

Editorial	Wirklich krank?	492
Berufspolitik	51. Tagung der Kammerversammlung	493
	5. Deutsch-Polnische Vorstandssitzung	502
	ARMIN: Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit	503
	Ärztliches Selbstverständnis und wirtschaftliche Zwänge	505
Amtliche Bekanntmachungen	Satzung zur Änderung der Reisekostenordnung	500
	Satzung zur Änderung der Hauptsatzung	500
	Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer	501
Aus den Kreisärztekammern	Kreisärztekammern haben gewählt	508
	Betriebsruhe zum Jahreswechsel	508
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Amtliche Gebührenordnung für Ärzte – Liquidationsverzicht und Spende?	509
	Alte Betäubungsmittelrezeptformulare verlieren ihre Gültigkeit	509
	Eingeschränkte Parkmöglichkeiten an der Sächsischen Landesärztekammer	510
	Bestandsmarktreport 2014	510
	Konzerte und Ausstellungen	518
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztstizen	510
Originalie	Nervenläsionen im Rahmen der Hüftgelenksendoprothetik	512
Leserbrief	Dr. med. Rudolf Grzegorek	513
Tagungsbericht	Zusammenkunft tropenerfahrener Ärzte	514
Verschiedenes	19. Sächsisches Seniorentreffen	516
	Notfallmedizin für ärztliche Senioren	517
	50-jähriges Studienjahres-Jubiläumstreffen	518
Buchbesprechung	Der Blick auf das Ganze	518
Personalia	Nachruf für Dr. med. Helmut Born	519
	Prof. Dr. med. habil. Stanley Ernest Strauzenberg zum 100. Geburtstag	520
	Prof. Dr. med. habil. Wolfram Behrendt zum 80. Geburtstag	521
	Jubilare im Januar 2015	522
Medizingeschichte	Drei Jahrtausende Graphik im Dienste der Wissenschaft	524
	Eine Sturmbahn für unsere Schule	527
Weihnachten	Ein Fest der Lieder	529
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – Februar 2015	



51. Tagung der Kammerversammlung
Seite 493



5. Deutsch-Polnische Vorstandssitzung
Seite 502



Buchkunst und Graphik in Leipzig (Bugra)
Seite 524

Titelbild: Dresdner Kreuzchor, © Matthias Krüger

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

Wirklich krank?



© SLÄK

Meine sehr verehrten Kollegen, wie oft stellen Sie sich die Frage, welchen Leidensdruck der Patient vor Ihnen eigentlich hatte, um Ihre Hilfe in Anspruch zu nehmen? Und wie oft kommen Sie zu dem Schluss, dass kein zwingender Anlass für eine Konsultation vorgelegen hat?

Ich frage mich das öfter. Aber ich bleibe in meinen Vermutungen und vor allem in der Ursachensuche vage. Als Hausarzt erlebe ich allzu oft die unterschiedlichsten Gründe für eine Konsultation. Manchmal scheint es so, als ob die Schwere der Erkrankung eher nur mäßig bis überhaupt nicht vorhanden ist, um eine Konsultation zu rechtfertigen. Nicht zu selten stelle ich fest, dass der Anlass des Arztbesuches oder weiterer Nachfragen aufgrund eines vom Patienten anderweitig erlangten oder suggerierten Wissens erfolgen. Verstehen Sie mich bitte nicht falsch, ich selbst bin sehr froh, wenn ich einen Patienten beraten kann, der

interessiert ist, der sich informiert und bemüht ist, seine Beschwerden selbst in den Griff zu bekommen. Aber ist Information und Informationsbedürfnis allein ausschlaggebend für einen mündigen Patienten?

Ich denke nicht. Denn erst mit unserer ärztlichen Hilfe wird der Patient in die Lage versetzt, Wahrheit von Unwahrheit zu unterscheiden. Darin liegt des Pudels Kern. „Doc Internet“ kann einem Patienten zwar viele richtige wie falsche Informationen bieten. Diese einzuordnen, zu verifizieren oder zu falsifizieren, obliegt weiterhin dem Arzt. Diese Aufgabe wird mit dem wachsenden Markt an Medizin-Apps weiter zunehmen.

Diese Entwicklung hat zwei wesentliche Auswirkungen auf das Arzt-Patient-Verhältnis:

1. In unserer täglichen Arbeit sollten wir das Informationsbedürfnis der Patienten akzeptieren. Wir müssen damit umgehen lernen, dass Patienten sich jederzeit online über vielfältige Kanäle Wissen beschaffen können. In unserer medialen und globalisierten Welt besteht eine derartig unübersichtliche Vielfalt von Informationsmöglichkeiten, die wir selbst kaum überblicken. Aber auch ich entdecke immer wieder auch Informationen, die mir in meiner Arbeit zugutekommen. Ich lerne also selbst, indem ich mich mit den Fragen meines Patienten auseinandersetze und mir Unbekanntes nachverfolge. Allerdings wird es bei steigenden Patientenzahlen und immer kürzerer Zeit immer schwieriger, den Überblick zu behalten. Auch sollten bei allem Verständnis für unsere Patienten diese selbstkritisch mit den ihnen zur Verfügung stehenden Angebo-

ten umgehen, und sich immer wieder hinterfragen, ob „immer Alles und zu jeder Zeit“ das richtige Maß ist.

2. Wir Ärzte selbst sollten mit Informationen über Behandlungen und Diagnostik sowie Therapiemöglichkeiten, welche wir in die breite Öffentlichkeit unkritisch abgeben, sehr vorsichtig sein. Nicht selten werden solche, besonders zweifelhaft Informationen dann, jeder denke sich den Grund, in bunten Lettern verpackt. Hier scheint mir besondere Zurückhaltung als ethische Pflicht gegeben. Wir Ärzte sollten dabei auch bedenken, welchen Nutzen der Informationsgeber hat und welches unkollegiales Verhalten sich dahinter verbergen könnte.

Der Grundsatz im Behandlungszimmer sollte daher weiterhin lauten: Eine gute Arzt-Patient-Beziehung basiert auf Vertrauen und gegenseitige Achtung. Dazu gehört auch das Gespräch. Manche Ärzte lehnen jedoch ein Gespräch ab und Patienten trauen sich nicht, Fragen zu stellen. Und so bleibt jeder in seiner Welt. Dies aber wird den Anforderungen an eine künftige Arzt-Patient-Beziehung in keiner Weise gerecht, denn unsere Patienten werden sich zunehmend von „gut aufgemachter“ Information verleiten und in die Irre führen lassen. Daher müssten wir uns wieder mehr Zeit nehmen für die Bedürfnisse unserer Patienten.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen allen eine besinnliche Weihnacht und ein gutes Neues Jahr.

Ihr Erik Bodendieck
Vizepräsident



51. Tagung der Kammerversammlung

8. November 2014

Bericht des Vizepräsidenten

Zu Beginn seines Berichtes erinnerte der Vizepräsident, Erik Bodendieck, an den 9. November 1989 und an den Fall der innerdeutschen Mauer. Die Menschen in der DDR hatten sich damals ihre Freiheit friedlich erkämpft und damit auch den Weg frei gemacht für eine ärztliche Selbstverwaltung. Bereits im Dezember 1989 gründete sich der Unabhängige Verband der Ärzte und Zahnärzte in Sachsen. Dieser war der Vorläufer der Sächsischen Landesärztekammer. Zu den Gründungsvätern gehörten Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Dr. med. Thomas Fritz sowie Prof. Dr. med. habil. Hans-Egbert Schröder. Erik Bodendieck: „Inzwischen ist Freiheit und ärztliche Selbstverwaltung in Deutschland für uns, aber insbesondere für die jüngeren Kollegen eine Selbstverständlichkeit. Wir wünschen allen anderen Ländern in Europa, wo dies noch nicht so ist, eine ähnliche Entwicklung.“ Anschließend berichtete der Vizepräsident aus der aktuellen Gesundheits- und Berufspolitik.

Unterstützung für Ärzte ohne Grenzen im Kampf gegen Ebola

Im März 2014 brach Ebola im westafrikanischen Guinea aus. Von dort breitete sich die Krankheit auf Liberia und Sierra Leone aus. In Nigeria gibt es Verdachtsfälle. „Noch immer ist kein Ende der Epidemie in Sicht, und es ist dringend mehr medizinische Hilfe nötig“, sagte der Vizepräsident. Die Bundesregierung hat zahlreiche Maßnahmen zur Ebola-Bekämpfung ergriffen. Dennoch bedarf es der weiteren Unterstützung. Die Organisation „Ärzte ohne Grenzen“ hilft seit März 2014 bei der Bekämpfung der Ebola-Epidemie in Westafrika. Nach wiederholten Aufforderungen hatten einige Geberländer Unterstützung zugesagt. Doch die Fortschritte vor Ort sind langsam. Erik Bodendieck: „Es genügt nicht, neue Behandlungszentren aufzubauen – ohne ausreichend medizi-



Dipl.-Med. Petra Albrecht und Dr. med. Claus Vogel im Präsidium

© SLÄK



Alterspräsident Dr. med. Bernhard Ackermann, Jürgen Hommel, Sozialministerium (r.)

© SLÄK

nische und finanzielle Hilfe sind sie nutzlos“. Deshalb sollte die Sächsische Landesärztekammer eine finan-

zielle Unterstützung an Ärzte ohne Grenzen leisten. Nach eingehender Diskussion hat die 51. Kammervers-



Dr. med. Roy Melzer © SLÄK



Dr. med. Katrin Pollack © SLÄK

Prof. Dr. med. habil. Eberhard Meister
© SLÄK

sammlung beschlossen, 150.000 EUR aus dem Fonds „Sächsische Ärztehilfe“ der Sächsischen Landesärztekammer der Organisation „Ärzte ohne Grenzen“ zur Verfügung zu stellen, um insbesondere sächsische Ärzte, die in Krisengebieten im Einsatz sind, zu unterstützen.

Landtagswahl Sachsen

Obwohl die Landtagswahl schon drei Monate zurück liegt, war die Besetzung der Ministerien zum Zeitpunkt der Kammerversammlung noch offen. Die Vereidigung der neuen Staatsregierung erfolgte erst am 13. November 2014 (Anm. d. R.: Barbara Klepsch (CDU) wird das Sozialministerium die kommenden vier Jahre übernehmen).

Im Koalitionsvertrag von CDU und SPD finden sich die wichtigsten Forderungen der Ärzte wieder. Bodendieck: „Zudem wird unser Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ ausdrücklich als Partner genannt.“ Zu den wichtigsten Punkten des Vertrages aus Sicht der Sächsischen Landesärztekammer gehören:

- die Beibehaltung und Stärkung der freien Berufe,
- der Erhalt der Selbstverwaltung und der Versorgungswerke,
- der Bürokratieabbau,
- die Sicherung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum,
- die Förderung der Weiterbildung Facharzt Öffentlicher Gesundheitsdienst und
- die Verbesserung der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen.

Große Gesetzesvorhaben der Bundesregierung

Zu den großen Gesetzesvorhaben auf Bundesebene in diesem und nächstem Jahr gehören das Gesetz zum ärztlich assistierten Suizid, das Versorgungsstärkungsgesetz, das Antikorruptionsgesetz sowie das Präventionsgesetz. Der Vizepräsident ging unter anderem auf das Versorgungsstärkungsgesetz ein.

Versorgungsstärkungsgesetz

Ein Versorgungsstärkungsgesetz liegt als Entwurf vor. Dieses sieht die Erweiterungen bei der Ermächtigung von zugelassenen Krankenhäusern an der ambulanten ärztlichen Versorgung sowie der Zulassung und dem Betrieb von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) vor. Zudem können künftig auch arztgruppen-gleiche MVZ gegründet werden, und es soll Kommunen ermöglicht werden, MVZ zu gründen. Die Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin wird erweitert und rechtssicherer gemacht. Die Anzahl der zu fördernden Stellen wird erhöht.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen Terminservicestellen einrichten. Damit soll erreicht werden, dass die Wartezeit für einen Facharzttermin im Regelfall vier Wochen nicht überschreitet. Die KV Sachsen hat diese Servicestelle bereits seit Anfang November eingerichtet.

Vorgesehen ist auch der Ausbau einer leistungsgerechten Vergütung

des Einsatzes von qualifizierten nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen, die delegierte ärztliche Leistungen erbringen. Delegationsfähige ärztliche Leistungen sollen im EBM berücksichtigt und angemessen bewertet werden. Eine Substitution ist in Modellvorhaben möglich, wird jedoch bisher nicht erprobt.

Zur Überwindung der sektoralen Begrenzung der Versorgung und zur Entwicklung neuer Versorgungsformen, die über die bestehende Regelversorgung hinausgehen, wird ein Innovationsfonds mit einem Finanzvolumen von 300 Millionen EUR jährlich geschaffen. Aus dem Innovationsfonds sollen sektorenübergreifende Versorgungsprojekte gefördert werden (Fördersumme 225 Millionen EUR jährlich). Weiterhin wird aus dem Innovationsfonds die Versorgungsforschung mit 75 Millionen EUR jährlich gefördert.

Versorgungslücken beim Übergang vom stationären in den ambulanten Versorgungsbereich sollen überwunden werden, indem die Krankenkassen stärker in den Prozess des Entlassmanagements einbezogen und die Möglichkeiten der Krankenhausbehandlung Leistungen zu verordnen, erweitert werden.

Fachsprachenprüfung für ausländische Ärzte

Eine Fachsprachenprüfung ist ab 2015 für Heilberufe gesetzlich vorge-



Prof. Dr. med. habil. Thomas Herrmann
© SLÄK

schrieben. Die Prüfung soll bei den Ärztekammern erfolgen. Die genaue Umsetzung (Inhalte/Anbieter der Kurse) ist jedoch noch nicht geklärt. Die Sächsische Landesärztekammer bereitet derzeit die personellen und organisatorischen Grundlagen für diese geplante Prüfung vor.

Diskussion

In der anschließenden Diskussion brachten die Mandatsträger ihre Vorbehalte gegen staatliche Eingriffe in die ärztliche Berufsfreiheit zum Ausdruck. Insbesondere das geplante Versorgungsstärkungsgesetz würde die Arzt-Patient-Beziehung beeinträchtigen. Thematisiert wurde aber auch der Ärztebedarf in Sachsen. Die weitere Verbesserung der Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit

sei weiterhin notwendig, um junge Ärzte in Sachsen zu halten. Dazu gehörten auch Verbesserungen im Praktischen Jahr, wie die Anerkennung von Teilabschnitten für Schwangere oder junge Eltern und eine einheitliche Aufwandsentschädigung.

Für die Auswahl des Lehrkrankenhauses sollte die Qualität der Lehre im Mittelpunkt stehen. Eine einheitliche Aufwandsentschädigung im Praktischen Jahr beuge der sozialen Selektion vor und ermögliche die Gleichberechtigung unter den Studierenden. Zum anderen signalisiert eine einheitliche Aufwandsentschädigung, additiv zu einer qualitativ sehr guten Ausbildung, den Studierenden eine Wertschätzung.

Abschließend ergriff der Alterspräsident, Dr. med. Bernhard Ackermann, auf der 51. Kammerversammlung das Wort.

In einer bewegenden Ansprache erinnerte er an die Anfänge der Selbstverwaltung und an die Mandatsträger, die seit nunmehr 24 Jahren aktiv in der Kammerversammlung mitgewirkt haben.

Neben ihm selbst sind das Dr. med. Dietrich Heckel, Dr. med. Claudia Kühnert, Dr. med. Norbert Krujatz und Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze. Dr. Ackermann wird für die kommende Kammerversammlung nicht mehr kandidieren.



Dr. med. Axel Rahmel, Medizinischer
Vorstand der DSO
© SLÄK

Aktuelle Situation der Organspende in Deutschland

Mit großem Interesse wurde der Vortrag von Dr. med. Axel Rahmel, Frankfurt/Main, Medizinischer Vorstand der Deutschen Stiftung Organspende (DSO), zur aktuellen Situation der Organspende in Deutschland erwartet.

Vor dem Hintergrund der Organspendeskandale erschien es wichtig, die aktuelle Entwicklung zur Bereitstellung von Spenderorganen darzustellen.

Dr. Rahmel führte aus, dass nach den Daten des Europarates 2010 jeden Tag zehn Europäer starben, während sie auf ein geeignetes Spenderorgan warteten. Das sind nahezu 4.000 Patienten jedes Jahr.



Prof. Dr. med. habil. Dietmar Schneider bei seiner engagierten Diskussion
© SLÄK



Geschenkte Lebensjahre; Tag der Organspende; Stuttgart 2014 © DSO

Seit der Gründung der DSO vor 30 Jahren entwickelten sich die Organ-spendezahlen pro Million Einwohner im Zuständigkeitsbereich der DSO bis zu einem Höhepunkt in den Jahren 2007 – 2010 von 16, nach dem Transplantations-skandal sank sie drastisch bis auf 10 – 11 ab. So betrug die Anzahl postmortaler Organspender 1.296 mit 4.200 gespendeten Organen im Jahre

2010, während es 2013 nur noch 876 mit rund 3.000 Organen waren. Am häufigsten wurden Nieren (2.200 für 2010; rund 800 für 2013) gespendet.

Die Anzahl der Leberspenden lag bei etwa 1.100 (2010) und rund 800 (2013), während die Spende von Herz oder Lungen bei etwa 300 pro Jahr liegt.

Pankreasspenden sind selten, was nach Aussagen des Referenten an der teilweise schlechten Entnahmekualität liegt.

Der Organspendeskandal hat auch zu einem deutlichen Rückgang der Lebendspenden geführt.

Der Vortrag von Dr. Rahmel wurde ausführlich und sehr positiv diskutiert.

Besonders soll auf den den sehr engagierten Diskussionbeitrag von Prof. Dr. med. habil. Dietmar Schneider zur Verbesserung der Organ-spendebereitschaft hingewiesen werden.

Vor dem Hintergrund der mangelnden Organspendebereitschaft in Deutschland hat die Sächsische Landesärztekammer das Jahr 2015 zum Jahr der Organspende erklärt. Dazu wurde ein umfangreicher Maßnahmenkatalog erarbeitet, über den Anfang 2015 genauer informiert wird. Für das dritte Quartal 2015 ist im Ärzteblatt Sachsen ein Themenheft zur Organspende geplant.

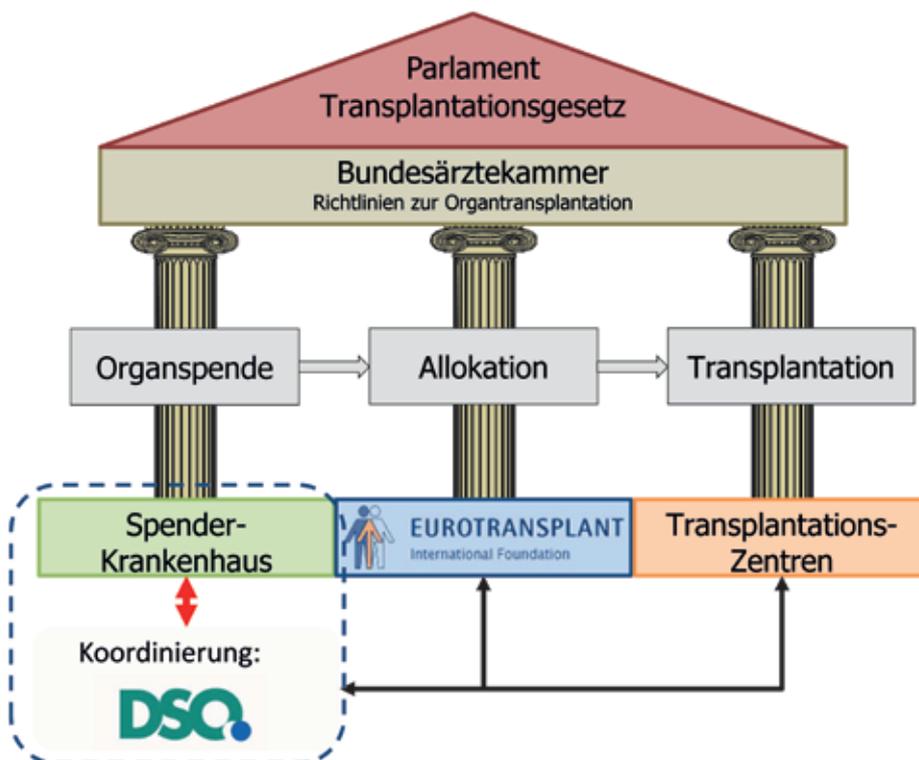
Wirtschaftsplan 2015

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

Dr. Claus Vogel erläuterte die geplanten Erträge und Aufwendungen für das Haushaltsjahr 2015. Der

Die Kernaufgaben der DSO

Aufgabenverteilung bei der Organtransplantation nach dem TPG



Wirtschaftsplan 2015 hat einen Gesamtumfang von 12.540.300 EUR. Die Differenz von Erträgen und Aufwendungen in Höhe von 1.341.400 EUR wird einerseits in Höhe von 816.000 EUR durch die planmäßige Entnahme aus zweckgebundenen Rücklagen gedeckt, die aus Überschüssen der Vorjahre gebildet wurden.

Damit werden Überschüsse vergangener Jahre mittelfristig wieder dem Haushalt zugeführt und entlasten die Finanzierung über die Kammerbeiträge bei vorhersehbaren größeren Vorhaben. Andererseits erfolgt durch die Verwendung des Überschusses 2013 in Höhe von 525.400 EUR eine direkte Entlastung des Haushaltes für 2015. Insgesamt sieht der Wirtschaftsplan 2015 eine Steigerung der Aufwendungen gegenüber dem Ist des Jahres 2013 um 16 % und gegenüber dem Wirtschaftsplan 2014 um 6 % vor. Die Erträge sind gegenüber dem Ist 2013 nahezu unverändert und gegenüber dem Wirtschaftsplan 2014 ist eine Steigerung um 6 % vorgesehen. Die Sächsische Landesärztekammer ist schuldenfrei.

Der Zugang an Kammermitgliedern hat sich fortgesetzt, sodass nunmehr von einer Erhöhung seit 2006 bis zum Jahr 2015 um 24 % ausgegangen wird.

Der Anstieg der berufstätigen Kammermitglieder fällt aufgrund des gestiegenen Anteils der nicht berufstätigen Kammermitglieder geringer aus und liegt bei 17 %.



Die Mandatsträger bei der Beschlussfassung

© SLÄK

Der Beitragssatz zum Kammerbeitrag wird gegenüber dem Haushaltsjahr 2014 unverändert 0,50 % betragen.

Die Erträge aus Kammerbeiträgen steigen gegenüber dem Ist 2013 um 168.700 EUR und gegenüber dem Plan 2014 um 515.700 EUR.

Der ausgeglichene Wirtschaftsplan 2015 wurde durch die 51. Kammerversammlung einstimmig bestätigt.

Es erfolgt eine auszugsweise Veröffentlichung im „Ärztblatt Sachsen“. In den kompletten Wirtschaftsplan 2015 kann von jedem Kammermitglied in der Hauptgeschäftsstelle Einsicht genommen werden.

Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

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

In den letzten Jahren sind zunehmend ältere Ärztinnen und Ärzte im Ruhestand weiterhin ärztlich tätig. Das ist aufgrund des bestehenden Ärztemangels in bestimmten Regionen und Fachbereichen von uns allen gewünscht und gewollt.

