

Ärzteblatt Sachsen



Inhalt 3/2005

| | | |
|---|--|--|
| Gesundheitspolitik | Positionspapier zur medizinischen Versorgung Menschenwürde bis zum Ende leben Lieber tot als hilfsbedürftig und abhängig? Patientenverfügung – Reichweite und Rechtsbindung Sächsische Ärzte in Bangkok Transplantationssituation in der Region Ost | 92 93 94 97 100 101 |
| Berufspolitik | Exmatrikulationsfeier der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus Dresden | 102 |
| Amtliche Bekanntmachungen | Honorierung von Befundscheinen Infoblatt zum Ausfüllen eines Totenscheines | 103 105 |
| Mitteilungen der Geschäftsstelle | Die neue Homepage: www.slaek.de Stellenausschreibung: Ärztlicher Geschäftsführer Reisemedizinische Gesundheitsberatung Konzerte und Ausstellungen Neue Besetzung im Ausschuss „Junge Ärzte“ Ärzte im Nationalsozialismus | 104 105 105 106 106 106 |
| Mitteilungen der KVS | Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen | 107 |
| Originalie | I. Teuwen, J. C. Simon Ulcer cruris – Interdisziplinäre Therapie praxisnah | 108 |
| Leserbriefe | Dr. med. Jürgen Krug / Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze PD Dr. med. habil. Sabine Fischer Dr. med. Imanuel Demmler / Prof. Dr. med. habil. Rolf Haupt | 113 |
| Tagungsberichte | 2. Görlitzer Senologische Woche 1. Görlitzer Deutsch-Polnischer Senologiekongress 17. Dresdner hämatologisch-onkologisches Gespräch Sächsischer Internistenkongress Impressum | 114 115 118 119 117 |
| Personalia | Dr. med. Benno Bulang zum 80. Geburtstag Prof. Dr. med. habil. Heinz Dietrich zum 65. Geburtstag Unsere Jubilare im April | 120 121 122 |
| Medizingeschichte | Erinnerung an Prof. Dr. Artur Knick | 123 |
| Kultur und Kunst | Ulla Andersson Ansichtssache – Malerei und Zeichnung | 124 |
| Buchbesprechung | Psychotherapeutische Versorgung und Versorgungsforschung | 124 |
| Beilage | Fortbildung in Sachsen – Mai 2005 | |

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



Positionspapier zur medizinischen Versorgung

Das Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen hat ein Positionspapier zur „Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung“ beschlossen. Dieses Positionspapier geben wir hier im Wortlaut wieder.

I. Präambel

Der medizinische Fortschritt erweitert das Diagnostik-, Therapie- und Betreuungsspektrum aller Heilberufe. Auch führt er zu einer Steigerung des Lebensalters, der Lebensqualität und zu einem höheren Anspruch des aufgeklärten Patienten an Diagnostik, Therapie und allgemeiner gesundheitlicher Betreuung. In jedem anderen Wirtschaftszweig werden Fortschritt und höherer Bedarf als positiv bewertet und begrüßt. In der Gesundheitspolitik wird in Folge fehlerhafter Denkansätze dieser Entwicklung mit einer Deckelung der Finanzen begegnet. Das führt zu Mangelversorgung, Rationierung und zu Qualitätseinbußen in der medizinischen Betreuung.

Das Diktat der Beitragssatzstabilität begrenzt willkürlich die finanziellen Ressourcen der Gesetzlichen Krankenversicherung. Deshalb müssen folgende Fragen beantwortet werden:

- Welche medizinischen Leistungen sollen in Zukunft finanziert werden?
- Inwieweit muss der Versicherte in seiner Verantwortung mit eingebunden werden?

Die „ausreichende, zweckmäßige und notwendige“ Diagnostik, Therapie und Betreuung ist durch die Solidargemeinschaft in hohem Umfang zu tragen. Die Versicherten und die Patienten müssen in Zukunft jedoch das Recht haben, ihre individuellen Gesundheitsziele festzulegen und die Art der Diagnostik, Therapie und Betreuung nach Absprache mit dem Behandler in Eigenverantwortung zu variieren. Dabei darf der Grundanspruch der Versicherungsleistung nicht verloren gehen. Es ist eine Neubestimmung von Eigenvorsorge, Subsidiarität und Solidarität erforderlich.

Die Eigenverantwortung der Versicherten ist insbesondere bei ihrem Präventionsbemühen zu fördern und zu fordern. Die Heilberufler werden diese Bemühungen aktiv unterstützen. Hierbei müssen sie sich wie in anderen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung auf die Versicherten als informierte Partner im Gesundheitssystem einstellen.

Eine notwendige Strukturreform im Gesundheitswesen darf sich deshalb nicht nur an der

gewohnten Praxis der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) der Vergangenheit orientieren, sondern muss sich durch eine neue Systematik den Aufgaben der Zukunft stellen. Dazu gehören Versorgungssicherheit für Patienten und Planungssicherheit für Heilberufe. Das Bündnis versteht sich in der Diskussion um notwendige Strukturreformen als Partner der Politik und unterstützt die Bildung von Kooperation und Integration der Heilberufe.

II. Analyse der aktuellen Situation

In Ostdeutschland erfolgten nach der politischen Wende 1989 enorme Investitionen im Krankenhaussektor und im ambulanten Bereich, hier mit persönlicher Verschuldung und Haftung der Investoren. Der Gesundheitsmarkt galt und gilt als fast einziger Wachstumsmarkt der Wirtschaft. Rund vier Millionen Beschäftigte zählt das Gesundheitswesen in Deutschland heute, sehr viel mehr als zum Beispiel der Automobilbau.

Zugleich können die Menschen seit vielen Jahren an einem enormen medizinischen Fortschritt teilhaben. Dieser wird von der Gesellschaft auch dankbar aufgenommen. Denn der bemerkenswerte Anstieg der Lebenserwartung mit einer erhöhten Lebensqualität im Alter in den Industrienationen ist auf diesen Fortschritt zurückzuführen. Der erhöhte Bedarf an Gesundheitsleistungen steigt damit objektiv. Fehleinschätzungen des Gesetzgebers über die demografische Entwicklung und die Entwicklung des Arbeitsmarktes unter den Bedingungen der Globalisierung sowie verfehlte planwirtschaftliche Lösungsansätze in den Reformvorhaben schaden dagegen allen medizinischen Bereichen. Die Budgetpolitik ist nicht nur existenzgefährdend für die Heilberufe, sondern richtet sich vor allem gegen die Interessen der Patienten, die eine umfassende medizinische Betreuung erwarten.

Das Wachstum der finanziellen Basis der Gesetzlichen Krankenversicherung bleibt durch hohe Arbeitslosigkeit und demographischen Wandel aus. Hauptgrund dafür ist die Kopplung der Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung an die Lohnkosten und die zurückgehende Lohnquote.

Zusätzlich wird die Einnahmensituation der gesetzlichen Krankenkassen durch einen politisch veranlassenen Entzug von Beitragsmitteln belastet. Allein acht Milliarden Euro standen im Jahr 2004 so nicht zur Verfügung. Maßgeblich verantwortlich dafür sind zum Beispiel die Arbeitsmarktgesetze II bis IV.

III. Ziele und Lösungswege für eine Reform aus der Sicht des Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen

Das Anliegen des Sächsischen Bündnisses Gesundheit 2000 ist es, unter Beibehaltung des Solidarprinzips zwischen Gesunden und Kranken, Alten und Jungen, Armen und Reichen, den Patienten eine qualitativ hochwertige, wohnortnahe, nach individuellen Gesundheitszielen ausgerichtete medizinische Versorgung zukommen zu lassen.

Die Gesetzliche Krankenversicherung dient der Absicherung einer unbedingten erforderlichen medizinischen Versorgung bedürftiger Bevölkerungsschichten. Der Anspruch lässt sich aus dem Grundgesetz, insbesondere den Sozialstaatsprinzipien, ableiten.

Bei Rückbesinnung auf dieses Prinzip wären alle Bürger Deutschlands verpflichtet, eine Versicherung für eine medizinische Basisversorgung abzuschließen. Soziale Versicherungspflicht statt Pflichtversicherung.

Für eine Gesetzliche Krankenversicherung der Zukunft ist der Arbeitgeberanteil festzuschreiben. Zudem muss die Einnahmehasis verbreitert werden, indem weitere Einkommensarten in die Bemessungsgrundlage einbezogen werden. Außerdem ist die Pflichtversicherungsgrenze herab zu setzen.

Die zunehmende Differenzierung von Behandlungsalternativen verstärkt die Notwendigkeit, dem Betroffenen eine autonome Auswahl unter zusätzlichen Behandlungsmöglichkeiten zu eröffnen. Nur der Versicherte selbst kennt seine individuellen Verhältnisse und kann beurteilen und entscheiden, welche weiteren Behandlungsmethoden er in Anspruch nehmen will und kann. Über die Basisversorgung hinausgehende Leistungen müssen von Versicherten und Patienten in eigener Verantwortung gewählt und eigenverantwortlich abgesichert werden. Hier sind Zusatzversicherungen, Mischfinanzierungen oder Eigenbeteiligungsmodelle geeignet.

Das Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen schlägt eine Einteilung der Finanzierung der medizinischen Leistungen in zwei Kategorien vor:

1. Basisleistungen durch die Gesetzliche Krankenversicherung,
2. Zusatzleistungen durch Patienten.

Der Umfang der Basisversorgung wird definiert von den Heilberufen, den Fachgesellschaften und Patientenvertretern auf der Basis

wissenschaftlicher Ergebnisse. Die Finanzierung, der im Basiskatalog enthaltenen Leistungen ist durch geeignete, soziale Versicherungsmodelle durch den Gesetzgeber zu sichern.

Alle gesetzlichen Krankenversicherungen stellen die Basisleistungen dem Versicherten zu gleichen Bedingungen zur Verfügung.

Die Private Krankenversicherung ist bei einer herabgesetzten Pflichtversicherungsgrenze verpflichtet, den Versicherten ohne Risiko-selektion aufzunehmen.

Im Bereich der Zusatzleistungen sind Krankenversicherungen frei im Wettbewerb um die Versicherten. In diesem Bereich besteht Vertragsfreiheit.

Einem Kostenerstattungsprinzip wird gegenüber einem Sachleistungsprinzip dann der Vorrang gegeben, wenn eine bundeseinheitliche Gebührenordnung unter Angabe der

Kosten in Euro für alle medizinischen Leistungsbereiche vorliegt und wenn es ein adäquates sinnvolles Instrument zur Steuerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit darstellt. Dort jedoch, wo das Sachleistungsprinzip zweckdienlicher ist, sollte diese Form beibehalten werden.

Eine wichtige Rolle spielt die Prävention und Rehabilitation bei der Zuordnung von Leistungsbereichen zum Basis- und Wahlleistungskatalog. Versicherungstechnisch sind Anreize für prophylaktische Verhaltensweisen zu schaffen. Ziel einer Gesundheitspolitik muss es sein, die Eigenverantwortlichkeit des Patienten zu stärken.

Für ein Gesundheitswesen, das nicht auf staatlicher Reglementierung, sondern auf Eigenverantwortung basiert, muss Folgendes gelten:

- Chancengleichheit zur Heilbehandlung (gleicher Zugang),
- Wahlfreiheit unter den Leistungsanbietern des Gesundheitssystems,
- Freie Arzt- und Klinikwahl,
- Gesundheitsversorgung in wohnortnahen oder zumutbaren Entfernungen,
- Bedarfsgerechte Krankenhausversorgung,
- Freiberuflichkeit im Sinne der Diagnostik- und Therapiefreiheit der Heilberufe,
- Qualitätssicherung durch die Fachgremien der Selbstverwaltung,
- Niederlassungsfreiheit medizinischer Berufe,
- Freie Wahl der Krankenversicherung,
- Wettbewerbsfreiheit unter den Krankenversicherungen.

Prof. Dr. Jan Schulze
Sprecher des Bündnisses

Menschenwürde bis zum Ende leben



Das Deutsche Hygiene-Museum und die Sächsische Landesärztekammer widmen sich vom 9. Februar bis 23. März 2005 in einer neuen Vortragsreihe einem sehr kontrovers diskutierten Thema: Dem menschenwürdigen Lebensende. In insgesamt sechs Veranstaltungen wird die Thematik aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet und die Möglichkeit zu Gesprächen zwischen Öffentlichkeit, Ärzten und Pflegenden gegeben.

Vor dem Hintergrund der neuen Richtlinien der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung wird insbesondere der Umgang mit Patientenverfügungen thematisiert. Welche Motive, Erfahrungen, Ängste und Wertvorstellungen können Hintergrund für eine Patientenverfügung sein? Und wie frei ist letztlich der freie Wille des Patienten angesichts der

gesellschaftlichen Entwertung von alten und nicht leistungsfähigen Menschen? Gleichzeitig werden auch die schwierigen Entscheidungen von Ärzten und die Rolle von Pflegenden in kritischen Situationen am Lebensende zur Sprache kommen.

Bereits die Eröffnung der Veranstaltungsreihe am 9. Februar 2005 im Beisein des Direktors des Deutschen Hygiene-Museums, Herrn Lutz Vogel, und des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Herrn Prof. Dr. Jan Schulze, zeigte das große Interesse an der Thematik. Allein über 120 Besucher verfolgten das Einstiegsreferat von Dr. Dr. Mathias Antonioli. Ihm gilt besonderer Dank, weil er äußerst kurzfristig den Termin für den plötzlich erkrankten Herrn Dr. Oduncu übernom-

men hatte. Seinen Vortrag werden wir im Maiheft veröffentlichen.

Auch der zweite Abend am 16. Februar 2005 fand großes Interesse. Unter den wieder rund 100 Gästen waren über 40 Ärzte. Unter den Zuhörern befanden sich weiterhin Krankenschwestern, Mitarbeiter der Pflegeberufe und Medizinstudenten. Herr PD Dr. habil Klaus R. Schroeter referierte an diesem Abend zum Thema „Lieber Tod als Hilfsbedürftig und Abhängig? Alt werden in der Leistungsgesellschaft“. Im Folgenden publizieren wir das interessante Referat dieser zweiten Veranstaltung. Alle Themen und Termine der Veranstaltungsreihe finden Sie im Internet unter www.slaek.de.

Knut Köhler M. A.
Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Lieber tot als hilfsbedürftig und abhängig?

Zur Problematik des „erfolgreichen Alterns“ in der Leistungsgesellschaft

Der Tod ist in modernen Gesellschaften zu einem Altersphänomen geworden. Das Sterben zieht sich immer mehr in die Länge und findet immer häufiger in Institutionen statt, weil heutige Todesursachen (insbesondere Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und Krebserkrankungen) meist einen langwierigen Verlauf nehmen und in Kliniken, Pflegeheimen, Hospizen oder ähnlichen Einrichtungen besser behandelt und betreut werden können. „Niemand zuvor in der Geschichte der Menschheit wurden Sterbende so hygienisch aus der Sicht der Lebenden hinter die Kulissen des gesellschaftlichen Lebens fortgeschafft; niemals zuvor wurden menschliche Leichen so geruchlos und mit solcher technischen Perfektion aus dem Sterbezimmer ins Grab expediert.“ (Elias, N., 1995: 38) Tod und Sterben waren lange Zeit tabuisierte Themen, doch allmählich rücken sie auf die tagespolitische Agenda. Und wenn man sich die inzwischen zahlreich vorliegenden Publikationen zum Thema vergegenwärtigt, wird die paradoxe Situation deutlich, dass man auch über ein tabuisiertes Thema ganz trefflich schreiben und streiten kann. Augenfällig wird das insbesondere in den kontroversen Diskussionen über Therapiebegrenzung und Sterbehilfe. Diese Diskussionen nähren sich nicht zuletzt aus der prekären Konstellation, dass die heutige medizinische Technik es ermöglicht, Lebens- bzw. Sterbesituationen zu schaffen, die in den Augen mancher nicht mehr oder nur noch schwer mit der Würde des Menschen vereinbar sind. Parallel dazu wird auch die Diskussion über Kostensenkung und Rationierung im Gesundheitswesen immer lauter, auch wenn das nicht immer offen ausgesprochen und stattdessen lieber von einnahmeorientierter Ausgabenpolitik gesprochen wird.

Als Hintergrund, vor dem diese Debatten geführt werden, wird zumeist die demografische Entwicklung ins Feld geführt. Die Argumentation scheint vordergründig plausibel, hat doch der Altersstrukturwandel (Schroeter, K.R., 2000; Tews, H.P., 1993) auch die Anzahl der Hochbetagten und Langlebigen rasant in die Höhe schnellen lassen. Und mit zunehmendem Alter entstehen und akkumulieren sich chronische Erkrankungen, die sich sodann auch in einer vermehrten Hilfs- und Pflegebedürftigkeit niederschlagen. Somit verbirgt sich hinter dieser Entwicklung die so



Priv.-Doz. Dr. phil. Klaus R. Schroeter

genannte Paradoxie des technischen Fortschritts (Krämer, W., 1992), insofern mit fast jeder medizinischen Verbesserung die Zahl der Patienten wächst, statt sinkt. Und das stellt das Gesundheitssystem vor immense Herausforderungen. Wenn man bedenkt, dass 60 Prozent der finanziellen Mittel, die eine Krankenversicherung für einen Patienten im Verlauf seines gesamten Lebens aufwendet, auf die letzten fünf oder sechs Lebensmonate entfallen, verwundert es nicht, dass auch hier zu Lande Debatten anzustoßen versucht werden, dem „Kostenfaktor Alter“ entgegenzuwirken. Hinter all diesen Diskussionen schimmert immer auch die Frage, welchen Maßstab unsere Gesellschaft dem Stellenwert des alternden Menschen beimisst.

In diesem Zusammenhang ist auf das Leitbild des produktiven und erfolgreichen Alterns zu verweisen, das sich in der gegenwärtigen Sozialen Gerontologie einer großen Beliebtheit erfreut. Es gehört zu den unzweifelhaften Verdiensten der gerontologischen Forschung, dass das Altern heute nicht mehr als bloßer biologischer Abbauprozess gesehen wird, sondern als ein Entwicklungsprozess, der sowohl von inneren als auch von äußeren Faktoren beeinflusst wird und in vielerlei Richtungen verlaufen kann. Hier hat insbesondere die Differentielle Gerontologie viel zur Aufklärung beigetragen. In diesem Zusammenhang ist der Begriff des „erfolgreichen Alterns“ schon früh in die Gerontologie eingeführt worden (Havighurst, R.; Albrecht, R., 1953). Diese Vorstellung hat sich zwischenzeitlich

zum grundlegenden Credo des gerontologischen Feldes entwickelt (vgl. Schroeter, K.R. 2002a, 2004a). Doch bislang ist es noch nicht gelungen, eine allgemein akzeptierte Begriffsbestimmung vom erfolgreichen oder produktiven Altern zu etablieren. Wenn auch beide Begriffe – erfolgreiches und produktives Altern – einen positiven Bezug zum Altern herstellen, scheinen sie keineswegs identisch, aber auch nicht eindeutig voneinander getrennt. Die Grenzen sind unscharf. Vielleicht kann man beim produktiven Altern die Betonung stärker auf die gesellschaftlichen Rollen älterer Menschen legen und beim erfolgreichen Altern stärker auf die individuellen und personalen Ressourcen (Caro, F., et al. 1993).

Beim Altern denkt man zunächst einmal an Verlust, Abbau und nahenden Tod. Erfolg hingegen suggeriert vor allem Gewinn und positive Bilanz. Wie also passen Altern und Erfolg zusammen? Als Indikatoren des erfolgreichen Alterns gelten unter anderem die Lebensdauer, Lebenszufriedenheit, körperliche und geistige Gesundheit, persönliche und soziale Kompetenzen, soziale und gesellschaftliche Produktivität. Erfolgreiches Altern liegt demnach dann vor, wenn im Durchschnitt bei gleichzeitiger Geringhaltung von körperlicher, mentaler und sozialer Gebrechlichkeit immer länger gelebt wird. Das setzt eine Reihe von Fähigkeiten und Kompetenzen voraus, die erhalten, wiederhergestellt oder auch neu erworben werden müssen. Das ist das Einfallstor für geragogische oder allgemein gerontologische Maßnahmen, um all die Kräfte zu stärken bzw. zu erwecken, die den älter werdenden Menschen dazu befähigen, seinen Lebensplan und seinen Lebensalltag mit einem großen Anteil an Eigenregie möglichst optimal zu gestalten.

Dieses Bestreben ist gewiss aller Ehren wert, doch haftet dem Etikett des „erfolgreichen Alterns“ unter dem dieses Vorhaben umgesetzt werden soll, immer eine nützlichkeitsorientierte Sinnhaftigkeit an. Erfolg ist in der Grundbedeutung des Wortes ein durch Bemühung erzielt positives Ergebnis. Und insofern können zwar die Bemühungen und Interventionen in den Alterungsprozess durchaus erfolgreich sein, nicht aber das (biologische) Altern selber. Das biologische Altern bleibt ein Involutionprozess, der zwar sozial überformt ist und durch geeignete Interventionen, durch präventive und rehabilitative Maßnahmen, erfolgreich gehemmt, aber letztlich doch nicht gestoppt werden kann. Am Ende

des Alterns stehen das Sterben und der Tod. Spätestens hier klänge es zynisch und paradox, von einem Erfolg zu sprechen. Von Erfolg gekrönt oder durch Misserfolg gezeichnet können nur die in den Alterungsprozess eingreifenden Interventionsmechanismen sein. Insofern ist der Begriff des erfolgreichen Alterns irreführend. Er ist eine semantische Falle (vgl. Schroeter, K.R., 2002a, 2004a). Das Altersbild war lange Zeit – und ist zum Teil auch noch heute – von negativen Vorstellungen des Abbaus und des Verlustes geprägt. Und um diesen negativen gesellschaftlichen Altersbildern etwas Positives entgegenzustellen, wurde der Alterungsprozess als potenziell mit Erfolg beschieden gedacht. Gestützt auf die Ergebnisse zahlreicher Untersuchungen wurde den in der öffentlichen Meinung fest verankerten Überzeugungen von einem passi-

ven und defizitären Alterns die Vorstellung eines aktiven und prinzipiell erfolgreichen Alterns gegenübergestellt. Insofern wurde der Begriff des erfolgreichen Alterns einst als Heterodoxie, also als bewusster Gegenentwurf zur damaligen Vorstellung eines allgemein defizitären Alterns eingeführt. Seither gilt er – zumindest in weiten Teilen der Sozialen Gerontologie – mittlerweile selber als Orthodoxie, als gängige Lehrmeinung. Doch angesichts der – wenngleich auch erfolgreich hemmbaren, so doch realiter nicht aufhebba- ren – biologischen Abbauprozesse erscheint diese orthodoxe Vorstellung als eine fehlerhafte Repräsentation, als eine Allodoxie des Alterns, weil nicht das Altern selber, sondern nur die intervenierenden Steuerungsprozesse erfolgreich, aber eben auch nicht erfolgreich sein können.

Der Glaube an ein – zumindest potenziell – „erfolgreiches Altern“ gilt in großen Teilen der Sozialen Gerontologie als selbstverständlich. Dabei liegt die Gefahr des unter- oder hintergründigen Verständnisses an ein erfolgreiches Altern doch sichtbar auf der Hand: Es bleibt immer ein Unbehagen, weil auch immer das Nichterreichen des beabsichtigten Interventionserfolges mitgedacht werden muss. Dann stehen den „erfolgreich Gealterten“ die „nicht erfolgreich Gealterten“ gegenüber.

Wer aber soll dann zu den „erfolglosen“ oder „gescheiterten Alten“ gehören? Die kranken und schwerstpflegebedürftigen Alten, die Verwirrten und demenziell Erkrankten? Wer von einem „erfolgreichen und produktiven Alter“ spricht, muss dieses wohl oder übel von einem „gescheiterten“ und „unprodukti-

ven Alter“ abgrenzen. – Und das wäre eine diabolische Aufgabe! Aber der Teufel steckt nicht nur im individuell erlebten Detail, sondern auch im gesellschaftlich verantworteten Allgemeinen. Das zeigt sich einmal mehr auch bei der Frage, ob durch die vermehrt auftretenden individuell verfügbaren Wünsche nach Unterlassen lebensverlängernder Maßnahmen im Falle todbringender und schmerzleidender Krankheiten nicht durch die Hintertür der Gesellschaft normative Standards eingeführt werden, um dem „nicht mehr erfolgreichen Altern“ ein „erfolgreiches Ende“ zu setzen.

