

Editorial	Neue Serviceangebote der KVS	472
Gesundheitspolitik	Glitzzone	473
Recht und Medizin	Rechtsfragen der wunscherfüllenden Medizin	477
	Rechtsmedizinisches Tele-Konsil	478
	Patientenverfügungen gesetzlich geregelt	480
	Impressum	480
Mitteilungen der Geschäftsstelle	„Ich klage an“: Euthanasie im nationalsozialistischen Film	481
	Fortbildungen zur Arzneimitteltherapie	481
	Jahresversammlung der KÄK Dresden	482
	Ausstellung	482
Verschiedenes	600 Jahre Universität Leipzig	483
	Wissenschaftspreis	483
	Fortbildungsseminar „Medizin und Ökonomie“	485
	Eva-Luise-Köhler-Forschungspreis	485
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung von Vertragsarztsitzen	484
	Der Weg in die eigene Praxis	485
Originalien	Wenn Ärzte selbst krank werden	486
	Behandlung von neurologisch Kranken	490
	Berufsgenossenschaftliches Programm	492
Tagungsbericht	17. Kliniktreffen der Frauen- und Kinderärzte	499
Personalien	Dr. med. Horst Scheel zum 75. Geburtstag	495
	Dr. med. Matthias Cebulla zum 65. Geburtstag	496
	Prof. Dr. med. habil. Ulrich Julius zum 65. Geburtstag	497
	Jubilare im Oktober 2009	498
Medizingeschichte	Hygiene-Ausstellung 1911	501
Buchbesprechung	Unsterbliche Sehnsucht	482
	Nutzen und Schaden aus klinischer Forschung	503
Kunst und Kultur	Ausstellung: Prof. Dr. med. Robert Ganse	504
	Ausstellung: Heike Wadewitz	505
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – November 2009	



17. Klinikärztetreffen
Seite 499



Hygiene-Ausstellung 1911
Seite 501



Dresdner Geburtshilfe
Seite 504



Ausstellung Heike Wadewitz
Seite 505

Neue Serviceangebote der KVS



Es ist etwas außergewöhnlich, dass in einem Editorial unseres Kammerblattes ein KV-Thema zur Sprache kommt. Als Regionalausschussvorsitzendem der Bezirksgeschäftsstelle Leipzig der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KVS) liegt mir allerdings sehr am Herzen, dass trotz ständiger Kritik am KV-System, besonders auch durch die Politik, die Bemühungen der KVS für mehr Effektivität und ein umfangreicheres Serviceangebot sowohl für ihre Mitglieder als auch für die Patienten von allen sächsischen Ärztinnen und Ärzten wahrgenommen werden.

Mit der Bildung einer Abteilung für Strategiefragen wurde in dieser Legislaturperiode ein Unternehmensleitbild der KVS geschaffen, an dessen Grundsätzen sich die Modernisierung primär orientiert.

Die KV-Sachsen setzt sich für eine flächendeckende, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche hausärztliche, fachärztliche und psychotherapeutische Versorgung ein.

Bislang obliegt es im Wesentlichen der KVS, Verträge mit den Kassen abzuschließen, die eine umfassende Versorgung sächsischer Patienten gewährleisten. Wie allgemein bekannt, können jetzt durch die Modifikation des § 73b SGB V auch Gemeinschaften, die mindestens 50% der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinmediziner eines KV-Bereiches vertreten, eine sogenannte hausarztzentrierte Versorgung primär organisieren. Damit wird das von den Kolleginnen und Kollegen vormals erkämpfte Kollektivvertragssystem zur Disposition gestellt und

die flächendeckende Versorgung immer mehr in Frage gestellt. Ich halte es für eine schätzenswerte Errungenschaft, wenn sich jeder GKV-Versicherte in der Nähe seines Wohnortes medizinischen Sachverstand einholen kann und auch die Gewähr hat, dass er bei Bedarf die Leistungen erhält, die andere auch erhalten.

Die hausarztzentrierte Versorgung außerhalb des Kollektivvertragssystems wird dieses Versorgungsnetz zwangsläufig löchrig machen. Es ist der Beginn einer Zersplitterung der Versorgungslandschaft, zum Beispiel durch Aufbrechen der Schnittstelle Hausarzt/Facharzt, die nicht mit unserem Leitbild zu vereinbaren ist. Die KVS fühlt sich verpflichtet, den Vertragsärzten und Psychotherapeuten als Dienstleistungs- und Serviceeinrichtung mit Rat und Tat zur Seite zu stehen. Ein erheblicher Vorteil des KV-Systems besteht darin, dass seine Mitglieder nur einen Ansprechpartner für ganz verschiedenartige Fragen und Probleme rund um ihre vertragsärztliche Tätigkeit haben.

Einerseits zum Ausbau des Leistungsangebotes und andererseits zur organisatorischen Verschlinkung gibt es in der KVS seit Anfang Januar 2009 eine Abteilung „Service und Dienstleistungen“, die in der Bezirksgeschäftsstelle Leipzig angesiedelt ist und sich primär vielen in der KVS angebotenen Dienstleistungen verstärkt widmet. In diesem Zusammenhang ist seit Anfang März 2009 ein Servicetelefon geschaltet, das unter der Nummer 0341 23493711 tagsüber erreichbar ist. Jeder kann dort im Sinne eines „Bürgertelefons“ anrufen. Es steht allen Bürgern für allgemeine Anfragen rund um die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung mit folgenden Angebotsschwerpunkten zur Verfügung:

- Hilfe bei der Suche nach einem Arzt/Psychotherapeuten.
- Nennen von Ärzten mit besonderen Qualifikationen und Behandlungsschwerpunkten
- Informationen zu Sprechzeiten und zu Anschriften von Ärzten/Psychotherapeuten
- Beratung bei Fragen zur Gesetzlichen Krankenversicherung

- Es erfolgen keine Beratungen zu medizinischen Fragen.

Durch die damit erzielte Abnahme von Patientenfragen in den Praxen werden die Ärzte zusätzlich auch von organisatorischen Arbeiten entlastet. Die Akzeptanz des Bürgertelefons ist bereits in den ersten vier Monaten unerwartet hoch. Weitere Leistungen der Serviceabteilung umfassen das Angebot von betriebswirtschaftlichen Beratungen sowie der Beratung bei Existenzgründung, Praxisabgabe und Schätzung des Praxiswertes.

Sowohl Sonderverträge, an denen die KVS beteiligt ist, als auch Versorgungsverträge von Dritten ohne KV-Beteiligung können in der neugeschaffenen Abteilung umgesetzt werden. In einer ersten Runde werden derzeit die Notarabrechnung und die Abrechnung der Schwangerschaftsabbrüche zentralisiert in Leipzig durchgeführt. Ebenso ist das Mahnwesen für die Praxisgebühr in der neuen Struktureinheit angesiedelt.

Die Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung ist ein weiteres Element unseres Leitbildes.

Die KVS strebt auch für die Zukunft an, den Ärztinnen und Ärzten bei deren Bemühungen um Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement als sachkundige Begleiterin zur Seite zu stehen. So wurden mit der Sächsischen Landesärztekammer Absprachen zur Umsetzung der gesetzlichen Fortbildungsverpflichtungen getroffen. In Bezug auf die verpflichtende Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements hat die KVS ein eigenes System – das QisA – entwickelt, um den Praxisinhabern diesen Weg ein wenig zu erleichtern.

Weitere Kernpunkte des KV-Leitbildes sind:

- die aktive Mitgestaltung des Gesundheitswesens,
- die Unterstützung aller Maßnahmen, die zur Prävention von Krankheiten beitragen,
- sowie die Bereitschaft, an der Schaffung neuer Versorgungsstrukturen mitzuwirken, sofern sie dem medizinischen Wohl der Bevölkerung dienen.

