

Editorial	Versorgungsstrukturgesetz	568
Berufspolitik	5. Deutsch-Polnisches Symposium	569
	Gesundheitsreform 2012 – die Wievielte?	574
	Versorgungsstrukturgesetz – Positionen des Bündnis Gesundheit 2000	579
	Studentenrallye Medizin 2011	581
Gesundheitspolitik	Sächsischer Krankenhaustag 2011	580
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Evaluation der Weiterbildung in Deutschland	582
	Konzerte und Ausstellungen	582
	Film „Ärzte für Sachsen“	583
	Hygienekongress 2011 in Dresden	583
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Vertragsarztsitzen	584
Originalien	„Alles kommt vom Bergwerk her...“	585
	Anatomische Strukturen in Wachs	588
Leserbriefe	Dr. med. Maria Böhme / Dr. med. Heinrich Günther / Dr. med. Eberhard Fleischer	590
Verschiedenes	„Ärzte helfen Ärzten“	591
	Hufeland-Preis 2012	591
	Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden	591
	Erratum	591
	15. Vogtländischer Ärztetag	592
	Buchlesung „Du stirbst nicht“	592
Personalia	Prof. Dr. Dr. h.c. Konrad Seige zum 90. Geburtstag	593
	Prof. Dr. med. habil. Bernd Terhaag zum 70. Geburtstag	596
	Unsere Jubilare im Dezember 2011	594
Medizingeschichte	Edvard Munch	597
	Max Brödel	598
Kunst und Kultur	Ausstellung: Gudrun Trendafilov	600
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – Januar 2012	



5. Deutsch-Polnisches Symposium
Seite 569



Studentenrallye Medizin 2011
Seite 581



Film „Ärzte für Sachsen“
Seite 583



Ausstellung: Gudrun Trendafilov
Seite 600

Abbildung auf Titelseite: Schloss Fürstenstein bei Waldenburg

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

Versorgungsstrukturgesetz

„Nicht, weil es schwer ist, wagen wir es nicht, sondern weil wir es nicht wagen, ist es schwer“ (Seneca, römischer Dichter und Philosoph)

Wie oft wurde in den letzten Jahren der Begriff „Ärztmangel“ zur Diskussion gestellt? Vehement demotiert, ja geradezu geleugnet von den Krankenkassen, zunächst müde belächelt von der Politik und gebetsmühlenartig vorgetragen von der Ständespolitik. Nachdem aber erste erhebliche „Ärzte-Verteilungsmängel“ sichtbar und ausgemacht wurden, vor allem in den Peripherien der Flächenstaaten, und man der – eigentlich schon lange bekannten – demografischen Entwicklung endlich Beachtung schenkte, konnte auch die Politik dieses Thema nicht länger auf die lange Bank schieben. Angestoßen durch Forderungen und Diskussionen in der Gesundheitsministerkonferenz der Bundesländer formulierte die AG Gesundheit der CDU/CSU Anfang des Jahres ein Eckpunktetpapier, das am 3. August 2011 in einem Kabinettsbeschluss für ein Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) mündete. War schon der Weg dorthin mit vielen Steinen gesäumt – immer wieder bemängelten die Bundesländer die ihres Erachtens zu geringen Beteiligungsrechte; die Anmerkungen des Bundesministeriums für Finanzen zu den finanziellen Auswirkungen des Gesetzes wurden per gezielter Indiskretion an die Öffentlichkeit „durchgestochen“ – boten die ersten Anhörungen im Bundestag und in den Gesundheitsausschüssen von Bundestag und Bundesrat mit über 140 Änderungsanträgen einen Vorgeschmack auf die Sachverständigenanhörungen.

Wirft man einen Blick auf die Inhalte, so ist es zunächst als positiv zu bewerten, dass auch die Politik nunmehr offen von einem „insbesondere in den ländlichen Regionen drohenden Mangel an Haus- und Fachärzten“ spricht. Der erste Schritt zur Behebung eines offensichtlichen Defizits ist das analytische Erkennen

desselben. So verwundert es nicht, dass die Sicherstellung einer flächendeckenden bedarfsgerechten und wohnortnahen medizinischen Versorgung der Bevölkerung (auf einmal) ein zentrales gesundheitspolitisches Anliegen darstellt. So ganz nebenbei das deutsche Gesundheitswesen als eines der besten der Welt qualifizierend zielen die geplanten Regelungen darauf ab, auch „künftig eine flächendeckende wohnortnahe medizinische Versorgung zu sichern, das System der vertragsärztlichen Vergütung durch Zurücknahme zentraler Vorgaben zu flexibilisieren und zu regionalisieren, die Verzahnung der Leistungssektoren zu verbessern, einen schnellen Zugang zu Innovationen sicherzustellen und mit einer Stärkung wettbewerblicher Instrumente die Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung weiter zu erhöhen.“

Aber wo Licht ist, ist auch Schatten: „Verantwortlich ist man nicht nur für das, was man tut, sondern auch für das, was man unterlässt“. Entsprechend der Laotse-Philosophie ist es höchst bedauerlich, dass der Gesetzgeber es (bislang) versäumt hat, die Ärztekammern stärker in die geplanten Neuregelungen einzubinden. So sind die Ärztekammern weder unmittelbar als Beteiligte im neu zu errichtenden gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V genannt, noch werden der Bundesärztekammer weitergehende Beteiligungs- (und Stimm-)rechte im Gemeinsamen Bundesausschuss eingeräumt. Dies damit zu begründen, dass es an der unmittelbaren Versorgungsverantwortung im Regelungsbereich des SGB V fehle, greift wesentlich zu kurz. Man denke nur daran, dass die Ärztekammern sektorenübergreifend über die Definitionskompetenz der ärztlichen Weiterbildungsinhalte verfügen und hierüber maßgeblich das Versorgungsangebot mitsteuern oder aber an ihre sektorenübergreifende Zuständigkeit für die Qualitätssicherung. Kritisch sehen wir auch die zunehmende Kompetenzerweiterung des Gemeinsamen Bundesausschusses. So soll er die Möglichkeit erhalten, Methoden mit noch nicht belegtem Nutzen, aber dem „Potenzial einer

erforderlichen Behandlungsalternative“ erproben zu lassen und seine Bewertung auf diese Weise auszusetzen. Ferner soll er das Nähere zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V in einer Richtlinie regeln. Diese Aufgaben- und Zuständigkeitsbündelung konkretisiert zudem die eigentliche Absicht, die der Gesetzgeber mit dem Gesetz verfolgt, nämlich die stärkere Regionalisierung.

Apropos ambulante spezialärztliche Versorgung: nach dem Motto „wer kann, der darf“ soll damit ein sektorenverbindender Versorgungsbereich eingeführt werden, der, außerhalb der Bedarfsplanung und ohne Budgetbegrenzung, unter Umständen zu einem Wettbewerbswildwuchs führen kann. Zumindest ein rechtlicher Angriffspunkt wurde bereits ausgemacht. Laut Gesetzesbegründung sind besondere medizinische Kenntnisse und Erfahrungen erforderlich, die deutlich über allgemeine Facharztqualifikationen hinausgehen. Damit wird in das ärztliche Berufs- und Weiterbildungsrecht eingegriffen, da die fachliche Qualifikation von Ärzten umfänglich in der Weiterbildungsordnung dargelegt und verbindlich geregelt ist.

Die Tatsache, dass die Partner der Bundesmantelverträge für die ambulante Versorgung beispielhaft festlegen sollen, bei welchen Tätigkeiten auch Medizinische Fachangestellte ärztliche Leistungen erbringen können und welche Anforderungen an die Erbringung zu stellen sind (ein weiteres Beispiel für gut gedacht, aber schlecht gemacht) – mithin ein weiterer Schritt zur Aushöhlung des Prinzips der persönlichen Leistungserbringung – wird bei den vielen Diskussionen über die Beteiligungsrechte und -möglichkeiten beinahe übersehen. Fakt ist, dass kein einziger Satz im Gesetz eine unmittelbare Wirkung auf die medizinische Versorgung hat und es abzuwarten bleibt, ob zukünftig Bewegungsströme von Ärzten in die unterversorgten Regionen zu verzeichnen sind. Zu wünschen bliebe es!

5. Deutsch-Polnisches Symposium



Im Jahre 2001 intensivierten die Sächsische Landesärztekammer und die Niederschlesische Ärztekammer ihre langjährigen Beziehungen sowie den fachlichen Austausch durch gemeinsame Symposien. Unter dem vor zehn Jahren gewählten Titel „Vergangenheit verstehen – Zukunft gestalten“ trafen sich in diesem Jahr vom 6. bis 8. Oktober auf Schloss Fürstenstein bei Waldenburg in Polen 270 Gäste zum 5. Deutsch-Polnischen Symposium. Dieses Symposium war ein weiterer Baustein zur Integration und zum gegenseitigen Verständnis nicht nur der Ärzte untereinander.

Organisiert wurde das Symposium von den Ärztekammern aus Niederschlesien, Schlesien, Sachsen und dem polnischen Oberärzterat, War-



Schloss Fürstenstein bei Waldenburg

schau. Die Bedeutung des grenzüberschreitenden Austauschs wurde unterstrichen durch die Anwesenheit der Ministerin für Gesundheit in Polen sowie durch die Präsidenten der Bundesärztekammer, des polnischen Oberärzterates, der Slowakischen Ärztekammer, der Tschechischen Ärztekammer, der Landes Zahnärztekammer Sachsen, der Slowakischen Zahnärztekammer und der Tschechischen Zahnärztekammer.

Integration und Verständigung

Während der festlichen Eröffnung im Schloss Fürstenstein betonte die Sächsische Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz, Frau Christine Clauß, dass Landesgrenzen für die Menschen schon lange kein

Hindernis mehr seien. Dies gelte nicht nur für die grenzüberschreitenden Verkehrsnetze sondern auch für die Gesundheitsversorgung. Vor allem in den Grenzregionen führe für viele Menschen der Weg zum nächsten Arzt, in das nächste Krankenhaus über die Grenze ins jeweilige Nachbarland. In zahlreichen Grenzregionen ist ein Gesundheitsbinnenmarkt bereits Realität. Der Markt für grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistungen habe mit der Verabschiedung der „Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung“ im I. Quartal 2011 eine neue Dimension erfahren. Alle EU-Bürger können ab 2013 weitgehend selbst bestimmen, in welchem EU-Mitgliedsland sie sich ambulant oder stationär behandeln ließen. Nur für Krankenhausbehandlungen im Ausland sei eine vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse erforderlich. Die grenzüberschreitenden Kontakte werde durch die Patientenrechte-Richtlinie neue Impulse erfah-



Dr. n. med. Jacek Kozakiewicz, Präsident des Schlesienschen Ärzterates, Christine Clauß, Sächsische Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz, Erik Bodendieck, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer, Dr. n. med. Igor Checinski, Präsident der Niederschlesischen Ärztekammer (v.l.)



Erik Bodendieck, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer

ren. Die Ministerin nannte als Beispiel das vom Europäischen Fonds für regionale Entwicklung geförderte Projekt eines deutsch-polnischen Netzes der bildgebenden Diagnostik in Görlitz/Zgorzelec.

Der Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer, Erik Bodendieck, stellte fest, dass die Ärzte in Polen oft mit den gleichen Problemen wie die deutschen Ärzte zu kämpfen hätten. Als Beispiele nannte er die Krankenversicherung, die zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern sowie die demografische Entwicklung der Bevölkerung. In diesem Zusammenhang hob er den fachlichen Austausch und die seit Jahrzehnten bestehende Zusammenarbeit der Ärztekammern in Sachsen und Niederschlesien hervor. So haben zum Beispiel die beiden Ärztekammern 2007 eine gegenseitige Anerkennung von Fortbildungen für Ärzte beschlossen. Und aktuell werde ein grenzüberschreitendes E-Learning-Projekt im Bereich der ärztlichen Fortbildung vorbereitet.

Der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. med. Frank Ulrich Montgomery, führte in seiner Rede aus: „Vergangenheit gemeinsam zu verarbeiten und zu bearbeiten ermöglicht erst die Gestaltung einer konstruktiven Zukunft. Damit verbunden ist der regelmäßige Austausch der Erfahrungen, der nicht nur die jeweils anderen Problemstellungen des Gesundheitswesens aufzeigt sondern auch ähnliche Grundschwierigkeiten.“ In einem vereinigten Europa sei es daher umso wichtiger geworden, den intensiven Austausch zwischen den Ländern, vor allem den Nachbarstaaten, zu fördern. Sympto-

sien, die auf den fachlichen Gedankenaustausch zielen, hätten in diesem Kommunikationsstrang eine elementare Bedeutung.

Zukunft der Selbstverwaltung

Prof. Dr. med. Dr. med. h.c. Karsten Vilmar, Ehrenpräsident der Bundesärztekammer, sprach zur „Zukunft der ärztlichen Selbstverwaltung in Deutschland“. Der Staat hat in vielen Bereichen ein großes Interesse daran, die Angelegenheiten der einzelnen Berufsgruppen, wie zum Beispiel Einhaltung der Berufsregelungen und der ethischen Normen, der Weiterbildung und Fortbildung durch die Berufsgruppen selbst auf der Grundlage des ihnen eigenen besonderen Sachverständes regeln zu lassen. Ärztliche Selbstverwaltungskörperschaften sind daher Bausteine in einem freiheitlich demokratischen Rechtsstaat. Sie nehmen Aufgaben wahr, die der Staat selbst nicht wahrnehmen kann oder will. Die Akzeptanz der ärztlichen Selbstverwaltung liege vor allem an den Mitgliedern der ärztlichen Selbstverwaltung, deren Wahlverhalten und der Wahlbeteiligung sowie der Glaubwürdigkeit der Arbeit der gewählten Repräsentanten, betonte Prof. Dr. Vilmar. Der Fortbestand berufsständischer Autonomie hänge davon ab, inwieweit der Berufsstand das der Gesellschaft gewährte Versprechen effektiver Selbstregulierung und -kontrolle tatsächlich einlöst. Die Möglichkeit der Selbstverwaltung

seitens des Berufsstandes sei eben kein ein für alle Mal erworbenes Recht, kein Besitzstand, sondern die hart zu erarbeitende Gegenleistung für versprochene und wahrgenommene Selbstverantwortung. (Anm. d. Redaktion: Der vollständige Vortrag wird in einer der nächsten Ausgaben vom „Ärzteblatt Sachsen“ publiziert.)

Gesellschaftliche Wandlungen seit 1989

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach sprach zum Thema „Erfahrungen aus in den gesellschaftlichen Wandlungen in Deutschland und Polen 1989 – psychohistorische Überlegungen“.

Im Unterschied zu Polen, wo sich lange vor der Wende eine politische Opposition bildete, die im August 1980 zur Gründung der Gewerkschaft Solidarität führte und als festgefügte politische Struktur auch nach ihrem Verbot dem System widerstand und es 1989 soweit zurückdrängte, dass am 4. Juni 1989 eine demokratisch legitimierte, nichtkommunistische Regierung sich bildete, war die ostdeutsche Volksbewegung, die das System am Ende beseitigte, unstrukturiert. Die neuen politischen Strukturen bildeten sich um runde Tische langsam mit dem Effekt, dass zunächst teilweise Protagonisten des alten Systems in Führungspositionen kamen und dem gesamten Prozess eine hohe Ambivalenz innewohnte, die sich bis heute in ostalgotischen Verklärungen äußert,



Dr. med. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer



Der Präsident der Niederschlesischen Ärztekammer, Dr. n. med. Igor Chęcinski, eröffnet das Symposium

als wäre die DDR ein ewiges Ferienlager eines kleinen Landes im historischen Nirgendwo gewesen, wie es die Autorin Wach meinte. Aus dieser Beschreibung und der Entwicklung der letzten 20 Jahre zeichnete Prof. Dr. Bach psychohistorische Linien in seinem Vortrag nach. Der vollständige Vortrag wird im „Ärztblatt Sachsen“, Heft 12/2011, abgedruckt.

Demografie und Situation der Ärzte

Erik Bodendieck referierte über die aktuelle Gesundheitspolitik in Deutschland. Er besprach das Versorgungsstrukturgesetz, das Patientenrechtegesetz, die Priorisierung von ärztlichen Leistungen, die kritische Einschätzung der Delegation ärztlicher Leistungen und die strikte Ablehnung jeglicher ärztlichen Sterbehilfe. Er berichtete zugleich über die Herausforderungen des demografischen Wandels in Sachsen und Deutschland sowie dessen Auswirkungen auf Medizin und Pflege in ländlichen Regionen. Dazu mahnte er neue ärztliche und pflegerische Versorgungsmodelle an, um auch in Zukunft eine medizinische Versorgung sicher zu stellen.

Dr. med. Jacek Kozaiewicz und Dr. Jacek Chodorski berichteten über die beruflichen Aussichten für Fachärzte in den Gebieten der Schlesischen und der Niederschlesischen Ärztekammer. Aus eigenen Analysen gehe hervor, dass sich Polen im Schlussfeld der EU-Statistiken in Bezug auf das

ärztliche Personal befindet. Die Zahl der Ärzte in Polen sei relativ niedrig. Im Durchschnitt kommen 22 Ärzte

auf 10.000 Einwohner, während es im EU-Durchschnitt 31 je 10.000 Einwohner sind. Vorausgesetzt, dass die Zahl der Ärzte direkt von der Zahl der Medizinstudenten abhängig ist, muss leider festgestellt werden, dass mit einem Ärztemangel zu rechnen ist. In Polen ist die Zahl der Absolventen eines Medizinstudiums mit 6,7 Absolventen pro 100.000 Einwohner niedrig. In der EU liegt dieser Durchschnitt bei 9,9 Absolventen pro 100.000 Einwohner. Zudem wird die weiterhin hohe Abwanderung von Ärzten ins Ausland die Situation beim Zugang zu medizinischen Leistungen für die Bevölkerung noch verschlechtern. Aufgrund der niedrigen Indexzahl bei Absolventen eines Medizinstudiums würden viele Länder, darunter auch Frankreich und



Prof. Dr. med. habil. Otto Bach, Vorsitzender der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. h.c. Karsten Vilmar, Ehrenpräsident der Bundesärztekammer, Andrea Mrazek M.A., Präsidentin der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (v.l.)



Dipl.-Med. Sven Spenke, Ausschuss Notfall- und Katastrophenmedizin der Sächsischen Landesärztekammer



Andrea Mrazek M.A., Präsidentin der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer

Italien, in immer höherem Maße von immigrierenden Ärzten abhängig. In den Jahren 2000 bis 2007 verdoppelte sich in Schweden der Anteil ausländischer Ärzte, in Irland verdreifachte er sich. In Großbritannien betrafen in etwa die Hälfte des Anstiegs der Ärztezahleinstellungen aus dem Ausland. Infolgeder immer

Älter werdenden Bevölkerung wird der Bedarf an Ärzten dort in Zukunft noch größer werden.

Die Lebenserwartung in Niederschlesien beträgt bei Männern 70,4 Jahre, bei Frauen 79 Jahre. Aus Analysen der polnischen Ärztekammern geht hervor, dass die für Ärzte und Zahnärzte in den Jahren 2001 bis 2009 berechnete Lebenserwartung bei Männern 68,5 Jahre und bei Frauen 68,7 Jahr betrug. Eine Ärztin in Niederschlesien lebt um mehr als 10 Jahre kürzer als ihre Patientinnen! Angesichts der zunehmenden Alterung der Bevölkerung und dem damit verbundenen Anstieg bestimmter Krankheiten, sei es deshalb äußerst wichtig, für die Bevölkerung auch in Zukunft eine optimale medizinische Versorgung zu gewährleisten. Zugleich müssten sich in Polen die Arbeitsbedingungen für Ärzte so verbessern, dass die Abwanderung abnimmt und die Lebenserwartung dieser Berufsgruppe genauso ansteigt, wie in der Bevölkerung.

