

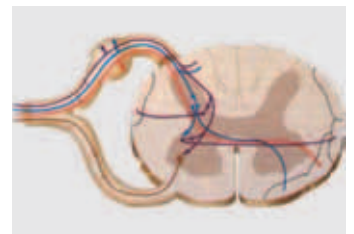
Editorial	Ärzte bewerten ihre Ärztekammer	48
Berufspolitik	Mitgliederbefragung der Sächsischen Landesärztekammer	48
	Gedanken zum Patientenrechtegesetz	53
	Perspektiven für junge Ärzte	54
	Evaluation der Weiterbildung in Deutschland	55
	Ergebnisse jetzt öffentlich	56
	Zweitmeinung im Internet	56
	Goldenes Doktordiplom	56
	Berufungen	56
	MFA auf KarriereStart 2012	57
	Umfrage des Ausschusses Senioren	57
Amtliche Bekanntmachung	SMF genehmigt Festsetzung der Kammerbeiträge 2012	58
Gesundheitspolitik	40 Jahre „Ärzte ohne Grenzen“ Verschreiben von Betäubungsmitteln	59 60
Hygiene aktuell	Meldepflicht für übertragbare Krankheiten	61
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	63
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Konzerte und Ausstellungen	62
	4. Senkung des Kammerbeitragssatzes	64
	Verfahren für die Feststellung von Behinderungen	64
	Einladung zum Seniorentreffen KÄK Dresden	64
	Zwickauer Ärzteball	65
	Tanz in den Frühling der KÄK Leipzig (Land)	65
Originalie	Was ist Osteopathie?	66
Leserbriefe	Dr. med. Schumann / PD Dr. med. Prager / Prof. Dr. med. Spanel-Borowski / Dr. med. Müller / Prof. Dr. med. Bigl	68
Personalia	Verdienstkreuz an Prof. Dr. med. habil. Reinhard Ludewig	70
	Prof. Dr. med. habil. Karl Bilek	71
	zum 80. Geburtstag	71
	Jubilare im März 2012	72
	Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Harro Seyfarth	74
Medizingeschichte	Florence Nightingale	75
Feuilleton	20 Jahre Erfahrungen als Kursleiter	78
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – April 2012	



Weiterbildungsveranstaltung für junge Ärzte
Seite 54



MFA auf KarriereStart 2012
Seite 57



Was ist Osteopathie?
Seite 69



Florence Nightingale
Seite 75

Titelbild: Medizinische Versorgung von Flüchtlingen in Ruanda 1994
Foto: MSF

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

Ärzte bewerten ihre Ärztekammer

Gesamtnote 2,4 für die Sächsische Landesärztekammer



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

Die Aufgaben der Sächsischen Landesärztekammer sind umfangreich und anspruchsvoll. Sie unterliegen der kontinuierlichen kritischen Wertung durch die Ärzteschaft. Die Mitarbeiter und der Vorstand sowie alle engagierten Ärzte aus den Gremien der Sächsischen Landesärztekammer hören sie oft, diese Kritik an der Arbeit der ärztlichen Selbstverwaltung. Aber nicht nur die Kammermitglieder im Allgemeinen sondern auch Patienten und nicht zuletzt die ehrenamtlich tätigen Ärzte in diesem Haus gehören zu den besonders kritischen Beobachtern, wenn es um den Service oder die Aufgabenerfüllung der Sächsischen Landesärztekammer geht. In fast jeder Vorstands-

oder Ausschusssitzung wird die eine oder andere kritische Meinung zu den einzelnen Bereichen oder zu den Veranstaltungen und sonstigen Informationsangeboten geäußert. Ein beliebtes Vorurteil spiegelt sich in der Äußerung „Das Ärzteblatt Sachsen liest sowieso niemand“. Regelmäßige Leserbefragungen widerlegen dieses Vorurteil eindeutig.

Aber wie lautet die Meinung der Kammermitglieder zu Service, Flexibilität und Bürokratie? Dazu gab es bisher nur stark subjektiv geprägte Einzelmeinungen, aber keine fundierten Belege. Auch die anderen 16 Ärztekammern in Deutschland haben keine Antworten, da dort ebenfalls noch nie ein solches Meinungsbild erhoben worden ist. Wir wissen heute viel über die Berufszufriedenheit der Ärzte, über die Situation in der Weiterbildung, über Studienbedingungen – aber nichts über die Einstellung der Mitglieder zur Ärztekammer.

Höchste Zeit also, in der mittlerweile 20-jährigen Geschichte der Sächsischen Landesärztekammer, die Kammermitglieder danach zu befragen. Um eine Einschätzung der Zufriedenheit mit der Arbeit der Sächsischen Landesärztekammer zu erhalten, hat der Vorstand 2011 den Beschluss gefasst, eine repräsentative Befragung durchzuführen. Hauptziel der Mitgliederbefragung war, eine erste Einschätzung zur Wahrnehmung der Sächsischen Landesärztekammer, insbesondere im Hinblick auf die Ange-

bote und die Serviceleistungen zu erhalten. Die Ergebnisse sollten dazu beitragen, sowohl Stärken als auch wahrgenommene Schwächen aufzudecken, um sich kritisch mit den Ergebnissen in den Gremien und der Verwaltung auseinanderzusetzen und um daraus Schlussfolgerungen für die Arbeit der Sächsischen Landesärztekammer zu ziehen. Zugleich bestand die Chance, ein partikular geprägtes vorherrschendes Meinungsbild zu bestätigen oder zu widerlegen.

Um das Anliegen der Untersuchung im Jahr 2011 zu realisieren und gleichzeitig die Teilnahmebereitschaft der Ärzte zu erhöhen, wurde durch den Vorstand in Zusammenarbeit mit Kommunikationswissenschaftlern ein 3-seitiger Fragebogen entwickelt. Der Fragebogen umfasste drei Bereiche:

- „Zufriedenheit mit der Arbeit der Sächsischen Landesärztekammer“,
- „Kommunikation mit der Sächsischen Landesärztekammer“,
- „Sozio-Demografie“.

Dank einer Rücklaufquote von rund 30 Prozent und nach erfolgter wissenschaftlicher Auswertung können nun in diesem Ärzteblatt die wichtigsten Ergebnisse präsentiert werden. Sie sind ein weiterer Ansporn zur Verbesserung unserer Arbeit in der ärztlichen Selbstverwaltung.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Mitgliederbefragung der Sächsischen Landesärztekammer

Auf Basis einer geschichteten Zufallsstichprobe wurden 3.092 Ärzte im Rahmen einer schriftlichen Befragung von September bis Oktober 2011 um ihre Meinung zu den Angeboten und Serviceleistungen der Sächsischen Landesärztekammer gebeten. Die Rücklaufquote betrug 28% (N = 864) und ist hinsichtlich

des Alters, des Geschlechts und der Tätigkeit der Befragten repräsentativ.

Zufriedenheit mit der Arbeit der Sächsischen Landesärztekammer

Die befragten Ärzte wurden gebeten, die Sächsische Landesärztekammer in Bezug auf verschiedene Eigenschaften wie Flexibilität, Innovation oder Professionalität und Bürokratie einzuschätzen. Die Spektren lagen jeweils zwischen zwei Gegensatzpaaren (zum Beispiel innovativ – konservativ) und waren von den

Befragten auf einer Fünferskala zu beurteilen, wobei die „1“ dem jeweilig positiven Pol „voll und ganz“ entsprach und die „5“ dem jeweilig negativen Pol. In Abbildung 1 ist zu sehen, dass die Befragten die Stärken der Landesärztekammer vor allem in ihrer Freundlichkeit (Mittelwert 1,75), ihrer Professionalität (Mittelwert 2,15), ihrer Hilfsbereitschaft (Mittelwert 2,24) sowie ihrer Mitgliederorientierung (Mittelwert 2,5) sehen. Entwicklungspotenziale nehmen die Befragten in den Spekt-

ren unbürokratisch-bürokratisch (Mittelwert 2,96), konservativ-innovativ (Mittelwert 2,91) und flexibel-unflexibel (Mittelwert 2,71) wahr.

Innovativ und flexibel: Eine Frage des Alters?

Die Einschätzung der Sächsischen Landesärztekammer als innovativ oder konservativ weist signifikante Zusammenhänge zum Alter der Befragten auf. Mediziner aus den Altersgruppen 30 bis 39 und 40 bis 49 betrachten die Ärztekammer in hohem Maß als konservativ, während vor allem Ärzte der Altersklassen 60 bis 69 und 70+ der Meinung sind, dass der Ärztekammer die Eigenschaft „innovativ“ zuzuschreiben ist. Unterschiede ergeben sich auch im Bezug auf den Arbeitsort und das Geschlecht: Ärzte aus den sächsischen Landkreisen empfinden die Kammer als innovativer (Mittelwert 39,8%) als ihre Kollegen aus den drei großen Städten Leipzig, Chemnitz und Dresden (Mittelwert 25,7%). Und 31,7% der Ärzte, aber nur 23,7% der Ärztinnen schätzen die Ärztekammer als konservativ ein. Ältere Ärzte (60 bis 69 und 70+) finden in hohem Maße, dass die Eigenschaft „flexibel“ teilweise oder voll und ganz zutrifft, während ein Drittel der Ärzte aus den Altergruppen 30 bis 39 und 40 bis 49 die Ärztekammer eher als unflexibel einschätzen.

Freundlich und professionell, aber zum Teil bürokratisch

Beim Spektrum freundlich – unfreundlich stimmen die Befragten über alle Altersklassen und unabhängig vom Arbeitsort und dem Geschlecht in hohem Maße zu, dass die Kammer gegenüber ihren Mitgliedern freundlich ist (Mittelwert 84,6%). Nur 2,4% der Befragten meinen, dass die Kammer unfreundlich ist.

Auch die Beurteilung der Kammer als hilfreich oder wenig hilfreich korreliert signifikant mit dem Alter der Befragten. Zwar stimmt die Mehrheit in allen Altersklassen zu, dass die Kammer hilfreich ist. Aber besonders die bis 29-Jährigen und die über 70-Jährigen sehen die Ärztekammer in hohem Maße als hilfreich an. Während immerhin rund 15% der

40 bis 49-Jährigen und rund 17% der 50 bis 59-Jährigen die Ärztekammer als wenig hilfreich einstufen. Die ärztliche Selbstverwaltung wird über alle Altersklassen hinweg mehrheitlich als professionell eingeschätzt, jedoch in besonders hohem Maße bei den bis 29-Jährigen, den 30 bis 39-Jährigen und der Altersklasse 70+.

Bei der Beurteilung des bürokratischen Handelns der Ärztekammer ergeben sich große, eindeutig signifikante Unterschiede zwischen den verschiedenen Altersklassen. Vor allem die 30 bis 39-Jährigen und die 40 bis 49-Jährigen bescheinigen der Ärztekammer ein bürokratisches Wesen, während die Altersklasse 70+ die ärztliche Selbstverwaltung überwiegend als unbürokratisch einschätzt.

Die bis 29-Jährigen sowie die 60 bis 69-Jährigen und die über 70-Jährigen schätzen die Kammer mehrheitlich als mitgliederorientiert ein, dagegen beurteilt fast ein Viertel der 40 bis 49-Jährigen und der 50 bis 59-Jährigen die Kammer als basisfremd. Auch hinsichtlich des Geschlechts ergeben sich Unterschiede: 22% der Ärzte stufen die Kammer als basisfremd ein, dies tun dagegen nur 13% der Ärztinnen.

Service der Sächsischen Landesärztekammer

In einer weiteren Frage sollten die Mitglieder einzelne Servicebereiche wie die Weiterbildung, die An- und Ummeldung, die Rechtsabteilung oder das Beitragswesen mit Schulno-



Abbildung 1: Wie schätzen Sie im Allgemeinen die Sächsische Landesärztekammer in Bezug auf die nachfolgenden Eigenschaften ein? (1=trifft voll zu; 5=trifft gar nicht zu; Mittelwerte)

ten von 1 bis 6 bewerten. Es bestand auch die Möglichkeit, auf eine Bewertung zu verzichten, wenn die jeweilige Abteilung dem Befragten nicht bekannt war. Alle Abteilungen erhielten eine Durchschnittsnote im Bereich 2,2 bis 2,68 und wurden demnach als gut bewertet (vgl. Abb. 2). Es zeigte sich, dass einige Bereiche, wie vor allem die Rechtsabteilung, der Bereich Medizinische Fachangestellte und die Gutachterstelle, einer Vielzahl der Befragten unbekannt sind.

Informationen über die Sächsische Landesärztekammer

Gefragt wurde auch, woher die Kammermitglieder Informationen über die Sächsische Landesärztekammer bekommen, wie zufrieden sie mit diesen Angeboten sind und über welche Wege sie zukünftig Informationen bekommen möchten.

Das am häufigsten genutzte Informationsangebot ist das „Ärzteblatt

Sachsen“: 84% der Befragten geben an, auf diesem Weg häufig Informationen über die Kammer zu erhalten. Allerdings zeigten sich dabei Unterschiede zwischen den Altersklassen: nur 57% der bis 29-Jährigen nutzen das Blatt häufig, während dies 87% der 60 bis 69-Jährigen und 94% der über 70-Jährigen tun.

Mit weitem Abstand an zweiter Stelle (29%) wird die Homepage häufig genutzt, um sich zu informieren (Abb. 3).

Informations- und Fortbildungsveranstaltungen

Informationsveranstaltungen werden am häufigsten von 60 bis 69-Jährigen Ärzten (26%) und ihren Kollegen aus der Altersklasse 70+ (29%) besucht, während jüngere Mediziner diese wesentlich seltener frequentieren. 40% der Krankenhausärzte und 43% der Ärzte in Behörden geben an, Informationen über die Ärztekammer nie bei Informationsveranstaltungen zu bekommen.

Auch die Fortbildungsveranstaltungen werden am häufigsten von älteren Ärzten als Informationsquelle genutzt: 27% der 50 bis 59-Jährigen, 30% der 60 bis 69-Jährigen und 31% der über 70-Jährigen gaben an, Informationen über die Ärztekammer häufig über Fortbildungsveranstaltungen zu erhalten, während dies von jüngeren Ärzten deutlich seltener angegeben wurde: nur 13% der

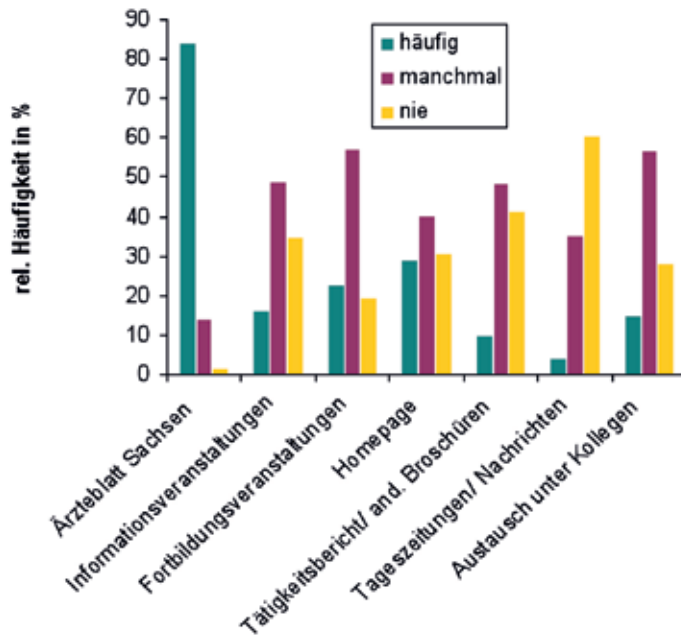


Abbildung 3: Nutzung der Informationsangebote der SLÄK

30 bis 39-Jährigen und 18% der bis 29-Jährigen bekommen Informationen über die Ärztekammer häufig bei Fortbildungsveranstaltungen.

Homepage

Die Homepage als Option für die Informationssuche zeigt signifikante Zusammenhänge mit dem Alter der Befragten. Mehr als die Hälfte der bis 29-Jährigen (57%) und der 30 bis 39-Jährigen (50%) nutzt die Homepage häufig. Bei den über 60-Jährigen ist dies umgekehrt: 54% der 60 bis 69-Jährigen und 57% der über 70-Jährigen nutzt die Homepage nie.

Tätigkeitsbericht und Broschüren

Der Tätigkeitsbericht und Broschüren werden nur von den über 70-Jährigen häufig genutzt, um Informationen über die Ärztekammer zu erhalten (22%). In allen anderen Altersklassen nutzen jeweils unter 10% den Tätigkeitsbericht und Broschüren häufig zu diesem Zweck. Zwischen 46% und 56% der 29-Jährigen bis 49-Jährigen tun dies nie.

Zufriedenheit mit den Informationsangeboten

Die Informationsangebote der Sächsischen Landesärztekammer waren mit einer Schulnote zwischen 1 und 6 zu bewerten bzw. konnte auch hier wieder auf eine Bewertung verzichtet werden, wenn den Befragten das Angebot nicht bekannt war. Am besten eingeschätzt wurde das Ärztblatt Sachsen, welches eine Durchschnittsnote von 2,15 erhielt, aber auch die Homepage (2,41) und die Fortbildungsveranstaltungen (2,50) erhielten eine gute Bewertung, während die Informationsveranstaltungen (2,76) und vor allem der Tätigkeitsbericht (3,02) etwas schlechter eingeschätzt wurden (Abb. 4).

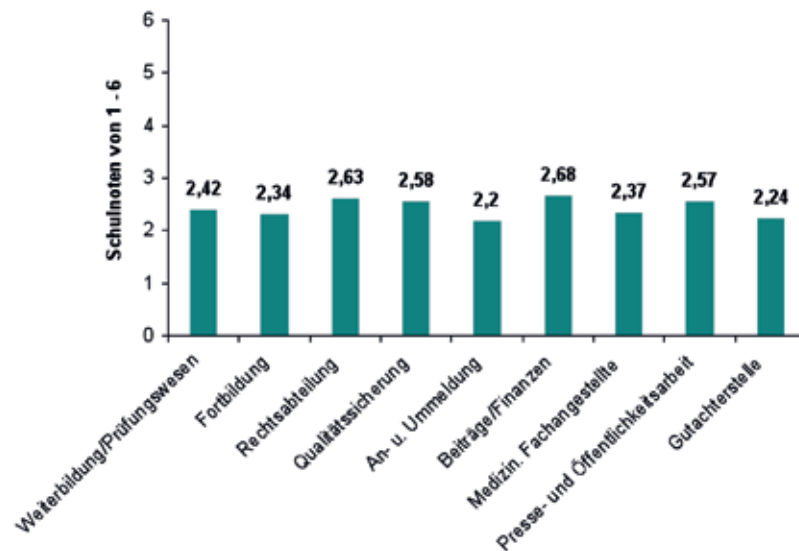


Abbildung 2: Durchschnittliche Bewertung der einzelnen Servicebereiche

Ärztblatt Sachsen

Besonders hohe Zufriedenheit mit dem „Ärztblatt Sachsen“ zeigen die 60 bis 69-Jährigen (sehr gut, gut:

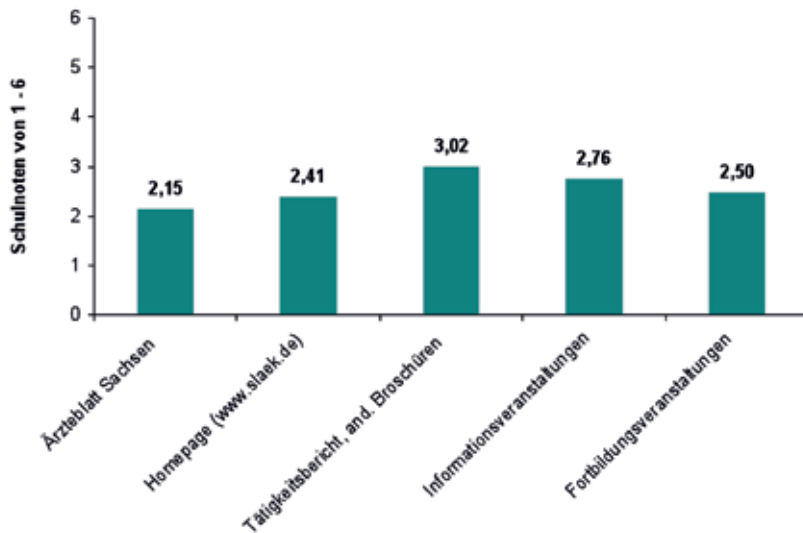


Abbildung 4: Einschätzung der Informationsangebote der SLÄK (Schulnoten von 1 – 6)

79%) und die über 70-jährigen (sehr gut, gut: 89%). In allen anderen Altersklassen finden zwar mehr als die Hälfte der Befragten das Blatt sehr gut bis gut, aber über 10% der 30 bis 39-Jährigen und der 40 bis 49-Jährigen schätzen das Ärzteblatt Sachsen als mangelhaft bis ungenügend ein.

Informationsveranstaltungen

53% der Ärztinnen und 40% der Ärzte finden die Informationsveranstaltungen sehr gut bis gut, 42% der Ärztinnen und 46% der Ärzte bewerten sie als befriedigend bis ausreichend.

Fortbildungsveranstaltungen

Auch die Fortbildungsveranstaltungen werden von Frauen etwas positiver bewertet als von Männern: 60% der Ärztinnen und 54% der Ärzte bewerten die Fortbildungsveranstaltungen als sehr gut bis gut, 35% der Ärztinnen und 36% der Ärzte schätzen diese als befriedigend bis ausreichend ein und 4% der Ärztinnen und 10% der Ärzte finden sie mangelhaft bis ungenügend.

Die Ergebnisse zeigen, dass das Ärzteblatt Sachsen das bekannteste Informationsangebot der Ärztekammer ist.

Andere Angebote, wie der Tätigkeitsbericht, Informationsveranstaltungen und die Homepage sind mehr als 30% der Befragten unbekannt.

Ausblick: Zeitschrift, E-Mail oder Newsletter

82% der Befragten geben an, das Ärzteblatt Sachsen auch zukünftig erhalten zu wollen, 35% möchten auch zukünftig die Homepage nutzen, während nur 7% auf den Tätigkeitsbericht und 2% auf die Kommunikation mittels Social Media Wert legen. Mögliche andere Informationswege wären themenspezifische Faltblätter. Diese werden von 22% der Befragten gewünscht. Die Kommunikation mittels E-Mail bzw. Informationen per Newsletter befürworten 19% der Befragten (vgl. Abb. 5).