Nun sieht die aktuelle Beitragsordnung vor, dass alle Mitglieder im Ruhestand, die im aktuellen Beitragsjahr mehr als 15.000 EUR Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit erzielen –

Wirtschaftsplan 2015 – Erfolgsplan 2015 –		
Erträge		in EUR
I.	Kammerbeiträge	8.400.607,62
II.	Beiträge und Sonstige Erträge zum Fonds Sächsische Ärztehilfe	0,00
III.	Gebühren	
1.	Gebühren laut Gebührenordnung	906.100,00
2.	Gebühren Fortbildung	559.000,00
		1.465.100,00
IV.	Kapitalerträge	92.500,00
V.	Sonstige Erträge	
1.	Externe Qualitätssicherung	465.400,00
2.	Sonstige Erträge	775.300,00
		1.240.700,00
Summe der Erträge		11.198.907,62
VI.	Jahresfehlbetrag	0,00
VII.	Entnahme aus Rücklagen	816.000,00
VIII.	Verwendung Überschuss	525.392,38
Gesamt		<u>12.540.300,00</u>

Aufwendungen			in EUR
I.	Personalaufwendungen		
1.	Gehälter	4.126.400,00	
2.	Sozialaufwendungen	1.196.000,00	
			5.322.400,00
II.	Aufwand für Selbstverwaltung		
1.	Aufwandsentschädigungen für Ehrenamtliche	659.640,00	
2.	Aufwandsentschädigungen für Sachverständige	15.360,00	
			675.000,00
III.	Sachaufwand		
1.	Honorare, Fremde Lohnarbeit	959.550,00	
2.	Geschäftsbedarf	285.500,00	
3.	Telefon, Porto	192.600,00	
4.	Versicherungen, Beiträge darunter Beiträge an BÄK darunter Rückflussgelder an KÄK	1.080.700,00 730.000 285.000	
5.	Reise- und Tagungsaufwand	1.064.650,00	
6.	Sonstiger Verwaltungsaufwand	722.500,00	
7.	Gebäudeabhängiger Aufwand	984.400,00	
			5.289.900,00
IV.	Abschreibungen		
1.	Betriebs- u. Geschäftsausstattung	698.000,00	
2.	Gebäude	530.000,00	
3.	Sonstige Abschreibungen	25.000,00	
			1.253.000,00
Summe der Aufwendungen			12.540.300,00
V.	Jahresüberschuss		0,00
VI.	Zuführung Rücklagen		0,00
Gesamt			<u>12.540.300,00</u>

und das sind die meisten der noch Tätigen – dann nach ihren Einkünften aus ärztlicher Tätigkeit von vor zwei Jahren veranlagt werden.

Oft sind das Mitglieder unserer Kammer, die am Ende ihres regulären Erwerbslebens sehr gut verdient haben. Viele dieser Kollegen im Ruhestand haben allerdings ihr Arbeitspensum deutlich reduziert und sind entweder in Teilzeit oder nur noch für bestimmte Arbeitsgebiete, zum Beispiel Erstellung von Gutachten, tätig. Das bedeutet, dass sie für ein Beitragsjahr mit einer aktuell sehr viel geringer entlohnten Tätigkeit nun einen Kammerbeitrag zahlen, der oft um ein Vielfaches höher liegt. Im Gegensatz zu den voll im Arbeitsleben Stehenden haben sie auch nicht die Möglichkeit, dies in der Zukunft auszugleichen, weil sie ja dann zeitnah endgültig in den Ruhestand gehen.

Deshalb hat die Kammerversammlung auf Vorschlag des Vorstandes und des Finanzausschusses beschlossen, ein deutliches Signal an unsere Senioren zu setzen, dass ihre ärztliche Tätigkeit weiter gefragt ist und durch die Kammer auch positiv bewertet wird.

Ab 2015 sollen Kammermitglieder, die nicht mehr als 50.000 EUR Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit im aktuellen Beitragsjahr erzielen, nach gestaffelten Pauschalbeiträgen zum Kammerbeitrag veranlagt werden.

Für Kammermitglieder, die über 50.000 EUR Einkünfte im aktuellen Beitragsjahr erreichen, soll es bei der bisherigen Verfahrensweise der Veranlagung nach dem vorletzten Jahr, wie für alle anderen Kammermitglieder auch, verbleiben. Für diese Kammermitglieder ist aus Sicht von Vorstand und Finanzausschuss eine soziale Abfederung nicht notwendig, da hier von einer vollwertigen ärztlichen Tätigkeit ausgegangen wird.

Alle Beschlüsse der 51. Tagung der Kammerversammlung

Die Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer fassten am 8. November 2014 folgende Beschlüsse:



Prof. Dr. med. habil. Antje Bergmann
© SLÄK



Dr. med. Franziska Werner
© SLÄK



Dr. med. Thomas Lipp
© SLÄK

Beschlussvorlage 1:

Satzung zur Änderung der Hauptsatzung

Beschlussvorlage 2:

Satzung zur Änderung der Beitragsordnung

Beschlussvorlage 3:

Satzung zur Änderung der Reisekostenordnung

Beschlussvorlage 4:

Verwendung von Mitteln aus dem Fonds „Sächsische Ärztehilfe“ zugunsten der Unterstützung der Organisation „Ärzte ohne Grenzen“ bei der Bekämpfung des Ebola-Virus

Beschlussvorlage 5:

Wirtschaftsplan 2015

Beschlussantrag 6:

Einheitliche Aufwandsentschädigung im Praktischen Jahr (PJ)

Beschlussantrag 7:

Familienfreundlichere Gestaltung des Praktischen Jahres (PJ)

Beschlussantrag 8:

Vorstandsüberweisung
Verbesserung der palliativmedizinischen Versorgung statt Beihilfe zum Suizid

Beschlussantrag 9:

Ärztliche Freiberuflichkeit und Selbstverwaltung vor staatlichen Eingriffen durch das GKV-VSG schützen

Beschlussantrag 10:

Voraussetzung für planbare und familiengerechte Arbeitsbedingungen schaffen

Beschlussantrag 11:

Änderung von § 103 des Referentenentwurfes zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)

Die Satzung zur Änderung der Hauptsatzung, die Satzung zur Änderung der Beitragsordnung und die Satzung zur Änderung der Reisekostenordnung werden in diesem Heft auf den Seiten 500 bis 501 amtlich bekannt gemacht.

Bekanntmachung von Terminen

25. Sächsischer Ärztetag/52. (konstituierende) Tagung der Kammerversammlung: 12. bis 13. Juni 2015,

53. Tagung der Kammerversammlung: 14. November 2015.

Prof. Dr. med. habil. Hans-Egbert Schröder
Knut Köhler M.A.

Ihre
Sächsische
Landesärztekammer
im Internet

www.slaek.de

Satzung zur Änderung der Reisekostenordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Vom 10. November 2014

Aufgrund von § 8 Abs. 3 S. 2 Nr. 2 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes (SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 2. April 2014 (SächsGVBl. S. 266, 267) geändert worden ist, in Verbindung mit § 13 Abs. 1 der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer (Hauptsatzung) vom 7. Oktober 1994 (ÄBS S. 786), die zuletzt durch Satzung zur Änderung der Hauptsatzung vom 25. Juni 2014 (ÄBS S. 281)

geändert worden ist, hat die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer am 8. November 2014 die folgende Satzung zur Änderung der Reisekostenordnung vom 2. Juli 2008 beschlossen:

Artikel 1

Die Reisekostenordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 2. Juli 2008, zuletzt geändert durch Satzung vom 11. November 2013 (ÄBS S. 543), wird wie folgt geändert:

In § 3 Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Für fachbezogene Sprachprüfungen erfolgt die Zahlung eines Aufschlages auf das Sitzungsgeld an jeden Prüfer in Höhe von 50,00 EUR pro Prüfling.“

Artikel 2

Diese Satzung tritt am 1. Januar 2015 in Kraft.

Dresden, 8. November 2014

i.V. Erik Bodendieck, Vizepräsident
Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident
Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud
Schriftführer

Die vorstehende Satzung wird hiermit ausgefertigt und im Ärzteblatt Sachsen bekannt gemacht.

Dresden, 10. November 2014

i.V. Erik Bodendieck, Vizepräsident
Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Satzung zur Änderung der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer

Vom 24. November 2014

Aufgrund von § 8 Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes (SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 2. April 2014 (SächsGVBl. S. 266, 267) geändert worden ist, hat die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer am 8. November 2014 die folgende Satzung zur Änderung der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer (Hauptsatzung) vom 7. Oktober 1994 beschlossen:

Artikel 1

Die Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer vom 7. Oktober 1994 (genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie vom 28. September 1994, Az. 52-8870-1-000/50/94, veröffentlicht

im Ärzteblatt Sachsen, Heft 11/1994, S. 786), zuletzt geändert mit Satzung vom 25. Juni 2014 (genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz vom 23. Juni 2014, Az. 26-5415.21/2, veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 7/2014, S. 281) wird wie folgt geändert:

§ 1a wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Ärztliche Berufsausübung umfasst nicht nur die Behandlung von Patienten, sondern jede Tätigkeit, bei der ärztliche Fachkenntnisse angewendet oder mitverwendet werden (z. B. in Lehre und Forschung, in Industrie, Wirtschaft und Medien, in der Verwaltung und im Öffentlichen Dienst).“

2. In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „ihre heilberufliche Tätigkeit“ durch die Wörter „ihren Beruf“ und die Wörter „ins Ausland verlegen“ durch die Wörter „im Ausland ausüben“ ersetzt.

Artikel 2

Die Satzung zur Änderung der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer tritt am 1. Januar 2015 in Kraft.

Dresden, 8. November 2014

i.V. Erik Bodendieck, Vizepräsident
Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident
Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud
Schriftführer

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz hat mit Schreiben vom 20. November 2014, AZ 26-5415.21/2 die Genehmigung erteilt.

Die vorstehende Satzung zur Änderung der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer wird hiermit ausgefertigt und im Ärzteblatt Sachsen bekannt gemacht.

Dresden, 24. November 2014

i.V. Erik Bodendieck, Vizepräsident
Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Vom 24. November 2014

Aufgrund von § 8 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2 und § 14 Abs. 1 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes (SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 2. April 2014 (SächsGVBl. S. 266, 267) geändert worden ist, hat die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer am 8. November 2014 die folgende Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Beitragsordnung) vom 26. Juni 2002 beschlossen:

Artikel 1

Die Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 26. Juni 2002 (genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie vom 24. Juni 2002, Az. 61-5415.21/4, veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 7/2002, Seite 337), zuletzt ge-

ändert mit Satzung vom 2. Dezember 2013 (genehmigt mit Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz vom 22. November 2013, Az. 26-5415.21/4, veröffentlicht im Ärzteblatt Sachsen, Heft 12/2013, Seite 539) wird wie folgt geändert:

§ 4 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

1. Satz 2 wird wie folgt neu gefasst:

„Mitglieder im Ruhestand mit Einkünften aus gelegentlicher ärztlicher Tätigkeit

- in Höhe von mehr als 5.000,00 EUR bis 15.000,00 EUR im Beitragsjahr zahlen einen Kammerbeitrag in Höhe der Beitragsstufe 2,
- in Höhe von mehr als 15.000,00 EUR bis 25.000,00 EUR im Beitragsjahr zahlen einen Kammerbeitrag in Höhe der Beitragsstufe 4,
- in Höhe von mehr als 25.000,00 EUR bis 50.000,00 EUR im Beitragsjahr zahlen einen Kammerbeitrag in Höhe der Beitragsstufe 6.“

2. In Satz 3 wird die Angabe „15.000,00 EUR“ durch die Angabe „50.000,00 EUR“ ersetzt.

Artikel 2

Die Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer tritt am 1. Januar 2015 in Kraft.

Dresden, 8. November 2014

i.V. Erik Bodendieck, Vizepräsident
Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident
Dr. med. Michael Nitschke-Bertraud
Schriftführer

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz hat mit Schreiben vom 20. November 2014, AZ 26-5415.21/4 die Genehmigung erteilt.

Die vorstehende Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer wird hiermit ausgefertigt und im Ärzteblatt Sachsen bekannt gemacht.

Dresden, 24. November 2014

i.V. Erik Bodendieck, Vizepräsident
Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Sachsen- Niederschlesien

Ärzte trafen sich in Breslau

Am 15. November 2014 fand in Breslau/Wrocław die 5. Deutsch-Polnische Vorstandssitzung der Sächsischen und der Niederschlesischen Ärztekammer statt. Im Rahmen dieser gemeinsamen Beratung wurden Fragen der Weiterbildung sowie die rechtlichen Beratungsmöglichkeiten durch Ärztekammern besprochen.

Ärztliche Weiterbildung

Während in Deutschland die ärztliche Weiterbildung ein Grundpfeiler der Ärztekammern ist, gehört dies in Polen nicht zu deren Aufgaben. Dort sind für die ärztliche Weiterbildung das Gesundheitsministerium, das Wojewodschaftszentrum, das Zentrum für Medizinische Weiterbildung sowie das Zentrum für Medizinische Examen zuständig. Die Weiterbildung in Polen erfolgt in Modulen. Das Grundmodul umfasst das Basiswissen für ein jeweiliges Gebiet. Daran schließt sich ein Spezialisierungsgebiet an. Aktuell gibt es aber große Bestrebungen seitens der polnischen Ärztekammern, die Weiterbildung als Aufgabe zu übernehmen.

Rechtsberatung

In Deutschland ist eine umfangreiche Rechtsberatung per Gesetz ausgeschlossen und den Anwälten vorbehalten. Im Gegensatz dazu kann die



Dr. Jacek Chodorski, Präsident, Niederschlesische Ärztekammer, Erik Bodendieck, Vizepräsident, Sächsische Landesärztekammer

© SLÄK

Niederschlesische Ärztekammer ihre Mitglieder umfangreich rechtlich beraten.

Dies beinhaltet die Rechtsberatung in Medizinrecht, Zivilrecht und Verwaltungsrecht sowie Arbeitsrecht und Strafrecht. Dazu bedient sie sich vertraglich gebundener Rechtsanwaltskanzleien.

Migration und Integration polnischer Ärzte in Deutschland

Zwei polnische Ärzte berichteten über die Gründe, weshalb ein polnischer Arzt nach Deutschland geht. Sie sprachen auch über ihre persönlichen Erfahrungen im Ausland. Dr. Jarosław Zalewski berichtet über die schwierige wirtschaftliche und medi-

zinische Situation an polnischen Kliniken vor 2004. Er hat damals fast nur Obdachlose oder Alkoholiker behandelt.

Die medizinischen Methoden waren veraltet. Er ging nach Deutschland und fand schnell eine Stelle. „Aber die Bürokratie war enorm.“ Er hat seinen Weggang nicht bereut. Sławomir Salwa kam von Polen über Irland nach Deutschland und hat hier leider schlechte Erfahrungen mit dem Chefarztsystem gemacht. Er habe nie eigenständig arbeiten können. Er bevorzuge das Konsultationssystem. Daher ist er nach Polen zurückgekehrt.

In der anschließenden Diskussion wurden dem Chefarztsystem wie dem Konsultationssystem positive wie negative Seiten zugeschrieben. Einig waren sich die Teilnehmer darüber, dass in beiden Führungssystemen die menschliche Kompetenz entscheidend für Qualität, Zufriedenheit und Kollegialität sei.

25 Jahre Niederschlesische Ärztekammer

Am Abend feierte die Niederschlesische Ärztekammer ihren 25. Geburtstag. Der Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer, Erik Bodendieck, überbrachte im Namen des Präsidenten, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, herzliche Glückwünsche zu diesem Jubiläum. Er erinnerte an



Teilnehmer der Vorstandssitzung

© DIL



Dr. med. Andreas Prokop © SLÄK



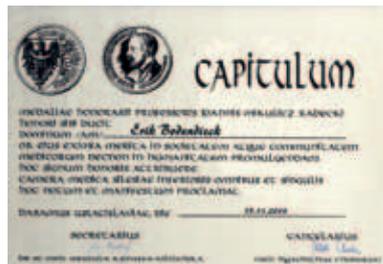
Dr. Jarosław Zalewski, Rothenburg/Sa., Anna Krzesinska-Nowacka, Abteilung Sozialpolitik, Wojewodschaftsamt © SLÄK

die friedliche Revolution von 1989. Bereits am 4. Juli 1989 gab es in Polen die ersten freien Wahlen. Der Kampf der Gewerkschaft „Solidarnosc“ hatte ab 1980 den Weg dafür bereitet. „Wir haben damals intensiv die Entwicklung im Nachbarland verfolgt.“

Der Sturz der Regierung und die politischen Reformen waren und sind für beide Länder ein großes historisches Ereignis. Seit 2004 gehören auch die Deutsch-Polnischen Grenzkontrollen der Vergangenheit an. Ein wichtiges Zeichen für Freiheit und ein zusammenwachsendes Europa. „Alle nach 1989 geborenen Men-

schen empfinden diese Freiheit als Selbstverständlichkeit. Halten wir die Erinnerung an die gemeinsame Geschichte wach, damit es so bleibt.“

Im Rahmen dieser Festveranstaltung erhielt Erik Bodendieck die Mikulicz-Radeckie-Medaille für sein langjähri-



ges Engagement um die sächsisch-polnischen Beziehungen.

6. Deutsch-Polnische Symposium

Vom 23. bis 25. April 2015 findet das 6. Deutsch-Polnische Symposium der befreundeten Ärztekammern in Görlitz statt. Programm und Anmeldeformular können über www.slaek.de im Bereich Fortbildung abgerufen werden.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

ARMIN: Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit

Im Frühjahr 2014 startete die „Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen“ (ARMIN). Ihr Ziel ist die Steigerung der Qualität der Arzneimittelversorgung durch Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit und der Therapietreue bei gleichzeitiger Dämpfung der Gesundheitsausgaben. Alle AOK-Rabattarzneimittel (für alle AOK-Fälle einer Praxis, egal ob der Patient ins Medikationsmanagement eingeschrieben ist oder nicht) werden aus dem Richtgrößen-

volumen herausgerechnet. Daher müssen Ärzte keine Regresse fürchten. Das Projekt ist in dieser Form bundesweit einmalig. ARMIN richtet sich vor allem an chronisch kranke Patienten ab 18 Jahren, die fünf oder mehr Medikamente dauerhaft einnehmen. ARMIN basiert auf dem ABDA-KBV-Modell und wird getragen von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Apothekerverbänden in Sachsen und Thüringen sowie von der AOK PLUS. Das „Ärztblatt Sachsen“ interviewte dazu Friedemann Schmidt, Präsident der Sächsischen Landesapothekerkammer, und Erik Bodendieck, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer.

Nach welchen Kriterien wird die Wirkstoffverordnung in der Apotheke beliefert?

Friedemann Schmidt: Die Verordnungen werden, wie üblich, in den Apotheken unter Beachtung geltender Rabattverträge beliefert. Ist das Rabattarzneimittel nicht lieferbar oder gibt es zu einer bestimmten Verordnung keinen Rabattvertrag, können eingeschriebene Apotheken jedes Präparat bis zur Höhe des Festbetrages abgeben. Ziel ist dabei die langfristige Versorgung des Patienten mit dem ihm bekannten und vertrauten Präparat. Da die Verordnung wirkstoffbezogen erfolgt, entfallen präparatespezifische Rückfragen.



Erik Bodendieck, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer

© SLÄK



Friedemann Schmidt, Präsident der Sächsischen Landesapothekenkammer

© SLAK

Bleibt die Möglichkeit der „Aut-idem“-Verordnung erhalten?

Erik Bodendieck: Ja. Im medizinisch begründeten Einzelfall kann ich weiterhin das Aut-idem-Kreuz setzen. Die Apotheke darf in diesem Fall keinen Austausch vornehmen.

Warum sollte sich ein Hausarzt an ARMIN beteiligen?

Erik Bodendieck: Für Ärzte bringt zeitlich unbefristete Modellvorhaben mehr Unabhängigkeit: Wir haben keinerlei Preisverantwortung. Und wir sind nicht von der Pharmaindustrie abhängig.

Kann der Arzt bei Bedarf vom Medikationskatalog abweichen?

Friedemann Schmidt: Der Medikationskatalog stellt eine Empfehlung dar, der sich am aktuellen Stand der Wissenschaft und den sozialrechtlichen Regelungen orientiert. Ein begründetes Abweichen ist selbstverständlich möglich.

Wird die Teilnahme am Projekt honoriert?

Friedemann Schmidt: Die AOK Plus hat für das Projekt ARMIN zusätzliche finanzielle Mittel bereitgestellt, die weder den ärztlichen Honoraren noch dem Arzneimittelbudget entnommen werden.

Das Honorar für die intensive Erstbetreuung der Patienten mit Multimedikation beträgt für Arzt und Apotheker für das erste Quartal jeweils 94,50 EUR pro Patient. Weiterhin kann durch Arzt und Apotheker zusätzlich zur Erstbetreuung eine einmalige, von der eingeschriebenen Patientenanzahl unabhängige „Strukturpauschale 2“ in Höhe von jeweils 500 EUR abgerechnet werden.

Die Weiterbetreuung der eingeschriebenen Versicherten wird mit 21,- EUR/Quartal vergütet. Für Patienten nach stationärem Aufenthalt oder Patienten, die den behandelnden Arzt wechseln, erfolgt eine Vergütung des zusätzlichen Aufwandes in Höhe von 42,- EUR/Quartal.

Erik Bodendieck: Darüber hinaus erhalten alle Ärzte und Apotheker, die sich bis zum Jahresende für eine Teilnahme am Modellvorhaben entscheiden, für die benötigte Software und IT-Vertragsschnittstelle eine Strukturpauschale in Höhe von 1.500 EUR. Die in ARMIN genutzte IT-Vertragsschnittstelle ist auch die Plattform für alle Selektivverträge der AOK PLUS und damit eine Investition in die Zukunft. Praxen, die die benötigte IT-Vertragsschnittstelle bereits in einem anderen Selektivvertrag mit der AOK PLUS nutzen, erhalten 50 % der regulären Strukturpauschale.

Wer kann den Medikationsplan einsehen und Ergänzungen/Änderungen vornehmen?

Friedemann Schmidt: Der Medikationsplan kann bei dem durch den Patienten zuvor gewählten teilnehmenden Arzt und der teilnehmenden Apotheke ausgestellt werden. In der Apotheke werden, sofern noch nicht erfolgt, die im Rahmen der Selbstmedikation eingenommenen Präparate eingetragen. Ebenso werden auch individuelle Abrechnungsdaten der letzten sechs Monate, welche von der AOK PLUS bereitgestellt werden, im Medikationsplan durch den Apotheker berücksichtigt. Ein Lesezugriff der AOK PLUS sowie durch nicht betreuende Ärzte und Apotheken sowie alle sonstigen Dritten ist nicht möglich.

Wird der Datenschutz gewährleistet?

Erik Bodendieck: Ja. Im Rahmen des Medikationsmanagements werden die für die Medikation wichtigen Informationen und der Medikationsplan des Patienten zwischen betreuendem Arzt und betreuender Apotheke mithilfe eines im sicheren Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen befindlichen Servers ausgetauscht. Um die strengen Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit im Gesundheitswesen sicherzustellen, lassen sich die Vertragspartner vor dem Start des Medikationsmanagements die Datenschutzkonformität dieses Prozesses durch das Gutachten eines Landesdatenschützers bestätigen.