Grenzüberschreitender Rettungsdienst

Dipl.-Med. Sven Spenke, Erzgebirgsklinikum Annaberg, und Dr. Arkadius Kawka, Zgorzelec, berichteten über die unbefriedigende Situation im grenzüberschreitenden Rettungsdienst zwischen Polen und Deutschland (gilt auch für Tschechien), die sich seit 2008 in keiner Weise verbessert hat. Denn zwischen den Ländern gäbe es keinen Staatsvertrag,

der es grenzüberschreitend zulässt, ärztlich tätig zu werden. An den Grenzen zu Österreich, Frankreich oder Schweden ist dies seit Jahrzehnten eine gängige Praxis. Jedoch sind auf europäischer und auf zwischenstaatlicher Ebene Vereinbarungen getroffen worden, die einen grenzüberschreitenden Rettungsdienst in greifbare Nähe rücken lassen. So sei „im Bereich der Gesundheitsfürsorge eine engere Zusammenarbeit insbesondere im grenznahen Raum anzustreben“. Ein Rahmenabkommen zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit der Rettungsdienste ist nach Informationen seitens des Bundesgesundheitsministeriums noch im Jahr 2011 möglich. Denn Anfang September 2011 verhandelten dort Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Sachsen eine Lösung mit Polen. Eine ähnliche Vereinbarung mit Tschechien könnte nach Informationen aus dem sächsischen Innenministerium noch in diesem Spätherbst folgen. Aus Sicht von Dipl.-Med. Spenke sei dies auch dringend notwendig. Denn ein sächsischer Arzt muss derzeit an den Grenzen zu Tschechien und Polen stehen bleiben, auch wenn medizinische Hilfe auf der anderen Seite nicht in Sicht ist.

Psychotherapeutische Versorgung

Die Präsidentin der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer, Frau Andrea Mrazek M.A., gab einen Überblick zur psychotherapeutischen Versorgung in Polen und in Deutschland. In Deutschland wurde 1999 ein Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erlassen.

Damit wurden nach jahrelangen politischen Diskussionen zwei neue, eigenständige Heilberufe etabliert, die Patienten selbstständig behandeln dürfen. Nach 12 Jahren Psychotherapiegesetz könne für Deutschland festgestellt werden, dass das Gesetz ein Erfolg war und ist. Es bedeute einen großen Fortschritt für die Versorgung psychisch Kranker. Deren Versorgung gehöre mittlerweile zu den Besten weltweit. Vors-



Dipl.-Med. Sabine Ermer, Vorsitzende des Marburger Bundes, Landesverband Sachsen (l.)



Dr. Hildegarda Gertruda Naczynska Janas, Dr. med. Günter Bartsch,
Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl (v.l.)

orgelücken gäbe es allerdings in bestimmten Regionen, bei bestimmten Bevölkerungsgruppen und speziellen Diagnosen.

Auch in Polen wird seit mehreren Jahren ein Psychotherapiegesetz diskutiert. Psychotherapie ist auch dort bereits Bestandteil der Gesundheitsversorgung. Die Verfügbarkeit psychotherapeutischer Behandlungsplätze ist aber gering. Schätzungen gehen von zwei bis fünf Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner aus. In Deutschland gibt es durchschnittlich ca. 42 Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner. Sollte in

Polen ein Psychotherapiegesetz letztendlich eingeführt werden, würde die Profession dort vor vielen Fragen zu dessen Ausgestaltung stehen, die auch in Deutschland lange heftig umstritten waren. Im Hinblick auf die erklärte Absicht der EU-Kommission, die Diagnose und Behandlung psychischer Erkrankungen zu verbessern und deren Stigmatisierung abzubauen, wären gesetzliche Regelungen nur zu begrüßen.

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



Das Organisationsteam der Sächsischen Landesärztekammer:
Dipl.-Med. Annette Kaiser, Manuela Anders, Viola Gorzel, Irina Weitzmann,
Ingrid Hüfner, Knut Köhler M.A. (v.l.)

Gesundheitsreform 2012 – die Wievielte?

Anmerkungen zum geplanten GKV-Versorgungsstrukturgesetz

Allgemein

Am 3. August 2011 hat das Bundeskabinett den Entwurf des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) verabschiedet. Vorausgegangen waren Debatten im Rahmen der Gesundheitsministerkonferenz zu stärkeren Einwirkungs-/Gestaltungsmöglichkeiten der Länder in der medizinischen Versorgung sowie die zunehmenden Diskussionen zum Thema Ärztemangel. Mit Beginn dieses Jahres übertrumpften sich dann die verschiedenen Regierungsfractionen mit einschlägigen Eckpunktepapieren, die schließlich ihren Niederschlag in einem Gesetzentwurf der Bundesregierung gefunden haben. Schon nach der ersten Lesung im Bundestag am 23. September 2011 war ein erheblicher Diskussions- und Nachbesserungsbedarf zu verzeichnen. Mehr als 140 Änderungsanträge bis zum 19.10.2011 – einige sogar aus dem Hause des Bundesgesundheitsministeriums selbst! – sprechen eine deutliche Sprache und zeigen die unterschiedlichen Interessenlagen auf. Nachfolgend werden die wesentlichen Ziele, Inhalte, Schwerpunkte und die beabsichtigten Maßnahmen dargestellt. Mit Blick auf einige ausgewählte Vorschriften aus dem Gesetzeskonvolut setzt sich der Verfasser mit den berufspolitischen Implikationen auseinander.

Ziele des Gesetzes

Der Gesetzgeber definiert zunächst die Sicherstellung einer flächendeckenden bedarfsgerechten und wohnortnahen medizinischen Versorgung der Bevölkerung als ein zentrales gesundheitspolitisches Anliegen und erkennt gleichzeitig gesetzgeberischen Handlungsbedarf angesichts der demografischen Entwicklung, der unterschiedlichen Versorgungssituation von Ballungsräumen und ländlichen Regionen und der neuen Möglichkeiten, die der medi-



Ass. jur. Michael Schulte Westenberg, Hauptgeschäftsführer der Sächsischen Landesärztekammer

zinisch-technische Fortschritt mit sich bringen wird. Intendiert ist die spürbare Verbesserung der Situation vieler Patienten im konkreten Versorgungsalltag, etwa durch Abbau bürokratischer Hemmnisse, der Sicherstellung des Zugangs zu erforderlichen Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln und die bessere Abstimmung der Behandlungsabläufe für den Patienten zwischen Krankenhäusern, Ärzten und anderen Einrichtungen.

Erstmals postuliert die Politik einen drohenden Haus- und Fachärztemangel, insbesondere in ländlichen Regionen, falls die Rahmenbedingungen nicht geändert werden. Daraus werden folgende Ziele abgeleitet:

- künftige Sicherung einer flächendeckenden wohnortnahen medizinischen Versorgung,
- Flexibilisierung und Regionalisierung des Systems der vertragsärztlichen Vergütung durch Zurücknahme zentraler Vorgaben,
- Verbesserung der Verzahnung der Leistungssektoren,
- Sicherstellung eines schnelleren Zugangs zu Innovationen,
- weitere Erhöhung der Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung mittels Stärkung wettbewerblicher Instrumente.

Wesentlicher Inhalt

Neben mehr Mitwirkungsrechten der Länder, der Lockerung starrer Planungsvorgaben auf verschiedenen

Steuerungs- und Verantwortungsebenen und der Eröffnung flexibler Möglichkeiten der Beteiligten, entsprechend der regionalen Gegebenheiten und Erfordernisse, die gesundheitliche Versorgung in größerer Eigenverantwortung zu steuern, ausgerichtet am jeweiligen Bedarf der Menschen vor Ort, enthält das Gesetz ein Bündel von Maßnahmen, zu dem finanzielle Anreize, erweiterte Optionen etwa bei Zweigpraxen und der Delegation ärztlicher Leistungen sowie gezielte Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf im ärztlichen Bereich gehören. Zur Förderung einer sektorenverbindenden Versorgung soll stufenweise mit der ambulanten spezialärztlichen Versorgung ein Korridor eröffnet werden, in dem sowohl Krankenhäuser als auch niedergelassene Fachärzte unter gleichen Voraussetzungen und Bedingungen wettbewerblich die medizinische Versorgung gestalten können. Daneben erhält der Gemeinsame Bundesausschuss weitere Befugnisse. Zudem werden die wettbewerblichen Spielräume der Krankenkassen vergrößert, damit Patienten künftig auf breiterer Basis Angebote nutzen können, die ihrem individuellen Bedarf entsprechen.

Schwerpunkte/Maßnahmen

- Zur Sicherstellung einer flächendeckenden bedarfsgerechten Versorgung soll die Bedarfsplanung insbesondere durch die Flexibilisierung der Planungsbereiche, der Berücksichtigung von Demografie bei der Anpassung der Verhältniszahlen und der Erweiterung der Möglichkeit zur Erteilung von Sonderbedarfszulassungen weiterentwickelt werden.
- Unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten sollen die Einwirkungsmöglichkeiten der Länder gestärkt werden, etwa durch Erhalt eines Mitberatungsrechts beim Gemeinsamen Bundesausschuss zu Fragen der Bedarfsplanung, der Einräumung eines Bestandsrechts beim Bedarfsplan, der von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbän-

- den der Krankenkassen und den Ersatzkassen aufgestellt wird, der Einräumung eines Mitberatungsrechts bei den Landesausschüssen und dem Recht zur Schaffung des sogenannten (neuen) gemeinsamen Landesgremiums.
- Um Überversorgung abzubauen, wird die bestehende Möglichkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen, in überversorgten Gebieten den freiwilligen Verzicht auf die Zulassung finanziell zu fördern, erweitert. Ferner wird den Kassenärztlichen Vereinigungen ermöglicht, bei der Ausschreibung von Vertragsarztsitzen zur Nachbesetzung in überversorgten Planungsbereichen ein Vorkaufsrecht auszuüben.
 - Die Steuerung des Niederlassungsverhaltens über Vergütungsanreize soll weiterentwickelt werden, z.B. soll die Abstufung aller Leistungen von Ärzten, die in strukturschwachen Gebieten tätig sind, entfallen; Preisschläge für Leistungen von besonders förderungswürdigen Leistungserbringern, die in strukturschwachen Gebieten tätig sind, werden optional möglich; die Einrichtung eines Strukturfonds bei entsprechendem Versorgungsbedarf durch die Kassenärztlichen Vereinigungen wird ermöglicht).
 - Bei lokalem Versorgungsbedarf sollen Krankenkassen und Ärzte, die in Rehabilitations- oder Pflegeeinrichtungen tätig sind, ermächtigt werden können. Der ärztliche Notdienst soll sektorenübergreifend organisiert werden können.
 - Die Rechtsgrundlagen für den Betrieb von Eigeneinrichtungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen werden verbessert (dort erbrachte Leistungen werden aus der Gesamtvergütung und nicht aus den Verwaltungskosten der Kassenärztlichen Vereinigung vergütet) und kommunalen Trägern wird in begründeten Ausnahmefällen, mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung, die Möglichkeit zum Betrieb von Eigeneinrichtungen eingeräumt.
 - Auch in nicht unterversorgten Regionen wird die Residenzpflicht aufgehoben, wobei die Notfallversorgung jedoch nicht gefährdet werden darf. Zudem sollen „mobile“ Versorgungskonzepte ausgebaut werden.
 - Die Nutzung von Delegationsmöglichkeiten von Leistungen zur Entlastung von Ärzten wird befördert.
 - Die Telemedizin soll ausgebaut werden. So wird der Bewertungsausschuss beauftragt festzulegen, in welchem Umfang ärztliche Leistungen des EBM ambulantelemedizinisch erbracht werden können.
 - Ferner soll die Vereinbarkeit von Familie und Beruf gestärkt werden, zum Beispiel über die Möglichkeit für Vertragsärztinnen, sich im zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung 12 (anstatt wie bisher 6) Monate vertreten zu lassen oder über die Möglichkeit für die Beschäftigung eines Entlastungsassistenten für die Erziehung von Kindern für bis zu 36 Monate sowie für die Pflege von Angehörigen für bis zu 6 Monate (mit der Möglichkeit der jeweiligen Verlängerung).
 - Um den Patienten schnellstens Innovationen zur Verfügung zu stellen, erhält der Gemeinsame Bundesausschuss ein neues Instrument für die Erprobung von nichtmedikamentösen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, deren Nutzen noch nicht mit hinreichender Evidenz belegt ist. Darüber hinaus sollen die Strukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses weiterentwickelt werden. So soll zum Beispiel die Neutralität seiner unparteiischen Mitglieder wesentlich gestärkt werden, indem sie zukünftig nicht mehr aus dem Kreis der Trägerorganisationen und ihrer Mitglieder kommen dürfen. Dem Bundestags-Gesundheitsausschuss wird ein Anhörungs- und Widerspruchsrecht betreffend die Besetzung dieser Positionen eingeräumt.
 - Die wettbewerblichen Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen werden gestärkt, etwa durch die Erweiterung der Angebotsmöglichkeiten für Satzungsleistungen oder der Möglichkeit

einer spezifischen Leistungsgestaltung durch Verträge mit Beschäftigtengruppen sowie mit Patientenorganisationen und Behindertengruppen in Form von Gruppentarifen.

- Weitere Maßnahmen des Gesetzes sind die Modifizierung der Zulassungsregelungen für Medizinische Versorgungszentren, De-regulierungen und Flexibilisierungen im Bereich der Richtgrößen und der Wirtschaftlichkeitsprüfungen (Prinzip „Beratung vor Regress“), die Verbesserung der Datengrundlage für die Versorgungsforschung und die Stärkung der ambulanten Rehabilitation.

Insgesamt werden mit dem Artikelgesetz allein 83 Paragraphen des SGB V geändert oder novelliert, neben Vorschriften aus dem SGB IV, SGB X, SGB XI, dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, dem Krankenhausentgeltgesetz sowie weiteren Vorschriften. Insgesamt besteht allein die „Grundversion“ des Gesetzes aus 181 Seiten (inklusive Gesetzesbegründung).

Einzelne Vorschriften

Nachfolgend werden einige Vorschriften näher erläutert, die für die Ärzteschaft von besonderer Bedeutung sind.

§ 28 Absatz 1 Satz 3 SGB V (neu)

Nach dieser Vorschrift legen die Partner der Bundesmantelverträge für die ambulante Versorgung beispielhaft fest, bei welchen Tätigkeiten Angehörige medizinischer Assistenzberufe ärztliche Leistungen erbringen können und welche Anforderungen an die Erbringung zu stellen sind, wobei der Bundesärztekammer Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist. Intendiert ist eine Stärkung der Delegation zur Verbesserung der Versorgung, zumal der steigende Versorgungsbedarf nach Auffassung des Gesetzgebers eine stärkere Einbeziehung nichtärztlicher Gesundheitsberufe nahelegt. Die zu erstellende Beschreibung delegationsfähiger Leistungen ist nicht abschließend, sondern hat den Cha-

rakter einer beispielhaften Aufzählung, die der Orientierung der Handelnden dienen soll. Mit der Gesetzesänderung soll zwar mehr Klarheit über die Grenzen und Anforderungen der Delegation geschaffen werden. Jedoch erscheint die Lösung einer „beispielhaften Festlegung“ auf Vertragsebene dazu als Widerspruch in sich. Auch wenn die Ärzteschaft die arztunterstützende oder arztentlastende Delegation von Tätigkeiten an entsprechend qualifiziertes Praxispersonal befürwortet, so entzieht sich dieses Thema doch angesichts der Vielzahl delegationsfähiger Leistungen, der Vielzahl unterschiedlicher Qualifikationen und der Vielzahl unterschiedlicher Konstellationen in der Praxis weitgehend einer verbindlichen und zugleich konsensfähigen Regulierung. Zudem besteht die Gefahr, dass durch die flächendeckende Festlegung delegierbarer/nicht delegierbarer, nur an bestimmte Personen oder nur unter bestimmten Voraussetzungen delegierbare Leistungen der Spielraum für im Einzelfall verantwortbare Entscheidungen in Arztpraxen und Krankenhäusern eingeengt wird. Ferner müsste in Anbetracht der dynamischen Fortschritte in der Medizin eine solche Liste regelmäßig aktualisiert werden. Die Bundesärztekammer hat – bei allen Bedenken – daher eine gleichberechtigte Beteiligung bei der Festlegung der delegierbaren Leistungen gefordert, um die Kompatibilität mit dem ärztlichen Berufsrecht zu gewährleisten.

Unberührt bleibt der Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss, in Richtlinien (sog. „Heilkundeübertragungsrichtlinie“) festzulegen, in welchen Fällen eine Übertragung von Heilkunde auf Angehörige der Pflegeberufe möglich ist (Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V). Diesbezüglich plädiert die Bundesärztekammer für eine Streichung dieser Vorschrift im Sinne der Patientensicherheit, der Versorgungsqualität und der Rechtssicherheit.

§ 73 Absatz 7 SGB V (neu)

Nach dieser Vorschrift ist es Vertragsärzten nicht gestattet, sich für die

Zuweisung von Versicherten ein Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile versprechen oder gewähren zu lassen. Besondere Bedeutung erlangt diese Vorschrift durch den Verweis auf die entsprechende Anwendung von § 128 Absatz 2 Satz SGB V. Danach sind unzulässige Zuwendungen auch die unentgeltliche oder verbilligte Überlassung von Geräten und Materialien und die Durchführung von Schulungsmaßnahmen, die Gestellung von Räumlichkeiten oder Personal oder die Beteiligung an den Kosten hierfür sowie Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen von Leistungserbringern, die Vertragsärzte durch ihr Verordnungs- oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen können. Die Neuregelung, die sich an den entsprechenden berufsrechtlichen Regelungen vor der Änderung des § 31 Absatz 1 MBO im Rahmen des diesjährigen Deutschen Ärztetages orientiert, will verhindern, dass Vertragsärzte das Zuwendungsverbot durch Beteiligung an Unternehmen von Leistungserbringern im Hilfsmittelbereich umgehen, wobei die aktuelle Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs berücksichtigt wird. Durch die Regelung wird es insbesondere ermöglicht, im Rahmen der Zulassung von Teil-Berufsausübungsgemeinschaften nach § 33 Ärzte-Zulassungsverordnung zu prüfen, ob diese nicht allein zu dem Zweck gegründet werden, unzulässige Zuweisungen gegen Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile zu verschleiern. Nicht erfasst werden gesetzlich zulässige Vereinbarungen mit Krankenkassen über finanzielle Anreize für die Mitwirkung an der Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven und die Verbesserung der Qualität der Versorgung bei der Erbringung vertragsärztlicher Leistungen.

Es bleibt abzuwarten, inwieweit diese Regelung einer verfassungsrechtlichen Überprüfung standhält, da pauschal jede wirtschaftliche Beteiligung des Arztes an den entsprechenden Unternehmen von Heil- und Hilfsmittelerbringern verboten wird.

§ 90a SGB V (neu)

Nach dieser Vorschrift kann, nach Maßgabe der landesrechtlichen Bestimmungen, für den Bereich des Landes ein gemeinsames Gremium aus Vertretern des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und der Landeskrankenhausesellschaft sowie weiteren Beteiligten gebildet werden. Das gemeinsame Landesgremium kann Empfehlungen zu sektorübergreifenden Versorgungsfragen abgeben.