Die Präferenzen für die Homepage sind zwischen den Altersklassen ganz unterschiedlich ausgeprägt. Mit

zunehmendem Alter nimmt die Zustimmung zur Homepage ab, sind es bei den bis 29-Jährigen noch 50%, die zukünftig Informationen über die Homepage erhalten möchten, so geben dies von den 60 bis 69-Jährigen und von den über 70-Jährigen nur noch rund 15% an.

Vor allem die jüngeren Befragten würden Informationen der Ärztekammer zukünftig auch per E-Mail oder als Newsletter erhalten wollen. 38% der bis 29-Jährigen und 31% der 30 über 39-Jährigen stimmten dem zu, während nur 11% der 60 über 69-Jährigen und 4% der über 70-Jährigen dies wünschen.

Der aktuell schon vorhandene Kommunikationsweg mittels Social Media weist geringe Zustimmungswerte in allen Altersklassen auf, allerdings befürworten jüngere Mediziner diese Plattformen eher als ihre älteren Berufskollegen.

Gesamteinschätzung Landesärztekammer

Die Ärzte sollten ihre Gesamtzufriedenheit mit der Ärztekammer noch durch die Vergabe einer Schulnote von 1 bis 6 einschätzen. Die durchschnittliche Bewertung durch die Kammermitglieder lag bei 2,4 und entspricht damit einer Einschätzung als „gut“. 15% der Mediziner schätzen den Service der Ärztekammer als sehr gut ein und fast die Hälfte der Befragten (49%) beurteilt diesen als gut. 23% empfinden ihn als befriedi-

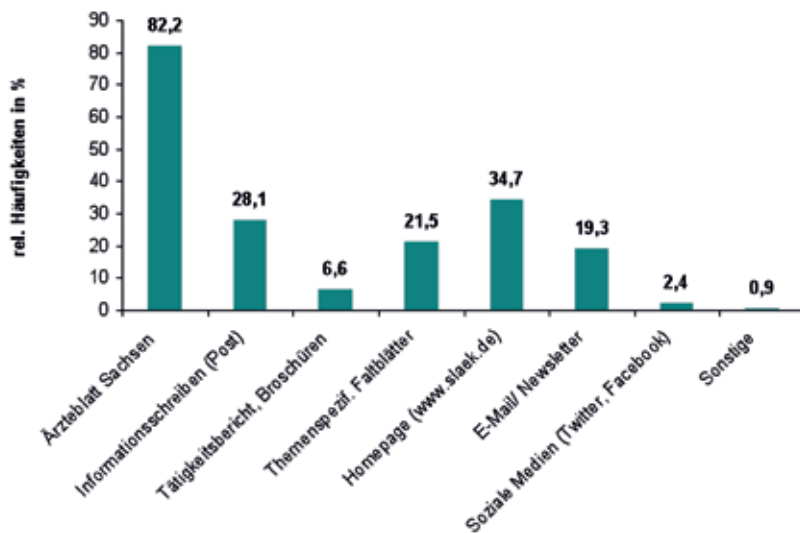


Abbildung 5: Von den Befragten gewünschte Kommunikationswege (Mehrfachnennung)

gend und 13% beurteilen den Gesamtservice als ausreichend bis ungenügend (vgl. Abb. 6).

Wünsche nach weiteren Dienstleistungen

40% der Befragten sind an Informationsblättern zu rechtlichen Themen interessiert und 27% an gesundheits- und berufspolitischen Informationen. 41% der Mediziner geben an, keine weiteren Informationen und Dienstleistungen von der Ärztekammer zu wünschen.

Standespolitisches Ehrenamt

Gefragt wurden die Kammermitglieder auch, ob sie bereit wären, sich ehrenamtlich für die Sächsische Landesärztekammer zu engagieren. Diese Frage beantworteten 12% der Befragten mit „ja“, 25% mit „vielleicht“ und 63%, mit „nein“ (N = 847). Die Bereitschaft zum Ehrenamt korreliert eindeutig mit dem Geschlecht: 17% der Ärzte, aber nur 7% der Ärztinnen antworteten mit „ja“. 28% der Ärzte gaben „vielleicht“ an, während dies nur 24% ihrer weiblichen Berufskollegen taten. Auch das Alter spielt hierbei eine Rolle: in der Altersklasse der 50 bis 59-Jährigen zeigt sich die höchste eindeutige Zustimmung zu einem solchen Amt, während 30 bis 40% der 30 bis 39-Jährigen und der 40 bis 49-Jährigen dies zumindest nicht ausschließen. Eine ausgeprägt hohe eindeutige Ablehnung findet

sich vor allem bei den bis 29-Jährigen, den 60 bis 69-Jährigen und der Altersklasse 70+.

Fazit

Die Befragung zeigt, dass der überwiegende Teil der Kammermitglieder mit den einzelnen Bereichen der Ärztekammer, aber auch mit der gesamten ärztlichen Selbstverwaltung zufrieden ist. Die Ergebnisse bestätigen eine grundsätzlich positive Wahrnehmung der Tätigkeit durch die Mitglieder. Die Einschätzung weist Zusammenhänge mit dem Alter und dem Geschlecht der Befragten auf: Ärztinnen und ältere Kammermitglieder bewerten die Ärztekammer am positivsten.

Entwicklungspotenziale zeigen sich für die Ärztekammer vor allem hinsichtlich einer flexiblen, innovativen sowie unbürokratischen Verwaltungstätigkeit. Auch die Bekanntheit einzelner Servicebereiche sollte gesteigert werden.

Die derzeit vorhandenen Kommunikations- und Informationswege werden nicht gleichermaßen gut angenommen und sind zum Teil nicht ausreichend bekannt. Insbesondere der Tätigkeitsbericht bekommt im Verhältnis zu anderen Informationsangeboten weniger gute Werte. Auch die unterschiedliche Einschätzung und Nutzung des „Ärzteblatt Sachsen“, der Homepage oder der Fortbildungsveranstaltungen in Abhängigkeit vom Alter der Befragten sind auffällig.

Ein Drittel der Mitglieder, darunter überwiegend Männer, kann sich vorstellen, ehrenamtlich für die Sächsische Landesärztekammer tätig zu werden und standespolitische Aufgaben zu übernehmen.

Eine vollständige detaillierte Auswertung der Mitgliederbefragung finden Sie als pdf-Dokument im Internet unter www.slaek.de.

Maxie Moder M.A.
Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

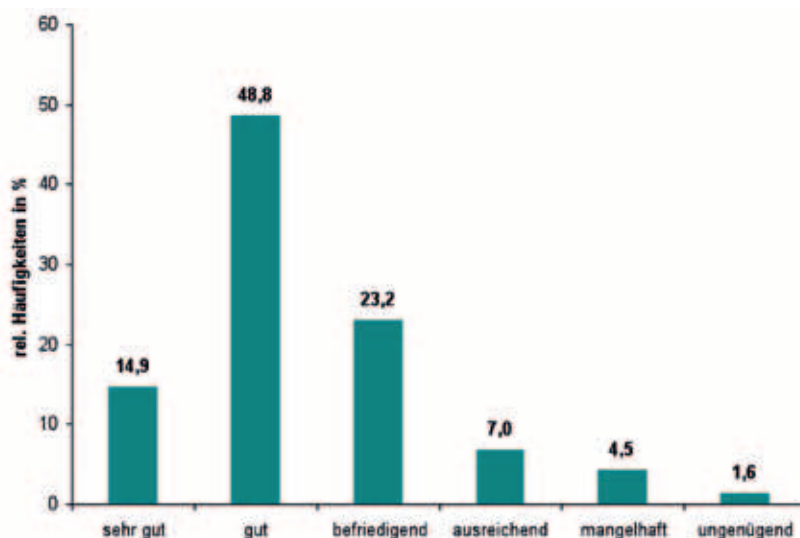


Abbildung 6: Zufriedenheit mit dem Gesamtservice der Sächsischen Landesärztekammer (N = 814)

Gedanken zum Patientenrechtegesetz

Vor kurzem legte die Bundesregierung den Entwurf für das Patientenrechtegesetz vor. Bei genauer Betrachtung muss man feststellen, dass „der Berg kreiβte und eine Maus gebar“. Im Wesentlichen werden verschiedene Paragrafen, die sich an unterschiedlichen Stellen des Bürgerlichen Gesetzbuches finden, zusammengefasst. Dies muss jedoch für die Ärzte kein Nachteil sein, da sie sich nicht an andere Verhältnisse gewöhnen müssen.

Die Regulierung von medizinischen Schadensfällen erfolgt weiterhin ausschließlich nach dem Arzthaftungsrecht. Der wichtigste Punkt ist, dass die Beweislastumkehr weiterhin nur bei schweren ärztlichen Fehlern in Kraft tritt. Hier hat sich glücklicherweise die Bundesjustizministerin durchgesetzt. Hätte man bereits bei leichten Fehlern eine Umkehr der Beweislast gefordert, wäre eine Lawine von Bürokratismen auf die Ärzteschaft zugekommen. Die Kliniken hätten mit einer Aufblähung ihrer Rechtsabteilungen reagieren müssen und das Gesundheitswesen wäre wieder etwas teurer geworden, ohne dass es jemandem genutzt hätte.

Die gesetzlich geforderte Dokumentationspflicht ist nichts Neues, wir Ärzte sind seit Jahren gewohnt, zu akzeptieren, dass nur eine dokumentierte Maßnahme als tatsächlich erfolgt betrachtet wird. Auch das Recht des Patienten, die Akten einsehen und vollständige Kopien erhalten zu können, ist eigentlich schon seit Jahren selbstverständlich.

Ein Vorteil für den Patienten besteht in der Forderung, dass die Krankenkassen ihn unterstützen müssen, tatsächlich einen Schadenersatz zu erhalten, wenn er denn Anspruch darauf hat. Auch die Forderung nach einer rechtzeitigen Bearbeitung von Anträgen muss als Vorteil für den Patienten betrachtet werden. Angestrebt sind Fristen von drei oder fünf Wochen (je nachdem, ob eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nötig

ist), nach denen über den Antrag des Antragstellers entschieden werden soll.

Kritisch zu bemerken ist die Tatsache, dass die Krankenkassen doch allzu sehr in die Bewertung von vermeintlichen Behandlungsfehlern involviert werden. Dies dürfte den bereits bestehenden Antagonismus zwischen Ärzteschaft und Kassen weiter vertiefen. Haben die Kassen bisher regelmäßig die Rechnungen der Ärzte, Kliniken etc. angezweifelt, dürften sie nunmehr mit der gleichen Energie vermeintliche Fehler nachweisen wollen. Mir ist nicht nachvollziehbar, warum nicht die Schlichtungs- oder Gutachterstellen der Landesärztekammern in die Pflicht genommen wurden, diese würden die Bearbeitung mit Sicherheit professioneller ausführen.

Für die Patienten dürfte es unbefriedigend sein, dass sie auch weiterhin nach schicksalhaft aufgetretenen schweren Schädigungen keinen Cent erhalten. Außerdem ist der Patient gezwungen, bei jeder Nachforschung wegen eines durch eine medizinische Maßnahme erlittenen Schadens einen konfrontativen juristischen Weg einzuschlagen, was das Arzt-Patient-Verhältnis nachhaltig zerstört. Wir haben uns von 2010 bis 2011 in einer Initiativgruppe der Sächsischen Landesärztekammer intensiv mit der in Deutschland üblichen Regulierung von Patientenschäden beschäftigt („Ärzteblatt Sachsen“, Heft 4/2011, S. 157 bis 160). Beim Vergleich mit anderen europäischen Ländern, aber auch mit der ehemaligen DDR, konnten wir feststellen, dass durchaus vernünftiger und für die Patienten günstigere Regelungen denkbar sind.

Diese reichen von der legendären EmU (Erweiterte materielle Unterstützung) bis zu den heute gültigen schuldunabhängigen Versicherungsregelungen in den skandinavischen Ländern oder den Fondsregelungen in Österreich. Leider werden derartige Lösungsmöglichkeiten bisher weder von den Politikern noch von den ärztlichen Vertretern der Bundesärztekammer in Betracht gezogen. Die sonstigen Forderungen des Patientenrechtegesetzes sind sicherlich vorbehaltlos zu akzeptieren. Ein Mitspracherecht von Patientenverbänden im Rahmen der Aufstellung oder der Anpassung von Bedarfsplänen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung dürfte die Wünsche der Bevölkerung bezüglich der medizinischen Versorgung sicher besser zum Ausdruck bringen als die alleinige Festlegung der Bedarfspläne durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen. Auch der erleichterte Ausstieg aus Hausarztverträgen und anderen Versorgungsformen lässt sich nicht beanstanden.

Zusammenfassend kann man konstatieren, dass das Patientenrechtegesetz ein vernünftiger Versuch ist, die Rechte von Patienten zu systematisieren und kodifizieren. Dennoch bleiben einige Punkte verbesserungswürdig. Es wäre wünschenswert, dass in der weiteren Diskussion die Gedanken der Ärzteschaft noch mehr integriert werden würden.

Prof. Dr. med. habil. Jens Oeken
Vorstandsmitglied der Sächsischen
Landesärztekammer

Perspektiven für junge Ärzte

Die Sächsische Landesärztekammer, die Krankenhausgesellschaft Sachsen, die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen und die Deutschen Apotheker- und Ärztekammer luden zum nunmehr vierten Mal Ärzte in Weiterbildung sowie PJ-ler zu einer Informations-, Beratungs- und Fortbildungsveranstaltung am 21. Januar 2012 in die Sächsische Landesärztekammer ein. Etwa hundert Ärzte, PJ-ler und andere interessierte Teilnehmer waren der Einladung gefolgt.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, begrüßte die Teilnehmer. Anschließend überbrachte Frau Heidrun Böhm vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz die Grußworte von Frau Staatsministerin Christine Clauß. Sie stellte die Fördermaßnahmen des Freistaates Sachsen für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin und im Öffentlichen Gesundheitsdienst vor. Gerade für Weiterzubildende, die eine abwechslungsreiche ärztliche Tätigkeit ausüben, aber auch Beruf und Familie vereinbaren möchten, sind die Gesundheitsämter eine gute Adresse. Sie berichtete weiterhin von der interministeriellen Arbeitsgruppe, die Maßnahmen und Lösungsansätze zur Deckung des Arztbedarfs zusammengestellt und bewertet hat. Die geeigneten Ideen werden dem sächsischen Kabinett in den nächsten Wochen zur Beschluss-

fassung vorgelegt. Sie rief die Ärzte auf, nach Abschluss der Weiterbildung in Sachsen zu bleiben. Sachsen biete für eine ärztliche Berufsausübung wirklich gute Perspektiven.

In dem anschließenden Vortrag informierte der Präsident über die verschiedenen Möglichkeiten zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit im Freistaat. Er stellte die vielfältigen Aufgaben der Sächsischen Landesärztekammer ausführlich dar, definierte die Hauptkriterien für eine Weiterbildung und erläuterte die Struktur der Weiterbildungsordnung, die Schritte auf dem Weg zum Facharzt und zum Erwerb von Schwerpunkten und Zusatzbezeichnungen. Er machte deutlich, dass es nach wie vor lohnende Berufsmöglichkeiten für Ärzte, insbesondere im hausärztlichen Bereich gibt. Dies gilt auch für den Bereich der stationären und nicht-stationären Krankenhausleistungen, wo Karrieremöglichkeiten in der Regel- und Schwerpunktversorgung sowie auch in den Universitätskliniken und Herzzentren bestehen.

Für Weiterzubildende gibt es in diesem und dem folgenden Jahr fast 400 offene Weiterbildungsstellen allein an sächsischen Krankenhäusern. Des Weiteren stellte der Präsident die Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin mit ihren Aufgaben und Fördermöglichkeiten vor.

Im Zusammenhang mit der bundesweiten Evaluation der Weiterbildung erläuterte er die weiterbildungsstättenbezogene „Ergebnisspinne“, die ab Februar 2012 im Webportal verfügbar sein wird. Durch die geplante Veröffentlichung wird den jungen Ärzten eine zusätzliche Orientierung für die Planung ihrer Weiterbildung und die Wahl der passenden Weiterbildungsstätte an die Hand gegeben. Der Präsident fasste das Ergebnis so zusammen: „Auch wenn sich das Gesamtergebnis sehen lassen kann, müssen wir kritische Aspekte beleuchten und Konsequenzen daraus ziehen. Weiterbildungsbefugte sollten die Ergebnisberichte als Chance zu Verbesserungen wahrnehmen.“

Unsere Weiterbildungs-gremien werden diesen Prozess aktiv unterstützen.“

Im Foyer der Sächsischen Landesärztekammer konnten sich die Teilnehmer an zahlreichen Informationsständen umfassend über berufliche Möglichkeiten und Weiterbildungsgänge bei 18 Krankenhäusern aus Sachsen informieren. Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen informierte zur Niederlassung und freien Weiterbildungs- bzw. Praxisstellen und über zu übergebende Praxen. Mitarbeiter der Sächsischen Ärztersorgung gaben Informationen zur Altersversorgung von Ärzten. Antworten auf alle Fragen rund um die ärztliche Weiterbildung, zur Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin sowie eine persönliche Beratung zur gewünschten Facharztbezeichnung erhielten die Teilnehmer am Stand der Sächsischen Landesärztekammer. Dort konnten sich die Teilnehmer auch zu den Ergebnissen der Evaluation der Weiterbildung sowie zum Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ informieren.

In zehn Workshops und Seminaren konnten sich die Teilnehmer über Tätigkeiten als Arzt im Krankenhaus oder als Hausarzt informieren. Erfahrene Kollegen berichteten über ihren Alltag in Krankenhaus und Praxis, von der Psychiatrie bis zum Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ). Andere Fachleute boten Workshops zum Bewerbungstraining bis zu finanziellen Grundlagen für das Berufsleben an. Ein thematischer Schwerpunkt war in diesem Jahr die Arbeit in neuen und arbeitnehmerfreundlichen Strukturen in Klinik und Niederlassung. Im Plenarsaal wurde parallel ein Film über die Tätigkeit als Landarzt gezeigt. Den Film „Ärzte für Sachsen“ finden Sie auch auf YouTube.

Anna Cornelius
Assistentin und Büroleiterin
der Ärztlichen Geschäftsführerin
E-Mail: assaegf@slaek.de

Dr. med. Dagmar Hutzler
Ärztliche Geschäftsführerin
E-Mail: aegf@slaek.de



Teilnehmer der Workshops



Ergebnisse jetzt öffentlich

Die weiterbildungsstättenbezogenen Ergebnisspinnen werden nun veröffentlicht!

Von Juni bis September 2011 wurden weiterzubildende Ärzte (WBA) und Weiterbildungsbefugte (WBB) mittels Online-Fragebogen zur Qualität der Weiterbildung in ihrer Einrichtung befragt. Durchgeführt wurde das Projekt „Evaluation der Weiterbildung in Deutschland“ gemeinsam mit den Landesärztekammern und der Bundesärztekammer und unterstützt durch die Eidgenössische Technische Hochschule Zürich (ETHZ), die die erhobenen Daten auswertete.

Ziel und Zweck der Befragung war vor allem, dass die Weiterbildungsbefugten die Ergebnisse mit ihren Weiterzubildenden besprechen, um anschließend gegebenenfalls Verbesserungen einzuleiten.

Auf den Internetseiten der Landesärztekammern sowie der Bundesärztekammer können die Länderrapporte sowie der Bundesrapport eingesehen werden.

Seit 20. Dezember 2011 können Weiterbildungsbefugte, die sich selbst oder deren Weiterzubildende sich an der Befragung beteiligt haben, ihren individuellen Befugten-Bericht mit Ergebnissen der eigenen Weiterbildungsstätte über das Webportal www.evaluation-weiterbildung.de bis 31. März 2012 abrufen. Bei weniger als 4 Teilnehmern oder der fehlenden Zustimmung zum Befugten-Bericht durch den WBA wurde kein individueller Befugten-Bericht für den WBB erstellt.

Die **weiterbildungsstättenbezogene Ergebnisspinne**, die voraussichtlich **ab Mitte Februar 2012 veröffentlicht** wird, ist ein Teil des individuellen Befugten-Berichts. Zukünftige Fachärzte können sich erstmals im Internet über die Qualität der Weiterbildung in bestimmten Abteilungen informieren. Es ist eine zusätzliche Orientierung für die Planung ihrer Weiterbildung und die Wahl der passenden Weiterbildungsstätte.

Befugte hatten nach Einsicht in die Ergebnisse der Weiterbildungsstätte bis zum 31. Januar 2012 die Möglichkeit, der Publikation zu widersprechen. Alle Befugten, für die ein Ergebnis-Bericht einschließlich einer weiterbildungsstättenbezogenen Ergebnisspinne erstellt werden konnte, wurden durch die Sächsische Landesärztekammer mit einem Schreiben informiert.

Gründe dafür, dass keine Ergebnisspinne veröffentlicht wird, können sein:

- zum Zeitpunkt der Umfrage wurden keine Ärzte in Weiterbildung beschäftigt **oder**
- die Weiterzubildenden haben sich nicht aktiv an der Befragung beteiligt **oder**
- die Weiterzubildenden haben sich nicht in ausreichender Zahl (\geq vier) an der Befragung beteiligt **oder** haben ihr Einverständnis für die Nutzung der Ergebnisdarstellung im Bericht für die eigene Weiterbildungsstätte nicht gegeben **oder**
- die Weiterzubildenden waren weniger als zwei Monate zum Zeitpunkt der Befragung an der Weiterbildungsstätte tätig **oder**
- der Befugte einer Weiterbildungsstätte hat sich gegen eine Publikation der Daten ausgesprochen.

Weitere Ergebnisse der Online-Befragung 2011 werden im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 3/2012, dargestellt.

