

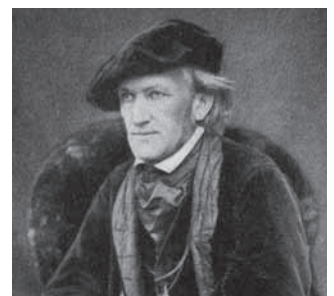
<b>Editorial</b>	Prof. Dr. med. habil. Hans-Egbert Schröder neuer Vorsitzender des „Ärzteblatt Sachsen“	<b>232</b>
<b>Berufspolitik</b>	116. Deutscher Ärztetag	<b>233</b>
	Ergebniskonferenz „Aktives Altern“	<b>239</b>
	Netzwerk „Ärzte für Sachsen“	<b>243</b>
<b>Aus den Kreisärztekammern</b>	Mitgliederversammlung der Kreisärztekammer Chemnitz (Stadt)	<b>187</b>
<b>Recht und Medizin</b>	Quo vadis, Patientenrechtegesetz?	<b>245</b>
	Indikationskatalog für den Notarzteinsatz	<b>248</b>
<b>Mitteilungen der Geschäftsstelle</b>	Tätigkeitsbericht 2012 der Sächsischen Landesärztekammer	<b>249</b>
	Seminar für ausländische Ärzte	<b>249</b>
	Berufshaftpflichtversicherung für Ärzte	<b>250</b>
	Bundesarbeitsgemeinschaft der Notärzte mit neuem Vorstand	<b>250</b>
	Konzerte und Ausstellungen	<b>250</b>
<b>Mitteilungen der KV Sachsen</b>	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	<b>251</b>
<b>Personalia</b>	Jubilare im Juli 2013	<b>252</b>
	Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Rose	<b>254</b>
<b>Medizingeschichte</b>	Gerhart Hauptmann und die Medizin	<b>255</b>
	Richard Wagners koronare Herzkrankheit	<b>259</b>
<b>Einhefter</b>	Fortbildung in Sachsen – August 2013	



116. Deutscher Ärztetag  
Seite 233



Gerhart Hauptmann  
und die Medizin  
Seite 255



Richard Wagner  
Seite 259

Titelbild: Kuppelsaal – Eröffnung des 116. Deutschen Ärztetages in Hannover  
© SLAEK

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

## Prof. Dr. med. habil. Hans-Egbert Schröder neuer Vorsitzender des „Ärzteblatt Sachsen“



Prof. Dr. med. habil. Hans-Egbert Schröder  
© Uniklinik Dresden

Auf Beschluss des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer und des Redaktionskollegiums wurde Herr Prof. Dr. med. habil. Hans-Egbert Schröder mit Wirkung zum 1. Juni 2013 zum Vorsitzenden des Redaktionskollegiums des „Ärzteblatt Sachsen“ berufen.

Prof. Dr. Schröder wurde 1940 in Dresden geboren und besuchte hier die Grund- und Oberschule. Er erkämpfte sich sein Studium in Berlin und Dresden und hat nach „Bewährung in der Praxis“ – wie das damals hieß – von 1961 bis 1967 Medizin studiert. 1969 promovierte er zum Dr. med.

1973 erhielt er die Facharztanerkennung für Innere Medizin und 1977 die Subspezialisierung Nephrologie, außerdem wurde die Facultas docendi für das Fachgebiet Innere Medizin erteilt. Nach neun Jahren klinischer Tätigkeit als Stations- und Dialysearzt erfolgte 1976 seine Ernennung zum Oberarzt und stellvertretenden Leiter der Abteilung Innere Medizin der Hochschulpoliklinik.

1983 habilitierte er mit grundlegenden Untersuchungen zum Gichtsyndrom. Im Jahre 1984 übernahm er die Leitung der Abteilung Innere

Medizin der Zentralen Hochschulpoliklinik der Medizinischen Akademie in Dresden.

1986 erfolgte die Berufung zum Hochschuldozenten und 1989 zum außerordentlichen Professor für Innere Medizin an der Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“ Dresden. Schon immer engagierte er sich für die spezialisierte Betreuung von Patienten des rheumatischen Formenkreises und übernahm deshalb 1990 zusätzlich die Rheumaambulanz Dresden-Klotzsche. Seit 1990 oblagen ihm auch die Verpflichtungen der Abteilung Allgemeinmedizin. Hier hat Prof. Dr. Schröder mit der Einrichtung der Vorlesungsreihe „Leitsymptome“ für dieses Fachgebiet Maßstäbe gesetzt.

Nach der Wende war der stets parteilose Prof. Dr. Schröder einer der ersten, der sich ehrenamtlich um die ärztliche Standespolitik große Verdienste erworben hat. Im „Unabhängigen Verband der Ärzte und Zahnärzte“ war er einer der Gründungsmitglieder der Sächsischen Landesärztekammer, und so blieb es nicht aus, dass er zum Präsidenten des NAV-Virchow-Bundes und in wichtige Kammerfunktionen gewählt wurde. Von 1991 bis 1999 war er Vorsitzender des Ausschusses Ambulante Versorgung der Sächsischen Landesärztekammer sowie von 1995 bis 1999 Mandatsträger der Kammerversammlung. Von 1991 bis 2007 war Prof. Dr. Schröder Prüfer in der Facharztprüfungskommission „Innere Medizin“.

1991 wurde Hans-Egbert Schröder zum Ärztlichen Direktor der Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“ Dresden berufen und hat auch dort uneigennützig Gründungsarbeit geleistet.

In dieser Umbruchzeit gehörten Mut, klare Ziele und Durchsetzungsvermögen zu den Tugenden, die notwendig waren, diese Aufgaben ins Werk zu setzen. Die bedeutendste Leistung lag dabei in dem Umstand, dass Prof. Dr. Schröder die Potenzen der Medizinischen Akademie Dresden wohl einzuschätzen verstand und die Basis für eine neue wissenschaftlich attraktive Medizinische Fakultät mit schuf.

1992 wurde Prof. Dr. Schröder zum ordentlichen Professor für Innere Medizin/Rheumatologie berufen. Mit der Gründung der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden im Oktober 1993 wurde die Klinik für Innere Medizin in drei Kliniken aufgeteilt. Seitdem stand Prof. Dr. Schröder der Medizinischen Klinik und Poliklinik III als Klinikdirektor vor. In seiner Klinik erfolgte die Zusammenfassung der Teilbereiche Rheumatologie, Endokrinologie/Stoffwechsel, Nephrologie und Hämodialyse, Pathobiochemie, Notaufnahme sowie der Medizinischen Poliklinik. Insbesondere gelang es unter seiner Federführung, die Reste des ehemaligen Instituts für Rheumatologie der DDR der Universität anzugliedern und diese sowohl für die Krankenversorgung als auch für die Forschung zu nutzen. Damit konnte eine wichtige Traditionslinie der Inneren Medizin in Dresden erhalten und ausgebaut werden.

Viele Arbeiten aus seiner Feder befassen sich mit der Genetik, Epidemiologie, Differentialdiagnostik und -therapie von Hyperurikämie und Gicht. Sein wissenschaftliches Werk umfasst 13 Monografien, 180 Publikationen und über 300 wichtige Beiträge auf medizinischen Kongressen. 1984 erhielt Prof. Schröder den Rudolf-Virchow-Preis für seine Arbeiten zur Differentialdiagnostik und -therapie von Purinstoffwechselstörungen.

Nach seiner Emeritierung war Prof. Dr. Schröder von 2005 bis 2008 ärztlicher Geschäftsführer des Medizinischen Versorgungszentrums am Universitätsklinikum in Dresden.

Gegenwärtig ist er noch ambulant als Rheumatologe am Krankenhaus Bethanien in Chemnitz tätig. Er leistet ehrenamtliche Tätigkeit an der Akademie für Palliativmedizin und Hospizarbeit Dresden gGmbH.

Als Sammler beschäftigt er sich mit bildenden Künstlern in Dresden des 20. Jahrhunderts und er hält Vorträge zu den Themen: Rheumatische Erkrankungen, Gicht, Medizin und Kunst sowie Krankheiten großer Künstler.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Präsident

## 116. Deutscher Ärztetag

Für eine Woche wurde Gesundheitspolitik von Ärzten in Hannover gemacht. Rund 250 Delegierte aus ganz Deutschland kamen vom 28. bis 31. Mai 2013 zum 116. Deutschen Ärztetag in die Niedersächsische Landeshauptstadt, um wichtige berufspolitische Themen zu beraten. Eröffnet wurde der Ärztetag im Kuppelsaal des Hannover Congress Centruns im Beisein von Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr und Niedersachsens Ministerpräsident Stephan Weil.

Verantwortung und Freiheit, nicht Staatsmedizin, sei das Motto der Ärzteschaft. Das sagte Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer, bei der Eröffnung dieses Ärztetages. Der BÄK-Präsident warb in seiner Rede dafür, das duale System von gesetzlicher und privater Krankenversicherung zu stärken. „Wir sind es unseren Kindern schuldig, nicht nur an uns, sondern auch an sie zu denken. Deshalb müssen wir in einer älter werdenden Gesellschaft mit zunehmenden medizinischen Chancen und Möglichkeiten das jetzige Krankenversicherungssystem fortentwickeln“.

Montgomery verwies auf eine von der Bundesärztekammer erstellte Reformskizze, die Grundlage der Aussprache des Ärzteparlamentes über die künftige Finanzierung des Krankenversicherungssystems war. Darin plädiert die BÄK unter anderem dafür, die Finanzautonomie der gesetzlichen Krankenkassen wiederherzustellen. Hierfür soll der derzeitige Versichertenanteil zu einem festen, einkommensunabhängigen und von den Kassen autonom festzulegenden Gesundheitsbeitrag weiterentwickelt werden.

Um eine zu hohe Belastung von beitragspflichtigen Versicherten mit niedrigem Einkommen zu verhindern, soll der Gesundheitsbeitrag, den der einzelne Versicherte zahlen muss, auf eine Belastungsgrenze von einem maximalen beitragspflichtigen Anteil von neun Prozent des gesam-



Eröffnung des 116. Deutschen Ärztetags im Kuppelsaal des Hannover Congress Centruns © SLAEK



Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr und Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery (v.l.) © SLAEK

ten Haushaltseinkommens beschränkt werden. Zudem schlägt die BÄK vor, für jedes in Deutschland geborene Kind ein Gesundheitssparkonto einzurichten, das als kapitalgedecktes Ansparprogramm die finanziellen Folgen der zukünftigen demografischen Entwicklung abfedern soll.

### Wie viel Markt verträgt die Medizin?

Der Ärztetag widmete sich intensiv den Auswirkungen des seit Jahren zunehmenden Wettbewerbs im Gesundheitswesen und diskutierte die Frage, wie viel Markt die Medizin verträgt. Prof. Dr. med. Giovanni

Maio, M.A., Freiburg, Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin der Universität Freiburg, führte in dieses spannende Thema ein.

Nach seiner Ansicht sind Medizin und Ökonomie keine Antipoden sondern zwei verschiedene Logiken. Sie genießen keine Gleichrangigkeit, denn der Arzt hat gegenüber seinen Patienten eine Loyalitätspflicht. Und die Ökonomie soll die Medizin erst ermöglichen. Dabei kann es kein Ausbalancieren von Medizin und Ökonomie geben, da der Patient und seine Gesundheit nicht verhandelbar sind. Seine Grundfrage lautete: Inwieweit bestimmt heute die Ökonomie ärztliches Handeln?

Ökonomie will Effizienz. Effizienz ist die Ersparnis von Aufwand. Dies kann organisatorisch erreicht werden, indem Arbeitsabläufe besser strukturiert werden (DRG). Doch in ganz subtiler Weise erfolgt die Ökonomisierung der Medizin durch eine Kultur der formalistischen Korrektheit. Das Führen der Patientenakte ist formal für die Ökonomie wichtiger als das Patientengespräch. Ärzte werden danach bewertet, was sie dokumentieren können. Alles andere ist betriebswirtschaftlich unrentabel. Ärztliche Abläufe werden fragmentiert wie eine technische Reparatur und möglichst kostensparend. Psychosoziale Aspekte werden beim Patienten vernachlässigt. Vor allem alte Patienten kommen dabei zu kurz, was etwa bei der Entlassung spürbar ist, die in einem formalisierten Zeittakt erfolgt.

Heute wird unter ökonomischem Druck vor allem Gesprächszeit und damit am Kern der ärztlichen Identität gespart. Die Ökonomie dient also nicht mehr der Unterstützung der Medizin, sondern sie ist der Taktgeber. Bilanzen als Richtschnur und die Präsenz ökonomischer Zahlen.

Diese fremde Logik der Ökonomie machen sich Ärzte immer mehr ungewollt zu eigen. Allerdings werden sie gekapert und in eine strukturelle Bevormundung geführt. Ärzte



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Dr. med. Andreas Crusius (v.r.)

© SLAEK

können nicht mehr das tun, was sie aus ärztlicher Sicht gern tun würden, weil sie nicht mehr selbst entscheiden können. Die Ökonomie verändert subtil die innere Einstellung der Ärzte. Dokumentation, Anreizsysteme auf Unternehmensziele und ökonomische Verantwortung werden ihnen aufgebürdet, obwohl sie dafür nicht zuständig sind. Es kommt zur Aushöhlung bzw. inneren Umformung der ärztlichen Tätigkeit.

Doch Wettbewerb löst die ökonomischen Probleme nicht. Patienten mit vielen Komplikationen werden aus ökonomischer Sicht niemals für ein Krankenhaus rentabel sein. Krankenhäusern steuern dagegen, indem sie

teure Patienten abgeben. Aber eine Medizin, die bestimmte Patienten meidet, kann sich nicht mehr Medizin nennen. Deshalb darf die Ökonomie nicht in die Kernkompetenz der Medizin übertragen werden, denn qualifiziertes Handeln des Arztes ist eine situationsbezogene Antwort auf das Befinden des Patienten. Die Qualität des Zuhörens ist ökonomisch nicht messbar, doch dies ist gerade die entscheidende Kompetenz des Arztes.

Sein Zugang erfolgt durch Anteilnahme. Aus diesem Grund muss ein Umdenken erfolgen, ärztliche Entscheidungen dürfen und können ökonomisch nicht steuerbar oder kontrollierbar sein.



Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr  
© SLAEK



Prof. Dr. med. Giovanni Maio  
© SLAEK

Die medizinische Versorgung Kranker darf, so Maio, nicht in Geld umgerechnet werden, weil die ärztliche Hilfe eine Selbstverständlichkeit des Menschseins sei und dafür sind Ärzte Ärzte geworden. Ökonomen müssten deshalb lernen, medizinisch zu denken.

### Gesundheitliche Auswirkungen von Armut

In einem weiteren Schwerpunktthema befassten sich die Delegierten mit den Auswirkungen von Armut auf die Gesundheit.

Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck, Hamburg, betonte in seinem Vortrag, dass es in Deutschland keine absolute dennoch aber eine relative Armut gibt, gemessen an dem soziokulturell definierten Minimum. Dieses Minimum bezeichnet die unzureichenden Mittel, um an der Lebensweise im jeweiligen Land zu partizipieren. Es wird am mittleren Pro-Kopf-Einkommen gemessen. Nach dieser Definition wird es in jedem Land der Welt immer relative Armut geben. Davon betroffen sind Alleinerziehende, kinderreiche Familien, Personen mit Migrationshintergrund, Menschen mit schlechter Ausbildung und Langzeitarbeitslose. Erhöhte Krankheitsrisiken bestehen bei diesen Gruppen im Hinblick auf Herzinfarkt, Schlaganfall, chronische Lebererkrankung, chronische Bronchitis und Osteoporose. Die gesundheitlichen Ungleichheiten lassen sich bereits vom Beginn des Lebens bis ins hohe Alter zeigen. Bei Kindern



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze im Gespräch mit Dr. med. Andreas Crusius © SLAEK

werden diese hervorgerufen durch Mütter, die während der Schwangerschaft rauchen, oder ein Kind wurde nie voll gestillt oder es wurden nicht alle U-Untersuchungen wahrgenommen. Die gesundheitlichen Ungleichheiten können in allen Industrieländern insbesondere in Bezug auf das Einkommen nachgewiesen werden und haben sich in den letzten Jahrzehnten vergrößert. Nach der Hypothese der sozialen Verursachung macht demnach Armut krank auf Grund von:

1. gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen,
2. materiellen und psychosozialen Faktoren sowie
3. dem Zugang zum Versorgungssystem.

Angehörige niedriger sozialer Schichten unterliegen zudem einer erhöh-

ten materiellen und psychosozialen Belastung im Erwerbsleben. Eine generelle Ungleichheit bei der medizinischen Versorgung zwischen Arm



Die sächsischen Delegierten bei der Abstimmung © SLAEK



Dr. med. Thomas Lipp © SLAEK



Prof. Dr. med. habil. Otto Bach © SLAEK



Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler © SLAEK

und Reich kann grundsätzlich nicht nachgewiesen werden. Da der Einfluss sozialer Ungleichheit zumeist durch verhaltensbezogene, materielle und psychosoziale Faktoren entsteht, ergeben sich in erster Linie praktische Konsequenzen vor allem im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung. Denn es bestehen große Ungleichheiten bei der Inanspruchnahme von Präventionsangeboten. Die Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit muss deshalb eine zentrale politische und gesellschaftliche Aufgabe sein. Die Gesellschaft muss den einzelnen Menschen befähigen, ein gesundes Leben zu führen. Dazu können Ärzte einen wichtigen Beitrag in Form von zielgruppenspezifischer Prävention bei Schwangeren und Kindern sowie der Verhältnisprävention leisten. Um diesen Beitrag adäquat erfüllen zu können, so Prof. Knesebeck, sollte die Prävention stärker in der medizinischen Ausbildung berücksichtigt werden. Die Delegierten forderten zudem die Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und eine adäquate Vergütung der dort beschäftigten Ärzte.

Bannmeilen um Schulen für Fast-Food-Ketten, Prävention als Unterrichtsfach oder rauchfreie Strände könnten neben den bereits vorhandenen Präventionsprojekten weitere politische Maßnahmen gegen armutsbedingte Erkrankungen sein.