Kritisch wird seitens der Ärzteschaft die Tatsache bewertet, dass eine mögliche Beteiligung der Ärztekammern in diesem wichtigen Gremium nur in der Gesetzesbegründung erwähnt wird, neben Patientenorganisationen, Landesbehörden und anderen Sozialleistungsträgern, soweit deren Belange berührt werden. Eine der wesentlichen Forderungen der Bundesärztekammer im laufenden Gesetzgebungsverfahren ist die zwingende Einbindung/Beteiligung der Ärztekammern in das neue Gremium, zumal auch Fragen im Zusammenhang mit der neuen ambulanten spezialärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V zu den Beratungsthemen des gemeinsamen Landesgremiums gehören. Die Ärztekammern verfügen, im Gegensatz zu anderen direkt beteiligten Institutionen, über eine Fülle sektorenübergreifender Expertisen. Hinzuweisen ist diesbezüglich unter anderem auf die Tatsache, dass die Ärztekammern das zentrale Bindeglied zwischen allen Ebenen der ärztlichen Versorgung sind, da sie als einzige Institution den Berufsweg der Ärzte lebenslang und sektorenübergreifend begleiten, dass sie sektorenübergreifend über die Definitionskompetenz der ärztlichen Weiterbildungsinhalte verfügen und hierüber maßgeblich das Versorgungsangebot mitsteuern und dass sie eine wichtige Rolle im Rahmen der Qualitätssicherung ärztlicher Leistungen einnehmen. Zudem können die Ärztekammern als marktneutrale, vom Wettbewerb zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten nicht betroffene und an Versorgungsverträgen nicht beteiligte Insti-

tutionen die Funktion einer „neutralen“ Stelle einnehmen.

§ 91 SGB V

Die geplanten Neuregelungen beim Gemeinsamen Bundesausschuss sehen zunächst, wie oben bereits erwähnt, veränderte Anforderungen an die Neutralität der unparteiischen Mitglieder vor, die zu einer Schwächung der Selbstverwaltung und der Verschmelzung der unabhängigen Selbstverwaltung mit der Exekutive führen. Darüber hinaus erfolgen weitere Aufgabenzuweisungen an den Gemeinsamen Bundesausschuss, so zum Beispiel die Befugnis, das Nähere zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V neu in einer Richtlinie zu regeln sowie die Einräumung der Möglichkeit, Methoden mit noch nicht belegtem Nutzen, aber dem „Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative“ erproben zu lassen und seine Bewertung auf diese Weise auszusetzen. Bislang ist auch

der Forderung der Bundesärztekammer, zum Ausgleich der faktischen Disparität zugunsten der Krankenkassen-Bank im Gemeinsamen Bundesausschuss, welche die Entscheidungsfindung dominiert, die einheitlich durch den GKV-Spitzenverband repräsentiert wird, ihr eine stimmberichtigte Mitgliedschaft einzuräumen, noch nicht genüge getan worden.

§ 116b SGB V

Die wohl derzeit umstrittenste Neuregelung findet sich in § 116b SGB V, mit dem ein sektorenverbindender Versorgungsbereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung, zwischen der wohnortnahen fachärztlichen und der stationären Versorgung, eingeführt werden soll. Nach dem Motto „Wer kann, der darf“ soll dieser Versorgungsbereich außerhalb der Bedarfsplanung und des Budgets praktiziert werden, so dass die Gefahr des Entstehens eines vollkommen ungesteuerten Leistungs-

segmentes besteht und ein Wettbewerbswildwuchs zu befürchten ist, nicht zuletzt deshalb, weil nicht hinreichend klargestellt ist, welche Erkrankungen dem Bereich zuzuordnen sind. Es werden erhebliche rechtliche Bedenken seitens der Ärzteschaft geäußert, da laut Gesetzesbegründung besondere medizinische Kenntnisse und Erfahrungen erforderlich sind, die deutlich über allgemeine Facharztqualifikationen hinausgehen. Die fachliche Qualifikation von Ärzten wird durch die ärztliche Weiterbildungsordnung in Form von Gebieten, Schwerpunkten und Zusatz-Weiterbildungen verbindlich geregelt, unabhängig von einer Tätigkeit im ambulanten oder stationären Bereich und unabhängig von einer vertragsärztlichen oder rein privatärztlichen Tätigkeit. Diese Regelung stellt daher einen Eingriff in das ärztliche Berufs- und Weiterbildungsrecht dar.

Daneben hat der Gemeinsame Bundesausschuss Regelungen zur Strukturqualität, zu organisatorischen, baulichen, apparativ-technischen und hygienischen Anforderungen, Anforderungen an das interdisziplinäre Team, einschließlich Notfallsituationen und besondere Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Richtlinie zu treffen. Dabei handelt es sich um einen nur schwer abgrenzbaren Regelungsbereich, der unausweichlich zu Doppel- oder konkurrierenden Regelungen führen wird, zum Beispiel im Bereich der Hygiene; man denke nur an das neue Infektionsschutzgesetz. Auch ist mit einer Zunahme der Bürokratie zu rechnen. Während die Bundesärztekammer dafür plädiert, diesen Bereich einer Vertragslösung der Selbstverwaltungspartner zu überlassen, da er dann zielgerichteter und effizienter gestaltet werden könne (in Form von vierseitigen Verträgen zwischen der Bundesärztekammer – als neuer Vertragspartner –, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem GKV Spitzenverband), sprechen sich die Bundesländer für die Regelung in einem eigenen Gesetz aus. (Anmerkung: kurz vor Redaktionsschluss haben sich Bund und Länder auf

„Eckpunkte zu § 116b SGB V“ geeinigt. Danach muss die wesentliche Ausgestaltung des neuen ambulanten spezialärztlichen Versorgungsbereichs im Gesetz geregelt werden. Es soll klargestellt werden, dass zu diesem Bereich ausschließlich komplexe, schwer therapierbare Erkrankungen gehören, die ein hochspezialisiertes Wissen für Diagnostik und Behandlung, interdisziplinäre Kooperation und besondere Ausstattungen erfordern. Bei Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen ist zur Verzahnung und Mengenbegrenzung ein vertragsärztlicher Überweisungsvorbehalt gesetzlich vorzusehen (Ausnahme: direkte Zuweisung vom stationären in den ASV-Bereich). Die Vergütung der § 116b-Leistungen sollte für alle Leistungserbringer einheitlich gestaltet sein. Die Länder empfehlen, die Abrechnung ausschließlich über die Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgen zu lassen, insbesondere aus Gründen der Wirtschaftlichkeit und der Evaluation.)

Schlussbetrachtung

Ist der Regierungskoalition mit dem GKV-VStG der große Wurf gelungen? Diese Frage lässt sich nur schwer beantworten. Von „vernünftiger Ansatz“ (Bundesärztekammer) über „Sammelsurium an Einzelmaßnahmen, dem es an Mut und Kreativität fehlt“ (Bundesländer) und einem „prinzipiell positiv“ (Kassenkassen) bis zur Aussage „Ärztbeglückungsgesetz“ (Opposition) ist die gesamte Bandbreite von Bewertungen vertreten. Nun lehrt die Erfahrung, dass besonders heftige Kritik (aus Oppositionsreihen) ein Zeichen für grundsätzlich gute Lösungen und Lösungsansätze ist. Hier wird aber die Zukunft erst weisen, wie gut die gesetzlichen Maßnahmen wirklich sind.

Fakt ist, dass nach 15 „großen“ GKV-Reformen (seit 1977), allesamt mit dem Ziel einer Kostendämpfung, erstmalig ein anderer Weg beschritten wird nach dem Motto „Anreize statt Zwang“. Fakt ist aber auch, dass kein einziger Satz im Gesetz eine unmittelbare Wirkung auf die medizinische Versorgung als solche hat!

Derzeit werden beinahe im Tagesrhythmus neue Änderungsvorschläge zur Diskussion gestellt, wobei insbesondere die Bundesländer mit dem Umfang ihrer Beteiligung noch immer nicht zufrieden sind. Es erscheint daher nicht ausgeschlossen, dass der Bundesrat in seiner entscheidenden Sitzung am 16. Dezember 2011 den Vermittlungsausschuss anrufen wird, so dass ein Inkrafttreten des GKV-VStG zum 1. Januar 2012 Wunschtraum des Gesundheitsministers bliebe.

Für die Ärzteschaft positiv ist die Tatsache, dass zahlreiche ihrer Forderungen berücksichtigt worden sind. Auch zeigt das Gesetz den Willen der Bundesregierung, den nun erstmalig konstatierten Ärztemangel zu bekämpfen. Allerdings sind wichtige Anliegen der Ärzteschaft, etwa ein Sitz- und Stimmrecht im Gemeinsamen Bundesausschuss für die Bundesärztekammer oder aber die gesetzliche Einbindung der Ärztekammern in das neu einzurichtende gemeinsame Landesgremium bislang (noch) nicht umgesetzt worden. Kritisch gesehen werden muss der Umstand, dass dem Gemeinsamen Bundesausschuss mit der Novellierung noch mehr Befugnisse eingeräumt werden. Die zunehmende Bündelung von Aufgaben und Zuständigkeiten beim Gemeinsamen Bundesausschuss konterkariert aber die eigentliche Absicht des Gesetzgebers, nämlich die der stärkeren Regionalisierung. Mit Sorge zu betrachten ist der Umgang des Gesetzgebers mit dem Thema Erbringung ärztlicher Leistungen durch Angehörige medizinischer Assistenzberufe. Auch bei Befürwortung einer arztentlastenden bzw. -unterstützenden Delegation von bestimmten Tätigkeiten an entsprechend qualifiziertes Praxispersonal muss auch künftig der Grundsatz „Delegation statt Substitution“ gelten. So bleibt abzuwarten, welche Wirkungen das GKV-VStG (und die in seinem Windschatten geplanten weiteren Gesetzesvorhaben) im Hinblick auf die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung entfalten werden.



Versorgungsstrukturgesetz

Positionen des Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen

Die Mitglieder des Sächsischen **Bündnis** Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen haben sich sehr intensiv mit dem Entwurf des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) auseinandergesetzt und Stellungnahmen dazu erarbeitet.

Das Bündnis und insbesondere die **Sächsische Landesärztekammer** (SLÄK) schließen sich der Position der Bundesärztekammer an. Die mit dem Gesetz beabsichtigten Ziele, wie die Sicherstellung einer flächendeckenden, bedarfsgerechten und wohnortnahen medizinischen Versorgung, die Verbesserung der Verzahnung der Leistungsbereiche sowie die Sicherstellung eines schnellen Zugangs zu Innovationen, werden von der Bundesärztekammer grundsätzlich begrüßt.

Die **sächsischen Zahnärzte** hatten sich vom GKV-VStG versprochen, dass die im Referentenentwurf geplante Strukturreform umgesetzt würde. Dies hätte den Wegfall der strikten Budgetierung und Ausrichtung der vertragszahnärztlichen Versorgung am tatsächlichen Behandlungsbedarf beinhaltet. Des Weiteren sollte das Morbiditätsrisiko wieder auf die Kassen übergehen. Dies wurde im GKV-VStG nicht umgesetzt, sondern es wird weiterhin eine Obergrenze für die Gesamtvergütung festgelegt und die KZV überprüft die Einhaltung der Obergrenze ebendieser. Die sächsischen Zahnärzte fordern daher die Aufnahme der oben genannten Strukturreformansätze in das GKV-VStG und eine Angleichung der Vergütung zwischen neuen und alten Bundesländern.

Die **Kassenärztliche Vereinigung Sachsen** (KVS) sieht als wichtigste

Forderung im Rahmen des GKV-VStG die Angleichung der Gesamtvergütungsbasis an den Behandlungsbedarf im Rahmen einer Konvergenzphase, wobei die notwendigen Mittel dafür von den Krankenkassen aufgebracht werden sollen.

Die KV befürchtet, dass die im GKV-VStG festgelegte Regionalisierung der Honorarverteilung und der Wegfall der einheitlichen Vorgaben zur Ermittlung der Gesamtvergütung dazu führen, dass die Wirtschaftskraft der Länder Verhandlungen zukünftig dominieren wird. Positiv ist allerdings, dass die KVen in Zukunft wieder allein über die Honorarverteilung entscheiden. Die KVS unterstützt außerdem die kleinräumige Versorgungssitzplanung und die Flexibilisierung der Bedarfsplanung. Außerdem lehnt die KV die Schaffung eines eigenständigen Versorgungsbereiches der spezialärztlichen Versorgung unter den gegebenen Rahmenbedingungen ab.

Der **NAV-Virchow-Bund** heißt es gut, dass im GKV-VStG der Ärztemangel und die Gefährdung der flächendeckenden Versorgung anerkannt werden und dem entgegen wirkende Anreize geschaffen werden. Des Weiteren werden die Regelungen bezüglich der Medizinischen Versorgungszentren (MVZs) – Art des Anstellungsverhältnisses in MVZs, Öffnung für Ärztenetze oder Verbände als Betreiber – vom NAV-Virchow-Bund begrüßt. Ein anerkannter Punkt ist für den Bund auch die wieder zunehmende Regionalisierung der Honorarvergütung und die strikte Trennung allgemein- und fachärztlicher Honorartöpfe. Allerdings wird vom Bund gefordert, dass Vergütungsregeln klar und transparent sind und dass Möglichkeiten zur Kostenerstattung erweitert werden.

Die **Krankenhausgesellschaft Sachsen** (KHG) bemängelt am GKV-VStG, dass im Bereich der onkologisch ambulanten Leistungen die Behandlungsmöglichkeiten für Krebspatienten eingeschränkt werden. Außerdem fordert die KHG die Streichung des Vergütungsabschlags, der bei ambulanten spezialärztlichen Leistungen zu Lasten der Kranken-

häuser geht. Nach Auffassung der KHG werden durch die Neuerungen im Bereich der MVZs ebensolche MVZs benachteiligt, die sich in Krankenhausträgerschaft befinden, da so Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft eine Gründung von MVZs, durch die dafür vorgegebene Rechtsform der GmbH oder Personengesellschaft, überwiegend verwehrt ist. Bezüglich der im GKV-VStG festgelegten Regelungen zum Notdienst fordert die KHG eine gleichberechtigte Einbindung der Krankenhäuser in die ambulante Notfallversorgung (Vergütung und Abrechnung).

Begrüßt wird durch die KHG die Bildung eines gemeinsamen Gremiums zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen. Bemängelt wird die Neuregelung des Entlassungsmanagements nach Krankenhausaufenthalt, da Nachsorgemöglichkeiten oft nicht in erforderlichem Maß zur Verfügung stehen und die Gesetzesänderung diese Probleme nicht löst. Über den Gesetzesentwurf hinausgehend fordert die KHG eine Klarstellung zur Aufwandspauschale, die Aufnahme der Gesetzgebungsvorschläge des DKG-Fachausschusses „Recht und Verträge“ in das GKV-VStG und die Aufhebung der GKV-FinG-Kürzungen im Jahr 2012 sowie im Jahr 2013 eine rechtsfeste Ablösung der Grundlohnrate durch den Orientierungswert. Die KHG unterstützt die Gesetzgebungsinitiative des Freistaates Sachsen zu Geriatrischen Institutsambulanzen

Die **Sächsische Landesapothekerkammer** und der **Sächsische Apothekerverband** bemängeln, dass Aspekte einer strukturellen Verbesserung der Arzneimittelversorgung im Kabinettsentwurf keine Berücksichtigung gefunden haben. Die Apothekerschaft erbittet die Unterstützung der Staatsregierung für einen zu erwartenden Änderungsantrag, welcher die Erprobung und spätere flächendeckende Einführung des zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der ABDA-Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände vereinbarten, gemeinsam von Ärzten und Apothekern entwickelten Versorgungskonzeptes („ABDA-KBV-Modell“) zum Ziel hat.

Der **Verband medizinischer Fachberufe e.V.** fordert insbesondere die Einbeziehung der Fach- und Sachkompetenz des Verbandes als berufsständige Vertretung. Neben der Kompatibilität mit dem ärztlichen Berufsrecht müssen auch die bereits vorhandenen Kompetenzen von Medizinischen Fachangestellten (MFA) durch die grundständige Ausbildung sowie die durch die BÄK entwickelten curricularen Weiterqualifizierungen berücksichtigt werden. Der Verband betont, dass die stärkere Einbeziehung von Gesundheitsfachberufen kein Mittel gegen den Ärztemangel ist. Vielmehr bietet das Arbeiten im therapeutischen Team

die Möglichkeit einer guten und individuellen medizinischen Versorgung und eine effiziente Ressourcennutzung. Das kann die Arbeitszufriedenheit der Akteure verbessern. Es geht nicht um die Profilierung einzelner Gesundheitsberufe! Dem Handeln der verschiedenen Akteure muss eine patientenorientierte Sichtweise zugrunde liegen. Über eine multi- und interdisziplinäre Zusammenarbeit müssen sie zu einer weitgehenden Vernetzung und einer bedarfsgerechten Ausrichtung der bestehenden Versorgungsangebote beitragen. Es geht also nicht um pflegerische Maßnahmen durch den Pflegedienst auf der einen Seite und

medizinische Behandlung durch das Praxisteam auf der anderen, sondern um die Wahrnehmung des Patienten in seiner individuellen Situation und das Aufzeigen begleitender Maßnahmen zur Neudefinition von Lebensqualität im Krankheitsprozess und zur Neugestaltung des Lebensumfeldes und Lebensplans. Dafür müssen perspektivisch finanzielle Mittel für zum Beispiel multiprofessionelle Teambesprechungen im ambulanten Versorgungsbereich zur Verfügung gestellt werden.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud
Vorstandsmitglied

Sächsischer Krankenhaustag 2011

Gesundheitsversorgung, Ärztemangel und Demografie

Der Vorstandsvorsitzende der Krankenhausgesellschaft Sachsen, Herr Dieter Blaßkiewitz, wies zur Eröffnung des Sächsischen Krankenhaustages am 17.10.2011 in Dresden auf die erfolgreiche und flächendeckende Neugestaltung der Krankenhauslandschaft in den vergangenen zwei Jahrzehnten hin und ergänzte: „Zugleich haben sich die Krankenhäuser für die ambulante und spezialärztliche Versorgung der Bevölkerung geöffnet und bilden somit komplexe Versorgungseinrichtungen mit spezifischen Aufgaben in urbanen und ländlichen Strukturen.“ Auf den Mangel an Fachkräften in deutschen Krankenhäusern wies der Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Dr. rer. pol. Rudolf Kösters, hin. Schon heute seien bundesweit 5.500 Arztstellen unbe-

setzt, im Jahr 2019 würden sogar 37.000 Ärzte fehlen. Vor allem in den Bereichen Psychiatrie, Innere Medizin und Chirurgie sowie in der Krankenhaushygiene fehle es schon heute an Fachpersonal. Die Situation werde sich weiter verschärfen, da auch die Zahl der Klinikpatienten in den nächsten Jahrzehnten „nach sehr vorsichtiger Schätzung“ um 8 Prozent zunehme. Sachsen könne dem entgegenwirken, wenn die Universitäten in Dresden und Leipzig mehr Medizinstudenten ausbildeten als bisher.

Nicht nur für die Krankenhäuser sondern auch für Pflegeeinrichtungen stellt der demografische Wandel in Sachsen eine besondere Herausforderung dar. Dies betonte Erik Bodendieck, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer, in seinem Vortrag „Demografie und Morbidität – Auswirkungen auf Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlung“. Auch die medizinischen Heil- und Hilfsberufe müssten sich zukünftig der veränderten Inanspruchnahme von Leis-

tungen und den größer werdenden pflegerischen Maßnahmen in dünn besiedelten Regionen annehmen. Die unterschiedlichen regionalen Entwicklungen erfordern aus Sicht der sächsischen Krankenhäuser auch eine flexible Anwendung der bestehenden Regelungen, aber vor allem neue Lösungen, zum Beispiel sektorenübergreifende Kooperationen zwischen Arztpraxen und Krankenhäusern. Blaßkiewitz betonte, dass dabei nicht die Schließung oder der Rückbau von Standorten oder Kapazitäten im Vordergrund stehe, sondern deren versorgungswirksame Umwidmung für eine Reorganisation der Krankenhäuser im Freistaat Sachsen.