Ansprechpartner der Sächsischen Landesärztekammer:

Peggy Thomas, 0351 8267-335,
E-Mail: evaluation@slaek.de

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

Dr. med. Dagmar Hutzler
Ärztliche Geschäftsführerin
E-Mail: aegf@slaek.de

Peggy Thomas

Zweitmeinung im Internet

Beschlussantrag der Kammerversammlung zum Thema „Zweitmeinung im Internet“ vom Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer verabschiedet:

Im Rahmen der 45. Tagung der Kammerversammlung am 12. November 2011 hatten die Mandatsträger einen Beschlussantrag zur vorgenannten Thematik zur weiteren Beratung an den Vorstand überwiesen. Dieser hat sich in seiner Sitzung am 4. Januar 2012 mit der Sach- und Rechtslage beschäftigt und folgenden Beschlussantrag verabschiedet:

„Beschlussantrag Nr. 12 Zweitmeinung im Internet“

Die Sächsische Landesärztekammer beobachtet mit Sorge die Entwicklung, dass originär ärztliche Leistungen

wie Beratung, Diagnosestellung, aber auch Zweitmeinungen, beispielsweise zur Notwendigkeit von Operationen, zunehmend ausschließlich über das Internet erfolgen. Die Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer sieht jedoch in § 7 Abs. 4 vor, dass individuelle ärztliche Behandlung, insbesondere auch Beratung, nicht ausschließlich über Print- und Kommunikationsmedien durchgeführt werden darf. Es gehört somit zu den Pflichten des Arztes, sich über den Patienten ein eigenes Bild zu machen. Auch die Notwendigkeit einer Operation lässt sich nicht ausschließlich per Ferndiagnose beurteilen. Haftungsrechtliche Konsequenzen müssen ausreichend gewürdigt werden. Die Sächsische Landesärztekammer ist der Ansicht, dass nur der persönliche Kontakt dem besonders schützenswerten Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt gerecht wird.

Keinen Fall unzulässiger Fernbehandlung stellt jedoch die Telemedizin dar, sofern sie berufsrechtsgemäß durchgeführt wird und gewährleistet ist, dass der Arzt den Patienten unmittelbar behandelt und ein weiterer mitbehandelnder Arzt über telemedizinische Verfahren an der Behandlung beteiligt ist. Die Telemedizin stellt damit in Zukunft eine große Chance dar, ärztliches Handeln zu erleichtern und interdisziplinäres Zusammenwirken für eine bessere und qualitativ hochwertige Patientenversorgung zu fördern.

Dresden, 4. Januar 2012

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud
Schriftführer

Ass. jur. Michael Schulte Westenberg
Hauptgeschäftsführer

Goldenes Doktordiplom

Die Charité ehrt seit vielen Jahren ihre Alumni, die vor 50 Jahren an der Charité promoviert haben, mit der Vergabe einer „Goldenen Doktorurkunde“. Auch in diesem Jahr soll es

wieder im Rahmen eines großen Festaktes im Konzerthaus am Gendarmenmarkt in Berlin-Mitte erfolgen. Leider ist der Kontakt zu so mancher Kollegin/manchem Kollegen verloren gegangen. Sollten Sie vor etwa 50 Jahren in Berlin promoviert haben oder jemanden kennen, für den das zutrifft, melden Sie sich

doch bitte im Promotionsbüro der Charité – Universitätsmedizin Berlin Tel.-Nr.: 030 450576-018/-016.

Bitte richten Sie Ihre Rückmeldungen an folgende Adresse:

Charité – Universitätsmedizin Berlin, Promotionsbüro, Frau Manuela Hirche, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin.

Berufungen

Mit Wirkung vom 1. September 2011 wurde **Dr. med. Knut Häberlein**, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin Ebersbach, zum Ärztlichen Direktor der Klinikum Oberlausitzer Bergland gGmbH berufen.

Seit Oktober 2011 ist **Prof. Dr. med. habil. Günter Lauer** neuer Direktor der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden.

Frau MUDr. Heike Reck hat ab 1. Oktober 2011 die Chefarztposition in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Klinikum Oberlausitzer Bergland übernommen.

Zum 1. Oktober 2011 wurde **Frau Dipl.-Med. Monika Hofmann**, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin/Schwerpunkt Kinderkardiologie zur Chefarztin der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des DRK-Krankenhauses Chemnitz-Rabenstein berufen.

Mit Wirkung vom 1. Dezember 2011 ist **Priv.-Doz. Dr. med. habil. Ingo Dähnert** (50), Chefarzt der Klinik für Kinderkardiologie am Herzzentrum Leipzig, zum C4-Professor für Kinderkardiologie an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig berufen worden. Damit hat er ab sofort auch die Stelle des Direktors der Klinik für Kinderkardiologie am Herzzentrum Leipzig inne.

Am 1. Januar 2012 wurde der Direktor der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie im Zentrum für Chirurgie der Universität Leipzig, **Prof. Dr. med. habil. Christoph Josten** (57), neuer Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU). Er vertritt damit die Interessen von 4.500 Unfallchirurgen. Zugleich übernimmt er die Vizepräsidentschaft der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU).

Seit 1. Januar 2012 ist **Prof. Dr. med. Reinhard Berner** neuer Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin an der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden.

Sächsische Landesärztekammer auf KarriereStart 2012

Die Sächsische Landesärztekammer und das Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ waren vom 20. bis 22. Januar 2012 auf der Messe KarriereStart 2012 in Dresden vertreten. Informiert wurde über den Ausbildungsberuf der Medizinischen Fachangestellten (MFA) sowie die Fortbildung zum Fachwirt für ambulante medizinische Versorgung. Für die Sächsische Landesärztekammer standen den rund 200 Schülern und möglichen Umschülern in Gesprächen Mitarbeiter vom Referat Medizinische Fachangestellte Rede und Antwort. Unterstützt wurden sie dabei von Mitgliedern des Prüfungsausschusses.



Über Prüfungsanforderungen informierte Frau Ulrike Leonhardt (Mitte)

Umfrage des Ausschusses Senioren

Anlässlich des 16. Sächsischen Seniorentreffens, welches uns im letzten Jahr nach Annaberg-Buchholz führte, wurden unsere ärztlichen Ruheständler mittels eines Fragebogens um ihre Meinung und Anregungen zur Gestaltung dieser jährlichen Treffen sowie zu Themen gebeten, die durch den Ausschuss Senioren zukünftig bearbeitet werden sollten. Zugleich wurden diese Fragen in der

Mitarbeiter der Koordinierungsstelle des Netzwerkes „Ärzte für Sachsen“ zeigten auf der Messe den Schülern Perspektiven einer Tätigkeit als Arzt in Sachsen auf und boten zu den unterschiedlichen Zulassungsbedingungen. Der Andrang war groß: Mehr als 100 interessierte Schüler ließen über diese Themen informieren. Im Vordergrund stand dabei häufig die Frage, wie auch ohne einen Abiturschnitt von 1,0 eine Zulassung zum Medizinstudium an den Universitäten in Dresden und Leipzig möglich ist und welche Fördermöglichkeiten es für junge Studenten nach der Zulassung gibt. Auch Ärzte in Weiterbildung und im Berufsleben erhielten Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten in Sachsen, wie Zuschüsse zu Fort- und Weiterbildungskursen oder finanzielle Förderungen einer Niederlassung.

MFA – Nachwuchs

Auf Grund der demografischen Entwicklung und des zunehmenden Fachkräftemangels wirbt die Sächsische Landesärztekammer vermehrt für den Ausbildungsberuf Medizinische Fachangestellte (MFA). Neben der Aktivität auf der Messe KarriereStart werden regelmäßig Informationsflyer für Schüler an alle sächsischen Mittelschulen und Gymnasien versandt. Eine komplett überarbeitete und neu strukturierte Internetseite unter dem Navigationspunkt „Medizinische Fachangestellte“ sowie ein Informationsfilm komplettierten

Ausgabe 10/2011 des „Ärzteblatt Sachsen“ veröffentlicht.

Die Ergebnisse der Befragung liegen jetzt vor und sollen nachfolgend vorgestellt werden. Der Ausschuss möchte sich bei den Kollegen für die freimütige Beantwortung bedanken. Von den an der Ausfahrt teilnehmenden Kollegen haben sich ca. 75 Prozent an der Aktion beteiligt. Leider war das Echo auf den Aufruf im „Ärzteblatt Sachsen“ eher verhalten. Der Ausschuss wird zu prüfen haben, wie die Kollegen in Zukunft besser zu erreichen sind.



Frau Maxi Moder (li) informiert Besuche über das Netzwerk „Ärzte für Sachsen“



Zum Beruf der Medizinischen Fachangestellten gab Frau Marina Hartmann (re.) Auskunft

das Informationsangebot. Das gesamte Informationsangebot finden Sie unter www.slaek.de ➔ Med. Fachangestellte.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

1. In Auswertung des ersten Teils des Fragebogens (Fragen 1 bis 5) zur zukünftigen Gestaltung der Sächsischen Seniorentreffen sind folgende Antworten und Anregungen in zusammengefasster Form zu erwähnen:

Durchgängig befürwortet wurde, dass die Tradition der jährlichen gemeinsamen Ausfahrten auf Ebene der Landesärztekammer fortgesetzt werden sollte. Mit geringen Schwankungen nehmen je nach ausgewählter Altersgruppe und Zielort zwischen 20 und 25 Prozent der Eingee-

laden (entspricht zwischen 500 und 800 Personen) an den Treffen teil. Darunter sind nicht vordergründig die ärztlichen Ruheständler, die eher ferntouristische Ziele bevorzugen. Vielmehr sind es Kolleginnen und Kollegen, häufig auch alleinstehend, die einen gediegenen Tag mit sozialen Begegnungen und interkollegialen Gesprächen erleben möchten – ein Wunsch, der sich bei der Buchung einer Pauschalreise über ein Reisebüro nicht wirklich erfüllen lässt.

Die Zahl der angegebenen Zielorte für Ausfahrten in den kommenden Jahren ist groß. Dabei wurden nicht nur Lokalitäten im Freistaat Sachsen genannt, sondern mit gleicher Häufigkeit auch solche in anderen Bundesländern. Bei den Vorbereitungen zu den Treffen kann der Ausschuss Senioren davon ausgehen, dass die damit verbundenen längeren Fahrtzeiten von den Kollegen akzeptiert werden. Mehrtagesfahrten fanden allgemein ein geringes Echo. Die Preisgestaltung wurde ganz überwiegend (95 Prozent) als angemessen eingeschätzt. Die Frage, ob die Seniorentreffen mit standespolitischen Informationen verbunden werden sollten, wurde immerhin von 31 Prozent der Kollegen bejaht und wird Anlass sein, diesen Wunsch in geeigneter Weise demnächst einzubinden.

2. Im zweiten Teil der Befragung (Frage 6) wurden die Kollegen um Anregungen zu seniorenrelevanten Themen gebeten, mit denen sich der Seniorenausschuss in seiner Arbeit befassen sollte. Die Antworten hierauf waren breit gefächert. Deshalb kann an dieser Stelle nur auf die besonders häufig genannten Themenkomplexe eingegangen werden: Durchgängig häufig in allen drei Kammerbezirken und damit an erster Stelle stehend wurde der Wunsch nach Unterstützung bei der Suche nach geeigneter ehrenamtlicher Tätigkeit geäußert. Auch erbeten wurden Informationen zu Möglichkeiten der Fortsetzung einer ärztlichen Tätigkeit im Ruhestand und damit im Zusammenhang stehend der Wunsch, Hinweise zu rechtlichen Voraussetzungen (Versicherungsschutz, Rentenrecht) zu erhalten.

In einem weiteren Komplex mit gleich häufiger und durchgängiger Nennung konzentrieren sich die Antworten auf Sorgen mit der eigenen medizinischen Betreuung und der Wunsch nach mehr Kollegialität der jüngeren Kollegen gegenüber den Senioren. Angeregt wird die Benennung eines Ansprechpartners bei den Kreisärztekammern, die Unterstützung bei der medizinischen Versorgung, bei Fragen der Pflege oder Heimunterbringung und der Organisation eines Beistandes für alleinstehende

ärztliche Senioren. Beachtenswert war weiterhin der Wunsch, etwas zu Hobbys im Rentenalter zu erfahren und mit Gleichgesinnten in einen Austausch zu treten. Für viele Kollegen war der Arztberuf für das gesamte Arbeitsleben so ausfüllend, dass keine Zeit für die Vorbereitung auf ein sinnerfülltes Altenteil geblieben ist und nun ein Neuanfang notwendig wird, der unterstützungsbedürftig ist.

Die Anregungen der Kollegen wurden im Seniorenausschuss ausführlich diskutiert. Daraus resultierte die Schlussfolgerung, dass viele Themenbereiche, insbesondere des zweiten Komplexes, ohne eine Zusammenarbeit mit den Kreisärztekammern nicht zielführend bearbeitet werden können. Der Ausschuss strebt deshalb einen ersten Erfahrungsaustausch in Form einer gemeinsamen Sitzung und danach eine kontinuierliche Zusammenarbeit mit den Kreisärztekammern an. Entsprechende Vorbereitungen dafür wurden bereits eingeleitet. Wir werden weiter darüber berichten.

Sollten Sie zu dem Ergebnis unserer Umfrage weitere Fragen oder zusätzliche Anregungen haben, können Sie sich jederzeit gern an uns wenden.

Dr. med. Ute Göbel
Vorsitzende des Ausschusses Senioren

Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Genehmigung der Festsetzung der Beiträge der Sächsischen Landesärztekammer gemäß § 108 Satz 2 Sächsische Haushaltsordnung (SäHO) durch das Sächsische Staatsministerium der Finanzen:

Im Nachgang zu der im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 1/2012, erfolgten „Amtlichen Bekanntmachung der Satzung zur Änderung der Beitrags-

ordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 14. Dezember 2011“ möchten wir bekannt geben, dass das Sächsische Staatsministerium für Finanzen mit Schreiben vom 13. Dezember 2011, AZ 28-H1200/0807-12/20-53899, gemäß § 108 Satz 2 SäHO die Festsetzung der Beiträge der Sächsischen Landesärztekammer für das Jahr 2012 genehmigt hat.

Dresden, 18. Januar 2012

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Aufruf an die sächsischen Praxen

Das Referat „Medizinische Fachangestellte“ bei der Sächsischen Landesärztekammer sucht dringend zur Absicherung der praktischen Prüfungen einen Autoklav. Dieser muss nicht mehr funktionsfähig sein und dient in der Prüfung lediglich zu Vorführzwecken. Praxen, die einen solchen eventuell wegen Neuanschaffung abzugeben haben, melden sich bitte bei Frau Hartmann, Tel.-Nr. 0351 8267 170. Vielen Dank!

40 Jahre „Ärzte ohne Grenzen“

Zwölf Ärzte und Journalisten gründeten am 21. Dezember 1971 Médecins Sans Frontières/Ärzte ohne Grenzen. Sie wollten unabhängig von politischen Zwängen, neutral und unparteiisch das Recht aller Menschen auf medizinische Hilfe umsetzen. Seitdem wuchs diese Organisation kontinuierlich, gründete 19 Sektionen und ist heute in rund 60 Ländern aktiv. Zu den Kerngedanken der Organisation gehört „Alle Menschen haben das Recht auf medizinische Hilfe“. 1999 erhielt die Organisation für ihre wichtige Arbeit den Friedensnobelpreis.

Die meisten Mitarbeiter sind Ärzte und Pflegekräfte. Aber auch Vertreter anderer Berufsgruppen unterstützen aktiv die Arbeit von Ärzten ohne Grenzen. Das Netzwerk unterhält Sektionen in 19 Ländern. Ein internationales Büro in Genf koordiniert und unterstützt die Zusammenarbeit im Netzwerk. Jährlich werden für Projekte der Organisation etwa 3.000 Ärzte, Psychologen, Krankenschwestern, Hebammen und Logistiker rekrutiert. Auch zahlreiche sächsische Ärzte sind zeitweise im Ausland im Einsatz. Beeindruckende Berichte von deren Arbeit finden sich auch in den Ausgaben des „Ärzteblatt Sachsen“.

In über 60 Einsatzländern ist die Organisation heute mit medizinischen Hilfsprojekten aktiv. Die Projekte reichen von medizinischer Nothilfe über Bereitstellung von sauberem Wasser und Latrinen bis zur medizinischen Aufklärung der Bevöl-

kerung. Hauptbestandteil der medizinischen Versorgung sind Impfkampagnen gegen Diphtherie, Masern, Meningitis, Tetanus, Pertussis, Gelbfieber, Kinderlähmung und Cholera. Einige dieser Krankheiten wie Cholera und Masern breiten sich bei hoher Bevölkerungsdichte, etwa in Flüchtlingslagern, rasch aus. Die dort untergebrachten Menschen müssen zu Hunderten oder gar Tausenden innerhalb kürzester Zeit geimpft werden.

Ein weiterer Teil der medizinischen Versorgung während der Einsätze besteht in der Behandlung von Aids, dessen Überwachung und die Unterrichtung der Öffentlichkeit über diese Krankheit. Für viele Länder in Afrika, deren Einwohner weltweit die Mehrheit der mit HIV Infizierten bilden, ist „Ärzte ohne Grenzen“ oft die einzige Anlaufstelle für die Behandlung von Aids. Die Organisation stellt auch Mittel zur Verfügung, um die Öffentlichkeit darüber zu unterrichten, wie man die Übertragung dieser Krankheit verlangsamen oder ihr vorbeugen kann.

In den meisten Ländern fördert „Ärzte ohne Grenzen“ außerdem lokale Krankenhäuser, indem zum Beispiel die Hygiene verbessert wird, zusätzliche Ausstattung und Medikamente zur Verfügung gestellt und die lokalen Mitarbeiter der Krankenhäuser fortgebildet werden. Wenn diese mit den Patienten zahlenmäßig überfordert sind, ist „Ärzte ohne Grenzen“ in der Lage, neue Fachkliniken zur Behandlung endemischer Krankheiten oder für chirurgische Eingriffe bei Kriegsoptionen zu errichten. „Ärzte ohne Grenzen“ bemüht



sich dabei immer durch entsprechende Anleitung und Weiterbildungsmaßnahmen den Betrieb dieser Kliniken in die Hände von örtlichen Mitarbeitern zu geben.

Die Organisation weist, wie im Falle Tschetscheniens oder des Kosovo, beharrlich auf die Verantwortung der politischen Machthaber für die Leiden der Bevölkerung hin. Erst ein einziges Mal seit ihrer Gründung hat die Organisation sich für ein militärisches Eingreifen ausgesprochen, nämlich 1994 im Falle des Völkermordes in Ruanda. „Ärzte ohne Grenzen“ sieht dieses Witnessing (Zeuge sein) im Rahmen der medizinischen Nothilfe als eine wichtige



Kambodschaner auf der Flucht vor den Roten Khmer 1979
Foto: MSF

Aufgabe. Es bedeutet, auf Völker in Not aufmerksam zu machen. Anhand von Berichten der Mitarbeiter vor Ort wird in der Einsatzzentrale entschieden, welche Maßnahmen zu ergreifen sind. Dazu gehören Gespräche mit Verantwortlichen, Lobbying oder öffentliche Aufklärungskampagnen und im schlimmsten Falle sogar Rückzug aus einem Einsatzgebiet. Diese Auffassung zur Neutralität unterscheidet die Organisation von der strikt praktizierten Neutralität des Internationalen Komitees vom Roten Kreuz (IKRK), aus dessen Einsatzerfahrungen „Ärzte ohne Grenzen“ ursprünglich entstand.



Vertriebenenlager Kibeho/Ruanda

Foto: Severine Blachnet/MSF

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Verschreiben von Betäubungsmitteln

In den letzten Monaten haben einige Krankenkassen Betäubungsmittelrezepte akribisch geprüft und Formfehler jeglicher Art gegenüber der beliefernden Apotheke beanstandet.

Bei Verschreibungen, die einen für den Abgebenden erkennbaren Irrtum enthalten, unleserlich sind oder den Vorschriften nach § 9 Abs. 1 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) nicht vollständig entsprechen, ist der Abgebende berechtigt, nach Rücksprache mit dem verschreibenden Arzt Änderungen vorzunehmen.

Um Formfehler auf Betäubungsmittelrezepten zu minimieren bzw. auszuschließen, wollen wir Sie im Folgenden über die korrekte Verschreibungspraxis informieren. Diese leitet sich vor allem aus § 9 BtMVV ab.

Ein BtM-Rezept muss folgende Angaben enthalten:

1. a) Patientenangaben,
b) Angaben zur Krankenkasse und dem Versichertenstatus; bei Privatrezepten der Vermerk „Privat“,
c) Angaben zur Zuzahlung (gebührenfrei oder gebührenpflichtig).

2. Ausstellungsdatum; BtM-Rezepte sind nur **sieben** Tage gültig; Betäubungsmittel dürfen von der Apotheke nicht auf eine Verschreibung, die vor mehr als 7 Tagen ausgefertigt wurde, **abgegeben** werden. Bitte weisen Sie vor allem Patienten mit Dauermedikation darauf hin.

3. a) Eindeutige Arzneimittelbezeichnung.
b) Menge des verschriebenen Arzneimittels (Stückzahl, Milliliter oder Gramm der abgeteilten Form). Die Angabe „1 OP“ bzw. die Normzahl „N 1/2/3“ reicht nicht aus!
c) Bei transdermalen therapeutischen Systemen Angabe der Beladungsmenge

Hinweis:
Auf die Angabe der Beladungsmenge kann nur dann verzichtet werden, wenn sie aus der eindeutigen Arzneimittelbezeichnung hervorgeht.

Beispiel:

Fentanyl Pflaster 50 Mikrogramm/h, 5 Stück; hier ist zusätzlich die Beladungsmenge anzugeben, zum Beispiel enthält 8,25 mg Fentanyl (da mehrere Pharmafirmen ein solches Pflaster anbieten).

Beispiel mit eindeutiger Arzneimittelbezeichnung:

Fentanyl-Musterpharm 50 Mikrogramm/h Matrixpflaster, 5 Stück; hier charakterisiert der Name des Arzneimittelherstellers eindeutig das Arzneimittel.

Spezifikationen im Arzneimittelnamen müssen mit angegeben werden. Beispiel:

Fentanyl-Musterpharm TTS (oder MAT oder S) 50 Mikrogramm/h; die Beladungsmenge muss in diesen Fällen nicht angegeben werden.

4. Gebrauchsanweisung mit Einzel- und Tagesgabe, zum Beispiel
- 3 x tgl. 1 Tbl./Kps. usw. (3 x 1 bzw. 1-1-1 in der Regel nicht ausreichend),
- aller 3 Tage [Anzahl] Pflaster wechseln (aller 3 Tage Pflaster wechseln nicht ausreichend),
- oder der Vermerk „gemäß schriftlicher Anweisung“, falls der Patient eine schriftliche Anleitung erhalten hat. Bitte verwenden Sie nur diese Formulierung! Nicht akzeptiert werden beispielweise Formulierungen wie lt./gemäß schriftlicher Anordnung.

Bei Take-Home-Verschreibungen zur Substitution geben Sie bitte zusätzlich die Reichdauer des Substitutionsmittels in Tagen (i.d.R. max. 7 Tage) an.

