebelt war, schlief er immer wieder ein. Dabei hatte er wundersamerweise immer wieder den selben Traum, dass er nämlich auf einem Güterbahnhof beim Rangieren zuschaute. Und dann wachte er immer

auf, wenn die Güterwagen zusammenknallten. Es dauerte eine Weile, bis er mitbekam, dass das keine Güterwagen waren, sondern die IMC-Schwestern, welche die leeren Infusionsflaschen in einen Container abwarfen. Am zweiten Tag seines Aufenthaltes, als Bumm schon kleine Runden drehen durfte, erschien eine Schwester und meinte: „Sie haben Besuch“. Bumm wollte wissen, wer ihm hier auf der Wachstation die Ehre gab. Die IMC-Schwester machte einen irritierten Eindruck: „Es ist der Pathologe“. Und schon stand er, nennen wir ihn Dr. Leblös, an Bumms Bett und verkündete fröhlich: „Sie sehen aber schon wieder prächtig aus, lieber Bumm. In jedem Fall besser als meine Patienten...Ich wollte Ihnen nur über Ihr Präparat berichten“. Das tat er und versprach Bumm, dass er einen schönen mikroskopischen Schnitt von ihm erhalten würde. Die Situation gefiel Bumm außerordentlich, weil das sicher nur wenige berichten können, am Intensivbett vom Pathologen besucht worden zu sein. Er freute sich darauf, dies den Freunden erzählen zu können.

Die weiteren fünf Tage auf einer chirurgischen Normalstation überstand Bumm bestens und er verkraftete auch gut den Besuch einer strengen Chirurgen, nennen wir sie Metzger-Vier, die ihm die breite Palette drohender Ponderabilien chirurgischer Darmkunst unterbreitete: Anastomoseninsuffizienz, Entzündungen und Narbenhernien. Bumm verließ die Klinik auf seinen eigenen Beinen, wohl noch etwas schwächlich aber bei guter psychischer Verfassung und mit großer Dankbarkeit. Zuvor suchte er aber noch den Raum der Stille auf und nahm Einkehr. Er nahm sich vor, den Klinikaufenthalt als eine Art innere Pilgerreise zu verstehen, die ihm Einsicht und Umkehr aufgezeigt hat. Nämlich: Einsicht in die Endlichkeit und Umkehr zu mehr Sorgfalt mit der eigenen Gesundheit. Das nahm sich Bumm zumindest vor!

Nachruf für Dr. med. Gerhard Herrmann



Gerhard Herrmann wurde am 13.11.1944 in Königswartha geboren. Er besuchte die Schulen in Kleinwelka und Bautzen. Zum Sorbischen Gymnasium, an dem er das Abitur ablegte, hielt er Verbindung bis zur Gegenwart. Er gründete den „Sorbischen Schulverein“ und unterstützte damit wirkungsvoll den Erhalt der sorbischen Kultur.

Medizin studierte Gerhard Herrmann von 1964 bis 1970 erfolgreich in Leipzig.

Die Facharztausbildung zum Dermatologen absolvierte er an der damaligen Medizinischen Akademie Dres-

den unter Professor Kleine-Natrop. Die universitäre Ausbildung begründete nicht nur seine Liebe zur Dermatologie, sondern ermöglichte im dortigen Kollegenkreis auch einen regen Austausch über Kunst und Geschichte. Mit den damaligen Kollegen – einige sind bereits im Ruhestand – traf er sich bis in die Gegenwart zum jährlichen „Königswarthaer Dermatologenstammtisch“. Dabei hatte Herr Herrmann auch die Gelegenheit, seine tief empfundene Heimatliebe anderen zu vermitteln und konnte bei vielen ein bleibendes Interesse für die Lausitz wecken.

Fachärztlich tätig wurde Herr Herrmann zunächst als angestellter Arzt der Poliklinik Bautzen. 1991 ließ er sich in eigener dermatologischer Praxis gemeinsam mit seiner Kollegin, Frau Doktor Mirtschink, nieder. Sein solides Fachwissen und seine ärztliche Kompetenz begründeten seinen guten Ruf unter Patienten und Kollegen.