Über 200 Vertreter aus Politik, Landesorganisationen, Krankenkassen und Krankenhäusern folgten der Einladung der Krankenhausgesellschaft Sachsen zum diesjährigen „Sächsischen Krankenhaustag“ nach Dresden.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Studentenrallye Medizin 2011

Bereits zum dritten Mal beteiligten sich das Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ und die Sächsische Landesärztekammer an der Studentenrallye für die Erstsemestler der Medizinischen Fakultät der TU Dresden. Bei der Veranstaltung, die am 6. Oktober 2011 rund 200 junge Leute ins Kammergebäude führte, hatten die Medizinstudenten die Gelegenheit, die wichtigsten Dresdener Orte und Institutionen kennenzulernen, die für ihr Studium und den angestrebten Beruf wichtig sind.

Die Rallye, die nach dem Vorbild einer Schnitzeljagd die einzelnen Etappen verbindet, hielt an der Station der Sächsischen Landesärztekammer eine medizinische Aufgabe

für die künftigen Ärztinnen und Ärzte bereit. Beim Blutdruckmessen mussten die Erstsemestler ihre Vorkenntnisse unter Beweis stellen. Die Sächsische Landesärztekammer nutzte die Gelegenheit, sich vorzustellen und über das bereits für Studenten relevante Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ zu informieren. Im Gespräch über Förderungen im Studium und Unterstützungsmöglichkeiten der sächsischen Krankenhäuser bei Praktika und Famulatur war auch Interessantes über die Beweggründe der Studenten zur Wahl des Studiengangs und -ortes zu erfahren.

Für Tobias Neidel aus Zwickau zum Beispiel war das Studium der Humanmedizin schon durch die Tätigkeit der Eltern und seine Ausbildung zum Rettungshelfer vorgezeichnet. Dresden als Studienort wählte er aufgrund der angebote-



Medizinstudierende informieren sich über die Aufgaben der Sächsischen Landesärztekammer



Medizinstudenten beim Blutdruckmessen



Für kreative Einlagen gab es Extrapunkte

nen DIPOL-Kurse, die ein „Integratives Problem-, Praxis- und Patientenorientiertes Lernen“ ermöglichen sollen. Dieser Punkt war auch für den gebürtigen Bayern Luis Krieger ein ausschlaggebender Grund für Dresden. Doch nicht nur die Voraussetzungen der Fakultät sondern die Stadt als „schönes Gesamtpaket“ lockten ihn an die Elbe. Übrigens eine Einschätzung, die bei der Mehrzahl der Studenten die Entscheidung mitbestimmte.

Das Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ steht als Ansprechpartner nicht nur für Studenten zur Verfügung. Bei dem am 27. September 2011 in Belgern durchgeführten Bürgermeisterseminar informierte das Netzwerk die Vertreter der Kommunen Nord-sachsens zu möglichen Maßnahmen gegen den Ärztemangel. Auch für Schüler bietet „Ärzte für Sachsen“ wichtige Informationen. So konnten am 10. und 11. Oktober 2011 interessierte Schüler der Gymnasien in Olbernhau und Bischofswerda mehr über den Arztberuf, das Medizinstudium und die besonderen Auswahlverfahren der sächsischen Universitäten erfahren.

Martin Kandzia B.A.
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit



Evaluation der Weiterbildung in Deutschland

Online-Befragung 2011

Ein Projekt der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern

Online-Befragung zur Weiterbildung zum Facharzt erfolgreich abgeschlossen

Im Rahmen der Online-Umfrage haben bundesweit 29.799 Ärztinnen und Ärzte ab 1. Juni 2011 Auskunft über die Situation der Weiterbildung in Deutschland gegeben. Das Webportal des von der Bundesärztekammer und den Landesärztekammern getragenen Evaluations-Projekts wurde am 30. September 2011 geschlossen.

An der Befragung haben bundesweit 9.276 von 17.391 Weiterbildungsbefugten teilgenommen und dies ergibt eine Beteiligungsquote von 53,3 Prozent. Im gesamten Bundesgebiet bewerteten 20.518 von 53.240 Ärzten in Weiterbildung (WBA) online ihre Weiterbildungsstätte. Somit liegt die Beteiligungsquote der WBA in Deutschland bei 38,5 Prozent.

Herzlichen Dank an alle Weiterbildungsbefugten und weiterzu-

bildenden Ärztinnen und Ärzte, die sich an der Befragung beteiligt haben.

Die Online-Befragung wurde einerseits durchgeführt, um die Qualität der Weiterbildung zum Facharzt zu sichern und kontinuierlich zu verbessern, andererseits um dem zunehmenden Ärztemangel in der Patientenversorgung entgegenzuwirken und den ärztlichen Nachwuchs zu motivieren, nicht in andere Berufsfelder zu wechseln oder ins Ausland abzuwandern.

Befragung der Weiterbildungsbefugten (WBB) in Sachsen

Die 1.969 Weiterbildungsbefugten erhielten Anfang Juni 2011 ihre Zugangsdaten. 638 WBB füllten den Fragebogen online aus (**Rücklaufquote in Sachsen 68,8 Prozent**). 1.041 WBB teilten mit, dass derzeit bei ihnen derzeit kein Arzt in Weiterbildung tätig ist. Die **Teilnehmerquote** liegt damit insgesamt im **Freistaat Sachsen bei 85,3 Prozent**.

Befragung der Weiterzubildenden (WBA) in Sachsen

2.673 weiterzubildende Ärzte wurden durch die Weiterbildungsbefugten und die Sächsische Landesärztekammer registriert. Diese erhielten postalisch ihre Zugangsdaten zur Online-Befragung durch die Sächsische Landesärztekammer. Die **Rücklaufquote der WBA** in Sachsen beträgt **59,1 Prozent**, das heißt es

haben 1.579 von 2.673 WBA ihren Fragebogen ausgefüllt und damit ihre Weiterbildungsstätte bewertet. Das ist bundesweit die höchste Rücklaufquote.

Auswertung und Ergebnisse

Die Auswertung der Online-Befragung wird zurzeit von der Eidgenössischen Technischen Hochschule Zürich durchgeführt. Auf Bundes- und Landesebene werden die Ergebnisse fachgruppenbezogen in Form von Mittelwerten dargestellt. Die voraussichtlich **Ende 2011** vorliegenden Auswertungen sollen objektive Vergleichsmöglichkeiten schaffen und Transparenz über die Weiterbildungssituation herstellen. Die Weiterbildungsbefugten werden über die Verfügbarkeit der Ergebnisse schriftlich informiert und haben die Möglichkeit der Veröffentlichung der Ergebnisse zu widersprechen.

Ansprechpartner der Sächsischen Landesärztekammer:

Hotline: 0351 8267-335 (Frau Peggy Thomas), E-Mail: evaluation@slaek.de

Weitere und aktuelle Informationen zur „Evaluation der Weiterbildung“ erhalten Sie unter <http://www.slaek.de> → **Weiterbildung** → **Evaluation**

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

Konzerte und Ausstellungen

Sächsische Landesärztekammer Konzerte Festsaal

Sonntag, 4. Dezember 2011
11.00 Uhr – Junge Matinee
Nikolausmelodien – ein musikalisches
Naschwerk der besonderen Art
Schülerinnen und Schüler des
Heinrich-Schütz-Konservatoriums
Dresden e.V.

Sonntag, 8. Januar 2012
11.00 Uhr – Junge Matinee
Klavierkonzert
Werke von W. A. Mozart und
R. Schumann
Youngsil Kim –
Klasse Prof. Gunther Anger
Hochschule für Musik Carl Maria von
Weber Dresden

Ausstellung – Foyer und 4. Etage
Foyer und 4. Etage
Ulrich Eisenfeld

Stationen – Arbeiten aus vier
Jahrzehnten
14. September 2011 bis
13. November 2011

Gudrun Trendafilov
Vom Finden – Malerei und Zeichnung
17. November 2011 bis
15. Januar 2012
Vernissage: Donnerstag,
17. November 2011, 19.30 Uhr
Einführung: Karin Weber,
Kunstwissenschaftlerin und Kuratorin,
Dresden

Film „Ärzte für Sachsen“

Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ wirbt mit Informationsfilm um Mediziner

Das Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ ging Mitte Oktober 2011 mit einem neuen Projekt online. Ein im Sommer produzierter Film stellt die Vorteile der ärztlichen Tätigkeit in den ländlichen Regionen Sachsens vor. Zudem werden die Chancen und die besondere Lebensqualität in den ländlichen Gebieten unterstrichen. Ergänzt wird der Film mit Fördermaßnahmen für Mediziner in Sachsen.

Das Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ geht damit beim Thema Ärztemangel einen Schritt weiter. Mit der Umsetzung des Filmprojekts wird durch authentische Akteure deutlich gemacht, dass eine ärztliche Tätigkeit auf dem Land erfüllend ist und Perspektiven bietet. So werden neben finanziellen Aspekten, wie der Förderung von Praxisaus- und -umbau in ländlichen Gemeinden, auch die persönlichen und emotionalen Seiten einer solchen Tätigkeit



Filmausschnitt

beleuchtet. Dafür war das Filmteam einen ganzen Tag in Sachsen unterwegs. Für die Darstellung der Sichtweise junger Assistenzärzte in einem modernen Krankenhaus außerhalb der Universitätskliniken konnte das Krankenhaus Bautzen gewonnen werden. Hier gewährte man authentische Einblicke in den Klinikalltag und in routinierte Operationsabläufe. Um einen Eindruck von der Arbeit der niedergelassenen Ärzte zu erhalten, konnte in einer Praxis in Großpostwitz sowie in der Oberlausitz gedreht werden.

Die Umsetzung des Filmprojektes entstand mit finanzieller Unterstützung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz und der Partner der Lenkungsgruppe „Ärzte für Sachsen“.

Den Film „Ärzte für Sachsen“ finden Sie im Internet unter www.slaek.de, auf YouTube und Flickr sowie auf den Facebook-Seiten der Sächsischen Landesärztekammer und „Ärzte für Sachsen“.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Hygienekongress 2011 in Dresden

Fortbildungs- und Informationsforen zum Thema Hygiene am 2. und 3. Dezember 2011 in Dresden

Die Ärztekammern der Länder Sachsen, Thüringen, Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern führen gemeinsam mit der Krankenhausgesellschaft Sachsen und der Landeskrankenhausesellschaft Brandenburg am 2. und 3. Dezember 2011 in Dresden einen Hygienekongress durch. Der zweitägige Kongress findet im Deutschen Hygiene-Museum statt. Im Mittelpunkt des ersten Kongresstages, dem 2. Dezember 2011, steht das berufs- und gesundheitspolitische Forum. Hier soll es um die Aspekte der praktischen Umsetzung

der verabschiedeten gesetzlichen Regelungen und nach den Zuständigkeiten im Bereich Hygiene auf Bundes- und Landesebene gehen. In einer Podiumsdiskussion stehen Vertreter aus Politik und Experten für Fragen zu aktuellen Schwerpunkten zur Hygiene in der medizinischen Versorgung zur Verfügung. Am 3. Dezember 2011 finden mehrere Foren und Kolloquien parallel statt: Forum Krankenhaushygiene, Forum Öffentlicher Gesundheitsdienst – Überwachung medizinischer Einrichtungen, Forum Aktuelle Aspekte der Kommunalhygiene in Schulen und Kindertagesstätten, Kolloquium HIV/AIDS – Rückblick und gegenwärtige Situation sowie ein Patientenforum. Der Kongress richtet sich an alle Ärzte aus dem stationären und niedergelassenen Bereich, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und anderer

Aufgabenkreise sowie Hygieneexperten und Hygienefachkräfte. Auch Pflegekräfte, Interessierte aus anderen Heilberufen, wie zum Beispiel Zahnärzte, Apotheker oder Tierärzte, sind eingeladen. Gern begrüßen wir Vertreter aus Gesundheitsbehörden, Krankenkassen, der Gesundheitspolitik und Patienten. Der Kongress ist mit insgesamt 14 Fortbildungspunkten für Ärzte anerkannt.

Die Details bezüglich des Programms, Kosten und Anmeldemodalitäten sind der Fortbildungsbeilage in diesem Heft zu entnehmen. Für weitere Informationen stehen wir Ihnen unter der E-Mail hygienekongress@slaek.de gern zur Verfügung.

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

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden gemäß § 103 Abs. 4 SGB V in Gebieten, für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind bzw. für Arztgruppen, bei welchen mit Bezug auf die aktuelle Bekanntmachung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen entsprechend der Zahlenangabe Neuzulassungen sowie Praxisübergabeverfahren nach Maßgabe des § 103 Abs. 4 SGB V möglich sind, auf Antrag folgende Vertragsarztsitze der Planungsbereiche zur Übernahme durch einen Nachfolger ausgeschrieben:

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

*) Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Allgemeinmedizin können sich auch Fachärzte für Innere Medizin bewerben, wenn sie als Hausarzt tätig sein wollen.

Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Innere Medizin (Hausärztlicher Versorgungsbereich) können sich auch Fachärzte für Allgemeinmedizin bewerben.

Bitte geben Sie bei der Bewerbung die betreffende Registrierungs-Nummer (Reg.-Nr.) an.

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

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 11/C047

Facharzt für Augenheilkunde (Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 11/C048

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.11.2011

Zwickauer Land

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 11/C049

Aue-Schwarzenberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 11/C050

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.11.2011

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 11/C051

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.11.2011

Mittweida

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 11/C052

Psychologischer Psychotherapeut / Tiefenpsychologie

(Abgabe des Vertragsarztsitzes zur Hälfte)

Reg.-Nr. 11/C053

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.11.2011

Psychologischer Psychotherapeut / Tiefenpsychologie

(Abgabe des Vertragsarztsitzes zur Hälfte)

Reg.-Nr. 11/C054

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.11.2011

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich*)

Reg.-Nr. 11/C055

Chemnitzer Land

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

(Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 11/C056

Mittlerer Erzgebirgskreis

Facharzt für Orthopädie

Reg.-Nr. 11/C057

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.11.2011

Zwickau Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 11/C058

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.11.2011

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 12.12.2011 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Telefon-Nr. 0371 2789-406 oder -403 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Dresden-Stadt

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 11/D056

Psychologischer Psychotherapeut

Reg.-Nr. 11/D057

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.11.2011

Psychologischer Psychotherapeut

(Abgabe des Vertragsarztsitzes zur Hälfte)

Reg.-Nr. 11/D058

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.11.2011

Görlitz-Stadt/Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 11/D059

Psychotherapeutisch tätiger Arzt

Reg.-Nr. 11/D060

Hoyerswerda-Stadt/Kamenz

Psychologischer Psychotherapeut

Reg.-Nr. 11/D061

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.11.2011

Meißen

Facharzt für Orthopädie

Reg.-Nr. 11/D062

Sächsische Schweiz

Facharzt für Orthopädie

(Abgabe des Vertragsarztsitzes zur Hälfte)

Reg.-Nr. 11/D063

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.11.2011

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 12.12.2011 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Telefon-Nr 0351 8828-310 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Leipzig-Stadt

Facharzt für Anästhesiologie

Reg.-Nr. 11/L053

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

(Teil einer Berufsausübungsgemeinschaft)

Reg.-Nr. 11/L054

Muldentalkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 11/L055

Delitzsch

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 11/L056

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 12.12.2011 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Telefon-Nr. 0341 24 32-153 oder -154 zu richten.

„Alles kommt vom Bergwerk her ...“

Auf den Spuren von Berufskrankheiten im Erzgebirge vor 450 Jahren

Obwohl der Schneeberger Lungenkrebs sowie der Feuerstar erst 1925 als Berufskrankheiten anerkannt wurden, besitzen beide im Erzgebirge eine fast 500-jährige Krankheitsgeschichte. Hinzu kommt auch noch die Intoxikation mit Quecksilber. Bereits 1537 befasste sich Bombastus Paracelsus von Hohenheim (Abb. 1) mit Abhandlungen über die Bergsucht und versuchte auf ihre Pathogenese, ihr klinisches Bild und ihre Therapie aus damaliger Sicht eine Antwort zu finden.

Vor mehr als 500 Jahren, etwa um 1470, begann im Westerzgebirge im Raum Schneeberg der Silberbergbau, wenig später auch in Nordböhmen im Raum Joachimsthal. Um 1500 wurde der Bergbau im Schneeberger Revier bereits in großen Tiefen, damals bis 400 m, betrieben. Wie in anderen Montanrevieren erkrankten die Schneeberger Bergleute sehr häufig an chronischen Lungenerkrankungen. Im Laufe von Jahrhunderten zeichnete sich jedoch ein Krankheitsbild ab, welches sich von den Atemwegserkrankungen in anderen Bergbaurevieren durch eine ungewöhn-

lich hohe Mortalität unterschied, die sich bereits in relativ jungen Jahren manifestierte (3, 14). Diese im Bergbau auftretende Lungenerkrankung bürgerte sich ab dem 16. Jahrhundert mit der Bezeichnung „Bergkrankheit“ oder „Bergsucht“ ein und war offenbar durch spezifische Arbeitsbedingungen in den Schneeberger Schächten bedingt und somit lokal begrenzt. Die davon betroffenen Bergleute (Abb. 2) wurden als „bergfertig“ oder „bergsüchtig“ genannt (13). Durch die Intensivierung des Bergbaus in diesem Gebiet im 17. und 18. Jahrhundert nahm die Krankheit noch zu. Seit dem 19. Jahrhundert wurde sie als Schneeberger Lungenkrebs bezeichnet. Es soll im Mittelpunkt des Beitrages stehen, dass erste Hinweise auf diese seltsame Krankheit von Theophrastus Bombastus von Hohenheim, genannt Paracelsus (1493 bis 1541), stammen. Anlässlich seines 500. Geburtstages 1993 wurden seine Leistungen als Arzt geehrt. Er wird als Vater der Pharmakologie bezeichnet und führte unter anderem Metallverbindungen in die Pharmakologie ein. Der Arzt war für Paracelsus eine Art Magier, der die Astralkräfte zum Heilen befehlen konnte. So wurden Okkultismus und Sternedeutung zu wichtigen Aspekten seines Lehrgebäudes. Bei ihm beruhten Krankheiten auf Einflüssen der Sterne und Planeten.



Abbildung 1: Bombastus Theophrastus von Hohenheim, genannt Paracelsus (1493 – 1541)

Er brach aber auch mit der Überlieferung von Latein und lehrte in deutscher Sprache. Paracelsus zog kreuz und quer durch Deutschland und übte Kritik an antiken Gelehrten. So kann er als Martin Luther der Medizin bezeichnet werden.

Sein Büchlein „Von der Bergsucht und anderen Krankheiten“ verfasste er um 1537, es wurde erst 1567 nach seinem Tode gedruckt (2). Dieses Büchlein darf nach Lauterbach als erste Monografie einer Berufskrankheit der Bergleute und Hüttenarbeiter gewertet werden (8). Wie kam es dazu?