Wie viele Lebensjahre muss man erreichen, welchen Grad an körperlicher und geistiger Gesundheit erlangen, welches Ausmaß an persönlicher und sozialer Handlungskompetenz erzielen, wie viel Lebenszufriedenheit muss man zeigen, um als „erfolgreich“ gealtert zu gelten? Oder in Umkehrung der Fragestellung: Wie jung muss man sterben, welche geistigen und körperlichen Krankheiten muss man erleiden, wie viel Inkompetenz muss man zeigen, und wie unzufrieden muss man sein, um als „gescheitert“ und „unproduktiv“ gebrandmarkt zu werden? Derartige Antagonismen polarisieren in unnötiger Weise und laufen zudem Gefahr, durch die „Aufwertung des produktiven Alters (...) das nicht mehr produktive Alter – indirekt zumindest – zu einem unnützen zu machen“ (Lenz, K. et al., 1999: 35). Eine solche Zuspitzung findet sich zwar nicht in den Modellen des „erfolgreichen“ oder „produktiven“ Alterns, eine derartige normative Zielsetzung ist aber die unausgesprochene implizite Folge von solcher Überlegungen. Wer vom erfolgreichen und produktiven Altern spricht und damit unweigerlich Kriterien zur Erreichung eines solchen formuliert, der läuft Gefahr, normative Maßstäbe zu setzen, die über Erfolg oder Misserfolg, über Produktivität oder Unproduktivität richten.

Das gilt im gewissen Sinne auch für das figurative Feld der Pflege (Schroeter, K.R., 2003, 2004c, 2005a). Hier wird das erfolgreiche Altern durch eine aktivierende und lebensweltorientierte Pflege zu erreichen versucht. Die hat den Anspruch, die alltägliche Lebensführung des Patienten zu berücksichtigen und den Menschen in seiner Ganzheit wahrzunehmen. Sie will ihn vor allem als Person und weniger als Patient betrachten. Genau hier liegt aber das Problem, denn zumindest die professionelle oder berufliche Pflege kann dem gar nicht gerecht werden. Sie sieht den

Menschen immer als Patient oder Bewohner und hat nur einen sehr eingeschränkten Blick auf die alltägliche Lebenswelt. Die Lebenswelten von Personal und Patient oder Bewohner sind einander fremde Welten, die sich kaum durchdringen (Schroeter, K.R., 2002b). Wenn aber gerade die wahrgenommene Lebenswelt die Voraussetzung für eine so verstandene Pflege ist, so muss der Patient zunächst einmal ganzheitlich erfasst werden (vgl. Schroeter, K.R. 2004b, 2005b). Und dazu werden nach allen Regeln der medizinischen und pflegerischen Kunst individuelle Daten erhoben und abgeglichen. Und über durchschnittliche Daten und Werte werden Normalitäten definiert. Anhand medizinischer und pflegerischer Klassifikationssysteme werden Patienten analysiert und kategorisiert. Sie werden in der Anamnese einer klassischen Prüfung unterzogen, deren Ergebnisse sodann im Arztbrief oder in der Pflegedokumentation säuberlich festgehalten werden. So wird aus dem individuellen Menschen eine zu therapierende Größe, ein „Pflegefall“, den es erfolgreich zu versorgen und zu behandeln gilt (vgl. Prahl, H.-W.; Schroeter, K.R., 1996: 154ff.). Die modernen Parolen der Sozialen Arbeit und Sozialen Gerontologie heißen Empowerment und Kompetenzaktivierung, erfolgreiches und produktives Altern, die Schlagworte der Pflege lauten Biografie- und Lebensweltorientierung. Sie sind Ausdruck eines veränderten und modernisierten Selbstverständnisses der Humanwissenschaften. Ihre Leitgedanken fügen sich in die regulierenden Strategien der Bio-Politik ein, wenn sie auf die Kontrollierung und Normalisierung des Menschen zielen, bzw. auf die „Maximalisierung des Lebens“ und auf die „Verantwortung für das Leben“ (Foucault, M., 1983). So unterschiedlich die jeweiligen Stoßrichtungen auch sind, so vereint sie doch die Klammer der Selbststakzentuierung und Förderung der Eigenständigkeit. Sie bildet gewissermaßen die übergreifende *illutio* (Bourdieu, P., 1997) der verschiedenen Felder von Gesundheit, Sozialer Arbeit und Altenhilfe.

Um in modernen Gesellschaften die Voraussetzungen für eine gelingende Identität zu schaffen, muss der Mensch flexibilisiert und modernisiert werden. Die moderne Kultur erklärt Flexibilität und Mobilität zur Normalität. Insofern steht der „flexible Mensch“ (Sennett, R., 2000) im Zentrum von Politik, Wirtschaft und Dienstleistung. Der flexible Mensch steht im Fokus der kontrollierenden

und regulierenden Bio-Politik mit ihren Programmen der Menschenstärkung, der Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung. Und das gilt auch für den sozial-gerontologischen Bereich. Dort wurden unter dem Etikett des aktiven, erfolgreichen und produktiven Alterns geragogische und therapeutische Konzepte entwickelt, die Produktivität als neues Leitbild propagieren. Die Programmatik des aktiven, erfolgreichen oder produktiven Alterns wird durch die „Philosophie der Fitness und Wellness“ (Bauman, Z., 1997: 187ff.; 2003: 93ff.; 1998; Rittner, V., 1995) ideologisch unterfüttert.

Alt sein, heißt frei sei. Frei sein, heißt aktiv sein. Aktiv sein, heißt sozial anerkannt zu sein. So einfach lautet die plakative Parole. Nur wer sich aktiv mit diesen Erfordernissen auseinandersetzt, wird sozial belohnt. Dem wird das Etikett des „jungen Alten“, des „neuen Alten“, des „erfolgreichen Alten“, des „souveränen Alten“ oder des „fitten Alten“ verliehen. Selbststakzentuierung und Eigenverantwortung sind die Signen der Moderne. Die Humanwissenschaften haben mit ihren Konzepten der Gesundheitsförderung, des Empowerment und der erfolgreichen Lebensbewältigung – auch im (hohen) Alter – nicht nur darauf reagiert, sondern diese auch entscheidend mitgeprägt. Das Rufen nach Autonomie und eigener Stärke, nach „Personal Growth“ und „Selfmanagement“, nach Kompetenzaktivierung und eigener erfolgreicher und produktiver Lebensgestaltung bis ins hohe Alter hinein legt sich wie ein Schleier auf die „Seele“ moderner Menschen.

„Ressourcen erkennen, Ressourcen erweitern, Ressourcen nutzen“ – so klingt der Schlachtruf der modernen Selbstkontrolle. Der moderne Mensch, ob jung oder alt, krank oder gesund, wird zum „Manager in eigener Sache“ erklärt. Und wo das Selfmanagement nicht greift, da hilft das Case- und Care-Management. Aber wie man es auch dreht und wendet, das Management bildet das alles übergreifende Dispositiv zeitgenössischer Menschenführung (Bröckling, U., 2000). Das manageriale Denken greift in den Willen der Akteure. Überall nistet der Machbarkeitsgedanke. Der Einzelne wird in die persönliche Verpflichtung und Verantwortung genommen. Hintergrundig wirkt das Menschenbild eines „Unternehmers“, der in sein eigenes Lebensprojekt investiert, indem er Kompetenzen langsam und stetig entwickelt, Anpassungs-

techniken und Strategien der Stressbewältigung aufbaut und sich durch mentales und physisches Training „fit“ hält. Mit unternehmerischem Kalkül wird dem „Risiko“ Krankheit oder Alter vorzubeugen versucht. Verantwortung und Risikominimierung sind die Vektoren, die sich auch im Sozial-, Gesundheits- und Pflegebereich ihren Weg schlagen. Flankiert durch die wissenschaftlichen Diskurse der Humanwissenschaften, werden Freiheit, Wohlbefinden und Gesundheit zum regulativen Ideal, zur modernisierten Formel

des „survival of the fittest“ – oder wenn man das korporale Kapital der Attraktivität und Schönheit mitberücksichtigt des „survival of the prettiest“. Doch im so genannten vierten oder fünften Alter stößt diese imperative Grammatik an ihre Grenzen. Noch ist „(d)ie Krankheit (...) nicht abgeschafft, aber ihr Ende: der Tod, ist verblüffend zurückgedrängt.“ Doch entgegen aller Fitness-Philosophien hängt der „utopische Apfel der Verjüngung (...) noch in ziemlicher Ferne“ (Bloch, E., 1982: 528, 535).

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzanschrift
Priv.-Doz. Dr. phil. habil. Klaus R. Schroeter
Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
Institut für Soziologie
Olshausenstraße 40
24098 Kiel
Tel.: 0431 880-4372
Fax: 0431 880-3467
Email: kschroet@soziologie.uni-kiel.de

Patientenverfügung Reichweite und Rechtsbindung

Stellungnahme der Sächsischen Landesärztekammer zum Referentenentwurf eines 3. Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts

Das Bundesministerium der Justiz hatte Ende des Jahres 2004 einen Entwurf zur Änderung des Betreuungsrechts (3. BtRÄndG) vorgelegt. Die Bundesärztekammer und die Landesärztekammer waren aufgefordert, kurzfristig Stellungnahmen zu diesem Entwurf abzugeben. Insbesondere ging es um acht Frage- und Problemstellungen. Die Sächsische Landesärztekammer hat neben den Mitgliedern des Gesprächskreises „Ethik in der Medizin“ weitere Ärzte in die Meinungsfindung einbezogen. Alle Beteiligten haben bei ihren Zuarbeiten insbesondere darauf geachtet, dass Menschenwürde und Selbstbestimmungsrecht der Bürger erhalten bleiben und auch Grundlagen der vorgelegten gesetzlichen Regelungen sind. Denn die Willensbildung darf nicht durch administrative Regularien relativiert werden. Es wird im Folgenden der Wortlaut der Stellungnahme wiedergegeben.

Vorbemerkung

Der Referentenentwurf stellt klar, dass der mündlich oder schriftlich hinreichend eindeutig erklärte Wille gilt. Dieser Wille entzieht sich der Auslegungshoheit anderer. Hier entscheidet der Patient unmittelbar selbst. Nur wenn wirklich ernst zu nehmende Unsicherheiten und Auslegungsspielräume bestehen, kann die Annahme einer (allerdings starken) Indizwirkung gelten. In dieser, in der Praxis

nicht seltenen Konstellation, müssen Versuche unternommen werden, den mutmaßlichen Willen des Patienten zu erheben, der dann auch bindend ist. Die Verantwortung der Ärzte und Stellvertreter für den Patienten bei der Willensermittlung wird betont. Die Selbstbestimmung des Patienten wird gewahrt. Ausreichende, aber nicht überzogene und damit unpraktikable Prinzipien der Missbrauchskontrolle sind vorgesehen. Patienten müssen die Gewissheit gewinnen können, dass ihre Auseinandersetzung mit dem Thema auch ernst genommen wird. Auch praktischen Erwägungen im Blick auf die Handhabung wird der Referentenentwurf gerecht.

Nach anderer Ansicht wird empfohlen, Patientenverfügungen mit Vorsorgevollmachten zu koppeln. Das Gespräch zum Beispiel mit einem jahrzehntelangen Lebenspartner hilft oftmals sehr wesentlich bei der Entscheidung, ob die Patientenverfügung als erklärter Wille in einer konkreten Situation zu werten oder lediglich als mutmaßlicher Wille in die Entscheidung einzubeziehen ist.

1. Soll eine Patientenverfügung überhaupt gesetzlich geregelt werden?

Aufgrund unterschiedlicher bzw. uneinheitlicher Handhabung der bisher vorhandenen Regelungen besteht das Erfordernis, die Patientenverfügung (im Sinne des Referentenentwurfes) gesetzlich zu regeln. Sollte die Regelung restriktiver als die aktuellen Möglichkeiten ausfallen (entsprechend dem Vorschlag der Enquete-Kommission), ist das gegenwärtige, gewachsene, wenn auch gesetzlich nicht bestätigte Verfahren vorzugswür-

dig. Der geplante § 1901 a BGB erweckt in seinem Abs. 2 allerdings den Anschein, als seien Patientenverfügungen nur dann wirksam oder nur auf diese Weise wirksam einzubringen, wenn Patienten einen Betreuer oder einen Bevollmächtigten haben. Nach dem ganzen System des Betreuungsrechts hingegen ist die Betreuung nur die ultima ratio, das heißt, es kann nur dann ein Betreuer bestellt werden, wenn die Angelegenheiten des Betroffenen nicht auf andere Weise erledigt werden können. Wer eine Patientenverfügung hat, bedarf insoweit keiner Betreuung. Dieser Gedanke sollte auch in § 1901a Abs. 2 Berücksichtigung finden.

2. Wenn ja, wie soll die Reichweite der Patientenverfügung beschrieben werden?

Der Vorschlag des Referentenentwurfes, keine Reichweitenbeschränkung zu fordern, ist sinnvoll, praktikabel und unbedingt zu unterstützen. Die Reichweite der Patientenverfügung wird im Gesetz auch schwer zu beschreiben sein. Eine Definition von Wirksamkeit oder Nichtwirksamkeit wird durch den Gesetzeswortlaut nicht vermittelt werden können. Lehnt ein Mensch weit vor der Sterbephase eine Behandlung ab und erklärt sich nicht einmal zu seiner Motivation, so ist dieses Behandlungsverbot dennoch absolut verbindlich. Damit wird gewährleistet, dass das oberste Entscheidungsprinzip der Wille des Betroffenen bleibt. Je genauer die Patientenverfügung die eingetretene medizinische Situation im Voraus beschreibt, desto größere Indizwirkung kommt ihr natürlich zu.

Eine Beschränkung der Reichweite von Pati-

entenverfügungen auf bestimmte „zum Tode führende Grundleiden“ ist medizinisch nicht zu begründen. Ein multimorbider, an mehreren für sich genommen keineswegs vital bedrohlichen Erkrankungen erkrankter Patient kann prognostisch wesentlich bedrohter sein als ein Patient mit einem metastasierten Tumorleiden. Versuche, den Begriff der Todesnähe zu definieren sind sicher auch medizinisch äußerst problematisch. Für eine Beschränkung von Willensäußerungen in Form von Verfügungen auf eine bestimmte Lebensphase (wie zum Beispiel irreversible Erkrankungsphase oder infauste Prognose) ist keine ethische, juristische oder medizinische Rechtfertigung ersichtlich. Auch das Ausschließen von speziellen Erkrankungen wie Demenz oder Wachkoma entspricht nicht den praktischen Erfahrungen, denn gerade diese Zustände sind es oft, die erklärtes Ziel der Vorausentscheidung der Patienten sind.

So gibt es aus unserer Sicht keine medizinische oder ethische Rechtfertigung der Reichweitenbeschränkung der Patientenverfügung. Lässt sich der Wille bzw. ggf. der mutmaßliche Wille des Patienten klar ermitteln, so ist dieser für die Behandlung bindend. Natürlich kann es dann aber, ähnlich beim Schwangerschaftsabbruch, zu unterschiedlichen Anschauungen bezüglich der Zumutbarkeit kommen. Hier muss der Arzt die Möglichkeit der Ablehnung haben, verbunden mit der Verpflichtung, die Behandlung des Patienten an einen anderen Arzt zu übergeben.

3. Soll es Anforderungen an die Form geben, soll es ein Register geben?

Eine Anforderung an die Form sollte es aus unserer Sicht nicht geben. Aus Beweisgründen ist ein Schriftefordernis sicher hilfreich und empfehlenswert. Stärkere Anforderungen als die Schriftform sind jedenfalls abzulehnen. Letztlich muss es – jedenfalls beim Widerruf – auch bei einer mündlichen Äußerung sein Genüge finden können.

Nach hiervon abweichender Meinung wird die Schriftform dringend empfohlen bzw. gefordert. Eine Etablierung von formalen Kriterien als absolut zwingende Wirksamkeitsvoraussetzung für eine richterliche Entscheidung ist jedoch als eher unwahrscheinlich anzusehen.

Unter der Voraussetzung des behandlungsbindenden Willens des Betroffenen kann es auch nicht erforderlich sein, dass dieser Wille schriftlich niedergelegt werden muss. Die Ermittlung und Dokumentation dieses Willens kann und darf Aufgabe und in Verantwortung der behandelnden Ärzte sowie der Stellvertreter sein. Nur im Konfliktfall bedarf es des Vormundschaftsgerichts. Dass in diesem Konfliktfall einer Schriftform möglicherweise mehr Gewicht zukommt, der Patient aber darauf verzichtet hat, ist sein bewusst in Kauf genommenes Risiko und demnach zu akzeptieren. Die fehlende Schriftform zwingt das Behandlungsteam und die Stellvertreter allenfalls zu einer noch intensiveren Dokumentation des Ermittlungsprozesses des ggf. mutmaßlichen Patientenwillens, verhindert aber keine Entscheidung auf Basis des Willens des Patienten nur wegen fehlender Schriftform. Dieses Vorgehen stärkt die Möglichkeit der Durchsetzung des Patientenwillens. Ausreichende Missbrauchskontrolle besteht in der „Öffentlichkeit“ der Entscheidung und dem Strafrecht.

Allerdings lassen sich Qualitätskriterien von Verfügungen beschreiben, die bei Auslegungsnotwendigkeit die Auslegung erleichtern. Hierzu gehört insbesondere die Aufklärung, welche aber nicht zwingend sein darf. Datum der Abfassung und persönliche Unterschrift sind bei schriftlicher Form der Willensäußerung selbstverständlich.

Ein Register wird als prinzipiell hilfreich aber überwiegend als nicht sinnvoll angesehen. Wenn ein Register geführt werden soll, darf es nur ein einheitliches Zentralregister geben. Mit der Einrichtung eines solchen Registers

kann aber die Notwendigkeit zur offenen Kommunikation der Willensäußerung mit den Angehörigen oder Pflegenden ungewollt eingeschränkt werden. Dadurch kann sich die Gefahr realisieren, dass die offene Besprechung der Wünsche am Lebensende unterbleibt. Denkbar wäre die Information über das Vorhandensein einer Patientenverfügung in der angestrebten „elektronischen Patientenakte“.

4. Soll es zeitliche Befristungen geben?

Eine zeitliche Befristung sollte nicht erfolgen. Eine starre Frist ist nicht ratsam, weil beispielsweise eine bei einer jahrelangen chronischen Krankheit vor mehreren Jahren unterzeichnete Patientenverfügung in der Situation viel wahrscheinlicher binden kann bzw. als erklärter Wille für diese Situation zutreffen kann. Eine zeitnahe Patientenverfügung oder eine Aktualisierung eines Gesunden entfaltet jedoch auch eine stärkere Indizwirkung. Nach anderer ärztlicher Ansicht wird vertreten, dass es eine turnusmäßige Neudatierung geben soll (alle zwei Jahre).

5. Soll dem Behandlungsabbruch zwingend ein „Konsilium“ vorausgehen?

Die kollegiale Beratung von schwierigen medizinischen Entscheidungen ist sinnvoll und tägliche Praxis. Die Beratungsnotwendigkeit ergibt sich aus der medizinischen Situation und erfolgt auf Entscheidung des behandelnden Arztes. Behandlungsbegrenzung bzw. -abbruch sind ärztliche Entscheidungen von solcher Tragweite, dass Ärzte vor dem Hintergrund ihrer Berufspflichten, aber auch ihrer zivil- und strafrechtlichen Angreifbarkeit in Grenzsituationen eine Teamkommunikation im eigenen Interesse anstreben werden. Die Beratung der Entscheidung mit Kollegen aber auch mit den Therapeuten und dem Pflegepersonal muss guter „medizinischer Standard“ werden. In klaren Situationen wäre eine „Konsil-Pflicht“ dagegen eher ein

INFORMATIONEN IM INTERNET

**Neue Domain: www.gesundheitsinfo-sachsen.de
Gesundheitsinformationen für Ärzte und Patienten**

Formalismus und unnötiger Personalaufwand. Die Entscheidung ist in jedem Fall nachvollziehbar zu dokumentieren. Nach anderer Ansicht wird ein „Ethik-Konsil“ gefordert, das dem Erfordernis der Klarheit des Patientenwunsches und der höheren Wertschätzung dieser Kommunikationspflicht gerecht wird. Dieses Konsil sollte sich aus dem Behandler, dem pflegerisch-therapeutischen Team und dem Patienten bzw. dessen Vertreter zusammensetzen.

6. In welchem Umfang soll es eine gerichtliche Überprüfung geben; soll der Bevollmächtigte privilegiert werden?

Die gerichtlichen Überprüfungsmöglichkeiten gemäß § 1904 des Entwurfs sind ausreichend. Für eine generelle Überprüfungspflicht besteht keine medizinische, ethische oder juristische Notwendigkeit. Eine darüber hinausgehende gerichtliche Überprüfbarkeit besteht weiterhin. Jeder der maßgeblichen Entscheidungsteilnehmer (Arzt und Vertreter) hat bei Dissens die Möglichkeit, das Vormundschaftsgericht anzurufen. Darüber hinaus besteht jederzeit die strafrechtliche Überprüfbarkeit.

Der Bevollmächtigte sollte nicht privilegiert werden. Der Betroffene kann, wenn er bewusstlos geworden ist, seinen Vertreter nicht mehr kontrollieren und die Kontrolle muss von anderer Stelle vorgenommen werden.

7. Wer sollte als Sachverständiger herangezogen werden?

Aus der Frage geht nicht eindeutig hervor, für welche Tätigkeit Sachverständiger bestellt werden sollen. Drei Situationen sind denkbar: Sachverständiger für die Aufklärung über Verfügungen, hier sind alle speziell geschulten, beratenden Berufsgruppen wie Ärzte, Pflegepersonal, Sozialarbeiter, Juristen, Psychologen geeignet; Sachverständiger für die Behandlungsentscheidung, der selbstverständlich der behandelnde Arzt sein wird, welcher sich gegebenenfalls konsiliarisch beraten lässt. Sachverständige bei der gerichtlichen Überprüfung im Zweifelsfall bzw. retrospektiv: In dieser Situation bedarf es Sachverständiger zur Beurteilung von Verlauf und Prognose der entsprechenden Grund- und Nebenerkrankung. Aus der Erfahrung sind hierfür klinisch tätige Vertreter der Fachgebiete Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Neurologie, Chirurgie und Anästhesie geeig-

net. Die Sachverständigen müssen zwingend über Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiet der Palliativmedizin verfügen.

8. Beratungspflicht

Die Beratung vor Abfassung einer Patientenverfügung ist empfehlenswert, insbesondere dann, wenn sie durch fachlich und menschlich erfahrene Personen erfolgt, sollte jedoch nicht Wirksamkeitsvoraussetzung für die Patientenverfügung sein. Zu den fachlich erfahrenen Personen zählen entsprechend ausgebildete Ärzte, Juristen und Pflegepersonal. Nicht die formale berufliche Qualifikation allein vermittelt Kenntnis für mögliche Lebens- und Krankheitssituationen und befähigt somit zu optimaler Aufklärung über Patientenverfügungen. Diese Anforderungen sind vom Juristen/Notar, der nicht über eine Ausbildung zu medizinischen Situationen verfügt, im Regelfall kaum zu erbringen. Die Rahmenbedingungen für solche Aufklärungsgespräche über die Prognosen etc. müssen verbessert werden. Diese Gespräche müssen als hochwertige Leistung verstanden werden. Sie müssen inhaltlich überprüfbar dokumentiert und adäquat abrechenbar sein. Weiterhin

ist auch festzuhalten, dass Selbstbestimmung nicht nur auf informierter Basis erfolgen kann. Auf Information kann verzichtet werden, wenn Selbstbestimmung dennoch möglich ist. Damit ist die Beratungspflicht allenfalls ein Schutzkriterium.

Bei zwingender Beratungspflicht bestehen dagegen eine Reihe von Gefahren: Sollen Patienten mit Verfügung zum Beispiel aus der Zeit vor der gesetzlichen Regelung gegen deren Willen behandelt werden, nur weil keine Aufklärung erfolgt ist? Wie ist mit einer Verfügung zu verfahren, welche nach annehmbar mangelhafter Aufklärung erstellt wurde? Darf es Ärzten zugemutet werden, einen Patienten gegen seinen klar geäußerten Willen zu behandeln? Die Lösung derartiger Probleme wird mit Einführung einer Beratungspflicht und Reichweitenbeschränkung allein auf die Ärzteschaft verlagert!

Für den Gesprächskreis Ethik in der Medizin
Prof. Dr. med. Rolf Haupt
Prof. Dr. med. Otto Bach

Sächsische Ärzte in Bangkok

Kriseninterventionsteam Leipzig e.V. in Bangkok zur Betreuung deutscher Tsunamiopfer vom 30. 12. 2004 bis zum 7. 1. 2005

Eines der von der Flutkatastrophe im Indischen Ozean am stärksten betroffenen Länder war Thailand. Zum Jahreswechsel wurde die Opferzahlen mit 5000 Toten, 4000 Vermissten und über 10 000 Verletzten geschätzt. Besonders betroffen waren die Touristenregionen von Phang Nga und Phuket. Mehr als die Hälfte der Opfer waren Ausländer, die Verletzten wurden in den regionalen Krankenhäusern unter Katastrophenbedingungen medizinisch versorgt. Ein Teil der verletzten deutschen Tsunamiopfer waren einige Tage nach der Katastrophe mit thailändischen Militärmaschinen in die Hauptstadt Bangkok ausgeflogen worden.