Ansprechpartner zu ARMIN bei der KV Sachsen:

Medikation und pharmakologische Fragen:
Claudia Stumpe
Tel.: 0351 8290633

Vertragsrechtliche Fragen:
Mike Mätzler
Tel.: 0351 8290670

Allgemeine Informationen und Presseanfragen:
Katharina Bachmann-Bux
Tel.: 0351 8290638

E-Mail: info@arzneimittelinitiative.de

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Ärztliches Selbstverständnis und wirtschaftliche Zwänge

Ein ethisches Dilemma – Gibt es Auswege?

Der ärztliche Beruf ist ein freier Beruf, was bedeutet, dass der Arzt seine Tätigkeit fachlich qualifiziert, nach den Regeln der medizinischen Ethik und unabhängig von Einflüssen Dritter ausüben soll. Die ärztliche Berufsordnung hebt die Qualität von Vertrauen und Verantwortung gegenüber dem Patienten hervor. Therapiefreiheit im Rahmen der allgemein anerkannten medizinischen Maßnahmen regelt dabei ein zentrales Merkmal der ärztlichen Tätigkeit, die damit aber auch einen breiten Ermessensspielraum des ärztlichen Handelns ermöglicht. Dieses so definierte ärztliche Handeln gilt auch dann, wenn der Arzt als Unternehmer tätig ist und unternehmerische Zielstellungen sein Wirken mitbestimmen.

Dabei ergibt sich allerdings die Frage, ob in der Versorgungsrealität die berufsrechtlichen und ethischen Werte und Prinzipien der Berufsausübung überhaupt angemessen gelebt werden können angesichts begrenzter wirtschaftlicher Ressourcen und der Konkurrenz der Medizin mit anderen sozialstaatlichen Leistungen. Der Staat versucht dem Dilemma der Kostensteigerungen im Gesundheitswesen durch Kostendämpfungsgesetze entgegenzuwirken, was unter anderem zu massiver Bürokratisierung und Verrechtlichung der in Rede stehenden Prozesse führt.

Die Verwirtschaftlichung der Versorgung ist unter anderem die Folge des zunehmenden Rückzugs des Staates aus Bereichen der Daseinsfürsorge. Infolgedessen hat – so meint der US-Philosoph Sandel (2012) – marktconformes Denken auf Lebensbereiche übergreifen, die bisher von marktfremden Normen bestimmt waren.

In Folge dieser Entwicklungen sprechen prominente Medizinethiker und der Gesundheitspolitik nahestehen-

de Persönlichkeiten von einer Krise in der Medizin in dem Sinne, dass die Ökonomisierung, Verwirtschaftlichung und Kommerzialisierung der Medizin und damit natürlich auch ihrer Teilgebiete – insbesondere, wenn sie sich der sozialen Seite der medizinischen Abläufe zuwenden – ein beunruhigendes Ausmaß erreicht habe.

Diese Entwicklung hat Einfluss auf das berufliche Rollenverhalten. Die medizin-ethischen Prämissen waren bis Mitte des vorigen Jahrhunderts von der individuellen Arzt-Patient-Beziehung gewissermaßen kasuistisch definiert und gewinnen nun als Folge der Verwirtschaftlichung zunehmend utilitaristische Züge; Renditeaspekte treten häufig in den Vordergrund.

Unschuld (2012) formulierte, der Arzt werde zum Fremdling in der Medizin und befinde sich im Griff sachfremder Interessen und der Medizinethiker Maio (2012) führte aus, dass die ärztliche Identität unterwandert werde durch Gewinnmaximierungsziele als identitätsstiftendes Moment. Der Autor meint an anderer Stelle (Maio 2011), dass die Verwirtschaftlichung therapeutischer Abläufe die Kultur der authentischen und verstehenden Sorge untergrabe und mechanistische Menschenbilder wiederbelebt. Man denke an die inzwischen weithin problematisierten Bonuszahlungen für Chefärzte, gebunden an Operationszahlen oder die vielen IGeL-Leistungen, die häufig naturwissenschaftlicher Verlässlichkeit nicht standhalten können (Jachertz 2013).

Gesamtgesellschaftlich liegt hier ein Konflikt zugrunde, der in der Betonung neoliberaler Tendenzen und damit der in den Vordergrund rückenden marktbedingten Sachzwängen liegt. Wie verräterisch bestimmte Begriffe sein können, hat der Schriftsteller Ingo Schulze in einer „Dresdner Rede“ 2012 hervorgehoben, der den von der Kanzlerin geprägten Ausdruck „marktconforme Demokratie“ den Begriff „demokratiekonforme Marktwirtschaft“ entgegengesetzte.

Unser früherer Bundesärztepräsident Hoppe (2011) äußerte, dass in der Medizin das Pendel in Richtung Kommerz ausgeschlagen sei und damit gar die ärztliche Freiberuflichkeit in Gefahr gerate; und der Berliner Berufspolitiker Ellis Huber stellte fest, „dass das deutsche Gesundheitswesen an einer systemischen Krankheit leide. Die beteiligten Akteure Ärzteschaft, Krankenhausträger, Krankenkassen und andere Verantwortungsträger optimieren die Durchsetzung ihrer Partialinteressen. Es fehle ein Denken in sozialer Verantwortung.“

Die Medizin hat eine normative Ordnung und ein Bezugssystem, das durch wohldefinierte Sachziele bestimmt wird: Heilung von Krankheiten, Fürsorge, wenn Heilung nicht möglich ist, Erleichterung und Hilfe bei krankheitsbedingten Leiden, Prävention und Gesundheitsförderung. Sie bekommt aber durch die genannten Entwicklungen ein ihr gegenüber sachfremdes Normensystem übergestülpt, welches sich aus der Dominanz marktwirtschaftlicher Ideologien ergibt.

Die Ökonomisierung der Medizin kann sich in unterschiedlichen Graden vollziehen:

- Vernünftig und angemessen, wenn sie interne Rationalisierung, Minimierung von Aufwand, Erhöhung der Qualität im Auge hat – das ist die legitime Ebene von Medizin-Ökonomie. Hierher gehört das noch lange nicht ausdiskutierte Problem der Priorisierung.
- Problematischer ist schon, wenn Kosten- und Ertragskalküle Platz greifen und Preise am Markt fixiert werden. Treten dabei Renditeaspekte völlig in den Vordergrund, können Formalziele der Ökonomie vor medizinischen Sachzielen dominieren; eine Kommerzialisierung des Systems tritt ein (Prinz 2011).

Die Ökonomisierung hat dann die Oberhand erreicht, wenn die Verhandlungsprozesse verhandwerklicht

werden, die Arbeitsteilung im Prozess für den Patienten unüberschaubar wird, die spezifische Arzt-Patient-Beziehung untergeht. Tritt diese Industrialisierung der Medizinabläufe stark hervor, wird die Rolle des Arztes ebenfalls zum austauschbaren Prozesselement (diese problematischen Paradigmen lassen sich in einer Übersicht des Autoren Maio exemplifizieren).

THESEN DES WANDELS (G. MAIO)

- Von der Bedingungslosigkeit der Hilfe zur Rentabilität der Leistung
- Vom Vertrauensverhältnis zum Vertragsverhältnis
- Von der Selbstverständlichkeit des Gebens zur Rechenschaftspflichtigkeit allen Tuns
- Von der fürsorglichen Praxis zur marktförmigen Dienstleistung
- Von der Unverwechselbarkeit des Patienten zum standardisierten Verfahren
- Von der ganzheitlichen Betrachtung des Patienten zur Zerlegung und Fraktionierung
- Von der Freiheit ärztlicher Entscheidungen zum Therapieren nach Gebrauchsanweisungen
- Von der ärztlichen Profession zum Angestellten im Industriekomplex
- Von der Beziehungsqualität zur Fokussierung auf objektive Handlungen
- Vom Grundgefühl der Dankbarkeit zur Generierung einer Anspruchsmentalität

Die Standardisierung der Abläufe wird oft zum Standard.

Dem steht aber nun die Einzigartigkeit des kranken Menschen gegenüber mit seiner individuellen Lebens- und Leidenserfahrung, die sich eigentlich jeglicher Standardisierung entzieht. (Selbst Leitlinien finden im individuellen Falle ihre Begrenzung.) Betriebswirtschaftliches Denken wird dann zu einer Gefahr für die Medizin, wenn die soziale Identität des Patienten und des Arztes und damit die Kultur der Begegnung – in der Medizin existenziell – verlorengeht. Maio weist darauf hin, dass der Weg der Medizin aus ihrer sozialen Praxis hinein in einen Gesundheitsmarkt zum Diktat der Zeitökonomie führe, in der Zuwendung kaum noch möglich sei und damit eine Deprofessionalisierung des Arztberufes (gilt sicher auch für andere Heilberufe) eintrete. Der Autor Schreiber hat in einem jüngst erschienenen Buch „Würde“

angemerkt, dass die Verfallenheit der modernen Zivilisation an die Schnelligkeit des Zeitgewinns existenziell bedrohlich sei. Das betrifft unsere Berufsgruppen ganz besonders. Man gewinnt manchmal den Eindruck, dass, wenn in der ärztlichen Fortbildung von der dringend notwendigen Erhöhung der psychosomatischen Kompetenz gesprochen wird, es eigentlich darum geht, Zeit für unser Handeln zu fordern, die allein Zuwendung ermöglicht.

Ausgeprägte Marktorientierung führt zu betontem Wettbewerb, gegebenenfalls zu Selektion „unrentabler Patienten“, lässt präventive Aspekte medizinischen Handelns außer Acht, da sie in der aufs Gegenwärtige hin orientierten Leistungsbilanz nicht unterzubringen sind.

Die neoliberalen Tendenzen in unserer Gesellschaft, wonach der Markt ein nach beinahe naturwissenschaftlichen Gesetzen funktionierendes System sei, das am Ende gesellschaftsdienlich sei, führen zu einer Zunahme marktradikaler Einflüsse in der Medizin. Dies drückt sich auch in der Konzentration der Krankenhausmarktanteile in wenigen Konzernen aus, die durch Zukauf von MVZs und eigenen Krankenhausversicherungen die Patienten an sich zu binden suchen.

Andererseits sind ökonomische Verpflichtungen im Handeln medizinischer Institutionen vom frei praktizierenden Arzt bis hin zu den Krankenhäusern der Maximalversorgung unabdingbar; aber auch sie unterliegen einer spezifischen Ethik. Wirtschaftsethik, eine noch junge wissenschaftliche Kategorie, resultiert aus dem Erfordernis der Verabsolutierung des Kosten-Nutzen-Denkens und der damit verbundenen Missachtung von Sinn- und Zweckorientierung entgegenzuwirken, um Einfluss darauf zu nehmen, dass die Wirtschaft und damit auch die Gesundheitswirtschaft die Lebensdienlichkeit ihrer Prozesse als ethische Grundprämisse in sich aufnimmt und im Sinne einer „integrativen Unternehmensethik“ (Ulrich 1998) kritische Reflexionen über

lebensdienliches unternehmerisches Wirken anstellt.

Die Pharmaindustrie, die Krankenhäuser, besonders als Aktiengesellschaften, und auch niedergelassene Ärzte sind wirtschaftliche Unternehmen, die auch einer notwendigen Tendenz zur Gewinnmaximierung unterliegen, der aber ein aus dem medizinischen Ethos erwachsendes Wertebewusstsein hinzugefügt werden muss. Leitende Ärzte können diesbezüglich leicht mit den Wirtschaftsmanagern der Institutionen in Konflikt geraten (leider mit der Tendenz, am schwächeren Hebel zu sitzen), wenn sie dieses Wertebewusstsein in Handeln umsetzen wollen. Nach Kirschner (2011) scheitern jährlich 50 Chefärzte unter anderem an diesem Konflikt in ihren Managementaufgaben.

Damit gerät auch die deutsche Krankenhauskultur in Gefahr, die durch leichte Erreichbarkeit für die Hilfesuchenden, regionale Strukturierung und enge Beziehung von einweisenden Ärzten und ihren Kollegen im Krankenhaus für die Bevölkerung einen hohen Wert darstellt.

Der Hintergrund aller miteinander in Zusammenhang stehenden Einflussgrößen auf die Gesundheitskosten ist der Anstieg dieser Ausgaben von Jahr zu Jahr bedingt durch demografische Entwicklungen und dem Medizinfortschritt, der möglichst allen Bedürftigen zukommen soll. An der Lösung dieses Problems sind neben allen anderen Playern im System die Ärzte mit ihren Ideen ebenso gefordert.

Wirkungsfelder können diesbezüglich Qualitätsmanagement (Schnittstellendefizite, kooperative Arbeitsabläufe, gemeinsame Nutzung von medizinisch-technischem Know-how ...), Vernetzung medizinischer Einrichtungen und nicht zuletzt die laufenden Diskussionen zur Priorisierung medizinischer Leistungen sein.

Dazu ist ein Paradigmenwechsel des Gesundheitswesens notwendig, der ein transparentes, gesellschaftlich konsentiertes Verfahren zur Leistungsbereitstellung im Gesundheits-

system zulässt und relativ unabhängig von der jeweiligen „Kassenlage“ des Sozialstaates ist. Nachdem sich der Deutsche Ärztetag in verschiedenen Sitzungen mit dem Thema auseinandergesetzt hat, ist von der Bundesärztekammer eine Arbeitsgruppe berufen worden (Vorsitzende Prof. Dr. Raspe und Prof. Dr. Schulze), die sich nun mit diesem komplexen Thema befasst und schon Grundlagen des Vorgehens erarbeitet hat. Es geht dabei um die Klärung folgender Fragen:

- Was sind die zentralen Ziele der ärztlichen Tätigkeit? Was ist ihr zentraler Aufgabenbereich?
- Welche Krankheitszustände, Krankengruppen, Leistungen, Indikationen, Bedürfnisse sind als besonders wichtig und dringend anzusehen?
- Nach welchen Werten und Kriterien soll dies von wem in welchen Verfahren beurteilt werden?
- Wie ist im Hinblick des rascher werdenden medizinischen Fortschritts zu unterscheiden, was mit welcher Priorität in die klinische Praxis und in den Leistungskatalog der GKV einzubringen ist?

Priorisierung ist die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit einer vorab definierten Menge von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder anderen Objekten vor anderen. Ihr Gegenteil wird mit Posteriorisierung bezeichnet. Grundsätzlich führt Priorisierung zu einer mehrstufigen Rangreihe. An ihrem oberen Ende steht, was im Rahmen gesellschaftlich geklärt Ziele, Werte, Normen und Kriterien nach Datenlage und fachlichem wie öffentlichem Konsens als unverzichtbar beziehungsweise wichtig und dringlich erscheint. Am unteren Ende steht das, was wirkungslos ist beziehungsweise mehr schadet als nützt. Nicht nur Methoden, sondern auch Krankheitsfälle, Kranken- und Krankheitsgruppen, Versorgungsziele und vor allem Indikationen können priorisiert werden.

Es geht also um mehr Transparenz in der Bewertung von Untersuchungs-

und Behandlungsmethoden, mehr gesellschaftlichen Konsens über Ziele, Werte, Normen und Kriterien im Gesundheitssystem und in der Patientenversorgung. Dabei soll die Therapiefreiheit des Arztes nicht eingeschränkt werden. Vielmehr sollen unter den Bedingungen der Priorisierung erstellte Leitlinien den Ärzten Entscheidungshilfen für eine qualitätsorientierte Versorgung geben. Die Zielsetzung von Priorisierung ist unter anderem, eine Basis zu schaffen,

- für eine qualitätsorientierte Entscheidungsfindung in der Patientenversorgung,
- um neue Methoden und neue Patientengruppen ins System zu bringen,
- zur Umverteilung von Ressourcen und
- um Effizienz zu steigern und ineffiziente Maßnahmen zu minimieren (auch bezogen auf Nebenwirkungen von Interventionen).

Priorisierung wird häufig mit Rationierung verwechselt. Rationierung ist das systematische tatsächliche Vorhalten medizinisch notwendiger beziehungsweise wenigstens überwiegend nützlicher (verfügbarer) Leistungen aus Knappheitsgründen. Priorisierung ist dagegen nicht mehr und nicht weniger als die vorgängige gedankliche Klärung und Feststellung von Vor- und Nachrangigkeiten in der medizinischen Versorgung.

Priorisierung führt zu wert-, ziel- und kriterienbasierten Versorgungs- oder allgemeinen Allokationsempfehlungen, die den Entscheidungsspielraum der jeweils Legitimierten respektieren und schützen. Sie nimmt ihre Entscheidungen nicht vorweg.

Es könnte also eine solche Priorisierungsrangfolge medizinischer Leistungen einen erheblichen Einfluss auf rationelle, wirtschaftlich sinnvolle Handlungsentscheidungen gewinnen, die sich medizinethisch, aber auch wirtschaftsethisch im weiter oben genannten Sinne vertreten lassen. Ein weiterer Aspekt eines solchen Vorgehens, dessen Einzelheiten

noch der Ausarbeitung durch die Experten bedürfen, wäre, dass eine solche Rangliste auch manche medizinischen Maßnahmen, die heute oft unter dem Aspekt von Lifestyle, Anti-Aging und ähnlichem laufen und den Versorgungsmarkt zum Teil beherrschen, eindeutiger abgegrenzt werden von den Notwendigkeiten einer sachgerechten Betreuung. Priorisierung könnte insoweit gegebenenfalls ein möglicher Ausweg aus der Zwickmühle von Medizinkosten und Finanzierungsmöglichkeiten sein.

Abschließend sei festgestellt, dass der Hintergrund des Medizinbetriebes als eines höchst verschlungenen Interaktionsfeldes mannigfaltiger Wirtschaftssubjekte mit den Akteuren Leistungserbringer, Kassen, Pharma- und Geräteindustrie schwer zu überschauen ist und sich mithin jeder diesbezüglich zu einem individuellen Standpunkt durchringen muss. Unsere Ärztekammern und die Vertreter der anderen medizinischen Berufe haben die Aufgabe, auf diesem durchaus widersprüchlichen Felde für klare Standpunkte, für umfassende Information und für Einfluss auf Politik und Wirtschaft zu sorgen, damit sich medizinethische Einsichten auch mit wirtschaftlichen Erwägungen in Einklang bringen lassen.

Das ist umso notwendiger, als unser Berufsstand unseres Erachtens aus am Ende wirtschaftlichen Erwägungen heraus in seiner professionellen Leistungsbreite eingeengt werden könnte durch arznei- und akademische Neuberufe, wie „Physiotherapeuten“, „Physician Assistant“, „OP-Assistent“ mit Bachelor- und Masterabschluss. Dahinter könnte man die Idee vermuten, medizinische Leistungen durch „Light-Mediziner“ billiger anbieten zu können. Unseres Erachtens sollte sich ein Bundesärztetag diesem brisanten berufspolitischen Thema unbedingt widmen.

Literatur bei den Verfassern

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Dresden
Prof. Dr. med. habil. Otto Bach, Leipzig



KÄK Leipzig (Land): v.l. Hans-Ulrich Gröger, Simone Bettin, Jörn Ackermann, Anke Görgner, Christiane Bach, Andreas Klamann, Christiane Wolf, Petra Janich, Silke Schäpling; es fehlt: Ralf Prüfer



KÄK Leipzig (Stadt): v.l. Andreas Dietz, Jörg Hammer, Susanne Schenk, Mathias Cebulla, Stefan Windau, Sebastian Schneider, Ulrike Bennemann, Christoph Josten, Wolfram Lieschke



KÄK Zwickau: v.l. Thomas Dürr, Ulrich Hupfer, Jörg-Quintus Matz, Christoph Bechtel, Harry Sirb, Silke Griesbach, Axel Stelzner, Stefan Hupfer; es fehlen: Bernhard Ackermann, Katrin Beck, Lutz Mirow

Kreisärztekammern haben gewählt!

Im Rahmen der Mitgliederversammlungen der Kreisärztekammern

- Leipzig (Land) am 15. Oktober 2014
- Leipzig (Stadt) am 5. November 2014 sowie
- Zwickau am 12. November 2014

wurden deren Vorstände neu gewählt, die wir Ihnen nachfolgend vorstellen möchten:

KÄK Leipzig (Land) (Wahlperiode 2014 – 2019)

Simone Bettin (Vorsitzende), Grimma, N
 Dr. med. Jörn Ackermann (Stellvertreter), Wurzen, A
 Dr. med. Andreas Klamann (Stellvertreter), Borna, A
 Dr. med. Christiane Bach, Grimma, A
 Dr. med. Hans-Ulrich Gröger, Wurzen, A
 Dr. med. Anke Görgner, Borna, A
 Dipl.-Med. Petra Janich, Borna, A
 Ralf Prüfer, Wurzen, A
 Dipl.-Med. Silke Schäpling, Borna, A
 Thomas Voigt, Frohburg, N
 Dipl.-Med. Christiane Wolf, Borna, N

KÄK Leipzig (Stadt) (Wahlperiode 2014 – 2019)

Dr. med. Mathias Cebulla (Vorsitzender), Leipzig, R
 Dr. med. Stefan Windau (Stellvertreter), Leipzig, N
 Dr. med. Jörg Hammer, Leipzig, N
 Prof. Dr. med. habil. Christoph Josten, Leipzig, A
 Dr. med. Wolfram Lieschke, Leipzig, N
 Dr. med. Susanne Schenk, Leipzig, N
 Dr. med. Ulrike Bennemann, Leipzig, N

Prof. Dr. med. Andreas Dietz, Leipzig, A
 Dr. med. Sebastian Schneider, Leipzig, A

KÄK Zwickau (Wahlperiode 2014 – 2019)

Dr. med. Stefan Hupfer (Vorsitzender), Werdau, A
 Dr. med. Silke Griesbach (Stellvertreterin), Kirchberg, N
 Jörg-Quintus Matz (Stellvertreter), Werdau, N
 Dr. agr. Harry Sirb, Lichtenstein, A
 Dr. med. Bernhard Ackermann, Zwickau, R
 Dr. med. Christoph Bechtel, Zwickau, N
 Dr. med. Katrin Beck, Mosel, A
 Dipl.-Med. Thomas Dürr, Zwickau, N
 Dr. med. Ulrich Hupfer, Zwickau, A
 Priv.-Doz. Dr. med. habil. Lutz Mirow, Kirchberg, A
 Dipl.-Med. Axel Stelzner, Lichtenanne, N

An dieser Stelle möchten wir den ehrenamtlich tätigen Kollegen, welche nunmehr aus den Vorständen dieser Kreisärztekammer ausgeschieden sind, für ihre Mitarbeit und ihr Engagement bei der Vertretung der Belange der Kollegen in den Landkreisen herzlich danken.

Wir wünschen den neu gewählten Vorständen für die umfangreichen Aufgaben, die mit diesem Ehrenamt verbunden sind, viel Erfolg und sind überzeugt, dass die Belange der Kollegen in den Landkreisen mit Engagement wahrgenommen und vertreten werden.