Seine Reisen führten ihn durch halb Europa, insbesondere besuchte er verschiedene Bergbaudistrikte, so auch das sächsische und böhmische Erzgebirge. Paracelsus kam um 1520 nach Leipzig und ritt weiter nach Süden. Bei Zwickau besichtigte er das brennende Steinkohlenflöz in Planitz. Seine Reise führte ihn in die sächsischen Bergstädte Schneeberg, Annaberg und Marienberg (2, 8). Es ist aber wenig überliefert, da Paracelsus kein Tagebuch führte. Aus

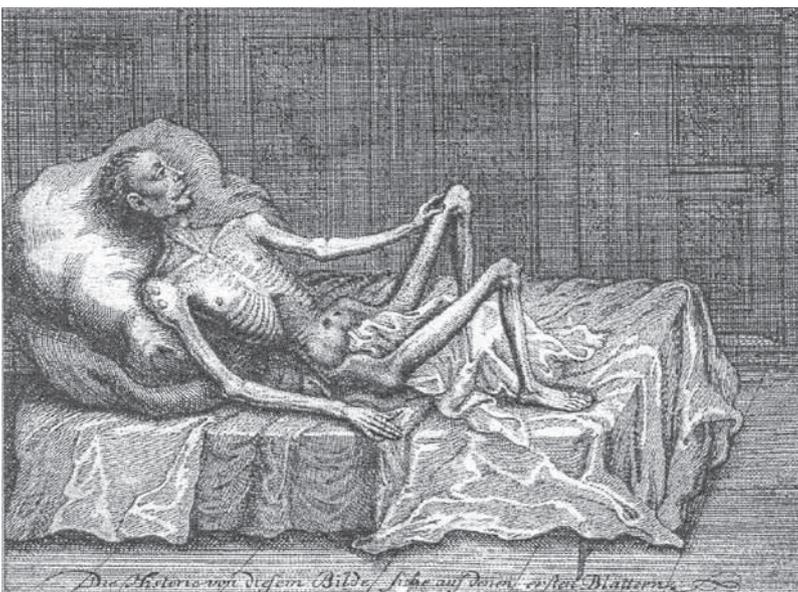


Abbildung 2: Junger Bergmann mit typischer „Bergsucht“ (aus J F Henckel: ‚Von der Bergsucht und Huetten-Katze‘, Freiberg 1728)



Ansicht von Johanngeorgenstadt im sächsischen Erzgebirge – Johanngeorgenstadt vom Hochofen beleuchtet, Radierung, aquarelliert, um 1820; Kupferstich-Kabinett, Staatliche Kunstsammlungen Dresden, Inv. Nr. A 130720, Foto: Herbert Boswank

heutiger Sicht wissen wir, dass Paracelsus kein Bergbausachverständiger war wie sein Zeitgenosse Georgius Agricola, eigentlich Dr. Georg Bauer (1494 bis 1555), der als Stadtarzt in Joachimsthal sowie als Arzt und Bürgermeister später in Chemnitz Jahrzehnte mit dem erzgebirgischen Bergvolk lebte. Sein Buch „De re metallica“ galt als technologisches Standardwerk des Bergbaues seiner Zeit.

Im Einzelnen nannte aber Paracelsus die Silbergruben bei Schneeberg. Er führte im Erzgebirge Gespräche mit Erzleuten, Schmelzern, Knappen und „was den Bergwerken verwandt ist, ... eben alle so in Metallen und Mineralien arbeiten“. So entstand über Jahrzehnte sein Wissen über die Krankheiten der im Bergwerk und in den Schmelzhütten arbeitenden Menschen. Paracelsus konnte erst nach 10-jähriger Arbeit 1537 sein Manuskript „von der Bergsucht oder Bergkrankheiten, drei Bücher/samt ihren wahrhaftigen Perseverantia und Curen ...“ abschließen. Erst 1567, also 26 Jahre nach seinem Tode, erschien die erste Ausgabe dieses Manuskriptes in der Druckerei Mayer zu Dillingen (2). Als Ursachen für die Lungensucht nannte Paracelsus im ersten Buch dreierlei Wege: Mercurius als sublimierter Rauch, Salzgeist, welcher koaguliert, und

zum dritten Sulphur. Dieser Nebel im Berg sei die Ursache, aus welchem die Bergsucht wachsen mag. Als Region nennt er dazu das hohe Meyßnische Birg, das entspricht dem heutigen Erzgebirge. Paracelsus hat sich besonders in Schneeberg den arm gewordenen Silbergruben, in denen aber noch Wismut und Kobalt den Ersatz boten, zugewandt.

Im zweiten Buch der Bergkrankheiten, „betreffend die Schmelzer, Abtreiber und Silberbrenner und andere so im metallischen Feuer arbeiten“, wird berichtet, dass „den Menschen in der Feuerarbeit diese allein durch die lange Übung den Augen zu hitzig sei“. Das Wort Feuerstar oder Linsentrübung (Katarakt) findet sich nicht erwähnt.

Im dritten Buch von den Bergkrankheiten, die quecksilberischen Krankheiten, das heißt, Quecksilberintoxikationen betreffend, finden wir im VII. und VIII. Kapital mehrfach das Wort Katarakt, im Zusammenhang mit Mercurium. Merkwürdigerweise beschreibt er aber Katarakte an den Knien, Armen sowie Katarakte der Achseln, unter anderem an den Augenwinkeln. Vielleicht sind Entzündungen gemeint. Soviel zunächst zum kleinen Büchlein von Paracelsus. Welche Schlußfolgerungen können wir aber heute nach viereinhalb Jahrhunderten daraus ziehen?

1. Der **Schneeberger Lungenkrebs** geht bekanntlich ohne Augenbeteiligung einher. Es wurden aber erst Mitte der 50er-Jahre im 20. Jahrhundert grundlegende Erkenntnisse gefunden, dass diese Krankheit durch die Inhalation der kurzlebigen Radonzerfallsprodukte in hoher Konzentration in der Atemluft, wie sie in der Grubenatmosphäre herrscht, und eine lange Exposition bewirkt wird (3). Durch den unkontrollierten Uranbergbau nach dem Zweiten Weltkrieg in dieser Region kam es zu einem unwahrscheinlichen Anstieg dieser Erkrankung. An deren Folgen haben die Menschen dieser Region immer noch zu leiden (2, 10).

2. Der **Feuerstar** ist bei den etwa 100 bekannten Eisenwerken (Abb. 3) im Erzgebirge mit Sicherheit aufgetreten. Von Paracelsus fehlen uns dazu Beschreibungen. Aber fündig wird man in der Chronik des Pfarrers Christian Lehmann sen. (1611 bis 1688), Pastor in Scheibenberg, dessen Nachkommen die gleichlautende Chronik „Historischer Schauplatz der natürlichen Merckwürdigkeiten im Ober-Ertzgebirge“ postum 1699 in Leipzig herausgaben (9). Lehmann berichtete: „Zufälligerweise ist mancher um sein Gesicht [= Visus] oder ein Auge gekommen... Davon zeugen auch unsere am Auge durch die vom Hammer springende feurige Eisensplitter erblindete/oder sonst von Stätten Feuerglanz auf Hämmern und hohen Öfen geblendete Arbeiter/Schmelzer/Gießler/Schmiede ...“.

Pfarrer Lehmann beschrieb dann auch weiter eine „gefährliche Entzündung mit Verlust des Gesichtes“: Davon zeugen auch „... Item die Bergleute – welche in Ausschrammung und Zerstückung stahlfester Knauer ein hornigter Schiefer ins Auge schlägt/und in Ermangelung eilender Hilfe eine gefährliche Entzündung mit Verlust des Gesichtes verursacht“. Heutige Auslegung: Penetrierende Augenverletzung mit intraokularem Fremdkörper und anschließender Endophthalmitis. Bisher war die erste Literaturangabe zum Bericht über den Feuerstar bei Feuerarbeitern dem deutschen Chir-

urgen Lorenz Heister aus dem Jahr 1739 zugeschrieben worden (4, 7). Heute wissen wir, dass der Feuerstar bei verschiedenen Berufsgruppen, wie Feuerarbeitern, am Hochofen Tätigen, Industrieschmieden, Glasbläsern und Lokomotivheizern, auftreten kann. Die Morphologie des Feuerstares besteht in einer subkapulären feinen weißfleckigen diffusen Trübung mit unregelmäßiger Begrenzung am hinteren Linsenpol. Kleine Vakuolen können eventuell vorausgehen. Beweisend sei allerdings die sogenannte Feuerlamelle nach Elschnig, welche auf der vorderen Linsenkapsel gelegen ist. Für die berufsbedingte Linsentrübung werden eine hohe Strahlungsenergie kurzweiliger Infrarotstrahlen, eine jahrzehntelange thermische Exposition bei einer hohen Raumtemperatur (Temperatur am Arbeitsplatz) und kein Tragen einer Arbeitsschutzbrille angeschuldigt (6).

3. Quecksilberintoxikation: Auch hier lag Paracelsus mit seiner Beschreibung richtig. So konnten bereits in früheren Jahrhunderten in Quecksilbergruben und Quecksilberhütten Intoxikationen mit Allgemeinsymptomen wie Stomatitis, Ausfallen der Zähne, Neurasthenie, Tremor der Hände, Sensibilitätsstörungen und am Auge Bindehaut- und Lidrandentzündungen sowie eine mattbraune Verfärbung der vorderen Linsenkapsel als Mercuria lentis auftreten. Bei dieser Berufskrankheit wurden auch Lähmungen der Augenmuskeln und Nystagmus beschrieben (5, 12, 15). Eine braune, durch Quecksilber-Sulfit verursachte Verfärbung der vorderen Linsenkapsel, an der Spaltlampe als sogenannter Atkinson-Reflex imponierend, ist irreversibel (15).

Zwischen 1600 und 1800 beschäftigten sich weltweit Bergbauärzte mit den Erkrankungen der Bergleute, insbesondere mit der Bergsucht. Es ist erstaunlich, dass unter 27 Autoren in diesem Zeitraum sich 17 deutsche und davon allein 10 aus Sachsen befanden (13).

Ja, in Sachsen wechselten Ärzte zum Teil gänzlich von der Medizin zur

Montanwissenschaft, wie Johann Friedrich Henckel (1679 bis 1744) in Freiberg (13). Es waren die beiden westsächsischen Ärzte F. H. Härting und W. P. Hesse, die vor 125 Jahren mit ihrer umfassenden Arbeit zu den Entdeckern des ersten berufsbedingten Lungenkrebses wurden. Härting, Bergarzt in Schneeberg, und Hesse, Bezirksarzt im nahegelegenen Schwarzenberg, fanden, dass 1879 etwa 75 Prozent der Bergleute im Schneeberger Revier an Lungenkrebs starben. Als Ursache nahmen sie kanzerogene Gase und Stäube in der Grubenluft an und favorisierten das Arsen (2, 13). Erst nach der Entdeckung der Radioaktivität durch H. Bequerel im Jahre 1896 wurde die Pathogenese dieser Erkrankung immer deutlicher.

Es wurde versucht, mit der wohl ersten Monographie über die Erkrankung der Bergleute von Paracelsus aus dem Jahr 1567 und der Ersterwähnung des Feuerstares 1699 durch den erzgebirgischen Pfarrer Lehmann (Abb. 4) – 2011 begeht die evangelisch-lutherische Kirche Sachsens das Lehmann-Jahr – eine ergophthalmologische Brücke zu unserer heutigen Zeit in der Region Westergebirge zu schlagen, welche die gesundheitlichen und ökonomischen Folgen des von der Sowjetisch-Deutschen Aktiengesellschaft (SDAG) „Wismut“ extensiv betriebenen Uranbergbaus heute noch nicht vollständig überwunden hat.

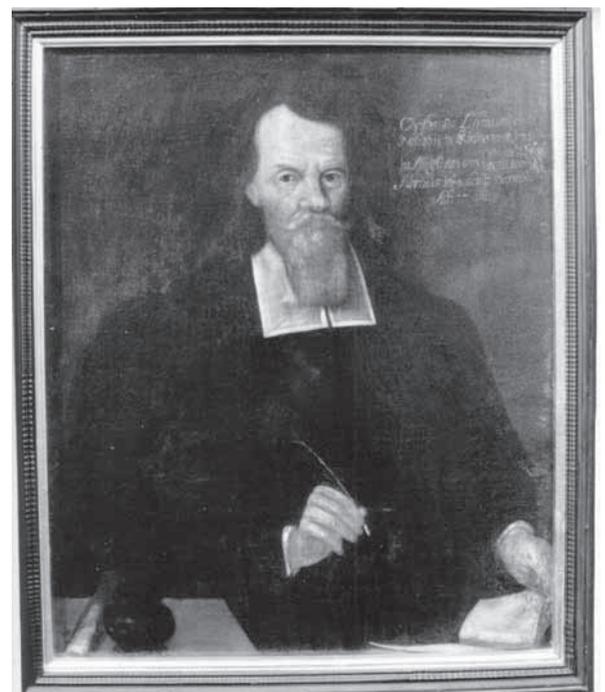


Abbildung 4: Christian Lehmann sen. (1611 – 1688), Ölgemälde in der Ev.-Luth. Kirche zu Scheibenberg im Erzgebirge (mit freundlicher Genehmigung)

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Priv.-Doz. Dr. med. habil. Manfred Jähne, FEBO
Augenklinik, Klinikum Chemnitz gGmbH
Flemmingstraße 2
09116 Chemnitz

Anatomische Strukturen in Wachs

C. Feja, S. Löffler, I. Bechmann

Kernsatz: Die Entwicklung von Modellen aus Wachs war für Generationen von Medizinstudenten eine Hilfe beim Begreifen anatomischer Strukturen und embryologischer Vorgänge.

Zusammenfassung: In der Lehrsammlung des Leipziger Instituts für Anatomie sind eine Vielzahl von Modellen und Präparaten, darunter auch Wachsmodelle, zu sehen. Die Arbeit mit dem Werkstoff Wachs hat eine lange Tradition. Das Modellieren anatomischer Strukturen im 18. Jahrhundert und die Fertigung von Wachsplattenmodellen zur Darstellung embryologischer Vorgänge zeigen das. Der Name Wilhelm His ist damit eng verbunden.

Medizinische Sammlungen sind eine Fundgrube von außergewöhnlichen Modellen und Präparaten. Es gab und gibt auch heute noch eine Vielzahl von Techniken, mit deren Hilfe dem Betrachter anatomische Strukturen im Detail sichtbar gemacht werden können.

Eine kleine Auswahl können wir dem Besucher unserer Anatomischen



Abb. 2: a: Seitenansicht in Höhe des Oberkiefers, b: Blick auf die seitliche Nasenwand von medial.

Lehrsammlung (Löffler, S. et al.; 2008) zugänglich machen. Feuchtpräparate werden in Gläsern in einer Fixierlösung aufbewahrt, Korrosionspräparate präsentieren eindrucksvoll nach Injektion von Kunststoffen Gefäßausgüsse von Organen, und plastinierte Scheiben weisen eine brillante Durchsichtigkeit auf. Die von dem Leipziger Prosektor Spalteholz (1861 bis 1940) entwickelte und nach ihm benannte Technik des Aufhellens von Präparaten ist heute noch aktuell, zum Beispiel markierte Gefäße lassen sich durch die intakte Körperoberfläche hindurch sichtbar machen.

In der Mitte des 19. Jahrhunderts widmete man sich mit großem Zeitaufwand und bewundernswürdiger Akribie der Herstellung anatomischer Modelle und Präparate mit Hilfe von

Wachs. Dieser Werkstoff lässt sich in warmem Zustand formen und nach dem Erkalten leicht mit einer Vielzahl von Werkzeugen bearbeiten. Er wurde bereits bei den Römern zur Modellierung von Figuren und Formen für den Bronzeguss verwendet. Es entstand die Keroplastik (syn. Zeroplastik), die Kunst der Wachsbildnerei, die in der Renaissance ihre Blütezeit erreichte. Hochburgen waren Bologna und Florenz, wo die bekanntesten Meister wirkten und vor allem sakrale Kunstwerke fertigten.

Als im 18. Jahrhundert der Drang nach medizinischem Wissen immer stärker wurde, verbreitete sich das Studium der Anatomie in ganz Europa. Es entwickelte sich eine enge Zusammenarbeit zwischen Wachsbildnern und Gelehrten der



Abb. 1: Nerven und Gefäße aus Wachs auf originalen Skeletteilen aus der Pariser Werkstatt „Tramond“.

Anatomie. Im Museo La Specola Florence sind die Ergebnisse dieses gemeinsamen Wirkens noch heute zu bewundern. Der Anatom und Pathologe Felice Fontana war maßgeblich an der Gründung dieses Museums beteiligt. Nach seiner Anleitung entstanden in seinen Werkstätten „Wunderwerke“ aus Wachs. Typisch für Objekte aus dieser Zeit ist der Kontext zwischen Wissenschaftlichkeit und ästhetisch idealisierter Darstellung des Menschen (Poggesi, M.; 1999).

Die Kunst der Keroplastik wurde im 19. Jahrhundert in Ateliers für Lehrmittel weiter geführt. In unserer Lehrsammlung sind drei Objekte der Pariser Firma „Tramond“ ausgestellt (Abb. 1, 2a + 2b), bei denen Muskeln, Gefäße und Nerven aus Wachs auf Schädel fragmente aufmodelliert sind. Zur Darstellung der feinen Nervenäste wurden Zwirnsfäden in Wachs getränkt oder Drähte ummantelt und in erwärmtem Zustand in die entsprechende Position gebracht. Das Erstaunliche ist die Tatsache, dass z.B. die kompletten Verzweigungen des Nervus trigeminus und facialis topographisch korrekt erfolgten. Die Darstellung anatomischer Strukturen beschränkt sich nun auf die wissenschaftliche Seite (Barbian, B.; 2010).

Auch Prof. Wilhelm His (Abb. 3), der das Anatomische Institut der Leipziger Universität von 1872 bis 1904 leitete, ließ den Werkstoff Wachs verwenden. Er hatte erkannt, dass die Wissenschaft den Bereich der Makroskopie verlassen und sich in bis dahin für das menschliche Auge unsichtbare Vorgänge und Bestandteile begeben muss. Deshalb wurde die histologische Schnitttechnik weiter ausgebaut und verfeinert. His entwickelte ein spezielles Mikrotom, mit dem er die unterschiedlichen Entwicklungsstadien des Menschen für die Untersuchung mit dem Mikroskop exakt schneiden konnte. Damit gab er der Embryologie, die inzwischen in den Fokus der Wissenschaft gerückt war, einen entscheidenden Auftrieb. Für die Rekonstruktion von Modellen anhand der histologischen Schnitte verwendete His zunächst eigene Zeichnungen. Diese

Methode stellte enorme Anforderungen an den Modelleur, sowohl in künstlerischer Hinsicht als auch hinsichtlich des räumlichen Vorstellungsvermögens. Deshalb stellte die Einführung der Plattenrekonstruktion, deren Vertreter der Embryologe Gustav Born (1851 bis 1900) war, einen großen Fortschritt dar. Born meinte 1883, „dass auf diesem Wege Ausgezeichnetes erreicht ist. Nur ist die für diesen Weg künstlerische Begabung und Fertigkeit nicht jedermanns Sache, es scheint mir daher, dass meine Methode, die ohne jeden Anspruch an besondere Fertigkeiten bei rein mechanischer Handhabung richtige plastische Reconstruktionen liefert, etwas häufiger Anwendung verdient, als ihr bisher zu Theil geworden ist.“ Bei dieser Technik wurde der in Paraffin eingebettete Embryo mit einem Messinglech fest verschmolzen, in dem sich Richtungslinien für die spätere Übertragung auf den Paraffinblock befanden. Durch die exakte Ausrichtung wurde das darauf folgende Zusammensetzen wesentlich erleichtert. Nach Schneiden des Embryos wurden die entstehenden dünnen Scheiben in einem vergrößerten Maßstab auf Wachsplatten übertragen und mit einem spitzen Messer entlang der Konturen geschnitten. In der Folge wurden sie mit Hilfe der zuvor angebrachten Richtungslinien genau übereinander gebracht und mit Hilfe eines heißen Spatels verschmolzen (Doll, S.; 2008).