Der Krisenstab des Auswärtigen Amtes hatte am 30. 12. 2004 ein Betreuungsteam zur Unterstützung der Deutschen Botschaft in Bangkok beim Kriseninterventionsteam Leipzig e.V. angefordert. Das Team sollte aus zwei Notärzten mit der Zusatzqualifikation Leitender Notarzt, einem Psychiater, zwei Rettungsassistenten und zwei Seelsorgern mit notfallpsychologischer Ausbildung bestehen.

Vom Auswärtigen Amt wurden die Hin- und Rückflugtickets, Impfungen, Versicherungen und Hotelbuchungen in Bangkok zur Verfügung gestellt.

Die Notärzte Dr. Gerhardt Schlenk (Leipzig) und Dr. Ralph Kipke (Dresden), die Psychiaterin Dr. Corinna Linde (Leipzig) und die anderen Mitglieder des Teams begannen am 1. 1. 2005 in Bangkok mit der Arbeit. In 20 Krankenhäusern lagen 140 verletzte deutsche Tsunamiopfer, einige von ihnen auf Intensivstationen. Bereits vor Ankunft des Teams hatte sich in der Botschaft eine Arbeitsgruppe aus ca. 30 Botschaftsmitarbeitern und deutschen Freiwilligen gebildet, die Verletzte in den Krankenhäusern betreuten. Außerdem waren Deutsche nach Bangkok geflogen, die sich um ihre verletzten Familienangehörigen kümmerten. Die medizinische Versorgung in den Krankenhäusern der thailändischen Hauptstadt war hervorragend. Krankenhausmanagement, behandelnde Ärzte und das Pflegepersonal unterstützten die deutschen Betreuer bereitwillig. Die Weichteilverletzungen waren hochgradig infiziert und entzündet, begünstigt durch die längere Einwirkzeit des kontaminierten Salzwassers, das tropische Keimpektrum und die unter den Katastrophenbedingungen wahr-

scheinlich unzureichende Wundversorgung. Trotz breiter antibiotischer Abdeckung mussten manche Wunden täglich revidiert werden, teilweise unter Allgemeinanästhesie. Einige Patienten hatten thorakale Verletzungen und septische Symptome, die zur Ateminsuffizienz führten, und mussten beatmet werden. Die Begegnungen mit den betreuten deutschen Patienten hatten anfangs vor allem organisatorische Inhalte. Angehörige sollten benachrichtigt, Versicherungsfragen geklärt und der Rücktransport vorbereitet werden. Für den Rücktransport mussten Kleidung, Geld und Dokumente beschafft werden. Die deutschen Ärzte wurden gebeten, Fragen zu den Therapiestrategien, den Heilungschancen und den Risiken einer Krankenhausentlassung und eines Rücktransportes zu beantworten. Die intensivmedizinischen Erfahrungen der beiden Notärzte waren hier besonders wichtig. Im weiteren Kontaktverlauf berichteten viele Patienten von ihren Krisenerlebnissen. Besonders ausgeprägt waren die akuten Belastungsreaktionen in verschiedenen Symptomkonstellationen vor allem bei Verlusterleben naher Angehöriger oder bei prädisponierenden Persönlichkeitsstrukturen bzw. psychosozialen Problemen.

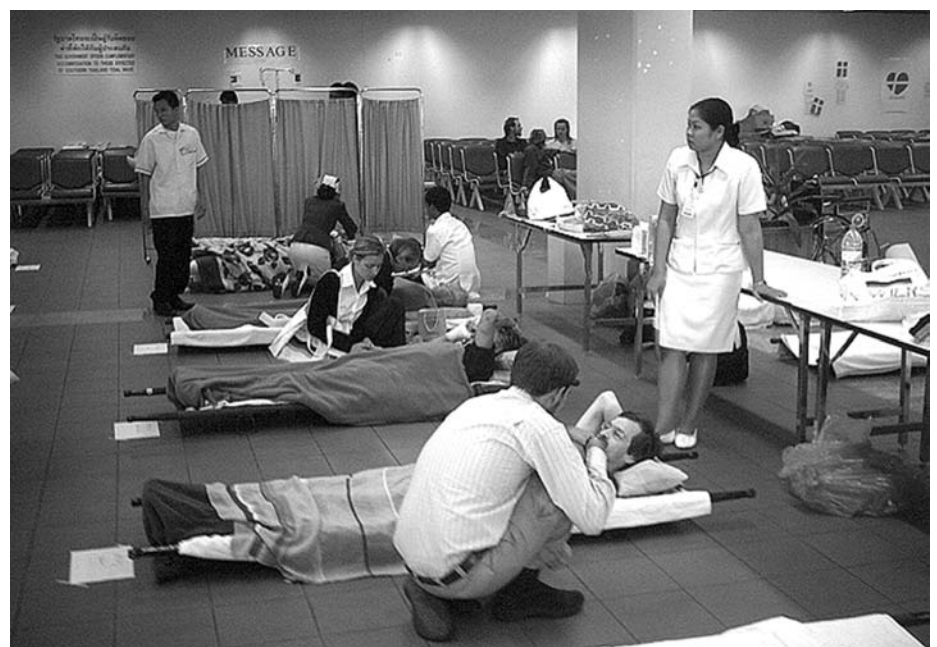
Am Abend des 1. 1. 2005 wurde uns mitgeteilt, dass ein Airbus der Luftwaffe für die Verlegung der Patienten nach Deutschland



Mitglieder des Einsatzteams in Leipzig beim Impfen vor dem Abflug: v.l.n.r.: Pfarrerin Ute Ellinger, Dr. Corinna Linde, Rettungsassistent René Gronmayer, Dr. Gerhard Schlenk, Rettungsassistent Robert Hoke, Dr. Ralph Kipke

vorbereitet wird. Der Beginn der Evakuierungsaktion wurde für den 3. 1. 2005 nachmittags angegeben. Es blieb also ein Tag, die Evakuierungsaktion vorzubereiten. Die Leitung wurde dem Team übertragen. In Abstimmung mit den behandelnden Ärzten musste die Flugtauglichkeit der Verletzten überprüft und die Zustimmung der Krankenhausverwaltungen eingeholt werden. Medizinische Unterlagen, Antibiotika und Schmerzmittel für den voraussichtlich 20-stündigen Transport mussten mitgegeben werden.

Am 3. 1. 2005 wurde im militärischen Bereich des Flughafens ein Verbandsplatz nach katastrophenmedizinischen Grundsätzen eingerichtet. Nach Eintreffen der Patienten wur-



Verletzte deutsche Tsunamiopfer werden vor ihrem Abflug im Flughafen von Bangkok betreut.

den sie in Sichtungskategorien eingeteilt und medizinisch versorgt. Die psychosoziale Betreuung besonders schwer psychisch traumatisierter Patienten wurde durch Frau Dr. Linde und die Seelsorger bis zum Abflug gewährleistet.

Die Arbeitsgruppe der Botschaft, deutsche Notärzte und Rettungsassistenten, thailändisches Pflegepersonal, die Lufthansa am Flughafen und viele Andere sorgten für ein Gelingen der Aktion.

38 Patienten und 6 intensivpflichtige Verletzte aus Deutschland, Holland, Malta und England wurden an diesem Tag von der MedEvac aufgenommen und nach Hause geflogen.

Bis auf 14 Patienten wurden bis zu unserem Abflug am 6. 1. 2005 alle deutschen Patienten ausgeflogen, zum großen Teil mit Linienmaschinen der Lufthansa. Das Team betreute die Verletzten und deren Angehörigen und unterstützte sie bis zum Abtransport.

In Gruppen- und Einzelgesprächssituationen mit Patienten, Angehörigen, Laienhelfern und behandelnden thailändischen Ärzten ergab sich die Notwendigkeit zwischen den verschiedenen Kriseninterventions- und Einsatznachsorgetechniken zu wechseln.

Bei diesem Katastropheneinsatz mussten unter Zeitdruck in einer unstrukturierten Lage mit begrenzter Helferanzahl und unter Einbeziehung von Laienhelfern Situationen bewältigt werden, die sowohl von klassischen ärztlichen als auch von vertrauten psychosozialen Aufgabenstellungen extrem abweichen.

Alle Helfer hatten hohe Anforderungen zu erfüllen und waren außergewöhnlichen Belastungen ausgesetzt. Neben den notfallmedizinischen und psychotraumatologischen Kompetenzen waren die Teamfähigkeit, Flexibilität und physische Belastbarkeit entscheidende Voraussetzungen.

Das Haupttätigkeitsfeld des Kriseninterventionsteams Leipzig liegt allerdings außerhalb solcher Katastrophensituationen. Der Dienst wird von Rettungsassistenten, Krankenschwestern, Psychologen, Ärzten und Pfarrern ehrenamtlich getragen und kann über die Rettungsleitstelle rund um die Uhr alarmiert werden. Die Helfer betreuen akut seelisch traumatisierte Klienten nach Tod eines nahestehenden Menschen, Gewalterfahrung, Verkehrsunfall u.a. Weiterführende Informationen sind unter www.kit-leipzig.de zu erhalten.

Anschrift der Verfasser:

Dr. med. Corinna Linde
Kriseninterventionsteam Leipzig e.V.
Holzhäuserstraße 81, 04299 Leipzig

Dr. med. Ralph Kipke
Brand- und Katastrophenschutzamt Dresden
SG Aus- und Fortbildung Rettungsdienst
Louisenstraße 14 – 16, 01099 Dresden

Transplantationssituation in der Region Ost

Am 25. Januar 2005 trafen sich in der Sächsischen Landesärztekammer Transplantationsbeauftragte und leitende Chefarzte aus sächsischen Krankenhäusern mit Vertretern der Sächsischen Landesärztekammer, der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) und des Sächsischen Staatsministerium für Soziales (SMS), um über die aktuell unbefriedigende Situation der Organspende und eventuelle Verbesserungsmöglichkeiten zu beraten. Leider mussten viele – bereits angemeldete – Kollegen auf Grund des Wintereinbruchs absagen, so dass letztlich „nur“ 35 Teilnehmer gezählt werden konnten. Nichtsdestotrotz kam es zu einer offenen und konstruktiven Diskussion. Nach den einleitenden Worten des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Herrn Professor Dr. med. Jan Schulze, präsentierte Frau Dr. med. Christa Wachsmuth, Geschäftsführende Ärztin der Region Ost der DSO, aktuelle Zahlen zur Organspende und Transplantation. Gegenstand des Vortrages waren auch Aktivitäten der DSO und der Landesärztekammer zur Förderung der Organspende. Sie unterstrich noch einmal die von Prof. Schulze bereits erwähnte gesetzliche Verpflichtung der Krankenhäuser, alle potentiell

len Organspender der DSO zu melden. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes versterben pro Jahr etwa 9.000 Menschen an einer primären oder sekundären Hirnschädigung im Krankenhaus. Tatsächlich wurden im vergangenen Jahr jedoch nur 1.928 mögliche Organspender an die DSO gemeldet. Der von der DSO geschaffene Erhebungsbogen soll die Zahl potentieller Organspender präzisieren und helfen, Ursachen der defizitären Spendsituation zu klären. Leider findet dieses Instrument bei den meisten Klinikern wenig Anklang, was auch in der anschließenden Diskussion deutlich zum Ausdruck kam. So wird dieser Fragebogen als weiterer Meilenstein zur Bürokratisierung des Arztberufes angesehen. Seitens der DSO wird jedoch argumentiert, dass bei zeitnahe Ausfüllen des Bogens – bspw. zusammen mit dem Totenschein – viel weniger Zeit benötigt wird, als wenn sämtliche Meldungen eines Jahres einmal jährlich aufgearbeitet werden, wie es häufig gehandhabt wird. Der Vertreter der Staatsregierung, Herr Ministerialdirigent Einbock aus dem SMS, ist der Ansicht, dass gerade die Krankenhäuser, deren Intensivtherapiestationen mit erheblichen staatlichen Fördermitteln ausgebaut wurden, nicht

nur eine gesetzliche, sondern auch eine moralische Pflicht haben, hirntote Patienten zu melden. In der Diskussion wurde von den Klinikern unter anderem klargestellt, dass auf Grund unterschiedlicher struktureller Gegebenheiten auch Schwerpunktkrankenhäuser wenig potentielle Spender aufweisen können, da hirngeschädigte Patienten häufig frühzeitig in neurochirurgische Zentren verlegt werden. Prof. Dr. med. Johann Hauss, Leiter des Leipziger Transplantationszentrums und Vorsitzender der Transplantationskommission der Sächsischen Landesärztekammer, gab bekannt, dass die Spenderkriterien hinsichtlich des Alters zum Teil erheblich gelockert wurden und dass auch mit relativ „alten“ Spendeorganen noch sehr gute Behandlungsergebnisse erreicht werden. Abschließend kam man zu der Übereinkunft, im eigenen Haus die Prozesse und Patientenpfade diesbezüglich zu überprüfen und gegebenenfalls zu überarbeiten. Hierbei wäre auch vermehrt an die Gewebespende – insbesondere Cornea – zu denken, für die weniger restriktive Vorgaben hinsichtlich der Organspender gelten.

Dr. med. Torsten Schlosser
Arzt in der Geschäftsführung

Exmatrikulationsfeier der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus Dresden



Am Sonnabend, dem 11. 12. 2004, fand im Dekanatshörsaal der Medizinischen Fakultät – eine Tradition der Medizinischen Akademie Dresden aufnehmend – erstmals wieder eine akademische Feier zur Verabschiedung des Studienabschlusses Medizin 2004 statt.

Eine feierliche Exmatrikulation durch die Fakultät wurde seit 1996 nicht mehr durchgeführt. Grund genug für den Förderverein der Medizinischen Fakultät hier eine Änderung zu bewirken. Nach initialem Anstoß und entsprechenden Vorarbeiten konnte gemeinsam mit dem Dekan der Fakultät, Herrn Prof. Dr. Hans-Detlev Saeger, sowie dem Fachschaftsrat der Fakultät ein Konzept erarbeitet und umgesetzt werden. Unterstützt wurde dieses Vorhaben vom Landesprüfungsamt Medizin (Leiter Dr. Pätzold), welches den Versand der Einladungen an die Absolventen übernahm.

Die Mehrheit der fast 70 KommilitonInnen, die im Herbst 2004 ihr Staatsexamen bestanden hatten, waren zusammen mit ihren Angehörigen (und mit erfreulich zahlreichem Nachwuchs) der Einladung des Fördervereins der Medizinischen Fakultät und des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden e.V. sowie des Dekans der Medizinischen Fakultät gefolgt. Der Dekan Prof. Dr. Saeger fand sehr

persönliche Worte für die StudienabgängerInnen, denen er unter anderem die Chancen und Möglichkeiten ihrer neu gewonnenen Freiheit und der Selbstbestimmung ihres beginnenden Berufslebens vor Augen hielt. Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. Jan Schulze, hatte es sich nicht nehmen lassen, an der Exmatrikulationsfeier persönlich teilzunehmen. Seine Anwesenheit dokumentierte in besonderer Weise die Verknüpfung des Studienabschlusses mit dem unmittelbaren Start in das ärztliche Berufsleben. Er stellte den künftigen KollegInnen in einer beeindruckenden Rede die Bedeutung der Wissenschaftlichkeit, der ärztlichen Erfahrung, der persönlichen Haltung sowie die einer humanen Partnerschaft zwischen Arzt und Patienten für ihre kommende Tätigkeit dar. An dieser Stelle sei angemerkt, dass Absolventen bislang nur geringe Kenntnisse über Bedeutung und Strukturen der ärztlichen Selbstverwaltung besitzen. Ein Lücke, die es in den nächsten Jahren zu schließen gilt.

Der Festvortrag von Prof. Dr. Albrecht Scholz, dem Direktor des Instituts für Medizin der TU Dresden, mit dem Titel „Der Heilplan soll ein Kunstwerk sein“ ging auf das für seine Zeit revolutionäre ganzheitliche

medizinische Konzept von Carl Gustav Carus, dem großen Dresdner Arzt, Naturwissenschaftler und Maler zu Krankheitsentstehung, Kranksein und Krankheitsbehandlung ein. Im Rahmen des Festaktes erfolgte die feierliche Verlesung des Arztgelöbnisses nach der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer durch eine Absolventin. Vom Förderverein wurde eine Abschlussurkunde gestaltet, die den Absolventen vom Dekan und vom Vorsitzenden des Fördervereins der Fakultät überreicht wurden. Ein weiterer Höhepunkt des Festaktes war die Übergabe der insgesamt sieben wohldotierten Carl-Gustav-Carus-Preise 2004 für sechs ausgezeichnete Promotionsarbeiten auf klinischem und experimentellem Gebiet sowie für eine bedeutende Publikation im Jahr 2004. Förderung erfuhren diese Vergabe durch finanzielle Unterstützungen des Prodekanats Forschung, Prof. Dr. Heinz Reichmann, sowie durch die Ostächsische Sparkasse Dresden, die am Festakt zugegen war.

Umrahmt wurden die Vorträge vom Kammerorchester „Medicanti“ der Medizinischen Fakultät der TU Dresden unter der rhythmisch prägnanten Leitung von Wolfgang Behrendt.

Der Festakt klang mit einem Empfang als akademische Familienfeier zwischen Professoren und künftigen Alumni der Medizinischen Fakultät der TU Dresden im Foyer des Dekanatsgebäudes aus und wird sich hoffentlich einen festen Platz im akademischen Leben der Fakultät etablieren.

Der Vorstand des Fördervereins der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus und des Universitätsklinikums der TU Dresden

Kontakt:
Förderverein der Medizinischen Fakultät und des
Universitätsklinikums Carl Gustav Carus
Dresden e.V.

Vorsitzender: Prof. Dr. med. Michael Meurer
Stellvertretender Vorsitzender:
Dr. med. Michael Nitschke
Schatzmeisterin:

Frau Assessor jur. Renate Fohrmann
Sitz: Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus Dresden
Klinik und Poliklinik für Dermatologie
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Honorierung von Befundscheinen

Information zur Honorierung von Befundscheinen im Rahmen der Bearbeitung von Anträgen nach dem Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch – (SGB IX) und dem Sozialen Entschädigungsrecht

Das Landesversorgungsamt des Sächsischen Landesamtes für Familie und Soziales teilte mit Schreiben vom 31.01.2005 mit:

„Die Versorgungsverwaltung ist bei der Durchführung des SGB IX und des Sozialen Entschädigungsrechtes regelmäßig auf die Mithilfe der die Antragstellerinnen und Antragsteller behandelnden Ärztinnen und Ärzte angewiesen. Nur sie verfügen über die entsprechenden Unterlagen, welche es erlauben, die nach den Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit nach dem Sozialen Entschädigungsrecht und dem Schwerbehindertenrecht erforderlichen Feststellungen treffen zu können. Im Interesse der Patientinnen und Patienten an einer möglichst einfachen und schnellen Feststellung beantragter Gesundheitsstörungen bittet die Versorgungsverwaltung, eingehende Befundanforderungen der Ämter für Familie und Soziales möglichst kurzfristig zu bearbeiten. Nach § 20 Sozialgesetzbuch X besteht zudem die Pflicht zur Übermittlung von Befundscheinen als sachverständiger Zeuge.

Dieser gesetzlichen Pflicht auf der einen Seite steht auf der anderen Seite der Rechtsanspruch auf Entschädigung gegenüber.

Mit Artikel 2 des Kostenrechtsmodernisierungsgesetzes (KostRMoG) vom 05.05.2004 wurde das Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz (JVEG) veröffentlicht. Dieses Gesetz ersetzt das bisherige Zeugen- und Sachverständigenentschädigungsgesetz (ZSEG).

Für Leistungen, die ab 01. 07. 2004 in Auftrag gegeben werden, hat die Entschädigung daher nach vorgenanntem Gesetz zu erfolgen.

1. Grundsätzliches

Voraussetzung für die Gewährung einer Entschädigung ist die Vorlage eines Befundscheines oder einer diesem gleichstehenden schriftlichen, ärztlichen Auskunft. Diese vom Arzt als einem sachverständigen Zeugen zu erbringende Leistung muss bestimmten Anforderungen genügen, die sich aus der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes ergeben. Ein Befundschein enthält demnach die Wiedergabe eigener fachlicher Wahrnehmungen in einer gewissen bewertenden Auswahl

sowie fachlicher Einordnung der betreffenden Wahrnehmungen. Nur soweit Aufzeichnungen über Gesundheitsstörungen (Krankheitsverlauf, Befunderhebung, Funktionsbeeinträchtigungen, Medikation u.a.) zum Gesamtbild der Gesundheitsstörung medizinisch eingeordnet werden, ist – anders als bei einfachen Zeugen – eine ärztliche Fachkunde erforderlich. Eine gutachterliche Äußerung leitet sich daraus noch nicht ab.

Mit dem JVEG ist der nach dem ZSEG zu entschädigende Rahmensatz durch einen Festbetrag ersetzt worden. Für alle Befundscheine ist nunmehr ein Betrag von 21,00 EUR zu erstatten. Voraussetzung ist allerdings auch weiterhin, dass der Befundschein den vorgenannten Anforderungen genügt. So kann für das ausschließliche Aufzählen von Diagnosen auch weiterhin keine Vergütung erfolgen.

Dies trifft auch für ungenügende Befundscheine, welche keine Äußerungen zu den gestellten Fragen oder Angaben zu einem falschen Patienten enthalten und für nicht rechtzeitig eingesandte Unterlagen oder Befundscheine zu.

Sind die Angaben des Arztes nicht verwertbar und entsprechen nicht den mit Auftragserteilung ergangenen Anforderungen, so kann auch keine Erstattung der Portokosten erfolgen.

2. Ausnahmen der Entschädigung in Höhe von 21,00 EUR

Eine bloße Mitteilung, zum Beispiel darüber, dass der Patient zurzeit in stationärer Behandlung ist oder seit geraumer Zeit nicht mehr in der Praxis vorstellig war, stellt keinen Befundschein dar. Diese Mitteilungen sind mit 3,00 EUR zu entschädigen. Zusätzlich können noch die entstandenen Porto- und Kopiekosten erstattet werden. Gleiches gilt für die Übersendung von vorhandenen Unterlagen ohne Erstellung eines Befundscheines. Auch für die Übersendung von unsortierten PC-Ausdrucken sind 3,00 EUR zuzüglich Portokosten und Kosten für die verwertbaren und notwendigen Kopien zu erstatten.

Die alleinige Mitteilung von Diagnosen erfüllt nicht die eingangs genannten Anforderungen an Befundscheine, so dass eine Kostenersatzung auch hier nicht erfolgen kann. Wir bitten alle Ärztinnen und Ärzte im Interesse ihrer Patientinnen und Patienten deshalb, aussagefähige Befundscheine zu übersenden.

3. Schreibaussagen

Die Aufwendungen für die Ausstellung eines Befundscheines sind bei der pauschalen Erstattung (Nr. 200 der Anlage 2 zu § 10 JVEG) inbegriffen. In Anlehnung an das BSG-Urteil vom 09.02.2000, B 9 SB 10/98 R, kann daher zusätzlich keine Schreibgebühr erstattet werden, auch dann nicht, wenn der Befundschein zum Beispiel in einem externen Schreibbüro geschrieben wird. Wie bereits das BSG klar gestellt hat, wird der Arzt beim Ausstellen eines Befundscheines nicht als Sachverständiger, sondern sachverständiger Zeuge tätig. Er hat somit generell keinen Anspruch auf Erstattung der Schreibgebühr. Gem. § 7 Abs. 2 JVEG werden Kosten nur für Ablichtungen, die auf Anforderung des AFS gefertigt wurden, erstattet. Dabei ist für die Anfertigung von Ablichtungen für die ersten 50 Seiten für jede Seite eine Entschädigung von 0,50 EUR, für jede weitere Seite von 0,15 EUR und für Farbkopien von 2,00 EUR fällig.

4. Portokosten

Portokosten werden gem. § 7 Abs. 1 JVEG in der Höhe, in der sie angefallen und notwendig sind, auf Antrag zu erstatten. Bei Ein-sendung mittels Telefax oder Briefdienst sind die Kosten bis zu der maximalen Höhe zu erstatten, die auch mit Einsendung mittels Brief angefallen wären.

5. Umsatzsteuer

Für Leistungen gem. Nummern 200 und 201 der Anlage 2 zu § 10 JVEG wird keine Umsatzsteuer fällig.

6. Röntgenaufnahmen

Werden Röntgenaufnahmen übersandt, sind gem. geltender Abstimmung mit der KVS pauschal 6,50 EUR zu erstatten.

Im Einzelnen höhere nachgewiesene Kosten sind ebenfalls zu erstatten.

Im Interesse Ihrer Patientinnen und Patienten an einer schnellen und sachgerechten Feststellung der vorliegenden Gesundheitsstörungen bittet Sie die Versorgungsverwaltung auch weiterhin um gute Zusammenarbeit.

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an die zuständigen Ämter für Familie und Soziales in Chemnitz, Dresden und Leipzig.“

Klaus Bemmann-Ender
Leiter des Landesversorgungsamtes

Die neue Homepage www.slaek.de



Der Internetauftritt der Sächsischen Landesärztekammer ist nach sieben Jahren vollständig neu gestaltet worden. Alter Wein in neuen Schläuchen sollte nicht angeboten werden. Eine Arbeitsgruppe der Sächsischen Landesärztekammer hat das Internetangebot zukunftsfähig gemacht. Aber was ist tatsächlich neu?