### Fort- und Weiterbildung

Der Deutsche Ärztetag hat Änderungen der (Muster-)Fortbildungsordnung sowie der (Muster-)Weiterbildungsordnung beraten. Durch zahlreiche Entwicklungen innerhalb der letzten Jahre, wie etwa der Einführung von ärztlichen Peer Review Verfahren oder Techniken wie dem blended-e-learning, ist es notwendig, die Fortbildungsordnung an den aktuellen Stand anzupassen und solche neuen Verfahren mit aufzunehmen. Zudem benötigen Ärzte heutzutage vielmehr als noch vor einigen Jahren neben der medizinischen Expertise weitere Kompetenzen wie etwa im Bereich Kommunikation, Management, Gesundheitsberatung und Wissensvermittlung.

Insbesondere die geplante Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung wurde ausführlich diskutiert. Die Novellierung sei notwendig wegen Konflikten der Bildungs- und Berufsausübungsregelung sowie der hohen Arbeitsbelastung und der verkürzten Regelarbeitszeit der Ärzte sowie des eingeschränkten Leistungsspektrums durch Spezialisierung. Auch die Ergebnisse der Evaluation der Weiterbildung und Anregungen der Fachgesellschaften wie auch der wissenschaftlich-technische Fortschritt machen eine Novellierung notwendig. Die Novellierung sieht zum Beispiel eine Flexibilisierung durch Rotation sowie die Stärkung

der berufsbegleitenden Weiterbildung vor. Beschlossen wurde auch eine Ausweitung der ambulanten Weiterbildung.

Die neue (Muster-)Weiterbildungsordnung soll dem 117. Deutschen Ärztetag 2014 zur Diskussion und Beschlussfassung vorgelegt werden, wobei „Genauigkeit vor Schnelligkeit“ gehen soll.

### Priorisierung

„Die Bereitstellung einer ausreichenden gesundheitlichen Versorgung für unsere Patienten wird in Zukunft zu einer immensen Herausforderung! Die Rahmenbedingungen hierfür werden sich insbesondere aufgrund der demografischen Entwicklung sowie des medizinischen Fortschritts weiter verschärfen.“, dies betonte Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer und Leiter der Arbeitsgruppe Priorisierung der Bundesärztekammer, in seiner Rede vor den Delegierten zum Thema Priorisierung. Allein durch Beitragssatzerhöhungen, Einsparungen oder Steuerzuschüssen, wie es in zahlreichen Gesundheitsreformen der letzten Jahrzehnte praktiziert wurde, sei das Problem der immer größer werdenden Schere zwischen wachsendem Leistungsbedarf, zunehmender Leistungsanspruchnahme und dadurch andererseits entstehenden Mehrkosten nicht zu lösen. Im Kern geht es



Dr. med. Stefan Windau © SLAEK



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze © SLAEK



Erik Bodendieck © SLAEK

bei Priorisierung um die Klärung und Feststellung von Vor- und Nachrangigkeiten in der medizinischen Versorgung mit dem Ziel, Entscheidungen durch wissenschaftlich fundierte Versorgungsempfehlungen zu unterstützen. Priorisierung eröffnet Perspektiven zum rationalen Mitteleinsatz und zur Qualitätssicherung im Gesundheitssystem. Im Ulmer Papier hat die deutsche Ärzteschaft hierzu bereits Stellung genommen.

Die Vorschläge zur Priorisierung im Gesundheitswesen werden von Politikern und Vertretern der Krankenkassen zum Teil heftig kritisiert. Sie bezeichnen die Priorisierungsdiskussion als unethisch, grundgesetzwidrig, unnötig, gefährlich und hinter-

hältig. Prof. Schulze „Die Kritiker verkennen dabei aber, dass ein Totschweigen der Zukunftsprobleme unserer Gesundheitsversorgung nicht deren Lösung bedeuten kann“.

Die Folge wäre, dass schon in überschaubarer Zeit medizinisch notwendige Leistungen nicht mehr oder nicht mehr vollständig für jeden Patienten bereitgestellt werden könnten. Dies würde zu einer zunehmenden ökonomisch bestimmten Rationierung der medizinischen Versorgung führen. „Genau dieses soll eine verantwortungsvolle Prioritätensetzung aber vermeiden“, so der Präsident. Das Thema Priorisierung muss deshalb aus Sicht der Ärzteschaft weiterentwickelt werden, um den gesell-

schaftlichen Diskurs voranzutreiben. Den Politikern schrieb Prof. Schulze ins Stammbuch, dass sie dieses Thema nicht weiter verdrängen dürften, nur weil man damit keine Wählerstimmen gewinnen könnte. Vielmehr müssten sich alle Parteien damit auseinandersetzen. Die Ärzte sind jederzeit bereit, beratend tätig zu werden.

Die Priorisierungsdiskussion muss nach seiner Ansicht auch als Diskussion um die Veränderungen der ärztlichen Berufsausübung gesehen werden. Priorisierung kann daher zur Klärung zahlreicher Fragen beitragen, die die Ärzteschaft und die Gesellschaft bewegen, so zum Beispiel:

- Was sind die zentralen Ziele der ärztlichen Tätigkeit? Was ist ihr zentraler Aufgabenbereich?
- Welche Krankheitszustände, Krankengruppen, Leistungen, Indikationen, Bedarfe sind als besonders wichtig und dringend anzusehen?
- Nach welchen Werten und Kriterien soll dies von wem in welchen Verfahren beurteilt werden?
- Welche Bedeutung hat für die Medizin die Begrenztheit, in manchen ihrer Sektoren auch die (zunehmende) Knappheit wichtiger Ressourcen?
- Wo existieren welche Rationalisierungsreserven, und welche Leistungen sind aus welchen Gründen verzichtbar?



Die sächsischen Delegierten geben ihr Votum ab

© SLAEK

- Welche Verantwortung hat die Ärzteschaft für die finanzielle Stabilität der solidarisch verfassten GKV und die bedarfsgerechte und gleichmäßige Allokation?

Zur Weiterentwicklung des Themas und zum Vorantreiben des gesellschaftlichen Diskurses sei es wichtig, zuerst den Diskurs mit der Ärzteschaft selbst durchzuführen. Daher sollen gemeinsam mit den Landesärztekammern Veranstaltungen für Ärzte durchgeführt werden.

Daneben will die Arbeitsgruppe der Bundesärztekammer den öffentlich-medialen Diskurs weiterführen. Dabei wird es vor allem darauf ankommen, die von Politikern und Krankenkassenfunktionären immer wieder gern gleichgesetzten Begrifflichkeiten der „Priorisierung“ und andererseits der „Rationierung“ klar zu trennen.

Auf Basis der bereits in Schweden gemachten Erfahrungen im Priorisierungsprozess soll Priorisierung ein positives Gesicht bekommen.

Dabei wird unter anderem der Einsatz von Priorisierungsleitlinien, wie er in Schweden praktiziert wird, geprüft werden. Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin hat bereits erste Erfahrungen mit dem Einbezug von Priorisierungskriterien bei der Entwicklung der Nationalen Versorgungsleitlinien gemacht. Darüber hinaus werden auch die Vorarbeiten der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer von 2000 und 2007 sowie die Beschlüsse des Deutschen Ärztetages in die weitere Arbeit einfließen.

Es ist geplant, die Weiterentwicklung des Themas Priorisierung aus ärztlicher Sicht intensiver auf dem 117. Deutschen Ärztetag 2014 zu diskutieren.

Die sächsischen Delegierten haben auf dem 116. Deutschen Ärztetag zahlreiche Beschlussanträge eingebracht. Alle angenommenen Beschlussanträge aus Sachsen sowie die Pressemitteilungen finden Sie im Internet unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de).



Ass. jur. Michael Schulte Westenberg, Ass. jur. Annette Burkhardt und Dr. med. Rainer Kobes (v.l.) bei der Bearbeitung von Beschlussanträgen der Sächsischen Landesärztekammer

© SLAEK



Dipl.-Med. Sabine Ermer im Gespräch mit Dipl.-Med. Petra Albrecht

© SLAEK



Mit afrikanischen Rhythmen werben diese Trommler und Tänzer für ein Klinik-Projekt in Sierra Leone

© SLAEK

Knut Köhler M.A.  
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit



## Ergebniskonferenz „Aktives Altern“

**Ergebniskonferenz zum sächsischen Gesundheitsziel „Aktives Altern – Altern Gesundheit, Autonomie und Mitverantwortlichkeit“ – Rückblick, Ergebnisse, Ausblick**

Die Sächsische Landesärztekammer (SLÄK) und das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (SMS) hatten am 25. März 2013 zur einer Ergebniskonferenz laufender bzw. bereits abgeschlossener Projekte des Gesundheitsziels „Aktives Altern“ eingeladen. Die Konferenz, die auch eine Podiumsdiskussion beinhaltete, richtete sich an die Akteure der Entwicklung und Umsetzung des Gesundheitsziels, Vertreter aus öffentlichen und privaten Institutionen, der Forschung und Lehre sowie auch von Bürger- und Senioreninitiativen. Die Sächsische Staatsministerin Christine Clauß eröffnete gemeinsam mit dem Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, die Ergebniskonferenz.

Die Sächsische Staatsministerin stellte in Ihrer Rede heraus: „Größtmögliche Autonomie der Lebensführung bis ins hohe Alter muss Ziel bleiben. Sie betonte, dass Sachsen 2007 die Initiative ergriffen und zu den Fragen einer alternden Gesellschaft alle Disziplinen – Ärzte, Wissenschaftler, Präventionsmanager, Sozialversicherungen – und die Kommunen an einen Tisch geholt habe. Deren Einsatz für den Gesundheitszieleprozess war und ist eine große Leistung. Weiterhin betonte sie, dass der Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit der älteren Generation ein weiterer Baustein sei. „Denn wer gebraucht wird, der erhält sich subjektiv gesund. Und diese Gewährleistung von Unabhängigkeit, Gesundheit und Würde im Alter ist für uns alle in der älter werdenden Gesellschaft altersunabhängig gleichermaßen wichtig.“

Frau Clauß verdeutlichte das in den letzten Jahrzehnten gewandelte



Staatsministerin Christine Clauß

Altenbild mit folgenden Worten: „Die Oma von heute trägt Mini, fährt Mini und spielt mit dem I-Pad“. Insofern ergebe sich ein neuer Ansatz in der Richtung, dass die fitten „jüngeren Alten“ die „älteren Alten“ im Rahmen ehrenamtlicher Tätigkeit unterstützen. In ihrer Rede versprach sie, weiterhin gemeinsam mit Prof. Dr. Schulze im Sinne des Ziels voranzuschreiten.

Prof. Dr. Schulze präsentierte in seiner einführenden Rede grundlegende Daten zur demografischen Entwicklung in Europa und resümierte die Arbeitsschwerpunkte des Europäischen Jahres des aktiven Alterns und der Solidarität zwischen den Generationen. Zum anderen beschrieb er den Werdegang und



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

**Was sind Gesundheitsziele? Gesundheitsziele sind Vereinbarungen der verantwortlichen Akteure im Gesundheitssystem.**

Sie sind ein ergänzendes Steuerungsinstrument der Gesundheitspolitik im Rahmen von Public-Health-Ansätzen, in deren Mittelpunkt als übergeordnetes Ziel die Gesundheit der Bevölkerung steht. Sie fokussieren auf die Verbesserung der Gesundheit in definierten Bereichen oder für bestimmte Gruppen, aber auch auf verbesserte Strukturen, die Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung und die Krankenversorgung haben. Auf der Grundlage gesicherter Erkenntnisse werden für ausgewählte Zielbereiche Empfehlungen formuliert und Maßnahmenkataloge erstellt. Die Beteiligten verpflichten sich zur Umsetzung in ihren Verantwortungsbereichen. Die nachhaltige Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen ist als langfristiger Prozess angelegt. Zur Zielbestimmung gehört auch die Festlegung von Zeiträumen für die Umsetzung.

(Quelle: gesundheitsziele.de)

### Gesundheitsziele in Sachsen

Die sächsische Staatsregierung nahm 2004 fünf Gesundheitsziele in ihr Regierungsprogramm auf. Der dazu konstituierte Steuerungskreis Gesundheitsziele Sachsen besteht aus Kostenträgern und maßgeblichen Verbänden und Organisationen Sachsens. Er sichert unter Leitung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz seit 2006 die Kontinuität und steuert die Prioritätensetzung im Gesundheitszieleprozess. Der Steuerungskreis beauftragte im März 2007 eine multiprofessionell besetzte Initiativgruppe, ein sechstes sächsisches Gesundheitsziel „Aktives Altern – Altern in Gesundheit, Autonomie und Mitverantwortlichkeit“ zu entwickeln.

(Quelle: gesunde.sachsen.de)

Implementierungsgruppen und  
und Komplettierungsgruppe seit März 2009

Versorgungsstrukturen	Multiprofessionelle Qualifizierung	Subjektive Gesundheit	Intergenerationale Zusammenarbeit
<p><b>IG I</b> <b>Prävention von Stürzen und Frakturen im Alter</b> Leitung: Alexander Defér, Gemeinschaftspraxis in Dresden</p>	<p><b>IG II</b> <b>Nicht-akademische Pflegeausbildung</b> Leitung: Dr. Hans Weller (ab Nov. 2010) Martin Wünschmann, (bis Okt. 2010), Sächsisches Staatsministerium für Kultus</p> <p><b>IG III</b> <b>Akademische Pflegeausbildung</b> Leitung: Prof. Bärbel Dangel, ehem. Evangelische Hochschule für Soziale Arbeit Dresden</p> <p><b>KG*</b></p> <p><b>Berufsübergreifende Fort- und Weiterbildung</b></p>	<p><b>IG IV</b> <b>Subjektive Gesundheit und Arbeit im Alter</b> Leitung: Prof. Dr. Jürgen Wegge, TU Dresden, Professur Arbeits- und Organisationspsychologie</p>	<p><b>IG V</b> <b>Plegende Angehörige</b> Leitung: Lissy Nitsche-Neumann, Schulungen im Gesundheitswesen in Dresden; ehem. DIG</p> <p><b>IG VI</b> <b>Nachbarschaftshilfe im ländlichen Raum</b> Leitung (vakant): Dr. Marion Michel (bis Juli 2010), Universitätsklinikum Leipzig, Institut für Arbeits- und Sozialmedizin</p> <p><b>IG VII</b> <b>Intergenerationale Zusammenarbeit</b> Leitung: Dr. Rotraut Sawatzki, Seniorenbeirat und stellv. Vorsitzende WHO-Projekt – Beirat Dresden</p>

Probleme bei der Entwicklung und Umsetzung des Sächsischen Gesundheitsziels „Aktives Altern“ und zeigte zukünftige Erfordernisse auf.

**Entwicklung des Sächsischen Gesundheitsziels „Aktives Altern“**

Im März 2007 beauftragte der Steuerungskreis Gesundheitsziele Sachsen eine Initiativgruppe, ein Rahmenkonzept für ein Gesundheitsziel zur Bewältigung der Auswirkungen des demografischen Wandels auf den Gesundheitssektor in Sachsen zu entwickeln. Die Leitung der Initiativgruppe lag in den Händen der SLÄK (Prof. Dr. Jan Schulze) und der Liga der Freien Wohlfahrtsverbände in Sachsen (LIGA; Friedhelm Fürst). Zunächst wurde in multiprofessionell besetzten Experten-Workshops mit der Priorisierung von Handlungsfeldern und Oberzielen begonnen. In nominalen Gruppenprozessen priorisierte man insgesamt zehn Handlungsfelder. Aus Kapazitätsgründen wurden nur drei Handlungsfelder weiter bearbeitet:

- „Versorgungsstrukturen“,
- „Subjektive Gesundheit“ sowie
- „Alten- und Angehörigenstärkung“.

Als Oberziele der drei Handlungsfelder sind identifiziert worden:

- Bedarfsgerechte und ressourcenfördernde Versorgungsstrukturen für ältere Menschen,

- multi-professionelle Qualifizierung für den Umgang mit älteren Menschen,
- subjektive Gesundheit im Alter durch körperliche, geistige und soziale Aktivierung,
- Stärkung der intergenerationalen Solidarität.

Ein gegründeter Ausschuss „Aktives Altern“ aus Vertretern der SLÄK, der LIGA, des SMS und des DIG (Deutsches Institut für Gesundheitsforschung) koordinierte und begleitete wissenschaftlich den Entwicklungsprozess.

Als Meilenstein in der Politik empfanden die Akteure, dass im November 2009 das Gesundheitsziel „Aktives Altern“ in der Koalitionsvereinbarung zwischen CDU und FDP verankert wurde.

**Was konnte bis heute erreicht werden?**

Nach Verabschiedung und Publikation des Zielkonzeptes wurden im März 2009 sieben Implementierungsgruppen zur Umsetzung der Teilziele und eine Komplettierungsgruppe gegründet (siehe Abb.)

In vier Implementierungsgruppen konnte eine Finanzierung sichergestellt und damit jeweils ein Projekt zur Umsetzung der Ziele installiert werden. Zwei davon wurden bereits

Ende 2012 abgeschlossen: das Projekt „Stärkung der subjektiven Gesundheit älterer Arbeitnehmer in der stationären Altenpflege“ sowie das „Berufsbildkonzept für akademisch ausgebildete Pflegefachkräfte“. Zwei Projekte befinden sich noch in der Durchführungsphase: „Mobilität schafft Lebensqualität“ und „Evaluation der neuen 2-jährigen sächsischen Krankenpflegehilfeausbildung“. Die Ergebnisse bzw. Zwischenergebnisse dieser vier Projekte wurden auf der Ergebniskonferenz vorgestellt und diskutiert.

In den anderen drei Implementierungsgruppen konnten aus unterschiedlichen Gründen noch keine Projekte installiert werden. Dies lag an einer fehlenden Finanzierung, fehlenden Kooperationspartnern oder mangelndem Interesse an der Projektdurchführung.