His griff Borns Methode auf und verwendete sie für eigene Untersuchungen. Dabei arbeitete er eng mit dem Atelier für wissenschaftliche Plastik von Dr. med. Adolf Ziegler in Freiburg im Breisgau zusammen. Auf diese Weise entstanden Serien über die Anatomie menschlicher Embryonen, zum Beispiel die Herzentwicklung (Abb. 4), aus Wachs, an denen Generationen von Medizinstudenten die schwierigen embryologischen Entwicklungsvorgänge lernten. Neben seinen vielen universitären Aufgaben leistete His mit seinem dreibändigen Werk „Die Anatomie menschlicher Embryonen“, 1885 herausgegeben vom Verlag F. C. Vogel in Leipzig, einen entscheidenden Beitrag auf



Wilhelm His (1831–1904)

Abb. 3: Wilhelm His, Fotografie aus dem Archiv des Instituts für Anatomie in Leipzig.



Abb. 4: Frühes Stadium der Herzentwicklung, ca. 28. Tag. Fotografien (Abb. 1, 2 und 4): Sebastian Löffler

dem Gebiet der Entwicklungsgeschichte. Er gilt deshalb als „Vesal der Embryologie des Menschen“ (O’Rahilly, R.O. und Müller, F.; 1988).

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

Ing. f. med. Präp.technik Christine Feja
Universität Leipzig, Institut für Anatomie,
Liebigstraße 13, 04103 Leipzig
Tel.: 0341 9722003

E-Mail: Christine.Feja@medizin.uni-leipzig.de

Aut-idem-Regelung

„Ärzteblatt Sachsen“
Heft 9/2011, Seite 487

Ihr Artikel im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 9/2011, Seite 487, zur „Aut-idem-Regelung“ spricht ein in meiner täglichen Praxis höchst brisantes Thema an.

Durch die Aut-idem-Regelung habe ich nicht mehr die Möglichkeit, die Arzneimitteltherapiesicherheit für meine Patienten in jedem Einzelfall zu gewährleisten. In den meisten Fällen wird naturgemäß die schlechte Verträglichkeit des aut-idem-Präparates im Nachhinein vom Patienten beobachtet, die mangelnde therapeutische Effizienz ist im Einzelfall schwer zu beurteilen. Es muss dann auf das ursprünglich verordnete Präparat zurückgegriffen werden. Es entstehen erhebliche Kosten – das Austauschpräparat wird entsorgt; entbehrliche Arzt- und Apothekenbesuche sind programmiert. Außerdem entsteht aus meiner Sicht neben der gesundheitlichen Beeinträchtigung eine nicht zumutbare psychische Belastung für die Patienten.

Der im zitierten Artikel erhobenen Forderung zur Arzneimitteltherapiesicherheit unter den Bedingungen der Aut-idem-Regelung muss aus meiner Sicht dringendst Nachdruck verliehen werden; eventuell über die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, über das Ministerium für Gesundheitswesen, über die ärztlichen Landesvertretungen? Der derzeitige Zustand ist aus meiner Sicht weder ethisch noch juristisch vertretbar.

Dr. med. Maria Böhme, Geithain

Gesundheit – neue Definition?

„Ärzteblatt Sachsen“
Heft 9/2011, S. 478

Dem Autor kann nur vehement zugestimmt werden. Die Ärzteschaft braucht einen praxistauglichen Gesundheitsbegriff. Aufgrund der Spe-

zialisierung gibt es für jede der immer mehr Krankheitsentitäten eine starke Lobby, während der Mensch – sei er Patient oder nicht – von der Medizin in seinem Lebensumfeld kaum noch wahrgenommen wird, wenn man von der schwindenden Fraktion der Hausärzte absieht. Dadurch gerät in den spezialisierten Kliniken auch zunehmend das Ziel aus dem Blick, ihn nach viel Diagnostik und Therapie wieder in dieses zu reintegrieren – was gerade bei der zunehmenden Zahl betagter multimorbider Patienten folgeschwer ist. Ein tauglicher Gesundheitsbegriff würde die Ärzte auch befähigen, auf Änderung der prämorbid Strukturen in der Arbeitswelt hinzuwirken – in unsrem krankheitsorientierten System jedoch werden Ärzte erst aktiv, wenn durch Arbeitslosigkeit, Distress, Mobbing oder die Unvereinbarkeit von Job und Familie das sozial integrierte Leben zerstört und eine medizinisch definierbare, dann meist irreparable chronische Krankheit (Leberzirrhose nach Alkoholabusus, Koronarschämien, psychiatrische Morbidität u.v.a.) behandlungsbedürftig geworden ist – für einen hohen Preis.

Allerdings möchte ich der Auswahl an Definitionen noch jene von Schipperges anfügen, die ich für besonders lebensnah und auch dem Laien verständlich halte:

„Gesundheit beinhaltet als ein Leben in Mitte und Maß eine bejahende Einstellung zum eigenen Dasein. Dies gilt auch dann noch, wenn bestimmte physiologische Funktionen gestört sind. Als gesund hat daher zu gelten, wer trotz gewisser Beeinträchtigungen sein Leben zu gestalten und in einer Gesellschaft sinnvoll zu leben vermag.“

Aus: H.Schipperges. Heilkunde als Gesundheitslehre. E.Fischer, Heidelberg 1993

Dr. med. Heinrich Günther, Dresden

Leistungsbudgetierung

Im Folgenden erlaube ich mir, meine Meinung zu aktuellen Themen zu äußern:

Der Herr Gesundheitsminister hat zur Förderung ärztlicher Tätigkeit in „unterversorgten“ Gebieten ein Gesetz angekündigt, in dem dort niederlassungswilligen Kollegen eine Befreiung von der Leistungsbudgetierung gewährt wird. Für mich erhebt sich da die Frage nach der verfassungsmäßig garantierten Gleichbehandlung. Ich würde das noch gelten lassen, wenn es der erste Schritt auf dem Wege zur völligen Abschaffung der RLV und QLV wäre. In seinem Interview im „Deutschen Ärzteblatt“, 34/35, gibt er dazu auch nur verschwommene Antworten.

Ich selbst arbeite trotz überschrittener ärztlicher Rentenaltersgrenze, wenn auch zeitlich begrenzt, weiter als Schmerztherapeut und erhalte dafür keinen Bonus.

Seine nächste Ankündigung einer Bestrafung für lange Wartezeiten bei Fachärzten ist da noch schlimmer: Ohne Leistungsbudgetierung würden die Kollegen sicher die Praxen länger öffnen, aber doch nicht für umsonst.

Man kann auch noch daran erinnern, dass der jetzige FDP-Vorsitzende im Wahlkampf sogar die Praxis- (eigentlich Kassen-)Gebühr abschaffen wollte.

Im Übrigen habe ich mir nach der politischen Wende die ärztliche Freiheit, so wie sie von den Agitatoren aus dem Westen und heutigen Ärztefunktionären dargestellt wurde, doch ein wenig anders vorgestellt.

Dr. med. Eberhard Fleischer, Markkleeberg

Unbürokratische Hilfen für Arztfamilien in Not

Seit über 50 Jahren kümmert sich die Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ um bedürftige Arztkinder und in Not geratene Ärzte. Der Wunsch, kollegiale Hilfe zu leisten, war und ist ihr zentraler Gedanke.

Ursprünglich als Hilfswerk zur Unterstützung mittelloser Kollegenkinder aus der damaligen DDR gegründet, hat die Stiftung in den Folgejahren neue Schwerpunkte gesetzt. Heute sind es Kinder in Not geratener Ärzte sowie Halbwaisen und Waisen aus Arztfamilien, die dringend Hilfe benötigen und diese bei der Hartmannbund-Stiftung finden. Mit der Förderung sozial benachteiligter junger Menschen, setzt sich die Stiftung zum Ziel, diesen einen Weg in die berufliche Existenz zu ermöglichen.

Hufeland-Preis 2012

Das Kuratorium der Stiftung „Hufeland-Preis“ fordert hiermit alle Ärzte und Zahnärzte öffentlich auf, sich um den „Hufeland-Preis“ 2012 zu bewerben. Der im Jahre 1959 erstmalig ausgeschriebene und mit 20.000 Euro dotierte „Hufeland-Preis“ ist der renommierteste Preis auf dem Gebiet der Präventivmedizin.

Prämiert wird jährlich die beste Arbeit auf dem Gebiet der Präventivmedizin, wobei der Preis zwei als gleichwertig anerkannten Arbeiten auch je zur Hälfte zugesprochen werden kann. Die Arbeit muss ein Thema der Gesundheitsvorsorge oder der Krankheitsvorbeugung zum Inhalt haben. Zur Teilnahme berechtigt sind Ärzte und Zahnärzte, die im Besitz einer deutschen Approbation sind (gegebenenfalls zusammen mit maximal zwei Co-Autoren mit abgeschlossenem wissenschaftlichen Studium).

Die an der Ausschreibung zum „Hufeland-Preis 2012“ teilnehmenden Arbeiten müssen bis zum 31. März 2012 bei der Notarin Frau Dr.

Aber auch die Hilfestellung bei der Berufseingliederung von Ärztinnen und Ärzten sowie die schnelle und unbürokratische Unterstützung bei Schicksalsschlägen und Notlagen sind ein wichtiger Bestandteil der Stiftungsarbeit.

Helfen Sie mit, diese unverzichtbare Hilfe nicht nur aufrecht zu erhalten, sondern auch auszubauen.

Unterstützen Sie mit Ihrer Spende die Arbeit der Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ – damit wir auch in Zukunft dort Hilfe leisten können, wo sie gebraucht wird.

Vielen Dank

Dr. Klaus Reinhardt
Vorsitzender der Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“, Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e. V.

Ingrid Doyé, Kattenbug 2, 50667 Köln, unter dem Stichwort „Hufeland-Preis“ in zweifacher Ausfertigung eingereicht worden sein.

Die Ausschreibungsunterlagen können bei dem Geschäftsführer der Stiftung, Herrn Patrick Weidinger, Tel. 0221 148-30785 bzw. patrick.weidinger@aerzteversicherung.de oder unter www.hufeland-preis.de angefordert werden.

Erratum

Im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 10/2011, ist es auf Seite 531 bei dem Artikel „Medizin und Judentum“ zu einer Namensverwechslung gekommen. Nicht Frau Dr. phil. Marina Lierert hat das Buch entgegen genommen, sondern Frau Prof. Dr. med. Caris-Petra Heidel. Wir bitten um Entschuldigung.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit



Hartmannbund-Stiftung

Ärzte helfen Ärzten

Dr. Waltraud Diekhäus
Stellvertretende Vorsitzende der Stiftung
„Ärzte helfen Ärzten“,
Vizepräsidentin des Weltärztinnenbundes

Dr. Frank-Ulrich Montgomery
Präsident der Bundesärztekammer und
des Deutschen Ärztetages
Dr. Peter Engel
Präsident der Bundeszahnärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der Deutschen
Zahnärztekammern e. V.

Dr. Andreas Köhler
Vorsitzender der Kassenärztlichen
Bundesvereinigung

**Spendenkonto der Stiftung:
Deutsche Apotheker- und Ärzte-
bank eG Stuttgart
Konto-Nr.: 0 001 486 942
BLZ: 300 606 01**

Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden

Wir laden herzlich ein zum Seniorentreffen am

**Dienstag, dem 6. Dezember 2011,
15.00 Uhr**

in den Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer.

Thema des Festvortrags:
„Die Glocken der Sophienkirche“.

Der genaue Referent der Gesellschaft zur Förderung einer Gedenkstätte für die Sophienkirche e.V. wird noch bekannt gegeben.

Herzlich willkommen zum adventlichen Stollenschmaus.

Uta Katharina Schmidt-Göhrich
Vorsitzender der Kreisärztekammer Dresden

15. Vogtländischer Ärztetag

Am 24. 9. 2011 wurde der inzwischen 15. Vogtländische Ärztetag in Bad Elster durchgeführt, eine bemerkenswerte Traditionsveranstaltung, bei der eine Kombination aus fachlichen Vorträgen und berufspolitischer Diskussion stattfindet. Das diesjährige Hauptthema war die „Erkrankungen des alten Menschen“. Die

Aspekte wurden aus psychopharmakotherapeutischem, gynäkologischem, augenärztlichem und kardiologischem Blickwinkel beleuchtet. Vor der Frühstückspause führten wir unsere alljährliche Kammerversammlung mit kurzem Rechenschaftsbericht und Bericht über die Finanzsituation der Kammer durch. An der Veranstaltung nahmen insgesamt 87 Kolleginnen und Kollegen teil. Die Schirmherrschaft des Tages hatte der

Landrat übernommen. Das Grußwort wurde durch seinen 1. Beigeordneten überbracht, aus der Sicht der Ärztekammer des Vogtlandkreises eine Veranstaltung, die durchaus Nachahmung auch in anderen Regionen finden könnte.

Dr. med. Dietrich Steiniger
Vorsitzender der Kreisärztekammer des
Vogtlandkreises

Bericht über die Vorhölle

Die Schriftstellerin Kathrin Schmidt las am 5. Oktober 2011, im Rahmen der von der Sächsischen Landesärztekammer und dem Deutschen Hygiene-Museum veranstalteten Reihe „Diagnosen – Literatur und Medizin“, aus ihrem 2009 mit dem Deutschen Buchpreis ausgezeichneten Roman „Du stirbst nicht“. Anschließend sprach sie mit Prof. Dr. med. Frank Oehmichen, Facharzt für Innere Medizin an der Bavaria Klinik in Krei-

ihr nicht mehr gehorcht. Auch werden ihre innerlich formulierten Sätze von der Umwelt nicht wahrgenommen, da ihr Kopf bei der Umsetzung der Gedanken in Laute versagt. Mühselig baut sie sich ihre Erinnerung aus Versatzstücken von Traum und Wirklichkeit wieder zusammen. Das Buch begleitet die Protagonistin bei ihrer Genesung und bei den sich daraus in ihrem Leben, in ihrer Beziehung zu ihrem Mann ergebenden Veränderungen, welche von Kathrin Schmidt in nüchterner, aber daher umso eindringlicherer Sprache und nicht ohne dem Ganzen eine gewisse Komik abzugewinnen, geschildert werden.

Kathrin Schmidt berichtet über das Schicksal der Romanfigur Helene Wesendahl gewissermaßen aus Expertenperspektive, denn auch sie erlitt 2002 einen Schlaganfall. So ist es kein Zufall, dass sich in dem Roman autobiographische Züge finden. Denn, so erzählt die Autorin: „Nach Abschluss der therapeutischen Phase im Jahr 2007 habe ich gedacht, jetzt kannst du einen Krankenbericht schreiben für die Schublade, um bei Gelegenheit nachlesen zu können. Als ich dann einer Freundin das 30-seitige Manuskript zum Lesen gegeben habe, hatte diese die Idee, wenn du die erste Seite zur letzten machst, ist das ein prima Romanmanuskript. Ich habe dann versucht, die Protagonistin möglichst weit von mir wegzuschieben. Das ging aber nicht. Sie hat wie ich fünf Kinder, ist als Schriftstellerin tätig und weist auch sonst einige Übereinstimmungen mit meinem Leben auf. Aber hätte ich das verändert, hätte

das Buch nicht funktioniert.“ In dem an die Lesung anschließenden Gespräch ging es unter anderem um die Verallgemeinerbarkeit und den Realitätsbezug der Schilderungen von Schmidt, aber auch um die unterschiedliche Perspektive von Ärzten und Patienten auf die Krankheit. Prof. Dr. Oehmichen meinte dazu: „Für Pflegepersonal und Ärzte ist es schwer, sich hinein zu versetzen in das, was vom Patienten wahrgenommen wird, von den Handlungen, die wir an ihm vornehmen wollen oder müssen.“

Die Schilderung von Kathrin Schmidt in dem Buch sind in jedem Fall gut geeignet, um einen Perspektivwechsel vorzunehmen und, wie von ihr angekündigt, ist das Buch alles andere als ein „Betroffenheitsschinken“.

Maxie Moder, Dresden



Autorin Kathrin Schmidt, Dr. med. Ulrich Schuler,
Prof. Dr. med. habil. Frank Oehmichen (v.l.)

scha, über Wahrnehmung, Bewusstsein und Identität. Moderiert wurde die Veranstaltung von Priv.-Doz. Dr. med. Ulrich Schuler vom Universitätsklinikum Carl Gustav Carus.

In dem von Kathrin Schmidt im Hygiene-Museum vorgestellten Roman „Du stirbst nicht“ findet sich die 44-jährige Helene Wesendahl nach dem Platzen eines Aneurysmas auf der Intensivstation wieder, die sie zunächst für eine Art Vorhölle hält. Sie muss feststellen, dass ihr Körper

Die in Berlin lebende Autorin Kathrin Schmidt, geboren 1958 in Gotha, studierte Psychologie und Literatur. Sie arbeitete viele Jahre als Kinderpsychologin in Brandenburg und Berlin, gab jedoch den Beruf der Psychologin im Jahr 1990 zugunsten einer Tätigkeit als Redakteurin bei der Frauenzeitschrift „Ypsilon“ auf. Seit 1994 arbeitet die Mutter von fünf Kindern als freie Schriftstellerin. Für ihr literarisches Werk, welches auch zahlreiche lyrische Arbeiten umfasst, wurde sie mehrfach ausgezeichnet, u.a. mit dem Leonce- und Lena-Preis und dem Preis der SWR-Bestenliste.

Prof. Dr. Dr. h.c. Konrad Seige zum 90. Geburtstag



Am 27. Oktober 2011 feierte Prof. Dr. Dr. h.c. Konrad Seige, em. Direktor der 2. Medizinischen Klinik und Poliklinik der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, in beneidenswerter geistiger Frische im Kreise seiner Familie seinen 90. Geburtstag.

Mit den Professoren Hans Haller, Dresden, und Dieter Lohmann, Leipzig, gehört er zu den Nestoren der Endokrinologie und Stoffwechselkrankheiten, nicht nur im sächsischen Raum. Sein Wirken fand national und international große Anerkennung. In DDR-Zeiten förderte er in besonderem Maße die Entwicklung dieser Fachgebiete. Sächsisch-thüringischer Herkunft studierte er in Jena und wurde in Erlangen promoviert. Seine entscheidende Prägung als Arzt und Wissenschaftler erhielt

er in der hochangesehenen Klinik von Max Bürger in Leipzig. 1964 folgte er dem Ruf als Direktor der 2. Medizinischen Klinik und Poliklinik der Universität Halle-Wittenberg, wo er bis zu seiner Emeritierung im Jahre 1987 erfolgreich wirkte und sich besonders in den letzten Dienstjahren für den Neubau des Klinikums Kröllwitz einsetzte.

Prof. Dr. Seige durchlebte zwei totalitäre politische Systeme. Ausgestattet mit einer hervorragenden humanistischen Bildung konnte es nicht ausbleiben, dass er sich an den gesellschaftlichen Strukturen rieb. Es entsprach seinem Selbstverständnis, dass er nicht ohne Gefahr in humoriger Distanzierung zu den herrschenden gesellschaftlichen Verhältnissen Freiräume für die ärztliche und wissenschaftliche Entwicklung seiner Mitarbeiter schuf. Hervorzuheben ist sein großes Engagement für die Entwicklung und Vertiefung der wissenschaftlichen Beziehungen zur Medizinischen Fakultät der Universität Poznan in Polen. Es war seinen wissenschaftlichen Aktivitäten zu danken, dass über Jahrzehnte in Halle und Poznan bilaterale Symposien stattfanden.

Prof. Dr. Seige war Gründungsvorsitzender der Gesellschaft für Endokrinologie und Stoffwechselkrankheiten der DDR, Präsident der Gesellschaft für Innere Medizin der DDR, von 1982 bis 1988 Präsident der International Society for Internal Medicine, 1984 Präsident des Weltkongresses für Innere Medizin in Kyoto. An Ehrungen seien unter

anderem genannt: die Ehrenmitgliedschaft der Gesellschaft für Innere Medizin der DDR, der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, der Gesellschaft für Fortschritte in der Inneren Medizin, der Gesellschaft für Gastroenterologie Polens und der CSR, der Gesellschaft für Endokrinologie und Stoffwechselkrankheiten der DDR, der Deutschen Diabetesgesellschaft und der Sächsischen Gesellschaft für Innere Medizin. Seit 35 Jahren ist er ordentliches Mitglied der Leopoldina – Nationale Akademie der Wissenschaften. 2006 erfolgte die Verleihung des Bundesverdienstkreuzes.