Die Dosierungsangabe ist für jedes Betäubungsmittel/Rezept aufzuführen. Der einmalige Hinweis „gemäß schriftlicher Anweisung“ pro Rezept ist nicht ausreichend!

5. bei Überschreiten der Höchstverschreibungsmenge innerhalb von 30 Tagen und/oder dem Verschreiben von mehr als zwei der in § 2 BtMVV genannten Betäubungsmittel den Buchstaben „A“, bei Nachreichen des Betäubungsmittelrezeptes einer notfallbedingten Verschreibung den Buchstaben „N“, im Falle der Verschreibung zur Substitution den Buchstaben „S“ bzw. „SZ“.

6. Name, Anschrift einschließlich Telefonnummer und Berufsbezeichnung oder Facharztbezeichnung des verschreibenden Arztes, eigenhändige Unterschrift des Arztes, im Vertretungsfall zusätzlich der Vermerk „i.V.“

Vertretungsfall

Eine Übertragung von BtM-Rezepten auf eine andere zur ärztlichen Berufsausübung berechtigte Person ist lediglich im vorübergehenden Vertretungsfall (bspw. Urlaub, Krankheit) möglich. Bei der Ausfertigung einer solchen Verschreibung hat der Vertreter vor seinen Namen und den zu seiner Person vorgeschriebenen Angaben (Berufsbezeichnung, Anschrift, Facharztbezeichnung, Telefonnummer) den Vermerk „In Vertretung“ bzw. „i.V.“ anzubringen. Die Bestellung neuer BtM-Rezepte für den vertretenen Arzt darf nicht durch den Vertreter erfolgen.

Gemeinschaftspraxen

Jeder Arzt in einer Gemeinschaftspraxis muss eigene BtM-Rezepte verwenden, da diese personenbezogen ausgegeben werden. Sie werden mit der individuellen BtM-Nummer des berechtigten Arztes, dem Ausgabedatum und der laufenden Rezeptnummer codiert.

7. Bei Rezepten für den Praxisbedarf entfallen die Punkte 1 und 4, es reicht der Vermerk „Praxisbedarf“ im Patientenfeld.

Weitere Fragen und Antworten zum Umgang mit Betäubungsmitteln hat die Bundesopiumstelle auf der Homepage des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte veröffentlicht (http://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/BtM/faq/faqbtm_node.html).

Indem Sie die Vorgaben der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung sorgfältig beachten und einhalten, ersparen Sie den Apotheken Rückrufe zur Klarstellung, sich selbst Korrekturen auf den BtM-Rezeptkopien und den Patienten gegebenenfalls Wartezeiten auf die verordneten Arzneimittel.

Meldepflicht für übertragbare Krankheiten

Die Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz über die Erweiterung der Meldepflicht für übertragbare Krankheiten und Krankheitserreger nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSGMeldeVO) vom 03.06.2002 wurde novelliert.

Folgende Änderungen sind mit Veröffentlichung der novellierten IfSG MeldeVO im Sächsischen Gesetz- und Verordnungsblatt Nr. 12/2011 (S. 629-630) am 15.12.2011 in Kraft getreten:

Neu aufgenommen wurde im § 1 (Ausdehnung der Meldepflicht auf andere übertragbare Krankheiten) die namentliche Meldepflicht der Erkrankung und des Todes an invasiven Pneumokokken-Erkrankungen, Herpes zoster und Windpocken.

Gemäß § 2 (Ausdehnung der Meldepflicht auf andere Krankheitserreger) besteht nun zudem eine namentliche Meldepflicht von Erregernachweisen, wenn diese auf eine akute Infektion hinweisen für „community acquired Methicillin-resistente Staphylococcus aureus“ (caMRSA). Im § 4 (Spezifizierung der Meldepflicht für übertragbare Krankheiten) wurde eine Änderung der Stellung von Clostridium difficile vorgenommen, der jetzt – seiner Bedeutung entsprechend – als Extra-Meldetatbestand und nicht mehr im Rahmen der übrigen mikrobiell bedingten Lebensmittelvergiftungen aufgeführt ist.

Nicht mehr meldepflichtig sind die Erkrankung Rotz, das Toxische Schocksyndrom (TSS) sowie das Trachom (§ 1). Diese Erkrankungen treten in Sachsen wie auch bundesweit nur noch sehr selten oder gar nicht mehr auf. Demzufolge ist aus epidemiologischer Sicht eine erweiterte Meldepflicht nicht mehr zu begründen. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass die Erkrankung an einem Trachom nicht mit

dem Erregernachweis „Chlamydia trachomatis“ verwechselt werden darf, für den weiterhin eine Meldepflicht besteht.

Auch der Nachweis biogener Amine (zum Beispiel Histamin, ehemals § 4), die als potenzielle Verursacher gastroenteritischer Erkrankungen in Frage kommen, ist nicht mehr meldepflichtig.

Die entsprechenden für den Freistaat entwickelten und angepassten Arzt- und Labor-Meldeformulare sind im Internet auf der Seite www.gesunde.sachsen.de/12210.html eingestellt (oder: www.gesunde.sachsen.de ▶ Gesundheit ▶ Gesundheitswesen ▶ Öffentlicher Gesundheitsdienst ▶ Infektionsschutz ▶ Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten).

Auch auf der Website der Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Schutzimpfungen in Sachsen (GHUSS) sind die Formulare zu finden: www.ghuss.de ▶ Infektionsschutz.

Aus epidemiologischer Sicht war eine Meldepflicht der impfpräventablen „Kinderkrankheit“ Windpocken, deren Krankheitslast sich zunehmend in das Erwachsenenalter hin verschiebt, zwingend erforderlich. Kenntnisse über die Morbidität der Windpocken sind unabdingbar, um Impfprogramme zu realisieren und den Einfluss von Schutzimpfungen beurteilen zu können. Der Erfolg von Impfungen kann ohne die Erfassung der Erkrankungen (Rückgang nach Einführung der betreffenden Schutzimpfung?) nicht beurteilt werden. Die Meldepflicht für Varizellen ermöglicht außerdem umgehende antiepidemische Maßnahmen (Überprüfung des Immunstatus/Impfstatus bei Kontaktpersonen – vor allem bei Schwangeren –, gegebenenfalls Immunprophylaxe, Herdbekämpfung in Kindertageseinrichtungen, Schulen etc.).

Eine erweiterte Meldepflicht für Windpocken bestand in Sachsen bisher nur für den Erregernachweis (Labormeldung). Brandenburg, Meck-

lenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen haben bereits eine Meldepflicht für Ärzte und Labore gesetzlich festgeschrieben. In Brandenburg sind neben Varizellen auch Herpes zoster-Erkrankungen durch den Arzt zu melden.

Die Entscheidung, die Gürtelrose auch im Freistaat Sachsen meldepflichtig zu machen, begründet sich wie folgt: Die Anzahl der Herpes zoster-Erkrankungen wird in Deutschland auf etwa 400.000 pro Jahr geschätzt. In 10 bis 20 Prozent der Fälle entwickelt sich die sehr belastende und schmerzhaft postzosterische Neuralgie (bei bis zu 70 Prozent der Patienten über 60 Jahre), die zu den häufigsten Suizidursachen in Deutschland zählt.

Aufgrund der demografischen Entwicklung sind eine Zunahme der Erkrankungen durch Herpes zoster mit einer entsprechenden Krankheitslast für den Einzelnen, Hospitalisierungen und entsprechende Kosten zu erwarten. Belastbare Daten und Trends zu den Erkrankungsraten in der Bevölkerung sind wichtig, um gezielte Präventionsmaßnahmen zu entwickeln. Auch für die Gürtelrose trifft zu, dass der Erfolg von Impfungen ohne die Erfassung der Erkrankungen nicht beurteilt werden kann. Bedauerlicherweise steht ein neu entwickelter und seit 2007 in Europa zugelassener Herpes-zoster-Impfstoff, für den die Sächsische Impfkommision (SIKO) bereits ab 1. Januar 2010 eine Impfpflicht für alle Personen über 50 Jahre ausgesprochen hat, derzeit nicht auf dem deutschen Markt zur Verfügung.

Eine Aufstellung der im Freistaat Sachsen meldepflichtigen Erkrankungen („Arztmeldung“) ist in der Tabelle Seite 62 aufgeführt.

Literatur bei den Verfassern

Korrespondenzanschrift:
Dr. med. Sophie-Susann Merbecks
Dr. med. Dietmar Beier

Landesuntersuchungsanstalt für das
Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen
Zschopauer Straße 87, 09111 Chemnitz
Tel.-Nr.: 0351 8144 3200
Sophie-Susann.Merbecks@lua.sms.sachsen.de

Meldepflichtige Krankheit	V	E	T	A		V	E	T	A
Angeborene					Legionellose		+		+
a) Cytomegalie		+	+		Lepra		+		+
b) Listeriose		+	+		Leptospirose				
c) Lues		+	+		a) Weil'sche Krankheit		+		+
d) Toxoplasmose		+	+		b) übrige Formen		+		+
e) Rötelnembryopathie		+	+						
f) Varizellen einschl. des kongenitalen Varzellensyndroms		+	+		Listeriose		+		+
Borreliose		+	+		Malaria		+		+
Botulismus	+	+	+		Masern	+	+		+
Brucellose		+	+		Meningitis/Enzephalitis				
Cholera	+	+	+	+	a) Meningokokken-Meningitis oder -Sepsis	+	+		+
Diphtherie	+	+	+	+	b) andere bakterielle Meningitiden nach Erreger		+		+
Echinokokkose		+	+		c) Virus-Meningoenzephalitiden nach Erreger		+		+
Enteritis infectiosa durch					d) übrige Formen		+		+
a) Adenoviren	+ ¹⁾	+	+		Milzbrand	+	+		+
b) Astroviren	+ ¹⁾	+	+		Mumps		+		+
c) Campylobacter species	+ ¹⁾	+	+	+	Ornithose		+		+
d) Clostridium difficile	+ ¹⁾	+	+		Paratyphus A, B und C	+	+		+
e) Coronaviren	+ ¹⁾	+	+		Pertussis		+		+
f) Cryptosporidium parvum	+ ¹⁾	+	+	+	Pest	+	+		+
g) Entamoeba histolytica	+ ¹⁾	+	+	+	Pneumokokkenkrankungen, weitere invasive		+		+
h) Escherichia coli (enteropathogene, enterotoxische, enteroinvasive, enterohämorrhagische, enteroaggregierende und diffusadhärente)	+ ¹⁾	+	+	+	Poliomyelitis	+	+		+
i) Giardia lamblia	+ ¹⁾	+	+	+	Q-Fieber		+		+
j) Noroviren	+ ¹⁾	+	+	+	Röteln		+		+
k) Rotaviren	+ ¹⁾	+	+	+	Rückfallfieber		+		+
l) Salmonella species	+ ¹⁾	+	+	+	Scharlach		+		+
m) Yersinia enterocolitica	+ ¹⁾	+	+	+	Shigellenruhr	+ ¹⁾	+		+
n) übrige Formen einschl. mikrobiell bedingter Lebensmittelvergiftung ²⁾	+ ¹⁾	+	+		Tetanus		+		+
Enteropathisches hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	+	+	+		Tollwut	+	+		+
Fleckfieber		+	+		Tollwutexposition		+		+
Gasbrand/Gasoedem		+	+		Toxoplasmose		+		+
Gelbfieber		+	+		Trichinose		+		+
Häufungen					Tuberkulose (behandlungsbedürftig)		+		+
a) nosokomiale Infektionen (IfSG § 6 (3))	+	+	+		Tularämie		+		+
b) nach IfSG § 6 (1) 5.	+	+	+		Typhus abdominalis	+	+		+
Herpes zoster		+	+		Virusbedingtes hämorrhagisches Fieber	+	+		+
Humane spongiforme Enzephalopathie, außer familiär-hereditären Formen	+	+	+		Virushepatitis				
Influenza (Virusgrippe)		+	+		a) Hepatitis A	+	+		+
					b) Hepatitis B	+	+		+
					c) Hepatitis C	+	+		+
					d) Hepatitis D	+	+		+
					e) Hepatitis E	+	+		+
					f) übrige Formen	+	+		+
					Windpocken		+		+
					Übrige Infektionskrankheiten ausgenommen AIDS				+

Legende: V = Verdacht E = Erkrankung T = Tod A = Ausscheider

- ¹⁾ Der Verdacht ist meldepflichtig, wenn
- eine Person betroffen ist, die eine Tätigkeit im Sinne des IfSG § 42 (1) ausübt,
 - zwei oder mehr gleichartige Erkrankungen auftreten, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird (IfSG § 6 Abs. 1, Pkt. 2)

- ²⁾ Zu den übrigen Formen einschließlich mikrobiell bedingten Lebensmittelvergiftungen gehören auch Erkrankungen durch unspezifische bakterielle Erreger (z.B. C. perfringens, B. cereus, Citrobacter, Proteus) sowie Erkrankungen durch Stoffwechselprodukte wie mikrobielle Toxine (z.B. Staphylokokken-Enterotoxin).

Konzerte und Ausstellungen

Sächsische Landesärztekammer Konzerte Festsaal

Sonntag, 4. März 2012
11.00 Uhr – Junge Matinee

Jazzpirin und Betarock
Schülerinnen und Schüler des Heinrich-Schütz-Konservatoriums Dresden e.V.
Musikalische Leitung: Andreas Reuter

Ausstellung – Foyer und 4. Etage
Thomas Hellinger
Raumfragmente. Malerei
bis 11. März 2012

Kerstin Franke-Gneuß
schichten.Radierung
14. März bis 13. Mai 2012
Vernissage: Donnerstag,
15. März 2012, 19.30 Uhr
Einführung: Sigrun Hellmich,
Kunstwissenschaftlerin, Leipzig

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 Annaberg

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 12/C007
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.02.2012

Zwickau/Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 12/C008
Praktischer Arzt*)
Reg.-Nr. 12/C009
(Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 12/C010
(Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)

Zwickauer Land

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 12/C011
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Reg.-Nr. 12/C012
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.02.2012

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 12/C013
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.02.2012
Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 12.03.2012 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder -403 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Dresden-Stadt

Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 12/D003
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.02.2012

Görlitz-Stadt/Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 12/D004
Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 12/D005

Bautzen

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 12/D006
Ärztlicher Psychotherapeut
Reg.-Nr. 12/D007
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.02.2012
Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 12.03.2012 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351/8828-310 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin *)
Reg.-Nr. 12/L007
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 12/L008

Facharzt für Orthopädie
(Teil einer Berufsausübungsgemeinschaft)
Reg.-Nr. 12/L009

Delitzsch

Facharzt für Allgemeinmedizin *)
Reg.-Nr. 12/L010

Torgau-Oschatz

Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie
Reg.-Nr. 12/L011
Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 12.03.2012 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. 0341 24 32-153 oder -154 zu richten.

Abgabe von Vertragsarztsitzen

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

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz Zwickau-Stadt

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
geplante Praxisabgabe: Oktober 2012

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder -403.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Torgau-Oschatz

Facharzt für Allgemeinmedizin *)
geplante Praxisabgabe: 2013

Facharzt für Allgemeinmedizin *)
geplante Praxisabgabe: 2013-2014

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. 0341 24 32 154.

4. Senkung des Kammerbeitragssatzes seit 2006

Eine eigenfinanzierte berufsständische Selbstverwaltung sichert eine unabhängige, ethisch verantwortungsvolle und am Gemeinwohl orientierte Berufs- und Gesundheitspolitik. Der Haushalt der Sächsischen Landesärztekammer wird zu ca. 75 Prozent aus Kammerbeiträgen gedeckt. Weitere Erträge werden in erster Linie aus Gebühren generiert. Dabei ist in den letzten Jahren eine zunehmende Entlastung unserer Kammermitglieder erfolgt.

Mit Einführung der Pflichtfortbildung wurde die Gebühr für das Fortbildungszertifikat erlassen. Im vorletzten Jahr erfolgte die Abschaffung der Gebühr für die 1. Facharztprüfung. Die Teilnehmergebühr für Weiterbildungsveranstaltungen wurde

auf 7 EUR/pro Stunde begrenzt. Beide Maßnahmen dienen der Unterstützung unserer jüngeren Kammermitglieder. In diesem Jahr erfolgt der Ausgabeprozess sowohl des Arztausweises im Scheckkartenformat als auch des elektronischen Heilberufsausweises gebührenfrei.

Der Kammerbeitragssatz konnte bereits in den Beitragsjahren 2006, 2008 und 2010 gesenkt werden. Für das Beitragsjahr 2012 hat die Kammerversammlung auf Vorschlag von Vorstand und Finanzausschuss eine weitere Senkung beschlossen, sodass der aktuelle Kammerbeitragssatz 0,52 Prozent beträgt.

Die gestiegenen Erträge aus Kammerbeiträgen, die einerseits aus einer größeren Anzahl von zu veranlagenden Kammermitgliedern und andererseits aus einer Erhöhung der Bemessungsgrundlage resultieren, sowie eine restriktive Haushaltsfüh-

rung haben die Möglichkeit eröffnet, den Kammerbeitragssatz trotz zunehmender Aufgaben, steigender Anforderungen, Umbau- und Erweiterungsmaßnahmen im Kammergebäude und inflationärer Einflüsse weiter zu senken. Die in der Vergangenheit erzielten Überschüsse führen durch die Einstellung in zweckgebundene Rücklagen zu einer Entlastung der künftigen Kammerhaushalte, sichern die Stabilität des gesunden Kammerbeitragssatzes und tragen damit zu einer nachhaltigen und langfristig planbaren Finanzierung der Kammer bei.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Dr. med. Claus Vogel
Vorstandsmitglied und
Vorsitzender Ausschuss Finanzen

Dipl.-Ök. Kornelia Keller
Kaufmännische Geschäftsführerin

Verfahren für die Feststellung von Behinderungen

Mitteilung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz

Das Schwerbehinderungsfeststellungsverfahren obliegt seit dem 1. August 2008 im Freistaat Sachsen den Landkreisen und kreisfreien Städten. Jährlich werden im Freistaat Sachsen ca. 70.000 Verfahren (Stand 2007) durchgeführt. Die Feststellung nach § 69 SGB IX erfolgt dabei in der Regel durch ein Gutachten auf Basis der Aktenlage. Diese umfasst medi-

zinische Unterlagen von behandelnden Ärzten, Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen. Auf Grundlage der Akten erfolgt eine versorgungsärztliche Stellungnahme als Entscheidungsvorschlag bezüglich der festzustellenden Behinderungen und weiteren gesundheitlichen Merkmalen sowie des Grades der Behinderung (GdB).

Dadurch ist die Dauer des Verfahrens wesentlich von der Mitwirkung der beteiligten Ärzte und Einrichtungen abhängig. Häufiger kommt es dabei zu Wartezeiten von mehr als 16 Wochen. Dies ist für die Betroffenen zum Teil mit großen Einbußen verbunden, da sie so Leistungen, wel-

che an die Feststellung gebunden sind, nicht rechtzeitig in Anspruch nehmen können.

Die Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz, Frau Christine Clauß, und der Beauftragte der Sächsischen Staatsregierung für Belange von Menschen mit Behinderungen, Stephan Pöhler, bitten daher die sächsische Ärzteschaft herzlich um ihre verstärkte Unterstützung bei den Verfahren zur Feststellung von Behinderungen.

Weitere Informationen zur amtlichen Feststellung und Einstufung finden Sie unter www.amt24.sachsen.de.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Einladung zum Seniorentreffen

Die Kreisärztekammer Dresden lädt ein zum Seniorentreffen am

Dienstag, dem 6. März 2012, 15.00 Uhr,

in den Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer.

„Die Schmorlsche Sammlung im Institut für Pathologie des Krankenhauses Dresden-Friedrichstadt“. Referent: Prof. Dr. med. habil. Gunter Haroske, Direktor des Instituts.

Zu dieser Veranstaltung findet die **Anmeldung für die Ausfahrt 2012 am 23. Mai 2012** nach Schönfeld-Großenhain statt.

Uta Katharina Schmidt-Göhrich
Vorsitzende der Kreisärztekammer Dresden
(Stadt)

Zwickauer Ärzteball

10. März 2012

Ort: Konzert- und Ballhaus „Neue Welt“ Zwickau

Einlass: 18.00 Uhr

Beginn: 19.30 Uhr

Kollegen treffen,
Unterhaltung genießen!

Dank der großartigen Unterstützung der Kreisärztekammer Zwickau und der Medizinischen Gesellschaft Zwickau findet der Zwickauer Ärzteball nach Wiedereinführung bereits zum 6. Mal statt. In diesem Jahr laden die Organisatoren für den 10. März zu einer Kombination aus Unterhaltung, Kommunikation und medizinischer Zeitreise ins Konzert- und Ballhaus „Neue Welt“ Zwickau, ein.

Im Mittelpunkt des Balls steht das entspannte Beisammensein der Mediziner bei Tanz und Musik, doch auch fachliche Programmpunkte dürfen nicht fehlen. So soll retrospektiv des 150. Geburtstages von Prof. Dr. med. habil. Heinrich Braun am 9.1.2012, gedacht werden. Dr. med. Klaus Riedel, ehemaliger Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie am Städtischen Klinikum Zwickau, wird in einem historischen Rückblick, umrahmt von Arrangements zum zeichnerischen und kompositori-



Konzert- und Ballhaus „Neue Welt“ Zwickau

schen Schaffen Brauns, das Lebenswerk dieses großartigen Arztes und Bürgers der Stadt Zwickau Revue passieren lassen. Neben vielen wissenschaftlichen Innovationen verdanken wir ihm auch die Verwirklichung der Idee eines „Krankenhauses im Grünen“. Er hat damit deutschlandweit die Gestaltung der Krankenhauslandschaft bis heute maßgeblich beeinflusst.

Für das exklusive Rahmenprogramm des Ärzteballs sorgt in diesem Jahr das Lichtensteiner „HELMNOT Theater“. In der Show „Living Frames“ erwachen Kunstgemälde als dreidimensionale Körperplastiken zum Leben. Die Hommage an den menschlichen Körper, begleitet von

Musik und Lichteffekten, wird die Ärzteschaft begeistern.

Weitere Glanzpunkte der Ballnacht werden die Verleihung des „Heinrich-Braun-Förderpreises“ durch die Medizinische Gesellschaft Zwickau und des Heinrich-Braun-Klinikums Zwickau sowie eine Tombola sein, deren Erlöse wohltätigen Zwecken zugute kommen. Dazu spielt die balerprobte Reinhard-Stockmann-Band ihr Repertoire und fordert zu Tanz und Unterhaltung auf.