**Wo liegt generell das Problem bei der Umsetzung von Gesundheitszielen?**

Gesundheitsziele sollen in **Selbstverpflichtung!** der Akteure umgesetzt werden ([gesundheitsziele.de](http://gesundheitsziele.de)). Damit Gesundheitsziele erfolgreich umgesetzt werden können, bedarf es einer Steuerung durch die öffentliche Hand, einschließlich einer ausreichenden ideellen und finanziellen Unterstützung. Sowohl die ideelle als auch die finanzielle Unterstützung wurde jedoch von vielen Akteuren, insbesondere in der Umsetzungsphase, als nicht ausreichend empfunden.

Dennoch ist mit dem Gesundheitsziel „Aktives Altern“ ein Prozess in Sachsen angestoßen, der Politik und Gesellschaft in den nächsten Jahrzehnten intensiv beschäftigen wird. Um dem Prozess mehr Gewicht zu verleihen, wäre gegebenenfalls eine Verankerung des Gesundheitsziels bei der Sächsischen Staatskanzlei zu überdenken. Inhaltlich würde sich das unmittelbar anbieten, da das Gesundheitsziel „Aktives Altern“ in vielen seiner Teilziele interministeriell an gesellschaftlichen und sozialen Einflussfaktoren von Gesundheit und an allen Politikbereichen ansetzt.



Rund 150 Akteure aus öffentlichen und privaten Institutionen sowie aus Forschung und Lehre nahmen an der Tagung teil. © SLAEK

Prof. Dr. Andreas Hoff stellte in seinem Referat heraus, dass das wissenschaftliche Konzept des aktiven Alterns in den 1960er-Jahren in den USA als Gegenentwurf zum damals vorherrschenden „Defizitmodell des Alters“ entwickelt wurde, demzufolge das höhere Lebensalter von Verlust bzw. Abbau körperlicher und geistiger Kompetenzen gekennzeichnet sei. Im Gegensatz dazu werden dem „aktiven Älterwerden“ positive Effekte auf die physische und psychische Entwicklung zugeschrieben. Der inzwischen vielfach erfolgte empirische Nachweis solcher positiven Wirkungen stellt die bisherige Zwangsläufigkeit des „Defizitmodells“ in Frage. Aktives Altern ist ein (lebenslanges) Präventionskonzept, das individuelle Autonomie und Unabhängigkeit fördert und die nachberuflichen Potenziale älterer Menschen für ihr familiäres und soziales Umfeld betont.

Dipl.-Med. Alexander Defèr, Vorsitzender des Bundes der Osteologen Sachsen e. V., stellte Zwischenergebnisse des Projektes „Mobilität schafft Lebensqualität“ vor. Ziele des Projektes sind vor allem, die ältere Bevölkerung in Sachsen für das Thema „Sturz und Sturzfolgen“ zu sensibilisieren

sowie sturz- und frakturgefährdete Patienten in Sachsen mittels eines Screenings einer zielgerichteten Behandlung zukommen zu lassen. Bis dato konnten 154 Fragebögen ausgewertet werden.

Bärbel Dangel stellte ein Berufsbildkonzept für akademisch ausgebildete Pflegefachkräfte vor, das durch die eigenverantwortliche Wahrnehmung von Aufgaben in der unmittelbaren pflegerischen Versorgung im Sinne einer theoriegeleiteten und evidenzbasierten Pflege charakterisiert ist. Einleitend machte sie deutlich, dass Pflege in der Praxis auf unterschiedlichen kompetenziellen Ebenen stattfindet und Pflege damit ein abgestuftes Ausbildungssystem mit geregelten Übergängen benötigt.

Irén Horváth stellte die Ergebnisse des SUGA-Projektes vor. Ziel des Projektes war es, durch ein Training von Pflegekräften und Wohnbereichsleitern jene Faktoren positiv zu beeinflussen, welche Arbeitsfähigkeit und subjektive Gesundheit von älteren Pflegekräften in der stationären Altenpflege beeinträchtigen. Die Ergebnisse zeigen, dass durch Trainingsmaßnahmen die individuellen Ressourcen von älteren Pflegekräften

gestärkt und Vorurteile von Wohnbereichsleitern gegenüber älteren Pflegekräften abgebaut werden können. Dr. med. Thomas Brockow präsentierte Zwischenergebnisse aus dem Projekt „Evaluation der novellierten Krankenpflegehilfesausbildung in Sachsen“. Gegenstände der Evaluation sind vor allem die Rahmenbedingungen der Ausbildung, der Lehrplan, die Handlungsorientierung der Lehr-Lern-Methoden sowie die erworbenen Handlungskompetenzen der Auszubildenden. Die Zwischenevaluation ergab Hinweise dafür, dass die Ausbildung noch nicht hinreichend kompetenz- und handlungsorientiert ausgerichtet ist.

Prof. Dr. med. habil. Peter Schwarz verdeutlichte in seinem Vortrag „Dresden bewegt sich – Prävention des Typ 2 Diabetes“, dass individuelle Intervention den Erfolg stimuliert. Um eine nachhaltige Lebensstiländerung zu erreichen, werden strukturierte Interventionsprogramme empfohlen. Die Evidenz zeigt hierbei, dass die Regelmäßigkeit eines Interventionskontaktes stärker mit einem Präventionserfolg assoziiert ist als die Intensität. „Eine lange Zeit hat die Bewegung ein Schatten-dasein hinter der Ernährung geführt.“

Wir lernen aber im Moment, dass die Bewegung einen bedeutsameren Anteil hat.“

Ab 2013 wird das Gesundheitsziel „Aktives Altern“ von der Sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung (SLfG) begleitet. An den Leiter der SLfG, Herrn Koesling, appellierte Prof. Dr. Schulze, die Umsetzung weiterer Teilziele zu verfolgen und gegebenenfalls die bisher zurückgestellten sieben der zehn noch nicht ausgearbeiteten Handlungsfelder bis hin zu Teilzielen und Maßnahmenkatalogen für die Umsetzung zu spezifizieren.

In der anschließenden Podiumsdiskussion standen Vertreter aus Politik und Experten für Fragen zur Verfügung.

Prof. Dr. Schulze wies auf das Phänomen der „sinuskurvenartigen Beachtung von Problemstellungen in der Gesellschaft hin – das dürfe im Fall

von „Aktives Altern“ nicht geschehen. Die Auswirkungen der demografischen Problemkonstellation hätten sich in Deutschland bereits zugespitzt – die Gesellschaft wird in den nächsten Jahrzehnten daran arbeiten müssen.“ Prof. Dr. Karltheodor Resch wies darauf hin, dass zum Beispiel Italien, das Land mit der niedrigsten Geburtenrate der Welt, schon wesentlich weiter als Deutschland in der Problemlösung sei. Deutschland müsse versuchen, in fünf bis sieben Jahren auch dahin zu kommen.

Einig war man sich, dass der Staat weiterhin bei der Erarbeitung des Gesundheitsziels in Verantwortung bleiben müsse. Aber auch die kommunale Verantwortung sei riesengroß. Herr Koesling wies darauf hin, dass große Probleme im Transfer der regionalen Konzepte auf die lokale Ebene bestünden. Ein Bürgermeister „vom Lande“ berichtete, er fühle sich wie Don Quijote bei der Bearbeitung

des vor Ort weitgefächerten Problemkreises.

Prof. Dr. Schulze unterrichtete über die Anstrengungen von SLÄK, SMS und KV Sachsen, um dem Problem des Ärztemangels in ländlichen Regionen zu begegnen und forderte nochmals die Bündelung der Akteure und Aktivitäten. Meinungsverschiedenheiten bestehen hinsichtlich des Einsatzes von Telemedizin, Delegation und unter Umständen Substitution ärztlicher Leistung.

Von den Aktivitäten des WHO-Projektbüros „Gesunde Städte“ in Dresden berichtete Dr. Rotraud Sawatzki (Beirat WHO-Projekt „Gesunde Städte“ und Seniorenbeirat der Stadt Dresden). Ein derzeitiger Hauptschwerpunkt der Arbeit ist „Gesundes Altern“. In einer Großstadt wie Dresden müssen möglichst quartiersbezogene oder quartiersnahe Konzepte erarbeitet werden.

Dr. rer. nat. Evelyne Bänder  
Leiterin Referat Medizinische und  
ethische Sachfragen

Anzeige

**ÄRZTE FÜR SACHSEN**

**WWW.AERZTE-FUER-SACHSEN.DE**

Die neue Informationsplattform für  
[künftige] Medizinstudenten und Ärzte in Sachsen

**WIR BIETEN**

- Informationen rund um das Medizinstudium und den Berufseinstieg
- Aktuelle Stipendien und andere Fördermöglichkeiten in Sachsen
- Unterstützung bei der Facharztwahl
- Stellenbörse

Besuchen Sie Ärzte für Sachsen auf Facebook:  
Unsere Filme zum Thema „Arzt in Sachsen“ finden Sie auf unserer Website und bei Youtube.

## „Ärzte für Sachsen“ erfolgreich

„Ärzte für Sachsen“ – 2009 als Netzwerk von 107 Partnern des sächsischen Gesundheitswesens gegründet – trat an mit dem Ziel, durch die Bündelung und Koordinierung von Fördermaßnahmen und deren gezielter Kommunikation langfristig Ärzte für Sachsen zu gewinnen. Heute zählt das Netzwerk 145 Partner. Und die von der Sächsischen Landesärztekammer jährlich aktualisierten Arztzahlen machen nun im Langzeittrend auch den Erfolg der Netzwerkarbeit sichtbar.

„Ärzte für Sachsen“ ermöglicht seit 2009 durch die Vernetzung der Akteure eine gebündelte und zielgruppengerechte Darstellung der vielfältigen Fördermaßnahmen, mit denen im Freistaat für ärztlichen Nachwuchs und um erfahrene Mediziner geworben wird. Die Informationsplattform [www.aerzte-fuer-sachsen.de](http://www.aerzte-fuer-sachsen.de) stellt sektorübergreifend nicht nur alle relevanten Informationen zu Organisation, Struktur, Inhalten und Ansprechpartnern für die ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung in Sachsen zur Verfügung. Für den ärztlichen Nachwuchs im weitesten Sinn übernimmt das Netzwerk vor allem eine zentrale Informations- und Servicefunktion, indem es umfassend und aktuell die Förder- und Unter-

Jahr	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ärzte in Sachsen (bis 35 J.)	3.027	3.176	3.257	3.362	3.633	3.837	3.962

Abb. 2: Auszug aus der Statistik der Arztzahlen in Sachsen (Altersgruppe bis 35 Jahre). Quelle: [www.slaek.de](http://www.slaek.de)

stützungsmöglichkeiten in Sachsen vorstellt.

In Erweiterung dieser Servicefunktion verstärkte „Ärzte für Sachsen“ kontinuierlich auch die persönliche und mediale Ansprache der Medizinstudierenden und Jungärzte. Über das soziale Netzwerk Facebook werden Schüler, Studenten und junge Ärzte erreicht. Via Twitter werden zudem wichtige Nachrichten an Blogger, Journalisten und Interessierte verteilt. Zwei eigens produzierte Informationsfilme berichten über Vorteile der ärztlichen Tätigkeit in den ländlichen Regionen. „Ärzte für Sachsen – On Tour“ bringt junge Mediziner für einen Tag in ländliche Regionen und stellt Arbeit und Leben von Ärzten außerhalb der Großstädte vor. Bei Informationsveranstaltungen der Medizinischen Fakultäten in Sachsen, bei Kongressen und Messen ist das Netzwerk ebenso präsent wie als Berater bei Studieninformationstagen sächsischer Gymnasien.

Dieses breite Konzept, das schon vor dem Studium ansetzt, soll (künftige) Ärzte für Sachsen interessieren und

begeistern. Dabei sind Information und Kommunikation konkreter Fördermaßnahmen, aber auch weicher Faktoren zum Leben in Sachsen zentrales Instrument langfristiger Bindung. Konkrete Erfolge der Tätigkeit von „Ärzte für Sachsen“, beispielsweise über den Nachweis von Praxisnachfolgern in ländlichen Gemeinden, sind nur schwer zu belegen. Möglich ist jedoch eine Evaluierung der Netzwerkarbeit über eine Analyse der Entwicklung in der Zusammensetzung der sächsischen Ärzteschaft.

Die Sächsische Landesärztekammer erhebt seit vielen Jahren die Arztzahlen für Sachsen nach verschiedenen Merkmalen (Fachgebiet, Tätigkeitsbereich, Altersstruktur, Herkunft, und anderes). Auf ihrer Homepage stellt sie diese Daten nun auch im Langzeittrend für die letzten zehn Jahre zur Verfügung ([www.slaek.de](http://www.slaek.de) → Statistik).

Die Statistik zur Altersstruktur zeigt nun einen signifikanten Anstieg in der Gruppe der Ärzte bis 35 Jahre seit 2008. Nicht nur, dass dies die Kernzielgruppe der Aktivitäten des Netzwerks ist. Noch erfreulicher ist die Tatsache, dass dieser auffällige Anstieg mit der Gründung von „Ärzte für Sachsen“ zusammenfällt (vgl. Abb. 1). Demnach ist die Zahl der jungen Ärzte (bis 35 Jahre) seit 2008 um 14 Prozent gestiegen (vgl. Abb. 2), eine positive Entwicklung wie in keiner anderen für die Versorgung relevanten Gruppen.

Die Verbindung dieser Entwicklung mit der Arbeit von „Ärzte für Sachsen“ ist plausibel, da viele Fördermaßnahmen bereits vor 2007 existierten, es aber damals keinen signifikanten Anstieg bei den jungen Ärzten gab.

Beispiele von Fördermaßnahmen vor der Netzwerkgründung:

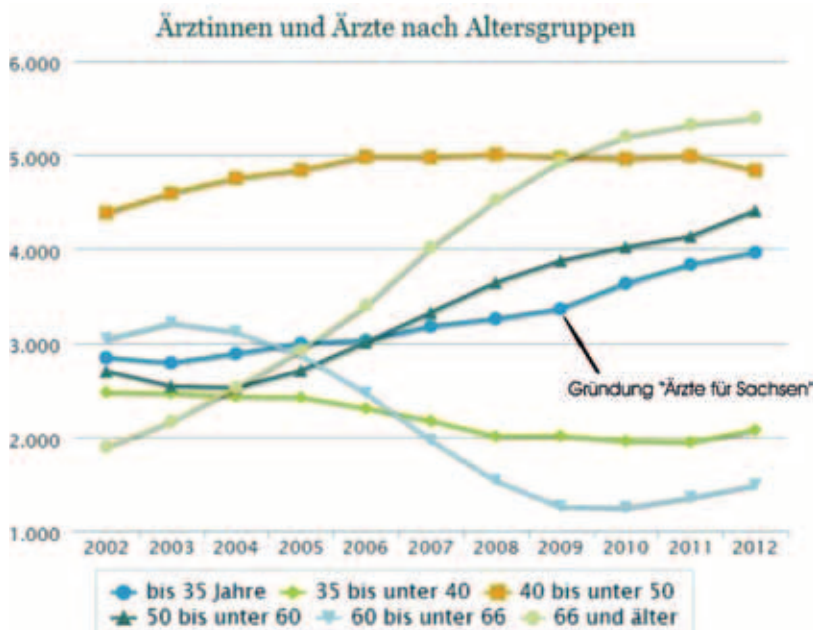


Abb. 1: Arztzahlen nach Altersgruppen. Quelle: [www.slaek.de](http://www.slaek.de)

- Allgemeine finanzielle Gründungs- und Kreditangebote wie Mikro-Darlehen und StartGeld von SAB und KfW standen Gründern und Freiberuflern schon viele Jahre vor „Ärzte für Sachsen“ zur Verfügung.
  - Fördermaßnahmen, die nicht zuletzt für Ärzte in der eigenen Niederlassung gedacht sind, wurden in Sachsen ebenfalls früh auf den Weg gebracht. Mit der Richtlinie des SMUL zur Integrierten Ländlichen Entwicklung im Freistaat Sachsen (ILE) werden seit 2007 Maßnahmen zur Sicherung der Grundversorgung im ländlichen Raum gefördert.
  - In der Weiterbildung wurden Sonderprogramme lange vor der Gründung des Netzwerks etabliert. So finanziert der Freistaat schon seit 2007 den Amtsarztkurs am Bildungszentrum Meißen.
  - An dem Programm Studienbeihilfe der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, zusammen mit den gesetzlichen Krankenkassen und dem Sächsischen Sozialministerium (SMUL), können seit Oktober 2008 pro Studienjahr jeweils bis zu 50 Studierende teilnehmen.
- Die grafische Darstellung der Arztzahlen zeigt, dass das Konzept des

Netzwerks aufgeht. Erst durch die Bündelung der Partner und Maßnahmen unter dem Dach des Netzwerkes sowie der zentralen Präsentation ab dem Jahr 2009 erhielten die vielfältigen Förderprogramme die nötige breite und zielgruppenge-rechte Öffentlichkeit und sorgten so für den gezeigten positiven Trend. „Ärzte für Sachsen“ wirkt und will auch weiterhin ärztlichen Nachwuchs für den Freistaat gewinnen. Das Netzwerk und das Gesamtkonzept wurde für den dfg-Award 2013 nominiert.

Knut Köhler M.A.  
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit  
Martin Kandzia M.A.  
Kordinierungsstelle „Ärzte für Sachsen“

## Kreisärztekammer Chemnitz (Stadt)

Der Vorstand der Kreisärztekammer Chemnitz (Stadt) hatte am 23. April 2013 zur jährlichen Mitgliederversammlung geladen. Leider war auch in diesem Jahr die Zahl der Teilnehmer recht überschaubar.