Dr. med. Claus Vogel
Vorstandsmitglied

Glitazone

Stellungnahme der Fachkommission Diabetes der Sächsischen Landesärztekammer an den Gemeinsamen Bundesausschuss, Unterausschuss „Arzneimittel“, zur Änderung der Arzneimittelrichtlinie in Anlage III: Glitazone zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2

Scholz, G.H., Schulze J., Hanefeld, M., Fischer S., Rothe U. für die Fachkommission Diabetes der Sächsischen Landesärztekammer

Die Fachkommission Diabetes Sachsen ist ein berufenes Organ der Sächsischen Landesärztekammer. Als eines der ersten Expertengremien in Deutschland erstellten wir eine, von vielen anderen Landesärztekammern übernommene Praxisleitlinie für Diabetiker, und setzten diese im Freistaat Sachsen auf breiter Basis mit Hausärzten und Spezialisten um. Die guten Ergebnisse dieser Aktivitäten wurden in einer hochwertigen Zeitschrift international publiziert (Rothe 2008).

Auf der Basis dieser langjährigen Behandlungskompetenz für Diabetiker möchten wir Sie im Interesse unserer Patienten bitten, den geplanten Verordnungsausschluss der Glitazone auf der Basis folgender Argumente nicht zu realisieren.

A) Wirkungsmechanismus

Glitazone haben einen völlig anderen Wirkungsmechanismus als alle anderen oralen Antidiabetika und sind deshalb wirkungsgleich nicht ersetzbar.

B) Kardiovaskuläre Endpunkte

1. Bezüglich kardiovaskulärer Endpunkte bei Patienten mit längerer Diabetesdauer liegen nur für Pioglitazon (PROactive-Studie und Metaanalyse weiterer klinischer Studien) Daten vor, die nach relativ kurzer Therapiedauer und moderater HbA1c-Reduktion (PROactive-Studie: -0,4 HbA1c % vs. Placebo) eine Reduktion des kombinierten Endpunktes von Gesamtmortalität, nichttödlichem Herzinfarkt und Schlaganfall sowie eine Reduktion von Schlaganfallrezidiven belegen (Charbonnel 2004,

Dormandy 2005, Erdmann 2007a,b,c, Lincoff 2007, Wilcox 2007 und 2008).

2. Auch im IQWiG-Bericht werden diese Ergebnisse durchaus korrekt bewertet. Allerdings impliziert der in der Zusammenfassung später dafür verwendete Begriff „Hinweis“, dass für einen „Beleg“ eine weitere völlig gleiche Studie notwendig sei, die zum gleichen Ergebnis führen muss. Bei den sehr deutlichen Unterschieden zum Beispiel bei Schlaganfallrezidiven (5,6% mit Pioglitazon vs. 10,2 % mit Placebo), wäre aber eine Studienwiederholung ethisch nicht vertretbar (zumindest für diese Patientengruppe), hier sprechen wir als erfahrene Studienärzte.

Weder für Metformin (nur neu diagnostizierte Diabetiker in UKPD-Studie), noch für Sulfonylharnstoffe, Alphaglukosidaseinhibitoren, Glinide, Gliptine oder GLP-1-Analoga gibt es zur PROactive-Studie vergleichbare Daten. Dementsprechend werden als Beleg für die Überlegenheit anderer Therapieformen, das heißt für eine „alternative Behandlung“, bezüglich kardiovaskulärer Endpunkte, auch im IQWiG-Bericht korrekterweise keine Studien zitiert.

Da nur für Pioglitazon eine entsprechende positive Studie existiert, muss auch und gerade wegen der Notwendigkeit einer evidenzbasierten Medizin, die Pioglitazontherapie eine Hauptsäule neben der Metformintherapie für bestimmte Patientengruppen bleiben.

3. In der im Juni 2009 publizierten RECORD-Studie wurde auf der Basis gleicher Raten für einen zusammen-

gesetzten Endpunkt aus kardiovaskulärer Mortalität und Hospitalisation aus kardiovaskulärer Ursache für Kombinationen aus Rosiglitazon und Metformin oder Sulfonylharnstoff gegen eine Kombination aus Metformin und Sulfonylharnstoff die Nichtunterlegenheit von Rosiglitazon nachgewiesen, mit einer statistisch allerdings jeweils nicht signifikant geringeren Rate an kardiovaskulären Todesfällen, Schlaganfällen und Amputationsraten bei ebenfalls nicht signifikant höheren Raten an Herzinfarkten, jedoch signifikant höherer Anzahl an Herzinsuffizienzen (siehe unten). Aus einer Subgruppenanalyse lässt sich vorsichtig ableiten ($p = 0,055$), dass Patienten mit ischämischer Herzkrankheit weniger von einer Rosiglitazontherapie profitieren, eine Information, die in entsprechende praktische Hinweise münden könnte. Allerdings wiesen die Patienten unter Rosiglitazon eine bessere Blutzuckereinstellung (HbA1c: -0,2 %) auf, deren langfristige Effekte auf makro- und mikrovaskuläre Komplikationen mit dieser Studie noch nicht bewertet werden können.

4. Auch die gerade publizierte 5-jährige BARI 2D-Studie (Frye RL et al. 2009), bei der 2.368 Patienten mit Typ 2 Diabetes mellitus und stabiler ischämischer Herzkrankheit, stratifiziert nach der Notwendigkeit einer koronaren Bypass-Operation oder einer perkutanen koronaren Intervention und jeweils randomisiert nach Realisierung des operativen oder interventionellen Eingriffs oder einer medikamentösen Therapie,

entweder mit einer Kombination aus Metformin plus Glitazon oder einer Therapie mit Insulin und Sulfonylharnstoff zugeordnet wurden, zeigten bezüglich der primären Endpunkte Tod oder dem zusammengesetzten Endpunkt aus Tod, Herzinfarkt oder Schlaganfall keinen Nachteil der Kombination aus Metformin und Glitazon (überwiegend Rosiglitazon).

Zudem waren der HbA1c-Wert, der BMI und die Hypoglykämierate bei dieser Therapie signifikant niedriger und der HDL-Cholesterinwert und der Anteil der Patienten, die ihre Zielwerte für HbA1c, LDL-Cholesterin und Blutdruck erreichten, signifikant höher als in der Insulin/Sulfonylharnstoffgruppe.

Für Rosiglitazon ist bei Betrachtung der oben genannten kardiovaskulären Endpunkte in der Kombination mit Metformin zumindest eine Gleichwertigkeit gegenüber anderen Therapieformen abzuleiten. Da sowohl in der RECORD- als auch in der BARI 2D-Studie wesentliche andere Risikofaktoren mit dieser Kombination signifikant geringer waren (zum Beispiel Blutglukosewerte, geringere Hypoglykämieraten), ist bei längerer Therapiedauer ein Vorteil dieses Glitazons auch bezüglich makro- und mikrovaskulärer Komplikationen zu erwarten.

C) Hypoglykämien

Hypoglykämien sind schwerwiegende Ereignisse mit zum Teil akuter vitaler Gefährdung. Sie erhöhen das kardiovaskuläre Risiko, tragen mit größter Wahrscheinlichkeit zur Demenz bei und verursachen erhebliche Einschränkungen der Lebensqualität von Patienten und Angehörigen (Whitmer 2009).