Ballkarten für 85,00 EUR inkl. MwSt. inklusive Willkommensdrink, Galabuffet und Unterhaltung erhalten Sie unter info@kraussevent.de oder Tel.: 0375 88300000

Dr. med. Ralf Schaub, Zwickau

Einladung „Tanz in den Frühling“

Die Kreisärztekammer Leipzig (Land) möchte Sie ganz herzlich zur 2. Tanzveranstaltung einladen:

Samstag, 17. März 2012

Einlass: 18.00 Uhr

Beginn: 19.00 Uhr

Veranstaltungsort: Hotel Kloster Nimbschen „Kulturscheune“
Nimbschener Landstraße 1,
04668 Grimma, Tel.-Nr.: 03437 9950



Der Unkostenbeitrag beträgt 65 EUR pro Person ohne Getränke.

Anmeldung bis zum 5.3.2012 per Bankeinzahlung auf folgendes Konto der Volks- und Raiffeisenbank MTL: Konto: 5 000 135 528,

BLZ: 860 954 84 unter der Angabe Ihres vollständigen Namens.

Bei Fragen stehen Ihnen folgende Möglichkeiten zur Verfügung:
Tel.-Nr.: 03437 919370 oder per E-Mail: leipzig-land@slaek.de.

Falls Sie eine Übernachtung benötigen, wenden Sie sich bitte zeitnah direkt an die Rezeption des Hotels Kloster Nibschen (Tel.-Nr.: 03437 9950)

Simone Bettin,
Vorstand der Kreisärztekammer Leipzig (Land)

Was ist Osteopathie?

1. Einführung und Nomenklatur*

Die „Osteopathie“ ist ein therapeutisches Verfahren, das auf einem Konzept beruht, welches gegen Ende des 19. Jahrhunderts von Andrew Taylor Still in den USA entwickelt wurde. Der Begriff „Osteopathy“ (aus griech. *osteon* „Knochen“ und *pathos* „das Leiden“) wurde 1885 von Still selbst geprägt, da er seiner therapeutischen Herangehensweise einen Namen geben wollte und eine Vorliebe für Termini hatte, welche die Knochenstruktur des menschlichen Körpers bezeichnen.¹ Das Verfahren, nicht unbedingt das ursprüngliche Konzept, hat inzwischen in zahlreichen Ländern Verbreitung gefunden. Nur in den USA hat sich die „Osteopathie“ zu einer eigenen Profession entwickelt. Während die parietale „Osteopathie“ bereits Teil des ursprünglichen Behandlungskonzepts war, sich also in Grundzügen bereits bei Andrew Still (1828 bis 1917), dem Begründer der „Osteopathie“, finden lässt, ist die viszerale Therapie eine Weiterentwicklung, an der in den 1940er-Jahren Osteopathen wie H.V. Hoover oder M.D. Young und später Jean-Pierre Barral maßgeblich beteiligt waren.² Die Kranio-Sakral-Therapie (von englisch *cranio-sacral therapy*: „Schädel-Kreuzbein-Therapie“, auch Kraniosakraltherapie) geht dagegen auf den US-amerikanischen osteopathischen Arzt William Garner Sutherland (1873 bis 1954), einem Schüler von Andrew Taylor Still, zurück.³ Es handelt sich um ein Verfahren, bei dem Handgriffe vorwiegend im Bereich des Schädels und des Kreuzbeins ausgeführt werden. Mit diesen Handgriffen sollen eigenständige inhärente Rhythmen des menschlichen Organismus („cranial rhythmic impulse“ [CRI] oder „primärer respiratorischer Mechanismus“ [PRM]) im Sinne einer Harmonisierung beeinflusst werden. Die heutige Ausprägung als eigenständige, von der ursprünglichen „Osteopathie“ weitgehend losgelöste Therapieform, ist

mit dem Namen John E. Upledger verbunden.⁴ So kann man in Hinblick auf die Länder außerhalb der USA auch nicht von der „Osteopathie“ als einer eigenständigen Heilweise und sozialen Bewegung sprechen, sondern vielmehr ist in der Regel lediglich eine Übernahme einzelner therapeutischer Bereiche (zum Beispiel die parietale, viszerale und kraniosakrale „Osteopathie“, siehe unten) zu beobachten.⁵ Begrifflichkeiten wie „Osteopathie“, „osteopathische Medizin“, „osteopathische Behandlung“ fehlt dabei eine klare, weltweit akzeptierte Definition. Sie werden von Land zu Land unterschiedlich gebraucht und reflektieren damit teilweise auch Differenzen in den pathophysiologischen Vorstellungen, der Diagnostik und der Behandlung. Im „Mutterland“ der Osteopathie, den USA, wird die osteopathische Behandlung gemeinhin als „OMT“ (*osteopathic manipulative treatment*) bezeichnet. Es ist umstritten, inwieweit die „Osteopathie“ auf einem eigenständigen philosophischen Konzept beruht oder dieses zwingend voraussetzt. Für die USA ist das der Fall. „Osteopathie“ wird dabei nicht als reine bio-medizinische Wissenschaft betrachtet, sondern als „osteopathische Philosophie, Wissenschaft und Kunst“ („osteopathic philosophy, science and art“). In den USA ist die Bezeichnung *Doctor of Osteopathy (D.O.)* dem *M.D. (medical doctor)*, der an einem regulären *Medical College* erworben wurde, gleichgestellt.

Die befunderhebenden und therapeutischen Techniken im Rahmen der klassischen „Osteopathie“ entsprechen der Erhebung und Analyse von Befund- und Symptomkonstellationen auf der Ebene der Körperfunktionen und -strukturen, wobei die palpatorische Befunderhebung im Vordergrund steht. Es werden deswegen innerhalb der klassischen US-amerikanischen Osteopathie keine Krankheitsdiagnosen und damit auch keine Differenzialdiagnosen gestellt.⁶ Untersucht werden lokal oder generell differente Gewebespannungen in Ruhe und bei passiven Bewegungen, die dann in eine sogenannte „somatische Dysfunktion“ („somatic

dysfunction“) eingeordnet werden. Verschiedene Verbände (wie die Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation e. V. (DGPMR), der Berufsverband der Rehabilitationsärzte Deutschlands e. V. (BvPRM), die Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin, die Schweizer Gesellschaft für Manuelle Medizin (SAMM) und die Ärztevereinigung für Manuelle Medizin – Ärzteseminar Berlin e.V. (ÄMM)) betrachten die „Osteopathie“ heute als Bestandteil und Erweiterung der Manuellen Medizin und sprechen in Abgrenzung zu einer so postulierten eigenständigen „osteopathischen Philosophie“ von osteopathischen Verfahren, einzuordnen in die kritisch-rationale Medizin westeuropäischer Prägung.⁷ Da dieser Begriff in Deutschland klar definiert ist und auch in vielen europäischen Ländern inzwischen rezipiert worden ist, ist es zielführend, die „Osteopathie“ unter diesem Oberbegriff zusammenzufassen und den eingeführten Begriff „Manuelle Medizin“ nicht durch „osteopathische Medizin“ zu ersetzen. In Deutschland sind eine Reihe von osteopathischen Verfahren in der MWBO implementiert (zum Beispiel der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin, der Orthopädie oder der Manuellen Medizin). Insofern sind „osteopathische Techniken“ in Deutschland bereits der Heilkunde zuzurechnen und können als Bestandteil und Erweiterung der Manuellen Medizin betrachtet werden.⁶

2. Pathophysiologisches Modell und Evidenz

Ihren grundsätzlichen Zielstrukturen entsprechend, wird die „Osteopathie“ typischerweise in drei Bereiche unterteilt:

- Parietale „Osteopathie“ mit den Zielstrukturen Bindegewebe und Muskulatur; manuell untersucht und behandelt werden myofasziale Spannungsphänomene, Gelenkdysfunktionen und segmentale Dysfunktionen.
- Viszerale „Osteopathie“ mit der Zielstruktur intrathorakale und intraabdominelle Organe; manuell untersucht und behandelt werden Beweglichkeitsstörungen

* Anteile des Textes sind mit dem wissenschaftlichen Gutachten des Senats der Bundesärztekammer (Quelle 6) identisch.

innerer Organe in ihren bindegewebigen Aufhängungen.

- Kraniale (kraniosakrale) „Osteopathie“, einerseits basierend auf der Annahme spezifischer inhärenter Rhythmen des menschlichen Organismus und andererseits gerichtet auf Beweglichkeitsstörungen bindegewebiger (myofaszialer) Strukturen, die an Suturen ansetzen.

Prinzipiell erfolgt also innerhalb der osteopathischen Verfahren eine manuelle Palpation mit dem Zielkriterium des Nachweises einer gestörten, meist erhöhten, Gewebespannung. Die pathophysiologische Grundannahme bei der Anwendung besteht damit in der palpatorischen Differenzierung und gegebenenfalls Behandlung einer Spannungserhöhung segmental zusammengesetzter Strukturen, beruhend auf der metameren Gliederung des menschlichen Organismus. Etwas linear und vereinfacht ausgedrückt, kann beispielsweise eine Gelenkfunktionsstörung im thorakolumbalen Übergang zu einer Spannungserhöhung nicht nur der segmental zugehörigen tiefen Rückenmuskulatur führen (wie bereits allgemein bekannt und akzeptiert) sondern auch zu einer reflektorischen Restriktion in viszerale Aufhängungen mit resultierender Beweglichkeitsstörung segmental zugehöriger innerer Organe, zum Beispiel der Nieren (siehe Abbildung 1). Andersherum kann eine viszerale Beweglichkeitsstörung reflektorisch zu einer Spannungserhöhung der segmental zugehörigen Rückenmuskulatur mit eventueller Gelenkdysfunktion und / oder Triggerpunktbildung und resultierendem Schmerz führen. Dieser Prozess liegt wahrscheinlich auch den Schmerzprojektionen der „Head“ oder „McKenzie“ Zonen zugrunde.⁸

Für einige Bereiche der osteopathischen Befunderhebung und Therapie sowie für bestimmte Techniken liegt bereits eine relevante Zahl wissenschaftlicher Arbeiten vor. Im Rahmen der Bewertung der „Osteopathie“ durch den wissenschaftlichen Beirat des Vorstandes der Bundesärztekammer Bereich fanden die wissenschaftlichen Gutachter bei restrikti-

Segmentale Gliederung des menschlichen Körpers

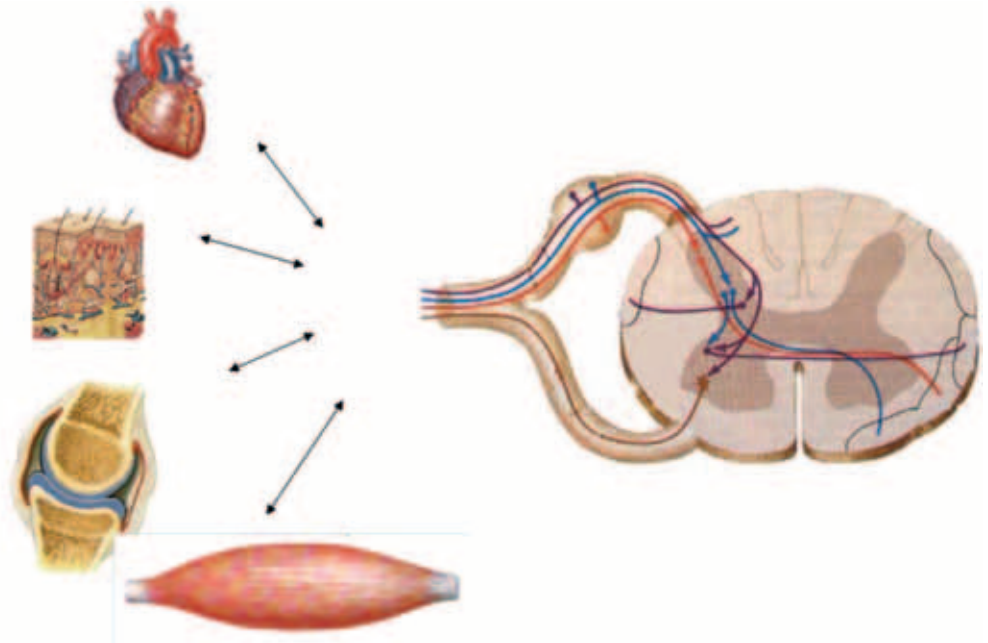


Abb. 1: metamere (segmentale) Gliederung des menschlichen Organismus; propriozeptiver oder nozizeptiver Input aus einer der Strukturen führt reflektorisch zu palpablen Spannungsänderungen in allen anderen
Quelle: Sobotta: Atlas der Anatomie des Menschen, ©Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag München

ver Suche in der Datenbank Medline insgesamt 62 als thematisch relevant zu bezeichnende Einträge, welche also tatsächlich die Wirksamkeit osteopathischer Behandlungsformen thematisieren. Verschiedene dieser Studien und Meta-Analysen belegen die Wirksamkeit osteopathischer Behandlungen bei einer Reihe unterschiedlicher Gesundheitsstörungen (Literatur siehe unter 6: Deutsches Ärzteblatt 2009, Jg. 106, Heft 46, A2325-2334). Grundsätzlich ist festzustellen, dass einigermaßen zuverlässige Aussagen zur Wirksamkeit/Effektivität osteopathischer Behandlungen nur zu einigen Erkrankungsbildern vorliegen. Daraus ist insgesamt zu folgern, dass für die Anwendung bestimmter, hauptsächlich „parietaler“ (= manualmedizinischer) und in geringerem Maße „viszeraler osteopathischer Techniken“ Hinweise für die Wirksamkeit nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin vorliegen. Für „kraniosakral-osteopathische“ Aspekte ist das nur sehr eingeschränkt der Fall. Angemerkt sei, dass viele Vertreter der „Osteopathie“ den Anspruch erheben, die Wirksamkeit hänge von der Beherrschung aller drei Teilbereiche der „Osteopathie“ durch den Therapeuten ab.

3. Berufspolitische Aspekte

In Deutschland wenden neben Ärzten auch Heilpraktiker und Physiotherapeuten mit entsprechender Ausbildung osteopathische Techniken an. Die Ausbildung/das Training ist unterschiedlich umfangreich und intensiv. Daneben gibt es seit ca. zehn Jahren eine steigende Zahl von Schulen, die Angehörige verschiedener medizinischer Fachberufe (vornehmlich Physiotherapeuten und Heilpraktiker, aber auch Ärzte) in einer berufsbegleitenden Ausbildung zum „Osteopathen“ ausbilden. Die meisten dieser Schulen sind oder waren Ableger etablierter Schulen aus dem benachbarten Ausland (zum Beispiel Belgien, Frankreich), wo sich die „Osteopathie“ schon früher etabliert hatte. Infolge des Bologna-Prozesses gibt es derzeit erhebliche Bestrebungen in Deutschland, ein eigenständiges Berufsbild „Osteopath“ mit Primärzugang zum Patienten einzuführen. Dabei ist nicht nachzuvollziehen, welche Rolle ein solches Berufsbild neben dem des Arztes und des Physiotherapeuten spielen sollte. Gerne wird diese Problematik auch mit der deutschen Singularität des Heilpraktikerstatus verbunden. Von ärztlicher Seite sollten wir allen Versuchen entgegenste-

hen, sowohl sogenannte „ärztliche Osteopathen“ zu etablieren als auch sozusagen „auf dem Schleichwege Heilpraktiker“ Berufsbilder wie den des „Osteopathen“ oder den des „Chiropraktors“ in Deutschland zu etablieren. Deswegen ist berufspolitisch die fächerübergreifende Aufnahme der osteopathischen Verfahren in das ärztliche diagnostische und therapeutische Repertoire wichtig.

In Deutschland sind viele Techniken der „parietalen“ und teilweise auch der „viszeralen Osteopathie“ bereits Bestandteil der Zusatz-Weiterbildung „Manuelle Medizin/Chirotherapie“ und damit in die ärztliche Heilkunst integriert und weiterentwickelt worden. Deswegen bietet es sich an, die osteopathischen Verfahren in die Kontinuität der Zusatz-Weiterbildung Manuelle Medizin einzuordnen als daran anschließende Fortbildung. Eine fächerübergreifende Qualifikation wie die Manuelle Medizin/osteopathische Verfahren fügt sich sowohl inhaltlich in die evidenzbasierte kritisch-rationale Medizin als auch berufspolitisch zwanglos in die ärztliche Weiter- und Fortbildungslandschaft der Bundesrepublik ein. Sie bietet interessierten ärztlichen Kollegen, die sich mit dem Bewegungs-

system beschäftigen, interessante Erweiterungen ihres differenzialdiagnostischen und therapeutischen Repertoires. Zu nennen wären zum Beispiel Allgemeinmediziner, Orthopäden, Physikalische Mediziner und Neurologen, aber auch HNO-Ärzte, Internisten, Urologen oder Gynäkologen.

4. Verordnungsfähigkeit, Qualifizierung

Osteopathische Verfahren werden von Ärzten angewendet und können grundsätzlich auch von diesen verordnet werden. Die ärztliche Verordnungsfähigkeit ist voraussetzungsfrei. Es wäre anzustreben, dass verordnende Kollegen die Möglichkeit erhalten, sich über Indikationen und Kontraindikationen der osteopathischen Verfahren zu informieren. Bestimmte „osteopathische Techniken“ dürfen an entsprechend qualifizierte Physiotherapeuten delegiert werden. Ausgenommen davon sind aufgrund des erhöhten Risikopotenzials Manipulationen mit Impuls an der Wirbelsäule sowie intraanale oder intravaginale Techniken. Die Diagnosen und Differentialdiagnosen müssen streng unter Arztvorbehalt bleiben. Für die Delegation ist Voraussetzung, dass der delegierende

Arzt die osteopathischen Verfahren bezüglich ihrer Indikationen und Kontraindikationen kennt. Für die Delegation von osteopathischen Verfahren an Physiotherapeuten ist vom Arzt sicherzustellen, dass Physiotherapeuten in Hinblick auf diese osteopathischen Leistungen entsprechend qualifiziert sind. Diese Forderung gilt auch für Ärzte, die osteopathische Verfahren selbst anwenden.⁶ Dem folgend steht eine strukturierte curriculäre ärztliche Fortbildung in „osteopathischen Verfahren“ für interessierte Kollegen, die die Zusatz-Weiterbildung Manuelle Medizin absolviert haben, vor der Einführung auch in Sachsen. Es bietet sich an, diese curriculäre Fortbildung bundesländerübergreifend in Zusammenarbeit mit den Ärztekammern der Bundesländer Thüringen, Sachsen-Anhalt, Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern zu etablieren.

Literatur beim Verfasser

Anschriften der Verfasser:
Priv.-Doz. Dr. med. Johannes Buchmann
Universität Rostock
Medizinische Fakultät, 18051 Rostock
Prof. Dr. med. Ulrich Smolenski
Friedrich-Schiller-Universität Jena
Universitätsklinikum, Institut für Physiotherapie

5. Deutsch-Polnisches Symposium 2011

Sehr geehrte Damen und Herren,

als Teilnehmer des 5. Deutsch-Polnischen Symposiums vom 6. bis 8. Oktober 2011 in Fürstenstein-Waldenburg möchte ich hiermit den deutschen und polnischen Organisatoren der beiden Ärztekammern danken für das hervorragende Gelingen, für die Organisation, die herzliche Aufnahme und die festliche Gestaltung des Treffens. Die Begegnung mit den polnischen Kollegen war interessant und angenehm in der unkomplizierten Verständigung. Die zum Abschluss geäußerte Bitte, dass auch die Oberschlesische Ärztekammer weiterhin in die Treffen einbezogen wird, spricht für die bishe-

rige gute Annäherung der Deutsch-Polnischen Ärztekammern. Ein weiterer Schritt der Verständigung.

Dr. med. Ulrich Schumann, Pirna

Sehr geehrter Herr Prof. Schulze,

ich möchte mich auf diesem Wege noch einmal ganz herzlich für die freundliche Einladung zum 5. Deutsch-Polnischen Ärztetreffen in Polen, Schloss Fürstenstein, bedanken, und Ihnen zugleich beste und schnelle Genesung wünschen. Das Treffen war durch Ihre Mitarbeiterinnen sehr gut vorbereitet, und die Stimmung unter den Teilnehmern prima.

In der Hoffnung, dass die angesprochenen Probleme, wie zum Beispiel grenzüberschreitende Notarztversorgung (im vereinten Europa und 20

Jahre nach dem Mauerfall), im Interesse unserer Patienten möglichst schnell und unbürokratisch gelöst werden können, verbleibe ich für heute mit herzlichen Grüßen und einem nochmaligen großen Dankeschön.

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Jürgen Prager
Sprecher der Vereinigung Leitender
Kinderärzte Sachsens

Liebes Organisationsteam,

im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 11/2011, sind auf Seite 573 alle gut wiederzuerkennen, mit denen wir in Waldenburg/Polen waren. Die Kurzreise hat viel in mir bewegt, denn Waldenburg und seine Umgebung ist das Land meiner Mutter geblieben. Als sie mit 88 Jahren eine Dreitage-Fahrt nach Waldenburg im Jahr 2005 unternahm, lehnte ich aus

mangelnder Reisezeit ab. Mein Ruhestand musste kommen und die Gelegenheit der Mitreise über die Sächsische Landesärztekammer. Bisher hat mich das Land meiner Vorfahren wenig interessiert. Polen war in der Vorstellung grau und bedrückend arm. Mitgenommen haben wir ein Bild des Aufbruchs, des Optimismus, der guten Küche und der Gastfreundlichkeit. Wir konnten das mütterliche Wohnhaus mit Hilfe eines deutschsprechenden Taxifahrers finden, die neuen Bewohner sprechen und ihre Wohnräume betreten, ebenso wie Räume im Schloss Fürstenstein. Von ihm, vom Fürsten Pless und von seiner Frau Daisy hat meine Mutter erzählt. Ich war eine miserable Zuhörerin. Im Bändchen über Schloss Fürstenstein (Beigabe in der Kongressmappe) begriff ich jetzt das traurige Schicksal der Fürsten Hochberg-Pless. War sie zuvor noch eine der reichsten des Kaiserreichs gewesen, verlor die Familie im Zweiten Weltkrieg alle Besitztümer. Schloss Fürstenstein sollte ein zweites Oberes Salzburg für die Nazi-Truppen werden.