Nach Begrüßung der Teilnehmer trug der Vorsitzende, Dr. med. Andreas Bartusch, den Tätigkeitsbericht des Vorstandes vor. Er berichtete über die Fortbildungsveranstaltungen, die die Kreisärztekammer für ihre Mitglieder organisiert, sowie die kulturellen Veranstaltungen für die Ärzte im Ruhestand, die sich großer Beliebtheit erfreuen und den aus dem Berufsleben ausgeschiedenen Ärzten ein Gefühl der bleibenden Dazugehörigkeit vermitteln. Ein wichtiges Anliegen der Kreisärztekammer war und ist auch die Vermittlung bei Streitigkeiten zwischen Arzt und Patient, deren Ursache zunehmend bei dem rauer geworden Umgangston zu suchen ist. Auf die Bemühungen um Lösung regionaler Probleme (so zum Beispiel die Schwierigkeiten der Polizei zeitnah einen Arzt in Chemnitz für eine notwendige ärztliche Leichenschau zu finden) ging Herr Dr. Bartusch ebenfalls ein.

Wichtiger Punkt der Tagesordnung war natürlich die Verwendung der Gelder für die Kreisärztekammer, die aus den Beiträgen der Ärzte gezahlt werden. Herr Dr. Bartusch stellte den Finanzbericht der Kreisärztekammer vor. Ein ausgewogenes Einnahmen- und Ausgabenverhältnis sowie die strikte satzungsgemäße Verwendung der Gelder bestimmten den Bericht. Die Anwesenden bestätigten den Finanzbericht einstimmig.

Einen freundlichen Dank übermittelte Herr Dr. Bartusch an die Mitglieder des Vorstandes für die tatkräftige Unterstützung bei der berufspolitischen Arbeit, die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, die stets den für Veranstaltungen benötigten Raum kostenfrei zur Verfügung stellte, die Familie Melzer, die als Inhaber des Betriebsrestaurants für die gute kulinarische Versorgung der Fortbildungsteilnehmer verantwortlich zeichnete und an Frau Beatrix Thierfelder, die die anfallenden

Arbeiten im Auftrag der Kreisärztekammer engagiert erledigte.

Nach Beendigung der Rechenschaftslegung übernahm Dr. med. Albrecht Kobelt, Vorstandsmitglied und tätig im MVZ, das Zentrum für Diagnostik GmbH am Klinikum Chemnitz, das Wort zum Referat mit dem Thema „Gendiagnostikgesetz im ärztlichen Alltag“. Während der regen Diskussion beantwortete er die Fragen der Teilnehmer und sensibilisierte sie für ein oft unterschätztes Thema.

Der Vorstand würde sich sehr freuen, wenn in Zukunft mehr, auch jüngere Ärzte, Interesse an der Arbeit der berufspolitischen Standesvertretungen und einer Mitarbeit in der Kreisärztekammer aufbringen könnten – letztendlich geht es um die ureigensten Interessen der Ärzteschaft.

Dr. med. Andreas Bartusch  
Vorsitzender  
Kreisärztekammer Chemnitz (Stadt)

Die redaktionellen Artikel und ärztlichen Rubrikanzeigen finden Sie ca. 1 Woche vor Erscheinen des Heftes auch im Internet unter **[www.aerzteblatt-sachsen.de](http://www.aerzteblatt-sachsen.de)**

Jetzt auch mobil unter **[m.aebsax.de](http://m.aebsax.de)**



## Quo vadis, Patientenrechtegesetz?

**Das Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (sogenanntes Patientenrechtegesetz) vom 20.02.2013 ist seit dem 26.02.2013 in Kraft.**

Nach der amtlichen Begründung des Gesetzesentwurfes (Bundestagsdrucksache 17/10488) sollten die bislang richterrechtlich entwickelten Grundsätze des Arzthaftungs- und Behandlungsrechts gesetzlich kodifiziert und mit dieser Kodifizierung Unklarheiten beseitigt werden, die sich aus der bisherigen Rechtsprechung ergeben haben. Das bisherige Recht und die ergangene Rechtsprechung sollte Richtschnur für die Neuregelung sein. Der Gesetzgeber ging bei den nunmehr im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) normierten Pflichten selbst davon aus, dass es sich methodisch im Wesentlichen um rein formale Änderungen der Gesetzesgrundlage ohne eine inhaltliche Änderung handele (Bundestagsdrucksache 17/10488, S. 13). Die Pflichten gelten – und das ist gut – für alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen, zum Beispiel also auch Hebammen, Physiotherapeuten oder Heilpraktiker.

Als neuer Dienstvertragstypus ist der Behandlungsvertrag nunmehr kodifiziert worden. § 630a BGB regelt die vertragstypischen Pflichten. Die allgemeinen Dienstvertragsvorschriften werden gemäß § 630b BGB für anwendbar erklärt. Dem Behandelnden werden in § 630c BGB seine Informationspflichten erklärt. Da jede medizinische Maßnahme an die Einwilligung des Patienten geknüpft ist, regelt § 630d BGB auch diesen wesentlichen Bestandteil des Selbstbestimmungsrechts des Patienten.

Die Vorschrift des § 630e schreibt die Pflicht des Behandelnden zur sogenannten Eingriffs- und Risikoaufklärung, auch Selbstbestimmungsaufklärung genannt, fest und zeichnet die hierzu bestehende gefestigte Rechtsprechung nach. Wenn der Patient im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung Unterlagen unterzeichnet hat, so sind ihm davon gemäß § 630e Abs. 2 Satz 2

Abschriften (zum Beispiel in Form eines Duplikates oder einer Kopie) auszuhändigen.

Diese in der Tat als Novum zu bezeichnende Pflicht bestand zumindest hinsichtlich des Zeitpunktes nach alter Rechtslage nicht. Das bedeutet, dass alle Unterlagen, auf die sich die vom Patienten unterschriebene Erklärung bezieht, umfasst sind und in Kopie im Zusammenhang mit dem mündlichen Aufklärungsgespräch zu übergeben sind. Die Neuregelung wurde von Mitgliedern der Sächsischen Landesärztekammer als bürokratisch aufgefasst. Diesem Eindruck kann man sich nicht gänzlich verschließen. Jedoch ist zu berücksichtigen, dass der Patient gemäß § 10 Abs. 2 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (BO) auch bisher schon einen Anspruch auf Einsichtnahme in die betreffenden Krankenunterlagen bzw. Herausgabe von Kopien der Unterlagen gegen Erstattung der Kosten hatte.

In § 630f BGB wird die Dokumentation gesetzlich geregelt. Besonderer Berücksichtigung bedarf hierbei, dass unabhängig davon, ob die Patientenakte elektronisch oder in Papierform geführt wird, „... Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen ... nur zulässig [sind], wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind“. Nach der Gesetzesbegründung soll die Beweissicherungsfunktion der Patientenakte dadurch gewährleistet werden, dass die Dokumentation nur in der Weise geändert oder berichtigt werden darf, dass der ursprüngliche Inhalt weiterhin erkennbar ist. Daher muss im Fall einer elektronisch geführten Patientenakte die Software gewährleisten, dass nachträgliche Änderungen erkennbar werden. Die Einsichtnahme erfolgt gemäß § 630g BGB. Ungeachtet des hiervon abweichenden Wortlauts in § 10 Abs. 2 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer besteht bei Berufung des Patienten auf § 630g BGB für den Arzt keine Möglichkeit, beim Einsichtnahmebegehren eine Differenzierung in subjektive und objektive Befunde bzw. sog.

„Drittbefunde“ vorzunehmen. Der Gesetzgeber hat jene Nichtoffenbarungsmöglichkeit bewusst nicht als Option übernehmen wollen, gibt aber nach der amtlichen Begründung auch hier Möglichkeiten eines Abweichens im Einzelfall frei.

Gesichtspunkte der Ablehnung einer Einsichtnahme durch den Arzt sind „...erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter...“. Hierunter können Sachverhalte im psychiatrischen/psychotherapeutischen Bereich zum Schutz des Patienten fallen. Allerdings verbietet sich auch hier eine Generalisierung. Vielmehr ist der individuelle Einzelfall sorgfältig vom Arzt zu bewerten.

In § 630h BGB wurde die bisherige Rechtsprechung zur Beweislastverteilung im Arzthaftungsrecht aufgenommen. Ziel der Norm sollte es sein, die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze zu den Beweiserleichterungen aus dem Arzthaftungsrecht systematisch in einer Vorschrift zusammenzufassen und auf sämtliche medizinischen Behandlungsverträge zu erstrecken. Neben den Änderungen im Bürgerlichen Gesetzbuch wurde mit § 13 Abs. 3a SGB V eine Vorschrift zur Beschleunigung der Bewilligungsverfahren bei den Krankenkassen aufgenommen. § 66 SGB V regelt, dass Kranken- und Pflegekassen ihre Versicherten bei der Durchsetzung der Schadenersatzansprüche aus Behandlungsfehlern unterstützen sollen. Bisher war dies lediglich eine „Kann-Regelung“. Bei der Unterscheidung zwischen „müssen“, „können“ und „sollen“ bedient sich der Jurist gern der Eselsbrücke „Sollen ist müssen, wenn man kann.“. In § 73b Abs. 3 SGB V wurde eine Widerrufsmöglichkeit für Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung aufgenommen. Die Regelung in § 135a Abs. 2 Nr. 2 SGB V stellt klar, dass ein sachgerechtes Qualitätsmanagement im stationären Bereich verpflichtend auch ein Beschwerdemanagement, insbesondere für die Belange von Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen umfasst.

Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält mit § 137 Abs. 1d Satz 1 die Aufgabe, Richtlinien zum einrich-

tungsinternen Qualitätsmanagement in Bezug auf Maßnahmen zur Stärkung der Patientensicherheit zu ergänzen. Mitberatungsrechte für Patientenorganisationen wurden in § 41f SGB V aufgenommen. Weitere Ergänzungen zur Patientenbeteiligung erfolgten in § 41h, § 217f SGB V sowie in der Patientenbeteiligungsverordnung. Die Änderung in § 17b Abs. 1 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sieht die Vereinbarung von Vergütungszuschlägen für

die Teilnahme an Maßnahmen der Qualitätssicherung für Krankenhäuser vor.

Im Rahmen der parlamentarischen Debatte um die Patientenrechte ist eine sehr wichtige und sinnvolle Regelung in die Bundesärzteordnung aufgenommen worden. Gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 5 der Bundesärzteordnung kann für den Fall einer fehlenden bzw. nicht ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung das Ruhen der Approbation angeordnet werden.

Diese Verpflichtung, sich hinreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit zu versichern, besteht bisher auch schon in § 21 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer. Hier ist nunmehr die Approbationsbehörde in der Lage, auf den gefährlichen Zustand der unzureichenden Versicherung im Sinne des Patientenschutzes zu reagieren.

Dr. jur. Alexander Gruner  
Leiter der Rechtsabteilung

### Wortlaut die Neuregelungen im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB)

#### § 630a – Vertragstypische Pflichten beim Behandlungsvertrag

(1) Durch den Behandlungsvertrag wird derjenige, welcher die medizinische Behandlung eines Patienten zusagt (Behandelnder), zur Leistung der versprochenen Behandlung, der andere Teil (Patient) zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet, soweit nicht ein Dritter zur Zahlung verpflichtet ist.

(2) Die Behandlung hat nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist.

#### § 630b – Anwendbare Vorschriften

Auf das Behandlungsverhältnis sind die Vorschriften über das Dienstverhältnis, das kein Arbeitsverhältnis im Sinne des § 622 ist, anzuwenden, soweit in diesem Untertitel nichts anderes bestimmt ist.

#### § 630c – Mitwirkung der Vertragsparteien; Informationspflichten

(1) Behandelnder und Patient sollen zur Durchführung der Behandlung zusammenwirken.

(2) Der Behandelnde ist verpflichtet, dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifen-

den Maßnahmen. Sind für den Behandelnden Umstände erkennbar, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, hat er den Patienten über diese auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren zu informieren. Ist dem Behandelnden oder einem seiner in § 52 Absatz 1 der Strafprozessordnung bezeichneten Angehörigen ein Behandlungsfehler unterlaufen, darf die Information nach Satz 2 zu Beweis Zwecken in einem gegen den Behandelnden oder gegen seinen Angehörigen geführten Straf- oder Bußgeldverfahren nur mit Zustimmung des Behandelnden verwendet werden.

(3) Weiß der Behandelnde, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht gesichert ist oder ergeben sich nach den Umständen hierfür hinreichende Anhaltspunkte, muss er den Patienten vor Beginn der Behandlung über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung in Textform informieren. Weitergehende Formanforderungen aus anderen Vorschriften bleiben unberührt.

(4) Der Information des Patienten bedarf es nicht, soweit diese ausnahmsweise aufgrund besonderer Umstände entbehrlich ist, insbesondere wenn die Behandlung unaufschiebbar ist oder der Patient auf die Information ausdrücklich verzichtet hat.

#### § 630d – Einwilligung

(1) Vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme, insbesondere eines Eingriffs in den Körper oder die

Gesundheit, ist der Behandelnde verpflichtet, die Einwilligung des Patienten einzuholen. Ist der Patient einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, soweit nicht eine Patientenverfügung nach § 1901a Absatz 1 Satz 1 die Maßnahme gestattet oder untersagt. Weitergehende Anforderungen an die Einwilligung aus anderen Vorschriften bleiben unberührt. Kann eine Einwilligung für eine unaufschiebbare Maßnahme nicht rechtzeitig eingeholt werden, darf sie ohne Einwilligung durchgeführt werden, wenn sie dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht.

(2) Die Wirksamkeit der Einwilligung setzt voraus, dass der Patient oder im Falle des Absatzes 1 Satz 2 der zur Einwilligung Berechtigte vor der Einwilligung nach Maßgabe von § 630e aufgeklärt worden ist.

(3) Die Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen formlos widerrufen werden.

#### § 630e – Aufklärungspflichten

(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie.

Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unter-



schiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.

(2) Die Aufklärung muss

1. mündlich durch den Behandelnden oder durch eine Person erfolgen, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt; ergänzend kann auch auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Patient in Textform erhält,

2. so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann,

3. für den Patienten verständlich sein. Dem Patienten sind Abschriften von Unterlagen, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat, auszuhändigen.

(3) Der Aufklärung des Patienten bedarf es nicht, soweit diese ausnahmsweise aufgrund besonderer Umstände entbehrlich ist, insbesondere wenn die Maßnahme unaufschiebbar ist oder der Patient auf die Aufklärung ausdrücklich verzichtet hat. (4) Ist nach § 630d Absatz 1 Satz 2 die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, ist dieser nach Maßgabe der Absätze 1 bis 3 aufzuklären.

(5) Im Fall des § 630d Absatz 1 Satz 2 sind die wesentlichen Umstände nach Absatz 1 auch dem Patienten entsprechend seinem Verständnis zu erläutern, soweit dieser aufgrund seines Entwicklungsstandes und seiner Verständnismöglichkeiten in der Lage ist, die Erläuterung aufzunehmen, und soweit dies seinem Wohl nicht zuwiderläuft. Absatz 3 gilt entsprechend.

#### **§ 630f – Dokumentation der Behandlung**

(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. Dies ist

auch für elektronisch geführte Patientenakten sicherzustellen.

(2) Der Behandelnde ist verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Arztbriefe sind in die Patientenakte aufzunehmen.

(3) Der Behandelnde hat die Patientenakte für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach anderen Vorschriften andere Aufbewahrungsfristen bestehen.

#### **§ 630g – Einsichtnahme in die Patientenakte**

(1) Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Die Ablehnung der Einsichtnahme ist zu begründen. § 811 ist entsprechend anzuwenden.

(2) Der Patient kann auch elektronische Abschriften von der Patientenakte verlangen. Er hat dem Behandelnden die entstandenen Kosten zu erstatten.

(3) Im Fall des Todes des Patienten stehen die Rechte aus den Absätzen 1 und 2 zur Wahrnehmung der vermögensrechtlichen Interessen seinen Erben zu. Gleiches gilt für die nächsten Angehörigen des Patienten, soweit sie immaterielle Interessen geltend machen. Die Rechte sind ausgeschlossen, soweit der Einsichtnahme der ausdrückliche oder mutmaßliche Wille des Patienten entgegensteht.

#### **§ 630h – Beweislast bei Haftung für Behandlungs- und Aufklärungsfehler**

(1) Ein Fehler des Behandelnden wird vermutet, wenn sich ein allgemeines Behandlungsrisiko verwirklicht hat, das für den Behandelnden voll beherrschbar war und das zur Verletzung des Lebens, des Körpers oder der

Gesundheit des Patienten geführt hat.

(2) Der Behandelnde hat zu beweisen, dass er eine Einwilligung gemäß § 630d eingeholt und entsprechend den Anforderungen des § 630e aufgeklärt hat. Genügt die Aufklärung nicht den Anforderungen des § 630e, kann der Behandelnde sich darauf berufen, dass der Patient auch im Fall einer ordnungsgemäßen Aufklärung in die Maßnahme eingewilligt hätte.

(3) Hat der Behandelnde eine medizinisch gebotene wesentliche Maßnahme und ihr Ergebnis entgegen § 630f Absatz 1 oder Absatz 2 nicht in der Patientenakte aufgezeichnet oder hat er die Patientenakte entgegen § 630f Absatz 3 nicht aufbewahrt, wird vermutet, dass er diese Maßnahme nicht getroffen hat.

(4) War ein Behandelnder für die von ihm vorgenommene Behandlung nicht befähigt, wird vermutet, dass die mangelnde Befähigung für den Eintritt der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit ursächlich war.

(5) Liegt ein grober Behandlungsfehler vor und ist dieser grundsätzlich geeignet, eine Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen, wird vermutet, dass der Behandlungsfehler für diese Verletzung ursächlich war. Dies gilt auch dann, wenn es der Behandelnde unterlassen hat, einen medizinisch gebotenen Befund rechtzeitig zu erheben oder zu sichern, soweit der Befund mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein Ergebnis erbracht hätte, das Anlass zu weiteren Maßnahmen gegeben hätte, und wenn das Unterlassen solcher Maßnahmen grob fehlerhaft gewesen wäre.

## Indikationskatalog für den Notarzteinsatz

Die Bundesärztekammer hat uns gebeten, den überarbeiteten Notarztindikationskatalog, der vom Vorstand der Bundesärztekammer am 22. 2. 2013 beschlossen wurde, den sächsischen Ärztinnen und Ärzten nachfolgend zur Kenntnis zu geben.