Erik Bodendieck
Vizepräsident

Ass. jur. Michael Schulte Westenberg
Hauptgeschäftsführer

Betriebsruhe zum Jahreswechsel

Wir möchten Sie darüber informieren, dass die Hauptgeschäftsstelle sowie die Bezirksstellen der Sächsi-

schen Landesärztekammer vom 29. Dezember 2014 bis 2. Januar 2015 geschlossen bleiben. Ab dem 5. Januar 2015 stehen Ihnen die Mitarbeiter der Sächsischen Landesärztekammer wieder für Ihre Anliegen zur Verfügung. Wir wünschen Ihnen

eine besinnliche Adventszeit, ein frohes Weihnachtsfest, Gesundheit und alles Gute im Neuen Jahr.

Ass. jur. Michael Schulte Westenberg
Hauptgeschäftsführer

Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) – Liquidationsverzicht und Spende?

Wiederholt hatten Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer, die mit einer Liquidationsprüfung konfrontiert wurden, in den zurückliegenden Monaten vorgeschlagen, der Einreicher der jeweiligen Rechnung möge einen entsprechenden Betrag an eine wohltätige Einrichtung spenden. Gelegentlich wurde bereits durch den Arzt eine spezielle Organisation oder Einrichtung benannt. Gleichzeitig werde der Arzt auf die Begleichung der Rechnung verzichten. Diese Verknüpfung ist jedoch nicht zulässig und widerspricht § 12 Abs. 1 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Berufsordnung). Danach muss die Honorarforderung angemessen sein. Für die Bemessung ist die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) die Grundlage, soweit nicht andere gesetzliche Vergütungsregelungen gelten. Der Arzt darf die Sätze nach der GOÄ nicht in

unlauterer Weise unter- oder überschreiten. Bei Abschluss einer Honorarvereinbarung hat der Arzt auf die Einkommens- und Vermögensverhältnisse des Zahlungspflichtigen Rücksicht zu nehmen.

Das Arzt-Patient-Verhältnis einerseits und die Spende andererseits können nicht in ein Abhängigkeitsverhältnis gebracht werden. Die Spende als einseitiges Rechtsgeschäft ist stets eine freiwillige Zuwendung und nicht von einer – wie auch immer gearteten – Gegenleistung abhängig. Im Rahmen des Arzt-Patient-Verhältnisses kann der Patient keine freiwillige Entscheidung treffen. Vielmehr wird dieser durch das oben genannte Anliegen des Arztes in hohem Maße beeinflusst – also drittbestimmt.

Unbeschadet dessen hat der Arzt allerdings die Möglichkeit, den vom Patienten erhaltenen Rechnungsbetrag ganz oder teilweise selbst zu spenden.

Auch der Liquidationsverzicht wird als problematisch erachtet. Entspricht die privatärztliche Liquidation den Grundsätzen der GOÄ, ist hierin der legitime Gegenwert zu den Leistungen des Arztes zu sehen. Dass der Patient die Rechnungslegung

prüfen lässt, ist nicht als „Angriff“ auf die ärztliche Kompetenz zu verstehen, sondern verwirklicht das ihm gemäß § 12 Abs. 3 der Berufsordnung zustehende Recht, wonach die Ärztekammer auf Antrag eines Beteiligten verpflichtet ist, eine gutachterliche Äußerung über die Angemessenheit der Honorarforderung eines Arztes abzugeben.

Die hierzu regelmäßig erbetene Erläuterung der Rechnungslegung verwirklicht den verwaltungsrechtlichen Grundsatz des rechtlichen Gehörs und sollte kein Anlass sein, auf die dem Arzt zustehende Gegenleistung zu verzichten. Zugleich vermittelt dies dem Patienten unter Umständen das falsche Signal, das er, wenn er sich um Rechnungsprüfung bemüht, die vergütungspflichtige ärztliche Leistung ggf. auch kostenlos erhält.

Diese Überlegungen sollten vor Erklärung eines Verzichts auf den Liquidationsbetrag berücksichtigt werden – auch wenn der Verzicht eine freie und selbstbestimmte Entscheidung des Arztes bleibt.

Ass. jur. Michael Kratz
Rechtsreferent

Alte Betäubungsmittelrezeptformulare verlieren ihre Gültigkeit

Durch die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft erhielt die Sächsische Landesärztekammer folgende Informationen der Bundesopiumstelle beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zur Verwendung von Betäubungsmittelrezeptformularen:

„Seit März 2013 gibt die im BfArM angesiedelte Bundesopiumstelle neue Betäubungsmittelrezeptformulare (BtM-Rezepte) heraus. Diese tragen eine deutlich sichtbare, fortlaufende 9-stellige Rezeptnummer. Ab

dem 01.01.2015 dürfen ausschließlich nur noch diese BtM-Rezepte zur Verschreibung von Betäubungsmitteln verwendet werden.

Die vor März 2013 herausgegebenen BtM-Rezepte tragen eine deutlich längere Zahlenfolge. Diese alten BtM-Rezepte dürfen nur noch bis zum 31.12.2014 ausgestellt und bis zum 07.01.2015 durch die Apotheke beliefert werden. Das ergibt sich aus den Regelungen der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung, nach der ein Betäubungsmittel nur maximal sieben Tage nach Ausstellungsdatum auf dem BtM-Rezept von der Apotheke abgegeben werden darf.

Die alten BtM-Rezepte sollen nicht an die Bundesopiumstelle zurückgeschickt werden, sondern müssen

vom verschreibenden Arzt mit den Durchschriften der ausgestellten BtM-Rezepte drei Jahre aufbewahrt werden. Das Verfahren für die Nachbestellung von BtM-Rezepten ändert sich grundsätzlich nicht. Mit jeder Lieferung erhalten Ärztinnen und Ärzte – wie bisher – eine Folge-Anforderungskarte für neue BtM-Rezepte. Es sollte unbedingt diese Anforderungskarte für die Bestellung von Rezepten verwendet werden.

Die Folge-Anforderungskarte wird in Zukunft mit einem Barcode versehen sein, der die Bearbeitung in der Bundesopiumstelle erleichtert und die Auslieferung der BtM-Rezepte erheblich beschleunigt.“

Ass. jur. Michael Kratz
Rechtsreferent

Eingeschränkte Parkmöglichkeiten an der Sächsischen Landesärztekammer

Aufgrund von Baumaßnahmen für ein Parkhaus ist die Parkplatzkapazität an der Sächsischen Landesärztekammer ab dem 1. Dezember 2014 eingeschränkt. Von Februar bis voraussichtlich Ende April 2015 wird der

hauseigene Parkplatz vollständig gesperrt. Bis das Bauvorhaben abgeschlossen und den Besuchern ein komfortables Parkhaus am Kammergebäude zur Verfügung steht, bitten wir, auf Parkplätze in der Umgebung auszuweichen. Dafür muss etwas mehr Zeit eingeplant werden.

Der Bau eines Parkhauses ist wegen der oft angespannten Parkplatzsituation notwendig. Deshalb hat die

Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer den Bau beschlossen. Dieser wird auf dem bestehenden Parkplatz errichtet. Aus diesem Grund lassen sich Einschränkungen während der Bauphase leider nicht vermeiden.

Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Dipl.-Ök. Kornelia Keller
Kaufmännische Geschäftsführerin

Bestandsmarktreport 2014

Nutzen teurer Präparate nicht belegbar

Patentgeschützte Medikamente haben oft keinen Zusatznutzen für Patienten. Dies ist das Ergebnis des Bestandsmarktreports des Zentrums für Sozialpolitik der Uni Bremen. Es hat anhand von Kriterien der evidenzbasierten Medizin Verordnungsdaten der Techniker Krankenkasse analysiert.

Seit Einführung des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) regelt die sogenannte frühe Nutzenbewertung, dass Pharmaunternehmen nur für Präparate mit einem Zusatznutzen auch einen höheren Preis verlangen dürfen. Ursprünglich sollten nicht nur neu auf den Markt kommende Medikamente bewertet werden, sondern auch Präparate des sogenannten Bestandsmarkts – also

Arzneimittel, die vor dem 1. Januar 2011 auf den Markt gekommen sind. Davon ist der Gesetzgeber aus Gründen der Rechtssicherheit wieder abgerückt.

Der vorliegende Bestandsmarktreport zeigt, dass es aus fachlicher Sicht keineswegs entbehrlich ist, auch bereits auf dem Markt befindliche Arzneimittel auf ihren Zusatznutzen hin zu untersuchen. Dabei geht es nicht allein um Geld, das möglicherweise unnötig ausgegeben wird, sondern ganz wesentlich auch um die Versorgungsqualität der Patienten.

Für den Bestandsmarktreport wurden 17 Arzneimittel aus drei Wirkstoffgruppen untersucht. Darunter die „neuen oralen Antikoagulantien“ (NOAK) zur Blutgerinnungshemmung, neuere Antidiabetika (GLP-1-Analoga und DPP-4-Inhibitoren) sowie Biologika, die zur Behandlung von entzündlichen Rheumaerkrankungen verordnet werden.

Die Wissenschaftler bewerteten die Arzneimittel anhand eines Ampelschemas in drei Kategorien: Vorliegen einer verfügbaren Therapiealternative, patientenrelevanter (Zusatz-) Nutzen und Kosten im Vergleich zu bisher verfügbaren Arzneimitteln. „Keiner der bewerteten Wirkstoffe hat es in der Ampel-Bewertung auf Grün geschafft“, fasst Studienautor Prof. Dr. Gerd Glaeske zusammen. Allen Präparaten mangelt es an direkten Vergleichen zu Therapiealternativen, wodurch belastbare Aussagen über einen Zusatznutzen für den Patienten oft nicht möglich sind. Im Ländervergleich liegt Sachsen bei den Verordnungen der untersuchten Präparate meist in der Spitzengruppe. Zusätzlich wurde untersucht, über welche Wege die Arzneimittel in den Markt gelangen. Im Ergebnis ist es vom jeweiligen Wirkstoff abhängig, ob Krankenhäuser häufig „Einfallstore“ für teure Arzneimittel sind.

Prof. Dr. med. habil. Hans-Egbert Schröder,
Dresden

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden gemäß § 103 Abs. 4 SGB V folgende Vertragsarztsitze in den Planungsbereichen 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.

Nähere Informationen hinsichtlich des räumlichen Zuschnitts sowie der arztgruppenbezogenen Zuordnung zu den einzelnen Planungsbereichen bzw. Ver-

sorgungsebenen sind auf der Homepage der KVS (www.kv.sachsen.de) → Mitglieder → Arbeiten als Arzt → Bedarfsplanung und sächsischer Bedarfsplan) abrufbar. Bitte geben Sie bei der Bewerbung die betreffende Registrierungs-Nummer (Reg.-Nr.) an.

Es wird darauf hingewiesen, dass sich auch die in den Wartelisten eingetragenen Ärzte bei Interesse um den betreffenden Vertragsarztsitz bewerben müssen.

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
Allgemeine fachärztliche Versorgung			
14/C054	Psychologische Psychotherapie/Verhaltenstherapie (Ausschreibung eines hälftigen Versorgungsauftrages)	Zwickau	12.01.2015
14/C055	Psychologische Psychotherapie/Verhaltenstherapie	Zwickau	12.01.2015
14/C056	Psychologische Psychotherapie/Tiefenpsychologie	Mittweida	12.01.2015
14/C057	Kinder-und Jugendmedizin	Chemnitzer Land	12.01.2015
14/C058	Neurologie und Psychiatrie	Plauen, Stadt/Vogtlandkreis	12.01.2015

Schriftliche Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder -403 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
Allgemeine fachärztliche Versorgung			
14/D035	Chirurgie (Ausschreibung eines hälftigen Versorgungsauftrages) (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Meißen	23.12.2014
14/D036	Ärztliche Psychotherapie (Ausschreibung eines hälftigen Versorgungsauftrages)	Sächsische Schweiz	12.01.2015
14/D037	Psychologische Psychotherapie (Ausschreibung eines hälftigen Versorgungsauftrages)	Görlitz, Stadt/Niederschlesischer Oberlausitzkreis	23.12.2014

Schriftliche Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 8828-310 zu richten.

Abgabe von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden folgende Vertragsarztsitze zur Übernahme veröffentlicht.

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
Hausärztliche Versorgung		
Allgemeinmedizin*)	Chemnitz	geplante Abgabe: 01.06.2015
Allgemeinmedizin*)	Marienberg	geplante Abgabe: 30.06.2015

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

Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
Hausärztliche Versorgung		
Allgemeinmedizin*)	Bautzen	Praxisabgabe: 31.03.2015
Allgemeinmedizin*)	Bautzen	Praxisabgabe: 01.01.2016

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

Nervenläsionen im Rahmen der Hüftgelenksendoprothetik

Die Häufigkeit von Nervenschädigungen im Rahmen des endoprothetischen Hüftgelenkersatzes beziffert Stöhr (1996) mit fast 50 %. Bei mehr als der Hälfte handele es sich um Plexusschäden, funktionell blieben sie häufig stumm. Er verweist auf ähnliche Beobachtungen von Weber et al. (1976) und nimmt „den tatsächlichen Verhältnissen gerecht werdende Komplikationsraten“ von ungefähr 10 % an. Bei der Hälfte der Patienten fänden sich vor allem Paresen der Beuger und der Abduktoren des Hüftgelenks, also im Versorgungsgebiet des N. femoralis und des N. gluteus cranialis.

Mit unterschiedlich weitgehenden Remissionen sei innerhalb des ersten postoperativen Jahres bei drei Viertel der Betroffenen zu rechnen. Auch Mumenthaler, Stör und Müller-Vahl (2003) weisen daraufhin, dass die Totalendoprothetik des Hüftgelenks die häufigste Ursache von „Beinplexuslähmungen“ darstellt. Besonders empfindlich gegenüber Dehnungen seien die motorischen Anteile, betroffen hauptsächlich die Beuger des Hüftgelenks und die Glutealmuskulatur, also die Abduktoren.

Bei 0,6 bis 3,5 % der Patienten mit Primäreingriffen müsse man mit klinisch relevanten Störungen zu rechnen. Für Revisionsoperationen geben sie 2,9 bis 7,6 % an und erwarten ebenfalls bei drei Viertel der Patienten mehr oder weniger vollständige Remissionen. Goetz et al. (2010) geben ähnlich wie Holzapfel et al. (2012) die Inzidenz von motorischen Nervenschädigungen bei der primären Endoprothetik in einer Sammelstudie mit 0 bis 2,1 %, durchschnittlich 0,5 % an. Bei Revisionsoperationen lag sie zwischen 0 und 10,7%, im Durchschnitt bei 3,5 %, bei der endoprothetischen Versorgung von Dysplasiearthrosen zwischen 1 und 5,2 %, im Mittel bei 2,3 %. Die Gefahr von dauerhaften Nervenschädigungen aufgrund von einzeitigen Beinverlängerungen bei der Hüftgelenksendoprothetik bezeichnen die

Autoren als gering, wenn höchstens um 3 cm verlängert wird. Der Zugangsweg zum Hüftgelenk – dorsaler oder lateraler Zugang – scheine die Häufigkeit von Nervenläsionen nicht zu beeinflussen, eine Rolle spiele in diesem Zusammenhang eher die Erfahrung und Perfektion des Operationsteams. Rössler u. Rütter (2005) machen dagegen u. a. den dorsalen Zugang zum Hüftgelenk für Ischiadikusverletzungen verantwortlich. Signifikante Bedeutung besitzt das Geschlecht des Patienten: Die Schädigungsrate liegt bei Frauen fast doppelt so hoch wie bei Männern, vermutlich wegen des nachgiebigeren Bindegewebes und der gewöhnlich geringeren Muskelmasse, die Traktionen weniger Widerstand entgegensetzen. C. u. D. Schoellner (2003) weisen auf die besondere Gefährdung der Nn. femoralis et ischiadicus durch den unsachgemäßen Einsatz von Knochenhebeln (Hohmann-Hebel) hin.

Der Gebrauch von Langenbeck-Haken gefährde eher den weniger durch Weichteile geschützten N. ischiadicus als den N. femoralis, während das Schädigungs-Potential durch Distractionen vermutlich überschätzt werde, solange eine Grenze von 2 bis 3 cm Verlängerung durch manuellen Zug oder durch das Implantat nicht überschritten würde. Außerhalb einer perforierten Pfanne aushärtender Knochenzement könne die Ursache für Hitzeschäden, aber auch für mechanische Schäden des N. femoralis bzw. des N. obturatorius bilden. Eine Rolle spielen außerdem fehlerhaft platzierte Schrauben, die Operationsdauer, die vorgefundene anatomische Situation sowie eine unangemessen lange intraoperative Lagerung des Beins in Adduktion, Beugung und Außenrotation. Dietze et al. (2014) erinnern auch an eine Reihe von „unspezifischen Risikofaktoren“: endokrine und Stoffwechselerkrankungen, Unterernährung, Stenosen des lumbalen Spinalkanals, Neuropathien, Abuse von Alkohol bzw. Nikotin, Bluthochdruck, Anämie und nicht zuletzt bestimmte Malignome und ihre Chemotherapien. Eine Gefährdung geht schließ-

lich auch von geschlossenen Repositionen luxierter Kunstgelenke aus (Haque u. Sundararajan 2013).

Bei Nerven- (und Gefäß-)läsionen im Rahmen der endoprothetischen Versorgung des Hüftgelenks handelt es sich nicht um seltene Vorkommnisse. Eine präoperative Aufklärung des Patienten über diese Gefahr und eine exakte postoperative Dokumentation ist im Interesse des Patienten und des Operateurs unbedingt erforderlich. Iatrogene Nervenschädigungen sollten immer auch durch einen Neurologen beurteilt werden.

Mit scharfen Verletzungen der Nn. obturatorius, femoralis und ischiadicus ist im Rahmen der primären Endoprothetik des Hüftgelenks kaum zu rechnen. Die Häufigkeit von stumpfen Schädigungen des N. ischiadicus oder nur des N. fibularis geben Knahr et al. (1999) mit 0,4 % an, die von Schädigungen des N. femoralis unter Berufung auf Arbeiten von Schmalzried et al. (1991) sowie von Weber et al. (1976) mit bis zu 0,8 %. Der Grund für die Verletzbarkeit des N. ischiadicus sei in seiner Topographie zu suchen, nämlich in der Fixation des gesamten Nerven im Foramen infrapiriforme. Nach einer hohen Teilung durchquert der N. fibularis gewöhnlich den M. piriformis. Er wird begleitet von der A. comitans nervi ischiadici, einem Ast der A. glutea inferior, der wiederum Anastomosen mit den Gefäßen des proximalen Oberschenkels bildet.

Die besondere Fixation des weit proximal abgehenden N. fibularis und die kritische Gefäßversorgung führen zu einer besonders hohen Vulnerabilität dieses Ischiadikusastes. Dietze et al. (2014) begründen die schädigende Rolle der Extremposition des Beins während der Endoprothetik des Hüftgelenks mit einer „zunehmenden Kompression durch die Sehne des M. gluteus maximus“. Gefahren speziell für den N. femoralis (und die externen Iliakalgefäße) ergeben sich vor allem aus nicht exakt, das heißt nicht subperiostal, am vorderen Pfannenrand platzierten Knochenhebeln, bei der Abtra-

gung von ventralen Randzacken und aus fehlerhaften Schraubenpositionierungen. Läsionen des N. obturatorius werden seltener beobachtet, verursacht in der Regel durch Knochenzement, der nach einer Pfannenperforation nach medial vorgezogen ist, oder durch große Hämatome. Scharfe Läsionen kleinerer Nerven bezeichnen Schoellner und Schoellner (2003) als „sehr häufig“. Sie sind bei nicht anatomiegerechtem Vorgehen und bei sehr unübersichtlichen anatomischen Verhältnissen zu erwarten.

Als Schadensursache ist auch zu denken an Blutungskomplikationen, „blinde“ Unterbindungen und Umstechungen von Gefäßen und an einen allzu großzügigen Einsatz der Elektrokoagulation. Khan u. Knowles (2007) sehen im „direkten lateralen Zugang“ zum Hüftgelenk eine besondere Gefahr für den N. gluteus superior. Nicht nur scharfen, sondern auch stumpfen Verletzungen der Nn. glutei kommt eine große funktionelle Bedeutung zu, während sich Verletzungen des N. cutaneus femoris lateralis nach vorderem Zugang zum Hüftgelenk und zum Beckenkamm nicht nur durch sensible Störungen, sondern auch durch

eine Meralgia paraesthetica bemerkbar machen können.

Die klinische Diagnostik von intraoperativ entstandenen Nervenverletzungen ist einfach. Die Prüfung der aktiven Fußbeweglichkeit und die Frage, ob „Gefühl“ vorhanden ist, reicht allerdings nicht aus. Zur Beurteilung gehört die Einbeziehung aller Bewegungsrichtungen des Hüft- und des Kniegelenks und die Feststellung des Kraftgrades, mit dem die Bewegungen ausgeführt werden, des Reflexverhaltens und der Sensibilität.

Eine genauere Diagnostik ist bei Bedarf durch elektromyographische und elektroneurographische Untersuchungen möglich. Wolf et al. weisen auf den Wert der MR-Neurographie hin (2014). „Auch bei der Beurteilung des EMG-Befundes ist wegen der häufig bei älteren Patienten bestehenden blanden Polyneuropathien Vorsicht geboten, nur beim Nachweis florider Denervierungsvorgänge, die auf der nicht operierten Seite fehlen, darf auf eine frische neurogene Störung geschlossen werden“ (Stöhr 1996).

Die Prognose von Läsionen durch Traktion oder Kompression ist verhältnismäßig gut, insbesondere

wenn die Erholung innerhalb der ersten postoperativen Tage einsetzt. Die Chancen für eine spontane Erholung der Motorik sind besser als die der Sensibilität, Voraussagen darüber hinaus aber auch mit Hilfe von EMG und NLG-Messungen nicht möglich (Knahr et al. 1999).

Eine besondere Lagerung des Beins ist nach Eintritt einer intraoperativen Nervenläsion nicht erforderlich und wegen der Gefahr der Entstehung von Dekubitalgeschwüren nicht durchführbar. Die übliche Lagerung in leichter Abduktion und mit jeweils um 10° gebeugtem Hüft- und Kniegelenk genügt. Wichtig ist, wenn Unterschenkel und Fuß betroffen sind, die umgehende Einstellung des Fußes rechtwinklig zum Unterschenkel und in leichter Pronation mit Hilfe eines Spitzfußzügels, eines Heidelberger Winkels oder am sichersten einer Schiene, befundabhängig ergänzt durch passive Mobilisierungen, Elektrotherapie und ggf. aktive Übungen.

Vorabdruck aus: Matzen – Deschauer – Kornhuber – Scholz (Hrsg.): Neuroorthopädie, de Gruyter 2016

Prof. Dr. med. habil. Peter Matzen, Leipzig

Debatte um ärztlich assistierten Suizid

„Ärzteblatt Sachsen“, Heft 9/2014, S. 357

Leserbrief

Sehr geehrte Damen und Herren, die Thematik ist zu bedeutungsvoll, als man sie nur Juristen, Moraltheologen und Juristen überlassen sollte.

Berufsethiker sind in erster Linie Ärzte! Zwei unveröffentlichte Leserbriefe („Die Kirche“ und „Der Hausarzt“) geben meine Erfahrungen aus knapp vier Jahrzehnten „Basismedizin“ wieder, als Heim- und Hausarzt. Sicher ist vieles im Sinne von Einzelfallentscheidungen bereits jetzt im Konsens mit Patient und Bezugsperson möglich und wird auch stillschweigend praktiziert, aber wenn man nunmehr gesetzliche und

berufsrechtliche Bestimmungen neu bedenken will, dann sollte dies auch tabulos und undogmatisch sein – mit vielleicht zwei Eckpunkten:

1. Kein Arzt sollte zur „Sterbehilfe“ als einforderebare Leistung verpflichtet werden können, wenn es seinem Gewissen widerspricht.
2. Profitstreben hat in diesem Bereich nichts verloren.