Sieben Jahre sind in der Informatikbranche eine lange Zeit. Die Landesärztekammer hatte bewusst über die Zeit ihre Informationen vor allem für die sächsischen Ärzte in der anfangs gewählten äußeren Gestaltung belassen, um kenntlich zu machen, dass es ihr mehr um den Inhalt als auf das modisch-werbende Beiwerk ankommt. Außerdem sollte sich der Anwender im gewohnten Äußeren schneller zurechtfinden, der Wiedererkennungswert war ein wichtiger Aspekt. Dennoch wurde in all den Jahren der Inhalt ständig erweitert, erneuert, gepflegt und den sich wandelnden Bedürfnissen angepasst. So mussten zum Beispiel alle Ordnungen und gesetzlichen Regelungen auf dem aktuellen Stand gehalten werden, das Archiv des „Arztblatt Sachsen“ wurde aufgebaut und die Rubrik der aktuellen Meldungen auf der ersten Seite geschaffen. Schon hier zeigte sich der unschlagbare Vorteil des

neuen Informationsmediums, dass beinahe tagesaktuell reagiert werden konnte. Aber auch die Form änderte sich mit der Zeit. So wurde der fachliche Inhalt von den formalen Dingen wie beispielsweise Kammereaufbau und Ansprechpartner, Seitenplan, Impressum und Ähnliches getrennt und in einem extra Menü in der oberen Querleiste dargestellt.

Form, Inhalt und Funktionalität waren es also (noch) nicht, die uns zum Handeln zwangen. Die Arbeitsgruppe „Multimedia in der Medizin“ schlug dem Vorstand die Anschaffung eines automatischen Pflegesystems, eines CMS (Content management program) vor, weil der Umfang der Informationen von inzwischen etwa 2500 Seiten mit einer manuellen Verwaltung kaum noch zu beherrschen war und eine personelle Erweiterung als teure Variante nicht in Betracht kam.

Mit der Erneuerung der Datenverwaltung sollten überdies für die Anwender, also die sächsischen Ärzte, modernere Lösungen hinsichtlich einer besseren Übersichtlichkeit, einfacherer Handhabung und Auffindbarkeit der Inhalte in garantierter Aktualität angeboten werden (siehe unten).

Nach eingehender Recherche entschied sich die Arbeitsgruppe für das CMS der Firma DGN-Service, das schon von mehreren Kammern und Kassenärztlichen Vereinigungen zur Pflege ihrer Internetseiten verwendet wird. So können die Erfahrungen anderer Selbstverwaltungskörperschaften und Synergieeffekte genutzt werden. Die Seiten aller Teilnehmer haben ein gemeinsames Grundgerüst, man findet sich auch dort sofort zurecht (zum Beispiel: Informationen der Bundesärztekammer unter www.arzt.de).

Es sprechen aber noch weitere Gründe für ein CMS: Die Kammer hat nunmehr ein sehr effektives und selbstkontrollierendes Instrument der Seitenverwaltung zur Hand, das Arbeitsabläufe automatisiert, die Aktualität durch Verfallsdaten selbst überwacht, „tote“ Links aussondert und Textänderungen an allen betreffenden Stellen selbst ausführt. Es sind jetzt sehr viele technische Möglichkeiten und Neuerungen vorhanden, die der Nutzer nicht bemerkt, aber zukünftig für eine bessere Nutzerführung gebraucht werden.

Für Sie als Anwender gibt es die weiter oben genannten angestrebten entscheidenden Veränderungen, die auch die Funktionalität auf eine neue Stufe stellen. Einige solcher Änderungen betreffen:

Die grafische Gestaltung: Sie verzichtet wie bisher auf allen werbenden Zierrat, ist aber noch klarer auf den Inhalt gerichtet, es wird auch auf die übliche Farbigkeit der Bebilderung verzichtet. Der Hintergrund ist nun einfarbig.

Der Seitenaufbau (Abbildung): Ein sogenannter Header fasst als obere Leiste die darunter befindliche dreigeteilte Hauptseite zusammen und enthält weiterhin die Menüpunkte für die organisatorischen Informationen (Kammer, Impressum, Presse, Kontakt), da sich die Trennung organisatorischer und fachlicher Inhalte bewährt hatte. Die senkrechte Dreiteilung (bisher Zweiteilung) enthält links das Hauptmenü für die fachlichen Informationen, in der Mitte genügend Platz für die vom Nutzer ausgesuchten Inhalte und rechts wechselnde Symbole für wichtige Themen (zum Beispiel Deutsches Ärztenetz, Bündnis Gesundheit 2000, Gesundheitsinformationen, jetzt www.gesundheitsinfosachsen.de, Fortbildung).

Infoblatt

Die Funktionalität:

- durchgehend einheitliche und klare Gestaltung aller Seiten für ein schnelles Zurechtfinden,
- durch Vergabe einer Gültigkeitsdauer gesicherte Aktualität und systemkontrollierte Archivierung aller Inhalte.
- die entscheidende Verbesserung liegt in einer Suchfunktion für den Nutzer. Besonders hier werden die Vorteile der Informatik wie Ordnung und Verfügbarkeit sicht- und nutzbar. Beispielsweise können über Stichworte im Archiv des „Ärzteblatt Sachsen“ (seit 1999) wichtige Beiträge, „runde“ Geburtstage von Kollegen, Tätigkeitsberichte usw. sofort gefunden werden. Oder man sucht gesetzliche Regelungen zu einer bestimmten Imp-

fung, zur Weiterbildung oder einen Fortbildungstermin – alles ist schnell auffindbar. Auch die Einteilung der Suchergebnisse nach einem Ranking ist möglich.

Gegenwärtig erfolgen etwa 200.000 Zugriffe im Monat auf die Homepage der Sächsischen Landesärztekammer. Dies erfordert einen hohen Anspruch an die Qualität des Internetangebotes. Die neue Darstellung trägt dem Rechnung und lässt für die Zukunft viele Entwicklungsmöglichkeiten offen.

Für Ihre Anregungen oder kritischen Hinweise sind wir dankbar (dresden@slaek.de)

Dr. med. Günter Bartsch
Vorsitzender der AG Multimedia in der Medizin

Ausfüllen eines Totenscheines

Sehr wichtige und kurzgefasste Hinweise zum Eintragen der Todesursachen in die Todesbescheinigung gibt das Statistische Bundesamt und das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information.

Das Infoblatt zum Ausfüllen eines Totenscheines finden Sie auch unter unserer Internetadresse: www.slaek.de

Dr. med. Günter Bartsch
Vorsitzender der AG Multimedia in der Medizin

In eigener Sache

Reisemedizinische Gesundheitsberatung

Die Sächsische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung will in Kooperation mit den entsprechenden Sächsischen Kompetenzzentren das neue interdisziplinäre Curriculum „Reisemedizinische Gesundheitsberatung“ anbieten.

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. med. Schubert, Leipzig

ChA Dr. med. Zieger, Dresden

Zeitpunkt:

Frühjahr 2006

Wir bitten Interessenten sich kurzfristig voranzumelden (Sächsische Landesärztekammer, Frau Treuter, Telefon 0351 82 67-324), um einen Eindruck vom Bedarf zu gewinnen. Das Curriculum entspricht inhaltlich den Vorgaben der Bundesärztekammer und ist modular mit Fortbildungsangeboten des Deutschen Fachverbandes Reisemedizin e.V. kompatibel.

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach
Vorsitzender der Sächsischen Akademie
für ärztliche Fort- und Weiterbildung

Stellenausschreibung

Die altershalber frei werdende Stelle

Ärztlicher Geschäftsführer

wird hiermit zur Neubesetzung spätestens ab 1. November 2005 ausgeschrieben.

Die vielfältige und verantwortungsvolle Tätigkeit als Ärztlicher Geschäftsführer der Sächsischen Landesärztekammer umfasst konzeptionelle Aufgaben zur Gesundheits- und ärztlichen Berufspolitik und deren Umsetzung, insbesondere in den Gebieten ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung, ambulante Versorgung, Krankenhaus, öffentlicher Gesundheitsdienst, Prävention, Rehabilitation, Umwelt, Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung. Die Tätigkeit umfasst die Betreuung und Geschäftsführung zahlreicher Ausschüsse und Kommissionen sowie die Anleitung der zugeordneten Referate.

Die Bewerberin/der Bewerber sollte Fachärztin/Facharzt und promoviert/habilitiert sein und über mehrjährige Leitungserfahrungen verfügen.

Wir erwarten die Fähigkeit zur kreativen, selbstständigen und teamorientierten Arbeitsweise, Belastbarkeit, Flexibilität und Organisationstalent.

Die Aufgaben und Arbeitsbedingungen möchten wir gern mit Ihnen persönlich besprechen. Die Vergütung erfolgt nach BAT-O. Bitte richten Sie Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen bis 31. März 2005 an

Sächsische Landesärztekammer
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Konzerte und Ausstellungen

Konzerte

Sonntag, 3. April 2005, 11.00 Uhr
Junge Matinee

Ein Frühlingsstrauß von Melodien
Studierende der Fachrichtung Gesang und
Musiktheaterkorrepetition
Mentor Prof. Karl Heinz Knobloch
Hochschule für Musik
Carl Maria von Weber Dresden

Donnerstag, 21. April 2005, 19.30 Uhr
Junge Soiree

Junge Geiger – Junge Kunst
Studentinnen und Studenten der Klasse
Prof. Annette Unger
Hochschule für Musik
Carl Maria von Weber Dresden

Ausstellungen

**Foyer der
Sächsischen Landesärztekammer
und 4. Etage**

**Ulla Andersson
Ansichtssache
Malerei/Zeichnung/Collage**

16. März 2005 bis 22. Mai 2005

Vernissage

Donnerstag, 17. März 2005, 19.30 Uhr

Einführung: Heinz Weißflog, Dresden,
Freier Autor

**Foyer der
Sächsischen Ärzteversorgung**

**Karin Junge
Experimente mit dem Innenleben
Collagen und Druckgrafik**

16. März 2005 bis 15. September 2005

Vernissage

Mittwoch, dem 16. März 2005, 19.00 Uhr

Neue Besetzung im Ausschuss »Junge Ärzte«



Dr. Friedemann Reber, Dr. Thomas Heidler

Als neuer Vorsitzender des Ausschusses Junge Ärzte wurde Dr. Friedemann Reber und als sein Stellvertreter Dr. Thomas Heidler gewählt. Eine Neuwahl wurde notwendig, weil die bisherige Vorsitzende, Frau Mascha Lentz, aus beruflichen Gründen das Ehrenamt aufgeben musste. Fast anderthalb Jahre war sie die „Chefin“ des Ausschusses. In dieser Zeit hat sie als Vorsitzende die Arbeit und das Bild des Ausschusses „Junge Ärzte“ außergewöhnlich geprägt. Mit ihrer erfrischend offenen und unkonventionellen Art belebte sie jede Sitzung und das gesamte Arbeitsklima. Wir wünschen ihr für die kommende Zeit alles Gute. Die Ziele und Aufgaben der Ausschussarbeit für 2005 werden bestimmt durch die Absicht des Europäischen Parlaments, die Arbeitszeitrichtlinie zu revidieren und damit auch die Erfolge von angestellten Ärzten am Europäischen Gerichtshof zunichte zu machen. Regelmäßige Beiträge im „Ärzteblatt Sachsen“ sollen über die Ausschussarbeit informieren.

Der Ausschuss „Junge Ärzte“

Ärzte im Nationalsozialismus

Vor 60 Jahren wurde das Konzentrationslager Auschwitz befreit.

Vor 60 Jahren wurde neben anderen deutschen Städten Dresden in Schutt und Asche gelegt.

Vor 60 Jahren fand Hitlerdeutschland ein Ende.

Aus diesen Gründen hat die Redaktion das Aprilheft 2005 des „Ärzteblatt Sachsen“ unter die Überschrift „Ärzte und Medizin im Nationalsozialismus“ gestellt. Zwangssterilisation, Euthanasie, die Verfolgung jüdischer Ärzte und die Gesundheitsaufklärung in den Jahren 1933 bis 1945 sowie weitere Themen sind die Schwerpunkte.

Die Zusammenstellung der Artikel soll die vielfältigen Gesichter der „Deutschen Hakenkreuzmedizin“ zeigen, die uns auch heute noch beschäftigen.

Prof. Dr. Winfried Klug
Vorsitzender des Redaktionskollegiums



Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden gemäß § 103 Abs. 4 SGB V in Gebieten für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf Antrag folgende Vertragsarztsitze der **Planungsbereiche** zur Übernahme durch einen Nachfolger ausgeschrieben: Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

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

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

Bitte geben Sie bei der Bewerbung die betreffende Registrier-Nummer (Reg.-Nr.) an. Wir weisen außerdem darauf hin, dass sich auch die in den Wartelisten eingetragenen Ärzte bei Interesse um den betreffenden Vertragsarztsitz bewerben müssen.

■ Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 05/C011

Chemnitz-Stadt
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 05/C012

Freiberg
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Reg.-Nr. 05/C013

Zwickau-Land
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 05/C017

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 7. 4. 2005 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder 2789-403 zu richten.

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis
Facharzt für Allgemeinmedizin*) –
Teil einer Gemeinschaftspraxis
Reg.-Nr. 05/C014
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe)
Reg.-Nr. 05/C015

Zwickau-Stadt
Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Reg.-Nr. 05/C016

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 24. 3. 2005 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder 2789-403 zu richten.

■ Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Dresden-Stadt
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Reg.-Nr. 05/D019
Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Reg.-Nr. 05/D020

Görlitz-Stadt/Niederschlesischer Oberlausitzkreis
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Reg.-Nr. 05/D021
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin (Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)
Reg.-Nr. 05/D022

Hoyerswerda-Stadt/Kamenz
Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Reg.-Nr. 05/D023

Bautzen
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 05/D024

Meißen
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 05/D025
Facharzt für Augenheilkunde (Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)
Reg.-Nr. 05/D026

Sächsische Schweiz
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 05/D027

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 8. 4. 2005 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 8828-330 zu richten.

■ Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Leipzig-Stadt
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 05/L013
Facharzt für Chirurgie (Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)
Reg.-Nr. 05/L014

Leipziger Land
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 05/L015
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Reg.-Nr. 05/L016

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 8. 4. 2005 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Telefon-Nr. 0341 2432-153 zu richten.

Abgabe von Vertragsarztsitzen

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

■ Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Chemnitz-Stadt
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
geplante Praxisabgabe: 31. 12. 2005

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 1164, 09070 Chemnitz, Telefon-Nr. 0371 2789-406 oder 2789-403.

■ Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Riesa-Großenhain
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: Dezember 2005

Weißeritzkreis
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: Ende 2005

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 8828-330.

■ Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Leipzig-Stadt
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: Anfang 2006

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: 2005

Döbeln
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Geplante Praxisabgabe: 2006

Torgau-Oschatz
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Geplante Praxisabgabe: sofort

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. 0341 2432153.

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Landesgeschäftsstelle

I. Teuwen, J. C. Simon

Ulcus cruris

Interdisziplinäre Therapie praxisnah

Universitätsklinikum Leipzig,
Klinik für Dermatologie,
Venerologie und Allergologie

Zusammenfassung

In Deutschland leiden ca. 2,5 Mio. Menschen an chronischen Wunden. Die Behandlung solcher Wunden stellt uns in der Praxis immer wieder vor neue Herausforderungen. Die Therapiemöglichkeiten sind vielfältig und insbesondere das Angebot innovativer Wundauflagen bietet zahlreiche Optionen zur modernen Wund-

versorgung. Oftmals werden diese Therapiemöglichkeiten jedoch aus verschiedenen Gründen nicht oder falsch genutzt. Im nachfolgenden Artikel möchten wir deshalb eine kleine Übersicht über aktuell verfügbare sowie praxisrelevante Behandlungsmöglichkeiten und deren Einsatz geben. Wir hoffen, auf diese Weise den

Weg zu einer effizienten und somit auch kosteneffektiven Behandlung zu erleichtern und die Zusammenarbeit mit ausgeschriebenen Wundzentren zu stärken.

Schlüsselworte: Ulcus cruris, Wundmanagement, moderne Wundversorgung

Einleitung und Epidemiologie

In den westlichen Industrieländern leiden ca. 1 bis 1,5 Prozent der Bevölkerung an chronischen Wunden. (Thomson, J.S., Brooks, R.G., 2000; Alguire P.C., Mathes, B.M., 1997). Allein in Deutschland betrifft dies etwa 2,5 Mio. Menschen. Aufgrund der Altersentwicklung ist davon auszugehen, dass diese Zahl in Zukunft weiter ansteigt. Definitionsgemäß spricht man von einer chronischen Wunde, wenn diese nach drei Monaten nicht abheilt oder nach 2 Wochen keine Heilungstendenz zeigt. Die häufigste chronische Wunde ist das Ulcus cruris. 60 bis 80 Prozent dieser Ulzerationen sind venöser Genese. Ein weiteres großes Feld der chronischen Wunden stellen die diabetischen Fußulcera und die Dekubitlucera dar. Die sozioökonomische Bedeutung der Wundbehandlung ist enorm. In Deutschland müssen ca. 1 bis 1,5 Milliarden Euro für die Behandlung von Unterschenkelulzerationen aufgebracht werden. Weitere 1 bis 1,5 Milliarden Euro sind für die Therapie diabetischer Fußulcera und Dekubitalulcera erforderlich (Gillitzer, R., 2002; Carpentier, B., Pradines, S., Benhamou, P.Y., Halimi, S., 2000). In Anbetracht dieser Zahlen rücken die Bedürfnisse des Patienten leicht in den Hintergrund. Patienten mit chronischen Ulzerationen erfahren jedoch oft eine starke Einschränkung ihrer Lebensqualität. Zunehmende Immobilität, Schmerzen und soziale Ausgrenzung prägen nicht selten den Alltag. Durch eine effektive Wundbehandlung besteht die Möglichkeit, diesen Menschen eine neue Lebensqualität zu geben.

Therapieplanung

Zur Therapie chronischer Wunden sind gewisse diagnostische und therapeutische Richtlinien hilfreich. An erster Stelle sollte stets die Ursachenabklärung stehen. Häufig sind Ulzerationen multifaktoriell bedingt und erfordern eine entsprechend umfassende Therapie. Neben der obligatorischen Gefäßdiag-

nostik ist vor allem bei atypischen Verläufen und ungewöhnlicher Morphologie an autoimmunologische oder neoplastische Prozesse zu denken. Eine Gewebeentnahme sollte in diesen Fällen unbedingt frühzeitig veranlasst werden. In die differential-diagnostischen Überlegungen sind außerdem neurogene, mikrobielle, exogene, hämatogene und medikamenteninduzierte Ulzerationen einzubeziehen. Darüber hinaus sollte darauf geachtet werden, ob knöcherne Beteiligung, Fehlstellung oder Druckbelastung der entsprechenden Extremität vorliegen und entsprechende therapeutische Maßnahmen eingeleitet werden. Basis für die Behandlung chronisch venöser Ulzerationen ist die konsequente Druckentlastung. Ohne Verringerung des intravenösen Drucks durch Kompressionstherapie und Beübung der Extremität sind weitere therapeutische Schritte nahezu ineffektiv (Tania, J., Phillips, M.D., 2001). Wichtig ist auch der Ausschluss möglicher Kontaktsensibilisierungen mittels einer Epicutantestung. Von großer Bedeutung ist ebenfalls eine suffiziente Schmerztherapie, da eine mangelhafte Schmerztherapie langfristig zur Chronifizierung des Schmerzes und einer Fehlbelastung der Extremität führen kann. Der Patient gewinnt durch eine angepasste Schmerzmedikation ein großes Stück Lebensqualität.

Um einen guten Therapieerfolg zu erzielen, sind ergänzend hierzu unbedingt die gesamte Konstellation und das Umfeld des Patienten in die Therapieplanung einzubeziehen. So ist beispielsweise eiweiß- und vitaminreiche Ernährung ein wichtiger Baustein für eine gute Wundheilung. Nebenerkrankungen wie Diabetes, Anämien und kardiale Erkrankungen sollten optimal behandelt werden, um diabetische Spätfolgen oder eine Hypoxie des Gewebes zu verhindern. Der Wundtherapeut sollte ferner Kenntnis über die häusliche Situation und Mobilität des Patienten haben, um eine durchgängige Wundversorgung zu gewährleisten. Die kurze Darstellung einiger

therapierelevanter Faktoren verdeutlicht bereits die Komplexität der Versorgung. Eine interdisziplinäre Behandlung und intensive Zusammenarbeit mit den betreuenden Ärzten und Pflegekräften ist essentiell.

Primäre Wundversorgung

Die primäre Wundversorgung setzt Kenntnisse über die physiologische Wundheilung voraus und verlangt vom Therapeuten eine Beurteilung und Zuordnung der Wunde in Hinblick auf die Wundheilungsphasen:

- Entzündungsphase
- Granulationsphase
- Epithelisierungsphase

Die physiologische Wundheilung ist ein komplexer Prozess, an deren Ende die Gewebsneubildung und Reparatur des Defekts steht. Auf die einzelnen Interaktionen zwischen zellulären und humoralen Faktoren soll hier nicht weiter eingegangen werden. Die einzelnen Phasen können fließende Übergänge zeigen oder teilweise parallel ablaufen. In der Regel befindet sich eine chronische Wunde in einer persistierenden Entzündungsphase mit zunehmender Zerstörung der Gewebsarchitektur. Der erste Schritt der Wundbehandlung beginnt somit meist mit der Wundreinigung, d.h. dem Entfernen von Fibrinbelägen oder Nekrosen sowie gegebenenfalls mit der Behandlung einer sichtbaren Entzündungsreaktion.

In diesem Zusammenhang wird immer wieder gerne der Sinn und Unsinn einer systemisch **antimikrobiellen Therapie** diskutiert. Entscheiden darüber sollte die Klinik. Es gilt festzustellen, ob klassische Entzündungszeichen in Form von Rötung, Überwärmung und Schmerzen vorliegen. Im zweiten Schritt sollte kontrolliert werden, ob im Serum CRP und Leukozyten ansteigen. Empfehlenswert ist darüber hinaus die mikrobielle Untersuchung aus einem Wundabstrich zur Dedektierung von Problemkeimen und Durchführung

eines Antibiotogramms. Vergleichende Studien zeigen zwar weder für die lokale noch für die systemische antimikrobielle Therapie eindeutige Vorteile (O'Meara, S., Cullum, N., Majid, M., Sheldon, T., 2000), doch reicht bei leichten Entzündungen in der Regel eine lokale antibakterielle Therapie völlig aus, sodass Nebenwirkungen durch eine systemische Therapie vermieden werden können. Bei schweren Entzündungen mit Allgemeinsymptomatik oder Anzeichen eines Erysipels ist eine systemische Antibiose indiziert. Diese sollte entsprechend dem Antibiotogramm ausgerichtet sein. Bei der Anwendung lokaler Antiseptika sollten bevorzugt Mittel mit geringer Zytotoxizität eingesetzt werden.

1. Schritt: Wundreinigung

1.1. Chirurgisches Wunddebridement

In der Praxis hat sich die mechanische Wundreinigung als Mittel der Wahl etabliert (Fleischmann, W., Russ, M.K., Moch, D., 1998). Durch die manuelle Abtragung von Belägen und Nekrosen wird eine schnelle und effektive Wundreinigung erzielt. Bei leichten Belägen ist auch eine ambulante Durchführung mittels Kürretage oder scharfem Löffel möglich. Abhängig vom Schmerzempfinden des Patienten empfiehlt sich in vielen Fällen eine analgetisch systemisch oder lokal wirkende Prämedikation. Größere Nekrosen sollten im Operationssaal unter Lokalanästhesie abgetragen werden. Unter stationären Bedingungen ist bei ausgeprägter Dermatoliposklerose auch die Kombination mit einer Shave-therapie oder eine Faziotomie in Erwägung zu ziehen (Braun, S., Jünger, M., 2003).

1.2 Förderung der autolytischen Wundreinigung

Durch Erhaltung eines physiologischen feuchten Wundmilieus werden die natürlichen körpereigenen Wundreinigungsmechanismen unterstützt. Aus diesem Grund sollten vor allem die mechanischen Reinigungsverfahren stets mit einem feuchten Wundverband kombiniert werden. Hierzu eignen sich besonders gut Hydrogele. Sie haben einen Wasseranteil zwischen 60 und 95 Prozent und können durch Abgabe der Feuchtigkeit Schorf und Beläge aufweichen sowie autolytisches Debridement unterstützen. Insbesondere bei trockenen und schwach sezernierenden Wunden ist ein feuchter Wundverband von großer Bedeutung. Zur Reduzierung der Keimbesiedlung hat sich der kombinierte Einsatz mit silberim-

prägnierter Aktivkohle bewährt. Die Silberbeschichtung wirkt bakterizid ohne die Gefahr einer Resistenzentwicklung. Durch die Aktivkohle können zudem Wundgerüche neutralisiert werden, was vom Patienten als sehr positiv empfunden wird.