Gerhard Herrmann war mit Leib und Seele Hautarzt. Unter seiner Federführung standen die regionalen dermatologischen Fortbildungsveranstaltungen, die als „Stammtisch der Oberlausitzer Dermatologen“ bekannt wurden und später auch als Qualitätszirkel Anerkennung fanden.

Mit gleichem Elan setzte er sich auch in seinem Berufsverband für kollegiale Belange ein. Seine stets an der

Sache orientierten Diskussionsbeiträge bereicherten die Arbeit des Verbandes.

Über sein berufliches Engagement hinaus gestaltete er als Kirchenvorstand das Leben in seiner Gemeinde Königswartha mit. So trug Doktor Herrmann durch aktive Mitarbeit auch zum Gelingen des evangelisch-sorbischen Kirchentags 2007 bei.

Seine Freizeit nutzte er, um sein Wissen auf vielen Gebieten der Kultur und Geschichte zu ergänzen und gab dieses schließlich in Vorträgen und Publikationen mit großer Liebe zum Detail an ein interessiertes Publikum weiter.

Vielfältige Interessen und Familiensinn waren die Quellen seiner Ausgeglichenheit und Ausstrahlungskraft als Arzt. Seine Ehefrau Maria und seine zwei Kindern waren ihm verlässliche Mitsstreiter.

Gerhard Herrmann verstarb am 21.07.2008 nach einem langen Arbeitstag unerwartet in dem Zimmer seines Hauses, in dem er vor 63 Jahren geboren wurde.

Wir werden Doktor Herrmann, den wir als vorbildlichen Menschen schätzten, ein ehrendes Gedenken bewahren.

Dr. Mirtschink, Dr. Stöckel und
der Vorstand der Kreisärztekammer Bautzen

Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Kurt-Joachim Schulze



Am 29.8.2008 verstarb nach langer und schwerer Krankheit der ehemalige Ordinarius für Orthopädie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, Prof. Dr. Kurt-Joachim Schulze.

Gebürtig und aufgewachsen in Wüstenbrand (Sachsen) begann Kurt-Joachim Schulze 1954 sein Medizinstudium an der Universität Leipzig und setzte es nach dem Physikum an der Medizinischen Akademie in Dresden fort. Nach seiner Promotion über „Perforierende Augenverletzungen“ ließ er sich zunächst mit einer Weiterbildung zum Augenarzt, begann jedoch dann 1962 seine berufliche Karriere an der Orthopädischen Klinik der Medizinischen Akademie. Dazu hat ihn vermutlich die charismatische Persönlichkeit von Prof. Dr. Hanns Büschelberger motiviert, der wenige Jahre zuvor die Klinik aufgebaut hatte und für engagierte junge Mitarbeiter ein vorzüglicher Lehrer war. Auch konnte Kurt-Joachim Schulze sein besonderes manuelles Geschick in die gerade zu dieser Zeit sehr handwerklich geprägte Orthopädie einbringen. So war es nur nahe liegend, dass er bereits sehr früh neben seiner Ausbildung zum begabten Operateur die Leitung der orthopädischen Werkstatt an der Klinik übertrug und bekam.