Unsere aktive Teilnahme am Kongressprogramm beschränkte sich auf den festlichen Empfang im Schloss Fürstenberg und den Festabend. Die Großzügigkeit der polnischen Gastgeber mit großem Kulturprogramm und mit Gastgeschenken überwältigte uns. Der alte Glanz wissenschaftlicher Treffen war spürbar. Unsere West-Kongresse, die auf das Notwendige für den wissenschaftlichen Austausch ausgerichtet sind, können vielleicht ein wenig davon zurückholen (die ausführliche Begrüßung der Teilnehmer sei ausgeschlossen). Das Deutsch-Polnische Treffen bleibt der einzige Kongress in meinem Leben, bei dem das Rahmenprogramm mehr als das wissenschaftliche Programm interessierte. Mir sei dies aus oben genannten persönlichen Gründen verziehen. Ich bin der Sächsischen Landesärztekammer und dem Organisationsteam sehr dankbar, dass sie mir die Tür in das Land meiner Vorfahren öffnete. In Erinnerung an eine schöne Reise nach Waldenburg und mit besten

Wünschen für ein gutes Jahr 2012 verbleibe ich.

Prof. Dr. med. em. Katharina Spänel-Borowski,
Leipzig

Impfdatenbank

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit großem Befremden habe ich die Empfehlungen vom Vorsitzenden der Sächsischen Impfkommision gelesen, „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 10/2011, Seite 527: „Die Einrichtung einer Sächsischen Impfdatenbank“ an den Gesundheitsämtern zwecks effektiven Impfmanagements (zum Beispiel Impfaufforderungen an Säumige) und aus infektiologischen Gründen bei Ausbrüchen oder Epidemien ist überfällig.“

Eine derartige Offenbarung gegenüber einem Kernmerkmal des ärztlichen Berufsethos – der Schweigepflicht und Autonomie des Patienten – lässt mich schauern.

Mit gutem Grund gibt es in Deutschland keine Zwangsimpfungen mehr, da mit dem Aussterben der Pocken keine Seuche mehr droht, bei der ein so weitreichender Eingriff in die körperliche Unversehrtheit aller Bürger gerechtfertigt ist. Aber auch das Persönlichkeitsrecht unbelästigt vom Gesundheitsamt zu sein, seinen Impfstatus nur freiwillig preiszugeben, gehören zur Autonomie – noch dazu von Menschen, die noch nicht einmal Patienten sind, sondern allenfalls „potenzielle Patienten“.

Ein Ansinnen eines „Impfregisters“ ist abzulehnen, und ich schäme mich einem Berufsstand anzugehören, der die Lehren aus zwei Rechtssystemen der Missachtung des Individuums und der Kollaboration vieler Ärzte immer noch nicht gezogen hat.

Dr. med. B. Müller LLM.

Verehrte Frau Kollegin,

ich bin sehr verwundert – nicht beleidigt – über Ihren Brief zum Artikel „Impfraten von Auszubildenden in der Kranken- und Altenpflege“ im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 11/2011. Dieser beweist mir neben anderem

zumindest zwei Defizite in Ihrer Haltung und Bildung, nämlich in naturwissenschaftlicher und philosophischer Hinsicht:

1. Wenn Sie sich auch für moderne Epidemiologie und Infektiologie interessieren würden, wären Ihnen zum Beispiel die gegenwärtigen Probleme bei der Masernelimination in den Ländern der Europäischen WHO-Region bekannt. Ich füge diesbezüglich nur die Kurzmitteilung aus dem „Impfbrief“ Nr. 53 vom September 2011 an: „Masernsituation in Europa Juli 2011: 26.263 Fälle, 7 Tote... Frankreich (n=14.040 E, 6 Tote), Italien (n=4.000 E), Spanien (n= 2.400 E), Rumänien (n= 2.072)“, Deutschland (1. – 52. Woche 2011: n=1.609 Erkrankungen, 2 Tote) Die Zahlen der Todesfälle sind bei Einbeziehen der SSPE, die erst nach einer Latenz von 5 bis 10 Jahren manifest wird, zu verdoppeln. Auch sind alle Komplikationen mit Defektheilung nicht erwähnt.

2. Die „Kritik der praktischen Vernunft“ von Immanuel Kant (1788) ist Grundlage der Ethik in Deutschland und Europa geworden, nicht Ihre Vergötterung der individuellen Freiheit. Die Vernunft ist bei Kant praktisch, insofern sie sich auf praktisches Handeln und nicht auf theoretisches Wissen bezieht. Diesem Handeln müssen verbindliche Normen gegeben werden, um die Frage „Was soll ich tun“ zu beantworten. Kant gibt Antwort durch seinen „kategorischen Imperativ“: „Handle so, dass die Maxime deines Willens jederzeit zugleich als Prinzip einer allgemeinen Gesetzgebung gelten könnte“. Die analogen christlichen Normen, die auch die Bundeskanzlerin auf dem CDU-Parteitag in Leipzig wieder für ihre Politik bekräftigt hat, würden in Kurzform lauten: „Liebe Deinen Nächsten wie dich selbst“. Praktisch ist damit unvereinbar, dass ein Mensch zur Infektionsquelle eines anderen wird und ihm damit Schaden oder gar den Tod zufügt, nur weil Menschen eine Erinnerung an eine empfohlene Impfung (Staatliches Impfregister) als Verletzung ihrer Autonomie werten.

Mit freundlichen Grüßen
Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl

Verdienstkreuz 1. Klasse für Prof. Dr. med. habil. Reinhard Ludewig

Der ehemaligen Direktor des Instituts für Klinische Pharmakologie der Universität Leipzig, Prof. Dr. med. habil. Reinhard Ludewig, erhielt das Verdienstkreuz 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland. Die Sächsische Staatsministerin für Wissenschaft und Kunst, Prof. Dr. Sabine Freifrau von Schorlemer, überreichte in Vertretung des Ministerpräsidenten am 16. Januar 2012 in Leipzig diese Auszeichnung.



Foto: Swen Reichhold

Prof. Dr. Reinhard Ludewig wurde 1923 in Dresden geboren, wuchs dort auf und ging nach dem Krieg zum Medizinstudium nach Wien und Erlangen. 1953 kehrte er in seine Heimatstadt zurück. Er nahm seine

berufliche Tätigkeit als praktischer Arzt und parallel in einem endokrinologisch orientierten Labor des Arzneimittelwerkes Dresden auf. Eine außerordentlich erfolgreiche Zeit seines beruflichen und ehrenamtlichen Wirkens folgte am Pharmakologischen Institut der Universität Leipzig ab 1956, dessen späterer Direktor er wurde.

Die Erkennung und Schließung der damals vorhandenen Lücke zwischen pharmakotherapeutischen Lehrinhalten, der tierexperimentell orientierten klassischen Pharmakologie und den klassischen klinisch-toxikologischen Disziplinen ist untrennbar mit seinen Forschungen und seiner Lehre verbunden. Er etablierte und entwickelte dieses Fachgebiet maßgeblich an der Universität Leipzig. Leidenschaftlich widmete er sich zudem der kontinuierlichen arzneimitteltherapeutischen Weiterbildung von Ärzten und Apothekern, ebenso der regelmäßigen Publikation seiner Forschungsergebnisse in Fachzeitschriften und Lehrbüchern.

Keineswegs erlosch nach seiner Emeritierung im Jahr 1989 seine umfangreiche medizinisch-wissenschaftliche und publizistische Tätigkeit. Erst jetzt hatte er die Möglichkeit, sich dem Betätigungsfeld der medizinischen

Graphologie und Schriftpsychologie zu widmen. Seine Vorlesungen zu diesen Themen erfreuten sich großer Anerkennung und Beliebtheit bei der studentischen Zuhörerschaft.

Seinen medizingeschichtlichen Beiträge zur Bachmonographie, zum „Meinungsstreit über die Ursache des Todes von Mozart“, erschienen im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 2/2006, und seine Publikationsserie „Beethoven und das Gift im Wein“, ebenfalls im „Ärzteblatt Sachsen“, Hefte 6 bis 11/2002 erschienen, runden sein engagiertes national und international anerkanntes Wirken ab.

Mit dem Bundesverdienstkreuz ehrt der Bundespräsident Menschen, die sich in den Bereichen Soziales, Wirtschaft, Forschung, Wissenschaft, Kultur und Politik in besonderer Weise um das Gemeinwohl verdient gemacht haben. Seit seiner Stiftung im Jahre 1951 wurde der Verdienstorden der Bundesrepublik Deutschland über 243.000 Mal verliehen.

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, und die Mitglieder des Redaktionskollegiums „Ärzteblatt Sachsen“ gratulieren Herrn Prof. Dr. Reinhard Ludewig zu dieser hohen Auszeichnung.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug

Forum Gesundheitspolitik in Leipzig

Am 30.11.2011 wurde im Festsaal des neuen Rathauses die Mitgliederversammlung der Kreisärztekammer Leipzig (Stadt) mit gesundheitspolitischem Forum abgehalten. An der Veranstaltung nahmen 160 Kammermitglieder teil.

Die Mitgliederversammlung wurde vom Vorsitzenden der Kreisärztekammer Leipzig (Stadt), Dr. med. Mathias Cebulla, moderiert.

In seinem Grußwort berichtete Prof. Dr. phil. Thomas Fabian, Bürgermeister für Jugend, Soziales, Gesundheit und Schule der Stadt Leipzig über Initiativen der Stadt im Bereich der Prävention, insbesondere in Problembezirken, und würdigte die gute Zusammenarbeit von Gesundheitsamt, niedergelassenen Ärzten und



Kassenärztlicher Vereinigung. Nach der Totenehrung verlas Dr. Cebulla den Rechenschaftsbericht mit Finanzbericht der Kreisärztekammer Leipzig (Stadt) und ging auf die vielfältigen Aktivitäten des Kammervorstandes, zum Beispiel jährliche Studentenveranstaltung, Fortbildungsabende, Bearbeitung von Vermittlungsangelegenheiten, Betreuung von Senioren, ein. Das Thema des sich anschließenden gesundheitspolitischen Forums lautete „Priorisierung in der Medizin“. Hierzu war der ehemalige Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekam-

mer, Prof. Dr. med. habil. Christoph Fuchs, geladen. In seinem Referat setzte sich Herr Prof. Dr. Fuchs ausführlich mit der zukünftigen Gestaltung des Gesundheitswesens auseinander. In Zeiten von rasantem medizinischen Fortschritt, älter werdenden Patienten und Verknappung der finanziellen Ressourcen lautet sein Motto „Prioritäten setzen statt heimlicher Rationierung“. Da die Bewältigung der gesundheitspolitischen Probleme einen gesamtgesellschaftlichen Konsens erfordert, schlägt er die Bildung eines Expertenrates vor, in dem alle gesellschaftlich relevanten Gruppen vertreten sind.

Eine anschließende rege Diskussion spiegelte die große Resonanz wider, die das spannende Referat bei den Veranstaltungsteilnehmern fand.

Dr. med. Susanne Schenk, Leipzig

Prof. Dr. med. habil. Karl Bilek zum 80. Geburtstag



Am 28. Januar 2012 feierte der langjährige Direktor der Universitätsfrauenklinik Leipzig, Herr Professor Dr. med. Karl Bilek, seinen 80. Geburtstag. An dieser großen Klinik, dem beruflichen Mittelpunkt seines Lebens, hat er fast 40 Jahre gewirkt. Am 1. April 1997 ging Prof. Dr. Karl Bilek nach 23 Jahren Direktorat in den Ruhestand.

In dieser langen Zeit hat er mit vielen ärztlichen Kolleginnen und Kollegen, Schwestern und allen Mitarbeitern unter nicht immer einfachen Bedingungen vertrauensvoll zusammengearbeitet. Sein Verhältnis zu Patientinnen und Mitarbeitern war für alle beispielgebend.

Prof. Dr. Karl Bilek wurde 1932 im Sudetenland geboren. Er studierte in Leipzig Medizin und legte hier 1956 das Staatsexamen ab. Prägend für sein gesamtes ärztliches und wissenschaftliches Leben war am Beginn seiner beruflichen Tätigkeit die Arbeit am Institut für Pathologie der Universität Leipzig in den Jahren 1956/57. Im Jahre 1956 promovierte er dort.

Ende 1958 nahm er, noch unter dem Direktorat einer seiner renommierten Vorgänger, Prof. Dr. med. Robert Schröder, seine Tätigkeit an der Frauenklinik auf. 1966 habilitierte sich Karl Bilek mit der Thematik „Das Verhalten der Carboanhydrase in Geburtshilfe und Gynäkologie“. Er wurde 1966 zum Oberarzt und 1967 zum Dozenten für das Fachgebiet ernannt. 1974 wurde ihm das Direktorat der Klinik übertragen und im Oktober

des gleichen Jahres folgte die Berufung zum ordentlichen Professor.

Seine speziellen klinischen und wissenschaftlichen Interessen lagen auf dem Gebiet der operativen Therapie gynäkologischer Krebserkrankungen und der Korrektur genitaler Fehlbildungen, ohne seine geburtshilfliche Tätigkeit zu vernachlässigen. Prof. Dr. Karl Bilek war ein hervorragender Kliniker und Operateur und gehörte sicherlich zu den Letzten, die noch das gesamte Fachgebiet vertraten. Prof. Dr. Karl Bilek gab der Leipziger Klinik in seinen Amtsjahren eine klare und bis heute vorbildhafte Struktur. Neben der gesamten Gynäkologischen Onkologie entwickelte sich unter seiner Leitung die moderne Perinatologie und eine bereits seit 1968 vorhandene Neonatologische Intensivstation wurde erheblich erweitert. Nach der Geburt des weltweit ersten „Retortenbabys“ 1978 in England wurde unter seiner Leitung Anfang der 80er Jahre diese Methode der Kinderwunschbehandlung erfolgreich etabliert.

Ausgehend von seinen beruflichen Anfängen in der Pathologie leitete Prof. Dr. Karl Bilek über 35 Jahre, von 1961 bis 1996, das klinikeigene Histologische Labor. Sämtliche Befunde wurden von ihm selbst durchgeführt, wobei die unmittelbare Verbindung von Klinik und Morphologie bis heute als vorbildlich und von unschätzbarem Vorteil für klinische Entscheidungen anzusehen ist. Darüber hinaus führte er die schon von Prof. Dr. Robert Schröder begonnene Sammlung der sogenannten „besonderen Fälle“ akribisch fort – ein Fundus für die Forschung und Weiterbildung. Schließlich wurde unter seiner Leitung mit Weitsicht zu Beginn der 90er Jahre die komplexe Behandlung des Mammakarzinoms in der Klinik eingeführt.

Neben diesem immensen Engagement als Direktor einer Frauenklinik mit zum damaligen Zeitpunkt über 300 Betten lag Prof. Dr. Karl Bilek die Lehre immer ganz besonders am Herzen. Die Hauptvorlesung in unserem Fach hielt er über 26 Jahre. Eine Vielzahl junger Kolleginnen und Kollegen hat in der von ihm geleiteten

Klinik eine Facharztweiterbildung erhalten. Alle konnten durch den hohen Stand der klinischen Weiterbildung erfolgreich tätig werden. Viele sind ihm heute noch sehr freundschaftlich und dankbar verbunden.

Bleibende Verdienste hat er sich bei der Aus- und Weiterbildung von ausländischen Ärzten, besonders aus einigen Entwicklungsländern, erworben. Hervorzuheben ist die langjährige Hilfe für das Gesundheitswesen in Äthiopien. Neben der Betreuung vieler Promotionsarbeiten hat Prof. Dr. Karl Bilek zehn Mitarbeiter zur Habilitation geführt. Während seiner Amtszeit sind 13 Professoren aus dieser Klinik hervorgegangen.

Sein wissenschaftliches Lebenswerk hat in über 125 Publikationen Niederschlag gefunden. Er ist verantwortlicher Herausgeber eines Hebammenlehrbuches.

Mehrere Regionaltagungen fanden unter seiner wissenschaftlichen Leitung statt. Er war 1989 Kongresspräsident des 11. Gynäkologenkongresses der DDR, der gleichzeitig nach dem Mauerfall der erste gesamtdeutsche Kongress wurde.

Der beeindruckenden Historie der Leipziger Universitätsfrauenklinik fühlte sich Karl Bilek stets verpflichtet und beispielhaft organisierte er in Erinnerung an die ehemaligen Klinikdirektoren 1984 das Robert-Schröder- und 1992 das Carl-Credé-Symposium. Federführend war er bei der Erstellung der Festschrift aus Anlass des 200-jährigen Gründungsjubiläums der Universitätsfrauenklinik Leipzig am 8. Oktober 2010.

Neben verschiedenen akademischen Ämtern war Prof. Dr. Karl Bilek Mitglied in zahlreichen nationalen und internationalen Fachgesellschaften und nach seiner Emeritierung noch bis 2011 ärztlich sowie gutachterlich tätig.

Wir wünschen Prof. Dr. Karl Bilek aus Anlass seines Jubiläumsgeburtstages noch viele Jahre Lebensfreude bei Gesundheit und in der gewohnten geistigen Frische im Namen aller Schüler, Weggefährten und Verehrer.

Prof. Dr. med. habil. Henry Alexander
Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler
Dr. med. Gabriele Pretzsch

Unsere Jubilare im März 2012 – wir gratulieren!

60 Jahre

- 03.03. Dr. med. Baumann, Gabriele
08289 Schneeberg
- 03.03. Dipl.-Med. Rothe, Eva-Maria
08344 Grünhain-Beierfeld
- 04.03. Dipl.-Med. Otto, Klaus-Dieter
02799 Waltersdorf
- 04.03. Dipl.-Med. Scharsky, Erika
04416 Markkleeberg
- 09.03. Prof. Dr. med. Jacobs, Enno
01309 Dresden
- 09.03. Dipl.-Med. Naumann, Klaus
09669 Frankenberg
- 09.03. Dr. sc. med.
Schubert, Thomas
01159 Dresden
- 10.03. Dr. med. Wagner, Guntram
09600 Kleinschirma
- 12.03. Dipl.-Med. Weck, Ursula
08468 Reichenbach
- 14.03. Dr. med. Ohlmer, Roswitha
01477 Arnsdorf
- 15.03. Dipl.-Med. Cieslack, Elke
04685 Nerchau
- 17.03. Dr. med. Beckmann, Bernd
09306 Rochlitz
- 17.03. Dr. med. Matz, Wera
01279 Dresden
- 18.03. Schmiedel, Beate
09599 Freiberg
- 18.03. Dr. med. Wächter, Joachim
04838 Eilenburg
- 19.03. Dipl.-Med.
Unfried, Natascha
09224 Grüna
- 24.03. Dipl.-Med. Plewe, Ellen
09669 Frankenberg
- 27.03. Dipl.-Med. Bonitz, Ute
09128 Kleinolbersdorf
- 27.03. Dipl.-Med. Nitt-Türk, Hella
04552 Borna
- 30.03. Dipl.-Med. Beer, Regina
04277 Leipzig
- 01.03. Dr. med. Baehnisch, Gunter
04105 Leipzig
- 03.03. Dr. med. Edelmann, Renate
04509 Delitzsch
- 04.03. Itz Edler
von Mildenstein, Edith
01468 Moritzburg/Friedewald
- 05.03. Dr. med. Hänisch, Christoph
08309 Eibenstock
- 09.03. Dr. med. Schaper, Ursula
08058 Zwickau
- 13.03. Dr. med. Liefke, Ursula
09114 Chemnitz
- 13.03. Dr. med. Perschke, Sigrid
08134 Wildenfels
- 20.03. Kunde, Klaus
01108 Dresden/OT Weixdorf
- 21.03. Knöfel, Gisela
04107 Leipzig
- 21.03. Dr. med. Marin Grez, Marta
01728 Bannewitz
- 23.03. Dr. med. Kahlert, Ruth
01189 Dresden
- 28.03. Dr. med. Eymann, Bernd
01728 Possendorf
- 28.03. Dipl.-Med.
Wiedemann, Steffen
02826 Görlitz
- 29.03. Dr. med. Blank, Gudrun
09599 Freiberg
- 31.03. Dipl.-Med. Zachäus, Gabriele
01277 Dresden
- 70 Jahre**
- 01.03. Dr. med.
Beier-Kirsten, Gabriele
04416 Markkleeberg
- 01.03. Dr. med. Beyer, Monika
01738 Klingenberg
- 01.03. Dr. med. Döge, Dagmar
01279 Dresden
- 01.03. Dr. sc. med. Lampe, Jochen
01069 Dresden
- 02.03. Dr. med. Barthel, Eberhard
01796 Pirna
- 02.03. Dr. med. Bauer, Klaus
08451 Crimmitschau
- 02.03. Dr. med. Hertting, Frank
01825 Liebstadt
- 02.03. Dr. med. Lehmann, Volkmar
01662 Meißen
- 03.03. Prof. Dr. med. habil.
Kästner, Ingrid
04103 Leipzig
- 03.03. Dr. med. Kipka, Anna
04668 Grimma/OT Dorna
- 03.03. Dr. med. habil.
Mehlhorn, Johannes
09380 Thalheim
- 04.03. Dr. med. Höhne, Ingrid
01217 Dresden
- 06.03. Dr. med. Heidrich, Sigrid
04463 Großpösna
- 06.03. Dr. med. Pastrnek, Dietmar
04509 Delitzsch
- 06.03. Dr. med.
Schramm, Dietmar
02977 Hoyerswerda
- 07.03. Dr. med. Fiedler, Helga
04347 Leipzig
- 07.03. Dr. med. Häusler, Ulrike
01705 Freital
- 08.03. Dr. med.
Teichgräber, Gudrun
01705 Freital
- 09.03. Kühn, Werner
04155 Leipzig
- 09.03. Pyschik, Birgit
09117 Chemnitz
- 10.03. Dr. med. Gleißner, Peter
02826 Görlitz
- 10.03. Dipl.-Med.
Neumann, Winfried
01217 Dresden
- 11.03. Weller, Helga
01728 Bannewitz
- 13.03. Dr. med. Gürtler, Peter
04680 Colditz
- 13.03. Dr. med. Neumann, Horst
01809 Heidenau
- 14.03. Dr. med. Tausche, Peter
01309 Dresden
- 16.03. Dr. med. Mueller, Erik
01662 Meißen
- 16.03. Dr. med.
Sandner, Hans-Jochen
08144 Stenn
- 16.03. Dr. med. Thoß, Ursula
08523 Plauen
- 17.03. Dr. med. Desselberger-
Schulze, Ingrid
01796 Pirna
- 17.03. Dr. med. Wachtarz, Bernhard
02894 Reichenbach
- 19.03. Dr. med. Gornig, Elisabeth
04279 Leipzig
- 19.03. Scheffel, Monika
02977 Hoyerswerda
- 19.03. Dr. med.
Schellenberger, Julia
04105 Leipzig
- 20.03. Dr. med. Schulze,
Hans-Joachim
02829 Ebersbach-Neugersdorf
- 21.03. Dr. med. Strömer, Hermann
04808 Falkenhain
- 22.03. Borufka, Günter
04849 Bad Dübén
- 22.03. Dr. med. Nowy, Joachim
02829 Markersdorf b. Görlitz
- 22.03. Dr. med. Winkler, Eberhard
08280 Aue
- 23.03. Dr. med. Nicht, Veronika
01309 Dresden
- 24.03. Tzscheutschler, Bärbel
09247 Röhrsdorf
- 25.03. Dr. med. Fleischer, Claudia
04316 Leipzig
- 26.03. Barzantny, Ursula
04886 Beilrode
- 26.03. Dr. med.
Oelschlegel, Joachim
09395 Hormersdorf
- 29.03. Dr. med. Schulze, Rosemarie
02829 Schöpstal
- 29.03. Dr. med. Zechel, Iris
01728 Bannewitz
- 30.03. Dr. med. Mutschke, Ingeborg
04347 Leipzig
- 75 Jahre**
- 01.03. Dr. med. Dette, Joachim
04828 Altenbach
- 01.03. Dr. med. Köcher, Karl
02708 Löbau
- 01.03. Dr. med. Löffler, Ingeborg
02826 Görlitz