1.3. Enzymatisches Wunddebridement

Die Wundreinigung mittels enzymatischer Spaltung von Gewebstrümmern ist aufgrund des fehlenden Wirkungsnachweises umstritten (Sellmer, W., 2003). Hinzu kommt, dass die enzymatische Wundreinigung einen langen Behandlungszeitraum fordert und die enzymatischen Salben mehrfach täglich aufgetragen werden müssen. In der Klinik hat sich allenfalls die Kombination mit chirurgischen Verfahren als sinnvoll erwiesen.

1.4. Biodebridement (*Lucilia sericata*)

Seit einigen Jahren erfolgt zur Reinigung chronischer Wunden in vielen Zentren der Einsatz von sterilen Fliegenlarven der Species *Lucilia sericata*. Die Larven können über einen Anbieter bestellt werden und direkt auf die Wunde aufgesetzt werden oder in so genannten Biobags appliziert werden. Freilaufende Maden sollten durch ein feines Netz abgedeckt werden. Die Larven bewirken durch extrakorporale Verdauung mittels proteolytischer Enzyme eine Verflüssigung von nekrotischem Gewebe und Fibrin. Nach drei Tagen, wenn die Larven ihre Größe nahezu verzehnfacht haben (ca. 2 cm), sollten sie von der Wunde entfernt werden. Bei noch nicht ausreichender Wundreinigung ist eine Wiederholung der Behandlung erforderlich. Als positiven Nebeneffekt schaffen die Larven ein antimikrobielles Wundmilieu, das nachweislich gegen grampositive Bakterien wirkt (Dissemond, J., Koppermann, M., Esser, S. et al., 2002). Gelegentlich können bei der Behandlung Schmerzen auftreten, die jedoch durch entsprechende medikamentöse Intervention in der Regel gut zu behandeln sind. Nachteilig ist vor allem der hohe Kostenaufwand bei wiederholter Therapie. Unter diesem Gesichtspunkt ist das Biodebridement besonders für Patienten geeignet, die aus verschiedenen Gründen für eine operative Maßnahme nicht zugänglich sind.

1.5. Wasserstrahl-dissektor

Ein recht innovatives Verfahren zur Wundreinigung ist das Wunddebridement mittels Wasserstrahl-dissektor (Braun, S., Jünger, M.,

2003). Durch einen hochkomprimierten Wasserstrahl ist bei entsprechendem Arbeitsdruck ein Schneideeffekt zu erzielen, der Beläge und Nekrosen großflächig abtragen kann. Reduziert man den Druck ist der Wasserstrahl auch zur Spülung der Wunde geeignet. Die Geräte sind mittlerweile so konstruiert, dass unter Behandlungszelt und Abzugsschleuse eine Kontamination der Umgebung mit Wundkeimen verhindert wird. Zur Behandlung ist auch hier, ähnlich wie bei der klassischen chirurgischen Wundreinigung, eine Lokal- oder Infiltrationsanästhesie erforderlich. In der Regel ist mit nur einer Sitzung eine vollständige Reinigung des Ulkus möglich.

1.6. Ultraschalltherapie

Für diese ebenfalls sehr innovative Technik der Wundreinigung wird Ultraschall in Frequenzen zwischen 1 und 3 MHz genutzt. Der Ultraschall wird mittels eines Sensors oder subaquaal (im Wasserbad) angewendet. Die Frequenz wird abhängig von der erforderlichen Eindringtiefe und dem gewünschten Effekt ausgewählt. Niedrigfrequenter Ultraschall (20 bis 120 Kilohertz) kann beispielsweise auch zur Wundgranulation eingesetzt werden. Aufgrund der aktuellen Datenlage kann das Verfahren jedoch noch nicht abschließend in Hinblick auf die etablierten Methoden beurteilt werden. Erste Ergebnisse scheinen jedoch vielversprechend (Dissemond, J., Fitz, G., Goss, M., 2003).

Vakuumversiegelung

Insbesondere bei großen Wunddefekten bietet die Wundversorgung mittels Vakuumversiegelung eine gute Alternative zu handelsüblichen Wundaufgaben. Bei diesem Verfahren wird die Wunde mit einem Polyvinylalkoholschwamm abgedeckt und anschließend mit transparenten, wasserdampfdurchlässigen, aber bakterienichten Polyurethanfolie abgeklebt. Durchzogen wird der Verband durch eine Drainage, die an eine Vakuumquelle angeschlossen ist und nachfolgend zwischen Wunde und Schwamm einen Unterdruck erzeugt. Exsudat und Gewebstrümmern werden abgesaugt und die Ausbildung eines gefäßreichen Granulationsgewebes gefördert. Vorteil des Verfahrens ist der seltene Verbandswechsel, der nur ca. alle sechs Tage erforderlich ist. Allerdings ist die Anlage von Vakuumverbänden in der Handhabung nicht ganz einfach. Bei infizierten Wunden kann die Wirksamkeit durch intermittierende Instillation von anti-

septischen oder antibiotischen Lösungen verbessert werden. In diesem Fall spricht man von einer Installationsvakuumversiegelung.

2. Schritt: Förderung der Granulation

In der Granulationsphase sollten Wundruhe, Schutz der Wunde und die Schaffung eines idealen feuchten Milieus das Ziel der Behandlung sein. Bereits in den 60er Jahren wurde durch Untersuchungen von Winter (1962) belegt, dass Wunden mit feuchter Wundbehandlung eine deutlich bessere Heilung zeigen als trocken behandelte Wunden. Umso erstaunlicher ist, dass derzeit nur ca. 10 – 20 Prozent der Therapeuten feuchte Wundverbände einsetzen (Gilitzer, R., 2003).

Während die Möglichkeiten der Wundreinigung vielfältig sind, stützt sich die Förderung der Granulation neben der **Vakuumversiegelung** vor allem auf den Einsatz **moderner Wundauflagen**. Die Vielzahl der Produktangebote scheint viele Anwender zu verunsichern. In der Zusammenschau liegen diesen Produkten jedoch nur wenige Stoffgruppen zugrunde, sodass die Auswahl übersichtlicher wird. Primär ist die Wunde zunächst nach Größe, Lokalisation und Sekretionsverhalten zu beurteilen. Anschließend sollten nachfolgende Anforderungen an die Wundaufgabe (Wundauflagen, WVG mbH Stuttgart, 2003) bei der Therapieplanung berücksichtigt werden:

• **Wirksamkeit:**

- Schutz vor Austrocknung und Gewährleistung eines feuchten Klimas
- Ausreichende Saugkapazität mit Aufnahme von Exsudat, Gewebstrümmern und Bakterien
- Schutz vor äußeren Einflüssen (Druck, Reibung, Bakterien)
- Schutz vor Wärmeverlust
- Erhalt des Gasaustausches

• **Verträglichkeit**

- Geringes allergenes Potential
- Atraumatischer (schmerzloser) Verbandswechsel
- Hoher Tragekomfort, gute Anpassung an die Körperkonturen
- Leichte Handhabung beim Verbandswechsel

• **Wirtschaftlichkeit**

- Kosteneffektivität durch beschleunigte Wundheilung

- Seltene Verbandwechsel
- Individuelle Anpassung der Auflage an die Wundgröße
- Möglichst geringer Bedarf an Sekundärverbandsstoffen

Die Stoffgruppen (Wundauflagen, WVG mbH Stuttgart, 2003):

Alginate

Der Rohstoff der Alginat wird aus Seealgen gewonnen. Es handelt sich dabei vorwiegend um Calciumalginat. Die Calciumalginatfasern saugen natriumreiches Wundsekret auf und wandeln sich unter Abgabe von Calciumionen in lösliches Natriumalginat um. Dabei bildet sich ein fasriges Gel aus.

Hydrofaser

Hydrofaserverbände bestehen hauptsächlich aus Natriumcarboxymethylcellulose. Sie sind den Alginaten sehr ähnlich und haben ebenfalls eine sehr hohe Saugkapazität. Im Gegensatz zu den Alginaten bilden Hydrofaserverbände jedoch ein formstabiles Gel, das rückstandsfrei entfernt werden kann. Dieses Gel entsteht durch die vertikale Flüssigkeitsaufnahme nur im Bereich der feuchten Wunde, sodass einer Mazeration der Wundränder entgegengewirkt wird.

Hydrokolloide

Hydrokolloide besitzen eine selbstklebende Oberfläche mit Quellpartikeln. Dabei handelt es sich meist um Carboxymethylcellulose, Pektin, Gelantine oder Karaja-Gummi. Unterhalb dieser Oberfläche bestehen Hydrokolloid-Verbände aus einem Polyurethan-Film oder Schaumstoff. Nach Aufnahme von Exsudat feuchtes, zähflüssiges Gel, das die Wunde feucht hält und nicht mit der Wundgrund verklebt.

Schaumstoffe/Hydropolymere

Polyurethan-Weichschaumkompressen nehmen Exsudat auf, ohne Größe und Form zu verändern. Die Exsudataufnahme erfolgt mittels Kapillarkraft über die im Schaumstoff vorliegenden Poren. In der Regel wird die aufgenommene Feuchtigkeit auch unter Kompression nicht mehr nach außen abgegeben. Im Gegensatz zu den Polyurethan-Weichschaumkompressen expandieren Hydropolymere unter Flüssigkeitsaufnahme und passen sich somit der Wundoberfläche an.

Je nach Hersteller können moderne Wundaufgaben mitunter bis zu sieben Tagen auf der Wunde verbleiben. Dies sollte jedoch stets nach Vorliegen der individuellen Wundverhältnisse und des Sekretionsverhalten entschieden werden. Der Verband infizierter und belegter Wunden sollte in kurzfristigen Intervallen gewechselt werden und einer engmaschigen ärztlichen Kontrolle unterliegen. Liegen schwach sezernierende Wunden vor, so können die Wundaufgaben zur Vermeidung einer Austrocknung in der Regel mit einem Hydrogel kombiniert werden.

Zeigen Wunden eine sehr zögerliche Granulation, so ist evtl. der Einsatz von Kollagen-Wundaufgaben (Promogran®, Nobakoll®, Suprasorb C®) oder rekombinatem Wachstumsfaktor PDGF-BB (Regranex®) sinnvoll. Für beide Produkte sollte der Wundgrund frei von nekrotischem Gewebe, Fibrinbelägen und Infektionen sein, da anderenfalls die Wirkung stark beeinträchtigt wird (Wieman, T.J., 2003). Die Anwendung von Kollagen-Wundaufgaben und PDGF-BB-haltigem Gel ist sehr kostenintensiv und sollte im Einzelfall entschieden werden. Für die Therapie mit PDGF-BB konnte jedoch gezeigt werden, dass insbesondere bei diabetischen Fußulcera langfristig die Rate notwendigen Amputationen reduziert werden konnten (Wollina, U., 1999, Wollina, U. 2000). Unter diesem Aspekt ist der Einsatz in bestimmten Fällen auch aus kosteneffektiven Gesichtspunkten durchaus gerechtfertigt.

3. Schritt: Epithelisierung

In der Epithelisierungsphase steht die Wundruhe im Vordergrund. Die Wunde sollte vor äußeren Einflüssen geschützt werden und das neugebildete Gewebe sollte einen stabilen Defektverschluss bieten. Zur Förderung der Epithelisierung sind unterschiedliche Verfahren möglich:

3.1. Hydroaktive Wundaufgaben

Zur konservativen Therapie bieten sich vor allem dünne Hydrokolloid-Verbände und Polyurethan-Weichschaumkompressen an. Da Wunden in der Epithelisierungsphase in der Regel nur eine geringe Sekretion vorweisen, ist es wichtig darauf zu achten, dass der Wundverband ein Austrocknen der Wunde verhindert. Der Verbandswechsel sollte so atraumatisch wie möglich erfolgen, damit das neu gebildete Epithel nicht geschädigt wird.

| STOFFGRUPPEN | VORTEILE | NACHTEILE |
|--------------------------------|--|---|
| Alginat | hohe Saugkapazität geeignet für infizierte Wunden gute Anpassung an die Wundfläche Austamponieren von Wundhöhlen möglich | ausreichende Sekretion erforderlich (ggf. Wund- auflage anfeuchten) fasrige Rückstände müssen beim VW entfernt werden Sekundärverband |
| Hydrofasern | hohe Saugkapazität Präparate mit Silberionen auch für infizierte Wunden geeignet gute Anpassung an die Wundfläche Austamponieren von Wundhöhlen möglich geringe laterale Flüssigkeits- ausbreitung rückstandsfreier VW | ausreichende Sekretion erforderlich (ggf. Wund- auflage anfeuchten) Sekundärverband |
| Hydrokolloide | Flüssigkeitsaufnahmen und -abgabe möglich auch bei schwacher Sekretion einsetzbar selbstklebend wasserabweisend einfache Handhabung | relatives allergenes Potential schmerzhafter VW möglich häufig Mazeration der Wundränder nicht geeignet für infizierte Wunden sowie Wunden mit feiliegender Sehne oder Knochen |
| Schaumstoffe/ Hydropolymere | hohe Saugkapazität freier Gasaustausch Atraumatischer VW (insbesondere bei silikon- beschichteten Produkten) keine Rückstände beim VW hoher Tragekomfort Polstereigenschaft einfache Handhabung | ausreichende Sekretion erforderlich zähflüssiges Wundsekret kann evtl. schlecht aufgenommen werden nicht geeignet für nekrotische oder infizierte Wunden |

Tabelle 1: Vor- und Nachteile moderner Wundauflagen

Anmerkung: VW=Verbandswechsel

3.2. Spalthauttransplantat

Bei großen schmerzhaften Ulzerationen hat sich die Wundabdeckung durch ein autologes Spalthauttransplantat bewährt (Korting, H.C., Callies, R., Reusch, M. et al., 2000). Um eine hohe Erfolgsquote zu erzielen, ist es wichtig im Vorfeld optimale Bedingungen zur Transplantation zu schaffen und die Allgemeinsituation des Patienten zu berücksichtigen. Die Wunde sollte vor Transplantation ein sauberes gut durchblutetes Granulationsgewebe zeigen und frei von Infektionszeichen sein. Ulzerationen über mechanisch belasteten Stellen oder in Gelenknähe stellen in Hinblick auf die Stabilität des Transplantats eine Schwierigkeit dar.

Nach Transplantation sollte eine nichtadhesive, unter mäßigem Auflagedruck stehende

Abdeckung (Fettgaze, Siliconauflagen, Polyamidnetze) gewählt werden.

3.3. Autologe Keratinozyten

Eine Alternative zum Spalthauttransplantat bietet die Applikation von autologen Keratinozyten (Moll, I., Schönfeld, M., Jung, E.G., 1995). Die Anwendung kultivierter Keratinozyten setzt voraus, dass das Ulkus sehr flach, vital und infektionsfrei ist. Keratinozyten können in Form einer Suspension auf den Wundgrund aufgebracht werden. Nachteil ist, dass die Keratinozyten mechanisch nicht belastbar und sehr anfällig für äußere Einflüsse sind. Um eine höhere Stabilität zu erreichen und die Handhabung zu vereinfachen, sind Keratinozyten auch auf Trägermaterialien wie Polyurethan- oder Hyaluron-

säuregittern zu züchten. Beim Bandwechsel sollte zum Schutz der Keratinozyten unbedingt auf ein steriles Vorgehen geachtet werden.

Ausblick

In diesem Artikel sind im Wesentlichen die aktuell verfügbaren Methoden zur modernen Wundbehandlung dargestellt. Eine vollständige Darstellung aller in Forschung und Erprobung befindlichen Konzepte würde den Rahmen des Artikels sprengen. Viel Aktivität zeigt sich beispielsweise in der Untersuchung des „aggressiven Mikromilieus“ und daraus resultierenden Therapieansätzen (Scharffetter-Kochanek, K., Schüller, J., Meewes, C. et al., 2003; Wall, S.J., Sampson, M.J., Levell, N. & Murphy, G., 2003). Auch Einzelfallbeschreibungen und Pilotstudien für den Einsatz verschiedener Wachstumsfaktoren präsentieren interessante Ergebnisse (Bianchi, L., Ginebri, A., Hagman, J.H. et al., 2002). Ein relativ neuer Zweig der Forschung beschäftigt sich mit dem Einsatz autologer Stammzellen (Kataoka, K. Medina R.J., Kageyama, T. et al., 2003; Badiavas, E.V., Abedi, M., Butmarc, J. et al. 2003).

Die schrittweise Gliederung dieses Artikels soll vor allem Ärzten mit geringer Erfahrung im Bereich der Wundversorgung die Therapieplanung erleichtern und verbessern. Bei schwierigen chronischen Wunden ist die Zusammenarbeit mit speziellen Wundambulanz, wie sie an einigen Zentren in Deutschland angeboten werden, empfehlenswert.

Der Wundtherapeut sollte die Ergebnisse der Forschung aufmerksam verfolgen, um den Patienten eine optimale Beratung und Versorgung bieten zu können. Die Anwendung neuer Verfahren sollte jedoch stets in Hinblick Sinn und Nutzen sowie unter Berücksichtigung sozioökonomische Aspekte kritisch hinterfragt werden.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:
Isabell Teuwen
Universitätsklinikum Leipzig AöR
Klinik für Dermatologie, Venerologie und
Allergologie
Stephanstraße 11
04103 Leipzig
Tel. 0341/ 97 18 600, Fax: 0341/ 97 18609
E-mail: isabell.teuwen@medizin.uni-leipzig.de

Leserbriefe

Dr. med. Jürgen Krug
Krankenhaus Grimma
Innere Abteilung

Leserbrief zu S. Fischer et al.: Diagnostik und Therapie des Diabetes mellitus Typ 2 „Ärzteblatt Sachsen“, 12/2004, 561-2, 571-4

Den Autoren ist für ihren Versuch, die Problematik der Diagnostik und Therapie des Diabetes mellitus Typ 2 in kurzgefasster Form den Lesern des „Ärzteblatt Sachsen“ nahe zu bringen, zu danken.

Allerdings bedürfen einige Aussagen eines Kommentars.

Die pauschale Formulierung eines Stoffwechsellziels für alle Diabetiker („streng euglykämisch“, HbA1c <6,5%) ohne Berücksichtigung von Lebensumständen, bisherigem Therapieverlauf, Begleiterkrankungen und Prognose ist abzulehnen. Die UKPDS hat gezeigt, dass bis zu neun Jahre vergehen, bis sich Unterschiede in der Glykämie Lage in dann auch noch relativ geringen Differenzen der Inzidenz mikrovaskulärer Komplikationen niederschlagen.

Weder wissenschaftlich noch ökonomisch zu rechtfertigen ist auch die Forderung nach extensiven Blutzuckerselbstkontrollen, insbesondere nach häufiger Messung postprandialer Blutzuckerwerte und aufwendiger Tages-Nacht-Profile. Der HbA1c-Wert stellt nach wie vor die entscheidende Größe zur Beurteilung der Stoffwechselqualität dar und korreliert besser als Blutglukosewerte mit der Inzidenz von Komplikationen. Für die Therapiesteuerung durch Insulindosisanpassung bei Typ 2-Diabetikern mit intensivierter Insulintherapie stellen die Nüchtern- bzw. präprandialen Blutzuckerselbstkontrollwerte die relevanten Informationen bereit. Sicher kann in Einzelfällen die Messung postprandialer Werte für therapeutische Entscheidungen hilfreich sein, eine permanente Bestimmung ist nach dem derzeitigen Wissensstand in ihrem Wert insbesondere beim Typ 2-Diabetes nicht belegt.

Auch zu den Ausführungen über die Basistherapie sind einige Anmerkungen notwendig. Die strukturierte Schulung der Typ 2-Diabetiker nach Diagnosestellung wird im Regelfall durch eine dafür ausgebildete Arzthelferin oder eine Diabetesassistentin (DDG) durchgeführt, Diabetesberaterinnen (DDG)

oder Diätassistentinnen stehen für diese Aufgabe im Bereich der Primärversorgung selten zur Verfügung und sind dafür auch nicht erforderlich.

Der Begriff der „Diät“ ist ja zum Glück von den meisten anderen Autoren verlassen wurden. Wichtiger als detaillierte, der Realität mitteleuropäischer Ernährung ohnehin nicht entsprechende und in ihrer Wirksamkeit nicht sicher belegte Angaben zur prozentualen Verteilung der Hauptenergieträger (bezeichnenderweise wird der Alkohol ganz ignoriert) dürfte die Reduzierung der Kalorienzufuhr insgesamt sein. Kenntnisse über den BE/KHE-Gehalt der Nahrungsmittel werden heute aus Gründen der Praktikabilität im täglichen Leben überwiegend in Schätzmaßen vermittelt, auf den Einsatz einer Waage kann verzichtet werden.

Auch wenn man die prinzipielle Einschätzung der Indikationen der Insulintherapie teilen kann, muss doch darauf hingewiesen werden, dass nach den neuesten Ergebnissen der DIGAMI-2-Studiengruppe von einer Überlegenheit der Insulintherapie nach Herzinfarkt nicht mehr ausgegangen werden kann. Die Indikation zur Insulintherapie beim Gestationsdiabetes oder bei schwangeren Typ 2-Diabetikerinnen besteht natürlich nur dann, wenn die sehr strengen Zielwerte den Einsatz einer medikamentösen Therapie erforderlich machen. Die intensivierete Insulintherapie (ICT) des Typ 2-Diabetes wird auch von uns häufig praktiziert. Deren Überlegenheit gegenüber anderen Therapieformen ist allerdings bisher nicht ausreichend belegt, die Ergebnisse der in Japan durchgeführten Kumamoto-Studie sind sicher nur bedingt auf die Situation des europäischen („kaukasischen“) Typ 2-Diabetikers zu übertragen. Eine kleinere deutsche Studie (randomisiert, cross-over) zeigte keine Überlegenheit der ICT bezüglich erreichter Stoffwechselqualität, Lebensqualität und Patientenpräferenz.

Die erst am Ende des Artikels aufgeführten Maßnahmen (konsequente Behandlung der Hypertonie, Therapie mit CSE-Hemmern, Nichtrauchen) sind effektiv bezüglich der Verringerung von Morbidität und teilweise auch Mortalität und gehören damit zur Basistherapie des Diabetes mellitus Typ 2. (Literatur beim Verfasser)

Dr. med. Jürgen Krug
Krankenhaus Grimma
Kleiststraße 5, 04668 Grimma

Antwort auf den Leserbrief von Herrn Dr. med. J. Krug zu dem Artikel S. Fischer et al.: Diagnostik und Therapie des Diabetes mellitus Typ 2 „Ärzteblatt Sachsen“, 12/2004, 561-2, 571-4

Alles andere als eine nahezu normoglykämische Blutzuckereinstellung ist urethisch (Matthew 1999)

Vielen Dank für Ihren Leserbrief zu unserem Artikel.

Allerdings können wir Ihrer Argumentation nur teilweise folgen. Auf der Grundlage der Ergebnisse großer Studien (UKPDS, Diabetesinterventionsstudie, Kumamoto-, Steno-Studie) sowie Empfehlungen nationaler und wichtiger internationaler (ADA) Fachgesellschaften ist die Forderung nach streng euglykämischer Einstellung eines Diabetikers heute die Basis einer erfolgreichen Therapie zur Verhinderung mikro- und makrovaskulärer Spätkomplikationen. Wir stimmen mit Ihnen überein, dass es sicher Ausnahmen gibt, zum Beispiel Patienten mit deutlich eingeschränkter Lebenserwartung oder Patienten, die durch eine Hypoglykämie massiv gefährdet werden. Aber für die übergroße Zahl der Diabetiker ist das Anstreben einer nahezu normoglykämischen Stoffwechsellage segensreich für ihr weiteres Leben. So sind die bei Typ 2 Diabetikern im Vergleich zu Nichtdiabetikern höheren Inzidenzen von Herzinfarkt und Schlaganfall, der signifikante Anstieg mikrovaskulärer Komplikationen bei schlechterer vs besserer Glykämie Lage (UKPDS, Kumamoto-Studie) und die hohe Prävalenz von dialysepflichtigen Diabetikern (35 bis 40 Prozent aller Dialysepatienten in Deutschland) hier anzuführen.

Wir fordern keine extensiven Blutzuckerkontrollen, sondern, da die Stoffwechsellage bei Typ 2 Diabetikern stabiler als bei Typ 1 Diabetikern ist, in bestimmten Abständen Blutzuckerprofile unter Einschluss von postprandialen Werten und in größeren Abständen unter Einbeziehung von nächtlichen Blutzuckerkontrollen. Die Häufigkeit von Blutzuckerprofilen wird von der Qualität der Stoffwechseleinstellung bestimmt. Eine gute oder sehr gute Glykämie Lage, die durch intensive Selbstkontrolle erreicht wird, ist, wie auch die CODE-2-Studie gezeigt hat, billiger als die Behandlung der Spätkomplikationen. Die Bedeutung der postprandialen Blut-

zuckerwerte wurde unter anderem in der Diabetesinterventionsstudie, der Honolulu Heart Studie, der Chicago Heart Studie und der DECODE-Studie nachgewiesen. Wie Daten von Groop und unserer Arbeitsgruppe gezeigt haben, befinden wir uns über 20 Stunden im postprandialen Status, eine echte Nüchternperiode liegt nur zwischen 0.00 Uhr und 6.00 Uhr morgens vor.