1. Korrekt bewertet wurde im IQWiG-Bericht die deutlich geringere Hypoglykämierate einer Kombination aus Pioglitazon und Metformin versus Sulfonylharnstoff und Metformin bei gleicher oder stärkerer Blutzuckersenkung mit der Pioglitazon/Metformin-Kombination. Das IQWiG kommt deshalb im Abschnitt 6.12 seines Berichtes korrekterweise zu dem Schluss „Von Bedeutung ist vielmehr, wie in der PERISCOPE-Studie gezeigt,

dass die stärkere Blutzuckersenkung unter Pioglitazon im Vergleich zu Glimepirid nicht mit einer erhöhten Hypoglykämierate, sondern im Gegenteil mit einer niedrigeren Rate auch schwerer Hypoglykämien verbunden war. Hieraus ergibt sich ein direkter patientenrelevanter Zusatznutzen gegenüber den Sulfonylharnstoffen.“

2. Auch für Rosiglitazon in Kombination mit Sulfonylharnstoff oder Metformin wurde eine stärkere Blutzuckersenkung im Vergleich zu Placebo bei verringerter Hypoglykämierate nachgewiesen und vom IQWiG auch akzeptiert. Dies galt auch bei vergleichbarer Blutzuckersenkung für eine Kombination aus Rosiglitazon und Metformin im Vergleich zu Sulfonylharnstoff und Metformin. Im Vergleich zu einer Kombinationstherapie aus Insulin glargin, Sulfonylharnstoff und Metformin war die Kombination aus Rosiglitazon, Sulfonylharnstoff und Metformin mit weniger Hypoglykämien assoziiert.

Die geringere Hypoglykämierate im Vergleich zu anderen OAD und Sulfonylharnstoffen ist ein wesentlicher und sicher belegter Vorteil der Glitazone in der Behandlung von Typ 2-Diabetikern.

D) Verlängerung der OAD-Phase der antidiabetischen Therapie und Reduktion der Insulindosis unter Pioglitazon

Die PROactive-Studie zeigt auch, dass durch den Einsatz von Pioglitazon die vom Patienten häufig zunächst nicht gewünschte Insulintherapie zeitlich zurückgestellt werden kann, ein Fakt, der auch ökonomisch relevant ist. Eine neuere Studie zeigt außerdem, dass mit einer Kombinationstherapie aus Pioglitazon und Insulin bei Patienten mit Kontraindikationen oder Unverträglichkeit für Metformin sowohl eine bessere Blutzuckereinstellung (HbA1c -1% gegenüber Ausgangswert) als auch eine Reduktion der notwendigen Insulindosis um 22% möglich ist (Lundershausen R et. al. 2009).

Ein aufschiebbarer Einsatz von Insulin und/oder die Verwendung niedrigerer Insulindosen sprechen für die Erhaltung der Glitazone (hier Pioglitazon) als Therapieoption.

E) Anwendbarkeit von Glitazonen (Pioglitazon) bei Patienten mit schwerer Niereninsuffizienz

Es gibt außer für Pioglitazon (GFR ≥ 4 ml/min/1.73 m², Fachinformation 2007) kein anderes vom IQWiG betrachtetes orales Antidiabetikum, das bei schwerer Niereninsuffizienz für eine Therapie zugelassen ist (Kreatinin-Clearance: Acarbose bis ≥ 25 ml/min, Rosiglitazon bis ≥ 30 ml/min, bei niedrigerer Clearance liegen nur begrenzte Studienergebnisse vor, Anwendung sollte mit Vorsicht erfolgen, Glibenclamid: nicht bei schwerer Einschränkung der Nierenfunktion, Glimepirid: bei schweren Nieren- und Leberfunktionsstörungen ist ein Wechsel auf Insulin erforderlich, Gliquidon: nicht bei schwerer Einschränkung der Nierenfunktion). Nateglinide ist nur in der Kombination mit Metformin zugelassen, welches bei Nierenfunktionsstörung kontraindiziert ist, bei Repaglinide ist eine Dosisanpassung erforderlich.

Pioglitazon ist als einziges OAD bei schwerer Niereninsuffizienz einsetzbar.

F) Andere für die Diabetesprogression und für Morbidität und Mortalität relevante Faktoren

Für eine Vielzahl von Stoffwechsel- und morphologischen Parametern (Nüchterninsulin, Proinsulin, HOMA-IR, HOMA-B, CLAMP-IR, CRP, Adiponektin, HDL-Cholesterin, Triglyzeride, PAI-1, Leberfettgehalt, Leberfibroseaktivität) ist ein Zusammenhang mit einer schnelleren Diabetesprogression sowie einer erhöhten Morbidität und Mortalität von Typ 2-Diabetikern gesichert, wahrscheinlich oder möglich (HTA-Bericht 2008). Unter beiden Glitazonen kommt es gegenüber Placebo und auch im Vergleich zu anderen oralen Antidiabetika zum Teil zu einer deutlichen Besserung, wie bereits der HTA-Bericht 2008 zusammenfassend belegt.

Außerdem verzögern Glitazone beim Monotherapievergleich mit Metformin und Glibenclamid signifikant das Betazellversagen (Rosiglitazon, ADOPT-Studie). Zudem konnte außer für Pioglitazon bisher für kein anderes Antidiabetikum im Vergleich zu

einem anderen OAD (hier Glimepirid) zweifelsfrei in einer großen randomisierten Studie ein Rückgang der Intima-Media-Dicke bei Typ 2-Diabetikern belegt werden (PERISCOPE-Studie).

Glitazone weisen viele positive Effekte auf metabolische und morphologische Parameter auf, die längerfristigen Nutzen bei der Prävention makro- und mikrovaskulärer Folgeschäden sowie bei der Hemmung der Progression des Typ 2-Diabetes nahe legen.

G) Unerwünschte Ereignisse

Sowohl für Pioglitazon als auch für Rosiglitazon war die Rate unerwünschter Ereignisse im Vergleich zu den oben genannten Kontrollgruppen nicht wesentlich verschieden. Auch dieser Fakt wird vom IQWiG korrekt dargestellt.

Ödeme

Einige Patienten neigen unter beiden Glitazonen zur Bildung von Ödemen. In den dokumentierten Studien fand sich bezüglich der Häufigkeit jedoch nicht immer ein statistisch gesicherter Zusammenhang zur Glitazontherapie. Wir beenden in der Regel beim Auftreten von Ödemen die Glitazontherapie, die nach Absetzen der Medikation oder auch bei sehr niedrig dosierter diuretischer Therapie reversibel sind.

Übergewicht

Außer beim Vergleich mit einer Insulintherapie und bei Sulfonylharnstoffen lässt sich eine allerdings moderate Erhöhung des Körpergewichts unter beiden Glitazonen im Vergleich zu allen anderen Antidiabetika feststellen. Wir weisen unsere Patienten auf diesen möglichen Effekt hin und beenden die Glitazontherapie bei massiver Gewichtszunahme.

Kardiale Ereignisse

Für das häufigere Auftreten einer leichten Form der Herzinsuffizienz fand sich in der PROactive-Studie ein Hinweis, allerdings traten schwere oder tödliche verlaufende Formen der Herzinsuffizienz weder in der PROactive noch in der PERISCOPE-Studie auf.

Frakturen

Das statistisch gesicherte, leicht erhöhte Risiko für Frakturen bei Frauen nehmen wir durchaus ernst. Hier sollten uns Forschungen zur Ermittlung von Risikogruppen helfen, Frauen mit einem erhöhten Frakturrisiko von der Glitazontherapie auszuschließen.

Zusammenfassung

Im Unterschied zu Ihrer derzeitigen Auffassung, überwiegen auf der Basis der oben genannten Argu-

mente und unserer inzwischen vieljährigen Erfahrungen mit beiden Glitazonen die Vorteile einer kardiovaskulären Risikoreduktion bei gleichzeitig geringerer Hypoglykämierate und häufig besserer Blutzuckereinstellung im Vergleich zu Placebo und anderen OAD die Nachteile der zunehmend besser einschätzbaren und vermeidbaren Risiken.