Dr. med. Rudolf Grzegorek, Görlitz

Zusammenkunft tropenerfahrener Ärzte im Raum Leipzig

Am 26. März 2014 trafen sich in der Universität Leipzig im Beisein von Herrn Dr. med. Mathias Cebulla, Leiter der Kreisärztekammer Leipzig, etwa 15 Ärztinnen und Ärzte aus dem Raum Leipzig, um eigene Erfahrungen aus medizinischen Hilfeinsätzen in tropischen Ländern sowie aus der Zusammenarbeit mit ärztlich-humanitären Organisationen hier vor Ort auszutauschen. So unterschiedlich die Fachgebiete und beruflichen Stellungen waren – allen war gemeinsam, dass sie bereits über umfangreiche Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit tropischen Ländern verfügten aus dem Wunsch, etwas zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung der ärmeren Bevölkerungsschichten in diesen Ländern beizutragen.

Vorgeschichte

Die Anregung zu diesem Treffen war durch den 1985 – 2013 an der Universität Leipzig durchgeführten 6-wöchigen tropenmedizinischen Lehrgang entstanden. Ursprünglich war dieser Lehrgang auf Wunsch von Ministerien aus tropischen Ländern vom Hochschulministerium der DDR in Leipzig für die ausländischen Studenten eingerichtet worden. Zugute kam dabei, dass viele Ärztinnen und Ärzte an der Universität Leipzig durch ein seit 1979 bestehendes Hochschulprojekt in Nord-Äthiopien (Gondar) über eigene Tropenerfahrungen auf den verschiedenen Fachgebieten verfügten, welche sie in den Lehrgang mit einbringen konnten. Die Studierenden erhielten die ärztliche Approbation nur, wenn sie das Studium sowie diesen tropenmedizinischen Lehrgang erfolgreich absolviert hatten. Nach der Wiedervereinigung wurde der Lehrgang durch ausdrückliche Befürwortung von Fachspezialisten aus den Altbundesländern – besonders von den tropenmedizinischen Einrichtungen in Heidelberg und Würzburg – fortgesetzt, da es einen solch umfangreichen tropenmedizinischen Lehrgang

im Medizinstudium in der Alt-BRD nicht gab. Er war nun auch für deutsche Studierende zugänglich. Jährlich nahmen etwa 80 – 100 Studenten aus ganz Deutschland teil. Unter den ca. 30 Dozenten des Lehrgangs befanden sich jetzt auch mehrere Vertreter aus den Altbundesländern mit umfangreichen Tropenerfahrungen auf ihren Fachgebieten. Gleichzeitig zeigte sich mit den Jahren aber auch, dass allein aus dem Raum Leipzig mehrere ärztliche Kolleginnen und Kollegen hinzugekommen waren, welche unterdessen durch die neuen Möglichkeiten bei uns ebenfalls umfangreiche Erfahrungen aus Auslandseinsätzen oder sonstigen Formen der Zusammenarbeit mit tropischen Ländern erworben hatten – aber in aller Regel wussten sie nichts voneinander. Anliegen des Treffens war daher, dass sie sich einmal einander kennen lernten und ihre Erfahrungen austauschten, um sich zukünftig gegenseitig unterstützen zu können, wo es möglich und sinnvoll ist.

Teilnehmer

Es war eine ganz gemischte Ärztesellschaft, welche sich da versammelt hatte. Da war der Chirurg mit mehrjährigen Erfahrungen aus Äthiopien, welche er auch im Rentenalter in Vorlesungen an Studierende immer weiter gegeben hatte. Da war ein junger Kollege in der Ausbildung zum Kinderkardiologen, der bereits im 6. Studienjahr Südafrika in den Townships kennen gelernt hatte – ganz ganz anders als sonst Hoteltouristen, die Südafrika bereisen – daraufhin ein Buch über seine medizinischen Erfahrungen verfasst hatte und mit dem Honorar ein AIDS-Waisen-Projekt im Raum Johannesburg unterstützte und unterdessen durch eine familiäre Verbindung der ärmeren Bevölkerung auf den Philippinen hilft, die immer wieder durch Naturkatastrophen wie den Tsunamis in existentielle Not gerät. Da war der niedergelassene Professor für Kinderchirurgie, der bereits während des Ruanda-Krieges im ärztlichen Einsatz bei der Begrenzung des Leides für die Bevölkerung geholfen hatte, unterdessen mit einem eige-

nen Projekt in einem weit unterversorgten Urwaldgebiet im Norden Brasiliens mit seiner Mannschaft regelmäßig notwendige Operationen durchführt, in weiteren tropischen Ländern mitoperiert und durch Verbindung mit ärztlich-humanitären Hilfsorganisationen spezielle operative Behandlungen für schwer geschädigte Kinder hier bei uns ermöglicht hat. Da war der angehende Facharzt für Herzchirurgie, der seit Jahren in mehreren Kriegsgebieten für „ÄRZTE OHNE GRENZEN“ für die medizinische Betreuung der Zivilbevölkerung im Einsatz war wie erst vor einiger Zeit viele Monate in Süd-Sudan in einem Gebiet, das in der Regenzeit nicht einmal mit kleinen Flugzeugen erreichbar ist und dessen Bevölkerung fast nur durch seine Organisation medizinisch betreut wird. Da war der Facharzt für Innere Medizin, der mit seiner Ehefrau eine hausärztliche Gemeinschaftspraxis in einem Landgebiet Leipzigs führt und seit vielen Jahren in Abständen für „Ärzte für die Dritte Welt“, die sich jetzt „GERMAN DOCTORS“ nennen, für die medizinische Grundversorgung von Bewohnern in den Slums von Städten wie Kalkutta oder Nairobi tätig war, um die sich sonst ärztlich niemand kümmert. Da war die junge Orthopädin, die seit Jahren wiederholt Flüchtlinge infolge Vertreibung und Not im Grenzdschungel zwischen Thailand und Myanmar, dem ehemaligen Burma, ärztlich versorgt hat, bei Temperaturen bis etwa 40 Grad und sehr hoher Luftfeuchtigkeit unter ganz einfachen Bedingungen Abszesse spaltete, Amputationen durchführte, den Flüchtlingen Erste Hilfe und chirurgische Wundversorgung beibrachte sowie Impfaktionen für die Kinder organisierte. Da war das Arztehepaar, welches nach einer längeren Reise durch Afrika einen Verein für die AIDS-Prävention sowie -Früherkennung und Behandlung in einer dörflichen Region Malawi gründete und unterdessen mit Unterstützung der Vereinsmitglieder die Ernährungssituation und die gesamten sozialen Probleme einschließlich einer adäquaten Schulbildung sowie Kranken- und Alten-

pflege in diesem Dorf verbessern hilft. Da war die Hausärztin, die mit ihrem Ehemann ein Hilfsprojekt in Tansania aufbaut. Da war der Professor mit umfangreichen Kenntnissen über die Haut- und Geschlechtskrankheiten in den Tropen, der seit Jahren an einer Klinik in Uganda die Dermatologie als Lehrfach etablieren hilft. Da war der niedergelassene Facharzt für Innere Medizin und Spezialist für Hämatologie und Onkologie, der mit einem eingetragenen Verein eine Professorin auf diesem Fachgebiet in Pakistan für die Behandlung von Patienten mit Erkrankungen an Leukämien und Lymphomen unterstützt, für die sonst die fachspezifische Behandlung in ihrem Land nicht möglich ist. Da war der Kollege einer Hausarztpraxis in Leipzig, der als Einzelperson die indische Bevölkerung in nur mit Booten erreichbaren Urwaldgebieten Venezuelas, in welche sonst kaum jemand vordringen kann, aufgesucht und mit Medikamenten versorgt hat.

Vorgestellt hatte sich auch Herr Oberarzt Dr. Lübbert in der Nachfolge der Leitung des Fachbereiches Infektions- und Tropenmedizin an der Universität Leipzig. Er war bereits als Student in mehreren tropischen Ländern Afrikas und Asiens unterwegs und hatte auch sehr gute Reiseführer über Uganda und Botswana verfasst. Seine spezifische tropenmedizinische Ausbildung erhielt er in Liverpool durch Absolvierung des umfassenden Lehrgangs am dortigen tropenmedizinischen Institut. Er bezeichnete es als Ehre, die tropenmedizinische Tradition an der Universität Leipzig, welche auf Prof. Max Bürger und seinen Schüler Prof. Werner Granz zurück geht, unter den gegebenen Bedingungen fortführen zu dürfen. Gleichzeitig setzt er sich sehr für den rationellen Umgang mit Antibiotika ein – ebenfalls eine Tradition in Leipzig, welche hier besonders auf das Wirken von Herrn Prof. Dr. med. Christian Tauchnitz und Herrn Prof. Dr. med. Werner Handrick zurückgeht und welche angesichts der international angestiegenen Resistenzprobleme eine immer

größer werdende weltweite Herausforderung für die Medizin geworden ist.

Die Reihenfolge der Aufzählung ist zufällig. Einige Kollegen mussten kurzfristig absagen. Einer von ihnen hilft seit langer Zeit als Facharzt für Innere Medizin und Spezialist für Pneumologie mit einem eingetragenen Verein in einer wenig erschlossenen Hochgebirgsregion Nepals, durch enge Zusammenarbeit mit der Bevölkerung die ärztlich-medizinische Grundversorgung zu verbessern. Ein anderer Kollege, chirurgischer Oberarzt einer Klinik, hat bereits seit Jahren durch Zusammenarbeit mit der humanitären Organisation „FRIEDENSDORF INTERNATIONAL“ geholfen, dass bei Kindern aus tropischen Ländern komplizierte Operationen bei uns durchgeführt werden, die in ihren Ländern nicht möglich sind. Absagen wegen eines bevorstehenden Tropenaufenthaltes in dem bereits erwähnten Malawi-Projekt musste auch ein Oberarzt aus der Klinik für Infektions- und Tropenmedizin im Städtischen Klinikum St. Georg, mit welcher seit vielen Jahren eine enge Zusammenarbeit seitens des Fachbereiches Infektions- und Tropenmedizin der Universität Leipzig besteht – besonders auch bei der Durchführung des erwähnten Lehrgangs bzw. jetzt des Studenten-Wahlfaches für Tropenmedizin, weiterhin bei der gemeinsamen Durchführung eines infektiologischen Fallseminars, welches ebenfalls seit vielen Jahren für interessierte Ärzte der Region Leipzig angeboten wird.

Was wurde deutlich?

Auf dem Treffen wurde gezeigt, welche verschiedenartigen Möglichkeiten der ärztlichen Hilfe für tropische Länder es gibt und wie unterschiedlich sie sind. Man kann für längere oder kürzere Zeit in die Länder gehen – mit Organisationen oder als Einzelperson. Der persönliche Gefährlichkeitsgrad, der oft überschätzt wird, kann ganz unterschiedlich sein – abhängig davon, ob es sich um eine friedliche Region oder ein Kriegsgebiet handelt. Man kann aber auch helfen, ohne in die Tropen

selbst zu gehen – durch unterstützende Zusammenarbeit mit medizinischem Fachpersonal in den Ländern oder durch Mitarbeit in ärztlich-humanitären Organisationen, durch welche Patienten mit Erkrankungen oder komplizierten Verletzungsfolgen, die im Heimatland nicht behandelt werden können, für die Therapie nach Deutschland gebracht werden. Man kann Angenehmes mit Nützlichem verbinden – durch Urlaub und gleichzeitige Zusammenarbeit mit medizinischem Personal in entsprechenden Gebieten. Auch zeigte sich, dass eine hohe Spendenbereitschaft in unserer Bevölkerung für die Vereine besteht und dass man auch mit geringen Beträgen, wenn sie in den Ländern richtig eingesetzt werden, viel bewegen kann.

Ausblick

Ein Wiederholungstreffen wurde geplant.

Hinsichtlich der tropenmedizinischen Lehre war in diesem Jahr anstelle des eingangs erwähnten überregionalen 6-wöchigen Lehrgangs in verkürzter Form ein Wahlfach für die Leipziger Studenten unter der Leitung von OA Dr. Lübbert durchgeführt worden. Von den Studenten wurde die tropenmedizinische Lehre auch in dieser verkürzten Form sehr gut angenommen. Daher soll dieses Wahlfach auch zukünftig im Sommersemester fortgeführt werden. Da die Lehrveranstaltungen dabei nach 18.00 Uhr stattfinden, können auch Ärztinnen und Ärzte, die selbst einmal an Auslandseinsätzen teilnehmen möchten, leichter als in den Vormittagsstunden an Vorträgen teilnehmen, die sie besonders interessieren. Er kann auch ab Jahresbeginn im Fachbereich Infektions- und Tropenmedizin der Universität Leipzig erfragt werden.

Dr.med. Mathias Cebulla
Vorsitzender der Kreisärztekammer Leipzig
Prof. Dr. med. habil. Stefan Schubert
Fachbereich Infektions- und Tropenmedizin
der Universität Leipzig

19. Sächsisches Seniorentreffen

Schon wieder ein Jahr vorbei! Berichteten wir nicht eben erst übers Muldental?

In diesem Jahr lautete das Motto unserer Fahrt „Handwerk und Natur erleben“.

„Handwerk“ bedeutete: Fahrt nach Glashütte in das Uhrenmuseum, wo wir in Gruppen zu etwa 20 Personen sehr gute Führungen hatten. Deutsche Uhrmacherkunst seit 169 Jahren im Müglitztal des Osterzgebirges! Talentierte Uhrmachermeister begründeten mit Leidenschaft und Unternehmergeist den Mythos Glashütte: Präzision und Schönheit! Das Deutsche Uhrenmuseum Glashütte ist erst 2008 eröffnet worden und verschafft zu den rund 450 Exponaten auch einen emotionalen und philosophischen Zugang zum Phänomen Zeit. Wer feinmechanische Kunstwerke liebt oder früher operativ tätig war, ist hier absolut glücklich und alle sowieso fasziniert. „Wie kann man etwas messen, das man weder sehen noch fühlen kann?“ fragt der Philosoph Norbert Elias. In Glashütte beherrscht man das vortrefflich.

Im Hotel „Lugsteinhof“, Altenberg, kehrten wir zum Mittagstisch und Kaffeetrinken ein. Überall fröhliches Lachen und angeregtes Erzählen. Lebendige Ärzteeinerungen, weswegen wir gleich nochmals für das geplante Buch „Erinnerungen sächsischer Ärzte“ 1949 – 1989 warben. Am Nachmittag erlebten wir Natur. Unsere Gruppe kraxelte zuerst im Botanischen Garten Schellerhau. Dort hatte der Königlich-Sächsische Garteninspektor a.D., Gustav Adolf Poscharsky, 1906 einen privaten Versuchsgarten angelegt. Heute sind ca. 1.400 Pflanzenarten der Erzgebirgsflora im Freiland kultiviert, mit alpinen Pflanzen anderer Mittel- und Hochgebirge Europas, Nordamerikas,

Asiens und des Kaukasus. Hierher muss man ab Anfang Mai fahren, da oft bis April Schnee liegt.

Wir lernten zum Beispiel, dass

- die Jahresringe der Bäume durch das unterschiedliche Wachstum im Sommer und Winter entstehen; bei tropischen Hölzern sucht man deswegen vergeblich,
- die Kiebitze Regentropfen durch ihr Schnabelklopfen auf die Erde nachahmen, damit die Regenwürmer herauskommen und
- die arabische Kyrillkiefer wie ein Tempeldach wächst.

Letztes Ziel für uns: das Georgenfelder Hochmoor. Woher der Name „Hochmoor“ kommt? Nicht von der Hochlage, sondern vom Hochwachsen des Moores. Der größte Teil befindet sich im Tschechischen, wo auch die Fichten nach vielen Umweltschäden wieder gut nachgewachsen sind. Das Georgenfelder Hochmoor, eines der schönsten Krummholzkiefernmoore des Erzgebirges, wurde schon 1926 als Naturschutzgebiet ausgewiesen. Durch den Torfabbau fehlen seit 100 Jahren zwei Drittel der früheren Fläche. Seit 2011 wird die Renaturierung und Revitalisierung dieses Hochmoors intensiv betrieben, auch als Schutz vor Hochwasser.

Während der Busfahrt streiften unsere Blicke immer liebevolle Landschaft. Wir hatten einen super Fahrer; man vergaß, dass man fuhr, man glitt dahin. Als Dresdner fuhren wir keinen Meter Autobahn, also nicht so schnell, nicht gehetzt durch andere Fahrzeuge. Etwa 18.00 Uhr wieder in Dresden begann eine Stunde später der Regen. Also auch diesbezüglich optimal.

Herzlichen Dank an Herrn Müller vom Reiseunternehmen Muldental und seine Fahrer sowie an alle Helfer in der Schützenhöhe.

Dr. med. Brigitte Zschaber
Vorsitzende des Ausschusses Senioren
der Sächsischen Landesärztekammer



Botanischer Garten Schellerhau



Hochmoor Georgenfeld



Uhrenmuseum Glashütte

Notfallmedizin für ärztliche Senioren

Im vergangenen Jahr fanden auf Initiative des Seniorenausschusses der Sächsischen Landesärztekammer bereits notfallmedizinische Kurse für ärztliche Seniorinnen und Senioren in Dresden und Chemnitz statt.

Wir freuen uns, einen Kurs Notfallmedizin für ärztliche Senioren nunmehr im Bereich Bautzen anbieten zu können. **Termin ist Montag, der 19. Januar 2015, 15.00 – 18.00 Uhr,**

Ort: Oberlausitz-Kliniken Bautzen, alter Personalspeisesaal. Neben aktuellen Aspekten zu theoretischen Grundlagen (Referent: Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud) besteht die Möglichkeit für eigenes praktischen Übungen. Der Kurs wird zertifiziert, die Kursgebühren betragen 30 Euro/Teilnehmer.

Anmeldungen bitte schriftlich direkt an die Außenstelle Bautzen der Bezirksstelle Dresden, Am Stadtwall 3, 02625 Bautzen, per E-Mail unter aussenstelle-Bautzen@slaek.de, oder per Fax unter 03591 363 2758.

Für telefonische Auskünfte steht Ihnen die Mitarbeiterin der Außenstelle, Frau Franziska Rasche, Montag 14.00 – 16.00 Uhr, Mittwoch 13.00 – 18.00 Uhr und Donnerstag 10.00 – 12.00 Uhr unter 03591 363 2757 zur Verfügung.

Wir freuen uns auf eine rege Teilnahme!

Dr. med. Brigitte Zschaber
Vorsitzende des Seniorenausschusses der
Sächsischen Landesärztekammer

1. Treffen des „Assistenz- und Jungfacharztforums für Orthopädie und Unfallchirurgie Südwestsachsen“

Am 03.09.2014 haben sich in Chemnitz 30 junge Kollegen zum 1. Treffen des „Assistenz- und Jungfacharztforums für Orthopädie und Unfallchirurgie Südwestsachsen“ zusammengefunden. Das 2. Treffen fand am 05.11.2014 statt. Das Feedback war durchweg gut. Abgestimmte Themen unter der fachärztlichen Begleitung durch Dr. med. Niels Haselhoff (Klinikum Mittleres Erzgebirge/Zschopau) und die dazu passenden Praxisübungen überzeugten die Teilnehmer und waren Grund für positive Resonanz. Unterstützt durch die Instruktoren Dr. med. Norman Bubnick (Klinikum Mittleres Erzgebirge/Zschopau) und Dr. med. Bernd Rascher (Klinikum Bethanien Chemnitz), wurden die Basic- und Fortgeschrittenenübungen am Sawbone, zur Osteosynthese der Klavikula, des proximalen Humerus und des distalen Radius zum wertvollen Teil der Veranstaltung.

Organisator Dr. med. Markus Kupfer und die Teilnehmer waren vom Verlauf der Veranstaltungen überzeugt. Es sei schön, dass sich viele interessierte junge Kollegen im Bereich der



Dr. med. Norman Bubnick (li.) beim erklären der praktischen Übungen am Sawbone
© Christina Kupfer

Chirurgie treffen und den gemeinsamen Erfahrungsaustausch praktisch und theoretisch engagiert betreiben. Die Unterstützung der jeweiligen Klinikleiter und das Motivieren für die Teilnahme an dieser Plattform war deutlich zu bemerken. Die Freude auf die nächsten Treffen ist groß.

Das nächste Treffen findet am 04.02.2015 um 18.30 Uhr statt. Treffpunkt ist wieder die Bar „Viva MamaJoes“, Beckerstraße 15, 09120 Chemnitz. Für die Verpflegung wird gesorgt. Dabei soll diesmal die untere Extremität das Thema sein. Als praktischen Teil wird die Osteo-

synthese des proximalen Femur nach AO Richtlinien angeboten. Die fachärztliche Leitung zu diesem Treffen wird als Facharzt für Spezielle Unfallchirurgie und Spezielle Orthopädie „Senior Autor“ Dr. med. Norman Bubnick übernehmen. Die Anmeldung ist bis zum 02.02.2015 möglich (an: markus.kupfer@rehaklinik-online.de). Die Programmveröffentlichung erfolgt über einen E-Mailverteiler an die registrierten E-Mailadressen. Für das Eintragen in diesen Verteiler wird gebeten eine kurze Email an die oben genannte E-Mailadresse zu senden.

Dr. med. Markus Kupfer, Leipzig

Hans-Ulrich Beyer Der Blick auf das Ganze

Diese akribisch recherchierte Bibliografie soll dem kulturellen Wert, der individuellen Bedeutung und der sozialen Funktion des Sammelns wieder mehr Aufmerksamkeit verschaffen. Diesem Anspruch folgend ist in der Gestaltung in nicht üblicher Weise Rechnung getragen worden. So werden die einzelnen Buchtitel nicht einfach in alphabetischer Folge hintereinander aufgelistet. Der gesamte Literaturumfang erfuh eine inhaltlich orientierte Gliederung, wobei die Titelbilder der wichtigsten Bücher die Neugier wecken und zum Nachlesen einladen sollen. Die anschauliche, umfangreiche Bibliografie zum Thema Sammeln hat selbst die Gestalt einer Sammlung angenommen.

Nach einer kurzen Einleitung beginnt die Literaturlauswahl mit dem Sammeln der Kinder, einer geradezu anthropologischen Konstante. Jeder weiß dies von den eigenen Kindern oder kann sich selbst gut daran erinnern, was man alles in den Hosentaschen zum Ärger der Eltern aufgehoben und nachhause getragen hat. Vom Sammeln als kulturellem Phäno-

men wird nachfolgend ein Blick auf die Geschichte in Form der Kunst- und Wunderkammern geworfen, die beginnend mit dem 16. Jahrhundert an europäischen Fürstenthäusern vor allem der Repräsentation dienten. Schon seit dieser Zeit gab es aber auch bürgerliche Sammlungen, die im 17. und 18. Jahrhundert für die Ausdifferenzierung der Naturwissenschaften große Bedeutung erlangten. Erinnert wird hierbei an das Naturalienkabinett der Leipziger Apothekerfamilie Linck. Vorrangig hatten vor allem Ärzte und Apotheker einen besonderen Anteil an dem Teil der Wissenschaftsgeschichte, die sich auf das Zusammentragen und Klassifizieren der Naturalia gründete. In einem Exkurs wird auf Goethe als Sammler verwiesen. Der nachfolgende Abschnitt zu den Ordnungen in der Mineralogie legt den Schwerpunkt auf das Sammeln von Mineralien.