Dass sich kurze postprandiale Blutzuckerspitzen wahrscheinlich nicht im HbA1c Wert niederschlagen, ist in unseren Artikel bereits dargestellt worden.

Empfehlungen zur Ernährung bei Diabetikern sind fester Bestandteil einer strukturierten Schulung. Über die Bedeutung einer Gewichtsabnahme bei Vorliegen eines Typ 2 Diabetes besteht selbstverständlich Konsens, allerdings ist für uns und andere Kollegen interessant zu erfahren, auf welchem Wege von Ihnen bei Typ 2 Diabetikern eine langfristig nachweisbare, signifikante Gewichtsabnahme erreicht wird. Wir halten es nicht für falsch, wenn nach Einstellung auf eine Insulintherapie von den Patienten anfangs eine Waage benutzt wird, um die KHE Entstellung im Alltag umsetzen zu können. Hier bestehen nach unserer Erfahrung bei vielen Patienten Lücken, die sowohl zu hypo- als auch zu hyperglykämischen Entgleisungen führen. Später können die Patienten dann, auf der Grundlage der mit einer Waage gemachten Erfahrungen, die KHE abschätzen.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
PD Dr. med. habil. Sabine Fischer

Dr. med. Imanuel Demmler
Facharzt für Urologie
Am Kurpark 1, 08301 Schlema,
29. Dezember 2004

Landesärztekammer Sachsen
Ethik-Kommission
Herrn Prof. Haupt

Ärztliche Ethik/Gesundheitsreform 2004

Sehr geehrter Herr Prof. Haupt,

nach telefonischer Rücksprache mit Ihrem Sekretariat bin ich ermutigt worden, Ihren, bzw. den Standpunkt der Ethikkommission Sachsen zu einigen Veränderungen, die die Gesundheitsreform 2004 gebracht hat, zu erfahren.

Durch ihr Statement erhoffe ich mir einen klareren Standpunkt für meine tägliche Arbeit als Arzt, insbesondere im Umgang mit gesetzlich krankenversicherten Menschen zu finden. Seit 2001 bin ich niedergelassener Urologe und Vertragsarzt. Die Gesundheitsreform 2004 hat den Ärzten Deutschlands eine noch nie dagewesene Reglementierung der Berufsausübung durch den massiven Eingriff medizinischer Laien in unsere tägliche Arbeit gebracht. Der Eid des Hippokrates, den wir bei unserer Approbation abgelegt haben, wird durch den vorhandenen Kostendruck bedrängt. Die zunehmende Bürokratie verletzt ständig Regeln der ärztlichen Schweigepflicht und greift empfindlich in das Arzt-Patienten-Verhältnis ein.

Dazu einige Beispiele:

Gesetzliche Krankenkassen ziehen sich hinter die politisch gewollte Gesetzesänderung des § 34 V SGB zurück. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel dürfen nun nicht mehr zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnet werden. Wie mit dem Rasenmäher haben hier ärztliche Laien medizinisch notwendige Medikamente aus der Leistungspflicht genommen: Patienten mit Koliken bezahlen ihre Medikamente selbst, für das schwer zu therapierende Krankheitsbild der interstitiellen Zystitis werden die wenigen Therapieoptionen verwehrt (Cystistat® und andere). Die BPH (Prostatahyperplasie) Stadium 1 ist nun Privatsache, denn jahrzehntelange Kostenübernahme der Phytotherapien sind jetzt versagt. Patienten mit Induration pens plastica bleibt eine EMDA-Behandlung oder ESWT verwehrt. Die Stoßwellentherapie von Nierensteinen darf ab 2005 nur noch 1 x pro Jahr und Seite erfolgen. Schlaganfallpatienten wird die Physiotherapie zur Rehabilitation erschwert. Bei Harninkontinenz-Patienten bin ich oft gezwungen, lange Kostenübernahmebegründungen für bereits erfolgte ärztliche Verordnungen nachzureichen. Die neuen Transportkostenübernahmeanträge zwingen zur Angabe der Diagnose, die nun auch den Taxifahrer in Kenntnis setzt. Es gäbe noch viele Dinge aufzuzählen, die uns an der Ausübung unseres eigentlichen Berufes hindern. Darf denn ein Kassenarzt überhaupt dem hippokratischem Eid nahefeiern oder ist er nur Mitverwalter des gesetzlichen Mangels? Ich habe zumindest für meine Person beschlossen, vom Recht der Behandlungsablehnung als Arzt Gebrauch zu machen. Dort wo

gesetzliche Regelungen das körperliche und seelische Wohlbefinden meiner Patienten kompromittieren, kann ich mich nicht zum Handlanger ärztlicher Laien machen lassen, wenn diese in das Arzt-Patienten-Verhältnis so massiv eingreifen.

Eine Lösung sehe ich nur darin, dass Ärzte wieder an ärztlichen Entscheidungen teilhaben dürfen, ärztliche Berufsverbände und ärztliche Interessenvertreter in den verschiedensten Gremien wie Kassenärztliche Bundesvereinigung oder Landesärztekammer nicht nur zu Wort kommen, sondern wieder zu Entscheidungsträgern werden.

Die Ethik-Kommission hat hier meines Erachtens einen notwendigen Handlungsbedarf. Ich hoffe sehr, dass meine Auffassung Rücken- deckung durch die Ethikkommission erfährt, denn es geht hier nicht zuerst um das Überleben des Arztes, sondern um das unseres solidarischen Gesundheitssystems.

Ich erwarte Ihre Antwort mit großer Spannung und wünsche Ihnen für das kommende Jahr viel Kraft und Mut im Umgang mit unseren gesetzlichen Entscheidungsträgern.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Imanuel Demmler

Herrn
Dr. med. Imanuel Demmler
Am Kurpark 11, 08301 Schlema

Sehr geehrter, lieber Herr Kollege Demmler,

die Ethikkommission der Sächsischen Landesärztekammer hat sich am 7. 1. 2005 mit Ihrem Brief vom 29. 12. 2004 beschäftigt.

Wir dürfen Ihnen zunächst einmal danken für die Klarstellung Ihrer Meinung zu zahlreichen Änderungen, die sich im Rahmen der letzten Strukturmaßnahmen im Gesundheitswesen ergeben haben.

Die ethischen Bedenken, die Sie erheben, werden von uns voll mitgetragen, so dass Sie hier unsere volle Unterstützung haben.

Ich habe deshalb Ihren Brief an unseren Präsidenten, Herrn Prof. Schulze, weitergeleitet mit der herzlichen Bitte, eventuell diese Tatsachen immer wieder auch im Vorstand der Bundesärztekammer zur Sprache zu bringen, da Vertreter der Bundesärztekammer bei zahlreichen Gesetzesvorbereitungen auch wirklich gehört werden.

Darüber hinaus möchte ich Ihnen sagen, dass der zweite Teil Ihres Briefes bei uns durchaus Bedenken ausgelöst hat und ich persönlich mich mit dieser Haltung nicht identifizieren kann, dass Sie schreiben, Sie haben sich entschlossen, in entsprechenden schwierigen Fällen, bei denen gesetzliche Vorgaben Ihnen das volle Behandlungsrecht oder Ihre ärztliche Behandlungsfreiheit einengen, von der Behandlung der Patienten ganz Abstand zu nehmen.

Diese Haltung würde genau das unterstützen, was der Gesetzgeber gegen unsere ethischen Bedenken ausgelöst hat.

Ich bin nach wie vor der Meinung, dass der hilfeschuchende Patient grundsätzlich von uns Ärzten zu behandeln und zu betreuen oder zu beraten ist.

Eine Verweigerung der Betreuung erscheint mir aus ethischer Sicht mehr als bedenklich.

Gestatten Sie noch einen Hinweis zum Eid des Hippokrates: Natürlich sind zahlreiche prinzipielle inhaltliche Ausführungen dieses Eides nach wie vor gültig, aber er ist keine Verpflichtung der Ärzte der modernen Zeit. Soviel ich weiß, haben Sie auch bei Abschluss Ihres Staatsexamens diesen Eid nicht ausdrücklich abgelegt. Wohl aber ist das Ärztegelöbnis des Weltärztebundes für uns durchaus bindend, was ja zahlreiche inhaltliche Haltungen des hippokratischen Eides mit einschließt.

Ich hoffe, dass mit der Weitergabe Ihres Briefes an unseren Präsidenten auch an entsprechenden Stellen, die sich wirklich maßgeblich mit politischen Vertretern auseinandersetzen und auch Einfluss nehmen, nämlich im Bereich Sachsens der Präsident der Landesärztekammer, im Bereich der Bundesrepublik Deutschland die Bundesärztekammer mit

Professor Hoppe, an der richtigen Stelle untergebracht ist und darüber hinaus darf ich immer wieder darauf hinweisen, dass wir junge Ärzte ermutigen sollten, auch politische Ämter zu übernehmen, damit sowohl im Bundestag als auch in den entsprechenden Ausschüssen der gesetzgebenden Versammlung ärztliches Wissen an Ort und Stelle vertreten wird, dies scheint mir bislang noch weitgehend nicht gewährleistet.

Ich grüße Sie in herzlicher kollegialer Verbundenheit und hoffe, dass wir weiterhin zu den offenstehenden Fragen im Gespräch bleiben,

Ihr
Prof. Dr. med. habil. Rolf Haupt
Vorsitzender der Ethikkommission
Leipzig, 10. 1. 2005

Gelebte Senologie¹⁾

2. Görlitzer Senologische Woche vom 2. bis 5. 11. 2004

Auf dem Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Senologie im September 2004 in Freiburg forderte der Gastgeber, Herr Prof. Dr. G. B. Stark, eine Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit, da nur durch die engste Kooperation aller Fachgebiete optimale Ergebnisse in der Diagnose, Behandlung, Forschung und bei der Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen zu erreichen ist. Am Städtischen Klinikum sehen wir uns in der Pflicht, diesen Leitgedanken der Deutschen Senologie weiter zu entwickeln und mit Leben zu erfüllen.

In der Woche vom 2. bis 5. 11. 2004 führten das zertifizierte Mammazentrum Ostsachsen, die Klinik für Plastische, rekonstruktive und Brustchirurgie und das Tumorzentrum Ostsachsen e.V. mit onkologischem Schwerpunkt am Städtischen Klinikum Görlitz die 2. Görlitzer Senologische Woche (nach der Frühlingswoche im April 2003 nun eine Herbstwoche) durch. Die Organisatoren dieser Veranstaltung waren der Chefarzt der Klinik für Plastische, rekonstruktive und Brustchirurgie, Dr. Steffen Handstein; Oberarzt Dr. Mario

Marx, Leiter des zertifizierten Mammazentrums Ostsachsen, und der Koordinator des Tumorzentrums Ostsachsen, Steffen Weiß. 12 Ärzte aus sechs verschiedenen Bundesländern und

der Republik Polen nahmen teil. Am 1. 11. 2004 trafen sich die Teilnehmer mit dem gastgebenden Team in entspannter Atmosphäre zum Kennenlernen, um ab 2. 11. 2004 gemein-



¹⁾ Senologie = Lehre von den Erkrankungen der weiblichen Brust



sonographisch gestützte Mammaoperation

sam in zwei Operationssälen zu operieren. Anschließend wurde in Seminaren, die durch Fachvorträge ergänzt wurden, die aktuellen Behandlungsstandards und deren facettenreiche Möglichkeiten diskutiert und mit eigenen Erfahrungen die Diskussionen bereichert.

In dieser Woche wurden 21 PatientInnen operiert mit einem Spektrum von Brustmissbildungen wie Asymmetrien, tuberöser Brust- und Mammahyperplasien, ebenso Milchgangs- und Mamillenchirurgie, sekundäre Brustrekonstruktion, Augmentation, die gesamte Karzinomchirurgie einschließlich Wächterlymphknoten, brusterhaltende Therapie und primäre Rekonstruktion, zum Beispiel durch Rotationslappenplastik nach Regnault und die Ablatio mammae. Besonderes Augenmerk lag auf der sekundären Brustrekonstruktion mit Implantat sowie Rekonstruktion der vorgeformten Brust durch mikrochirurgisch anastomosierten DIEP.

Die Teilnehmer konnten in den zwei Sälen variabel die Operationen von der Anzeichnung bis zur poststationären Nachsorge begleiten. Tägliche Visiten wurden zur Beurteilung der postoperativen Resultate angeboten. Bei den Teilnehmern handelte es sich um Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Chirurgen und Plastische Chirurgen. Es bestand ausreichend Zeit, die einzelnen Operationsschritte darzustellen, zu begründen und die Erfahrungen der Klinik für Plastische, rekonstruktive und Brustchirurgie am Städtischen Klinikum Görlitz reproduzierbar und umfanglich vorzustellen.

Die Brustchirurgie ist eine besondere Herausforderung an den Operateur, da funktionelle und ästhetische Gesichtspunkte eine große Bedeutung für die Patienten spielen. Insbe-

sondere sind onkologische Kriterien mit Langzeitergebnissen in das Behandlungskonzept zu integrieren. Ein besonderes Thema unseres Workshops war daher die Umsetzung der Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Senologie e. V., der Deutschen Krebsgesellschaft e. V., der Deutschen Krebshilfe e. V. und der World Society for Breast Health. Diskutiert wurde unter anderem die Frage der Definition der Schnittränder. Hierbei erzielten wir Einigkeit, dass diese weit im Gesunden zu erzielen sind. Das Brustzentrum in Görlitz vertritt und vertritt das Konzept, dass bei invasiv lobulären Karzinomen mindestens 10 mm Sicherheitsabstand und beim invasiv duktalem Karzinom mindestens 5 mm Sicherheitsabstand zu fordern sind. Die Behandlungsstrategie des zertifizierten Mammazentrums Ost-sachsen sieht bei invasiv duktalem Karzinomen eine vollständige Entfernung des Karzinoms mit seinen assoziierten Milchgängen bis hin zur Brustwarze vor.

Eine Besonderheit in Görlitz ist die seit Jahren praktizierte ultraschallassistierte Gewebentnahme sowohl bei soliden Karzinomen als auch bei Milchgängen. Dank der sonographischen intraoperativen Assistenz gelang in den letzten drei Jahren bei soliden Karzinomen, die sonographisch sicher zu diagnostizieren waren, die Primärläsion vollständig sicher im Gesunden zu resezierieren. Ein enormer Vorteil der intraoperativen Ultraschallassistenz durch den Operateur besteht darin, dass die präoperativ gemeinsam mit den Radiologen und Pathologen definierten neoplastischen Strukturen, ohne Drahtmarkierung auch bis zu einer Größe von 7 mm dargestellt und auf eine präoperative Markierung des Tumoreals verzichtet werden konnte. Dies ist ein wesentlicher Faktor für das Behandlungsmanagement und die Kosten.

Die Teilnehmer erhielten Zertifikate und sprachen uns ihre Empfehlung aus. Diese Fort- und Weiterbildungsveranstaltung wurde mit 32 Fortbildungspunkten durch die Sächsische Landesärztekammer bewertet.

Vom 25. 4. bis zum 29. 4. 2005 findet die 3. Görlitzer Senologische Frühlingswoche am Städtischen Klinikum Görlitz gGmbH, zu der wir bereits jetzt herzlich einladen möchten.

Arbeitsthema: Herausforderung BET – Ist sie immer besser als die Ablatio? – Outcome

Als Referenten für den theoretischen Tag am 28. 4. 2005 konnten wir gewinnen:

Herrn Prof. Dr. med. Rüdiger Schulz-Wendtland, Universitätsklinik Erlangen-Nürnberg, Herrn Univ.-Prof. Dr. Werner Böcker, Universitätsklinikum Münster, Herrn CA Dr. Torsten Kühn, Kreiskrankenhaus Gifhorn, Herrn Prof. Dr. Thomas Steck, Städtisches Klinikum Chemnitz.

1. Görlitzer Deutsch-Polnischer Senologiekongress am 6. 11. 2004

Am 6. 11. 2004 fand in der KUL Turbrauerei Landskron zu Görlitz der von unserem zertifizierten Mammazentrum Ost-sachsen und unserem mit Unterstützung der Deutschen Krebshilfe im Aufbau befindlichen Deutsch-Polnischen Mammazentrums organisierte 1. Görlitzer Deutsch-Polnische Senologiekongress statt.

Das Förderprojekt der Deutschen Krebshilfe besteht seit März 2003 zur Etablierung eines Deutsch-Polnischen Mammazentrums in der Europastadt Görlitz/Zgorzelec. Wir konnten Gäste aus Warschau, Breslau, Zielona Gora, Gubin, Luban, Slubice, Jelenia Gora und weiteren polnischen Städten begrüßen. Die Gäste aus Deutschland kamen aus dem ost-sächsischen Raum und darüber hinaus.

Nach einer Eröffnungsrede durch den Gastgeber, Herrn Dr. Mario Marx, begründete die Verwaltungsdirektorin der Städtisches Klinikum Görlitz GmbH im eigenen und im Namen der Geschäftsführung nochmals das Engagement und die Kooperation des Görlitzer Klinikums mit der Deutschen Krebshilfe, um am Städtischen Klinikum Görlitz in Pionierarbeit ein Deutsch-Polnisches Mammazentrum zu etablieren. Mit dem EU-Beitritt der Republik Polen ist ein weiterer historischer Schritt vollzogen worden, den wir mit Leben erfüllen möchten. Dabei sieht sich das Städtische Klinikum Görlitz als ein Brückenpfeiler zwischen den Universitätsstandorten Breslau und Dresden.

Erste Rednerin war die Mitherausgeberin der Deutschen Stufe-3-Leitlinien, Frau Dr. Uta-Susan Albert, vom Brustzentrum Regio der Universität Marburg. Frau Dr. Albert präsentierte in ihrem Vortrag die Ansprüche der deutschen Leitlinien und spannte einen Bogen zu den europäischen Guidelines und

dem aktuellen Stand bei der Entwicklung und Erarbeitung europäischer Leitlinien zur Behandlung von Brustkrebs.

Frau Dr. Albert forderte, dass zertifizierte Brustzentren die Leitlinien kompromisslos umsetzen müssen. Derzeit operieren lediglich 7 Prozent der Krankenhäuser in Deutschland mehr als 100 Mammakarzinompatienten pro Jahr. Jede zweite Patientin in Deutschland wird in Kliniken behandelt mit weniger als 20 Karzinompatienten im Jahr. Frau Dr. Albert konnte sich an mehreren Tagen über das Engagement des gesamten interdisziplinären Mammateams und von dem Behandlungskonzept am Klinikum Görlitz überzeugen.



Frau Dr. Uta-Susan Albert

Frau Dr. Marzenna Orłowska-Volk von der Frauenklinik/dem Institut für Pathologie der Universität Freiburg begeisterte mit ihrem Referat mit Ausführungen über die Erarbeitung von histo-pathologischen Diagnosen, über Fallstricke, über den Respekt vor Schnittändern. Sie positionierte sich zu Mindestabständen von invasiven Karzinomen und auch bei DCIS zum Schnittrand und die damit verbundenen Voraussetzungen für den Pathologen, ein qualitätsgerechtes und reproduziertes Resultat anzubieten. Frau Dr. Orłowska-Volk verwies ausdrücklich auf die ideale Voraussetzung zur Erarbeitung histo-pathologischer Diagnosen, wenn radiologische Diagnostik und Pathologie an dem Ort angesiedelt sind, wo die Patientin mit Mammakarzinom operiert wird. Informationsverluste sind nur so minimierbar.

Frau Dr. Orłowska-Volk hofft, dass dieser erste Kongress der Beginn einer erfolgreichen Zusammenarbeit über Ländergrenzen hinweg ist und bot sich an, bei weiteren Veranstaltungen jederzeit sich und ihre Kollegen mit einzubringen.

Der dritte Fachvortrag wurde von Herrn Dr. Anil Kumar Agrawal von der Chirurgischen Klinik der Medizinischen Universität Wrocław zum aktuellen Stand der Behandlung von Mammakarzinompatienten an der Medizinischen Fakultät der Universität Wrocław gehalten. Beeindruckend war die sehr hohe Ablationsrate von 97 Prozent. Dies wurde unter anderem damit begründet, dass die erforderlichen interdisziplinären Voraussetzungen, insbesondere die bei brusterhaltender Therapie notwendige Radiatio, aus Kapazitätsgründen nicht flächendeckend realisiert werden kann. Dr. Agrawal begrüßte die Etablierung eines Deutsch-Polnischen Mammazentrums am Standort Görlitz in Kooperation mit polnischen Krankenhäusern.

Dr. Agrawal verwies auf beste Langzeit- und Überlebensergebnisse der sich der Universität anvertrauenden Patientinnen nach Ablatio.

Herr PD Dr. sc. Lothar Abét, vom zertifizierten Brustzentrum und dem Institut für Bildgebende Diagnostik am Paritätischen Krankenhaus Lichtenberg (Facharzt für Radiologie und Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe) sprach anschließend über die aktuellen Standards bei der Diagnostik von



Dr. Anil Kumar Agrawal

Mammakarzinomen, insbesondere bei brusterhaltender Therapie. Dabei wurde auf die Möglichkeiten und die Interaktivität von Mammographie, hochauflösendem Ultraschall und Magnetresonanztomographie mit Kontrastmittel eingegangen. Er stellte Erfahrungen bei first line chemotherapeutisch anbehandelten Karzinomen in der Bildgebung vor. Dabei verwies er auf bildtechnische Veränderungen maligner als auch benigner Tumoren unter Chemotherapie. Zum Beispiel sind nebenbefundlich dargestellte benigne Tumoren nach Anbehandlung mit Chemotherapie in der Bildgebung nicht mehr darstellbar. Über die Veränderungen am Tumorgeewebe durch Chemotherapie ist international noch kein einheitlicher Standpunkt erarbeitet. Dr. Abét verwies darauf, dass bei Behandlungskonzepten mit neoadjuvanter Chemotherapie der Tumor präoperativ durch Clips markiert werden muss, damit das primäre Tumorbett vollständig im Gesunden entfernt werden kann.

Abschließend resümierte Herr Dr. Abét, dass es zurzeit keinen allgemeingültigen kurativen Ansatz für Chemotherapie und Strahlentherapie gibt und dass nur das interdisziplinäre Konzept der in sano Entfernung der Neoplasie in Korrespondenz mit den adjuvanten Behandlungsoptionen für die Patientinnen weltweit die besten Prognosen gezeigt hat.

Im Abschlussvortrag präsentierte der Leiter des zertifizierten Mammazentrum Ostachsen, Herr Dr. Mario Marx, Konzepte seines Teams:



Dr. Lothar Abét

Die Einhaltung der Schnittgrenzen zur in sano Resektion von soliden Karzinomen der Brustdrüse wird nach Erfahrung seines Teams bei der ultraschallassistierten Karzinomresektion seit drei Jahren wie folgt dargestellt: Bei soliden invasiven und präoperativ histologisch nachgewiesenen Karzinomen erfolgt grundsätzlich die vollständige Entfernung im Gesunden. Die Ultraschallassistenz der Operation gewährleistet dies. Im regelmäßigen beratenden interdisziplinären Mammateam wird für alle Patienten gemeinsam eine Strategie geplant.

Da der Radiologe in diesem Rahmen dem Operateur den Befund darstellt und gemeinsam die sonographische Reproduzierbarkeit des Befundes demonstriert wird, kann bei vielen im Ultraschall selektierten Neoplasieformationen präoperativ auf eine Markierung verzichtet werden.

Dank der Etablierung eines digitalen Datenverarbeitungssystems ist es möglich, das entnommene Gewebe sowohl der Präparateradiographie als auch unmittelbar der Präparatesonographie zuzuleiten. Der Radiologe beurteilt am Präparat mit dem Ultraschall die Schnittränder und das Resultat der Untersuchung kann online im Operationssaal abgerufen werden. Zwischen dem radiologischen und dem Operationsteam kann Dank Raumtontechnik intraoperativ diskutiert werden. Anschließend erhält der Pathologe das Präparat. Er kann sämtliche diagnostische Befunde – ob Magnetresonanztomographie oder digitaler Präparate-Ultraschall – einsehen und dabei gezielt in Korrespondenz mit dem Operationsteam und dem Radiologen eventuelle Erweiterungen des Befundes subtil untersuchen und so eine optimale Aufarbeitung des Gewebes zu erreichen und die Schnittränder definieren.

Die Möglichkeiten der brusterhaltenden Therapie werden am Städtischen Klinikum in Görlitz kompromisslos angeboten. Dabei steht dem Patienten jedwedes onkoplastische Therapieverfahren zur Verfügung. Die Patientinnen erhalten die Möglichkeit präoperativ mit bereits operierten Patienten zu sprechen. Dies dient den Patienten, um die ihnen empfohlene Therapieoption zu beurteilen und zu

entscheiden. Sollte eine brusterhaltende Therapie nicht in Frage kommen, da die onkologischen Kriterien für eine solche Behandlungsform nicht eingehalten werden können oder die Operation nicht von der Patientin gewünscht wird, bleibt nach der Ablatio und Axilladissection der Aufbau der Brust durch den freien Gewebetransfer mittels mikrochirurgisch anastomosiertem DIEP-Flap.