Hinweise für eine höhere Therapiezufriedenheit mit deutlich geringeren Einweisungen ins Krankenhaus oder in die Notaufnahme bei über 60-jährigen Patienten bei Rosiglitazon – im Vergleich zu einer Sulfonylharnstofftherapie (RESULT-Studie), korrekt zitiert im IQWiG-Bericht, sowie eine positive Kosten-Effektivitäts-Analyse für Pioglitazon (HTA-Bericht 2008) sprechen für eine Glitazontherapie bei bestimmten Patientengruppen

- entweder in Monotherapie (bei Metforminunverträglichkeit),
- in Kombination mit Metformin oder
- in Kombination (von Pioglitazon) mit Insulin.

Literatur

In der Literatur (alphabetische Ordnung) finden Sie nur die neuen Literaturzitate, die nicht im Abschlussbericht des IQWiG bzw. im HTA-Bericht 2008 zitiert wurden. Weitere Literatur bei den Autoren verfügbar.

Nr.	Text
1	Frye RL; August P; Brooks MM; Hardison RM; Kelsey SF; MacGregor JM; Orchard TJ; Chaitman BR; Genuth SM; Goldberg SH; Hlatky MA; Jones TL; Molitch ME; Nesto RW; Sako EY; Sobel BE BARI 2D Study Group. A randomized trial of therapies for type 2 diabetes and coronary artery disease. N Engl J Med; 360; 2503-2515 /2009/
2	Home PD; Pocock SJ; Beck-Nielsen H; Curtis PS; Gomis R; Hanefeld M; Jones NP; Komajda M; McMurray JJ; RECORD Study Team Rosiglitazone evaluated for cardiovascular outcomes in oral agent combination therapy for type 2 diabetes (RECORD): a multicentre, randomised, open-label trial Lancet; 373; 2125-2135 /2009/
3	Lundershausen R; Grüneberg M; Heddaeus H; Kröger J; Schönauer M; Karaglannis E. Effekt einer Kombinationstherapie von Insulin und Pioglitazon bei Typ 2-Diabetikern: Zwischenauswertung einer nicht interven- tionellen Studie Diabetologie; 4; 172-178 /2009/
4	Rothe U; Müller G; Schwarz PE; Seifert M; Kunath H; Koch R; Bergmann S; Julius U; Bornstein SR; Hanefeld M; Schulze J. Evaluation of a Diabetes Management System based on Practice Guidelines, Integrated Care and Continuous Quality Management in a Federal State of Germany: a Population-based Approach to Health Care Research Diabetes Care; 31; 863-868 /2008/
5	Whitmer RA; Karter AJ; Yaffe K; et al. Hypoglycemic Episodes and Risk of Dementia in Older Patients With Type 2 Diabetes Mellitus JAMA; 301; 1565-1572 /2009/

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Sprecher der Fachkommission Diabetes
der Sächsischen Landesärztekammer

Mitgliederversammlung

Die Landesverbände Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands veranstalten eine weitere gemeinsame Mitgliederversammlung am **17.10.2009** im Tagungshotel Lichtenwalde.

Thematik der Veranstaltung:

„Drohender Ärztemangel – eine gemeinsame Herausforderung der Verantwortungsträger“

Die Tagung wird aktiv ausgestaltet durch Frau Staatsministerin Christine Clauß, den Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, den Präsidenten der Landesärztekammer Thüringen, Dr. med. Mathias Wesser, den Hauptgeschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Sachsen, Dr. Stephan Helm, und den Hauptgeschäftsführer des Bundesverbandes des VLK, Dipl.-Volksw. Norden.

Beginn der Tagung: 9.30 Uhr (nach vorheriger Registrierung ab 9.00 Uhr)

gez. Prof. Dr. med. Schmoz
Landesvorsitzender Sachsen

gez. Prof. Dr. med. Fünfstück
Landesvorsitzender Thüringen

gez. Prof. Dr. med. Janowitz
Landesvorsitzender
Sachsen-Anhalt

Rechtsfragen der wunscherfüllenden Medizin

Die Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht (DGMR) e.V. hat im Oktober 2008 ihren 12. Einbecker Workshop unter dem Titel „Die Verbesserung des Menschen – Tatsächliche und rechtliche Aspekte der wunscherfüllenden Medizin“ durchgeführt. Als Tagungsergebnis wurden die nachfolgenden Empfehlungen verabschiedet:

I. Definition

Wunscherfüllende Medizin bezeichnet jede Art von nicht medizinisch indizierten Eingriffen in den menschlichen Organismus mit dem Ziel der Verbesserung, Veränderung oder Erhaltung von Form, Funktion, kognitiven Fähigkeiten oder emotionalen Befindlichkeiten (sog. Enhancement), die unter ärztlicher Verantwortung durchgeführt werden. Dazu zählen insbesondere operative, pharmakologische, biotechnische (z.B. neurobiologische) und gentechnische Maßnahmen. Dabei kommen häufig Substanzen und Verfahren zum Einsatz, die ursprünglich zur Behandlung und Prävention von Krankheiten entwickelt wurden.

II. Tatsächliche Aspekte

1. Ästhetisch-chirurgische und ästhetisch-dermatologische Eingriffe (z.B. Facelift, Implantationen, Unter-

spritzungen, Fettabsaugen, Botulinumtoxin-Injektionen), die ausschließlich auf Wunsch des Patienten durchgeführt werden, haben gerade in jüngster Zeit weite Verbreitung gefunden.

2. Medikamente werden im Rahmen des psychischen Enhancements zur Beeinflussung kognitiver Fähigkeiten oder emotionaler Befindlichkeiten von Menschen eingesetzt (z.B. zur Steigerung der mentalen Leistungsfähigkeit, zur Empathieförderung, zur Stimmungsaufhellung). Beim physischen Enhancement beeinflussen Medikamente körperliche Funktionen (z.B. Ausdauer und Kraft durch Doping, Wachstum, Potenz, Appetit, Anti-Aging).
3. Neurobionisches Enhancement umschreibt die noch im Experimentalstadium befindliche Ingebrauchnahme oder Implantation elektronischer Hilfsmittel in das Zentralnervensystem mit dem Ziel, menschliche Fähigkeiten zu erweitern (z.B. Entwicklung supersensorischer Fähigkeiten, Ausweitung der Gedächtnisfunktion, Modulation persönlicher Eigenschaften).
4. Genetisches Enhancement betrifft Veränderungen der Erbsubstanz. Hierbei kann es sich um gentechnische Maßnahmen bei Einzelpersonen (z.B. im Sport durch Gen-doping) oder um denkbare Eingriffe in die Keimbahn mit Auswirkungen auf zukünftige Generationen handeln.

III. Rechtliche Aspekte

1. Die Maßnahmen des Enhancements werden grundsätzlich von dem verfassungsrechtlich garantierten Recht auf Selbstbestimmung im Bereich der körperlich-seelischen Integrität erfasst. Es wird begrenzt durch den Schutz der Rechte Dritter, z.B. im Bereich der Fortpflanzungsmedizin, und durch kollidierende Gemeinwohlinteressen, z.B. wirtschaftliche Überstrapazierung der Solidargemeinschaft durch medizinisch indizierte Folgebehandlungen.
2. Für Maßnahmen der wunscherfüllenden Medizin bestehen besonders umfassende Aufklärungspflichten über deren Risiken und Nebenwirkungen. Zudem muss über mögliche rechtliche, psychosoziale und wirtschaftliche Folgen informiert werden, zu denen auch die Kosten der Behandlung etwaiger Komplikationen der durchgeführten Eingriffe gehören.
3. Bei bestimmten gravierenden oder irreversiblen Maßnahmen sollten in Anlehnung an § 1631 c BGB (Verbot der Sterilisation Minderjähriger) Mindestaltersgrenzen eingeführt werden. Für andere gravierende oder irreversible Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen wäre gegebenenfalls auch an vormundschaftsgerichtliche Kontrollen der elterlichen oder eigenen Entscheidung zu denken.
4. Verträge über Leistungen der wunscherfüllenden Medizin sind