Die letzten Themen – Museum, Ausstellung und das Bild des Sammelns – haben einen Gedanken als Hintergrund, der in der Wissenschaftsentwicklung der letzten Jahre immer mehr in den Mittelpunkt gerückt ist. Dabei geht es um die Verbildlichung theoretischer Sachverhalte, das Bild als Denkmittel. Sammlungen sind nicht einfach nur Anhäufungen von



möglichst vielen Gegenständen. Was gute Sammlungen auszeichnet ist deren Bildhaftigkeit, die Zusammenschau des nacheinander Zusammengetragenen, welches im Zeigen, im Präsentieren seinen krönenden Abschluss findet. Der Blick auf das Ganze ermöglicht eine verdichtete Wahrnehmung.

**1. Auflage, Format A5, Leipzig 2014
64 Seiten, umfangreicher Bildteil
Preis: 5,00 Euro
zu bestellen unter:
Dr.Hans-Ulrich.Beyer@t-online.de
Stichwort: Sammeln**

Dr. med. Thomas Lipp, Leipzig

50-jähriges Studienjahres-Jubiläumstreffen (1959 bis 1965)

Die Rostocker Medizin- und Zahnmedizin-Studenten des Jahrgangs 1959, Abschluss 1965, laden ein, das 50. Jubiläum des Staatsexames **am 16. Mai 2015** in Rostock zu feiern.

Detaillierte Informationen:
Dr. med. Michael Lafrenz, Rostock, Tel.-Nr. 0381 2003990 und
Dr. med. Dietrich Thierfelder, Schwerin, Tel.-Nr. 0385 561582.

Konzerte und Ausstellungen

Sächsische Landesärztekammer

Programmorschau Konzert Festsaal

Sonntag, 11. Januar 2015
11.00 Uhr – Junge Matinee
„Lied-Gut“

Lieder von Richard Strauss. Ein Nachklang zum Strauss-Jahr.
Mit Studierenden der Liedklasse der Hochschule für Musik Carl Maria von Weber Dresden
Gesamtleitung: KS Prof. Olaf Bähr

Ausstellungen

Foyer und 4. Etage
Frank Hoffmann – Malerei
bis 18. Januar 2015

Jochen Fiedler
Landschaft und Garten –
Ölbilder. Pastelle
22. Januar – 22. März 2015
Vernissage: Donnerstag,
22. Januar 2015, 19.30 Uhr
Einführung: Dr. sc. phil. Ingrid Koch,
Kulturjournalistin, Dresden

Bezirksstelle Leipzig der Sächsischen Landesärztekammer

Braunstraße 16, 04347 Leipzig
Malereien von Beat Toniolo
bis 10. Juni 2015

Nachruf für Dr. med. Helmut Born



Der Zentaur, am Rande der Dresdner Heide, hat mich immer geheimnisvoll angesprochen. Ich denke, jetzt beginne ich zu begreifen; nach 95 Jahren in dieser Welt, die ich nicht überwunden habe, aber vor der ich in Bewunderung und Ehrfurcht schauernd stehe. Diese Symbolfigur besagt: Erkenne dich selbst – so wirst du Teil dieser Welt und ihrer Geschöpfe! Du bist nichts Besseres als die anderen, und doch schon ein Stückchen auf dem Weg zu einem anderen Neuen; aber eben ein Stück, eng verbunden mit dem Tierischen. Du beginnst einen Menschenkopf zu erheben, aber nicht in Hochmut, sondern in Hoffnung.

Am 16. Dezember 2013 starb Helmut Born. Der 31. Dezember 2014 wäre sein 100. Geburtstag geworden – Anlass zu einer Würdigung. Nachdem der Krieg die ersten Jahre seines Arztseins gefordert hatte, wählte er die Innere Medizin und sah sich sogleich vom hohen Anteil psychogener Symptome seiner Patienten angesprochen. Entschieden formulierte er in einer ersten Veröffentlichung (Arzt und Weltbild 1949): „Diese Situation ist nicht einfach damit abzutun, dass man eben den ‚seelischen‘ Faktor ‚berücksichtigen‘ müsse, wie man, seit es Mode und salonfähig geworden ist, bis zum Überdruß hören oder lesen kann. Zum Überdruß, weil man sofort die stehende Formel, die leere Redensart herausfühlt – der ‚Faktor‘ wird eben nur konstatiert, viel seltener auch

‚berücksichtigt‘, noch seltener wird er aber wirklich gründlich erfasst und praktisch für die Behandlung in Anspruch genommen.“

Wie er, geschult von praktischen Erfahrungen, den Anregungen über Austausch, Literatur und Tagungsteilnahme, diesen Ansatz verwirklichte, schildert er zehn Jahre später (Psychopathologische Aspekte in der Inneren Medizin 1959). Je nach pathogenetischer Aktualität ordnete sich sein Vorgehen in drei Stufen: Die „Behandlung durch intensive Aufklärung“ suchte der „übertriebenen Krankheitsfurcht“ beizukommen. Die „Behandlung durch Entspannungsübungen“ sei dem Grundsatz gefolgt: „Entspannung entzieht der aus dem Ich-Krampf lebenden Neurose den Boden. Als Übung mildert sie, zur Haltung vertieft wandelt sie (gegebenenfalls auch ohne analytische Klärung)“. Und in der „Behandlung durch Aussprache“ habe er das Benennen seinerzeit überfordernder seelischer Belastungen begleitet und so im Wiedererleben korrigierendes Durcharbeiten angestrebt.

Für diese Einheit von Aufklärung, Ermunterung und Ertüchtigung zu seelisch-körperlicher Mitarbeit und schließlich gezielt-ärztlichem Eingreifen konnte er 1963 das in Dresden – „Weißer Hirsch“ den Beschäftigten im Uranbergbau errichtete Nachsanatorium nach Ende des Erzschrüfens zu einer städtischen Klinik für Innere Medizin wandeln. Vielfältige Möglichkeiten für Psychotherapie, Bewegungs-, Ausdrucks- und Musiktherapie sowie Physiotherapie halfen nun, seine ganzheitlichen Vorstellungen ärztlichen Tuns der Bedarfslage der Inneren Medizin angemessen zu verwirklichen. Die Klinik gedieh. 1969 erlangte die psychotherapeutische Abteilung fachliche, später räumliche Eigenständigkeit; die Lücke füllte ab 1974 eine psychosomatische Station der Inneren Klinik. So blieb der Internist Helmut Born bis zum Wechsel in den Ruhestand 1980 stets auch Psychotherapeut. Seine Fähigkeit, im persönlichen Gespräch immer auch die rationalen Beweggründe beim Gegenüber zu

achten, erreichte manchmal Erstaunliches: Verständnis, Entgegenkommen, zumindest die Toleranz gegenüber dem Andersdenkenden. Nur so konnte es gelingen, bei den Trägern der Stadt und den gesundheitspolitisch Verantwortlichen im Bezirk Dresden die nötige Unterstützung zu erhalten, beide Fachgebiete über dieses Zusammenwirken weiter zu entwickeln und damit gleichzeitig die Psychotherapie in der DDR zu befördern. Diese Haltung, sein Wesen, das auch seine Klinikleitung ohne jeden autoritären Anspruch auszeichnete, beherrschen die Erinnerungen. Leben mit der Natur, gern in ausgedehnten Wanderungen mit den Mitarbeitern gesucht, schufen ebenso wie Klinikfeste und Nähe zu Künsten und Künstlern bleibende Eindrücke. Er hinterließ ein bemerkenswertes Behandlungsmodell, dessen salutogenetisch-emanzipatorische Kraft sich von gängigen Kosten-Nutzen-Erwägungen leider nur unzureichend fassen lässt.

Ein Internist stößt häufig auf psychogene Symptome. Doch es bedurfte besonderer Aufgeschlossenheit, dies als Aufgabe zu sehen und sie meistern zu wollen. Darauf angesprochen ließ er erkennen, dass nach dem frühen Tod des Vaters es auch „Väter“ waren, die ihn hier prägten: Sein fördernder Stiefvater, ein verehrter Gymnasiallehrer und seit der Studienzeit ein Bergführer in den Alpen, der ihm mit christlicher Glaubensstärke, tiefer Naturverbundenheit und aufrechter Menschlichkeit die Welt erschloss und zum Freund wurde. Er vor allem habe es vermocht, ihm die Augen für die „unsichtbaren Bereiche“ zu öffnen. Ein Wunsch sei gewachsen, das dadurch mitgeformte Verständnis von Krankheit und Gesundheit, einem Bergführer gleich, anleitend, beispielgebend und ermutigend sowohl seinen Patienten als auch seinen Mitarbeitern zu vermitteln.

In den vorangestellten Zeilen aus seinem Rückblick zum Lebensende erkennt er sich mit leisem Stolz auf dem rechten Weg.

Dr. med. Gottfried Lobeck, Dresden

Prof. Dr. med. habil. Stanley Ernest Strauzenberg zum 100. Geburtstag

Am 25. 11. 1914 wurde Prof. Dr. med. habil. Stanley Ernest Strauzenberg in London geboren. Die Familie, viele Freunde, Mitarbeiter und frühere Patienten, alle, die ihn kannten und kennen oder, ihm wie ich seit Jahrzehnten in enger Freundschaft verbunden sind, gratulieren zu diesem Ereignis. Da unsere Lebenswege seit über 60 Jahren eng miteinander verbunden sind, will ich versuchen, seinem Werden und Wirken ein ehrendes Gedenken zu widmen.

In London geboren, in Dresden aufgewachsen, nach Studium in Halle und Leipzig promoviert, übernahm er nach einer Verwundung als Truppenarzt eines Nachtjagdgeschwaders schließlich 1945 die Leitung eines Reservelazarets in Oberbärenburg und ließ sich danach als Landarzt am gleichen Ort nieder. Seine 10-jährige Tätigkeit im Erzgebirge bildete die Grundlage für seine breite Ausbildung in der Allgemeinmedizin.

1955 trat er in die Medizinische Klinik des Stadtkrankenhauses Dresden-Friedrichstadt ein, die damals unter der Leitung von Prof. Dr. Otto Rostoski, später unter der von Prof. Dr. Fritz Lickint stand. Nach der Facharztanerkennung wechselte er 1959 an die Medizinische Akademie Dresden, deren Medizinische Klinik Prof. Wilhelm Crecelius leitete. 1962 erfolgte die Habilitation und 1966 die Berufung zum Professor für Innere Medizin sowie die Ernennung zum Ärztlichen Direktor des Klinikums der Medizinischen Akademie Dresden.

Während der Zeit in Friedrichstadt und an der Medizinischen Akademie Dresden arbeitete er intensiv diabetologisch über die Wirkungsweise der Sulfonylharnstoffe und Biguanide, sodass er drei Monographien über orale Antidiabetika mit herausgeben konnte.

Den zeitlich sehr anspruchsvollen Posten als Ärztlicher Direktor voller



v.l.: Prof. Dr. med. habil. Stanley Ernest Strauzenberg, Prof. Dr. med. habil. Hans Haller, Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Rose († 9.5.2013)
© SLÄK, 2010

administrativer Aufgaben gab er 1967 ab, entschied sich für die Sportmedizin und wurde zum Leiter des Lehrstuhls für Sportmedizin an der Akademie für Ärztliche Fortbildung in Berlin berufen. Bereits 1968 wurde ihm die Leitung des Zentralinstituts für Sportmedizin des Sportmedizinischen Dienstes in Kreischa übertragen.

Im nationalen und internationalen Rahmen bekleidete er das Amt des Präsidenten der Gesellschaft für Sportmedizin der DDR, deren Gründungsmitglied er war, und hatte als Exekutivmitglied auch den Vorsitz der Wissenschaftskommission der internationalen Föderation für Sportmedizin (FIMS) inne.

Seine Arbeit im Rahmen der Sportmedizin bot ihm gute Möglichkeiten, die schon immer studierten Zusammenhänge zwischen körperlichem Training, Leistungsfähigkeit und Gesundheit weiter zu erforschen. Seine wissenschaftlichen Leistungen fanden in mehr als 250 Arbeiten sowie mehreren Monographien im nationalen und im internationalen Schrifttum und in der WHO ihren Niederschlag. Bis in das hohe Alter war er kreativ, was eine noch 2005 erschienene sportmedizinische Monographie beweist.

Er selbst schöpfte seine Kraft als Vorbild durch bewusst betriebene Koordinierung durch ausgedehnte Spa-

ziergänge mit seiner lieben Frau in der Natur der Vorerzgebirgslandschaft.

Als Arzt und Sportmediziner war er eine allseits hochgeschätzte Persönlichkeit, die wichtige Impulse gegeben hat. Hohe Ehrungen wurden ihm zuteil, die nicht alle genannt werden können. Erwähnt seien der Nationalpreis, Verdienter Arzt des Volkes, Philip-Noel-Baker-Award des Weltrates für Sport und Leibeserziehung der UNESCO sowie die Peter-Beckmann-Medaille der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen. Zahlreiche in- und ausländische Gesellschaften ernannten ihn zum Ehrenmitglied. Besonders hervorzuheben sind aber auch seine menschlichen Qualitäten. Sein Charme, seine Offenheit und Bereitschaft, sich für andere einzusetzen und für eine Sache einzustehen, wie zum Beispiel für die Facharztausbildung in Sportmedizin, haben viele seiner Freunde, Schüler und früheren Mitarbeiter dankbar erfahren. So wünschen wir ihm für die kommende Zeit einen Lebensabschnitt voller Harmonie und glücklicher Rückbesinnung im Sinne einer „besonnenen Vergangenheit“.

Prof. Dr. med. habil. Hans Haller, Dresden

Prof. Dr. med. habil. Wolfram Behrendt zum 80. Geburtstag

„Das älteste, echtste und schönste Organ, das Organ, dem unsere Musik allein ihr Dasein verlangt, ist die menschliche Stimme.“ (Richard Wagner)

Als Prof. Dr. med. habil. Wolfram Behrendt am 1. November 2014 seinen 80. Geburtstag beging, konnte er auf eine Zeitspanne von mehr als der Hälfte seines bisherigen Lebens zurückschauen, in der er an der Klinik und Poliklinik für HNO-Heilkunde der Universität und dort insbesondere in der Abteilung für Stimm-, Sprach- und Hörstörungen wirkte.

Parallel zu seinem Medizinstudium an der Alma mater Lipsiensis von 1952 bis 1957 absolvierte er ein privates Gesangsstudium bei bekannten Sängern wie Paul Reinecke und Fritz Polster. Diese spezifische Kombination stellte einen bedeutenden Aspekt seiner späteren beruflichen Tätigkeit dar. In seiner beruflichen Laufbahn absolvierte er neben der Facharztweiterbildung zum Pathologen auch die zum HNO-Arzt und Phoniater/Pädaudiologen. Er betreute phoniatisch nahezu 30 Jahre lang Gesangstudenten, Sänger und Schauspieler, von den Jüngsten im Thomanerchor Leipzig und in den zahlreichen Sächsischen Kinder- und Jugendchören und Kurrenden über die Künstler der Opern- und Konzerthäuser bis hin zu Laiensängern. An der Hochschule für Musik und Theater Leipzig begleitete er über viele Jahre einen Lehrauftrag für Stimmphysiologie.

Er verkörpert mit seiner Qualifikation, seiner klinischen Arbeit und seinem Engagement in Forschung und Lehre die enge Verbindung zwischen der HNO-Heilkunde und der Phoniatrie/Pädaudiologie und trat zum Beispiel schon früh für die integrative Betrachtung funktioneller und organischer Störungen des Stimmapparates ein. Er hat damit in Leipzig ideale Voraussetzungen für eine enge, ver-



Prof. Dr. med. habil. Wolfram Behrendt

trauensvolle und auf Augenhöhe agierende Zusammenarbeit zwischen den beiden Fachgebieten geschaffen, die sehr intensiv bis heute fortwirkt und von der wir in besonderer Weise profitieren.

Landmarken seiner wissenschaftlichen Karriere sind die Promotion über „Das Spätschicksal des Bronchialkarzinoms“ (1957) und seine Habilitation über „Immunhistochemische und planimetrische Untersuchungen zur Antikörperbildung der Tonsille“ (1967). Im Zentrum seines Interesses standen die Erforschung der Kinder- und Jugendstimme sowie der erwachsenen Sängerstimme, der chronischen Laryngitis und der Vorstadien der Larynxkarzinome. Seine Wirkung als ausgewiesener und international anerkannter Wissenschaftler der Leipziger Universität widerspiegelt sich in über 100 Vorträgen, ca. 70 Veröffentlichungen, einem Buch über die chronische Laryngitis sowie der Betreuung von vier Habilitanden, über 30 Promovenden und zahlreichen Diplomanden. Seine Ernennung zum Universitätsprofessor neuen Rechts erfolgte 1992. Unter seiner Leitung wurden in den Jahren 1979 bis 1999 acht internationale Phoniatriesymposien organisiert.

Sein besonderes Engagement galt und gilt bis heute den kehlkopfflosen Patienten. Während seiner gesamten Tätigkeit verband ihn eine vertrauens-

und verständnisvolle Zusammenarbeit mit dem Bundes- und Landesverband der Kehlkopffoperierten. In seiner klinischen Tätigkeit erlebten ihn seine Kollegen und Schüler als empathischen Arzt und aufrichtigen und humorvollen Menschen mit einer couragierten, charismatischen Ausstrahlung – gerade auch in den politisch schwierigen Zeiten. Er stand immer hinter seinen Mitarbeitern und setzte sich für sie ein. Nach der Wiedervereinigung Deutschlands wirkte er in der Initiativgruppe zur demokratischen Erneuerung der Universität, war Mitglied des Fakultätsrates und Sprecher der Direktorenkonferenz. Viele Jahre engagierte er sich ebenso für die Selbstverwaltung und war über mehrere Wahlperioden Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer und Mitglied zahlreicher Ausschüsse. Zusätzlich zu seiner Funktion als Leiter der selbständigen Abteilung für Phoniatrie und Pädaudiologie übernahm er das Amt des kommissarischen Klinikdirektors von 1992 bis 1995. In diesen Jahren leitete er die umfangreiche Rekonstruktion und den Umbau der Leipziger Universitäts-HNO-Klinik.

Prof. Dr. Behrendt ist Ehrenmitglied zahlreicher europäischer phoniatischer Fachgesellschaften und pflegt auch nach seiner Emeritierung enge freundschaftliche Kontakte zu vielen europäischen Kollegen. Von 1999 bis 2001 war er Präsident der Union der Europäischen Phoniater. Stellvertretend für seine zahlreichen Auszeichnungen seien das Bundesverdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland, der Preis für Medizin der Stadt Leipzig, die Gutzmann-Medaille sowie die Purkinje-Medaille genannt.

Wir gratulieren dem Jubilar auch im Namen seiner ehemaligen Mitarbeiter sehr herzlich. Ad multos annos.

Prof. Dr. med. habil. Michael Fuchs
Prof. Dr. med. Andreas Dietz
Prof. Dr. med. habil. Eberhard Meister

Unsere Jubilare im Januar 2015 – wir gratulieren!

	60 Jahre				
03.01.	Dr. med. Böhlitz, Rüdiger 04288 Leipzig	18.01.	Dipl.-Med. Queck, Beate 08064 Zwickau	28.01.	Dr. med. Walter, Christine 01445 Radebeul
03.01.	Dr. med. Müller, Peter 08056 Zwickau	19.01.	Prof. Dr. rer. nat. Dr. med. Höckel, Michael 04105 Leipzig	29.01.	Dr. med. Andreaä, Ellen 08427 Fraureuth
03.01.	Dipl.-Med. Richter, Petra 09569 Falkenau	19.01.	Winter, Hannelore 01309 Dresden	29.01.	Dr. med. Mirschinka, Ernst-Ulrich 02708 Löbau
03.01.	Dipl.-Med. Schmidt, Petra 08236 Ellefeld	20.01.	Dipl.-Med. Laugkner, Brigitte 08451 Crimmitschau	30.01.	Dr. med. Riedel, Ingeburg 08209 Rebersgrün
03.01.	Dr. med. Stupka, Brigitte 02827 Görlitz	20.01.	Dr. med. Teichmann, Barbara 04299 Leipzig	30.01.	Strehle, Heidrun 01662 Meißen
04.01.	Dr. med. Thiele, Jutta 01814 Rathmannsdorf	22.01.	Elfers, Eva-Sabine 02977 Hoyerswerda	31.01.	Dipl.-Med. Reinecke, Elisabeth 01129 Dresden
06.01.	Dr. med. Steiniger, Dietrich 08209 Auerbach	25.01.	Dr. med. Reimer, Wolfgang 09306 Seelitz		75 Jahre
07.01.	Dr. med. Thiel, Michael 04435 Schkeuditz	28.01.	Dr. Borghol, Hassan 01744 Dippoldiswalde	01.01.	Brümmer, Hermann 09114 Chemnitz
08.01.	Dr. med. Berger, Matthias 02625 Bautzen-Niederkaina	31.01.	Dr. med. Bäßler, Gabriele 01468 Moritzburg	02.01.	Dr. med. Hölling, Ursula 04416 Gaschwitz
09.01.	Dr. med. Krauß, Rüdiger 08412 Werdau	31.01.	Dipl.-Med. Wagner, Gertraude 04435 Schkeuditz	03.01.	Dr. med. Fromm, Gisela 04416 Markkleeberg
10.01.	Dr. med. Naumann, Lutz 09575 Eppendorf		70 Jahre	03.01.	Dr. med. Henßge, Gesine 01239 Dresden
11.01.	Dipl.-Med. Redlich, Angelika 15907 Lübben	02.01.	Dr. med. Schreiber, Almut 01309 Dresden	03.01.	Dr. med. Marx, Rudolf 09648 Mittweida
14.01.	Dr. med. Ackermann, Angela 04680 Colditz	03.01.	Dr. med. Bönisch, Karla 01824 Gohrlich	04.01.	Dr. med. Hausmann, Ursula 01259 Dresden
15.01.	Dr. med. Ehrhardt, Sylvia 01796 Pirna	03.01.	Dr. med. Hering, Bernd 01768 Glashütte	07.01.	Dr. med. Jannasch, Johannes 02625 Bautzen
15.01.	Dipl.-Med. Pilz, Monika 04179 Leipzig	04.01.	Dr. med. Gerewitz, Annelie 04289 Leipzig	07.01.	Dr. med. Werler, Günther 08412 Werdau
17.01.	Dr. med. Anikejew, Gabriele 04552 Wyhratal OT Neukirchen	04.01.	Teichmann, Siegrun 04289 Leipzig	08.01.	Dr. med. Anstock, Christoph 08209 Auerbach
18.01.	Prof. Dr. med. habil. Stölzel, Ulrich 09661 Striegistal	05.01.	Dr. med. Mehner, Gunter 01328 Dresden	08.01.	Schurig, Karl 04720 Döbeln
20.01.	Dipl.-Med. Hartwig, Matthias 04349 Leipzig	06.01.	Dr. med. Dunger, Wolfram 02625 Bautzen	09.01.	Dr. med. Dietze, Günter 09125 Chemnitz
22.01.	MUDr. Nawka, Petr 01309 Dresden	07.01.	Dr. med. Bürkner, Krista 01705 Pesterwitz	09.01.	Dr. med. Schmieder, Christine 09131 Chemnitz
22.01.	Dr. med. Richter, Barbara 04435 Schkeuditz	09.01.	Dipl.-Med. Gruner, Annelie 01728 Bannewitz	10.01.	Dr. med. Huster, Karl 04329 Leipzig
24.01.	Dipl.-Med. Krohn, Susanne 02708 Löbau	11.01.	Jendryschik, Ursula 04416 Markkleeberg	11.01.	Gramling, Hanna 08237 Steinberg/ OT Wernesgrün
24.01.	Dipl.-Med. Rasenberger, Adelheid 04509 Delitzsch	12.01.	Dipl.-Med. Schubert, Herbert 09573 Augustusburg	13.01.	Dr. med. Fritzsche, Helga 08064 Zwickau
24.01.	Dr. med. Wendt, Bettine 01187 Dresden	13.01.	Dr. med. Stoermer, Dietmar 02977 Hoyerswerda	13.01.	Dr. med. Uhlig, Waltraud 01189 Dresden
25.01.	Dr. med. Gotzmann, Peter 01097 Dresden	14.01.	Schuster, Doris 01445 Radebeul	13.01.	Dr. med. Vater, Heinz 04683 Naunhof
25.01.	Dipl.-Med. Prasser, Carmen 01768 Glashütte	15.01.	Pieper, Inken 02827 Görlitz	14.01.	Dr. med. Haym, Johannes 09496 Marienberg
	65 Jahre	17.01.	Dr. med. Steuer, Erika 08112 Wilkau-Haßlau	14.01.	Dr. med. Jänisch, Gerd 02991 Leippe-Torno
04.01.	Dr. med. Burkhardt, Gabriele 01612 Nünchritz	18.01.	Dr. med. Fritzsche, Christa 01099 Dresden	15.01.	Dr. med. With, Adolf 02736 Beiersdorf
06.01.	Dr. med. Hiller, Christine 01705 Freital	18.01.	Dr. med. Keller, Ursula 09127 Chemnitz	16.01.	Fritzsche, Rosemarie 01239 Dresden
06.01.	Dr. med. Leucht, Vera 01640 Coswig	21.01.	Hassenzahl, Christine 01279 Dresden	16.01.	Prof. Dr. med. habil. Schneider, Peter 04275 Leipzig
13.01.	Dr. med. Ladstätter, Hans 01259 Dresden	22.01.	Dr. med. Voigt, Helge 04229 Leipzig	17.01.	Dr. med. Degenhardt, Tilo 08058 Zwickau
16.01.	Dr. med. Adler, Klaus 04129 Leipzig	24.01.	Dr. med. Pistol, Wilfried 08315 Bernsbach	19.01.	Prof. Dr. med. Morgenstern, Rainer 09337 Hohenstein-Ernstthal
		24.01.	Zabojova, Maria 35002 Cheb	21.01.	Dr. med. Lantsch, Hubertus 01307 Dresden
		25.01.	Schlosser, Elke 08525 Plauen	21.01.	Dr. med. Petzold, Regina 01326 Dresden