Dr. Mario Marx

Nach den Referaten kam es zum konstruktiven Meinungsaustausch. Konsens besteht darüber, dass nur gemeinsam bei der Integration aller Fachgebiete die knappen Ressourcen besser ausgeschöpft werden können. Die Etablierung von zertifizierten Brustzentren und die Kooperation über Landesgrenzen hinweg sind wichtige Faktoren für die Weiterentwicklung der fachlichen Behandlungsoptionen und damit für einen besseren Behandlungsstandard für die Patientinnen. Die deutsch-polnische Kooperation in Brustzentren ist ein wichtiger Beitrag des europäischen Grundgedankens zur gemeinsamen Weiterentwicklung eines großen Haus Europa.

OA Dr. med. Mario Marx
Städtisches Klinikum Görlitz
Klinik für Plastische, rekonstruktive und
Brustchirurgie
Leiter Mammazentrum Ostsachsen
Girbigsdorfer Straße 1/3
02828 Görlitz

Ärzteblatt Sachsen

Offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer mit Publikationen ärztlicher Fach- und Standesorganisationen, erscheint monatlich, Redaktionsschluss ist jeweils der 10. des vorangegangenen Monats.

Herausgeber:

Sächsische Landesärztekammer,
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden,
Telefon 0351 8267-0
Telefax 0351 8267-412
Internet: <http://www.slaek.de>
E-Mail: presse@slaek.de

Redaktionskollegium:

Prof. Dr. Jan Schulze
Prof. Dr. Winfried Klug (V.i.S.P.)
Dr. Günter Bartsch
Prof. Dr. Siegwart Bigl
Prof. Dr. Heinz Diettrich
Dr. Hans-Joachim Gräfe
Dr. Rudolf Marx
Prof. Dr. Peter Matzen
Uta Katharina Schmidt-Göhrich
Dr. jur. Verena Diefenbach
Knut Köhler M.A.

Redaktionsassistentz: Ingrid Hüfner

Anschrift der Redaktion

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Telefon 0351 8267-351
Telefax 0351 8267-352

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Grüner-Straße 62, 04107 Leipzig
Telefon: 0341 710039-90
Telefax: 0341 710039-99
Internet: www.leipziger-verlagsanstalt.de
E-Mail: info@leipziger-verlagsanstalt.de

Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigen disposition: Silke El Gendy, Melanie Bölsdorff
Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste Nr. 7 vom 1.1.2004 gültig.
Druck: Druckhaus Dresden GmbH,
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden
Titelgestaltung: Hans Wiesenhütter, Dresden

Zuschriften redaktioneller Art bitten wir, nur an die Redaktion, Postanschrift: Postfach 10 04 65, 01074 Dresden, zu richten. Für drucktechnische Fehler kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt, Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers und Verlages statthaft. Mit Namen oder Signum des Verfassers gezeichnete Artikel entsprechen nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte übernehmen Redaktion und Verlag keine Haftung. Es werden nur unveröffentlichte Manuskripte angenommen. Mit der Annahme von Originalbeiträgen zur Veröffentlichung erwerben Herausgeber und Verlag das uneingeschränkte Verfügungsrecht. Die Redaktion behält sich Änderungen redaktioneller Art vor.

Bezugspreise/Abonnementpreise
Inland: jährlich 89,00 € incl. Versandkosten
Einzelheft: 8,40 € zzgl. Versandkosten 2,00 €

Bestellungen nimmt der Verlag entgegen. Die Kündigung des Abonnements ist mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf des Abonnements möglich und schriftlich an den Verlag zu richten. Die Abonnementgelder werden jährlich im voraus in Rechnung gestellt.

Die Leipziger Verlagsanstalt ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranalyse Medizinischer Zeitschriften e.V.

ISSN: 0938-8478

Krankheit und Kranker in der Onkologie

17. Dresdner hämatologisch-onkologisches Gespräch

19./20. 11. 2004

Am 19./20. November 2004 fand das 17. Dresdner hämatologisch-onkologische Gespräch im Dr. Mildred-Scheel-Haus des Universitätsklinikums Dresden statt. Unter dem Thema „Krankheit und Kranker in der Onkologie“ wurde das Spannungsfeld interdisziplinär beleuchtet, das sich zwischen der naturwissenschaftlichen Erhebung und Behandlung von Krankheitsbefunden einerseits und den subjektiven Aspekten der individuellen Lebenssituation des Patienten und der Arzt-Patient-Beziehung andererseits ergibt. Einen besonderen Schwerpunkt bildete dabei die Patientenautonomie am Lebensende, da in diesem Zusammenhang aktuelle Gesetzesinitiativen vorliegen.

S. Pistorius und H.-D. Saeger (Dresden) stellten eingangs aus chirurgischer Sicht die Möglichkeiten einer multidisziplinären Therapie am Beispiel des Ösophaguskarzinoms deutlich und klar dar, wie sie in Dresden im UniversitätsKrebsCentrum umgesetzt werden. U. Schuler (Dresden) sprach in seinem Vortrag „Können Patienten wissen, was sie wollen?“ die Kommunikationsprobleme an, die sich bei der Aufklärung vor eingreifenden Therapien ergeben. Sprachliche Barrieren, die Spannweite der Patienten vom internetversierten Bürger bis zum Analphabeten, irrationale Hervorhebungen statistischer Resultate oder verzerrte Darstellungen in den Medien weitab von rationaler Interpretation sind nur einige Beispiele, mit denen der Referent die Zuhörer in den Bann seines praxisnahen und im besten Sinne originellen Vortrags zog. Ein Vortrag von J. Mohm (Dresden) über die Gebote einer adäquaten Gesprächsführung schloss sich an. K. Fraulob (Heidenau) berichtete eindrucksvoll über ihre Erlebnisse als Patientin mit einem metastasierten Tumorleiden bei der Umsetzung eines komplizierten operativen sowie strahlen- und chemotherapeutischen Therapieplanes, aber auch über ihre persönlichen Gedanken im Umgang mit einer existenzbedrohenden Krankheit.

Der Nachmittag stand unter dem Schwerpunktthema „Patientenautonomie am Lebensende“ ganz im Zeichen der derzeitigen Gesetzesinitiativen. Da diese in wesentlichen Teilen kontrovers sind, sind die Auswirkungen kommender Gesetzgebung auf Ärzte und Patienten kaum zu überschätzen; daher ist deren rechtzeitige Wortmeldung in der öffentlichen Diskussion dringend geboten.

Eingangs verglich F. Oehmichen (Kreischa) die Inhalte der Richtlinien und Grundsätze

der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung in den verschiedenen Fassungen. Er mahnte an, dass die Bewertung von Patientenverfügungen insbesondere bei Demenzkranken dem Selbstbestimmungsrecht dieser Menschen Rechnung zu tragen hat und sprach sich daher gegen eine Reichweitenbegrenzung aus. Die inzwischen übliche und juristisch durch Urteile herausgebildete Regelung, dass das Vormundschaftsgericht nur bei Dissens zwischen Arzt und Patientenvertreter anzurufen ist, sollte keinesfalls verlassen, sondern gesetzlich gestützt werden.

G. Becker (Freiburg) sprach zum Thema „Der Arzt im Spannungsfeld von Behandlungsauftrag und Behandlungsbegrenzung: zur Diskussion über ‚Medical Futility‘“. Sie erläuterte diesen Begriff, der – schwer übersetzbar – eine nicht zum Ziele führende Maßnahme beschreibt. Vor dem Hintergrund philosophischer Grundlagen beleuchtete sie solche auch onkologisch aktuellen Probleme wie Nutzen-Risiko-Abwägung und Ressourcenverteilung.

D. Sternberg-Lieben (Dresden) verglich die Statements der Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ und des Referentenentwurfes aus dem Bundesministerium für Justiz mit dem Bericht der Enquete-Kommission für Ethik und Recht in der Medizin des Deutschen Bundestages. Letztere plädiert – ganz im Gegensatz zur derzeitigen, auf dem Wege richtungweisender Urteile geformten Rechtslage – mehrheitlich dafür, erstens eine Reichweitenbegrenzung (auf irreversibel zum Tode führendes Grundleiden) und zweitens die obligate Einschaltung des Vormundschaftsgerichtes wieder einzuführen. Sternberg-Lieben sieht darin eine erhebliche Einschränkung des Selbstbestimmungsrechtes der Patienten, die sogar aus verfassungsrechtlicher Sicht bedenklich ist. V. Reichel (Dippoldiswalde) stellte in seinem Vortrag „Vorgeschlagene Gesetzesänderungen im Licht der vormundschaftsrichterlichen Praxis“ am praktischen Beispiel dar und unterstrich auch aus seiner Sicht, dass eine regelhafte Einschaltung des Vormundschaftsgerichtes eher zu praxisfernen Formalismus führen als die Rechtslage oder das Lebensrecht der Patienten schützen könne. Wo Konsens zwischen dem Arzt und dem Bevollmächtigten oder Betreuer herrscht, da ist der Richter fehl am Platze, äußerte der Referent.

M. Volkmer (MdB, Dresden) argumentierte ebenfalls in diesem Sinne und schilderte die

Arbeit der Enquete-Kommission, in der sie ihre Position als Minderheitenvotum eingebracht hatte.

U. Schuler ging konstruktiv-kritisch auf die Verständlichkeit der Textbausteine für eine schriftliche Patientenverfügung ein, wie sie im Bericht der Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ vom 10. 6. 2004 enthalten sind. B. Schubert (Dresden) erläuterte die praktischen Erfahrungen mit Patientenverfügungen auf einer Palliativstation. Patienten mit weit fortgeschrittener Krankheit legen überwiegend mehr Wert auf die kompetente und von Empathie getragene ärztliche Entscheidung als auf die Möglichkeit, die Begrenzung therapeutischer Maßnahmen selbstbestimmt zu beeinflussen bzw. festzulegen.

F. Ficker (Dresden) stellte unter dem Thema „Krankheit und Kranker – Krankheitsbewältigung in der Belletristik“ anhand eindrucksvoller literarischer Beispiele dar, wie vielfältig sich das Erleben von existentiell bedrohlicher Krankheit in den Werken von Peter Noll, Walter Matthias Diggelmann, Maxie Wander und anderen Autoren widerspiegelt.

Abschließend fand eine Podiumsdiskussion, moderiert von Dr. Rainer Flöhl (Frankfurt/M), zum Thema „Patientenautonomie am Lebensende“ statt. Die vorstehend geschilderten Positionen der Referenten des Nachmittags und die Resonanz aus dem Publikum waren dahingehend einhellig, dass die Gesetzesvorschläge aus dem Bundesministerium der Justiz die derzeit gewachsene medizinjuristische Praxis präzisierend festschreiben und daher als künftiges Gesetz die Rechtssicherheit für Patienten, ihre Stellvertreter und die Ärzteschaft vergrößern würden. Die Empfehlungen der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages hingegen würden das Selbstbestimmungsrecht der Patienten gravierend einschränken und durch regelhafte Einschaltung des Vormundschaftsgerichtes eine Formalisierung – begründet mit dem abstrakten Begriff des Lebensschutzes – mit sich bringen. Einhellig betont wurde außerdem, dass die Aufmerksamkeit nicht nur den gesetzgeberischen Formulierungen zum Umgang mit Patientenverfügungen gelten darf. Wichtig ist insbesondere zu bedenken, dass deren Wert bzw. deren praktische Anwendbarkeit besonders davon abhängig sind, wie intensiv sich der Patient und sein persönliches Umfeld im Zuge der Willensbildung tatsächlich mit den relevanten Fragen

der eignen Lebensphilosophie etc. auseinandergesetzt haben. Daraus ergeben sich hohe Anforderungen an die kommunikative Kompetenz der beratenden Ärzte gerade in diesen schwierigen Lebensfragen. Es ist stärker zu berücksichtigen, dass diese Gesprächsführung eine hochqualifizierte, anstrengende ärztliche Leistung darstellt.

Der zweite Tag begann mit einem Vortrag von I.-U. Grom und J. Maresch (Dresden) zum Thema „Angehörige lernen Grundlagen von Palliative Care – ein Pilotprojekt der Akademie für Palliativmedizin und Hospizarbeit Dresden“. Es wurde deutlich, dass mit einer gezielten Einbeziehung der Angehörigen die Betreuung der Patienten und die familiäre Stabilität wesentlich verbessert werden können. H. Pompey (Freiburg) sprach aus theologischer Sicht zu Wahrheit und Wissen im Umgang mit Tumorkranken. Neben naturwissenschaftlichem Faktenwissen hat eine wahrheitsbezogene Medizin und Pflege noch weitere Dimensionen, so die Vermittlung von Glaubwürdigkeit und Hoffnung. Zum Thema „Brücken schlagen – Kommunikation zwischen dem Patienten, seinen Angehörigen und dem medizinischen Personal“ sprach B. Hirche (Dresden) aus eigenem Erleben als Angehörige. B. Hornemann (Kreischa) ging

anhand einer Kasuistik der Frage „Begegnung mit Abschied und Trauer – ein Thema in der Rehabilitation?“ nach und machte eindrucksvoll deutlich, dass für viele Patienten gerade die Zeit der Rehabilitation damit verbunden ist, dass eingetretene Verluste oder Bedrohungen in mehreren Dimensionen (funktionell, sozial-beruflich, existentiell) erst jetzt nach der Akuttherapie bewusst bzw. wahrgenommen werden. Rehabilitation hat sich daher nicht nur an der Restitutio ad integrum, sondern viel stärker an der Vermittlung von Bewältigungsstrategien etc. zu orientieren. Abschließend sprach H. Günther (Dresden) „Zur Einbeziehung der Angehörigen in die Therapie von Krebskranken“. Durch die soziale und biographische Dimension jeder Tumorerkrankung sind Angehörige einerseits von einer vital bedrohlichen Erkrankung mitbetroffen, und gleichzeitig können sie dem Patienten bei der Integration in sein Lebensumfeld entscheidend helfen. Dies wurde an eindrucksvollen Kasuistiken dargestellt. Grundlage für diese Integration ist immer die persönliche Bindung zwischen Menschen. Dieser Bindung, dieser Zuneigung und Verantwortung füreinander, kommt nicht nur eine fundamentale Bedeutung für den einzelnen Patienten zu; der verhaltensbiologisch elementare und zugleich faszinierende Vorgang

der persönlichen Bindung zwischen Individuen ist gleichzeitig die tragende Säule für unser medizinisches Handeln und das Sozialsystem überhaupt. Kritisch wurde angemerkt, dass unser zunehmend auf finanzielle Effizienz hin ausgerichtetes Gesundheitssystem damit gerade die bedeutenden Grundlagen seines Funktionierens – wie den Privathaushalt bzw. die Familie – ausblendet und strukturell benachteiligt, statt diese Ressourcen wieder stärker einzubeziehen.

Die breite Fächerung der Themen und die Aktualität insbesondere des Schwerpunktthemas fanden rege Resonanz bei den Teilnehmern. Wir danken wiederum besonders den Referenten für ihr Engagement und der pharmazeutischen Industrie, die durch ihre Unterstützung das Symposium ermöglichte.

Das 18. Dresdner hämatologisch-onkologische Gespräch findet am 18./19. 11. 2005 statt.

Korrespondenzanschrift:
Dr. Heinrich Günther und
Prof. Dr. Gerhard Ehninger
Medizinische Klinik und Poliklinik I
Fetscherstraße 74, 01309 Dresden
Tel. 0351 458 4186
Fax. 0351 458 5362
heinrich.guenther@uniklinikum-dresden.de

Sächsischer Internistenkongress

11. bis 13.11.2004

Vom 11. bis 13. November 2004 fand der 12. Sächsische Internistenkongress in Chemnitz statt, veranstaltet von der Sächsischen Gesellschaft für Innere Medizin. Das Rahmenthema lautete: „Innere Medizin im Fokus von ambulanter und stationärer Versorgung“, die Leitung hatte der Vorsitzende der Gesellschaft, Herr Prof. Dr. med. Holm Häntzschel, Leipzig.

Das traditionell am ersten Abend abgehaltene Treffen der Chefärztinnen und Chefärzte Sachsens wurde mit einem Bericht des Geschäftsführers des Universitätsklinikums Leipzig, Herrn Dr. Keller, über die perspektivische Entwicklung und wirtschaftliche Führung im Bereich der Krankenhäuser eingeleitet.

Inhaltlicher Schwerpunkt der Tagung war die Diskussion von Leitsymptomen, beispielsweise von Ernährungsstörungen, Depression,

Fieber und Dyspnoe. Niedergelassene und stationär tätige Kollegen erörterten das differentialdiagnostische Vorgehen und die Behandlungsansätze aus ihrer jeweiligen Sicht. Im Schwerpunkt Palliativmedizin wurden die Möglichkeiten der supportiven Behandlung und der Betreuung im Rahmen von Hospizeinrichtungen aufgezeigt. Herausragend war der Vortrag von Herrn Prof. Dr. med. K. Brune, Erlangen, über Nebenwirkungen der Coxibe. Auf Grund der theoretischen und klinischen Daten legte der Referent dar, dass das erhöhte kardiovaskuläre Risiko als Klasseneffekt dieser Substanzgruppe aufzufassen sei. In Satellitensymposien wurden aktuelle Standards in der Prophylaxe und Therapie von thromboembolischen Erkrankungen und zur Schmerztherapie dargestellt, außerdem wurde in einem Workshop die klinische

Wertigkeit der Kapselendoskopie diskutiert. Insgesamt wurde ein breites Spektrum internistisch relevanter Themen in prägnanten und hochaktuellen Vorträgen dargestellt. Deshalb war diese Veranstaltung sicher für Internisten aller „Altersklassen“, insbesondere auch für zukünftige Bewerber für die Facharztprüfung für Innere Medizin, sehr informativ und anregend.

Der nächste Kongress wird vom 22. bis 24. September 2005 unter der Leitung von Prof. Dr. Reinhard Lorenz in Plauen stattfinden, 2006 wird diese Veranstaltung wieder in Chemnitz abgehalten.

Prof Dr. med. Reinhard Lorenz
Humaine Vogtland-Klinikum Plauen

Prof. Dr. med. Ulrich Stölzel
Klinikum Chemnitz

Dr. med. Benno Bulang zum 80. Geburtstag



Benno Bulang wurde am 22. 1. 1925 in Ostro bei Panschwitz-Kuckau, als siebentes von zehn Kindern geboren. Die Eltern betrieben eine Landwirtschaft mit Bäckerei. Hier wuchs er in bescheidenen, aber behüteten Verhältnissen auf, besuchte von 1931 bis 1936 die Volksschule, ging für kurze Zeit an das polnische Gymnasium in Beuthen (Oberschlesien) und danach an das humanistische Gymnasium in Bautzen. 1944 legte er die Hochschulreife ab. Kindheit und Jugend endeten jäh, denn nach dem Notabitur wurde er zur Wehrmacht eingezogen und an die russische Front geschickt. Dort geriet er 1945 in Gefangenschaft, die er dank seiner Gewandtheit in mehreren slawischen Sprachen unversehrt überstand. Er kam 1949 aus Russland zurück und fand Anstellung bei der Domowina. Von 1950 bis 1956 durfte er in Leipzig Medizin studieren. Die christliche Erziehung in der Familie sowie die Kriegs- und Gefangenschaftserlebnisse hatten aus Benno Bulang einen ersten Mann werden lassen, der es als Glück begriff, Arzt werden zu können.

An der medizinischen Fakultät der Leipziger Universität lehrten Ordinarien ersten Ranges wie Max Bürger in der Inneren Medizin, Herbert Uebermuth in der Chirurgie oder Robert Schröder in der Frauenheilkunde. Benno Bulang hat das Studium 1956 planmäßig abgeschlossen und wurde im gleichen Jahr bei Georg Wildführ mit einer Arbeit zur meteorotropen Abhängigkeit der Poliomyelitis acuta anterior zum Doktor medicinae promoviert.

1956 kam Benno Bulang nach Bautzen zurück und wurde Assistent im Kreiskrankenhaus. Sein Wunsch, Chirurg zu werden, zerschlug sich, denn Prof. Dr. Wilhelm Haring begeisterte ihn für die Innere Medizin. Haring war ein exzellenter Internist und profunder Radiologe. Mit der von ihm inaugurierten Siebbestrahlung maligner Tumoren ließ sich gesundes Gewebe besser schonen und die Strahlenenergie auf den malignen Herd konzentrieren. Zu jener Zeit wurde in der Inneren Klinik jeder Arzt gebraucht, um den Ansturm der Kranken zu bewältigen. Die Bettenauslastung überstieg oft jedes erträgliche Maß. Die nach 1945 vorherrschenden Seuchen Typhus, Diphtherie und Kinderlähmung ebten ab, doch Tuberkulose und infektiöse Hepatitiden rückten in den Vordergrund. Da blieb für den Arzt kein Achtstundentag, denn das *Salus aegroti suprema lex* galt als oberste Richtschnur. Benno Bulang ist in diesem Sinne herangebildet worden. Unter Wilhelm Haring erlernte er die gesamte Innere Medizin gründlich und auf aktuellstem Wissensstand. Er blieb nach der Facharztausbildung weiter an der Klinik und stieg rasch bis zum ersten Oberarzt auf.

1970 trat Wilhelm Haring in den Ruhestand und Erhard Kochan übernahm die Klinikleitung. E. Kochan kam aus der Rostocker Universitätsklinik und beschäftigte sich hauptsächlich mit Gastroenterologie und Pulmologie. Dies waren Gebiete, in denen die Endos-

kopie neue Behandlungsmöglichkeiten eröffnete. Weitere Schwerpunkte der Klinik wurden Hämatologie/ Onkologie, Kardiologie, Nephrologie und Intensivmedizin. Benno Bulang war als erster Oberarzt und als universeller Internist an der Seite Erhard Kochans über zwei Jahrzehnte der Garant für eine Innere Klinik mit Schwerpunkten, die dennoch wie aus einem Guss geführt wurde. 1990 musste Benno Bulang mit 65 Jahren aus Altersgründen die Klinikarbeit beenden. Den Arztberuf konnte und wollte er nicht aufgeben. Er fand in der Arztpraxis der Ehefrau eine neue Aufgabe, die ihn bis heute ausfüllt. Die enge Zusammenarbeit zwischen seiner Praxis und dem Krankenhaus ist beispielhaft. Wir bestaunen seine Arbeitsleistungen, seine ärztliche Kunst, seine Verbundenheit zur Heimat und zu seinem sorbischen Volksstamm. Wir bewundern seine Hingabe an die Kranken, gepaart mit strenger beruflicher Verschwiegenheit. Benno Bulang lebt den Arztberuf aus innerster Überzeugung. Nur weil es solche Mediziner gibt, hat der Ärztestand das hohe Ansehen unter der Bevölkerung bewahren können. Ökonomische Aspekte müssen in diesem Beruf immer zweitrangig bleiben. Sir William Osler hat es uns mahndend ins Stammbuch geschrieben: „Die ärztliche Praxis ist eine Kunst, kein Handelsgeschäft, eine Berufung, kein Laden; eine Art Erwählung, die das Herz ebenso, wie den Kopf fordert.“ Benno Bulang lebt diese Maxime.

Wir wünschen Herrn Dr. med. Benno Bulang noch viele erfüllte Jahre im Kreise der Familie und Freunde und mitten unter seinen Patienten. Wir grüßen mit Worten aus Hermann Hesses Gedicht ›Im Altwerden‹:

*Und wem's gelingt, der ist nicht alt,
der steht noch hell in Flammen
Und biegt mit seiner Faust Gewalt
die Pole der Welt zusammen.*

Gottfried Hempel, Detlev Bleyl

Prof. Dr. med. habil. Heinz Diettrich zum 65. Geburtstag



Prof. Dr. med. habil. Heinz Diettrich hat sich in fast vier Jahrzehnten ärztlich-chirurgischer Tätigkeit als Hochschullehrer und Leiter einer städtischen Klinik um seine Patienten und beim Aufbau der Sächsischen Landesärztekammer nach der politischen Wende als deren Präsident in hervorragender Weise verdient gemacht hat.

Nach seiner Pflichtassistenz am Pathologischen Institut in Karl-Marx-Stadt (Leiter: Dozent Dr. med. habil. Karl Krauß) absolvierte er die Facharztweiterbildung bis 1969 in Dresden. Die Struktur der Klinik in Dresden gestattete Heinz Diettrich eine umfassende chirurgische Weiterbildung in den Fächern Traumatologie, Allgemein- und Gefäßchirurgie.

Der stets parteilose Heinz Diettrich gehörte bis 1976 zum Forschungsteam „Lebertransplantation“. Diese Jahre der intensiven Forschungsarbeit mündeten in die erste erfolgreiche Lebertransplantation des damaligen Ostblocks. Im Alter von 36 Jahren übernahm Heinz Diettrich die chirurgische Abteilung des Katholischen St. Joseph Stifts in Dresden. Diese Aufgabe beendete er 1979, um auf dem Gebiet der Abdominalchirurgie an der Medizinischen Akademie in Dresden, seiner ursprünglichen Ausbildungsstätte, zu habilitieren.