Prof. Dr. Seige gehört zu den Hochschullehrern, die ihre Studenten und Mitarbeiter nicht nur fachlich-wissenschaftlich, sondern auch ärztlich und menschlich in besonderer Weise prägten. Seine weltoffene Gesinnung, sein Humor in schwierigen Situationen und seine große Bescheidenheit sind immer wieder beeindruckend. Er forderte und förderte. Über der Tür seines Hörsaales ließ er den philosophischen Satz anbringen: „nichts als gegeben hinnehmen“ und regte so auch in Zeiten politischer Repressalien und Dogmen zu kritischem Denken an.

Schüler und Freunde erinnern sich voller Dankbarkeit und wünschen ihm und seiner Frau Brigitte noch eine glückliche Zeit im Kreise seiner Kinder und Enkelkinder.

Prof. Dr. med. habil. Karlheinz Bauch,
Chemnitz

Unsere Jubilare im Dezember 2011 – wir gratulieren!

- | | | | |
|--------|--|--------|--|
| | 60 Jahre | | |
| 01.12. | Dipl.-Med.
Slesaczeck, Dagmar
01259 Dresden | 30.12. | Dr. med.
Waldmann, Angelika
08525 Plauen |
| 02.12. | Dr. med.
Hartmann, Christa
01187 Dresden | 01.12. | Dipl.-Med. Günther, Christel
01877 Bischofswerda |
| 02.12. | Dr. med.
Hynitzsch, Gabriele
04703 Leisnig | 02.12. | Friedrich, Bernd
04685 Nerchau |
| 04.12. | Dr. med.
Kunath-Saadi, Konstanze
09126 Chemnitz | 02.12. | Dipl.-Med.
Schadeberg, Magdalena
09599 Freiberg |
| 06.12. | Dr. med. Wötzel, Simone
04105 Leipzig | 10.12. | Kohlmann, Karl
09128 Chemnitz |
| 07.12. | Dipl.-Med.
Schuster, Susanne
01734 Karsdorf | 20.12. | Dr. med. Buhmann, Karin
04808 Thallwitz |
| 08.12. | Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Erfurt, Christine
01309 Dresden | 22.12. | Prof. Dr. med. habil.
Alexander, Henry
04299 Leipzig |
| 11.12. | Dr. med. Naumann, Anita
04177 Leipzig | 22.12. | Dipl.-Med. Sipeer, Margarete
09484 Kurort Oberwiesenthal |
| 13.12. | Dipl.-Med.
Rentzsch, Angelika
04157 Leipzig | 28.12. | Raabe, Bernd
08248 Klingen |
| 15.12. | Dr. med. Richter, Barbara
01445 Radebeul | | 70 Jahre |
| 16.12. | Dr. med. Selbig, Gerhard
09126 Chemnitz | 02.12. | Dr. med. Donner, Christian
01844 Neustadt/Sa. |
| 17.12. | Dr. med. Niemz, Bärbel
02943 Weißwasser | 02.12. | Dr. med. Ebert, Bärbel
04827 Machern |
| 17.12. | Dipl.-Med. Schulze, Sabine
09306 Rochlitz | 02.12. | Dr. med. Lange, Ursula
04651 Bad Lausick |
| 18.12. | Dr. med. Kühnert, Volker
09126 Chemnitz | 02.12. | Dr. med. Lietz, Hannemarie
04279 Leipzig |
| 19.12. | Dr. med. Gernhardt, Jörg
04207 Leipzig | 02.12. | Dr. med. Voß, Gretel
01217 Dresden |
| 23.12. | Prof. Dr. med.
Mohr, Friedrich-Wilhelm
04289 Leipzig | 03.12. | Dr. med. Coder, Claus
08280 Aue |
| 25.12. | Dr. med. Göllnitz, Renate
04349 Leipzig | 03.12. | Dr. med. Stolper, Heide
09120 Chemnitz |
| 26.12. | Dr. med. Braun, Christine
09212 Limbach-Oberfrohna | 04.12. | Dr. med.
Ernst-Brennecke, Brigitte
04209 Leipzig |
| 26.12. | Dipl.-Med. Tillack, Bärbel
02827 Görlitz | 04.12. | Kalff, Eva-Maria
04416 Markkleeberg |
| 30.12. | Dr. med.
Langner, Uwe-Matthias
01189 Dresden | 04.12. | Dr. med. Märten, Jutta
09419 Thum |
| 30.12. | Dr. med. Schwarz, Heinrich
09114 Chemnitz | 04.12. | Dr. med. Stiegler, Klaus
09337 Hohenstein-Ernstthal |
| | | 04.12. | Dr. med. Tellkamp, Frank
01328 Dresden |
| | | 05.12. | Dr. med. Müller, Heide
04874 Belgern |
| | | 06.12. | Dr. med. Demmler, Günter
01157 Dresden |
| | | 06.12. | Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Schulze, Manfred
02763 Zittau |
| | | 06.12. | Dr. med. Winkler, Karin
08280 Aue |
| | | 08.12. | Dr. med. Polster, Christoph
08280 Aue |
| | | 09.12. | Dr. med. Lehmann, Karla
02739 Eibau-Walddorf |
| | | 09.12. | Dr. med. Mehlhorn, Jörg
04860 Torgau |
| | | 09.12. | Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Meinel, Klaus
08258 Markneukirchen
Sträbel |
| | | 10.12. | Erbgen, Anemone
01594 Stauchitz |
| | | 11.12. | Mehlaus, Karin
08523 Plauen |
| | | 13.12. | Hartmann, Ute
01465 Langebrück |
| | | 13.12. | Dr. med. Neuhäuser, Jens
04275 Leipzig |
| | | 14.12. | Dr. med. Förster, Ute
09212 Limbach-Oberfrohna |
| | | 14.12. | Greif, Roswitha
01640 Coswig |
| | | 14.12. | Dr. med. Jäger, Volker
09322 Penig |
| | | 15.12. | Dr. med. Herrfurth, Doris
02708 Löbau |
| | | 15.12. | Dr. med. Wallmeyer, Jürgen
09114 Chemnitz |
| | | 16.12. | Dr. med. Starke, Christine
04769 Mügeln |
| | | 17.12. | Breyer, Dieter
02625 Bautzen |
| | | 20.12. | Dr. med. Görne, Ingeborg
01816 Bad Gottleuba |
| | | 20.12. | Dr. med. Müller, Gustav
01187 Dresden |
| | | 21.12. | Dr. med. Ritter, Joachim
08107 Kirchberg |
| | | 22.12. | Doz. Dr. med. habil.
Sauer, Dieter
04158 Leipzig |
| | | 23.12. | Prof. Dr. med. habil.
Scholz, Michael
01309 Dresden |
| | | 23.12. | Dr. med. Unger, Frank
08228 Rodewisch |
| | | 24.12. | Dr. med. Reech, Renate
04107 Leipzig |
| | | 25.12. | Dr. med. Benndorf, Monika
09669 Frankenberg |
| | | 25.12. | Dr. med. Gerlach, Christine
09366 Stollberg |
| | | 25.12. | Dr. med. Küster, Dorothea
02957 Krauschwitz |
| | | 25.12. | Dr. med. Pohl, Christoph
01099 Dresden |

- 26.12. Prof. Dr. med. habil.
Henker, Jobst
01157 Dresden
- 26.12. Dr. med. Reichelt, Margitta
08058 Zwickau
- 26.12. Dr. med. Richter, Jörg
09127 Chemnitz
- 28.12. Kracht, Karla
04329 Leipzig
- 28.12. Dr. med. Märtens, Horst
01309 Dresden
- 28.12. Dr. med. Pilz, Dietrich
09131 Chemnitz
- 28.12. Dr. med. Schlosser, Joachim
09127 Chemnitz
- 28.12. Dr. med. Schröder, Werner
04509 Delitzsch
- 30.12. Dr. med. Flade, Beate
09125 Chemnitz
- 30.12. Dr. med. Hoeger, Helga
01877 Wölkau
- 31.12. Dr. med. Fischer, Kay
01917 Kamenz
- 31.12. Hett, Rainer
04207 Leipzig
- 75 Jahre**
- 03.12. Spilke, Anneliese
01705 Freital-Wurgwitz
- 03.12. Dr. med. Zipfel, Lothar
08496 Neumark
- 04.12. Dr. med. Günther, Walter
01662 Meißen
- 05.12. Dr. med. Vogel, Ursula
01796 Pirna
- 06.12. Bartz, Ljudmila
01097 Dresden
- 09.12. Dr. med. Friedemann, Reiner
09575 Eppendorf
- 10.12. Dr. med. Gneuß, Gerlinde
02625 Bautzen
- 13.12. Dr. med. Hohaus, Bernhard
01640 Coswig
- 14.12. Dr. med. Hartmann, Edith
04316 Leipzig
- 19.12. Dr. med. Houda, Walter
08525 Plauen
- 19.12. Dr. med. Spychala, Ursula
02763 Zittau
- 22.12. Prof. Dr. med. habil.
Schönfelder, Manfred
04229 Leipzig
- 24.12. Dr. med. Göbel, Christian
09599 Freiberg
- 24.12. Dr. med. Wolf, Karlheinz
09337 Hohenstein-Ernstthal
- 29.12. Dr. med.
Rothenberger, Brunhilde
08060 Zwickau
- 30.12. Prof. Dr. med. habil.
Hutschenreiter, Winfried
04299 Leipzig
- 30.12. Dr. med. Krone, Christiane
04288 Leipzig
- 30.12. Dr. med. Voigt, Gisela
04720 Döbeln
- 31.12. Prof. Dr. med. habil.
Hinkel, Klaus
01277 Dresden
- 80 Jahre**
- 01.12. Dr. med. Gamnitzer, Christa
04279 Leipzig
- 02.12. Dr. med. Krondorf, Christine
09599 Freiberg
- 03.12. Dr. med. Heinzig, Barbara
04317 Leipzig
- 11.12. Dr. med.
Scheffler, Hannelore
08427 Fraureuth
- 23.12. Dr. med. Krumbiegel, Reiner
09366 Stollberg
- 30.12. Prof. Dr. med. habil.
Schubert, Ernst
09125 Chemnitz
- 31.12. Dr. med. Zahrend, Rolf
04758 Oschatz
- 81 Jahre**
- 10.12. Satzger, Jelena
08056 Zwickau
- 30.12. Nowak, Margot
01217 Dresden
- 83 Jahre**
- 02.12. Dr. med. Winde, Eva-Brigitte
09456 Annaberg-Buchholz
- 10.12. Rother, Grete
01307 Dresden
- 14.12. Dr. med. Graupner, Regina
01069 Dresden
- 21.12. Dr. med. Richter, Heinz
01277 Dresden
- 30.12. Dr. med. Seim, Günter
09111 Chemnitz
- 84 Jahre**
- 06.12. Prof. Dr. med. habil.
Linde, Klaus
04279 Leipzig
- 09.12. Prof. Dr. med. habil.
Lohmann, Dieter
04299 Leipzig
- 13.12. Prof. Dr. med. habil.
Geiler, Gottfried
04277 Leipzig
- 21.12. Dr. med. Simon, Joachim
08060 Zwickau
- 85 Jahre**
- 02.12. Dr. med. Gülke, Karl
08228 Rodewisch
- 19.12. Dr. med. Herrmann, Käte
01277 Dresden
- 25.12. Dr. med. Kriester, Otto
08209 Auerbach
- 29.12. Dr. med.
Spangenberg, Georg
04158 Leipzig
- 86 Jahre**
- 10.12. Dr. med. Butter, Brigitte
02526 Bautzen
- 19.12. Dr. med. Müller, Lenore
09603 Großschirma
- 30.12. Prof. Dr. sc. med.
Hajduk, Frantisek
09114 Chemnitz
- 87 Jahre**
- 27.12. Dr. med. Staude, Sigrid
04416 Markkleeberg
- 31.12. Dr. sc. med.
Kretzschmar, Wolfgang
02625 Bautzen
- 88 Jahre**
- 06.12. Dr. med.
Morgenthaler, Anton
04109 Leipzig
- 89 Jahre**
- 29.12. Dr. med. Günther, Waltraute
04420 Markranstädt
- 91 Jahre**
- 01.12. Dr. med. Wehnert, Hans
01454 Radeberg
- 15.12. Dr. med.
von Gebhardi, Rosemarie
08523 Plauen
- 17.12. Prof. Dr. med. habil.
Haller, Hans
01069 Dresden
- 97 Jahre**
- 31.12. Dr. med. Born, Helmut
01326 Dresden
- 100 Jahre**
- 13.12. Dr. med.
Kasperek, Bernhard
08645 Bad Elster

Prof. Dr. med. habil. Bernd Terhaag zum 70. Geburtstag



Am 24. September 2011 feierte Prof. Dr. med. habil. Bernd Terhaag seinen 70. Geburtstag. Anlass genug für eine kurze Würdigung seiner ärztlich-wissenschaftlichen Leistungen und seines langjährigen berufspolitischen Wirkens.

Prof. Dr. Terhaag wurde am 24. September 1941 in Essen geboren, Grundschul- und Oberschulbildung erhielt er in Zerbst und Dessau, 1960 legte er das Abitur in Dessau ab und studierte von 1961 bis 1967 Humanmedizin an der Martin-Luther-Universität in Halle/Wittenberg. Hier erfolgte 1968 die Promotion zum Dr. med. Von 1968 bis 1972 absolvierte er die Facharztausbildung im Fachgebiet Pharmakologie und Toxikologie am Institut für Pharmakologie der Universität Halle. 1978 erwarb er die Subspezialisierung für Klinische Pharmakologie am Institut für Pharmakologie der Medizinischen Akademie „Carl-Gustav-

Carus“ in Dresden, in dem er von 1972 bis 1992 wissenschaftlicher Mitarbeiter war.

Zwischenzeitlich führte Prof. Dr. Terhaag Studien zu seinem experimentellen wissenschaftlichen Thema „Arrhythmien im Tierexperiment“ – 1968 auch jeweils mehrere Wochen in Ungarn und Jerewan (bei Prof. Szekeres bzw. Dr. Papp) durch. Daneben forschte er in Dresden über „Ausscheidung von Arzneimitteln durch die Galle beim Menschen“ – hierzu verfasste er auch seine Habilitationsschrift – und für Phase-III-Studien zu Arzneimittelwirkungen verschiedener Medikamente im oberen Magen-Darm-Trakt, im Fettstoffwechsel und am Herz-Kreislauf-System sowie zur Bioverfügbarkeit von Arzneimitteln auf verschiedenen Behandlungsgebieten.

Besondere Prägung in seiner beruflichen Laufbahn erfuhr Prof. Dr. Terhaag durch die langjährige Zusammenarbeit mit seinem Lehrer und Chef Prof. Dr. med. Karl Feller.

80 wissenschaftliche Arbeiten und 85 wissenschaftliche Vorträge belegen auch seine ausgezeichneten fachlichen Forschungsergebnisse. 1982 wurde er Dozent für Klinische Pharmakologie in Dresden. 1988 bis 1989 erhielt er eine Professur mit Lehrauftrag für Pharmakologie und Toxikologie für das Gondar College der medizinischen Wissenschaften in Addis Abeba und 1989 eine außerordentliche Professur für Klinische Pharmakologie und Toxikologie in Dresden.

Er ist Mitglied in mehreren wissenschaftlichen Fachgesellschaften.

Seit 1992 arbeitet Prof. Terhaag in der Pharmakologischen Industrie, 1982 bis 2001 als Leiter für Medizini-

sche Forschung im Arzneimittelwerk Dresden gGmbH und seit 2001 als Leiter der Medizinischen Forschung bei AWD.pharm GmbH & Co.KG., somit weit in das Ruhestandsalter hinein.

Seit der Gründung der Ethikkommission der Sächsischen Landesärztekammer vor mehr als 20 Jahren ist Prof. Dr. Terhaag ehrenamtlich berufspolitisch tätig und Mitglied dieser Kommission, seit Beginn auch stellvertretender Vorsitzender.

In dieser Tätigkeit bringt er sein großes fachliches Wissen und seine hohen Kenntnisse in ethischer und berufspolitischer Bewertung von Arzneimittelstudien ein und leistet eine umfangreiche und hochqualifizierte Arbeit, die auch für alle Kommissionsmitglieder eine große Bereicherung bedeutet.

So ist er uns in seiner zuverlässigen Bewertungsarbeit klinischer Studien auch immer Vorbild.

Ich persönlich möchte ihm für diese Arbeit in der Ethikkommission besonders herzlich danken.

Einen großen Rückhalt für seine beruflichen und ehrenamtlichen Tätigkeiten fand und findet Prof. Dr. Terhaag bei seiner verständnisvollen Ehefrau, musischen Ausgleich in der Kunst, besonders bei klassischer Musik und bei moderner und klassischer Literatur.

Wir wünschen ihm weiterhin beste Gesundheit, Glück in seiner Familie, Erfolg bei weiterer beruflicher Tätigkeit und freuen uns auf seine auch zukünftige aktive Mitarbeit in der Ethikkommission der Sächsischen Landesärztekammer.

Prof. Dr. med. habil. Rolf Haupt, Leipzig

Edvard Munch

Entoptische Wahrnehmungen bei dem norwegischen Maler Edvard Munch (1863 bis 1944)

Munch ist in der bildenden Kunst ein Wegbereiter des malerischen Expressionismus.

Die eigentliche bedeutende Wertschätzung des Künstlers war um 1900. Unter anderem hat ein Lübecker Augenarzt, Dr. Max Linde, die einmalige expressionistische Ausdrucksweise Munchs erkannt.

1902 wurde Linde eine Mappe mit 36 Radierungen angeboten, die er alle begeistert kaufte. Der deutsche in Lübeck praktizierende Augenarzt verhalf dem norwegischen Maler zu ersten Erfolgen und bahnbrechendem Durchbruch. Eine enge Lebensfreundschaft entstand zwischen Linde und Munch.

Nach 1904 wurde Munch in den Lübecker Blättern als umstrittener, flüchtiger und oberflächlicher Künstler stark angegriffen, aber Linde war von Munchs Arbeiten so fasziniert, dass er eine Schrift veröffentlichte mit dem Titel: „Edvard Munch, die Kunst der Zukunft“.

Von 1905 bis 1920 war Munch oft erkrankt, hatte große Alkoholprobleme und war wegen Nervenzerrüttung in psychologischer Behandlung. Nach stationärem Aufenthalt in einer Nervenklinik lebte er zurückgezogen in seiner norwegischen Heimat.

Mitte der 20er-Jahre erfolgte die Ernennung zum Mitglied der Deutschen Akademie der Künste und zum Ehrenmitglied der Bayerischen Akademie der Bildenden Künste.

1937 musste er schreckliches mit seinen Arbeiten erleben. In Deutschland wurden während des Nazi-Regimes 82 Munchwerke als „entartet“ aus den Museen verbannt, meist ins Ausland verkauft oder im Museumsdepot versteckt.

1942 fanden erste Ausstellungen in den Vereinigten Staaten von Amerika statt.

Am 23. Januar 1944 starb Munch mit über 80 Jahren.

Es war sein Verdienst, der Kunst eine neue Ausdrucksweise zu zeigen.