- 22.01. Dr. med.
Döllmann, Mathilde
01324 Dresden
- 22.01. Dr. med.
Kupetz, Gerd-Wolfgang
08280 Aue
- 22.01. Prof. Dr. med. habil.
Remke, Harald
04157 Leipzig
- 22.01. Dr. med. Wander, Rainer
07985 Elsterberg
- 23.01. Dr. med. Hofmann, Dietrich
09114 Chemnitz
- 24.01. Dr. med. Nowy, Eva-Maria
02827 Görlitz
- 24.01. Dr. med. Seifert, Hans-Ulrich
01187 Dresden
- 27.01. Dr. med. Stamm, Margarete
09557 Flöha
- 28.01. Dr. med. Bley, Jürgen
04157 Leipzig
- 28.01. Dr. med. habil.
Zwingenberger, Wolfgang
08359 Breitenbrunn
- 30.01. Dr. med. Hoßbach, Karla
04159 Leipzig
- 30.01. Dr. med. Kögler, Karl
08606 Oelsnitz
- 30.01. Dr. med. Töpfer, Jutta
01705 Freital
- 31.01. Dr. med. Gelpke, Bärbel
01307 Dresden
- 31.01. Dr. med. Gräßner, Helga
08060 Zwickau
- 31.01. Dr. med.
Schmidt, Gertraude
09517 Zöblitz
- 80 Jahre**
- 01.01. Dr. med. Mälzer, Georg
04157 Leipzig
- 02.01. Dr. med. Hilpert, Lothar
04860 Torgau
- 03.01. Dr. med. Seidel, Gerda
04157 Leipzig
- 03.01. Trobisch, Klaus
01445 Radebeul
- 10.01. Meißner, Hannelore
04317 Leipzig
- 11.01. Dr. med. habil.
Hammer, Hans-Joachim
04435 Schkeuditz
- 15.01. Doz. Dr. sc. med.
Gautsch, Helga
01900 Brettnig-Hauswalde
- 15.01. Prof. Dr. med. habil.
Dr. med. dent.
Hochstein, Hans-Jürgen
04808 Nischwitz
- 16.01. Dr. med. List, Achim
08112 Wilkau-Haßlau
- 18.01. Griebach, Christine
02785 Olbersdorf
- 20.01. Dr. med. Scheibner, Brigitte
02797 Lückendorf
- 21.01. Dr. med. Frach, Renate
01324 Dresden
- 24.01. Dr. med. Baumann, Eva
01662 Meißen
- 26.01. Dr. med. Bartsch, Ingrid
04289 Leipzig
- 26.01. Dr. med. Raschick, Christine
04279 Leipzig
- 27.01. Dr. med. Thiele, Ingeborg
04157 Leipzig
- 28.01. Prof. Dr. med. habil.
Müller, Fritz
04277 Leipzig
- 29.01. Dr. med. Sauer, Ilse
09599 Freiberg
- 29.01. Dr. med. Tützer, Frank
08451 Crimmitschau
- 31.01. Dr. med.
Tuchscheerer, Gertraude
01279 Dresden
- 81 Jahre**
- 01.01. Dr. med. Werner, Irmgard
01445 Radebeul
- 04.01. Dr. med. habil.
Schleusing, Michael
04769 Mügeln
- 06.01. Dr. med.
Fernschild, Adelgund
04317 Leipzig
- 20.01. Dr. med. Burtzik, Karin
04318 Leipzig
- 20.01. Dr. med. Kratzsch, Peter
02625 Bautzen
- 20.01. Dr. med. Scharfe, Peter
01259 Dresden
- 20.01. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Thiele, Gerhard
04157 Leipzig
- 20.01. Dr. med.
Tischendorf, Heinz
09573 Augustusburg
- 26.01. Dr. med. Orda, Ursula
08523 Plauen
- 28.01. Dr. med. Stürzbecher, Klaus
04155 Leipzig
- 29.01. Dr. med.
Meinerzhagen, Klaus
01705 Freital
- 30.01. Dr. med. England, Manfred
04103 Leipzig
- 30.01. Dr. med.
Schmidt, Hannelore
04109 Leipzig
- 82 Jahre**
- 02.01. Leichsenring, Manfred
09496 Marienberg
- 11.01. Dr. med. Fiebiger, Sonja
01187 Dresden
- 27.01. Dr. med. Kretschmar, Eva
02730 Ebersbach-Neugersdorf
- 30.01. Dr. med. Pötzsch, Renate
09130 Chemnitz
- 31.01. Gründel, Gerda
04318 Leipzig
- 83 Jahre**
- 14.01. Dr. med. di Pol, Gerhard
04155 Leipzig
- 17.01. Dr. med. Köhler, Marianne
08066 Zwickau
- 22.01. Dr. med. Schindler, Peter
01307 Dresden
- 28.01. Prof. Dr. med. habil.
Bilek, Karl
04317 Leipzig
- 84 Jahre**
- 02.01. Dr. med. Weißbach, Renate
08371 Glauchau
- 03.01. Dr. med. Schulz, Hans-Jürgen
04838 Eilenburg
- 07.01. Dr. med. Holfert, Manfred
01705 Freital
- 18.01. Dr. med. Herrig, Ruth
09127 Chemnitz
- 23.01. MUDr. Benetka, Alois
08058 Zwickau
- 25.01. Prof. Dr. med. habil.
Baerthold, Wolfgang
01187 Dresden
- 85 Jahre**
- 02.01. Dr. med. Hettmer, Helmut
04860 Torgau
- 13.01. Dr. med. Thierbach, Volker
04157 Leipzig
- 86 Jahre**
- 04.01. Dr. med. Haberland, Rolf
01589 Riesa
- 05.01. Dr. med.
Meier, Hans-Joachim
09366 Stollberg
- 07.01. Dr. med. habil.
Lehnert, Wolfgang
01445 Radebeul
- 23.01. Dr. med. Thomas, Brigitte
01640 Coswig
- 24.01. Dr. med. Donath, Rolf
01731 Kreischa
- 28.01. Dr. med. Heinrich, Ursula
01796 Pirna
- 87 Jahre**
- 01.01. Dr. med. Kipke, Lothar
04821 Waldsteinberg
- 10.01. Dr. med. Suchert, Gerhard
01825 Liebstadt
- 27.01. Dr. med. Thiem, Walter
01099 Dresden
- 88 Jahre**
- 17.01. Dr. med. Karwath, Werner
09456 Annaberg-Buchholz
- 89 Jahre**
- 01.01. Prof. Dr. med. habil.
Aßmann, Dietmar
01796 Pirna
- 90 Jahre**
- 08.01. Dr. med. Kliemant, Günter
01612 Nünchritz
- 22.01. Dr. med. Bulang, Benno
02625 Bautzen
- 92 Jahre**
- 31.01. Dr. med.
Kliemant, Hans-Jürgen
01662 Meißen
- 94 Jahre**
- 18.01. Dr. med. Herzog, Eleonore
01728 Bannewitz
- 95 Jahre**
- 28.01. Dr. med. Lorenz, Irene
01069 Dresden
- 96 Jahre**
- 02.01. Dr. med. Patzelt, Oskar
04808 Wurzen

Drei Jahrtausende Graphik im Dienste der Wissenschaft

Kulturgeschichtliche Abteilung der Internationalen Ausstellung für Buchgewerbe und Graphik, Leipzig 1914

Im Jahr 2014 gedenken wir des Ausbruchs des Ersten Weltkrieges 1914, einer europäischen Katastrophe, deren Folgen das gesamte 20. Jahrhundert überschatteten.

Doch gab es 1914 auch ein Ereignis, das – wenn auch durch den Kriegsausbruch zum Ende hin beeinträchtigt – ein großes kulturelles Ereignis für die gesamte internationale „Welt des Buches“, für Buchgewerbe, Graphik und Buchkunst darstellte: die erste Internationale Ausstellung für Buchkunst und Graphik in Leipzig (Bugra).

Überlegungen zur Durchführung einer solchen Weltausstellung hatte es bereits seit 1882 in Leipzig, dem damaligen internationalen Zentrum von Buchherstellung und Buchhandel, gegeben. Der Deutsche Buchgewerbeverein mit Sitz in Leipzig als



Abb. 2: Blick vom Haupteingang der Bugra zum Völkerschlachtdenkmal, Postkarte 1914

Vertreter der technischen und künstlerischen Interessen des gesamten Buchgewerbes schritt schließlich aus einem besonderen Anlass zur Realisierung des immer wieder verschobenen Projektes: 1914 feierte die als eine der ältesten deutschen Kunsthochschulen 1764 in Leipzig gegründete „Akademie für Malerei“ (seit 1900 „Königliche Akademie für graphische Künste und Buchgewerbe“, seit 1947 „Hochschule für Grafik und Buchkunst“) ihr 150-jähriges Bestehen.

Der Begriff „Buchgewerbe“ wurde bei der Ausstellungsplanung sehr weit gespannt, er umfasste nicht nur alle mit Herstellung und Vertrieb des Buches einschließlich Fabrikation der Materialien und Maschinen befassten Gewerbe, sondern auch die graphischen Künste, die Photographie und die Reproduktionsverfahren, schließlich alle Gebiete der graphischen Kunst, die sich an Liebhaber und Sammler wandten.

Die Ausstellung auf einem etwa 50 ha großen Areal zu Füßen des Völkerschlachtdenkmal mit den Hallen der Sachgruppen und Pavillons der teilnehmenden Nationen nach dem Vorbild der Weltausstellungen sollte nicht nur eine große Fachausstellung darstellen, sondern – so im Vorwort des Ausstellungskataloges – ein Dokument „der geistigen Kultur aller Völker und Zeiten“ sein. Entsprechend bildete eine „Halle der Kultur“ den ideellen Mittelpunkt der Bugra.

Die in dieser großen Betonhalle (später Halle 16 der Leipziger Technischen Messe, dann „Pantheon“, jetzt „Eventpalast“) untergebrachte Kulturhistorische Abteilung bedeutete eine wissenschaftliche Leistung, an der etwa 600 Gelehrte und Wissenschaftler beteiligt waren. Ein Ausschuss unter Leitung des Leipziger Historikers Geh. Hofrat Prof. Dr. phil. Dr. h.c. mult. Karl Gotthard Lamprecht (1856 – 1915) koordinierte die Arbeit. Ihr Ziel war es „die Mittel vorzuführen, deren sich die Menschheit in ihrer so verschiedenartigen Entwicklung bedient hat, um ihre ursprünglich sehr geringe Beherrschung des Raumes und der Zeit zu erweitern. [...] Die wichtigsten Mittel zur Steigerung und Festigung der Herrschaft über Raum und Zeit sind Schrift und Druck“, wie es im Amtlichen Führer zur Ausstellung hieß. Für den Ausstellungsteil „Drei Jahrtausende Graphik im Dienste der Wissenschaft“ in der „Halle der Kultur“ konnte der Direktor des Instituts für Geschichte der Medizin an der Universität Leipzig, Professor Dr. Karl Sudhoff (1853 – 1938), gewonnen werden, der sich bereits durch die Gestaltung der historischen Abteilung der Internationalen Hygiene-Ausstellung in Dresden 1911 als Ausstellungsexperte einen Namen gemacht hatte.

Für seine Ausstellung auf der Bugra konnte Sudhoff zwar auch eigene Sammlungsgegenstände bzw. Expo-



Abb. 1: Plakat der Bugra, Sammlung der Verfasserin



Abb. 5: Karl Sudhoff

nate aus der Sammlung des medizinhistorischen Institutes verwenden, doch musste er darüber hinaus auf die Bestände zahlreicher Museen, Bibliotheken, anderer Institutionen und Privatsammlungen zurückgreifen, was in der Vorbereitungsphase eine intensive Korrespondenz bedeutete. Bis aus Oxford, Genf, Kopenhagen, Athen, Florenz, Wien und New York wurden Ausstellungsstücke herbeigeschafft; dabei ging es nicht nur um die Ausleihe passender Exponate oder die Bestellung von Kopien oder Repliken, sondern auch um die sachgerechte und sichere Unterbringung wertvoller Originalien während der Ausstellung und um Versicherungs- und Transportfragen. Die Korrespondenz mit Leihgebern, Fotografen, Reproduktionsanstalten und der technischen Leitung des Projektes gibt einen lebhaften Eindruck von den damit verbundenen Schwierigkeiten.

Im Mai 1914 wurde die Bugra eröffnet, und die „Halle der Kultur“ mit Sudhoffs Sonderausstellung über die wissenschaftliche Graphik entwickelte sich zu einem Publikumsmagneten. Insgesamt zählte man auf der Bugra etwa 2,3 Millionen Besucher! Sudhoff hatte seine Ausstellung nach Wissenschaftsgebieten und nicht nach Etappen der Wissenschaftsentwicklung geordnet, wofür er folgende Begründung angab:

„Die Wanderung durch die 3.000 Jahre graphischen wissenschaftlichen Gutes, das wir dem Beschauer und Leser zu bieten vermochten [...], haben wir leider aus zwingenden Gründen nicht dadurch ausdrucksreicher und eindrucksvoller zu gestalten vermocht, dass wir die einzelnen Zeiten und Kulturkreise mit ihrem gesamten graphischen Gute im Zusammenhang vorführen. Wir mussten der Klarheit und Übersichtlichkeit halber uns dem Zwange fügen, die Vorführung nach Disziplinen bzw. Wissenschaftsgebieten zu gliedern und bei jedem derselben die gesamte Entwicklung von den ältesten Zeiten bis zum Ende des 15. Jahrhunderts darzuweisen. Was an Reiz verloren ging, wurde an Klarheit und Übersichtlichkeit wieder gewonnen.“

Zeitlich schloss Sudhoff also um 1600 ab.

Obwohl die im Amtlichen Führer für die Halle der Kultur überlieferten Fotos von mangelhafter Qualität sind, geben sie doch auch einen Eindruck von den Räumen, die Sudhoff (wahrscheinlich allein mit zwei seiner Doktoranden und nicht gerade modernen museologischen Vorstellungen entsprechend) gestaltet hatte.

Raum 1 war „Erd- und Himmelsbild“ überschrieben und enthielt von den ältesten Karten aus babylonischer und ägyptischer Zeit gedruckte Ptolemäus-Ausgaben, Beatuskarten,

Herfordkarten, eine Weltkarte aus arabischer Kosmographie, Karten aus mittelalterlichen englischen und französischen Klöstern und sogar die im späten 12. Jahrhundert entstandene, auf eine spätantike Vorlage zurückgehende Straßenkarte des Römischen Reiches, die berühmte Tabula Peutingeriana (Codex Vindobonensis 324; allerdings zeigte Sudhoff das Faksimile von Konrad Miller aus dem Jahr 1887). Ergänzt wurde das „Erdbild“ weiterhin durch Kartenskizzen von Leonardo da Vinci und Seekarten vom Ende des 15./Anfang des 16. Jahrhunderts.

Bei der Graphik zum „Himmelsbild“ sah man zum Beispiel eine Keilschrifttafel mit der Schleifenbahn der Planeten oder die Wiedergabe babylonischer Sternbilder, aber auch peruanische Zeichnungen von Sternbildern und Sterngottheiten und Stern- und Kalenderbilder der Azteken und Maya. Neben zahlreichen Sternbildern aus europäischen und arabischen Handschriften fand sich das astronomische und astrologische Material des Mittelalters, und in einer Vitrine waren astronomische Inkunabeln ausgestellt.

Raum 2 war „Mathematische, Physikalische und Chemische (Alchemistische) Graphik, Architektur“ überschrieben.

Der Betrachter sah hier vom Tempelgrundriss aus altbabylonischer Zeit



Abb. 3: Russischer Pavillon, Postkarte 1914



Abb. 4: Halle der Kultur, Postkarte 1914

und dem Plan eines ägyptischen Königsgrabes über einen antiken Bau-Aufriss den Plan des Tempels von Jerusalem und den Plan des Klosterneubaus St. Gallen, aber auch verschiedene mittelalterliche Bauzeichnungen der Dombaumeister. Hier zeigte Sudhoff auch Abbildungen aus den „Elementen“ des Euklid und aus den Werken des Archimedes, Zeichnungen der berühmten pneumatischen Apparate des Heron von Alexandria, Abbildungen zur Optik aus dem „Opus majus“ des Roger Bacon und auch Leonardo da Vincis Zeichnungen zu verschiedenen mechanischen Versuchen, darunter zu seinen berühmten Flugapparaten. Darstellungen chemischer und alchemistischer Apparate reichten zeitlich vom späten Hellenismus über die syrischen und arabischen Handschriften des Mittelalters bis zur Alchemie des 14. und 15. Jahrhunderts.

Im Raum 3 zu „Botanik und Zoologie“ sah man Zeichnungen von der ersten wissenschaftlichen Expedition der Menschheitsgeschichte, der großen Expedition von Königin Hatschepsut ins Weihrauchland Punt um 1500 v. Chr. Zu bewundern waren u.a. auch die Illustrationen zur Arzneimittellehre des Dioskurides, um 500 in Konstantinopel für die Prinzessin Juliana Anicia ausgeführt, Zeichnungen von Arzneipflanzen (darunter zahlrei-

che Darstellungen der geheimnisvollen Alraune), Pflanzenzeichnungen in den Handschriften des Pseudo-Apulejus, die künstlerische Wiedergabe von Pflanzen in Buchillustration und freier Graphik und schließlich die ersten gedruckten Herbarien.

Bei den Tierbildern wurde sogar bis in die Steinzeit zurückgegangen, dann folgten Zeichnungen vom Nil, vom Euphrat und aus Alt-Amerika, und unter dem Seetierfries von der Expedition der Hatschepsut sah der Betrachter weitere Tierbilder, auch aus dem Dioskurides der Anicia und aus Bestiarien. Vor allem der Schönheit der Darstellung wegen widmete Sudhoff eine ganze Wand der Tierdarstellung in der Antike – bis zu einem gebändigten Ross vom Parthenonfries. Hier sah man auch zahlreiche Tierdarstellungen in pharmakologischen Handschriften aus hellenistischer Zeit, als giftig erkannte oder als solche angesehene Tiere, sodann Illustrationen zu Tierfabeln, Abbildungen in Bestiarien und Naturgeschichten des Mittelalters bis zu Konrad Gesners Tierbüchern und Tierdarstellungen von Holbein und Dürer.

Im Raum 4, welcher der Medizin gewidmet war, begann Sudhoff mit der Künstleranatomie von Leonardo da Vinci, Raffael, Dürer und anderen. Zahlreiche alte Abbildungen hatten

vornehmlich Lehrzwecken gedient, zum Beispiel Bilder und Schemata zu Organen, Abbildungen zum Anlegen von Verbänden, von Methoden zur Einrenkung von Gelenken, zur Durchführung von Operationen, aber auch umfangreiches Material für den Hebammenunterricht, unter anderem Kindslagenbilder. Aus Spätantike und Mittelalter stammten die zahlreichen prognostischen Behelfe, wie Tierkreiszeichenmänner, Aderlassmänner, Scheiben zur Harndiagnostik oder Brennstellenbilder.

Im August 1914 fragte Präsident Volkmann bei den Leihgebern für die Halle der Kultur an, ob sie für das geplante neue Deutsche Buchgewerbe- und Schriftmuseum eventuell ihre Leihgaben stiften oder verkaufen würden, da es bereits durch Stiftungen gelungen sei, einen großen Teil der Gegenstände in der Kulturhalle für das geplante Museum zu erwerben.

Doch der Ausbruch des Krieges durchkreuzte alle weiteren Pläne. Es konnte bislang nicht festgestellt werden, ob alle Leihgaben noch vor Kriegsausbruch an die entsprechenden Besitzer zurückgegeben werden konnten bzw. welche Stücke in das erwähnte Museum übergingen.

Die Ausstellung blieb, wie geplant, zwar bis Oktober 1914 geöffnet, doch ließ mit Kriegsbeginn der Besucherstrom deutlich nach, und die nun „feindlichen Mächte“ England, Frankreich, Belgien, Russland, aber auch Japan schlossen früher ihre Ausstellungen.