### Handreichung für Telefondisponenten in Notdienstzentralen und Rettungsleitstellen

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat in seiner 19. Sitzung am 22.02.2013 den folgenden Notarztindikationskatalog als Handreichung für Disponenten in Notdienstzentralen und Rettungsleitstellen beschlos-

sen. Dabei handelt es sich um eine Weiterentwicklung des Notarztindikationskatalogs aus dem Jahr 2001.

Unter Bezug auf den Patientenzustand und notfallbezogen wird damit Klarheit bezüglich der ärztlichen Kompetenzen in der prästationären Notfallversorgung geschaffen.

Der Notarztindikationskatalog soll in das rettungsdienstliche Qualitätsmanagement integriert werden.

Nicht nur im Hinblick auf die Durchführung vergleichender wissenschaftlicher Untersuchungen sind bundesweit einheitliche Kriterien für den Notarzteinsatz von großer Bedeutung.

Hinweise:

- Zur Disposition anhand der aufgeführten Zustände, Beispiele und notfallbezogenen Indikationen bedarf es einer besonderen Schulung des Leitstellenpersonals.
- Der Notarztindikationskatalog bildet bei Verwendung von strukturierten Notrufabfrageschemata die Grundlage für die Notarzalarmierung.
- In begründeten Einzelfällen hat das Leitstellenpersonal die Möglichkeit, bei der Notarzalarmierung vom Notarztindikationskatalog abzuweichen.

### Indikationskatalog der Bundesärztekammer für den Notarzteinsatz unter Bezug auf den Patientenzustand

Bei Verdacht auf fehlende oder deutlich beeinträchtigte Vitalfunktion ist der Notarzt einzusetzen: (s. Tabellen)

### Kommentar zur Notarztindikationsliste der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer legt eine überarbeitete Version der Notarztindikationsliste vor, wie sie in Übereinstimmung mit der Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands (BAND) e.V. und der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) e.V. erstmalig im Jahre 2001 veröffentlicht wurde. Dabei wird erneut nach der gleichen Diktion verfahren wie vordem. Das heißt, dass zum einen die Beurteilung nach dem Zustand des Patienten möglich ist wie zum anderen über notfallmedizinische Zustandsbilder. Es geht um die grundsätzliche Entscheidung, ob für den Patienten aufgrund des Alarmierungsbildes primär neben dem Rettungswagen (RTW) auch ein Notarzt geschickt wird. Mit der notwendigen Überarbeitung der Listen von 2001 hat sich bereits im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 7/2012, Seite 283 bis 286, ausführlich ein Artikel befasst. Danach soll künftig eine solche Handreichung den Leitstellenmitarbeitern des Rettungsdienstes und den Mitarbeitern der Zentralen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes dazu dienen,

Funktionen	Zustand	Beispiel
Bewusstsein	reagiert nicht oder nicht adäquat auf Ansprechen und Rütteln	Schädel-Hirn-Trauma (SHT), Schlaganfall, Vergiftungen, Krampfanfall, Koma
Atmung	keine normale Atmung, ausgeprägte oder zunehmende Atemnot, Atemstillstand	Asthmaanfall, Lungenoedem, Aspiration
Herz/Kreislauf	akuter Brustschmerz, ausgeprägte oder zunehmende Kreislaufinsuffizienz, Kreislaufstillstand	Herzinfarkt, Angina pectoris, akutes Koronarsyndrom (ACS), Herzrhythmusstörungen, Hypertone Krise, Schock
Sonstige Schädigungen mit Wirkung auf die Vitalfunktionen	schwere Verletzung, schwere Blutung, starke akute Schmerzen, akute Lähmungen	Thorax-/Bauchtrauma, SHT, größere Amputationen, Ösophagusvarizenblutung, Verbrennungen, Frakturen mit deutlicher Fehlstellung, Pfählungsverletzungen, Vergiftungen, Schlaganfall
Schmerz	akute starke und/oder zunehmende Schmerzen	Trauma, Herzinfarkt, Kolik

### Indikationskatalog der Bundesärztekammer für den Notarzteinsatz: Notfallbezogene Indikationen

Schwerer Verkehrsunfall mit Hinweis auf Verletzte
Sonstiger Unfall mit Schwerverletzten
Unfall mit Kindern
Brände/Rauchgasentwicklung mit Hinweis auf Personenbeteiligung
Explosionsunfälle mit Hinweis auf Personenbeteiligung
Thermische oder chemische Unfälle mit Hinweis auf Personenbeteiligung
Strom- oder Blitzunfälle
Ertrinkungs- oder Tauchunfälle oder Eiseinbruch
Einklemmung oder Verschüttung
Drohender Suizid
Sturz aus Höhe ( $\geq 3$ m)
Schuss-/ Stich-/ Hiebverletzungen im Kopf-, Hals- oder Rumpfbereich
Geiselnahme, Amoklage oder sonstige Verbrechen mit unmittelbarer Gefahr für Menschenleben
Unmittelbar einsetzende oder stattgefundene Geburt
Vergiftungen mit vitaler Gefährdung

der Überfrachtung der Strukturen der präklinischen Notfallmedizin mit Banalfällen entgegenzuwirken. Es besteht noch allgemeine Unklarheit darüber, welche Auswirkungen das neue Gesetz über den Notfallsanitäter (siehe auch Artikel im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 10/2012, Seite 424 bis 427) auf die indikationsgerechte

Verteilung der Einsätze haben wird. Es ist von großer Bedeutung, dass die Notarztindikationsliste einheitlich von allen Rettungsleitstellen und Bereitschaftszentralen verwendet wird und Bestandteil des Landesrettungsgesetzes oder des Landesrettungsdienstplanes wird. Da sich weiterhin die oben genannten Gremien

unter Führung der Bundesärztekammer mit der Fortschreibung der Listen befassen, wird einer breiten Meinungsäußerung mit Interesse entgegen gesehen.

Dr. med. Michael Burgkhardt  
Vorsitzender des Ausschusses Notfall- und  
Katastrophenmedizin

## Tätigkeitsbericht 2012

### Von Anmeldung bis Zeugnis

Eine umfassende Darstellung der zahlreichen Aufgaben, Projekte und Themengebiete der Sächsischen Landesärztekammer bietet der jährlich erscheinende Tätigkeitsbericht. Dieser liegt nun aktuell für das Jahr 2012 vor. Ärzte und Interessierte können sich dort über die Arbeitsbereiche der ärztlichen Standesvertretung informieren und wichtige Kennzahlen nachschlagen.

Schon der Blick in das Inhaltsverzeichnis zeigt ein umfangreiches Themenspektrum von Medizin über Gesundheits- und Berufspolitik bis hin zur ärztlichen Statistik. Der interessierte Leser erfährt, welche Entscheidungen zum Beispiel im Vor-

stand oder in den Ausschüssen wie „Transplantation“, „Hygiene- und Umweltmedizin“, „Berufsrecht“ oder „Qualitätsmanagement“ vorbereitet oder getroffen wurden. Sehr anschaulich werden die Verfahren der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen aber auch die berufsrechtlichen Verfahren dargestellt.

Der Leser kann nachlesen, in welchen Gebieten oder Schwerpunkten die 616 Ärzte im Rahmen ihrer Weiterbildung geprüft wurden und dass es in Sachsen insgesamt über 22.160 Ärzte gibt, von denen 15.934 berufs-tätig und die zudem nach Altersgruppen aufgeschlüsselt sind. Beeindruckend ist auch, dass die zahlreichen Veranstaltungen der Sächsischen Landesärztekammer von rund 5.000 Teilnehmern besucht wurden.

Diese Zahl wäre ohne eine perfekte Organisation durch die Mitarbeiter undenkbar.

Der Tätigkeitsbericht bildet für die Mandatsträger der Kammerversammlung die Grundlage zur Entlastung des Vorstandes für das zurückliegende Kalenderjahr. Die Entlastung erfolgt auf dem 23. Sächsischen Ärztetag/der 48. Kammerversammlung am 21. Juni 2013 in Dresden.

Interessierte können den „Tätigkeitsbericht 2012“ ab sofort im Internet unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de) – über die SLÄK – Tätigkeitsbericht abrufen. Eine Druckfassung kann über die E-Mail: [oeffentlichkeitsarbeit@slaek.de](mailto:oeffentlichkeitsarbeit@slaek.de) unter Angabe von Name und Anschrift ab Anfang Juni 2013 kostenlos angefordert werden.

Knut Köhler M.A.  
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## Wie funktioniert das deutsche Gesundheitssystem?

### Informationsseminar für ausländische Ärztinnen und Ärzte

Immer mehr zugewanderte Ärztinnen und Ärzte sind bundesweit ärztlich tätig. Dies erfordert auch eine Auseinandersetzung mit den Grundlagen des deutschen Gesundheitssystems.

Mit dem Informationsseminar erhalten immigrierte Ärztinnen und Ärzte und alle berufspolitisch interessierten jungen Ärztinnen und Ärzte einen Überblick über die Organisationen und deren Aufgaben im Gesund-

heitssystem sowie über aktuell politische Entwicklungen.

Erfahrene Experten aus der Selbstverwaltung und berufsständischen Ärzteverbänden präsentieren und diskutieren mit den Teilnehmern zu folgenden Themen\*:

- Grundlagen der Gesundheitspolitik,
- Funktion der Kassenärztlichen Vereinigung,
- Funktion der Ärztekammer,
- Medizinische Aus-, Weiter- und Fortbildung,
- Organisation und Finanzierung der Krankenhäuser,
- Vertragsarztrecht,
- Grundlagen der Pharmapolitik.

### Termin:

**14. September 2013, 9.00 bis 16.30 Uhr**

### Anmeldungen unter:

[akademie@hartmannbund.de](mailto:akademie@hartmannbund.de)

### Veranstaltungsort:

Sächsische Landesärztekammer Dresden, Schützenhöhe 16. 01099 Dresden.

**Die Teilnahme ist kostenfrei und nur mit vorheriger Anmeldung möglich.**

Friedrich-Thieding-Stiftung des  
Hartmannbundes und  
Sächsische Landesärztekammer

## Berufshaftpflichtversicherung für Ärzte

### Neue Rahmenvereinbarung der Sächsischen Landesärztekammer

Für die Absicherung von Haftpflichtansprüchen hat die Sächsische Landesärztekammer mit der Deutschen Ärzteversicherung eine Rahmenvereinbarung zur Berufshaftpflichtversicherung abgeschlossen. Damit wird den Angehörigen der Sächsischen Landesärztekammer ein attraktives und auf den spezifischen Bedarf des Arztes abgestimmtes Produkt angeboten. Die Versicherung ist unter dem Markennamen „MedProtect“ im Markt bereits bei insgesamt 14 Ärztekammern eingeführt.

MedProtect bietet eine Reihe arzt-spezifischer Leistungsvorteile. So hat sich die Deutsche Ärzteversicherung gegenüber der Sächsischen Landesärztekammer verpflichtet, alle Kammerangehörigen gegen berufliche Haftungsrisiken zu versichern (Kontrahierungszwang der Versiche-

rungsgesellschaft). Daneben verzichtet die Deutsche Ärzteversicherung auf das außerordentliche Kündigungsrecht des Versicherers im Schadensfall.

Weiterhin hat der Arzt im Schadensfall ein vertraglich vereinbartes Recht, bei einem Verfahren vor der Gutachter- und/oder Schlichtungsstelle der Landesärztekammer sein Verschulden anzuerkennen, ohne – wie sonst möglich – den Versicherungsschutz zu gefährden.

Neben den Leistungsvorteilen bietet „MedProtect“ für den Arzt auch eine Beitragsersparnis gegenüber dem Tarifbeitrag der Gesellschaft in Höhe von 15 Prozent. Im ersten Jahr der Niederlassung kann zudem ein Niederlassungsrabatt in Höhe von 15 Prozent in Anspruch genommen werden und Gemeinschaftspraxen wie auch Praxisgemeinschaften profitieren unter bestimmten Voraussetzungen dauerhaft von weiteren 15 Prozent Beitragsnachlass.

Mit „MedProtect“ ist neben dem Arzt auch das angestellte Praxisper-

sonal mit einer Versicherungssumme von bis zu fünf Millionen Euro gegen berufliche Haftpflichtrisiken versichert, wobei individuelle Anpassungen der Deckungssummen möglich sind. Zu den Vorzugskonditionen eingeschlossen werden können auch die Privathaftpflichtversicherung für den Arzt und seine Familie sowie sonstige private Risiken (zum Beispiel als Haus- und Grundbesitzer).

Weitere Informationen zu „MedProtect“ können über die Telefonnummer 0221 148-22700 der Deutschen Ärzteversicherung angefordert werden. Unter [www.aerzteversicherung.de](http://www.aerzteversicherung.de) sind umfassende Hinweise über die Deutschen Ärzteversicherung abrufbar.

Die Sächsische Landesärztekammer weist darauf hin, dass vor Vertragsabschluss gegebenenfalls Vergleichsangebote eingeholt werden sollten.

Ass. jur. Michael Schulte Westenberg  
Hauptgeschäftsführer

## Bundesarbeitsgemeinschaft der Notärzte mit neuem Vorstand

Die Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands (BAND) e. V. hat planmäßig am 18. April 2013 in Lübeck-Travemünde die Vorstandswahlen durchgeführt.

Zum Vorsitzenden wurde einstimmig Dr. med. Michael Burgkhardt aus Leipzig wiedergewählt. Als Stellvertreter bestimmte die Mitgliederversammlung gleichfalls erneut Frank Riebandt aus Siegburg und Prof. Dr. med. Peter Sefrin aus Würzburg. Schatzmeister bleibt Dr. med. Frank Heinrich aus Rathenow; zum neuen Schriftführer wählten die Mitglieder Dr. med. Andreas Callies aus Bremen.

Die BAND vertritt die elf regionalen Arbeitsgemeinschaften mit mehr als 10.000 Notärztinnen und Notärzten

in Deutschland. Zu den Kernaufgaben für die nächsten zwei Jahre zählt der BAND-Vorstand die Auseinandersetzung mit dem neuen Notfallsanitätergesetz, die Neuordnung der Notarztindikationsliste als Entscheidungsinstrument für Rettungsleitstellen und Bereitschaftsdienstzentralen sowie die völlig Überarbeitung des Curriculums zur Erlangung der Zusatzqualifikation Notfallmedizin.

## Erratum

**Berufungen „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 5/2013, Seite 211, muss es richtig heißen:**

Seit 1. 4. 2012 leitet Herr Dr. med. Ulrich Kleta, Facharzt für Chirurgie/Viszeralchirurgie, Spezielle Viszeralchirurgie, Proktologie, die Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie im DRK Krankenhaus Lichtenstein.

## Konzerte und Ausstellungen

### Sächsische Landesärztekammer Konzerte

#### Festsaal

Vorankündigung

Sonntag, 6. Oktober 2013

11.00 Uhr – Junge Matinee

Es musizieren Schülerinnen und Schüler der Musikschule des Landkreises Meißen

Iris Brankatschk

Wasserland

bis 21. Juli 2013

Gedenkausstellung Bruno Konrad (1930 – 2007)

Ein Künstlerleben in seiner Zeit

24. Juli bis 22. September 2013

Vernissage:

Donnerstag, 25. Juli 2013,

19.30 Uhr

Einführung: Dr. sc. phil. Ingrid Koch, Kulturjournalistin, Dresden

## 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 Freiberg

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
Reg.-Nr. 13/C030  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.06.2013

### Zwickauer Land

Facharzt für Augenheilkunde  
Reg.-Nr. 13/C031

### Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
Reg.-Nr. 13/C032  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.06.2013

Facharzt für Chirurgie  
(Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)  
Reg.-Nr. 13/C033  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.06.2013

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie  
Reg.-Nr. 13/C034

### Mittweida

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/Verhaltenstherapie  
Reg.-Nr. 13/C035

### Zwickau-Stadt

Psychologischer Psychotherapeut/  
Tiefenpsychologie  
Reg.-Nr. 13/C036

Psychologischer Psychotherapeut/  
Tiefenpsychologie  
Reg.-Nr. 13/C037  
(Praxisgemeinschaft)  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.06.2013

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.07.2013 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 Kinder- und Jugendmedizin  
(Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)  
Reg.-Nr. 13/D021  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.06.2013

### Löbau-Zittau

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie  
(Vertragsarztsitz in einer bedarfsplanungsrelevanten Nebenbetriebsstätte eines medizinischen Versorgungszentrums)  
Reg.-Nr. 13/D022

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.07.2013 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 88 28-310 zu richten.

### Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 13/L016

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich\*)  
Reg.-Nr. 13/L017

### Muldentalkreis

Facharzt für Radiologie  
Reg.-Nr. 13/L018

### Delitzsch

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 13/L019

Facharzt für HNO-Heilkunde  
Reg.-Nr. 13/L020

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.07.2013 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 Dresden Bautzen

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisübergabe: ab Februar 2014

### Görlitz-Stadt/Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Praxis in Waldhufen OT Baarsdorf  
Praxisübernahme ab sofort möglich

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351/8828-310.