Im Gesamtwerk Munchs sind die Porträts und farbenprächtigen Landschaften bis etwa 1900 hell und freundlich, nach 1910, wie auch zeitweise in seiner Jugend, ist eine düstere und melancholische Zeit. Teils Verzweiflung, teils Wahnsinn ist bei seinen Arbeiten ein prägendes Symbol für Angst und Apokalypse. Beispielsweise entstand Munchs „Schrei“ etwa 1910. Alle Bilder von Munch zeigen eine intensive Farbkombination in einer geradezu brutalen Ausführung und weisen auf einen der wichtigsten Vertreter des Expressionismus, einen der Pioniere der modernen Kunst.

Entoptische Wahrnehmungen, ein seltener Begriff, sind visuelle Phänomene, die Strukturen unserer eigenen Augen erkennen lassen. Beispielsweise bringen Patienten Aufzeichnungen von Glaskörpertrübungen, die sie wahrnehmen, mit in die Praxis, um dem Augenarzt zu zeigen, was sie auffällig sehen. Hier wäre die volkstümliche Redewendung angebracht: „Ich seh etwas, was du nicht siehst.“

1930, Munch war 67 Jahre alt, hatte Bluthochdruck, bemerkte er ein plötzliches Nachlassen der Sehkraft seines rechten Auges, es war sein besseres Auge. Eine intraokulare Blutung wurde diagnostiziert, Munch war zutiefst beunruhigt. Die Aufzeichnungen aus dieser Zeit sprechen für die Angst, die Sehkraft ganz zu verlieren. Glücklicherweise stellte sich in den folgenden Monaten wieder eine gute Sehleistung ein. Munch stellt in einem Aquarell sein entoptisches Bild von der Glaskörperblutung des rechten Auges dar, sein linkes Auge verdeckt er. Die Größe der dunklen Stelle und die totenkopffähnliche Gestalt, welche er wahrnimmt und aufzeigt weisen auf die schicksalhafte Bedeutung dieser Blutung für den Maler hin.

Auf einer weiteren Pastellzeichnung ist ein großer dunkler Vogel mit kleinem Kopf und Schnabel interessant (für den Fachmann in der Beurteilung des Ultraschallbildes oder bei der Funduskopie eines kranken



Munch, Edvard
Selbstdarstellung und entoptisches Bild, 1930
(c) The Munch Museum / The Munch Ellingsen Group / VG Bild-Kunst, Bonn 2011

Auges mit intraokularer Trübung Ausdruck einer hinteren peripapillären Glaskörperabhebung, auch als Martegiani-Ring bezeichnet). Eine Interpretation des Bildes zeigt die psychische Verfassung und die Angst des Künstlers vor einem eventuell drohenden Sehverlust.

Munch hat weitere Darstellungen von seinen wahrgenommenen Trübungen angefertigt, eine Demonstration der Besonderheiten des Krankheitsverlaufes.

Nach allmählicher Resorption der Blutung fühlt sich Munch froh und erleichtert. In einer Bleistift-Aquarell-Zeichnung schwebt der „Vogel“ oben peripher am Himmel, vom massigen Körper des früheren Fantasiertieres seiner Pastellzeichnung sind nur noch Reste vorhanden.

Munch kann sich erleichtert wieder seinen künstlerischen Arbeiten widmen.

„Max Brödel: The man who put art into Medicine“*

Department of “Art as Applied to Medicine” der School of Medicine der Johns Hopkins Universität in Baltimore/Maryland feierte in 2011 seinen 100. Jahrestag und gleichzeitig wurde des 70. Todestages seines Gründers Max Brödel gedacht.

1911 wurde das erste und damals einzigartigste Institut in der Welt für medizinische Grafik an der Universität in Baltimore aufgebaut. Max Brödel war der Spiritus Rektor und leitete das Departement bis 1940. Max Brödel ist in den USA und über die Grenzen hinaus eine hoch angesehene künstlerische und kollegiale Persönlichkeit und war als Professor

ein äußerst begehrter Lehrer und Berater. Die diesjährigen Ehrungen in den Staaten sollen Anlass sein, auch in Sachsen an Leben und Werk von Max Brödel zu denken und es zu würdigen.

In der Medizinischen Enzyklopädie wird M.Brödel als der Begründer der modernen medizinischen Illustration deklariert. Er gilt als legitimer Nachfolger von Leonardo da Vinci (1452 bis 1518) und Andreas Vesal (1514 bis 1564), der mit einem Tizianschüler zusammen das Werk „De humani corporis fabrica“ herausgab. Max Brödel krönte die medizinische Illustration mit der Schaffung eines eigenen Berufstandes und selbständigen Institutes.

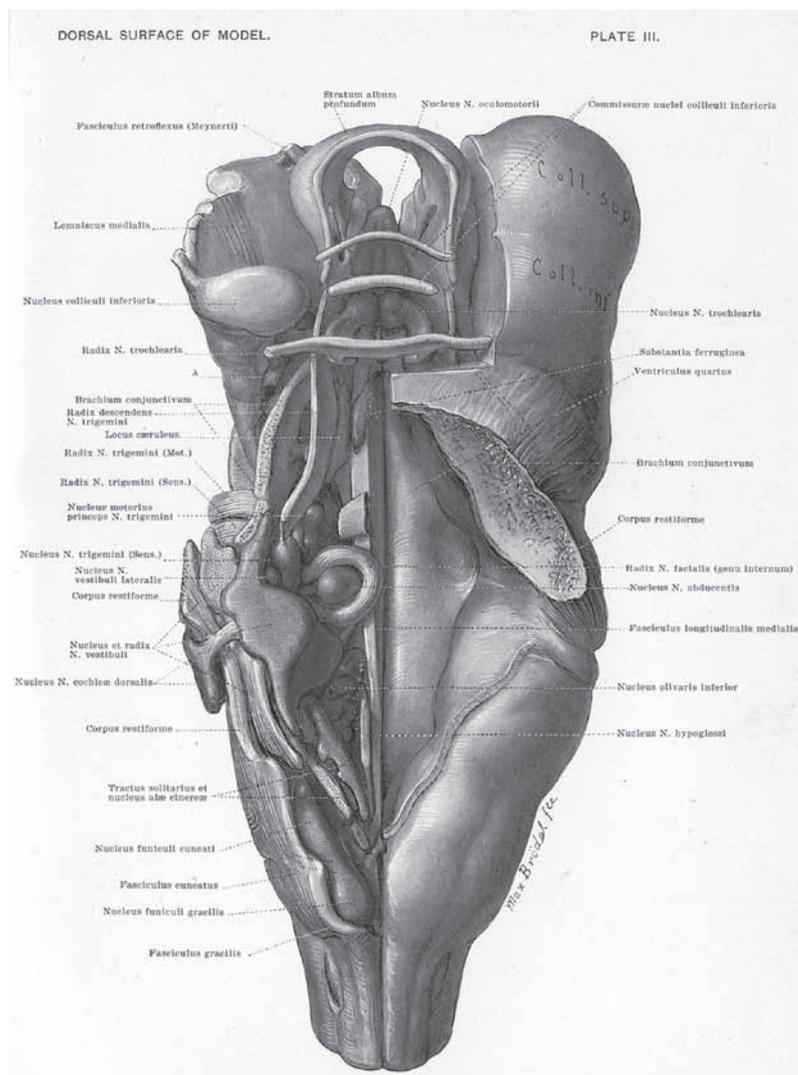
Wollen wir zunächst einen Blick auf sein engagiertes und schaffensreiches Leben werfen. Paul Heinrich

Max Brödel wurde am 08.06.1870 in Leipzig geboren. Sein Vater war Klavierbauer bei der Firma Steinweg. Nach dem Willen des Vaters sollte der einzige Sohn Pianist werden, deshalb bekam er ab dem 6. Lebensjahr Klavierunterricht. Hier soll schon erwähnt werden, dass Max durchaus auch sehr gute pianistische Fähigkeiten hatte, und er bis ins hohe Alter auch dem Piano treu blieb. Im 15. Lebensjahr entschloss sich aber der junge Max für eine künstlerische Laufbahn als Grafiker. Er trat in die Königliche Kunstakademie zu Leipzig ein und studierte dort bis 1890. Dasselbst erlernte er alle Techniken, die für die grafische Gestaltung notwendig waren und natürlich auch die künstlerische Darstellung. Entscheidend für die Weiterentwicklung und Hinwendung zur medizinischen Illustration war die Begegnung mit dem Physiologen Prof. Carl Ludwig, der den talentierten M. Brödel für grafische Arbeiten auf dem Gebiet der Anatomie und Histologie auswählte. Wir wollen daran denken, dass das Physiologische Institut unter C. Ludwig Weltruhm erlangte und Studierende aus aller Welt anzog. Erwähnt seien nur die Gründungsväter der J. Hopkins University School of Medicine der Pathologe Welch, der Anatom Franklin P. Mall und der Pharmakologe John J. Abel.

In diesem Leipziger Institut wurden die Grundlagen der experimentellen Physiologie gelegt. Hier erlernte M. Brödel die anatomischen, histologischen und physiologischen Grundlagen für sein gesamtes Lebenswerk. Äußerst beflügelnd war der offene und freie Forschungsgeist im Institut. C. Ludwigs Arbeitszimmer war Treff- und Diskussionspunkt für Gelehrte anderer Fakultäten und auch anderer Länder, wo alle Fragen offen diskutiert werden konnten.

Von 1890 bis 1892 musste M. Brödel seinen Militärdienst in der Albertkaserne in Dresden ableisten. Allerdings konnte er hauptsächlich Zeichenarbeiten und Portraitierungen ausführen, was aber auch durch Krankheiten bedingt war.

1893 bewarb sich M. Brödel um eine Stelle bei C. Ludwig, wo er dann Zeichnungen für Darstellungen der



Sabin, Florence R. and Max Brodel. An Atlas of the Medulla and Midbrain. Friedenwald Company, 1901 – zu sehen: Dissected medulla and midbrain, dorsal surface (sezierte Medulla und Mittelhirn, Dorsalfläche) Quelle: Wikimedia Commons

Anatomie und Physiologie fertigte. Er arbeitete daneben aber auch für die Anatomen His, Braune und W. Spalteholz. 1895 erschien in Leipzig der „Handatlas der Anatomie des Menschen“ von Prof. W. Spalteholz. Nachweislich war aber der Hauptillustrator für dieses Werk mit etwa 700 Abbildungen Bruno Héroux (geb. in Leipzig 1868, er studierte ebenfalls an der Königlichen Kunstakademie und Kunstgewerbeschule in Leipzig, gest. 1944 in Lpz.). Auch weitere Künstler, die für W. Spalteholz arbeiteten, kamen aus der Kunstakademie.

Der oben erwähnte F. P. Mall erkannte das große Talent M. Brödel und berief ihn nach Baltimore. Sicherlich sind hier auch andere Gründe zu nennen: zum Beispiel Abenteuerlust, Aufbruch in die „Freiheit“, finanzielle Sorgen sind auch nicht ausgeschlossen und das hohe Alter seines Mentors C. Ludwig, der 1895 starb.

Im Januar des Jahres 1894 brachte ihn die „Dresden“ über das große Wasser nach Baltimore, wo sich Mall um ihn bemühte.

Ein Jahr zuvor wurde gerade die School of Medicine gegründet. In der Fakultät wurden erstmalig in den Staaten die Methoden und Prinzipien deutscher Forschung, Lehre und Patientenbetreuung übernommen. Max Brödel kam also in eine Forschungs- und Lehrinstitution, in deren leitenden Funktionen Professoren waren, die hauptsächlich in Deutschland ausgebildet wurden, was wiederum bedeutete, dass dort ein fortschrittlicher und freiheitlicher Geist herrschte, der mit Forscherdrang und Enthusiasmus angefüllt war. Brödel stürzte sich in die Arbeit und vertiefte seine anatomischen und pathologischen Kenntnisse im Seziersaal und in den Operationssälen der Kliniken. Er begann erst seine grafischen Ausführungen, wenn er auch das kleinste Detail studiert und erkannt hatte. Seine Akribie, Detailtreue und rückfragenden Klärungen brachten ihn das Vertrauen und die Zuneigung der Klinikleiter ein. Zur Darstellung von Venen und Arterien führte er neue und farbgebende Injektionstechni-

ken ein. Brödel arbeitete für alle Fachrichtungen, die eine grafische Darstellung benötigten (zum Beispiel Chirurgie, Urologie, Gynäkologie, Anatomie, Pathologie, HNO, Augenabt., Neurochirurgie). Im Archiv und Museum der Universität Baltimore (MUM) werden etwa 1000 Originalgrafiken von M. Brödel observiert. Als erster hat er die Blutversorgung der Nebenschilddrüsen grafisch dargestellt, nachdem sie von Halsted beschrieben worden war. 1911 erfolgte erstmals die Gründung des Departement „Art as Applied to Medicine“ in der USA und weltweit, das M. Brödel bis 1940 erfolgreich leitete und beispielgebend für andere Institute wurde. Namhafte Schüler und Schülerinnen absolvierten das Institut u.a. auch Ranice Crosby, die die Leitung des Institutes nach 1943 übernahm und eine ausgezeichnete Monografie über das Leben und Werk von M. Brödel mit dem Titel „The man who put art into Medicine“ schrieb, hierzulande kaum bekannt.

Brödel sagte: „Copying is not medical illustrating. In a medical drawing, full comprehension must precede execution.“ Durch die Praktizierung dieses Grundsatzes konnte er größtmögliche Detailtreue erzielen. Man muss aber auch wissen, dass zu Brödels Zeiten noch keine guten Farb reproduktionen möglich waren, deshalb entwickelte er selbst eine neue Methode, um die Schwarz-Weiß-Grafik (Bleistift, Feder und Tinte) plastischer erscheinen zu lassen.

Mit der „carbon dust method“ konnte er auch gute Farbabstufungen und Lichteffekte an der Oberfläche erzeugen. In meisterlicher Perfektion konnte er den visuellen Anblick auf die Gewebe mit den topografischen und chirurgischen Erfordernissen verbinden. Er suchte die jeweiligen besten Perspektiven und Wiedergabemöglichkeiten sorgsam aus. Auch der Lernende, Studierende sollte auf einen Blick die Situation oder die operative Methode erfassen können. Es ist einfach bewundernswert, wie sich Brödel als medizinischer Laie in die Anatomie und chirurgischen Methoden hineinversetzen konnte. Er selbst forderte:

„The artist must first fully comprehend the subject matter from every standpoint; anatomical, topographical, histological, pathological, medical and surgical ... A clear and vivid picture always must precede the actual picture on paper“. Brödels Werk ist in Europa wenig bekannt. Mit viel Freude und Staunen kann der interessierte Leser aber im Internet einige Blätter einsehen. Die Klarheit und Schönheit der Blätter ist sofort erkennbar und beeindruckt den Betrachter. Mit anatomischer Vorbildung kann man sich in jedes Detail versetzen und erkennen. Es ist einfach erstaunlich, dass man die farbige Darstellung nicht primär vermisst. Die Schönheit, Einprägsamkeit und Sauberkeit der Grafik ist einfach im medizinischen Bereich unübertroffen. M. Brödel hat mit seinem Wirken und Schaffen neue Maßstäbe und Grundlagen gelegt. Lehre und Praxis waren für ihn immer wieder Herausforderungen und Wege der Weiterentwicklung. Dr. Frank Netter (1906 bis 1991, auch deutscher Abstammung) hat ebenfalls die medizinische Illustration in den Staaten weiterentwickelt, den größeren künstlerischen Wert kann ich aber in den Blättern von M. Brödel erkennen. Sein Gesamtwerk, einschließlich verschiedener Monografien wird weiterhin grafisch und anatomisch interessierte Mediziner begeistern. Seine Prämissen und sein Arbeitsstil bleiben beispielgebend für weitere Generationen von Illustratoren in der Medizin. Natürlich wollen wir auch achtungsvoll die neuen Möglichkeiten der Computertechnik, u.a. 3D-Darstellung, Animationen mit Einblick in die Tiefe anatomischen Aufbaus und verschiedenster Op.-Techniken, verwenden und würdigen, dennoch ist und bleibt M. Brödel ein Wegbereiter moderner, exakter, proportionsgerechter, detailgetreuer Darstellung medizinischer und anthropologischer Methoden und Probleme.

Literatur beim Verfasser

Dr. med. Ernst Wirth, Bischofswerda

(*Crosby, R. W. and Cody, J.: Max Brödel: The Man Who Put Art Into Medicine. New York: Springer-Verlag, 1991)

Gudrun Trendafilov – Vom Finden

Das Motto „Vom Finden“, das Gudrun Trendafilov (geboren 1958 in Bernsbach) für ihre Ausstellung in der Sächsischen Landesärztekammer wählte, weist nicht zuletzt auf ihr künstlerisches Vorgehen. Am Beginn steht oft ein Tusche- respektive Farbfleck, aus dem heraus sie Formen von menschlichen, meist weiblichen Körpern oder Körperfragmenten entwickelt. Teils unter Hinzusetzen von weiteren Farben, vor allem aber feinen geschwungenen Linien, die Gesichtszüge und Figuren herausarbeiten, „findet“ sie ihre Bildgestal-

ten. Diese scheinen für die Schönheit an sich zu stehen. Auf phantasievolle, manchmal nahezu entrückte Weise drücken sie eine allgemeine Sehnsucht nach menschlicher Harmonie aus – hinweg über alle Brüche, die die Zeitumstände mit sich bringen. Es passt zum anrührenden Erscheinungsbild der Werke, wenn die Dresdner Kunstwissenschaftlerin Karin Weber unlängst vom „imaginativen Symbolismus“ Gudrun Trendafilovs sprach. Diesbezüglich wiederum ergeben sich durchaus Berührungspunkte mit dem Schaffen der nahezu gleichaltrigen Angela Hampel, wobei deren Ausdrucksmittel auch heute noch expressiver, ja explizit fordernder, erscheinen.

Ihre partiellen Berührungspunkte wiederum beruhen auf teils ähnlichen Prägungen und Erfahrungen. Denn auch die seit 1990 in Nürnberg lebende, aber nach wie vor ebenfalls in Dresden wirkende Gudrun Trendafilov erwarb ihr Diplom an der Hochschule für Bildende Künste Dresden (1976 und 1981). Die Besonderheit ihrer Handschrift, das Herausarbeiten von Figurativem aus einem Farbgrund mit meist zarten Linien, mag darin begründet sein, dass ihr wesentlicher Lehrer der Zeichner und Grafiker Gerhard Kettner war. Zugleich mag sie das Bedürfnis geerbt haben, freier als dazumal üblich mit der menschlichen Figur umzugehen.



Gebirge, 2010, Mischtechnik auf Leinwand, 90 x 120 cm

Ihre künstlerische Orientierung reifte in einer Zeit, in der viele die uneingelösten „Versprechen“ des realen Sozialismus deutlicher als je wahrnahmen. Dazu gehörten auch die Schwachstellen der proklamierten Gleichstellung der Geschlechter. Hier sind die Wurzeln der in den Wende-monaten gebildeten, nach wie vor aktiven Dresdner Sezession 89 zu suchen, einer Vereinigung von Künstlerinnen, zu deren Gründungsmitgliedern unter anderem Angela Hampel, Gerda Lepke und eben Gudrun Trendafilov gehörten. Wie diese ist auch Letztere deutschlandweit mit Ausstellungen hervorgetreten, kann auf Arbeiten unter anderem in Museen und Sammlungen in Dresden, Erlangen, Frankfurt/Oder, Köln und Leipzig verweisen.

Dr. sc. phil. Ingrid Koch, Dresden

Ausstellung im Foyer und der 4. Etage der Sächsischen Landesärztekammer vom 17. November 2011 bis 15. Januar 2012, Montag bis Freitag 9.00 bis 18.00 Uhr, Vernissage: 17. November 2011, 19.30 Uhr.