Internationale Buchkunstausstellungen fanden wieder, wenn auch nicht mehr in diesem großen Rahmen, in Leipzig bis 1989 statt. Die Bugra 1914 jedoch war in ihrem umfassenden Ansatz, ihrer Internationalität und vor allem durch ihren kulturhistorischen Schwerpunkt ein einmaliges Ereignis, an das zum 100-jährigen Jubiläum in diesem Jahr erinnert werden sollte.

Quellen und Literatur bei der Verfasserin
Prof. Dr. med. habil. Ingrid Kästner, Leipzig

Eine Sturmbahn für unsere Schule

Am 19. Januar 1983 fand in Rothenkirchen eine Gemeindevertretersitzung statt. Auf der Tagesordnung standen unter anderem Beratungen zum Haushaltplan, Jugendförderungsplan und zum Wettbewerb. Unter Punkt 1.10 war formuliert: „Auf dem ehemaligen Bahnkörper der Schmalspurbahn von Schülern und FDJlern der Oberschule in unmittelbarer Nähe des Schulgeländes eine 200-Meter-Kampfbahn für Wehrsportveranstaltungen errichten“. Ich dachte „Im Jahr des Schul- und Heimatfestes eine Sturmbahn für unsere Schule? Für 16.500 Mark? Brauchen wir das für unsere Kinder?“. Als Vorsitzender der Sozialkommission, als einziger Gemeindevertreter, lehnte ich ab. „Wenn ich mein Mandat als Abgeordneter ernst nehme und die Bevölkerung des Ortes vertrete, so fühle ich mich verpflichtet und handle im Wählerauftrag, wenn ich diese gemeinsame Konzeption zum Wettbewerb wegen des Projektes ‚Sturmbahn‘ ablehnen muss!“

Das kreidebleiche, wutverzerrte Gesicht eines Funktionärs prägte sich tief in mir ein. Es folgten Aussprachen. Der Kreisarzt, ein IME (IM-Experte), formulierte in seinem Bericht: „Er konnte den Vorwurf der versteckten pazifistischen Haltung nicht widerlegen“. Diese Ablehnung hätte für mich und meine Familie zu ernsthaften Konsequenzen führen können. Viereinhalb Jahre, von 1984 – 1988 war ich wegen „mündlich negativen Äußerungen“ (!) von der Stasi, vom Leiter der Dienststelle Auerbach, OTL Kreher und dem Stabschef beim Volkspolizei-Kreisamt Auerbach, IMS „Frieder Beckert“ (IM-Spezialist), für ein Internierungslager erfasst worden.

In der Direktive 1/67 des Ministerium für Staatssicherheit (MfS) wurden unter der Kennzeichnung SV 1000/68 Personen registriert, die im Krisenfall oder bereits vorher zu internieren sind. Und ich war dabei! Meine Begründung der Ablehnung der Sturmbahn für unsere Kinder



Ausstellungsplakat: Spezifische Maßnahmen des MfS gegen Andersdenkende

war als mündlich-negative Äußerung und politisch-ideologische Diversion beurteilt worden.

In diesem Fall hätte es an der Haustür geklingelt, aber niemand wäre draußen gewesen: „Herr Doktor kenne se net mal kumme?“, sondern da wären vier Personen erschienen, ausgerüstet mit Schlagstock und MP: „Sie sind verhaftet, Sie haben mitzubringen einmal Wäsche zum Wechseln und für einen Tag Verpflegung!“

Man denkt sicher zunächst, man ist im falschen Film. Wäsche und Proviant packen und dann mitkommen. Innerhalb von 24 Stunden waren diese „Übeltäter“, zu denen auch ich gehört hätte, dem zentralen Internierungslager Gitter I, der Augustusburg bei Karl-Marx-Stadt, heute

Chemnitz, zuzuführen. Bei einer Kapazität von 6.000 Plätzen einschließlich der Kasematten waren schon 5.000 Plätze für diese „Bösewichte“ reserviert, aber jeder fünfzigste war wiederum ein Stasi-Spitzel. Als Wachpersonal war dazu die Betriebs-Kampfgruppe 173 „Max Roscher“ des VEB Strumpfkombinates „Esda“ vorgesehen.

In weiteren Berichten der Stasi-Dienststellen wurde ich „als operativ interessante Person und Schlüsselfigur pazifistischer Kreise in der Gemeinde Rothenkirchen“ bezeichnet. Unsere Post wurde kontrolliert. Zu unserem Wohnhaus war eine ausführliche Lage- und Objektbeschreibung vorgenommen worden. Zu meiner Person, meiner Ehefrau, unserer Tochter (7. Klasse!), unserem

Was bedeutet " Spezifische Maßnahmen des MfS gegen Andersdenkende " ?
 Festnahme, Isolierung, Überwachung - wer, wann, wie, warum, wofür ?
 Befehle, Planung, Durchsetzung, Verantwortung - wer war für was zuständig ?

Derartige Fragen und die Möglichkeit, selbst von solchen " Maßnahmen " betroffen zu sein, beschäftigen seit dem Sturz der SED-Diktatur viele Bürgerinnen und Bürger.

Bereits 1990 versuchten die Komitees zur Auflösung des MfS/AfNS darauf Antworten zu finden. Die damaligen Untersuchungen stützten sich auf die zu diesem Zeitpunkt vorliegenden Beweisdokumente sowie auf Befragungen der zu DDR-Zeiten Verantwortlichen. Im Zuge der Aufarbeitung der MfS-Unterlagen sind weitere Akten gefunden worden, die eine umfassendere Darstellung dieser Problematik ermöglichen.
 Neben den bisherigen Veröffentlichungen zum Thema " Isolierungslager in der DDR " stellt die Außenstelle Chemnitz des Bundesbeauftragten für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes der ehemaligen DDR eine Dokumentation vor, die anhand authentischer Belege die Erkenntnisse erweitern sollen.

Aus der Direktive 1/67 erfährt der Besucher Wissenswertes über den geschichtlichen Hintergrund sowie Inhalt und Ziel der Mobilmachungsarbeit des Ministeriums für Staatssicherheit in Spannungsperioden und im Verteidigungszustand.
 Insbesondere sollen die Planungen des MfS im bevölkerungsreichsten Bezirk der DDR, Karl-Marx-Stadt, zur Festnahme, Isolierung und Überwachung Andersdenkender in Wort und Bild dem Besucher gezeigt werden.
 Jeder Bürger, der von der vorgegebenen Linie der Staats- und Parteiführung abwich, konnte ins Visier der Staatssicherheit geraten. Insgesamt waren 1988 ca. 85000 Bürger in der DDR im Kennziffernsystem des Vorbeugekomplexes eingeordnet. Rund ein Drittel davon waren im Bezirk Karl-Marx-Stadt zu Hause.
 In der MfS-Bezirksverwaltung Karl-Marx-Stadt erfolgte die Erfassung solcher Personen vielfach in einem eigens dafür angelegten Sondervorgang XIV 1000/68. Unter der Kennziffer 4.1.3. waren ca. 5000 Menschen zur Isolierung vorgesehen.

Die Augustusburg, in der Nähe der Stadt Chemnitz im Landkreis Freiberg gelegen, war als zentrales Isolierungsobjekt " Gitter I " geplant.

Aufgrund der Komplexität der Zusammenhänge sind zur Verdeutlichung längere Textpassagen aus den MfS-Unterlagen in die Gestaltung einbezogen worden. Bewußt wurde auf jegliche Kommentierung verzichtet. Sie bleibt allein dem Ausstellungsbesucher überlassen.

DER BUNDESBEAUFTRAGTE
 für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes
 der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik
 Außenstelle Chemnitz
 Jagdschänkenstraße 56
 09117 Chemnitz
 Tel. 03 71/8 00 10

Öffnungszeiten der Ausstellung

Mo. bis Do. 7.00 - 17.00 Uhr
 Fr. 7.00 - 14.30 Uhr
 Sa. 8.00 - 13.00 Uhr

Sohn (2. Klasse!), den Schwiegereltern und meinen Eltern hatte man Dateisätze angelegt!
 Im Mai 1987 wurde ein Ermittlungsbericht über mich und meine Familie verfasst. Er war absolut positiv, aber es änderte sich nichts. Am 7. Dezember 1987 wurde erneut ein ausführlicher, mehrseitiger Bericht erstellt. Daraufhin wurde am 6. Dezember 1988 – ein Jahr später – mein „Erfassungsverhältnis“ bei der Stasi geändert. Ich wurde aus dem SVG 1000/68 (Internierung) „herausgelöst“ und der Erfassungsart „V“ wie Vorverdichtung zugeordnet. Der Verfasser dieser beiden Berichte hat im Gegensatz zu allen anderen Personen, die Klarnamen liegen mir vor, mit seinem Namen unterschrieben. Bei ihm habe ich mich bedankt! Er war der einzige, der in all den Jahren vernunftbegabt dachte!
 Mielkes Gesellen konnten letztendlich dieses System nicht retten. Der Chef der Bezirksverwaltung Karl-Marx-Stadt der Staatssicherheit resignierte. Das Tonbandprotokoll der letzten Sitzung im November 1989 gibt dies wieder: „Welche Anstrengungen haben wir unternommen, was haben wir nicht alles geleistet und was haben wir dabei erreicht?“ Historisch ist der Komplex der DDR-Internierungslager noch nicht aufgearbeitet. Bei aller „Ostalgie“ sollte man das nie vergessen!
 Friedliche Demonstrationen, Kerzen und Gebete haben unsere Gesellschaft verändert!

Dr. med. Rolf Günther, Rothenkirchen

Programm und Anmeldung: www.slaek.de
6. DEUTSCH-POLNISCHES SYMPOSIUM
VI NIEMIECKO-POLSKIE SYMPOZJUM
 23.-25.04.2015 | GÖRLITZ
 VERGANGENHEIT VERSTEHEN – ZUKUNFT GESTALTEN
 ZROZUMIEĆ PRZESZŁOŚĆ – KSZTAŁTOWAĆ PRZYSZŁOŚĆ

Weihnachten – Ein Fest der Lieder

Betrachtungen zum Weihnachtsfest 2014

Die Advents- und Weihnachtszeit ist neben vielerlei traditionellen christlichen und weltlichen Dingen insbesondere auch durch Musik und Lieder zum Fest gekennzeichnet.

Besonders in Sachsen ist die Pflege der weihnachtlichen Musik gut ausgeprägt, und die Weihnachtsmusik erfreut sich großer Beliebtheit schon über Generationen hinweg.

Eines der inzwischen fast weltbekanntesten Weihnachtslieder ist das uns so vertraute Weihnachtslied „O Tannenbaum“. Dieses Lied ist zurückzuführen auf ein schlesisches Volkslied aus dem 16. Jahrhundert. Es erhielt seine heutige Form allerdings erst im Jahre 1820 durch August Zarnack (1777 – 1827), und zunächst gab es nur die erste Strophe. Der Lehrer Ernst Anschütz (1780 – 1861), der in Leipzig beheimatet war, fügte 1824 die uns geläufige zweite und dritte Strophe hinzu.

Musik bewegt die Seele. Sie drückt oft das aus, was Worte nicht fassen können, und in einer Zeit in der man sich auf das Weihnachtsfest einstimmt greift sie besonders tief. Wir wissen, dass Musik uns als Besucher von Weihnachtsmärkten anlockt, und es umgibt uns ein besonderes Flair. Aber auch in unserem hochtechnisierten Zeitalter, wo insbesondere die Medien uns überall erreichen, sind zur Vor- und Weihnachtszeit Rundfunk und Fernsehen bemüht, uns mit musikalischen Weihnachtssendungen zu überraschen.

Das Weihnachtslied ist traditionsgemäß ein Lied beziehungsweise ein Musikstück, das zur Weihnachtszeit gespielt und gesungen wird, und der Liedtext stellt in der Regel einen Bezug zu den Feiertagen her. Lieder mit religiösen und weltlichen sowie weihnachtlichen Inhalten werden bei Gottesdiensten gesungen oder vor-



Dresdner Kreuzchor

© Matthias Krüger

getragen, und weitere Lieder mit dem Bezug auf den Winter, die Weihnachtszeit und das Weihnachtsfest werden in den Familien zur Adventszeit, zur Bescherung, zum Weihnachtsfest ebenso gern gehört wie auch gesungen. Selbst zu Betriebsweihnachtsfeiern oder zu den sogenannten Weihnachtsfeiern unter Freunden, im Kegelclub, im Sportverein, etc., gehört Weihnachtsmusik dazu, eben weil dadurch Freude verbreitet wird. Besonderer Beliebtheit erfreuen sich Weihnachtskonzerte, die häufig auch durch Chöre ausgestaltet werden.

Historisch betrachtet hat Musik bei christlichen wie auch heidnischen Festen schon immer eine große und wichtige Rolle gespielt. Nicht zu Unrecht begleitet uns eine alte Weisheit die lautet:

„Wo man singt da lass dich ruhig nieder, böse Menschen haben keine Lieder.“

In Abwandlung sind uns diese Zeilen aus dem Gedichtband „Die Gesänge“ 1804 von dem Dichter Johann Gottfried Seume (1763 – 1810) gut bekannt.

Musik und Gesang bedeuten in der Regel Frohsinn und Fröhlichkeit, manchmal aber auch Besinnung und

Nachdenklichkeit. Weihnachten schuf schon immer für Festlichkeit einen guten Rahmen.

Wenn man ein wenig weiter ausholt, gab es auch schon bei den alten Römern, die unser heutiges Weihnachtsfestgebaren selbstverständlich nicht erahnen konnten, Musik und Gesang zu den „Saturnalien“, die im Dezember abgehalten wurden. Die Saturnalien wurden zu Ehren von Saturn, dem Gott des Ackerbaues, durchgeführt, und es wurde musiziert, getanzt und gesungen. Die Saturnalien lagen im Zeitraum vom 17. bis 25. Dezember, also um die Zeit, da der kürzeste Tag und die längste Nacht des Jahres gelegen ist. Als Instrumente dienten Lyra, Harfe, Trommeln und andere Instrumente, die zur Römerzeit gebräuchlich waren. Während der Saturnalien gab es Festessen sogar vom „Staat“ und von reichen Römern finanziert und es war auch üblich, sich gegenseitig mit Kleinigkeiten zu beschenken. Die Saturnalien waren also schon damals ein Fest der fröhlichen Geselligkeit und können als Vorläufer unseres Weihnachtsfestes, eben allerdings unter anderen gesellschaftlichen Voraussetzungen, Vergleichbarkeit finden.

Im 4. Jahrhundert unserer Zeitrechnung – das Christentum hatte sich



Thomanerchor Leipzig

© Roman Friedrich

stabilisiert – wurde Weihnachten auf den 25. Dezember festgelegt. Über die Jahrhunderte hinweg entwickelte sich das Weihnachtsfest zu einem Fest des leiblichen Genusses und des Frohsinns. Im Mittelalter verkamen die Feiertage stellenweise zu regelrechten Schlemmerfesten. Dies gefiel offenbar der Kirche nicht so recht. Ab dem 16. und 17. Jahrhundert wurde es Sitte, die Kinder zu beschenken. Dies ist für uns noch heute mit dem Nikolaustag am 6. Dezember, bezogen auf Bischof Nikolaus aus Myra, der den Kindern Geschenke überreichte, eine schöne Tradition. Darin sah man ein Symbol für die Gaben, die nach der christlichen Weihnachtslegende die „Drei Weisen“ aus dem Morgenland dem Jesuskind brachten.

Am schönsten feiert man das Weihnachtsfest, wie seit zirka zwei Jahrhunderten üblich, im Kreise der Familie. Viele Generationen haben so das Weihnachtsfest mit ihren Sitten und Gebräuchen bewahrt und bereichert.

Und so entstanden im Laufe der Zeit Weihnachtslieder und Weihnachtsmusiken und diese haben über die

Zeit hinweg oftmals auch Veränderungen erfahren. Ursprünglich entstanden sie mehr oder weniger aus kirchlichen Gesängen. Die Texte waren anfangs durchweg lateinisch, der damaligen Wissenschafts- und Weltsprache entsprechend, später dann auch deutsch, denn Martin Luther (1483 – 1546) setzte sich dafür ein, dass ein jeder die Texte verstehen und auch mitsingen konnte.

Vor der Reformation war die Kirchenmusik in der Regel recht ernst. Deshalb wurden Hirten- und Kripplieder mit ihren weitaus beschwingteren Melodien und den gut einprägsamen Refrains zur willkommenen Alternative. So sang man nicht nur in den Kirchen, sondern auch auf den Dorfplätzen, im Haus und bei der Verrichtung der Arbeit. Die Kirche nutzte es dabei, die Geschichte um die Geburt Christi zu propagieren, und so wurde das Volk ermutigt zu singen und zu musizieren so gut es eben ging.

Im 19. Jahrhundert wurde Weihnachten mehr und mehr ein Fest des Schenkens und vor allem zu einem

häuslichen Fest. Weihnachtliches Singen und Musizieren wurden nun gänzlich zum häuslich vertrauten wie auch öffentlichen Anliegen. Mit zunehmender Technisierung unserer Welt und unseres Zeitalters tönt heute Weihnachtsmusik aus den Lautsprechern in den Kaufhäusern, auf Weihnachtsmärkten oder von Rathausbalkonen im Dezember.

Besonders schön ist es, den Musikanten und Bläsern im weihnachtlichen Markttrubel zu lauschen und auch in den Kirchen die zur Weihnachtszeit belebter sind als sonst.

In den christlich geprägten Ländern kam und kommt der klassischen Weihnachtsmusik eine besondere Bedeutung zu. Anlässlich des Weihnachtsfestes entstanden große geistliche Kompositionen. Wohl am bekanntesten und bedeutensten sind die Weihnachtshistorie von Heinrich Schütz (1585 – 1672) und das Weihnachtsoratorium von Johann Sebastian Bach (1685 – 1750).

Das Oratorium ist vormal gesehen eng mit der Oper verwandt. Allerdings ist das Oratorium eine reine

konzertante musikalische Leistung, da die Handlung erzählt und nicht szenisch dargestellt wird. Im Oratorium erzählen also Chor und Solisten unter Orchesterbegleitung die religiöse Geschichte der Geburt Christi. 1734 vollendete Bach sein Weihnachtsoratorium. Als Leipziger Thomaskantor war er für die vier Hauptkirchen in Leipzig (Thomaskirche, Nikolaikirche, Peterskirche und Neue Kirche – Matthäikirche) verantwortlich und für die Gottesdienste war es unter anderem seine Aufgabe, regelmäßig Kantaten – also Gesangswerke mit Instrumentalbegleitung – zu komponieren. Deshalb besteht das Weihnachtsoratorium aus sechs einzelnen Kantaten, jeweils für die drei Weihnachtstage, das Fest der Beschneidung Christi, den Sonntag nach Neujahr und das Epiphaniastag (Heilige Drei Könige) geschrieben und komponiert. Aber nicht nur in Deutschland, so auch in England und in Frankreich erfreute und erfreut sich das Oratorium großer Beliebtheit.

Im Jahr 1854 schloß Hector Berlioz (1803 – 1869), ein begnadeter französischer Komponist sein Oratorium „Die Kindheit Christi“ ab.

Das Weihnachtsfest ist allerdings das einzige religiöse Fest, zu dessen Anlass nicht nur die hervorragenden Kompositionen großer unsterblicher Musiker entstanden sind, sondern eben auch das einfache und einprägsame weihnachtliche Volkslied seinen Ursprung gefunden hat. So gehören nachfolgende fünf aufgezählte Lieder, stellvertretend für viele genannt, zu den vielleicht schönsten Weisen der Vor- und Weihnachtszeit:

- „Alle Jahre wieder kommt das Christuskind“
- „Am Weihnachtsbaum die Lichter brennen“
- „Es ist ein Ros entsprungen“

- „Fröhliche Weihnacht überall“
- „Ihr Kinderlein kommet“.

Im 19. und 20. Jahrhundert fanden auch Lieder aus anderen Ländern ihren Weg nach Deutschland. Karl Riedel (1827 – 1888) machte das böhmische Lied „Kommet ihr Hirten“ bei uns heimisch. Das bekannteste und vermutlich verbreitetste Weihnachtslied „Stille Nacht, heilige Nacht“ von Joseph Mohr aus Oberndorf bei Salzburg (1818) stammt ebenso aus dem 19. Jahrhundert. Weitere zahlreiche Weihnachtslieder kommen auch aus dem englisch- und französischsprachigen Raum, so zum Beispiel auch „Jingle Bells“, „Rudolph – the rednosed reindeer“, und „A la venue de Noel“.

Selbst in der DDR entstanden Weihnachtslieder, so zum Beispiel „Sind die Lichter angezündet“, „Vorfreude, schönste Freude“, „Tausend Sterne sind ein Dom“ und andere. Diese gelten zwar als nichtchristliche Lieder, sind aber vom Inhalt und von der Musik eben so schön wie die traditionellen Lieder zum Fest.

Auch wer zu Weihnachten keine Kirche besucht, hört zumindest oder singt häufig im Kreise der Familie Weihnachtslieder oder spielt sie sogar auf einem Instrument. Häusliches Musizieren ist im Gegensatz zu früheren Zeiten zwar seltener geworden, sicherlich auch weil passives „Musizieren“ natürlich bequemer ist, dennoch haben viele Menschen inzwischen auch erkannt, das Erhalten und Bewahren alter Traditionen und gerade auch in der Weihnachtszeit aktives und passives Musikerleben weitaus wichtiger sein können als technischer Fortschritt um jeden Preis.

Festliche Weihnachtsstimmung vermitteln uns Musik und Gesang nicht nur auf dem Weihnachtsmarkt son-

dern auch in den Kirchen und Konzertsälen, natürlich auch in der Häuslichkeit, weil eben das Weihnachtsfest ohne Musik nicht denkbar wäre. So stimmen auch wir uns nun musikalisch auf das Weihnachtsfest ein.

In diesem Sinne wünschen das Redaktionskollegium des „Ärzteblatt Sachsen“ und der Autor allen Leserinnen und Lesern unseres Standesblattes eine frohe und entspannte, vor allem auch musikalische Vorweihnachtszeit, ein schönes Weihnachtsfest und ein friedliches und erfolgreiches neues Jahr 2015.

Dr. med. Hans-Joachim Gräfe, Kohren-Sahlis

Vespere und Konzerte zur Weihnachtszeit

Kreuzchor Dresden, Kreuzkirche

20. und 21.12.2014, 17:00 Uhr: Weihnachtsliederabend
 24.12.2014, 14:15 Uhr und 16:30 Uhr: Christvesper
 25.12.2014, 06:00 Uhr: Christmette
 31.12.2014, 16:00 Uhr: Silvester- vesper

Thomanerchor Leipzig, Thomaskirche

20., 21. und 22.12.2014, 19.30 Uhr: Weihnachtsliederabend
 24.12.2014, 13.30 Uhr: Weihnachtsmotette
 24.12.2014, 16.00 Uhr: Christvesper
 31.12.2014, 13.30 Uhr: Silvestermotette

Kammerchor Chemnitz, Trinitatiskirche

13.12.2014, 17.00 Uhr: Adventskonzert
 20.12.2014, 17.00 Uhr: Konzert „Puschkins Kranz“