## Unsere Jubilare im Juli 2013 – wir gratulieren!

### 60 Jahre

- 01.07. Dipl.-Med. Wachsmuth, Elke  
08359 Breitenbrunn
- 02.07. Dr. med.  
Buchholz-Richter, Kathrin  
08523 Plauen
- 05.07. Dipl.-Med. Riedel, Elke  
08112 Wilkau-Haßlau
- 06.07. Dr. med. Eßbach, Hubert  
09127 Chemnitz
- 08.07. Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Krupp, Wolfgang  
04275 Leipzig
- 08.07. Dr. med. Wellner, Friedrich  
08340 Schwarzenberg
- 10.07. Dipl.-Med. Petrich, Gerhild  
02827 Görlitz
- 11.07. Dr. med. ZeiBig, Heidrun  
02785 Olbersdorf
- 12.07. Dipl.-Med.  
Bodenschatz, Anita  
09648 Mittweida
- 12.07. Dr. med. Rolffs, Stephan  
09116 Chemnitz
- 12.07. Dipl.-Med. Spittel, Erika  
07973 Greiz
- 14.07. Dipl.-Med. Hunger, Joachim  
04703 Leisnig
- 16.07. Dr. med. Höfling, Gudrun  
09114 Chemnitz
- 17.07. Dr. med. Rücker, Kerstin  
01796 Pirna
- 17.07. Prof. Dr. med. habil.  
Schackert, Hans Konrad  
01129 Dresden
- 19.07. Dipl.-Med. Blume, Barbara  
04229 Leipzig
- 19.07. Dipl.-Med. Markus, Bernd  
04680 Zschadraß
- 21.07. Dipl.-Med.  
Meyer, Hans-Dietrich  
09526 Olbernhau
- 23.07. Dr. med. Boericke, Marlene  
08280 Aue
- 23.07. Dr. med. Clausner, Gabriele  
09128 Chemnitz
- 23.07. Dipl.-Med.  
Hofmann, Hermine  
08459 Neukirchen
- 23.07. Dipl.-Med. Klasen, Esther  
02826 Görlitz
- 23.07. Dr. med.  
Lautenschläger, Heidemarie  
02763 Zittau
- 23.07. Dipl.-Med. Protze, Anke  
09123 Chemnitz
- 24.07. Dr. med. Rudolf, Wolfgang  
02977 Hoyerswerda
- 25.07. Dipl.-Med. Haake, Elke

- 25.07. 02977 Hoyerswerda  
Dr. med. Mende, Wolfgang  
01809 Heidenau
- 26.07. Dr. med. Hänig, Volkmar  
01796 Pirna-Mockethal
- 26.07. Dr. med. Rothe, Wolfgang  
04827 Machern
- 27.07. Dr. med. Lutter, Karin  
09627 Niederbobritzsch
- 28.07. Dr. med. Jähmig, Susanne  
02625 Bautzen
- 28.07. Dr. med.  
Reinhold, Klaus-Peter  
04158 Leipzig
- 29.07. Dr. med. Lemke, Bettina  
02953 Bad Muskau
- 29.07. Dr. med. Schmiedel, Thomas  
01328 Dresden/WeiBig
- 30.07. Dipl.-Med. Kanitz, Gabriele  
01896 Pulsnitz
- 31.07. Dipl.-Med. Jurenz, Ulrike  
02906 Niesky

### 65 Jahre

- 08.07. Dr. med. Buck, Eckart  
01445 Radebeul
- 11.07. Dr. med. Lehmann, Jürgen  
01844 Neustadt/Sa.
- 12.07. Dipl.-Med. Schmidt, Christine  
01328 Dresden/Schönfeld
- 16.07. Dr. med. Leipnitz, Bernd  
04451 Borsdorf
- 18.07. Dr. med. Sarfert, Brigitte  
02625 Bautzen
- 19.07. Dr. med. Schmidt, Rainer  
01906 Burkau
- 21.07. Dipl.-Med. Mehner, Ingrid  
09419 Thum
- 21.07. Dr. med. Schreiber, Ingeburg  
09366 Niederdorf

### 70 Jahre

- 01.07. Dr. med. Felscher, Sybille  
01279 Dresden
- 01.07. Kürschner, Ulf  
04329 Leipzig
- 02.07. Dr. med. Lenk, Fritzi  
04288 Leipzig
- 02.07. Dr. med. Pleiß, Günther  
01309 Dresden
- 04.07. Dr. med. Staude, Manfred  
04425 Taucha
- 06.07. Dr. med.  
Beyreuther, Wolfgang  
08058 Zwickau
- 08.07. Dr. med. Greulich, Heidrun  
02763 Mittelherwigsdorf
- 11.07. Dr. med. Thomas, Ursula  
04316 Leipzig
- 12.07. Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Futschik, Dieter  
01309 Dresden
- 12.07. Dr. med. Mitze, Hein  
01279 Dresden

- 13.07. Dr. med. Straßberger, Ingrid  
01187 Dresden
- 13.07. Zwicker, Jörn-Folker  
02708 Löbau
- 14.07. Baier, Dietmar  
02906 Niesky
- 15.07. Dr. med. Altmann, Renate  
08107 Kirchberg
- 15.07. Jaenicke-Rößler, Elfriede  
02999 Lohsa
- 15.07. Dr. med. Rust, Volker  
04288 Leipzig
- 15.07. Dr. med. Ziegner, Wolfgang  
02788 Hirschfelde
- 17.07. Dr. med. Murad, Irmgard  
08280 Aue
- 18.07. Prof. Dr. med. habil.  
König, Fritjoff  
04155 Leipzig
- 18.07. Dr. med. Richter, Bernd  
04808 Wurzen
- 19.07. Dr. med. Eisenkrätzer, Frank  
01445 Radebeul
- 19.07. Schmidt, Eva  
02991 Laubusch
- 19.07. Schweitzer, Gerlinde  
01259 Dresden
- 20.07. Dr. med. Frenzel, Heidrun  
01896 Pulsnitz
- 24.07. Dr. med. Becker, Gudula  
01796 Pirna
- 24.07. Dr. med. Geschke, Ulrich  
09366 Stollberg
- 24.07. Dr. med. Heckfuß, Helga  
01156 Dresden
- 24.07. Dipl.-Med. Zenker, Gabriele  
01259 Dresden
- 25.07. Dr. med. Langer, Claus  
04420 Frankenheim
- 26.07. Dr. med. Eichler, Gerd  
02747 Herrnhut
- 27.07. Dr. med. Dinger, Hannelore  
08060 Zwickau
- 30.07. Dr. med. Leistner, Ursula  
09114 Chemnitz

### 75 Jahre

- 02.07. Dr. med. Irmscher, Jürgen  
02779 Großschönau
- 02.07. Dr. med. Walter, Rudolf  
08058 Zwickau
- 03.07. Dr. med. Münch, Joachim  
02977 Hoyerswerda
- 05.07. Dipl.-Med. Grünler, Bernita  
08147 Crinitzberg
- 06.07. Dr. med. Schumann, Ingrid  
01069 Dresden
- 08.07. Dr. med.  
Grundmann, Hellfried  
01640 Coswig
- 08.07. Keller, Ingrid  
04288 Leipzig
- 09.07. Dr. med. Liebold, Gisela  
04299 Leipzig

- 09.07. Dr. med. Wollmann, Ralf  
01824 Rosenthal
- 11.07. Dr. med. Bosdorf, Jürgen  
09228 Wittgensdorf
- 11.07. Bühring, Dieter  
01662 Meißen
- 11.07. Dr. med. Heger, Hans  
04779 Wermisdorf
- 14.07. Dr. med. Wagner, Ursula  
01737 Kurort Hartha
- 16.07. Dr. med. Schulze, Monika  
01326 Dresden
- 17.07. Hübel, Herbert  
02708 Löbau
- 18.07. Dr. med. Kellert, Dieter  
04155 Leipzig
- 18.07. Mälzer, Steffi  
04451 Borsdorf
- 19.07. Prof. Dr. med. habil.  
Renziehausen, Klaus  
09116 Chemnitz
- 22.07. Stritzke, Renate  
01069 Dresden
- 23.07. Dr. med. Morenz, Ruth  
04177 Leipzig
- 24.07. Dr. med. Klinger, Ingrid  
02906 Niesky
- 24.07. Dr. med. Stepan, Karl  
08289 Schneeberg
- 24.07. Prof. Dr. med. habil.  
Wenzel, Klaus-Wolfgang  
01796 Pirna
- 26.07. Dr. med. Kunath, Ursula  
01259 Dresden
- 27.07. Dr. med.  
Kludszuweit, Gerlinde  
01277 Dresden
- 28.07. Dr. med. Schmutzler, Erika  
04229 Leipzig
- 28.07. Dr. med. Seidemann, Rita  
08371 Glauchau
- 29.07. Krieger, Atina  
08359 Breitenbrunn
- 29.07. Prof. Dr. med. habil.  
Matzen, Peter  
04229 Leipzig
- 30.07. Dr. med. Seifert, Irmgard  
09130 Chemnitz
- 31.07. Dr. med. Joachim, Doris  
02826 Görlitz
- 80 Jahre**
- 01.07. Dr. med. Körte, Erhard  
01796 Pirna
- 02.07. Dr. med. Nestler, Ulrich  
08289 Schneeberg
- 02.07. Dr. med.  
Sengebusch, Wolf-Dieter  
01855 Sebnitz
- 03.07. Dr. sc. med. Palowski, Hubert  
01279 Dresden
- 09.07. Prof. Dr. med. habil.  
Gmyrek, Dieter  
01445 Radebeul-Wahnsdorf
- 09.07. Dr. med. Grau, Liselott  
04159 Leipzig
- 13.07. Dr. med. Geidel, Klaus  
04687 Trebsen
- 16.07. Prof. Dr. med. habil.  
Kiene, Siegfried  
04416 Markkleeberg
- 17.07. Dr. med. Clauß, Gudrun  
09117 Chemnitz
- 26.07. Dr. med. Löhnert, Annemarie  
01814 Prossen
- 29.07. Dr. med. Runge, Eva  
01277 Dresden
- 29.07. Dr. med. Werner, Arndt  
01445 Radebeul
- 31.07. Dr. med. Scharfe, Gisela  
01774 Höckendorf
- 81 Jahre**
- 03.07. Dr. med. Streitz, Ulrich  
04275 Leipzig
- 06.07. Dr. med. Hacker, Gertrud  
01157 Dresden
- 06.07. Dr. med. Otto, Henry  
04288 Leipzig
- 07.07. Dr. med. Schenkel, Hannelore  
08412 Werdau
- 08.07. Dr. med. dent.  
Zschiesche, Dieter  
04207 Leipzig
- 10.07. Auerbach, Johanna  
01454 Radeberg
- 13.07. Dr. med. Haberland, Elisabeth  
01589 Riesa
- 14.07. Prof. Dr. med. habil.  
Reinhold, Dieter  
01324 Dresden
- 20.07. Dr. med. Rothe-Horn, Ilse  
04318 Leipzig
- 31.07. Dr. med. Krenkel, Johannes  
09577 Braunsdorf
- 82 Jahre**
- 01.07. Dr. med. Malke, Gert  
08315 Bernsbach
- 02.07. Dr. med. Beyer, Wolfgang  
02627 Weißenberg
- 08.07. Dr. med. Schuster, Christa  
08261 Schöneck
- 11.07. Dr. med. Jungmichel, Dieter  
04849 Bad Dübén
- 17.07. Dr. med. Kratzsch, Erika  
09131 Chemnitz
- 23.07. Dr. med. Lincke, Hans-Ullrich  
02826 Görlitz
- 27.07. Dr. med. Göttching, Maria  
01612 Nünchritz
- 83 Jahre**
- 02.07. Prof. Dr. med. habil.  
Theile, Herbert  
04319 Leipzig
- 11.07. Dr. med. Wunderlich, Hans  
04643 Geithain
- 18.07. Dr. med. Hapke, Ingeborg  
04107 Leipzig
- 18.07. Prof. Dr. med. habil.  
Wohlgemuth, Balthasar  
04229 Leipzig
- 21.07. Müller, Gisela  
09131 Chemnitz
- 22.07. Dr. med. Stafetzky, Rudi  
08280 Aue
- 84 Jahre**
- 13.07. Dr. med. Gitter, Werner  
09116 Chemnitz
- 13.07. Dr. med. Queißer, Hermann  
01109 Dresden
- 25.07. Prof. Dr. med. habil.  
Schwarz, Reinhold  
04157 Leipzig
- 85 Jahre**
- 01.07. Dr. med. habil.  
Scholbach, Manfred  
04105 Leipzig
- 02.07. Richter, Manfred  
02957 Krauschwitz
- 03.07. Dr. med. Renz, Hildegard  
08606 Oelsnitz
- 07.07. Böhm, Günter  
08297 Zwönitz
- 13.07. Jänicke, Inge  
04288 Leipzig
- 18.07. Dr. med. Gromoll, Heinz  
04299 Leipzig
- 27.07. Prof. Dr. med. habil.  
Gläser, Albrecht  
04178 Leipzig
- 86 Jahre**
- 31.07. Dr. med. Bönisch, Lothar  
09306 Wiederau
- 87 Jahre**
- 11.07. Dr. med.  
Dorscheid, Marie-Luise  
01705 Freital
- 88 Jahre**
- 22.07. Grams, Johanna  
04347 Leipzig
- 89 Jahre**
- 31.07. Dr. med. Seikowski, Gisela  
08645 Bad Elster
- 91 Jahre**
- 12.07. Dr. med. Weißbrodt, Charlotte  
04157 Leipzig
- 27.07. Dr. med. Stüve, Annemarie  
04668 Grimma
- 93 Jahre**
- 19.07. Prof. em. Dr. med. habil.  
Tittel, Kurt  
04229 Leipzig

## Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Rose



Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Rose

Am 9. Mai 2013 verstarb Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Rose im Alter von 86 Jahren. Geboren wurde Prof. Dr. Rose am 20. Januar 1927. Prof. Dr. Rose gehörte noch zu jener Generation, die den Zweiten Weltkrieg bewusst miterleben musste und der selbst von Krieg und Nachkrieg persönlich betroffen war. Am Ende dieses Krieges war er gerade 18 Jahre alt. Die Erfahrungen mit nationalsozialistischer Diktatur und sozialistisch-kommunistischer Herrschaft prägten sein Weltbild und machten ihn skeptisch und misstrauisch gegen jede Ideologie. Er blieb parteilos, nahm jedoch immer Partei für Wahrheit, Recht und Fortschritt und versuchte, seine Aufgaben als Arzt, Wissenschaftler, Hochschullehrer und erfolgreicher Journalist der ärztlichen Standespresse in vorbildlicher Weise zu erfüllen.

Nach Absolvierung eines Doppelstudiums – Pharmazie und Medizin – in Greifswald wurde Prof. Dr. Rose 1954 als Arzt und 1956 als Apotheker approbiert. In seiner mehr als 35-jährigen erfolgreichen Tätigkeit an der Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“ Dresden lässt sich der mühsame und durch lange Wartezeiten charakterisierte Aufstieg eines fachlich hochqualifizierten Wissenschaftlers nachzeichnen, dem die verdiente Anerkennung letztlich nicht verweigert werden konnte. Wolfgang Rose promovierte 1954 zum Dr. med. und habilitierte sich 1965 mit „Klinisch-chemischen Untersuchungen über die Mercaptalbuminfraktion im Blutserum“. Sein Weg vom Facharzt für Innere Medizin bis zur ordentlichen Professur mit der Subspezialität Nephrologie währte fast 20 Jahre.

Nach einem Interregnum im Zentrallabor der Einrichtung und zwei größeren Auslandsaufenthalten mit Gastvorlesungen an Medizinischen Fakultäten in Afrika widmete sich Prof. Dr. Rose mit ganzer Kraft dem Auf- und Ausbau der Abteilung für Nephrologie und Hämodialyse an der Medizinischen Klinik der Carus-Akademie, der er seit 1971 vorstand. Besonders zu würdigen ist sein Einsatz nach der Wende an der Hochschule und der Sächsischen Landesärztekammer. In beiden Einrichtungen setzte er sich zielstrebig für eine demokratische Erneuerung ein. Besonders beeindruckend war seine Festansprache zur Gründung der Sächsischen Landesärztekammer sowie seine Festrede anlässlich der Einweihung des neuen Gebäudes auf der Schützenhöhe.

Als Prorektor für Bildung und Ausschussvorsitzender „Ausbildung“

kümmerte er sich auch bundesweit um die inhaltliche Neugestaltung des Medizinstudiums ohne politisch-ideologische Bevormundung. Bereits im Herbst 1990 wurde basierend auf den zukunftsweisenden Ideen des Murrhardter Kreises und Erfahrungen eines Dresdner Modellversuchs 1988 mit 30 Studenten ein praxisnaher vorklinischer Reformstudiengang als „Dresdner Modell“ eröffnet. Ebenfalls 1990 übernahm Prof. Dr. Rose als emeritierter Hochschulprofessor die Position des Chefredakteurs des „Ärzteblatt Sachsen“. Durch seine unermüdliche kritische Arbeit, seine unverwechselbaren Beiträge und Berichte, aber auch seine konstruktive inspirierende Diskussion im Redaktionskollegium, dem er bis 1999 vorstand, hat er dieser Zeitschrift ein markantes Profil gegeben.

Darüber hinaus war sein wohlbedachter Rat in allen standespolitischen, ärztlichen und zwischenmenschlichen Fragen hochgeschätzt. Im Disput wurde man immer wieder von seinen gediegenen Detailkenntnissen und Lebenserfahrungen überrascht, die er mit Noblesse und Weitläufigkeit vor- und damit oft zur Standpunktfindung beitrug.

Mit Prof. Dr. Wolfgang Rose hat die sächsische Ärzteschaft einen engagierten und zielstrebigem Arzt, Hochschullehrer, Humanisten und kunstinteressierten Menschen verloren.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
im Namen des Redaktionskollegiums  
„Ärzteblatt Sachsen“ und des Vorstandes der  
Sächsischen Landesärztekammer



## Gerhart Hauptmann und die Medizin

Auch 150 Jahre nach seinem Geburtstag (15. November 1862 in Obersalzbrunn/Schlesien) ist Gerhart Hauptmann nicht vergessen. Ihm zu Ehren brachte die Deutsche Post 2012 eine 10-Euro-Silbergedenkmünze heraus, von Peter Sprengel kam eine 848 Seiten umfassende Biografie des Dichters auf den Markt und im Deutschen Ärzteblatt, H. 46/2012, erschien von Dr. phil. Klaus Brath der Beitrag „Von der Sozialkritik zur Verklärung der Krankheit“.

Gerhart Hauptmann hat in den neuen Bundesländern einen starken lokalen Bezug. Hier befinden sich das Gerhart-Hauptmann-Museum in Erkner und die Theater-Görlitz-Zittau-GmbH in der Lausitz. Seine Ruhestätte in Kloster auf Hiddensee zieht noch immer Besucher an.