- grundsätzlich als Dienstverträge zu qualifizieren, auch wenn sie zum Teil werkvertragliche Elemente enthalten.
5. Auch bei Maßnahmen der wunscherfüllenden Medizin unterliegt der Arzt der ärztlichen Berufsordnung. Diese ist auch anwendbar und zu beachten, wenn der Arzt außerhalb der Heilkunde – auch im gewerblichen Bereich (Wellness, Ernährungsberatung) – tätig wird. Die Kammer- und Heilberufsgesetze der Länder sowie die Berufsordnungen der Landesärztekammern sollten entsprechende Klarstellungen enthalten.
 6. Die Durchführung bestimmter Eingriffe der wunscherfüllenden Medizin sollte nur besonders weitergebildeten Ärzten bestimmter Fachgebiete vorbehalten werden oder einen speziellen Fachkundenachweis erfordern.
 7. Es ist zu empfehlen, die Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit in Klinik und Praxis von dem Nachweis einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung abhängig zu machen, die auch den Bereich der wunscherfüllenden Medizin erfasst, wenn solche Leistungen durchgeführt werden.
 8. Die Leistungsbeschränkung in § 52 Abs. 2 SGB V (angemessene Beteiligung an den Kosten einer Folgeerkrankung), welche nur bei einer medizinisch nicht indizierten ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder einem Piercing

Anwendung finden soll, stellt eine Diskriminierung dieser Versicherten und damit einen Verstoß gegen den Gleichheitsgrundsatz des Art. 3 Abs. 1 GG dar. Es ist daher eine Änderung dieser Norm zu empfehlen. Der Rechtsgedanke des § 52 Abs. 2 SGB V, nämlich die Übernahme von Eigenverantwortung durch die Versicherten, sollte den Gesetzgeber nicht dazu veranlassen, das Solidaritätsprinzip in der Gesetzlichen Krankenversicherung weiter einzuschränken.

Das Präsidium der DGMR e.V.
Der Präsident, Rechtsanwalt Dr. A. Wienke
Sachsenring 6, 50677 Köln
Tel. 0221 3765310

Rechtsmedizinisches Tele-Konsil

C. Hädrich, J. Dreßler

Die Spezialisierung in der heutigen Hochleistungsmedizin hat dazu geführt, dass die Kompetenz zur Beurteilung unklarer Verletzungen regelmäßig in den Händen der Rechtsmedizin liegt: zum Beispiel nach Kindesmisshandlungen, Vergewaltigung, häuslicher Gewalt und anderen Kör-

perverletzungsdelikten. Die Erfahrung der vergangenen Jahre zeigt, dass die Hemmschwelle zur Inanspruchnahme rechtsmedizinischer Dienstleistungen mit dem räumlichen Abstand zum nächsten Institut für Rechtsmedizin steigt: institutsferne Krankenhäuser oder niedergelassene Ärzte fordern aus nachvollziehbaren Gründen deutlich seltener eine rechtsmedizinische Beurteilung unklarer Verletzungen an, als zum Beispiel Universitätskliniken.

Von der rechtsmedizinischen Einschätzung wird jedoch zum Beispiel bei fraglicher Kindesmisshandlung oft das weitere Vorgehen abhängig gemacht (stationäre Aufnahme, Information des Jugendamtes, Anzeige bei der Polizei). Gynäkologische Untersuchungen nach Vergewaltigung sollten nur gemeinsam mit einem Rechtsmediziner erfolgen.

Wir haben uns gefragt, welche neuen Wege beschritten werden

können, um auch in diesen Fällen eine flächendeckende rechtsmedizinische Versorgung zu gewährleisten. Eine Lösung bietet hier die Telemedizin. Sie ist heute bereits zum Beispiel in der Radiologie und Histopathologie etabliert. Beim rechtsmedizinischen Tele-Konsil werden unklare Befunde von den Ärzten vor Ort fotografiert und via Internet an das Institut für Rechtsmedizin geschickt. Hier erfolgt sofort eine erste Beurteilung und Empfehlung weiterer Maßnahmen.

Das Tele-Konsil kann und soll dabei die rechtsmedizinische Begutachtung vor Ort nicht ersetzen, erleichtert aber die Inanspruchnahme rechtsmedizinischen Expertenwissens.

Die Vorteile liegen auf der Hand:

1. Telemedizinische Begutachtung erlaubt die Inanspruchnahme von Expertenwissen unabhängig von Ort und Zeit.
2. Rechtsmedizinisches Tele-Konsil ist via Internet und Telefon in jedem Krankenhaus und jeder Praxis nutzbar.
3. Rechtsmedizinisches Tele-Konsil erlaubt eine sofortige Beurteilung unklarer Befunde.
4. Rechtsmedizinisches Tele-Konsil ermöglicht den behandelnden Ärzten gemeinsam mit dem Rechtsmediziner die weitere Weichenstellung:
 - Verletzungen ohne strafrechtliche Relevanz bedürfen in der Regel keiner weiteren Abklärung → Entlastung der Ermittlungsbehörden.
 - Suspekten oder charakteristischen Befunden können vom Rechtsmediziner zur Anzeige gebracht werden → Entlastung der behandelnden Ärzte.
 - Im polizeilichen Auftrag können die Patienten dann vor Ort rechtsmedizinisch nachbegutachtet werden → es entstehen keine Kosten für die anfordernde Einrichtung.
5. Vom Rechtsmediziner können je nach Fall ohne Zeitverlust Maßnahmen der Beweissicherung durch die Ärzte vor Ort veranlasst werden:
 - zum Beispiel Sicherstellung von Kleidung sowie Blut- und Urinpro-

ben zeitnah zum Vorfall, Anfertigung von aussagekräftigen Befundfotografien vor der operativen Wundversorgung, Schutz von Kontakts Spuren durch Waschen etc., Veranlassung von Komplementäruntersuchungen (zum Beispiel Röntgen, Augenarzt, HNO-Arzt, Gynäkologe).

Durch die Nutzung des rechtsmedizinischen Tele-Konsils (Re-Te-Kon) steigen die Qualität der medizinischen Versorgung und die Rechtssicherheit der Bevölkerung. Perspektivisch können so gesenkt werden: die Hemmschwelle zur Inanspruchnahme rechtsmedizinischer Kompetenz, die Gefahr von Fehldiagnosen bei unklaren Verletzungen und auch die Dunkelziffer übersehener Straftaten.

Das Re-Te-Kon Projekt ist einmalig in Deutschland und befindet sich derzeit in der Pilotphase, es ist für die Nutzer kostenfrei. Und so funktioniert es:

1. Verschlüsselungsprogramm downloaden (kostenlos): <http://axcrypt.softonic.de/>
2. Befunde digital fotografieren: Übersicht und Detailaufnahmen mit Maßstab.
3. Fotos mit Angaben zum Patienten (Name, Geburtstag, Wohnanschrift), zum Hergang (wer,

was, wann, wo, wie) sowie der Fragestellung verschlüsselt senden an: retekon@medizin.uni-leipzig.de. Name und Telefonnummer des Absenders nicht vergessen.

4. Konsil telefonisch anmelden: 0341 9715152 oder 0170 7938098 und axcrypt-Passwort mitteilen.
5. Rückruf: Der diensthabende Rechtsmediziner meldet sich umgehend telefonisch, um Fragen zu beantworten und gegebenenfalls weitere Maßnahmen abzusprechen.

Für Nachfragen und Anregungen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Ein Informationsblatt kann auf unserer homepage abgerufen werden <http://rechtsmedizin.uni-leipzig.de>.