1968 ernannte ihn Prof. Dr. Büschelberger zum Oberarzt, 1974 erhielt er neben anderen Auszeichnungen für seine engagierte Arbeit den Titel eines Medizinalrates und 1977 wurde er zum ersten Oberarzt in der mittlerweile von Prof. Dr. Hellinger geleiteten Klinik berufen. Seit 1970 war Kurt-Joachim Schulze zunehmend in der studentischen Lehre aktiv und erfreute sich aufgrund seines didaktischen Talentes großer Beliebtheit. Aufgrund seiner Begabung und der mit großem Erfolg fortgeführten wissenschaftlichen Arbeiten wurde er im September 1983 zum Hochschuldozenten berufen und erhielt im gleichen Jahr für seine Skolioseforschung den „Friedrich-Loeffler-Preis“ der Gesellschaft für Orthopädie der DDR. Nach dem Ausscheiden von Prof. Dr. Hellinger wurde Kurt-Joachim Schulze zum Hochschulprofessor ernannt und im Januar 1984 erfolgte die Ernennung zum Direktor der Orthopädischen Klinik an der Medizinischen Akademie Dresden. Die sehr erfolgreiche Leitung dieser großen Klinik nahm er über insgesamt siebzehn Jahre – und damit auch noch nach der 1993 erfolgten Umwandlung der Akademie in die „Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus Dresden“ – wahr.

Lebenslang galt sein medizinisches Interesse vor allem zwei Schwerpunkten: In der Skoliose-therapie legte er den Grundstein für einen über viele Jahre ausserordentlich aktiven Bereich, der auch heute noch überregionale Bedeutung besitzt. Daneben wandte er sich aber auch sehr stark der Endoprothetik zu, die ihn seit einer Studienreise an das damalige Moskauer Zentralinstitut für Traumatologie und Orthopädie 1971 begeistert hatte. So führte er damals bereits die Implantation der Siwasch-Prothese in Dresden ein und begleitete über die folgenden drei Jahrzehnte die Entwicklung der modernen Endoprothetik. Sein vorausschauendes Engagement kam zum Beispiel dadurch zum Ausdruck, dass er trotz Fehlschlägen mit historischen Modellen des Oberflächenersatzes am Hüftgelenk diese Thematik weiterverfolgte. So gab er seinen Mitarbeitern

sehr früh die Möglichkeit, die Einführung des Metall-Metall-Oberflächenersatzes an der Orthopädischen Klinik wissenschaftlich fundiert zu betreiben, weil er das Potential dieser Technologie ahnte.

Als einen nicht einfachen Abschnitt seiner Karriere erlebte der geradlinige und engagierte Klinikchef die mit der Wiedervereinigung verbundene Neubewertung beruflicher Biographien. Die mehr als nur formelle Notwendigkeit zur nochmaligen Bewerbung um die mühsam erarbeitete Position und die neuerliche Einstufung als „kommissarischer Klinikdirektor“ – auch wenn sie zeitlich nur kurz befristet war – nagte vermutlich mehr an seinem Verständnis von Gerechtigkeit, als er nach außen zeigen wollte. Dennoch konnte er auch in den letzten Jahren seiner Leitungstätigkeit das ihm wichtigste Anliegen realisieren, nämlich die Förderung junger und begabter ärztlicher Mitarbeiter. Unterstützt durch Austauschaktivitäten mit renommierten orthopädischen Kliniken im In- und Ausland bildete er eine gleichermaßen talentierte wie motivierte Riege von Fachärzten und Oberärzten heran, die eine für Dresden typische Mischung aus strengen Standards und Öffnung gegenüber Neuem lebten.

Eine Position im Rampenlicht von Berufspolitik und Gesellschaft waren nie seine angestrebten Ziele. Umso mehr hat Prof. Kurt-Joachim Schulze in einer nicht einfachen Zeit des politischen und beruflichen Wandels durch Bescheidenheit und Ehrlichkeit eine Vorbildfunktion gelebt, die für viele ehemalige Mitarbeiter prägend war. Auf die für ihn so typische und zurückhaltende Art konnte er vielleicht gerade deshalb zur Weiterentwicklung der orthopädischen Klinik in besonderem Maße beitragen.

Das Universitätsklinikum Dresden, seine ehemaligen Mitarbeiter und nicht zuletzt sein Nachfolger im Amt, dem er als wertvoller Ratgeber zur Seite stand, sind ihm dafür außerordentlich dankbar und werden sein ehrendes Gedenken bewahren.

Prof. Dr. med. Klaus-Peter Günther

Ärzteblatt Sachsen 10/2008