Die Beziehung zur Medizin hatte für Gerhart Hauptmann ganz natürliche Ursachen, denn es war für ihn erlebte Medizin. Geboren und aufgewachsen in einem schlesischen Kurort, in dem viele Kurgäste wegen Atemwegserkrankungen, auch Tuberkulose, Heilung suchten, wohnte er mit diesen zusammen im elterlichen Hotelbetrieb. Als Jugendlicher gehörte er zu einem Freundeskreis, in dem besonders sein Bruder Carl und dessen Altersgenossen Ferdinand Simon und Alfred Ploetz dominierten. Die beiden Letztgenannten wurden später Ärzte und schon damals spielte bei ihnen „Blutsbrüderschaft“ neben dem Germanentum eine Rolle. Alfred Ploetz, zu dem Gerhart Hauptmann lebenslang Verbindung hatte, zählte zu den führenden Rassenhygienikern des Dritten Reiches.

1988 hatte Monika Huth-Alt in ihrer Doktorarbeit „Die Bedeutung von Krankheit und Heilkunde im Leben und Werk Gerhart Hauptmanns“ nachgewiesen, dass der Dichter bis 1906 mehr krank als gesund war. Neben eigenen Krankheiten erlebte er Erkrankungen in der Familie, als sein Bruder Carl bei hohem Fieber bewusstlos wurde oder seine Mutter an Pocken erkrankte. Als er das elterliche Umfeld verlassen musste,



Silbergedenkmünze;  
Gerhart Hauptmann; BRD, 2012

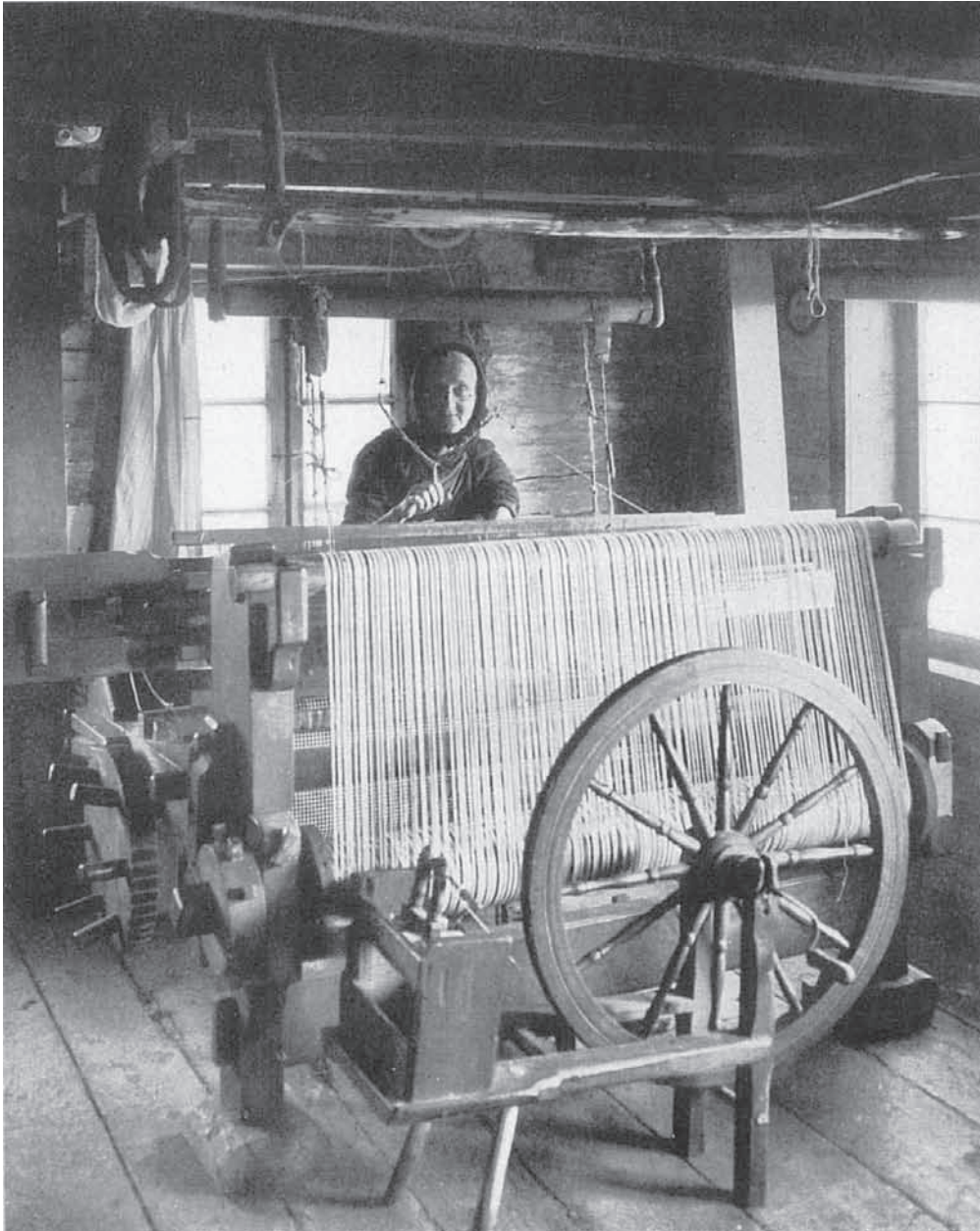
um Breslauer Schulbänke zu drücken, merkte Hauptmann, dass er seine Freiheit verloren hatte. Er sträubte sich gegen den schulischen Zwang, es war für ihn verlorene Zeit und so verließ er das Gymnasium ohne Abitur und ging in die Landwirtschaft. Wegen eines chronischen Hustens musste er die Ausbildung aufgeben und auch die Kunstschule Breslau, er wollte Bildhauer werden, aus gesundheitlichen Gründen vorzeitig verlassen. Manche Lehrer hielten ihn da bereits für schwindsüchtig, das war 1883. Gerhart Hauptmann folgte seinem Bruder Carl nach Jena, wo es ihm ohne Abitur gelang, immatrikuliert zu werden.

In den Vorlesungen hörte er bei Ernst Haeckel etwas über Darwinismus und die Fortschritte der Naturwissenschaften. 1884/85 wechselte der Student an die Berliner Universität. Im Mai 1885 hatte Gerhart Hauptmann die vermögende Fabrikantentochter Marie Thienemann aus Radebeul geheiratet und war durch diese Verbindung ohne finanzielle Sorgen. Als junger Ehemann hatte er jedoch selbst keinen qualifizierten beruflichen Abschluss. Hinzu kam nun noch sein miserabler Gesundheitszustand, den er weder nach außen verheimlichen noch sich selbst verniedlichen konnte. Als er sich einer ärztlichen Untersuchung stellte, soll ihn der Professor unverhohlen mit der Wahrheit konfrontiert haben und Hauptmann war zu Konsequenzen gezwungen. Seine bisherige Lebensweise konnte er nicht fortsetzen und so verließ er Moabit und zog mit seiner Frau nach Erkner. Hier wohnte er mit seiner Familie von 1885 bis 1889

und wurde dreifacher Vater. Die märkische Luft und Waldeinsamkeit retteten ihm das Leben. Für den Militärdienst war er ausgemustert worden, er gehörte zum Heer der Tuberkulosekranken. Seine berufliche Perspektive sah Hauptmann jetzt ganz eindeutig in der Tätigkeit als freier Schriftsteller. Literarischen Stoff für dieses Arbeitsfeld hatte Gerhart Hauptmann schon gesammelt. Wie Monika Huth-Alt recherchiert hat, war Hauptmann bei Aufhalten in Rom 1883 an Malaria und 1884 an Typhus schwer erkrankt. Bei seinem mehrwöchigen Hospitalaufenthalt hatte er als Patient in Fieberträumen das Schweben zwischen Himmel und Erde erlebt. Jetzt in Erkner beunruhigte ihn blutiger Husten und die Angst vor einem Blutsturz. Als Gerhart Hauptmann im Sommer 1886 dann einen Blutsturz erlebte, war der Tod sehr oft in des Schriftstellers Gedankenwelt präsent.



Gerhart Johann Robert Hauptmann (1862 – 1946) aus: Gesammelte Werke; Fischer Verl. Berlin, 1921



Schlesischer Webstuhl aus dem Eulengebirge; aus: Gerhart Hauptmann zum 80. Geburtstag; Schlesienverlag Breslau, 1942

Seinen Ansichten zu einer gesunden Lebensweise entsprach der Zoologe und Mediziner Gustav Jäger mit seiner Reform des Bekleidungswesens um 1880. Danach sollte von wollener Kleidung ein gewisser Gesundheitsschutz ausgehen. Hauptmann wurde Jägerianer und legte sich einen Schlafsack aus Schafswolle zu, in den er immer hineinkroch, wenn es ihm an Gesundheit mangelte. Gegen Schmerzen zog er homöopathische Mittel den starken Medikamenten vor.

In Berlin hatte Gerhart Hauptmann bereits Kontakte zu Künstlerkreisen geknüpft. Damit öffnete sich ihm

1888 eine spezielle Fundgrube mit Material für seine zukünftige literarische Arbeit. Von Januar bis September hielt sich Gerhart Hauptmann in Zürich auf. Dorthin waren Bruder Carl und die Freunde Simon und Ploetz vor dem Sozialistengesetz Bismarcks geflohen. Während Ploetz und Simon in Zürich ihr Medizinstudium fortsetzten, nutzte Hauptmann die Bekanntschaft mit Professor Auguste Forel auf ganz eigene Art. Damals war Auguste Forel (1848 bis 1931) Direktor der Züricher Irrenanstalt „Burghölzli“ und gehörte zu den bekanntesten Neuropsychiatern. Er erlaubte dem wissbegierigen jun-

gen Schriftsteller freien Zutritt in die Anstalt. Immer mit einem Notizbuch bewaffnet nahm Hauptmann an Visiten, Vorlesungen und Patientenvorstellungen teil. Als Nichtmediziner bekam er Einblick in die gesamte Neurologie und Psychopathologie, lernte alle Formen des menschlichen Irreseins, die Folgen des Alkoholismus und der Lues sowie den Komplex der Depression bis hin zum Suizid kennen. Er verstand das Besondere an der menschlichen Psyche und war betroffen bis entsetzt über die therapeutischen Möglichkeiten zur Hilfe. Er beobachtete die Wirkung der Hypnose durch Suggestion und sah die Ruhigstellung der Kranken mittels Schlaf, Bädern und Brom. Hauptmann kritisierte auch die Ärzte, die nur das Symptom sahen und nicht den Menschen im Patienten. Ähnlich kritisch beurteilte er damals auch die Psychoanalyse von Sigmund Freud.

1888, Gerhart Hauptmann war 26 Jahre alt, hatte der Schriftsteller einen reichen Fundus zur Verfügung, aus dem er schöpfen konnte. Die breit gefächerte Thematik umfasste seine schlesische Heimat mit dem in der Literatur bekannten mystischen Anstrich, das soziale Elend der Menschen, die Psyche und das Psychopathologische, seine eigene Krankengeschichte und das im Burghölzli Erlebte. Bei der künstlerischen Verarbeitung dieses Stoffgebietes wundert es nicht, wenn sich unter den Personen seiner Werke auch Ärzte befinden. In seinem Drama „Vor Sonnenaufgang“ (1889) ist es ein Dr. Schimmelpfennig und in „Ein Friedensfest“ (1890) der Arzt Dr. Scholz. In seinem berühmten Drama „Die Weber“ (1893) schickte der Dichter den alten Chirurgus Schmidt zum Hausbesuch auf die Bühne, wo dieser hört, dass Mutterle gar nichts mehr sieht, weil ihr die Lichtadern vertrocknet wären. Aber Chirurgus Schmidt kennt die Ursache: das Weben bei Licht (gemeint ist die damalige Kienspanbeleuchtung in den schlesischen Weberhütten). Gerhart Hauptmann hatte dieses Drama seinem Vater Robert mit folgenden Worten gewidmet: „Wenn ich dir,

lieber Vater, dieses Drama zuschreibe, so geschieht es aus Gefühlen heraus, die du kennst... Deine Erzählungen vom Großvater, der in jungen Jahren, ein armer Weber, hinterm Webstuhl gesessen, ist der Kern meiner Dichtung geworden, die ob sie nun lebenskräftig oder morsch im Innern sein mag, doch das Beste ist, was 'ein armer Mann wie Hamlet ist' zu geben hat." In Gerhart Hauptmanns großväterlicher Ahnenreihe sind Schleierweber dreifach vertreten.

Käthe Kollwitz hatte der Uraufführung am 26. Februar 1893 in Berlin beigewohnt, war begeistert und ergriffen von der Not schlesischer Weber. Bekanntermaßen war 1844 die Rebellion vom preußischen Militär niedergeschlagen worden, wobei es Tote, Verletzte und viele Verhaftungen gegeben hatte. Gilt Gerhart Hauptmann als Begründer des sozialen Dramas, dann war dieses Werk für die soziale Künstlerin Käthe Kollwitz der Anstoß für ihre Radierung „Ein Weberaufstand“ auf sechs Blättern. Es gab noch eine weitere, viel-sagende Reaktion auf „Die Weber“: Kaiser Wilhelm II. kündigte aus Protest auf die Aufführung dieses Dramas seine Loge im Deutschen Theater.

Mit der ihm eigenen gewaltigen Gesellschaftskritik hatte Hauptmann bereits 1889 mit „Vor Sonnenaufgang“ für Aufsehen und Aufregung gesorgt. Die schroffe Darstellung von Alkoholismus, Inzucht, Verelendung und Suizid war das Bürgertum von der Theaterbühne nicht gewöhnt. Bei der Uraufführung des Stückes im Oktober 1889 im Berliner Lessing-Theater kam es jedenfalls zu einem mächtigen Krawall.

Bewundernswert aus medizinischer Sicht ist der Fakt, mit welcher Energie und Klarheit, Fleiß und Zielstrebigkeit ein kranker Mann, wie es damals in den 1890er-Jahren Gerhart Hauptmann einer war, eine solche Fülle an Werken schaffen konnte.

In „Das Friedensfest“ von 1890 wurde das psychopathologische Geschehen in einer Familie dargestellt

und 1892 schilderte Hauptmann in „Kollege Crampton“ die Flucht eines Professors der Kunstschule in den Alkohol. 1893 kam „Hanneles Himmelfahrt“, eine Mischung aus schlesischer Mystik und selbst erlebten Fieberträumen. Das hingebende Mitleid des Dichters für das todkranke Mädchen hinterließ beim Publikum einen nachhaltigen Effekt. So empfahl im Jahre 1913 Käthe Kollwitz ihrem Sohn Hans dieses Werk zu lesen, weil hier der typische weiche lyrische Hauptmann zu erkennen sei. Das Drama „Fuhrmann Henschel“ (1897/98) behandelt in einem schlesischen Badeort die Geschichte einer Depression, die zum Suizid führte. Die Begegnung mit einem Wanderprediger in Zürich lieferte Hauptmann den Stoff für religiöse Wahnvorstellungen in „Der Apostel“ (1890), während religiöse Schwärmerie 1910 das Thema seines Romans „Der Narr in Christo Emanuel Quint“ war.

Das literarische Schaffen Gerhart Hauptmanns wurde 1912 mit dem Nobelpreis gewürdigt und vier Universitäten (Oxford, Leipzig, Prag, Columbia) verliehen ihm den Ehrendoktor.

Bei allem Erfolg kannte Gerhart Hauptmann auch Niederlagen, die bei ihm einen Tiefpunkt auf psychophysischer Ebene bis zum Nullpunkt auslösten. In den Jahren 1903 und 1904 war der Künstler schwer angeschlagen, sein Körpergewicht lag bei 54 kg. In Wien erlebte er dann noch den Misserfolg seines Werkes „Rose Bernd“ bei der Uraufführung. Wochenlang schleppte er sich mit hohem Fieber herum. Als er wieder einmal zwischen Himmel und Erde schwebte, bat er von Lugano aus seinen Jugendfreund Dr. Simon dringend um Hilfe. Wesentliche Ursache für Hauptmanns Stress dieser Jahre dürfte jedoch die Krise seiner ersten Ehe gewesen sein. Die Scheidung erfolgte 1904.

Im gleichen Jahr wurde Margarete Marschalk, die dem Dichter schon 1896 auf Hiddensee als Sekretärin diente, seine zweite Ehefrau (Pastor Arnold Gustavs in: Hiddensee; 1953). Der gemeinsame 1900 geborene Sohn ist dann auch der Grund, dass Gerhart Hauptmann für den Rest seines Lebens das schlesische Agnetendorf als Wohnsitz wählte. In seinem künstlerischen Schaffen hatte er die Thematik Lungenleiden und Tuberku-



Grabstein des Schriftstellers in Kloster auf Hiddensee. Aquarell von Frau M. Seybold (Plauen) nach einem Foto. Vorlage von Frau Dr. M. Huth (Rheinfelden).



Sonderbriefmarken zu Ehren Gerhart Hauptmanns aus BRD und DDR.

lose nicht vergessen, sie tauchte 1924 in seinem Drama „Herbert Engelmann“ und 1927 im Roman „Wanda“ wieder auf. Der Roman würdigt die medizingeschichtlich unvergessene Pioniertat des Arztes Hermann Brehmer (1826 bis 1889), der 1854 in dem schlesischen Bergdorf Görbersdorf die erste Lungenheilanstalt eröffnet hatte. Wie Prof. Ernst von Leyden (1832 bis 1910) in seinen Lebenserinnerungen feststellte, ging von Görbersdorf ein wichtiges Signal im Kampf gegen die verheerende Volkskrankheit aus.

Als eine besondere Anerkennung, die der Persönlichkeit des Dichters zuzurechnen ist, kann man das Angebot einer Kandidatur für das Reichspräsidentenamt in der Weimarer Republik betrachten. Den Reichspräsidenten wollte er nicht spielen, hielt er sich doch mehr für Goethes Nachfolger!