Korrespondierender Autor:
Dr. med. Carsten Hädrich
Institut für Rechtsmedizin
Universität Leipzig
Johannisallee 28
04103 Leipzig
Telefon: 0341-97 15 152

E-Mail: Carsten.Haedrich@medizin.uni-leipzig.de

Patientenverfügungen gesetzlich geregelt

Der Bundestag hat mit dem 3. Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts eine rechtliche Regelung der Patientenverfügung verabschiedet. Diese Regelung trat am 1. September 2009 in Kraft. Der Wille des Patienten muss danach wie bisher berücksichtigt werden – unabhängig davon, ob eine Erkrankung lebensbedrohlich ist oder nicht! Liegt die Patientenverfügung schriftlich vor, hat sie bindende Wirkung.

Definition

Eine Patientenverfügung ist eine Festlegung, in der ein Patient in bestimmter, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe eingewilligt oder sie untersagt hat. Solch eine Patientenverfügung kann nur ein einwilligungsfähiger Volljähriger erstellen. Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden.

Auslegung

Liegt eine Patientenverfügung vor, so prüft der Betreuer, ob die darin enthaltenen Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Hier unterscheidet das Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts deutlich zwischen der grundsätzlichen Wirksamkeit einer Patientenverfügung und der Anwendbarkeit auf den entsprechenden Einzelfall. Diese ist nur gegeben, wenn die Patientenverfügung nach sinnhafter Auslegung und die Behandlungssituation übereinstimmen. Liegt diese Übereinstimmung vor, hat der Betreuer dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Eine eigene Entscheidungsgewalt kommt dem Betreuer nicht zu. Bedauerlich sei, so Prof. Dr. jur. Bernd-Ruediger Kern von der juristischen Fakultät der Universität Leipzig, dass die Anwendungsfälle der Patientenverfügung ohne Betreuer vom Gesetz nicht aufgegriffen würden.

So könnte der falsche Eindruck entstehen, dass eine Patientenverfügung immer nur mit und durch den Betreuer von Bedeutung sein kann. Das wird aber den Notsituationen im Alltag nicht gerecht.

Fehlt eine schriftliche Patientenverfügung oder treffen die Festlegungen der Patientenverfügung nicht mit der aktuellen Lebens- und Behandlungssituation zusammen, so hat der Betreuer die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen des Betreuten festzustellen und auf dieser Grundlage zu entscheiden, ob er in ärztliche Behandlungsmaßnahmen einwilligt oder sie untersagt. Dabei sind der mutmaßliche Wille aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln und insbesondere frühere mündliche und schriftliche Äußerungen, aber auch ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen des Betreuten zu berücksichtigen. Für die Ermittlung konkreter Anhaltspunkte wird der Betreuer auch nahe Angehörige befragen müssen.

Ärztliche Maßnahmen

Nach dem neu geschaffenen § 1901b BGB hat der behandelnde Arzt zu prüfen, welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist. Dies war schon immer eine selbstverständliche ärztliche Pflicht. Diese hat aber nun erstmals expressis verbis Eingang in das Bürgerliche Gesetzbuch gefunden.

Der Arzt und der Betreuer haben die ärztliche Maßnahme unter Berücksichtigung des Patientenwillens als Grundlage für die zu treffende Entscheidung miteinander zu erörtern. Nahen Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen des Betreuten sollen Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist.

www.bundestag.de

Knut Köhler M.A.
Referent Gesundheitspolitik
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
E-Mail: presse@slaek.de

Ärzteblatt Sachsen

ISSN: 0938-8478

Offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer

Herausgeber:

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

Anschrift der Redaktion:

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Telefon 0351 8267-161
Telefax 0351 8267-162
Internet: <http://www.slaek.de>
E-Mail: redaktion@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
PD Dr. jur. Dietmar Boerner
Knut Köhler M.A.

Redaktionsassistent: Ingrid Hüfner

Grafisches Gestaltungskonzept:

Hans Wiesenhütter, Dresden

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Gruener-Straße 62, 04107 Leipzig
Telefon: 0341 710039-90
Telefax: 0341 710039-99
Internet: www.leipziger-verlagsanstalt.de
E-Mail: info@leipziger-verlagsanstalt.de
Geschäftsführer: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigendisposition: Silke El Gendy-Johne
Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste vom 1.1.2009 gültig.
Druck: Druckhaus Dresden GmbH,
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Manuskripte bitte nur an die Redaktion, Postanschrift: Postfach 10 04 65, 01074 Dresden senden. Für unverlangt eingereichte Manuskripte wird keine Verantwortung übernommen. 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 gezeichnete Artikel entsprechen nicht unbedingt der Meinung der Redaktion oder des Herausgebers. Mit der Annahme von Originalbeiträgen zur Veröffentlichung erwerben Herausgeber und Verlag das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung in gedruckter und digitaler Form. Die Redaktion behält sich – gegebenenfalls ohne Rücksprache mit dem Autor – Änderungen formaler, sprachlicher und redaktioneller Art vor. Das gilt auch für Abbildungen und Illustrationen. Der Autor prüft die sachliche Richtigkeit in den Korrekturabzügen und erteilt verantwortlich die Druckfreigabe. Ausführliche Publikationsbedingungen: <http://www.slaek.de> oder auf Anfrage per Post.

Bezugspreise/Abonnementpreise:

Inland: jährlich 97,00 € incl. Versandkosten
Einzelheft: 9,20 € zzgl. Versandkosten 2,50 €

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

„Ich klage an“

Euthanasie im nationalsozialistischen Film

Tonfilm Deutschland 1941

Regisseur: Wolfgang Liebeneiner

Filmvorführung und Diskussion im Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer am **Donnerstag, 17. September 2009, 18.00 Uhr**, auf Einladung des Gesprächskreises Ethik in der Medizin.

„**ICH KLAGE AN**“ ist ein nationalsozialistischer deutscher Spielfilm der am 29. August 1941 uraufgeführt wurde. Wegen seiner Werbung für Euthanasie zählt dieser Propagandafilm heute in Deutschland zur Gruppe der Vorbehaltsfilme und ist daher nur eingeschränkt zugänglich.

Der Film bildete den Höhepunkt der nationalsozialistischen Euthanasie-Propaganda. Er transportierte verdeckt auf massenwirksame Art und Weise die Ideologie, „lebensunwertes Leben“ aus der Gesellschaft zu eliminieren. Absicht des NS-Regimes war es, sich Menschen, die der „Volksgemeinschaft“ zur Last fielen, insbesondere Menschen mit Behinderung und unheilbar Kranker durch Tötung zu entledigen. Diese Intentionen werden im Film als humane Sterbehilfe getarnt. Ein Medizinprofessor tötet nach langen Gewissenskonflikten seine an Multipler Sklerose erkrankte junge Frau, nachdem er erfolglos versucht hatte, durch intensive Forschungsarbeiten ein Heilmittel für sie zu finden. Der Arzt wird vor Gericht gestellt. Suggestiv endet

der Film ohne Urteilsspruch. Die Zuschauer sollten zu dem scheinbar eindeutigen Schluss kommen, dass Tötung auf Verlangen Erlösung bedeutet.

Die Einführung in den Film wird Prof. Dr. med. habil. Otto Bach geben. Im Anschluss an die Vorführung bieten die Veranstalter Gelegenheit zur Diskussion. Der Eintritt ist frei.

Veranstaltungsort:

**Sächsische Landesärztekammer
Plenarsaal
Schützenhöhe 16
01099 Dresden.**

Knut Köhler M.A.
Referent Gesundheitspolitik
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
E-Mail presse@slaek.de

Fortbildungen zur Arzneimitteltherapie

Fortbildungssemester Herbst 2009: Spezielle Fragen der Pharmakotherapie

Im Mittelpunkt des am 16. September 2009 beginnenden Fortbildungssemesters der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung stehen aktuelle Fragen der Pharmakotherapie ausgewählter, häufiger Erkrankungen. Es werden neueste Erkenntnisse zu Diagnostik und Therapie, insbesondere Pharmakotherapie, dargestellt und spezielle Aspekte hinsichtlich Interaktionen, Pharmakotherapie bei Kindern, in Schwangerschaft und Stillzeit, und bei Menschen im höheren Lebensalter sowie bei Begleiterkrankungen erläutert. Die Veranstaltungsreihe endet am 2. Dezember 2009.