- 03.03. Dr. med.
Scholz-Seiffert, Hanna
02826 Görlitz
- 04.03. Eckhardt, Horst
02827 Görlitz
- 04.03. Dr. med. Krosse, Christine
04328 Leipzig
- 05.03. Dr. med.
Krätzschar, Siegfried
04862 Mockrehna
- 06.03. Dr. med. Stüber, Roland
08539 Leubnitz
- 07.03. Lunina, Nina
01877 Bischofswerda
- 08.03. Dr. med.
Kazmirowski, Marianne
01445 Radebeul
- 09.03. Dr. med. Kosel, Dietmar
01259 Dresden
- 09.03. Dr. med. Petzel, Wanda
04178 Leipzig
- 09.03. Dr. med. Splith, Gunter
04329 Leipzig
- 11.03. Dr. med. Jählig, Eike
09212 Limbach-Oberfrohna
- 13.03. Dr. med.
Appenfelder, Renate
01109 Dresden
- 15.03. Dr. med.
Dölling-Jochem, Irmela
01734 Rabenau/Karsdorf
- 15.03. Dr. med. Stahl, Christa
09130 Chemnitz
- 18.03. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Altus, Ralf Erhard
01689 Weinböhla
- 18.03. Dr. med. Reichel, Albrecht
02708 Löbau
- 20.03. Dr. med. Weller, Josef
04862 Mockrehna
- 22.03. Dr. med. Hübner, Ingrid
08056 Zwickau
- 24.03. Dr. med.
Kindermann, Siegfried
01587 Riesa
- 25.03. Dr. med. Lehmann, Manfred
04356 Leipzig
- 28.03. Dr. med. Simon, Johanne
01445 Radebeul
- 29.03. Dr. med. Fritzsche, Hans
01259 Dresden

80 Jahre

- 03.03. Dr. med. Arbeiter, Michael
04736 Waldheim
- 05.03. Doz. Dr. med. Dr. med. dent.
Dyrna, Joachim
04316 Leipzig
- 14.03. Wabra, Reiner
04207 Leipzig
- 17.03. Dr. med. Bresan, Johann
01917 Kamenz
- 18.03. Dr. med. Brandt, Ursula
04435 Schkeuditz
- 19.03. Selle, Wolfgang
01468 Moritzburg

- 28.03. Dr. med. Vogel, Wolfgang
09456 Annaberg-Buchholz
- 29.03. Dr. med. Heyder, Horst
01217 Dresden
- 29.03. Dr. med. Schurig, Wolfram
01796 Pirna

81 Jahre

- 03.03. Dr. med. Graefe, Adolf
09131 Chemnitz
- 12.03. Prof. Dr. med.
Dietze, Rosemarie
04207 Leipzig
- 12.03. Dr. med. Kühne, Sighilt
09526 Pfaffroda
- 14.03. Dr. med.
Dominick, Manfred
01917 Kamenz
- 17.03. Meyer, Ursula
02763 Zittau
- 18.03. Dr. med. Günther, Lothar
09353 Oberlungwitz
- 21.03. Dr. med. Richter, Christa
01217 Dresden
- 25.03. Dr. med.
Hoffmann, Winfried
01069 Dresden
- 26.03. Dr. med. Nitzsche, Peter
01328 Dresden
- 30.03. Dr. med. Krügel, Elisabeth
04178 Leipzig

82 Jahre

- 09.03. Dr. med. Weinhold, Dieter
04178 Leipzig

83 Jahre

- 01.03. Prof. Dr. med. habil.
Weise, Klaus
04416 Markkleeberg
- 06.03. Dr. med. Müller, Edith
01129 Dresden
- 10.03. Dr. med. Wintzer, Horst
09131 Chemnitz
- 14.03. Dr. med.
Schneider, Hans-Georg
04155 Leipzig
- 22.03. Dr. med.
Rotzsch, Rosemarie
04416 Markkleeberg
- 24.03. Dr. med. Flex, Günter
04277 Leipzig
- 25.03. Dr. med. Klein, Charlotte
04103 Leipzig
- 27.03. Dr. med. Walther, Johanna
08209 Auerbach
- 27.03. Wientzek, Bernhard
01067 Dresden
- 29.03. Hahn, Isolde
04129 Leipzig

84 Jahre

- 02.03. Hettwer, Elisabeth
01587 Riesa
- 24.03. Dr. med. Tscharnke, Gudrun
01069 Dresden

85 Jahre

- 18.03. Dr. med. Patzelt, Friedrich
04318 Leipzig
- 18.03. Dr. med. Philippson, Ursula
04299 Leipzig
- 19.03. Steinmann, Erna
04328 Leipzig
- 25.03. Dr. med. Steglich, Barbara
02625 Bautzen
- 29.03. Dr. med. Braun, Günter
08359 Breitenbrunn

86 Jahre

- 28.03. Dr. med. Albert, Karl
08228 Rodewisch

87 Jahre

- 30.03. Dr. med. Bergner, Hilda
01099 Dresden

88 Jahre

- 09.03. Dr. med. Liebert, Helga
04451 Borsdorf OT Panitzsch
- 17.03. Dr. med. Dieke, Marianne
04107 Leipzig
- 19.03. Dr. med. Steudtner, Gerd
01217 Dresden
- 24.03. Prof. Dr. med. habil.
Pfeiffer, Joachim
04155 Leipzig
- 27.03. Eisner, Ingeborg
04103 Leipzig

89 Jahre

- 08.03. Dr. med. Viertel, Johanna
09484 Oberwiesenthal

90 Jahre

- 03.03. Dr. med. Eichfeld, Werner
04277 Leipzig
- 10.03. Prof. Dr. med. habil.
Rösner, Klaus
08058 Zwickau
- 18.03. Dr. med. Kluppach, Harry
04229 Leipzig

91 Jahre

- 11.03. Dr. med. Hansch, Ursula
04275 Leipzig
- 11.03. Dr. med.
Nartschik, Clemens
04157 Leipzig
- 18.03. Dr. med.
Kemmer, Carl-Heinz
02742 Neusalza-Spremberg

94 Jahre

- 10.03. Dr. med. Peißker, Elisabeth
04277 Leipzig
- 15.03. Prof. em. Dr. med. habil.
Holtorff, Joachim
01326 Dresden
- 31.03. Dr. sc. med.
Cordes, Christoph
04651 Bad Lausick

Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Harro Seyfarth



Am 13. August 2011 verstarb nach kurzer schwerer Krankheit im Alter von 90 Jahren unser hochverehrter Mentor und akademischer Lehrer Prof. Dr. med. habil. Harro Seyfarth.

Wir, seine Schüler, sind zutiefst betroffen und möchten sein Wirken in Mecklenburg und Sachsen angemessen würdigen.

Prof. Dr. Seyfarth wurde 1921 in Chemnitz geboren und verlebte dort seine Kindheit und Jugend. Auch wenn die Jahre der Weimarer Republik und die NS-Zeit nicht leicht waren, so wuchs er doch in einem Elternhaus auf, das ihm eine zutiefst humanistische Grundeinstellung zum Leben vermittelte.

Nach abgelegtem Abitur studierte Prof. Dr. Seyfarth von 1940 bis 1945 in Leipzig Humanmedizin. Im Stadtkrankenhaus Küchwald in Chemnitz begann er seine chirurgische Assistenzzeit. Er setzte seine berufliche Bildung im Krankenhaus Leninstraße in Chemnitz fort, in dem er von 1949 bis 1951 als Oberarzt arbeitete. Anschließend wechselte er an die Chirurgisch-Orthopädische Universitätsklinik der Friedrich-Schiller-Universität Jena, wo er als Oberarzt tätig war und 1953 die Facharztanerkennung für das Fachgebiet Orthopädie erhielt. Am 15.11.1954

habilitierte er sich mit dem Thema „Die Resorption aus den Gelenken“ an der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität, und am 1.3.1955 wurde er zum Hochschuldozenten berufen. Nachdem er am 1.1.1959 in Jena eine Professur mit Lehrauftrag für das Fachgebiet Orthopädie erhalten hatte, wurde Prof. Dr. Seyfarth am 15.5.1959 zum Direktor der Orthopädischen Universitätsklinik Rostock berufen, wobei diese Tätigkeit gekoppelt war mit einer zusätzlichen Chefarztstätigkeit in einer Heilstätte für Knochentuberkulose in Graal-Müritz. Seiner chirurgischen Grundausbildung folgend erkannte Prof. Dr. Seyfarth die Möglichkeiten operativer Behandlungen von Erkrankungen und Verletzungen des Haltungs- und Bewegungsapparates. Er verwandelte in Rostock die Orthopädie mit viel Elan und Kreativität in eben diesem Sinne von einer vorwiegend konservativen Disziplin in ein operativ ausgerichtetes Fach.

Dabei führte er neue Operationsverfahren in nahezu allen Teilbereichen der Orthopädie ein und überprüfte diese Verfahren mit wissenschaftlich anerkannten Methoden.

Sein besonderes Interesse galt den modernen Osteosyntheseverfahren ebenso wie den Möglichkeiten, die sich mit der Einführung der Endoprothetik ergaben.

Seine hohe Anerkennung und ausgewiesene Kompetenz auf den Gebieten der medizinischen Betreuung sowie in Forschung und Lehre führten dazu, dass Prof. Dr. Seyfarth zum 1.9.1975 zurück nach Sachsen auf den Lehrstuhl für Orthopädie der Universität Leipzig berufen wurde. Hier trat er die Nachfolge von Prof. Dr. med. habil. Peter Friedrich Matzen an, eine nicht leichte, aber doch herausfordernde Aufgabe. Mit großem Engagement und beispielhaftem Einfühlungsvermögen entwickelte er die Leipziger Klinik im konservativen und operativen Bereich weiter, bewahrte der Klinik das so wichtige traumatologische „Standbein“ und konnte bei seiner Emeritierung 1986 seinem Nachfolger eine intakte Klinik übergeben.

Über 200 Veröffentlichungen, mehr als 250 Vorträge, viele Buchbeiträge und die Herausgabe zweier Bücher kennzeichnen seine umfangreiche wissenschaftliche Tätigkeit. Nicht zuletzt diese Leistungen führten dazu, dass er 1974 in die Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina aufgenommen wurde.

Prof. Dr. Seyfarth erhielt 1973 die Purkinje-Medaille, 1978 die Ehrenplakette der Gesellschaft für Klinische Medizin der DDR, 1981 die Theodor-Brugsch-Medaille und im gleichen Jahr die Fritz-Giezelt-Medaille, außerdem 1982 die Ehrenplakette der Polnischen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie, 1983 die Paul-Friedrich-Scheel-Medaille und schließlich 1985 die Hans-Gummel-Medaille – alles Ehrungen in Anerkennung seiner hervorragenden klinischen und wissenschaftlichen Leistungen.

Prof. Dr. Harro Seyfarth war seit 1963 im Vorstand der Gesellschaft für Orthopädie der DDR tätig und von 1970 bis 1972 sowie von 1975 bis 1981 ihr Vorsitzender. In dieser Zeit hat er es mit viel Geschick und Durchsetzungsvermögen verstanden, die Gesellschaft als wissenschaftliche Heimstatt aller Orthopäden in der DDR zu bewahren.

Viele seiner Schüler wurden in leitende Positionen als Abteilungsleiter, Chefarzte und Universitätsprofessoren berufen.

Nach der Emeritierung widmete er sich ganz seiner Familie und besonders seinen acht Enkelkindern. Auch bisher viel zu kurz gekommene Hobbys wie Musik und Reisen wurden zusammen mit seiner Ehefrau Christa, mit der er sein ganzes Leben verbunden war, wieder gepflegt.

Er war nicht nur ein hervorragender Orthopäde und akademischer Lehrer, seine wärmende Menschlichkeit, sein Humor, seine Bescheidenheit und seine Eloquenz hat viele von uns bewegt und geprägt.

Wir gedenken seiner mit Hochachtung und in großer Dankbarkeit.

Dr. med. Christoph Seyfarth, Parchim
Prof. Dr. med. habil. Peter Matzen, Leipzig

Schwester Florence Nightingale

Eine Frau im Kampf für die Menschlichkeit

Ihr Wirken ist Einheit von humanistischer Gesinnung und humanitärem Handeln. Ihre Ethik erschöpft sich nicht in Linderung von Leiden, sie nimmt zugleich den Kampf gegen die Schrecken des Krieges und die verheerenden Auswirkungen sozialer Ungerechtigkeiten auf. Sie war Vorkämpferin und Wegbereiterin des Schwesternberufes in der ganzen Welt.

Heute werden an das Wissen und Können der Krankenschwester hohe Anforderungen gestellt. Zuverlässige Pflege und fürsorglicher Umgang mit Patienten bilden eine Einheit. Die Durchsetzung einer qualifizierten Krankenpflege weltweit stellt noch immer ein Schlüsselproblem dar, bei dessen Lösung das Vermächtnis der Florence Nightingale wegweisend ist. Standesgemäß, wie es sich für Angehörige des Besitzbürgertums im viktorianischen England gehört, lebten die Nightingales auf ihren Liegenschaften. Ihre Hauptbeschäftigung war der Müßiggang. William Eduard Nightingale war kein Traummann, aber er garantierte mehr als den gewohnten Wohlstand. Seine Frau Fanny liebte rauschende Feste und glanzvolle Empfänge. Eine schier endlose Hochzeitsreise ließ das Paar nach nahezu drei Jahren als vierköpfige Familie zurückkehren. Reisen war nach den napoleonischen Kriegen, während denen sich die Engländer auf ihre Insel verbannt sahen, ein Hauptvergnügen derer geworden, die es sich leisten konnten.

Das Traumziel der Nightingales war Italien. In den malerischen Städten der Apenninenhalbinsel kamen die beiden Töchter zur Welt, die nach einer Laune der Mutter Parthenope (griechische Bezeichnung Neapels) und Florence (nach Florenz) benannt wurden. In Embly Park in der Nähe von Hampshire und in Lea Hurst verlebte Florence ihre Kindheit. Die kleine Florence, genannt Floh, war ein sogenanntes schwieriges Kind.

Bereits mit sechs Jahren beharrte sie auf dem Wunsch nach einer Beschäftigung, die nicht allein dem Vergnügen diene. Sie schloss sich dem Vater an, der ihr viel Wissenswertes erzählen konnte. Er unterrichtete sein Kind selbst in Geschichte, Philosophie, Latein, Griechisch, Deutsch, Französisch und Italienisch. Nur für die musischen Fächer wurde eine Hauslehrerin engagiert. Während Florence sich mit größtem Wissensdurst in das Lernen stürzte, nahm sich ihre Schwester die Lebensweise ihrer Mutter zum Vorbild. Zum Leiden der älteren Schwester aber zeichnete sich Florence nicht nur durch Klugheit und Selbstbewusstsein aus, sie war auch viel hübscher als Parthenope, sodass die jungen Herren ihr den Vorzug gaben. Florence hatte die Voraussetzungen, „ganz nach oben“ zu kommen.

Mit 17 Jahren reiste Florence mit ihrer Familie durch Südfrankreich nach Italien, wo sich ihr eine neue Welt erschloss. Sie wurde strahlender Mittelpunkt vieler Feste, besuchte Opern, Konzerte und Galerien. Doch inmitten des Rausches der Schönheit blieben ihr die Schattenseiten, das Elend der Armen, nicht verborgen. In Italien lernte Florence die Umwelt mit neuen Augen zu sehen. Sie entflammte für die Ideale der für die Freiheit des Landes kämpfenden Revolutionäre und wurde in Frankreich mit der völlig unbekanntem Idee der Frauenemanzipation vor allem in Bildung und Berufsleben vertraut gemacht.

Unweit des Nightingaleschen Landsitzes lag das Dorf Halloway. Hier sah Florence erstmals das Elendsdasein in den ärmlichen bäuerlichen Hütten der durch die industrielle Entwicklung verarmten Weber. Die durchschnittliche Lebenserwartung in den englischen Industriestädten lag bei 17 Jahren. Florence verlor ihr seelisches Gleichgewicht beim Anblick dieses Elends. Die plötzliche Erkrankung ihrer alten Kinderfrau und der Großmutter boten ihr die Möglichkeit, ihre Pflege zu übernehmen. Erstmals hatte sie eine echte Aufgabe zu erfüllen. Dabei gewann sie die Einsicht, dass Mitleid und Herzenswärme nicht genügten als Vor-



Florence Nightingale

Foto: Wikimedia Commons

aussetzung guter Krankenpflege. Sie erkannte die Notwendigkeit des fundierten Wissens und der erprobten Erfahrung und bat ihre Eltern um Erlaubnis, im Krankenhaus von Salysbury die praktische Krankenpflege zu erlernen.

Das Ersuchen löste einen Sturm der Entrüstung aus. Sie beschrieb ihren Zustand mit: „Mein Elend und meine innere Leere sind unbeschreiblich.“ Da ihr das Tätigsein versagt blieb, beschäftigte sie sich wenigstens theoretisch mit der Problematik der Spitäler. Allmählich besaß sie umfassende Kenntnisse über europäische Spitäler, die für ihr späteres Wirken grundlegende Bedeutung erhielten. Von Nutzen war ihr auch, dass sie sich im Rahmen der häuslichen Obliegenheiten als Sachwalterin der Vorrats- und Wäschekammer betätigte. Befriedigung erlangte sie dabei aber nicht.

Florence Nightingale wurde auf eine in der Nähe von Düsseldorf gelegene, von Pfarrer Theodor Fliedner ins Leben gerufene humanitäre Einrichtung, die Kaiserswerther Anstalt, aufmerksam. Fliedner hatte den Versuch unternommen, gegen die auch in Deutschland menschenunwürdigen

Umstände im Pflegewesen anzukämpfen. Florence wollte die Pflege-
diakonie kennenlernen und weilte
1850 für zwei Wochen am Ort ihrer
Wünsche. Es war nur ein flüchtiger
Informationsbesuch, doch sie schöpfte
neuen Mut. 1851 ging sie nochmals
nach Kaiserwerth. Die Anstalt umfasste
ein Spital mit 100 Betten, eine
Klinikschule, ein Asyl für Strafentlassene,
ein Waisenhaus und ein Lehrerinnenseminar.
Vorrangiges Ziel war die Schwesternausbildung
(Diakonissen).

Ende 1851 musste Florence nach
England zurückkehren. Sie wurde
weiter im goldenen Käfig gefangen
gehalten. Aber Kaiserwerth hatte sie
gefestigt, Rebellion bestimmte nun
ihre Haltung. Sie ließ sich nicht mehr
wie ein Kleinkind gängeln und bevormunden.

Ihr Entschluss, sich von der Familie
zu trennen, stand fest. Ihr Vater, ihr
Verbündeter, stellte ihr jährlich 500
Pfund zur Verfügung, das machte
sie materiell unabhängig. Was aber
sollte eine junge Dame ihrer
Gesellschaftsschicht beginnen?

Die Londoner „Anstalt für gebildete
kranke Damen“ suchte eine Vorsteherin.
Dank der Zuwendungen ihres
Vaters konnte sie am 12. August
1853 die langersehnte selbstständige
Arbeit aufnehmen. Nun konnten sich
ihr Tatendrang und ihr Organisations-
talent voll entfalten. Sie beschränkte
sich nicht auf Verwaltungsaufgaben,
sondern war Vorsteherin, Pflegerin
und Hausmeisterin zugleich. Keine
Arbeit erschien ihr unter ihrer Würde.

Als im Sommer 1854 in den Slums
von London die Cholera ausbrach,
verließ Florence das Heim, dessen
Insassen überwiegend „eingebildete
Kranke“ waren, und ging in das
Cholera-Krankenhaus. Die harte
schulpflegerische Praxis war eine
wirksame Vorbereitung für die große
Aufgabe, die zum bestimmenden
Lebensinhalt für Florence Nightingale
werden sollte. Mitte des 19.
Jahrhunderts war Großbritannien die
größte Kolonialmacht der Welt. Die
Türkei befand sich in halbkolonialer
Abhängigkeit von den führenden
kapitalistischen Ländern. Der russische
Rivale stand den Plänen im

Nahen Osten im Wege. Am 16.
Oktober 1853 erklärte die Türkei
Russland den Krieg. Dem Ansturm
der modern ausgerüsteten Armeen
Europas waren die zaristischen
Streitkräfte nicht gewachsen. 1855
endete der Krieg in Sewastopol mit
einer Niederlage Russlands.

Die britische Armee musste den
Erfolg mit unermesslichen Verlusten
erkaufen. Es herrschten schwere
Mängel an Bekleidung, Ernährung,
aber vor allem an medizinischer
Betreuung der Truppen.