Im Seniorenalter verbrachte er zwischen 1930 und 1943 viele Sommermonate auf Hiddensee in seinem Haus „Seedorn“ in Kloster. Wie Pastor Gustavs feststellte, habe der Dichter immer mehr die Einsamkeit gesucht. Jahrzehntlang hatte Hauptmann an seinem epischen Werk „Der neue Christophorus“ gearbeitet. Als Fragment wurde es 1943 in Weimar gedruckt.

Es handelt sich bei diesem unvollendeten Werk um eine mystische Geschichte, die im schlesischen Eulengebirge spielt und eine Grabgeburt zum Gegenstand hat. Medizinisch unmöglich, lässt Hauptmann eine Tote unter der Erde einen Jungen gebären. Das Kind nannte der Dichter „Erdmann“ und seinem Retter, der ihn aus dem Grab holte, gab er den Namen Christoph. Hauptmanns Werk blieb unvollendet, aber gedanklich wäre eine Entwicklung

von Christoph zu Christophorus und von Erdmann zu Christus denkbar. Wenn man allerdings Hauptmanns Beiwort zum Fragment vom 13. Oktober 1942 aufmerksam liest, sprach der Dichter davon, dass bei Vollendung des Werkes „am Schluss, eine Verkörperung des deutschen Menschen dastehen und darüber, gegenwärtig und in die Zukunft weisend, der neue Mensch“. Wie soll diese Formulierung verstanden werden?

Wir wissen es nicht und werden es nie erfahren, denn am 6. Juni 1946 schloss der Dichter auf seinem Anwesen „Wiesenstein“ in Agnetendorf für immer seine Augen. Nach seiner Regieanweisung wurde sein Leichnam in seine Franziskanerkutte gekleidet und in einen Zinksarg verbracht. Nach Wochen konnte Polen verlassen werden und am 28. Juli 1946 fand Gerhart Johann Robert Hauptmann in Kloster auf Hiddensee seine ewige Ruhe.

Diesen Beitrag widmet der Verfasser dem am 28. Januar 2013 verstorbenen Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug. Er war ein Mann mit Profil und ein guter Berater. Herr Prof. Dr. Klug hatte auch die Überschrift für diesen Beitrag vorgeschlagen. Seine Regsamkeit war ansteckend.

Dr. med. Heinz Zehmisch, Plauen

## Richard Wagners koronare Herzkrankheit

Als nach der Regieanweisung Richard Wagners der Gralkönig Amfortas, der eigentliche Hauptheld seines letzten Werkes „Parsifal“, mitten in den weihvollen Klängen der Heilandsklage die Hände krampfhaft zum Herz zu führen hatte, litt sein Schöpfer schon längst an einer Herzkrankheit. Dieses Leiden, eine offensichtliche koronare Herzkrankheit, die mit heftigen Pressungen der Brust einherging, plagte ihn schon einige Jahre. Viel früher tauchte in seinem Werk jenes mehrfach variierte „Dresdener Amen“ auf, welches in seinem „Weltabschiedswerk“ als Gralsmotiv erscheint, das den Brustkrampf löst. Dieser vermutlich aus der katholischen Liturgie der Dresdener Hofkirche stammende Wechselgesang hatte Anfang des neunzehnten Jahrhunderts Eingang in das protestantische Gemeindeleben Dresdens gefunden. Richard Wagner, dessen Familie schon ein gutes Jahr nach seiner Geburt am 22. Mai 1813 von Leipzig nach Dresden umgezogen war, hatte es wahrscheinlich in der Kreuzschule kennengelernt, in die er 1822 eintrat. Es prägte sich seinem musikalischen Gedächtnis tief ein, begleitete ihn auf seinem Weg zurück nach Leipzig, wo er die Nicolaischule, die Thomaschule und die Universität besuchte, und es blieb auch während der intensiven Beschäftigung mit dem



Minna Wagner

© Wikipedia

Werk Beethovens in ihm lebendig. In seiner frühen Oper „Liebesverbot“ in der er die freie Liebe feierte, nutzte es Wagner in der Klosterszene, während er es in der verzweiflungsvollen Romerzählung Tannhäusers als schmerzliche Erinnerung an die vergebliche Bitte um Vergebung aufklingen ließ. Er, der Schöpfer dieses genialen Stückes, fühlte sich nicht viel wohler in seiner Haut, die, weil sie in besonderer Weise empfindlich war, vielleicht aber auch weil er sich ein Unmaß an kreativer Belastung zumutete, mit Wundrosen und Ekzemen reagierte. Sein Leib wurde von Verstopfungen und Krämpfen geplagt und seine Nerven vom Dauerstreit mit der an Herzrhythmusstörungen leidenden ersten Frau strapaziert. Der Liebestaumel, in den ihn die aus Dresden stammende Minna bei ihrer ersten Begegnung in Bad Lauchstädt versetzt hatte, war inzwischen abtraumhaften eifersüchtigen Auseinandersetzungen gewichen, die zur Trennung führten. Feierte er noch im „Liebesverbot“ die sinnliche und freie Liebe, angeregt vom Feuer der Leidenschaft zu ihr, so diente sie ihm nun als Vorbild für die eifernde Fricka im Mittelakt der Walküre. Und als es bei einer Theaterprobe darum ging, von welcher Seite Fricka aufzutreten habe, meinte er: „Links, der Teufel kommt immer von links.“ Das Herzleiden seiner Frau wurde früh erkannt. Nach der Trennung und Minnas Rückkehr nach Dresden, vorläufig im Jahre 1858 und endgültig 1862, wurde sie durch Wagners Freund, dem Arzt Anton Pusinelli, betreut. Sie starb 1866 in ihrer Heimatstadt und wurde auf dem alten Annenfriedhof bestattet.

Wagners koronare Herzkrankheit hielten die Ärzte jedoch für eine Überblähung des Leibes. Vielleicht waren sie abgelenkt von der Vielfalt seiner Beschwerden. Angesichts der Gichtanfalle, die ihn in den 70er-Jahren plagten, hätten sie jedoch hellhörig werden müssen. Er selbst berichtete Minna schon in einem Brief vom 21. April 1862 von Beklemmungen in der Brust. Mag man hier noch an der organischen Ursache zweifeln, so hatte er gewiss



Richard Wagner in der Villa Tribtschen bei Luzern

Quelle: Wagner-Buch, Tessmer 1930

recht, als er nach den am 9. August 1872 aufgetretenen „Herzbeklemmungen“ selbst den Verdacht auf ein Herzleiden äußerte, was Cosima, seine zweite Frau und Muse, in ihrem Tagebuch vermerkte. Zwei Jahre später, am 2. April 1874, überraschte ihn beim Spaziergang durch den Garten der Villa Wahnfried ein Krampf in der Brust, der ihn „förmlich erstickte“. Dieser löste sich rasch, nachdem Wagner stehengeblieben war. Dass es sich hierbei um eine Angina pectoris handelte, ist uns heute sofort klar, seine damaligen Ärzte dachten an schmerzhafte Blähungen. Im Herbst des Jahres 1877 vollendete Wagner trotz mehrerer Zahnoperationen und eines Gichtanfalls die Parsifaldichtung. Bei so heroischer, von Schmerzen begleiteter Kraftanstrengung verwundert es nicht, dass ihn während der Arbeit daran nächtliche Brustbeklemmun-

gen überfielen. Aber auch das hier beschriebene klassische Bild der Angina pectoris nocturna wurde nur von ihm selbst richtig gedeutet. „Wenn ich nur kein Herzleiden habe,“ fragte er sich, während es im Tagebuch Cosimas noch am 20. Dezember 1878 heißt: „Der Doktor leugnet jedes Brust- oder Herzleiden.“ Nun arbeitete Wagner intensiv an der Parsifal-Komposition, wobei ihn in unregelmäßigen Abständen Brustbeschwerden überfielen, die jetzt unabhängig von körperlicher Belastung auftraten und damit den Charakter einer instabilen Angina pectoris anzunehmen begannen. Die Häufigkeit der Brustbeschwerden nahm im folgenden Jahr noch zu. Während eines nächtlichen Anfalls flüsterte er Cosima zu: „Glaubst Du, daß man lächelnd sterben kann?“ Wem fällt da nicht die herzerreißende Klage des Amfortas ein, der seines Leidens überdrüssig den Tod sucht, wem nicht das erlösende Gralsmotiv, dem das „Dresdener Amen“ zugrunde liegt.

Die nächtlichen Beschwerden nahmen weiter zu, sodass er häufig im Sitzen warten musste, bis sie abgeklungen waren. Dies war ein Zeichen einer fortgeschrittenen Koronarsklerose, vielleicht sogar der beginnenden Linksherzinsuffizienz. Die Therapie mit dem Laudanum (Opium) mag von daher sogar sinnvoll gewesen sein, nutzt man ja die Morphinpräparate noch heute zur Beeinflussung des akuten Herzversagens. Auf das schon zu Wagners Zeit bei pectanginösen Beschwerden eingesetzte Amylnitrat und das seit 1879 genutzte Nitroglyzerin musste er verzichten, da seine Ärzte das Krankheitsbild verkannten. Eine lebensverlängernde Wirkung hätten aber auch diese Präparate nicht gehabt. Wir wissen heute, dass nur die Steigerung des Blutflusses durch Weitung oder Überbrückung der Koronarstenosen das Krankheitsbild entscheidend bessert. Darüber war damals wenig bekannt, obwohl die Angina pectoris schon ein Jahrhundert früher durch William Heberden beschrieben worden war. Einen Eklat gab es, als Wagner nach einer Vorstellung der Götterdämmerung, kurz nach einer Ansprache des Berliner Intendanten Angelo Neumann von der Bühne, auf der er erschienen war, verschwand, wodurch er das versammelte Kaiserhaus brüskierte. War es, wie er behauptete, ein beginnender Herzkrampf, der ihn zwang, in die Kulissen zu verschwinden? Wir wissen es nicht. Dass aber die Angina pectoris durch den erhöhten Sauerstoffverbrauch bei Erregung ausgelöst werden kann, ist heute freilich unbestritten.

Im Juni 1882 begannen die Proben zum Parsifal, die er unbeirrt fortsetzte, obwohl er am 25. Juni von einem lang anhaltenden und heftigen Herzkrampf befallen wurde. Die Uraufführung war ein grandioser Erfolg. In der fünften Aufführung fanden ihn jedoch sein Diener Schnappauf und der Sänger Emil Scaria in einem kleinen Raum, wo er verzweifelt nach Luft rang und mit den Händen hilfeschend um sich schlug. Hatte er einen Herzinfarkt erlitten? Ein akutes Koronarsyndrom, in welcher Form auch immer, war



Richard Wagner, letzte Aufnahme  
Quelle: Wagner-Buch, Tessmer 1930

wohl aufgetreten. Nach geraumer Zeit murmelte er: „Dieses Mal bin ich noch davongekommen.“ Im September 1882 fuhr er mit der Familie nach Venedig, wo ihn immer heftiger werdende Krampfanfälle auch bei seinen Wanderungen durch die Stadt überfielen, so dass der behandelnde Arzt Dr. Keppler einen Dr. Kurz als Konsiliarius zu Hilfe rief, der eine Magen neuralgie!!! diagnostizierte. Richard Wagners Stimmung schwankte zwischen Resignation und letzter sich aufbäumender Lebenslust. Hatte er am 9. Oktober 1882 noch geschrieben: „Um es im Leben auszuhalten, müsste man darin tot sein!“, beauftragte er im November den ihn besuchenden Kapellmeister Hermann Levi, das hübsche Blumenmädchen (Partie im Parsifal) Carrie Pringle zum Vorsingen einzuladen, für das er eine Neigung empfand. Das vermutet zumindestens Wagners Biograf Martin Gregor-Dellin. In einer der letzten Nächte träumte Richard von seiner Mutter und am Vorabend des Todes spielte er das Klagemotiv der Rheintöchter aus dem Rheingold, wobei er äußerte: „Ich bin ihnen gut, diesen untergeordneten Wesen der Tiefe, diesen sehnsüchtigen.“ In diesem rätselhaften Bekenntnis deutete sich ein Glücksverlangen an, das tiefer reichte als das Heilsversprechen des Gralsmotivs. Am folgenden Tage, dem 13. Februar 1883, soll es zu einer eifersüchtigen Auseinandersetzung zwischen ihm und Cosima gekommen sein. Er stürzte sich in seine letzte Arbeit, die dem „Weibli-



**DIE BAYREUTHER FESTSPIELE**  
sind von Richard Wagner ins Leben gerufen worden und standen seither unter der Leitung von

<i>Richard Wagner</i> 1876-1882	<i>Siegfried Wagner</i> 1908-1930
Interimmszustand nach dem Tode Richard Wagners 1883-1884	<i>Wieland Wagner</i> 1930-1944
<i>Karl Wagner</i> 1886-1906	<i>Wolfgang Wagner</i> 1951-1966
	<i>Guntram Wagner</i> 1951-

Nach dem Tod Wieland Wagners ist sein Bruder Wolfgang Wagner alleinverantwortlicher Leiter der Bayreuther Festspiele geworden

Quelle: Wagner-Buch, Tessmer 1930

chen im Menschlichen“ galt. Bald stellten sich Krampfanfälle ein, die so heftig wurden, dass er nach seiner Frau und dem Doktor rief. Sein Gesicht war schmerzverzerrt. Man bettete ihn auf das Ruhelager. Das Herz Richard Wagners versagte schon, bevor der Arzt eintraf. Dieser diagnostizierte eine Perforation des rechten Herzens als Folge einer Überblähung des Magens. Nach

unseren heutigen Kenntnissen und nach der typischen Anamnese starb er mit großer Wahrscheinlichkeit an den Folgen einer schweren koronaren Herzkrankheit, die schon zu Myokardinfarkten geführt haben dürfte.

Die Faszination, die das „Dresdener Amen“ als Quelle der Inspiration auf die Tonschöpfer ausübte, blieb über Wagners Tod hinaus bestehen.

Anton Bruckner und Gustav Mahler verwandten es in ihren Sinfonien, und schon vor Wagner hatte es Felix Mendelsohn Bartholdy, der protestantische Komponist jüdischer Herkunft, in seiner Reformationssinfonie benutzt. An ihm ist Richard Wagner schuldig geworden. Das aber ist eine andere Geschichte.

Dr. med. Dietmar Seifert, Delitzsch

## „Mut, Demut und Achtsamkeit“

Sehr geehrter  
Herr Professor Dr. Borasio,  
sehr geehrter Herr Kollege Borasio,

ich habe mit großem Interesse und mit Hochachtung Ihren Artikel in dem „Ärzteblatt Sachsen“ 4/2013 gelesen.

Es ist ein sehr wichtiger Artikel, der nicht nur für junge Ärzte beim Start in das Berufsleben lesenswert und wertvoll ist. Ich teile Ihre Meinung, dass unser Beruf ein wahrhaft wunderschöner Beruf ist. Jedoch sehe ich ebenfalls die Gefahr, dass dieser

wunderbare Beruf immer mehr in die Zwänge von Kosten-Nutzen-Berechnungen und Gewinnmargen gerät. Der Mensch und nicht die Wirtschaftlichkeitsbetrachtung muss im Mittelpunkt dieses Berufes bleiben. Es wird immer eine humanistische und sehr verantwortungsvolle Aufgabe sein, Menschen, gerade dann wenn sie schwer krank sind, zu helfen. Diese Aufgabe darf nicht auf eine Kosten-Nutzen-Berechnung reduziert werden.

Ich würde immer wieder diesen wunderbaren Beruf ergreifen. Ich habe diesen Beruf in verschiedenen Tätigkeitsfeldern (Krankenhaus, Hochschule und jetzt auch im Dienste

eines großen Sozialleistungsträgers) ausgeübt. Ich fand jede Tätigkeit für sich sehr erfüllend und interessant. Letztendlich kann man überall als Arzt bei einem entsprechenden Engagement mit Mut, Demut und Achtsamkeit Menschen helfen.

Vielen herzlichen Dank für Ihren Aufsatz.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Ina Ueberschär  
Stellvertretende Geschäftsführerin und  
Leitende Ärztin  
Deutsche Rentenversicherung  
Mitteldeutschland

## Ausschreibungsfrist Hufeland-Preis verlängert

Die Stiftung Hufeland-Preis wird den diesjährigen Festakt der Preisverleihung erstmals in Berlin durchführen. Die Stiftung nutzt die hierdurch bedingte zeitliche Verschiebung um die laufende Frist zur Bewerbung um den Hufeland-Preis 2013 bis zum 31. Oktober 2013 zu verlängern.

Der im Jahr 1959 erstmalig ausgeschriebene und mit 20.000 Euro dotierte Hufeland-Preis wird in Würdigung präventivmedizinischer Forschung verliehen. Träger des Hufeland-Preises sind die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer, die Bundesvereinigung Präven-

tion und Gesundheitsförderung e.V. und als Stifterin die Deutsche Ärzteversicherung.

Die Ausschreibung wurde im Jahr 2012 um die auf Prävention bezogene Versorgungsforschung erweitert. Damit berücksichtigt die Stiftung sämtliche aktuelle wissenschaftliche Gebiete der Prävention. Diese umfassen nicht nur die Handlungsfelder Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung, Impfen und Sucht, sondern auch darüber hinausgehende Themen wie Krankenhaushygiene, Berufskrankheiten oder Screeningprogramme.

Zur Teilnahme an der Ausschreibung sind Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte mit einer deutschen Approbation aufge-

fordert. Die Vergabe erfolgt nach einem Auswahlverfahren durch ein Preisrichterkollegium, dem hochkarätige Wissenschaftler unterschiedlicher medizinischer Fachrichtungen angehören.

Die an der Ausschreibung zum „Hufeland-Preis 2013“ teilnehmenden Arbeiten müssen somit bis zum 31. Oktober 2013 bei Frau Notarin Dr. Ingrid Doyé, Kattenbug 2, 50667 Köln eingereicht werden. Informationen zur Ausschreibung sind unter [www.hufeland-preis.de](http://www.hufeland-preis.de) hinterlegt. Für weitergehende Fragen steht Ihnen der Geschäftsführer der Stiftung, Patrick Weidinger, Telefon 0221 148-30785, zur Verfügung.

Stiftung Hufeland-Preis