Nach Promotion (1967), Habilitation (1983) und außerordentlicher Dozentur (1987) erfolgte 1992 durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie die Ernennung zum außerplanmäßigen Professor an der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden.

Heinz Diettrich hat durch sein Vorbild das Denken und Handeln vieler junger Ärztinnen und Ärzte geprägt und deren Entwicklung zu verantwortungsbewussten Chirurgen gefördert. Neben seiner umfangreichen Tätigkeit als Klinikchef und Präsident der Sächsischen Landesärztekammer nahm er seit 1990 über 500 Facharztprüfungen für angehende sächsische Chirurgen ab.

Unmittelbar nach der Wende, im Spätherbst 1989, begann er sich in herausragender Weise ehrenamtlich für die sächsischen Ärzte zu engagieren. Die Gründung der vorläufigen Sächsischen Landesärztekammer, noch gab es 1989/1990 kein sächsisches Gesundheitsministerium, ist am 12. Mai 1990 in Dresden erfolgt. Damit begann in Sachsen als erstem ostdeutschen Bundesland nach dem Zweiten Weltkrieg der Aufbau einer ärztlichen Selbstverwaltung, für die sich viele sächsische Ärzte engagierten. Dass trotz schwieriger Wendebedingungen diese neuen Strukturen rasch an Stabilität gewannen, ist Heinz Diettrich mit seiner Integrations- und Überzeugungskraft sowie fachlicher Kompetenz zu danken.

Deshalb wurde Heinz Diettrich am 20. April 1991 nach der Wiedervereinigung Deutschlands zum ersten Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer gewählt. Heinz Diettrich war seitdem Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer und bis 1999 Präsident der Sächsischen Landesärztekammer. Fast zeitgleich zur Gründung der ärztlichen Selbstverwaltung wurde während seiner Präsidentschaft die Sächsische Ärzteversorgung errichtet, die zu einer leistungsstarken Einrichtung der Kammer gewachsen ist.

In hervorragender Weise bewährten sich die jungen Strukturen der Sächsischen Landesärztekammer bei der Ausrichtung des 96. Deutschen Ärztetages 1993 in Dresden, den Heinz Diettrich wesentlich mitgestaltete und der zum 1. Mal nach der Wiedervereinigung Deutschlands in einem ostdeutschen Bundesland stattfand.

Für außergewöhnliche Dienste um den Aufbau der Sächsischen Landesärztekammer seit 1990 wurde am 28. Mai 1996 Herrn Prof. Dr. Heinz Diettrich das Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland überreicht.

Für sein berufspolitisches Engagement erhielt er im Jahre 2000 aus den Händen des Sächsischen Ministerpräsidenten, Prof. Dr. Kurt Biedenkopf, den Sächsischen Verdienstorden. Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer ehrte Heinz Diettrich im gleichen Jahr mit der Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille.

Er initiierte in den Gründungsjahren nicht nur eine eigenständige sächsische Schlichtungsstelle, sondern außerdem die Sächsische Akademie für ärztliche Fortbildung des Landes Sachsen an der Sächsischen Landesärztekammer. In seiner letzten Amtszeit leitete er als Vertreter des Vorstandes der Bundesärztekammer vier Jahre die Ständige Konferenz der ärztlichen Versorgungswerke Deutschlands.

Seiner berufspolitischen Weitsicht ist es zu danken, dass bereits 1996 der Neubau eines Kammergebäudes den sächsischen Ärztinnen und Ärzten übergeben werden konnte. Dabei war es sein Anliegen und das des Vorstandes, ein multifunktionales Gebäude zu errichten, in dem alle ärztlichen Belange „auf einem Weg“ zu erledigen waren.

Nach Ablauf seiner zweiten Amtszeit als Präsident wurde Heinz Diettrich auf Grund seines hohen Engagements und seiner Verdienste von der neuen Kammerversammlung 1999 zum Ehrenpräsidenten der Sächsischen Landesärztekammer gewählt.

Vorstand und Redaktionskollegium „Ärzteblatt Sachsen“ gratulieren ihrem Kollegen, Freund und Mitstreiter zu seinem 65. Geburtstag auf das Herzlichste. Wir wünschen dem Jubilar stabile Gesundheit, Lebensfreude und nicht versiegenden Optimismus.

Wir bedanken uns für sein stetes Interesse und initiativreiches Tätigsein in der Transplantationskommission, im Redaktionskollegium „Ärzteblatt Sachsen“ sowie der Kunstszene der Kammer. Sein fundierter Rat bei vielfältigen Problemen ärztlicher Berufs- und Standespolitik ist in der Kammer hoch geschätzt. Ad multos annos!

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Unsere Jubilare im April

Wir gratulieren

- | | | | | | |
|---------|--|---------|---|---------|--|
| 02. 04. | 60 Jahre Dr. med. Schädlich, Ralf 09468 Geyer | 15. 04. | Dr. med. Geutner, Gudrun 09117 Chemnitz | 21. 04. | Täubert, Wolfgang 04277 Leipzig |
| 03. 04. | Priv.-Doz. Dr. med. habil. Quietzsch, Detlef 09224 Chemnitz | 16. 04. | Dr. med. Kößling, Ursula 04288 Leipzig | 23. 04. | Dr. med. Grunert, Christa 09235 Burkhardtsdorf |
| 03. 04. | Dr. med. Quietzsch, Jürgen 08547 Jößnitz | 17. 04. | Gerwald, Margit 01445 Radebeul | 24. 04. | Hamann, Ilse 08525 Plauen |
| 04. 04. | Prof. Dr. med. habil. Zipprich, Bernd 04509 Delitzsch | 18. 04. | Dr. med. Schulze, Klaus 08060 Zwickau | 29. 04. | Dr. med. Frischalowski, Hans-Joachim 04425 Taucha |
| 07. 04. | Dr. med. Hilbert, Heidemaria 01445 Radebeul | 19. 04. | Priv.-Doz. Dr. med. habil. Schmidt, Christian 01809 Heidenau | 29. 04. | Dr. med. Geschke, Horst 09217 Burgstädt |
| 09. 04. | Dr. med. Limbach, Irmtraud 01589 Riesa | 20. 04. | Heym, Solweig 09217 Burgstädt | | 75 Jahre |
| 12. 04. | Dr. med. Zenker, Wilfried 01904 Steinitzwolmsdorf | 20. 04. | Dr. med. Metzsig, Heide 04564 Böhlen | 01. 04. | Dr. med. Vetter, Gerhard 08468 Reichenbach |
| 13. 04. | Prof. Dr. med. habil. Ravens, Ursula 01097 Dresden | 21. 04. | Dr. med. Simmich, Karin 01277 Dresden | 08. 04. | Schleier, Christa-Maria 08062 Zwickau |
| 15. 04. | Dr. med. Gentsch, Egon 09117 Chemnitz | 21. 04. | Dr. med. Trommler, Siegfried 08523 Plauen | 09. 04. | Dr. med. Adam, Ingrid 01328 Dresden |
| 17. 04. | Dr. med. habil. Thulin, Harald 08412 Werdau | 22. 04. | Dr. med. Noack, Hartmut 09376 Oelsnitz | 16. 04. | Herrmann, Siegfried 04643 Geithain |
| 21. 04. | Dr. med. Brettschneider, Siegfried 04668 Otterwisch | 23. 04. | Dr. med. Bartel, Gerda 01445 Radebeul | 17. 04. | Decker, Marga 08056 Zwickau |
| 22. 04. | Dipl.-Med. Espenhain, Markus 01237 Dresden | 23. 04. | Dr. med. Budach-Gamaleja, Anne-Karin 01307 Dresden | 17. 04. | Dr. med. Frank, Marta-Dorit 01662 Meißen |
| 23. 04. | Dr. med. Völker, Dagmar 04105 Leipzig | 23. 04. | Dr. med. Herrmann, Gisela 01277 Dresden | 17. 04. | Dr. med. Lehmann, Dorothea 01468 Moritzburg/Boxdorf |
| 24. 04. | Dr. med. Berthold, Gert-Rainer 01776 Oberbärenburg | 23. 04. | Dr. med. Kraut, Harald 01445 Radebeul | 26. 04. | Prof. Dr. med. habil. Scheuch, Dieter 01326 Dresden |
| 24. 04. | Dr. med. Käßner, Rolf 01187 Dresden | 23. 04. | Dr. med. Riedlinger, Monika 04275 Leipzig | | 80 Jahre |
| 29. 04. | Dr. med. Roch, Renate 01468 Reichenberg | 24. 04. | Dr. med. Moldenhauer, Ingrid 04103 Leipzig | 12. 04. | Dr. med. Pilz, Elisabeth 02827 Görlitz |
| | 65 Jahre | 26. 04. | Dr. med. Franke, Wolfgang 09456 Annaberg-Buchholz | 23. 04. | Dr. med. Ziesche, Helmut 02625 Bautzen |
| 01. 04. | Dr. med. Föst, Hans-Dietrich 01069 Dresden | 26. 04. | Waldleben, Monika 01109 Dresden | | 81 Jahre |
| 02. 04. | Dr. med. Fricke, Adelheid 01796 Pirna | 27. 04. | Dr. med. Gräbner, Dieter 04668 Großbardau /OT Waldbardau | 02. 04. | Dr. med. Trepte, Lieselotte 01689 Weinböhla |
| 02. 04. | Dr. med. Puchta, Barbara 01259 Dresden | 28. 04. | Dr. med. Böhme, Barbara 01326 Dresden | | 82 Jahre |
| 02. 04. | Dr. med. Unger, Roland 01796 Pirna | 28. 04. | Dr. med. Lorz, Ernst 03222 Lübenau | 09. 04. | Dr. med. Liebert, Otto 04451 Panitzsch |
| 02. 04. | Dr. med. Wöflflick, Edith 09376 Oelsnitz | 29. 04. | Dr. med. Elbe, Bernd 09224 Grina | | 83 Jahre |
| 03. 04. | Dr. med. Höhne, Wulf 04356 Leipzig | 29. 04. | Windisch, Jochen 09306 Rochlitz | 18. 04. | Koitschew, Koitscho 01309 Dresden |
| 04. 04. | Hellebrand, Inge 02625 Bautzen | 30. 04. | Dr. med. Fischer, Wolfhard 04849 Bad Dübau | | 84 Jahre |
| 07. 04. | Prof. Dr. sc. med. Klötzer, Bernd 04299 Leipzig | 30. 04. | Dr. med. Girod, Gertraude 01277 Dresden | 03. 04. | Dr. med. Weiser, Hans-Guido 04425 Taucha |
| 07. 04. | Dr. med. Kurzawa, Bernd 02894 Reichenbach | 30. 04. | Dr. med. Martin, Brunhilde 09427 Ehrenfriedersdorf | 06. 04. | Prof. Dr. sc. med. Otto, Werner 04299 Leipzig |
| 08. 04. | Sawenkowa, Gisela 01277 Dresden | | 70 Jahre | 20. 04. | Dr. med. Huss, Joachim 02953 Bad Muskau |
| 08. 04. | Dr. med. Voigtland, Ursula 09116 Chemnitz | 02. 04. | Dr. med. Beyer, Winfried 04105 Leipzig | | 85 Jahre |
| 09. 04. | Dr. med. Fischer, Günter 09337 Hohenstein-Ernstthal | 03. 04. | Dr. med. Gatzke, Romald 09112 Chemnitz | 15. 04. | Dr. med. Fischer, Wolfgang 04425 Taucha |
| 10. 04. | Keller, Sigrid 08294 Lößnitz | 03. 04. | Prof. Dr. med. Sack, Gerhard 04277 Leipzig | 28. 04. | Dr. med. Kolbe, Christel 01326 Dresden |
| 10. 04. | Dr. med. Robel, Klaus-Jürgen 01728 Bannewitz | 07. 04. | Dr. med. Börner, Christine 09496 Satzung | 29. 04. | Dr. med. Schubardt, Ingeborg 08645 Bad Elster |
| 10. 04. | Schmidt, Gerold 07952 Pausa | 09. 04. | Dr. med. Eigenberger, Horst 09123 Chemnitz | | 86 Jahre |
| 10. 04. | Dr. med. Schmidt, Walter 04442 Zwenkau | 10. 04. | Drees, Inge 01069 Dresden | 05. 04. | Dr. med. Altekrüger, Hildegard 09648 Mittweida |
| 10. 04. | Dr. med. Unger, Harald 08132 Mülsen | 11. 04. | Dr. med. Effler, Klaus 01217 Dresden | 28. 04. | Dr. med. Ludwig, Ilse 01844 Neustadt |
| 10. 04. | Dr. sc. med. Walter, Lutz 02991 Leippe-Torno | 11. 04. | Dr. med. Jänke, Dietmar 01683 Nossen | | 87 Jahre |
| 11. 04. | Dr. med. Rockel, Alfred 09127 Chemnitz | 11. 04. | Dr. med. Lehmann, Doris 01279 Dresden | 23. 04. | Dr. med. Bohlmann, Arnold 08060 Zwickau |
| 12. 04. | Dr. med. Geutner, Albert 09117 Chemnitz | 13. 04. | Dr. med. Donaubauer, Horst 04774 Dahlen | 27. 04. | Dr. med. Pültz, Karl 01558 Großenhain |
| 12. 04. | Dr. med. Robel, Elke 01728 Bannewitz | 13. 04. | Dr. med. Pinzer, Barbara 01326 Dresden | | 88 Jahre |
| 14. 04. | Dr. med. Edelmann, Marianne 09599 Freiberg | 14. 04. | Prof. Dr. med. habil. Schuh, Dieter 01328 Dresden | 18. 04. | Dr. med. Zschache, Helmut 01067 Dresden |
| 14. 04. | Dr. med. Schwarzmann, Erhard 04159 Leipzig | 15. 04. | Dr. med. Hofmann, Eike 09648 Mittweida | | 91 Jahre |
| 14. 04. | Dr. med. Thomas, Klaus-Dieter 04886 Werdau | 16. 04. | Priv.-Doz. Dr. med. Paul, Dieter 01129 Dresden | 07. 04. | Dr. Schumann, Hellmut 04808 Wurzen |
| 15. 04. | Dr. med. Bleyl, Detlev 02625 Bautzen | 17. 04. | Dr. med. Illmer, Joachim 01904 Weifa | | 95 Jahre |
| | | 21. 04. | Dr. med. Hartmann, Rita 09599 Freiberg | 05. 04. | Dr. med. Ermisch, Klaus 04680 Colditz |

Erinnerung an Prof. Dr. Artur Knick



Prof. Dr. A. Knick
(geb. 29.11.1883, gest. 22.3.1944)
1937 als Rektor der Universität Leipzig

„Seine außerordentlich große praktische Erfahrung, seine allgemein anerkannte operative ungewöhnliche Tüchtigkeit, seine vorzügliche Lehrbegabung und seine wissenschaftlichen Arbeiten rechtfertigen diese Auszeichnung in vollstem Maße“. Mit dieser anerkennenswerten und beeindruckenden Charakterisierung stellten die Ordinarien für Chirurgie, Geheimrat Prof. Payr, und für Innere Medizin, Geheimrat Prof. Adolf v. Strümpell, 1919 den Antrag an die Medizinische Fakultät der Universität Leipzig, den Privatdozenten für Ohrenheilkunde- Hals- und Nasenkrankheiten, Dr. Artur Knick, zum außeretatsmäßigen außerordentlichen Professor zu ernennen.

In der heutigen überreizten Zeit, in welcher unter anderem Wirtschaftlichkeit, bürokratische Prozesse, Marktfähigkeit und anderes mehr vielerorts dominieren, wo Umwelt und neue Herausforderungen den Menschen wandelt und andere Zielkriterien stellt, ist die

Erinnerung an überlieferte Werte und gute Tradition allgemein eher verflacht und verhalten geworden.

Aber geeignete Persönlichkeiten zu finden, über deren Lebenswerk sich nachdenkliches Besinnen lohnt, ist wahrhaftig nicht schwer. Deshalb soll an dieser Stelle des 60. Todesjahres eines Wissenschaftlers gedacht werden, der in seiner Wirkungsperiode mit beachtlicher Begabung, unermüdlichem Fleiß und ausgeprägtem Pflichtgefühl, und in einer belastenden Zeit nicht immer ohne Zweifel und Bedenken, in Ehrlichkeit und ohne Selbstgefälligkeit seine Aufgaben erfüllte.

Artur Knick wurde am 29. November 1883 als Sohn eines Magistratsdiäters in Breslau geboren. Nach dem Schulbesuch absolvierte er in seiner Heimatstadt das Medizinstudium, welches er 1907 mit dem Prädikat „Sehr gut“ abschloss. Nach anderthalbjähriger Tätigkeit in der Inneren Abteilung des Allerheiligenhospitals in Breslau unter Prof. Stern und Promotion 1909, erfolgte im gleichen Jahre der Eintritt in die HNO-Klinik der Universität Leipzig unter dem Direktorat von Prof. Barth. Hier wurde er nach kurzer Zeit erster Assistent und Oberarzt der Klinik. Im Antrag auf Zulassung zur Habilitation würdigt Prof. Barth die gründlichen und zuverlässigen fachlichen Leistungen Knicks und führt weiter aus: „Er zeigt großes Interesse und selbständiges Denken auf allen Gebieten unserer Wissenschaft. Dabei hat er ein liebenswürdiges und gesellschaftlich denkendes correctes Wesen. Ich unterstütze deswegen die Bewerbung aus aufrichtiger Überzeugung von seiner Würdigkeit und in dem festen Glauben, dass ihm auf der akademischen Bahn eine Zukunft beschieden ist“. Tatsächlich erhielt Artur Knick später den Ruf auf Ordinariate in Prag, Königsberg und Frankfurt, die er ablehnte. 1912 erfolgte die Habilitation mit der Schrift „Pathologische Histologie des Ohrlabirinthens nach Durchschneidung des Nervus acusticus“, und die Ernennung zum Privatdozenten. 1919 wurde er zum außeror-

dentlichen Professor, 1937 zum ordentlichen Professor berufen, allerdings ohne Ordinariat, das von Prof. Lange bekleidet wurde. Seit 1925 führte A. Knick eine private Fachpoliklinik, welche der Universität als Lehrinstitut diente.

Von 1935 bis 1937 war Prof. Knick kommissarischer Dekan der Medizinischen Fakultät und von 1937 bis 1939 Rektor der Universität Leipzig. 1914 bis 1918 war er Kriegsteilnehmer im Sanitätsdienst und im II. Weltkrieg in verschiedenen Sanitätsabteilungen und Lazaretten in Polen, Frankreich, Belgien und Russland eingesetzt, und war einer der letzten, die Stalingrad verließen. Das wissenschaftlich-literarische Werk Knicks umfasst viele Bereiche der HNO-Heilkunde sowie verschiedene Buchbeiträge in renommierten Werken. Sein Lehrbuch „Ohren-Nasen-Rachen- und Kehlkopfkrankheiten“, nach welchem viele Studentengenerationen lernten, hat bis zu seinem Tode 28 Auflagen erlebt, und wurde von Gerhard Eigler bis zur 36. Auflage im Jahre 1966 fortgeführt. Dieses Werk erschien unter anderem in spanischer, türkischer und russischer Sprache.

Am 22. März 1944 verstarb Artur Knick, ein geschätzter und überaus gesuchter Arzt, ein Wissenschaftler von vortrefflicher Tüchtigkeit und Gediegenheit im Alter von 60 Jahren, nachdem er noch am gleichen Tage pflichtbewusst und selbstlos seine ärztlichen Aufgaben bei den Verletzten eines Reservelazaretts nahe Leipzigs erfüllt hatte.

Herrn Prof. Dr. med. B. Knick danken wir sehr herzlich für die persönlichen Informationen, und Herrn Prof. Dr. G. Wiemers (Direktor des Archivs der Universität Leipzig) für die Erlaubnis zur Einsicht der Archivunterlagen und Fotopublikation.

Anschrift des Verfassers:
Hannelore Schwokowski
Willi-Bredel-Straße 2, 04279 Leipzig

Ulla Andersson Ansichtssache – Malerei und Zeichnung

Ausstellung



Kind und Kegel, Übermalung, 2004

Die Dresdner Künstlerin gehört zu jenen, über die man nicht ständig spricht. Das allerdings sagt nichts über die Qualität ihrer künstlerischen Arbeit. Gleich aus welcher Phase ihres Schaffens Arbeiten Ulla Anderssons stammen, man ist berührt von der ihnen inwohnenden Kraft. Mit kräftigem, nahezu expressivem Lineament – mal als grafische Linie, mal als dicker Pinselstrich – und zunehmend kräftigen, erdigen Farben schafft Anderson ein Bildgefüge reduzierter Gegen-

ständigkeit. Ihre bevorzugten Medien sind unterschiedliche grafische Techniken sowie Malerei auf Papier. Sie scheinen ihr den größten Spielraum für ihre Intuition zu lassen, die in ihrem Schaffen eine tragende Rolle spielt. So inspirieren sie beispielsweise überzählige, vielleicht auch nicht so gelungenen Drucke aus einem anderem Arbeitsprozess, sie zu bearbeiten, zu übermalen, danach möglicherweise noch mit einer Ritztechnik Einzeichnungen zu schaffen.

Im Mittelpunkt des Schaffens von Ulla Andersson stehen der Mensch in seinen Gegebenheiten und Befindlichkeiten, aber auch die Landschaft mit ihren Stimmungen und Situationen. Inspiriert haben die Künstlerin natürlich die Dresdner Landschaft, aber auch vielfältige Reiseeindrücke, führten sie Studienreisen doch nach Polen, Bulgarien, in die Slowakei, nach Ungarn, Italien und Schweden. Zugleich spielt die Literatur für ihr bildnerisches Schaffen keine geringe Rolle. Dies ist kein Zufall. Denn Ulla Andersson (Jahrgang 1940) hat Buchhändlerin gelernt und bis 1992 als solche gearbeitet. Der Kunst hat sie sich jahrelang „nebenbei“ gewidmet, unter anderem in verschiedenen Mal- und Zeichenzirkeln. Eine stabile künstlerische Basis hatte sie sich von 1962 bis 1967 an der PH Dresden in einem Studium Kunsterziehung/Deutsch erworben, unter anderem bei Gerhard Kettner. Das Studium war auch letztlich der Auslöser für die Erkenntnis, dass sie eigentlich Künstlerin sein wollte. Seit Mitte der 80er Jahre trat Ulla Andersson mit Ausstellungen in die Öffentlichkeit. Seit 1989 ist sie Mitglied im Verband Bildender Künstler beziehungsweise Künstlerbund.

Dr. Ingrid Koch, Dresden

Ausstellung im Foyer und in der 4. Etage der Sächsischen Landesärztekammer, 16. März bis 22. Mai 2005, Montag bis Freitag: 9.00 Uhr bis 18.00 Uhr Vernissage: Donnerstag, 17. März 2005, 19.30 Uhr

Psychotherapeutische Versorgung und Versorgungsforschung

G. Plöttner (Hrg.): Band 1 der Serie Psychotherapie – Psychosomatische Medizin des Leipziger Universitätsverlages. Leipzig 2004, ISBN 3-86 583-024-2

Der erste Band einer neuen Serie wissenschaftlicher Veröffentlichungen, die sich mit Fragen der Psychotherapie und Psychosomatik befassen. Die einzelnen Beiträge gehen auf eine Tagung zurück, die von der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik der Universität Leipzig gestaltet worden war. Die meisten Artikel sind Ergebnis der Forschungen an dieser Klinik. Sie können im Rahmen der Rezension nicht alle gewürdigt werden.

Besonders verdienstvoll und gesundheitspolitisch außerordentlich relevant ist ein Artikel von Hessel, Plöttner und Geyer zur Epidemiologie somatoformer Beschwerden der (nicht selten unwirtschaftlichen und medizinisch problematischen) Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch derartige Patienten und damit verbunden der Einstellung sowohl der Patienten wie der frequentierten Ärzte zur psychosozialen Verursachung bzw. den Behandlungsstrategien. Konsequenterweise stellen Schmidt und Geyer in einem weiteren Beitrag ein Trainingsprogramm „Ärztliches Basisverhalten“ zur Förderung kommunikativer Kompetenzen in der ärztlichen Sprech-

stunde vor und die Autoren Albani, Busch, Glaser, Geyer und Brähler erweitern den Themenkomplex mit einer repräsentativen Befragung zur Einstellung der Bevölkerung zur Psychotherapie. Alle diese Beiträge sind – wie auch einige andere klinisch orientierte Arbeiten (Machold: Effekte psychodynamischer Psychotherapie, Michalak: Psychosomatik und Prävention; Petermann und Gansera: gibt es einen suchtprotektiven Persönlichkeitstyp) methodisch auf einem sehr guten Niveau, in ihren Aussagen für den Leser sehr interessant und in den Schlussfolgerungen plausibel.

Prof. Dr. Otto Bach, Dresden