Als Referenten konnten Experten aus den verschiedenen Fachgebieten gewonnen werden. Sie stehen für ausführliche Diskussionen zur Verfügung. Moderiert werden die Mittwochabende in bewährter Art und Weise von Mitgliedern der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung.

Aktuelle Themen und Referenten können der beigefügten Fortbildungsbeilage (Innenbeilage, „Grüne

Seiten“) und dem Online-Fortbildungskalender entnommen werden. Die Fortbildungen finden am 16.09.2009 (Pharmakotherapie in der Schwangerschaft und Stillzeit), 23.09.2009 (Antibiotika-Infektiologie), 30.09.2009 (Herz-Kreislauf-Medikamente: Hypertonie, KHK, Herzinsuffizienz), 07.10.2009 (Antidiabetika), 14.10.2009 (Magen-Darm-Mittel und Gastrointestinale Nebenwirkungen von Psychopharmaka), 21.10.2009 (Depressive Syndrome und Antidepressiva), 28.10.2009 (Kognitive Störungen und dementielle Syndrome), 04.11.2009 (Klinisch-pharmakologische Aspekte der Schmerztherapie), 11.11.2009 (Vitaminverordnungen in

der ärztlichen Praxis, Nahrungsergänzungsmittel), 25.11.2009 (Festbeträge, Aut idem), 02.12.2009 (Klinisch-pharmakologische Aspekte der Therapie im Kindesalter und im höheren Lebensalter); **jeweils 19.00 bis 21.00 Uhr im Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer** (Schützenhöhe 16, 01099 Dresden). Teilnehmergebühren werden nicht erhoben, eine Anmeldung ist nicht erforderlich. Es werden jeweils **zwei Fortbildungspunkte** vergeben.

Therapiesymposium der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

Auch in diesem Jahr führt die Arzneimittelkommission der deutschen Ärz-

teschaft (AkdÄ) ihr Therapiesymposium im Gebäude der Sächsischen Landesärztekammer durch. Kooperationspartner sind die Sächsische Landesärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen. Vorge stellt werden wissenschaftlich begründete, interessensneutrale und praxisorientierte Therapieempfehlungen. Die Fortbildungsveranstaltung richtet sich an alle in Patientenversorgung tätigen Kolleginnen und Kollegen.

Im Mittelpunkt der diesjährigen Veranstaltung (wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der AkdÄ; Frau Prof. Dr. med. Ursula Gundert-Remy und Prof. Dr. med. Rainer Lasek) ste-

hen Empfehlungen der AkdÄ zur Therapie akuter Atemwegsinfektionen (Prof. Dr. med. Winfried Kern, Freiburg), zur Therapie der Tabakabhängigkeit (Prof. Dr. med. Lutz G. Schmidt, Schweinfurth), zur Hormontherapie in den Wechseljahren und in der Postmenopause (Prof. Dr. med. Dr. sc. agr. Bernd Hinney, Göttingen). Mit einer kritischen Betrachtung zu neuen Arzneimitteln schließt die Fortbildungsveranstaltung (Prof. Dr. med. Ulrich Schwabe, Heidelberg). Die aktuellen Therapieempfehlungen sind über die Homepage der AkdÄ (<http://www.akdae.de>) abrufbar.

Die Veranstaltung findet am Mittwoch, **dem 28.10.2009, 15.00 bis 18.30 Uhr, im Plenarsaal der Säch-**

sichen Landesärztekammer (Schützenhöhe 16, 01099 Dresden), statt und ist mit **vier Fortbildungspunkten** bewertet. Die Teilnahme ist gebührenfrei.

Eine **Anmeldung** ist über die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), Geschäftsstelle Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin, Tel. 030 400456 518, Fax 030 400456 555; online über <http://www.akdae.de>, Rubrik Termine/Vorträge, erbeten. Über den angegebenen Internet-Link können auch die Vorträge aus dem Jahr 2007 und 2008 abgerufen werden.

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

Jahresversammlung der Kreisärztekammer Dresden

Einladung zur Jahresversammlung der Kreisärztekammer Dresden **am 10. November 2009, 19.00 Uhr**, Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer

„Zwischen Traum und Wirklichkeit“
Festvortrag von Professor Hans-Joachim Meyer,
Staatsminister für Wissenschaft und

Kunst a.D., letzter Wissenschaftsminister der DDR

Im Zeichen der Erinnerung an den revolutionären Wandel im Herbst 1989 laden wir Sie zu unserer Jahreshauptversammlung ein und freuen uns, mit Prof. Meyer einen der Protagonisten dieser Zeit begrüßen zu dürfen.

Wir bitten möglichst um Anmeldung unter unserer Telefonnummer 0351 8267 131 bzw. per E-Mail: kaek-dd@slaek.de. Seien Sie herzlich willkommen!

KÄK Dresden

Ausstellung

Ausstellung in der Sächsischen Landesärztekammer Foyer und 4. Etage

Heike Wadewitz

Wegstunden

Kaltnadelradierungen und Zeichnungen

16. September bis 15. November 2009

Vernissage:

Donnerstag, 17. September 2009

19.30 Uhr

Einführung: Michael G. Fritz
Schriftsteller, Dresden

Kucher, Wilhelm Erhard

Unsterbliche Sehnsucht

Ein Menschenleben mit mir.
Biografie

Verlag: edition fischer

ISBN 978-3-89950-237-4

Ein Arzt aus Schwedt, Jahrgang 1926, erzählt aus seinem bewegten Leben, über seine glücklichen Jugendjahre auf dem Lande in der Niederlausitz, vom dramatischen Überlebenskampf in den letzten Kriegstagen des Zweiten Weltkrieges in der Reichskanzlei und in russischer Gefangenschaft. Nach dem Krieg studierte Dr. Kucher Medizin an der Humboldt-Universität zu Berlin. Er



schreibt über beeindruckende Erlebnisse mit Höhen und Tiefen in seinem Beruf als Facharzt für Innere Medizin und versucht dabei dem Problem des Limbischen Systems – dem Sitz der menschlichen Seele im Gehirn – mit Empathie auf den Grund zu gehen. Im Ruhestand lässt der Autor seinen fast 80-jährigen Lebenslauf noch einmal an sich vorbeiziehen und hat dabei in zunehmendem Maß das Gefühl, zu zweit durchs Leben gegangen zu sein, als genetisch determinierter Mensch und als sein durch das Bewusstsein entwickeltes Ego. Ein lesenswertes Buch.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug

600 Jahre Universität Leipzig

Alumni der Medizinischen Fakultät trafen sich in Leipzig

Unter dem Motto „Erinnern – Wiedersehen – Entdecken“ fanden für Alumni aller Fakultäten der Universität Leipzig semesterübergreifende Treffen statt.

Auch die Alumni der Medizinischen Fakultät frischten im Juni 2009 bei zwei Alumni-Treffen alte Freundschaften wieder auf.

Am 3. Juni 2009 versammelten sich 275 Alumni, die vorwiegend aus dem Einzugsbereich der Kreisärztekammer Leipzig-Stadt kamen, im Hörsaal des Institutes für Anatomie. Der Dekan der Medizinischen Fakultät, Herr Prof. Dr. med. habil. Joachim Thiery, begrüßte die Alumni in herzlich gehaltenen Worten und dankte ihnen für ihr zahlreiches Erscheinen. Er berichtete über die vielfältigen Forschungsprojekte an der Medizinischen Fakultät. Herr Prof. Dr. med. habil. Gottfried Geiler, Alt-Dekan und Ehren doktor der Fakultät, sprach in seinem Festvortrag über die Gründung der Universität Leipzig und über die Geschichte der Medizinischen Fakultät. Herr Thomas Weber, Projektleiter in der Abteilung Projektentwicklung, erläuterte den interessierten Zuhörern die bauliche Entwicklung des „Medizinischen Viertels“. Eine Bild-Ton-Präsentation mit Ausschnitten vom Medizinerball 1954 bildete den Abschluss im Hörsaal. Das Treffen setzte sich mit einer Begegnung in der Mensa Liebigstraße fort.