Nach Skutari (heute Stadtteil von
Istanbul) wurden Cholerakranke
und Verwundete in eine Kaserne
und das Spital transportiert. Die
Kranken lagen auf dem Boden,
häufig mussten Operationen
ohne Betäubungsmittel ausgeführt
werden. Dieses Inferno konnte nicht
geheim gehalten werden. Es fehlte
an Ärzten und Pflegerinnen. Oft
lagen Verwundete eine Woche,
ohne dass ein Arzt ihre Wunden
nur berührt hätte. Die einfachsten
Hilfsmittel eines Krankenhauses
fehlten. Ein Aufschrei des
Entsetzens ging durch England:
„Sind keine Frauen da, die die
kranken Soldaten im Orient pflegen
können?“ Es wurde ein Fonds ins
Leben gerufen und an Florence
Nightingale herangetreten. Sie
erklärte sich sofort bereit, mit einer
Gruppe Pflegerinnen die Betreuung
der Kranken und Verwundeten in
Skutari zu übernehmen. Am 21.
Oktober begab sie sich in Begleitung
von Diakonissen, anglikanischen
Schwestern und katholischen
Nonnen auf die Reise. Die Annahme,
dass Florence in dieser Situation
höchst willkommen gewesen wäre,
erwies sich als großer Irrtum. Die
Frauen wurden als unliebsame
Störenfriede betrachtet. Die
Ärzte weigerten sich, ihre
Anwesenheit auch nur zur Kenntnis
zu nehmen. Sie galten als
Spinnerinnen. Florence befand
sich in einer schwierigen Lage,
sie wollte helfen, konnte aber
nicht. Die erste Bresche in die
Mauer des Argwohns wurde in der
Küche geschlagen. Die Frauen
durften für die Verwundeten
kochen. Trotzdem blieben die
schrecklichen Zustände in den
Krankensälen.

Cholera, Durchfall, Skorbut und
andere Mangelerscheinungen über-

füllten die Lazarette. Jetzt hatten
die Ärzte keine Wahl, als Florence
Hilfe anzunehmen. Ihr erster
Großangriff galt dem maßlosen
Schmutz. Damit schuf sie eine
hygienische Grundlage. Nach und
nach wurden die Soldaten von
Strohsäcken in Betten umgelagert.
Sauberkeit, Ordnung, Luft und
Licht wurden zu grundlegenden
Kriterien der Nightingaleschen
Pflegepraxis.

Bei aller Bedeutung des von
Florence Nightingale Geleisteten
half ihr ihre persönliche
Ausstrahlung. Sie stand in der
Blüte ihres Lebens und hatte
alles andere als die abgezehrten
asketischen Züge einer im Leben
zu kurz gekommenen Feministin.
Ihre ganze Erscheinung war
Schlichtheit und Natürlichkeit.
In den Hospitälern wurde sie
der „helfende Engel“ genannt.
Es gab aber auch Kritiker und
Neider.

Die ungewöhnlichen Anstrengungen
gingen nicht spurlos an ihr
vorüber. Im Frühjahr 1855 brach
sie zusammen. Es endete in einer
tiefen Depression, die bis Ende
des Jahres anhielt. Inzwischen
war der Krieg zugunsten der
Engländer und Franzosen
entschieden. Während gehässige
Militärs Florence das Leben
vergällten, wurde die Retterin
tausender einfacher Soldaten
von einer Woge der Liebe getragen.
Ein Fonds wurde zur
Schwesternausbildung
bereitgestellt und Florence
Nightingale als Superintendentin
in den Lazaretten der Armee
eingesetzt. Sie hatte gesiegt!

Im Juli 1856 war ihre Aufgabe
hier beendet. Sie reiste zurück
nach England. Durch
Vermittlung von Freunden konnte
sie Königin Viktoria ihre
Reformvorschläge für die
militärisch-medizinische
Ausbildung und Betreuung
vortragen. Mit ihren „Notes
on hospitals“ widmete sie sich
in den 60er-Jahren den
Grundlagen der Krankenpflege.

Da das Zusammenleben mit
Mutter und Schwester in London
sehr unerfreulich verlief, brach
sie 1857 völlig entnervt
zusammen. Sie bezog ein
kleines Appartement, wo sie
zurückgezogen, verbittert und
enttäuscht lebte. Doch besessen
von ihrer Mission kehrte sie
wieder an ihre Arbeit zurück.

1857 bis 1859 kam es in Indien, Kolonialland von Großbritannien, zum Volksaufstand. Die Folgen waren verheerend, die Rache der Sieger schrecklich. 1859 bildete Florence eine Sanitätskommission, die sich nun um die nach Indien abkommandierten britischen Soldaten kümmerte, die unter hohnsprechenden Lebensbedingungen ihr Dasein in den Lazaretten fristeten.

Florences Kampf um die Durchsetzung sozialer und sanitärer Reformen hatte unendliche Mühe gekostet. Sie fasste den Entschluss, ihre Erfahrungen auch dem zivilen Bereich nutzbar zu machen. In Europa und Kleinasien hatte sie zahlreiche Spitäler besichtigt und festgestellt, dass sich die Lage keineswegs von der in den Lazaretten unterschied. Dringende Veränderungen waren auch hier oberstes Gebot. Es wurde die neuzeitliche Krankenpflege eingeleitet. Bislang waren Spitäler Zufluchtsstätten für Sterbende. In den Krankenhäusern sollte aber ärztliche Diagnostik und Therapie die bestimmenden Faktoren werden. Zögernd nur setzten sich die Veränderungen durch.

Florence begann 1858 ihr publizistisches Werk zur Neugestaltung des Krankenhaus- und Pflegewesens („Notes on hospitals“). Frische Luft und Sonnenlicht sei für die Genesung besonders wichtig, richtige Diät sei wichtiger als Medikamente. Das Buch wurde ein großer Erfolg. Ärzte und Oberinnen aus aller Welt baten sie um Rat.

1860 veröffentlichte Florence ihr populärstes Buch „Bemerkungen zur Krankenpflege“ („Notes on nursing“) mit einfachen Ratschlägen für pflegende Frauen. Reinlichkeit, Licht und Sauberkeit haben absolute Priorität. Vieles scheint uns heute selbstverständlich, aber Mitte des 19. Jahrhunderts waren es sensationelle Neuerungen.

1861 fügte sie in einer weiteren Ausgabe ein Kapitel über die Pflege des Kindes hinzu. Eine Übersetzung wurde in Deutschland herausgegeben. Im klinischen Bereich war qualifizierte Krankenpflege dringend erforderlich. Mit ihrem Fonds gründete

sie eine eng an das St.-Thomas-Hospital gebundene Ausbildungsstätte für Schwestern. Die Zahl der Bewerber war enttäuschend, sodass eine Auswahl kaum möglich war. Am 15. Juni 1860 wurde die „Nightingaleschule“ mit 15 Schülerinnen eröffnet. Die Ausbildung betrug ein Jahr, das keine Vergnügungszeit war. Neben einem „modernen Protokoll“ wurde ein „Fertigungs- und vertrauliches Protokoll“ über die Schülerinnen geführt. Es wurde Wert auf Einheit von Theorie und Praxis gelegt. Damit war Krankenpflege neben Berufung zum Beruf geworden.

Der Besuch der Schwesternschule stand allen Ständen offen. Moralische Integrität, Einsatzbereitschaft und fachliches Können waren Voraussetzung und verhalfen dem Unternehmen zu einem vollen Erfolg. Florence Nightingale reformierte auch die Armenhauskrankenpflege. 1867 wurde der Regierung das hauptstädtische Armengesetz vorgelegt.

Bis ins hohe Alter setzte sich Florence für die Krankenversorgung in ländlichen Gebieten ein. Eine ihrer letzten Schriften war 1893 die „Ländliche Hygiene“. Für jedes Dorf forderte sie eine Wasserversorgung, Grubenklosette, Straßenreinigung, Belehrungen in den Schulen – kurz, ein gesundheitspolitisches Programm. Praktische Pflegearbeit war für Florence nicht mehr möglich. So widmete sie sich verstärkt denen, die auf die verantwortungsvolle Arbeit vorbereitet wurden. Sie errichtete eine neue Schwesternschule. Mit den ausgebildeten Schwestern blieb sie in engen Kontakt. 1887 waren Nightingales Oberinnen in Deutschland, Schweden, den USA, Kanada, Indien und Ceylon tätig. Florences Anliegen war, keinen religiösen Orden zu gründen, sondern eine gutbezahlte Berufslaufbahn für Frauen zu eröffnen. Bereits mit 60 Jahren kränkelte Florence und war gezwungen, ihr Leben in gemäßigttere Bahnen zu lenken. Das Müßigsein fiel ihr schwer. Während des Krieges 1870/1871 zwischen Deutschland und Frankreich gründete sie die „Nationale Gesellschaft zur Hilfe für Kranke und Verwundete“ – Vorläufer des britischen Roten Kreuzes.

Weitgehend zurückgezogen, vereinsamte sie mehr und mehr und verirte sich in recht abwegige Gedankengänge. Den Zwängen der anglikanischen Kirche beugte sie sich nicht. Mitte der 60er-Jahre verschlechterte sich ihr Zustand weiter – ohne fremde Hilfe konnte sie sich kaum noch bewegen. Wer zu ihr kam, hatte gewöhnlich nur ein Anliegen. Ihre treuesten Begleiter waren Katzen.

1866 stattete sie in ihrer Heimat nochmals einen Besuch ab. Aber die Wiedersehensfreude mit der Familie war enttäuschend, die alten Gegensätze prallten bald aufeinander, sodass sie schnell wieder nach London zurückkehrte.

1874 starb ihr Vater, mit dem sie eine echte Zuneigung verband; 1880 ihre Mutter.

Florence fand wieder Kontakt zur Umwelt. 1895 schrieb sie: „Ich habe vieles verloren, bin gescheitert, bin enttäuscht worden und habe bittern Schmerz erlitten, aber jetzt in meinem Alter scheint mir das Leben kostbarer denn je.“

Der Friede des Alters wurde von den Symptomen zunehmender Sehschwäche gestört. Allmählich erlosch auch die unbändige Kraft ihres Geistes. Jetzt aber kam die große Zeit der Ehrungen, doch sie erreichten den verwirrten Geist nicht mehr.

Langsam kam am 13. August 1910 der erlösende Tod. Es kamen viele ehrende Nachrufe, sogar sehr viele. Die „New York Times“ schrieb den knappen Satz: „Nur wenige Leben verliefen nutzbringender und anregender als das ihre.“

Ihre wichtigste, bis in die Gegenwart reichende Botschaft ist die dringende Mahnung zum Frieden, die in der Zeit eines nuklearen Infernos besondere Bedeutung erlangt.

Florence Nightingale ist Wegbereiterin der modernen Krankenpflege und verschaffte den Krankenschwestern den Status eines geachteten Frauenberufes. Über allem aber stand ihre Liebe zum Menschen und die Hingabe an den Beruf, den sie als Berufung erachtete.

20 Jahre Erfahrungen als Kursleiter

Was ein Kursleiter immer schon mal sagen wollte.

Was ist ein „Kursant“? Der Kursant ist ein Kursbesucher/eine Kursbesucherin, der dem Kursleiter und seinen Referenten in den Bildungsveranstaltungen gegenübersteht. Zu Beginn eines Kurses kennt man sich zumeist nicht. Ob man sich im Verlauf des Kurses kennen oder sogar schätzen lernt, ist von vielen Faktoren abhängig.

Im Verlauf von 20 Jahren sind zum Thema „Notfallmedizin“ über 100 „sächsische“ Kurse zusammengekommen. Den ersten Kurs für die Sächsische Landesärztekammer habe ich am 10. 5. 1991 am Klinikum St. Georg geleitet. Es war gewissermaßen ein Testkurs, mit dem man an die neuen Gegebenheiten der Notfallmedizin heranführen wollte. Wir hatten das damals „Crashkurs Rettungsdienst“ genannt. Der Kurs umfasste acht Lehrstunden und war für einen definierten Kreis von erfahrenen Notfallmedizinern bestimmt (Abbildung). Es war der sehr schnelle Versuch gewesen, auf neue Gegebenheiten hinzuweisen. Bis einschließlich 8. 11. 1993 haben wir auf diese Weise über 850 Notärztinnen und Notärzte nachgeschult.

Die Bildungsarbeit hat sich im Verlaufe von 20 Jahren geändert. Sie ist intensiver geworden, der Kreis der Referenten hat sich laufend geändert, wenngleich der Kern konstant



Abbildung: Crash-Kurs Rettungsdienst am 10.5.1991 in Leipzig

geblieben ist. Und selbstverständlich haben sich auch die Vortragsmedien geändert. Angefangen haben wir mit zum Teil handgeschriebenen Folien und dem Overheadprojektor (alter Begriff: Polyflux), viele Jahre kam dann die Diaprojektion und Doppelprojektion zum Einsatz. Dabei erlebten wir den unvergesslichen Referenten, der sich nicht in der Lage sah, bei Ausfall eines Projektors den Vortrag weiterzuführen und ganz entsetzliche Diskussionen anfannte. Das war im Übrigen der gleiche Referent, der in einem Dresdener Notfallmedizinerkurs sich auf einen fachlichen Streit mit einem Kursanten einließ, was dazu führte, dass der Kurs unterbrochen wurde und eine freundliche Kammermitarbeiterin zur Schlichtung herangezogen werden musste.

Und nunmehr gibt es auf unseren Kursen schon seit Jahren nur noch die ausschließliche Präsentation in der Powerpointtechnik. Und es gibt immer noch Referenten, die damit ihre liebe Not haben. Dann ist es hilfreich, dass wir seit vielen Jahren Kursassistenten haben, die unterstützen können. Und wenn die es nicht können, dann ist mindestens ein absoluter EDV-Freak unter den Kursanten, der alle Feinheiten einer Computer-Beamer-Schaltung kennt.

Aber auch der Kursant hat sich im Laufe der Jahre sehr geändert. In den ersten Kursen war die Atmosphäre durchgehend freundschaftlich-kollegial und ohne Auffälligkeiten. Das Wort des Referierenden galt, und die Auseinandersetzung mit Inhalten fand mit der Freigabe der Diskussion nach dem Referat statt. Das hat sich gründlich geändert. Seit etwa zwei Jahren ist festzustellen, dass die Generation der „Smartphone-Nutzer“ ihren Einzug genommen hat, die durch ihren Internetzugriff die Aussagen der Vortragenden unmittelbar kontrollieren. Ich selbst konnte die Erfahrung auf einem Leitende-Notärzte-Kurs 2010 machen, als ich mit einem historisch ausgerichteten Einführungsvortrag auf die Geschichte der mitteldeutschen Notfallmedizin einging. Ich berichtete

über die „Rettungsgesellschaft zu Leipzig“, einen Gründungsbaustein der deutschen Notfallmedizin, und meinte, dass diese Gesellschaft 1883 gegründet wurde. Ein Kursant kontrollierte das sofort, was am wischen den Finger auf dem Smartphone-Display zu erkennen war. Ich war schon längst in der Historie 50 Jahre weiter, da verkündete der Kursant befriedigt: „Sie haben sich geirrt; es war 1882!“

Political correctness hat sich überhaupt stabil manifestiert, sodass die Referenten auch zusehends vorsichtiger wurden. Ein Leipziger Notfallmedizinerkurs im Jahre 2009 verzeichnete eine Beschwerde über einen Fall von Migrantendiskriminierung, die es aber nicht war. Bei der Abhandlung von Einsatzberichten über Verkehrsunfälle leitete der Referent, ein Unfallchirurg aus einem Krankenhaus zwischen Leipzig und Dresden, seine Ausführungen mit der Bemerkung ein: „Seit die zahlreichen Polen mit ihren LKW auf der Bundesautobahn A 14 unterwegs sind, haben wir es mit wesentlich mehr Unfällen zu tun.“ Das deutete ein polnischer Kursant als ausländerfeindliche Attacke, der Vortrag musste unterbrochen werden und in einem Dreiergespräch zwischen Kursleiter, Referent und Kursanten erfolgte eine Erklärung und Deeskalation.

Manchmal lag die Fehldeutung von Referentenäußerungen einfach nur am unvollkommenen Deutsch der Kursbesucher. So hatte ich in einem Einführungsvortrag über die Einsatztaktik von dem sicheren Handeln eines „alten Hasen“ gesprochen und dabei offensichtlich bei einer ukrainischen Besucherin viel Verwirrung erzeugt. Ihre Frage war: „Was ist ein Notarzhase?“

Mich hat immer eine Sache sehr geärgert: Zum Abschluss der Kurse wurden und werden Evaluationsbögen ausgeteilt, auf denen sich der Kursant sowohl ganz allgemein zum Kurs wie auch im Speziellen zu den einzelnen Referenten äußern soll. Das soll er anonym tun. Und das habe ich immer als ungerecht emp-

funden, denn die Kritik des Kursleiters an den Kursanten, an ihrer Disziplin und ihrer Mitarbeit, findet keinen Raum und ist wohl auch nicht gewünscht. Weiterhin hat der Kursleiter gar keine Möglichkeit, auf die Kritiken einzugehen oder bestimmte Vorwürfe zu entkräften.

Ein Beispiel: Die Bewertung der Pausenversorgung im Leipziger Notfallmedizinkurs liegt seit Jahren immer zwischen den Schulnoten 1 und 2. Im Frühjahrskurs 2009 betrug die Gesamtnote für das Essen die gemittelte Schulnote 1,8. Dies hinderte aber einen Kursanten nicht daran, den Kommentar „Saufraß“ niederzuschreiben. Gerne hätte ich diesen Kollegen/diese Kollegin persönlich angesprochen und die Gründe zu dem vernichtenden Urteil erfragt.

So mussten eben viele Äußerungen unbeantwortet bleiben, weil man den Fragenden nicht erkennen kann. Demzufolge habe ich mir immer viel Mühe gegeben, eingangs der Kurse zu erläutern, warum der Stoffverteilungsplan nun so ist, wie er abgehandelt wird, und dass ständige Korrekturen durch die Bundeskonferenz Notfallmedizin in 5-jährigem Abstand erfolgen, nachdem alle Landesärztekammern gehört wurden.

Diese Erläuterung ändert aber nichts daran, dass es stets zwei bis drei Kursbesucher gibt, die meinen, dass das eine Thema unwichtig sei und das andere sehr viel ausführlicher abgehandelt werden müsste.

Auch der Kursant in seinem Verhalten und seinem Auftreten hat sich in den letzten Jahren gründlich geändert:

In einem der allseits beliebten Seminarkurse zur Erlangung der Qualifikation Leitender Notarzt in Oberwiesenthal gab es ein ganz anderes Problem. Zwei Kursantinnen, die sich bereits am Tag der Kurseröffnung herzlich mit Bussibussi begrüßten und ihrer Freude Ausdruck verliehen, sich hier getroffen zu haben, nahmen nebeneinander Platz und das Unheil begann. Ungeniert und per-

manent tauschten sie während der Lehrveranstaltungen ihre privaten Informationen aus, lachten herzlich und waren durch nichts von ihrem Verhalten abzubringen. Als mir der Kragen platzte und ich meinte, dass ich sie auseinandersetzen würde, meinte eine der Damen, dass es dafür keine Rechtsgrundlage geben würde. Und überhaupt, sie wären ja nicht in der Schule und wo es stehen würde, dass man sich nicht unterhalten dürfe. Das war sicher eine extreme Ausnahme, musste aber dazu führen, sich in Zusammenarbeit mit der Juristischen Geschäftsführung der Landesärztekammer ein Konzept für einen möglichen Wiederholungsfall zurechtzulegen.

Wie sind die anonymen Einschätzungen auf den Evaluationsbögen zu bewerten? Der 45. Notfallmedizinkurs im Herbst 2011 in Leipzig wurde insgesamt von nahezu allen Kursteilnehmern als hervorragend bewertet und ist nach der Gesamteinschätzung wohl einer der besten Kurse aller Zeiten gewesen. Ein Teilnehmer schrieb sich aber seinen ganzen Frust von der Seele: Die Kursräume seien zu groß, der Kurs habe keine Praxisrelevanz, und er könne diesen Kurs auch nicht weiterempfehlen. Ein anderer Kursant meinte wiederum, dass die praktischen Übungen sinnlos und viel zu umfangreich seien. Gottseidank erklärte zugleich ein anderer Kursbesucher, dass die Übungen wunderbar seien, doch leider sei die Übungszeit zu kurz.

Seit etwa fünf Jahren haben wir uns am Rande der Oberwiesenthaler Kurse mit einem ganz anderen Phänomen auseinandersetzen. Das Hotel hatte ein Zimmerkontingent bereitgestellt, das von den Kursteilnehmern abgerufen werden konnte. Dafür gab es einen vom Hotel festgesetzten Zimmerpreis, der außerhalb der Kurskalkulation der Kammer lag. In jedem Kurs gibt es mittlerweile mindestens einen Kursanten, der diesen Hotelpreis mit den verschiedenen Hotelreservierungssystemen im Internet vergleicht und dies dann entweder vorab zu einer endlo-

sen Diskussion nutzt, es im Kurs thematisiert oder in der Kursauswertung als Organisationsmangel beschreibt.

In der kritischen Betrachtung und regelmäßig öffentlich geäußelter Kritik an den Refresherkursen für Leitende Notärzte waren und sind drei Kolleginnen aus der brandenburgischen Provinz einsame Spitzenreiterinnen, die so ungefähr alles monierten, was möglich ist: Zu wenig Pausengetränke, zugige Tagungsräume, platte Witze des Kursleiters, nuschelnder Referent, Musik zur Abendveranstaltung zu laut. Und um ihre ganze Ablehnung gegenüber der Veranstaltung deutlich zu machen, wird pausenlos hemmungslos untereinander geplaudert. Bis zum heutigen Tage hat sich dem Kursleiter nicht erschlossen, wo die Ursache des Besuches der drei Damen zu finden ist.

Das war aber die absolute Ausnahme. Häufiger war da schon der Kursant, der sich auf den sächsischen Kursen wohl fühlte und dies auch mitteilte. Somit waren insbesondere die Kurse zum Leitenden Notarzt und zum Ärztlichen Leiter Rettungsdienst in Oberwiesenthal gute Multiplikatoren für die sächsische ärztliche Standespolitik, da über die Hälfte der Kursteilnehmer aus anderen Kammerbereichen kommt.

Fazit/Resümee:

Es berichtet ein Kursleiter aus seiner zwanzigjährigen Erfahrung in über 100 Bildungsveranstaltungen der Sächsischen Landesärztekammer. Darin wird auch kritisch das Evaluationsverfahren gewertet, das einem wissenschaftlichen Leiter relativ wenig Raum zur Antwort auf geäußerte Kritiken gibt. Auf besondere Verhaltensweisen einzelner Kursbesucher wird ebenso eingegangen, wie auch eine kritische Wertung der Wissensvermittlung von Referierenden vorgenommen wird.