Am 6. Juni 2009 begrüßte der Rektor der Universität Leipzig, Herr Prof. Dr. jur. Franz Häuser, die Alumni aller Fakultäten auf dem Augustusplatz. Danach begaben sich die Alumni in ihre Fakultäten. So fanden sich 325 Alumni im Hörsaal des Institutes für Anatomie ein. Die Teilnehmer waren hauptsächlich auswärtige Alumni. Ihnen vermittelte Herr Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Schmidt, ehemaliger Prosektor des Institutes, einen Überblick über die Geschichte des Institutes für Anatomie. Die Alumni waren

begeistert, den renovierten Hörsaal sowie Teile des bis in das Jahr 2004 modernisierten und sanierten Institutes im neuen Glanz wieder zu sehen.

Im Anschluss an diese Veranstaltung führte die Gästeführerin der Stadt Leipzig, Frau Sylvia Kolbe, in einem Rundgang durch „Das akademische Viertel im Wandel der Zeiten“. Es wurden Neubauten der Medizinischen und Naturwissenschaftlichen Fakultät vorgestellt.

Den weitesten Anreiseweg nahm der renommierte Wissenschaftler Prof. Walter Stumpf aus North Carolina auf sich.

Alle Alumni erlebten schöne und erlebnisreiche Stunden in ihrer alten Universitätsstadt Leipzig.

Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Schmidt
Geschäftsführer des Alumni-Vereins
der Medizinischen Fakultät der
Universität Leipzig

Wissenschaftspreis

Zwei Preise verlieh die Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO) auf ihrer Jahrestagung in Bremen an Wissenschaftlerinnen der Dresdner Klinik für Strahlentherapie und des OncoRay-Zentrums für Strahlenforschung in der Onkologie: Den Hermann-Holthusen-Preis erhielt Frau PD Dr. med. Mechthild Krause, Dresden. Frau Dr. med. Kristin Gurtner, Dresden, wurde von der Jury der erstmals ausgelobte Dissertationspreis zugesprochen.

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

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

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

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

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz Döbeln

Facharzt für Psychiatrie u. Psychotherapie
Reg.-Nr. 09/C058

Freiberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 09/C053

Facharzt für Innere Medizin/
Nephrologie
Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft
Reg.-Nr. 09/C054
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.09.2009

Mittweida

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 09/C055

Zwickauer Land

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 09/C056
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.09.2009

Chemnitz-Stadt

Psychologischer Psychotherapeut
Reg.-Nr. 09/C057
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.09.2009

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 08.10.2009 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel.: (0371) 27 89-406 oder 27 89-403 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden Dresden-Stadt

Facharzt für Innere Medizin/Rheumatologie
Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis
Reg.-Nr. 09/D049
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.09.2009

Meißen

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis
Reg.-Nr. 09/D050

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 09/D051

Sächsische Schweiz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 09/D052

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich*)
Reg.-Nr. 09/D053
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.09.2009

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10.10.2009 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 8828-310, zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 09/L045

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 09/L046
Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich*)
Reg.-Nr. 09/L047

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 09/L048

Facharzt für Orthopädie halber Versorgungsauftrag
Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis
Reg.-Nr. 09/L049
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 02.10.2009

Muldentalkreis

Facharzt für HNO-Heilkunde
Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis
Reg.-Nr. 09/L050
Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 16.10.2009 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 8828-310, zu richten.

Abgabe von Vertragsarztsitzen

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

Bezirksgeschäftsstelle Dresden Dresden-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Anstellung in einem MVZ ab 01.01.2010

Görlitz-Stadt / Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
in Niesky (Tel. 03588/204674)
Praxisabgabe nach Vereinbarung
Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: 0351/8828-310.

Der Weg in die eigene Praxis

Die Deutsche Apotheker- und Ärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen veranstalten gemeinsam ein Seminar für Praxisgründer

Der Weg in die eigene Praxis – Chancen und Möglichkeiten –

Themenschwerpunkte:

- Voraussetzungen einer Niederlassung
- Was kommt, was bleibt: aktuelle Tendenzen im Gesundheitswesen
- Auswirkungen des GKV OrgWG
- Praxisübernahme und Praxisneugründung
- Zwei Standbeine: Praxis und Klinik?
- Formen ärztlicher Zusammenarbeit
 - Gemeinschaftspraxis (überörtlich), Teilgemeinschaftspraxis
 - Medizinisches Versorgungszentrum, Praxis/Apparatgemeinschaft
- Der „neue“ angestellte Arzt
- Neue Versorgungsformen - neue Chancen
 - Teilzulassung
 - Filialbildung
 - angestellter Arzt
 - Gestaltungsmöglichkeiten
- Verträge in der Praxis – ein Muss!
- Aktuelle Rechtsprechung

Das Seminar findet statt am **11. November 2009, von 16.00 bis 20.00 Uhr im Hause der Kassenärztlichen Vereinigung**, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden.

Die Teilnahmegebühr beträgt 70 EURO.

Anmeldungen sind bitte bis zum 20. Oktober 2009 zu richten an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Bezirksgeschäftsstelle Dresden
Frau Schwarz
PF 10 06 41, 01076 Dresden
(FAX: 0351 8828-199,
E-Mail: si@kvs-dresden.de)
Telefonische Rückfragen bitte unter 0351 8828-315

Fortbildungsseminar „Medizin und Ökonomie“

„Krankenhausökonomie, allgemeine Einführung“ in die Finanzierungsgrundlagen (45 Stunden):

5. Oktober 2009 bis 9. Oktober 2009, Bundesärztekammer Berlin.

Die Veranstaltung der Bundesärztekammer ist Bestandteil einer Fortbildungsreihe, die sich mit ökonomischen Aspekten der ärztlichen Tätigkeiten befasst und wendet sich an Ärzte in Klinik und Praxis, die Interesse daran haben, ihre Kompetenzen auf diesem Gebiet zu erweitern.

Anmeldung an:
Bundesärztekammer, Dezernat 1,
Stichwort „FB-Seminar Medizin und Ökonomie“, Postfach 12 08 64,
10598 Berlin oder
per Fax: 030 400456-429

Eva-Luise-Köhler-Forschungspreis

Der Eva-Luise-Forschungspreis für Seltene Erkrankungen 2010 wird zum dritten Mal ausgeschrieben.

Dieser Preis der Eva Luise und Horst-Köhler-Stiftung für Menschen mit „Seltene Erkrankungen“ wird in Kooperation mit der Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen (ACHSE) e.V. nun zum dritten Mal ausgeschrieben und vergeben. Allein in Deutschland sind bis zu vier Millionen Menschen von einer der über 5.000 „Seltene Erkrankungen“ betroffen. Dieser Forschungspreis soll die Durchführung und Anschubfinanzierung eines am Patientennutzen orientierten Forschungsprojektes im Bereich der „Seltene Erkrankungen“ ermöglichen und ist mit 50.000 EUR dotiert. Besonders preiswürdig sind nachhaltige, krankheitsübergreifende und forschungsnetzende Projekte. Interessierte Wissenschaftler erhalten nähere Informationen und das Bewerbungsformular unter www.achse-online.de.

Wenn Ärzte selbst krank werden

Berichte sächsischer und anderer Ärzte in Biografie und Literatur

B. Mäulen

Einleitung

Spätestens seit der Veröffentlichung der „Erlebnisse sächsischer Ärzte in der Zeit von 1939 bis 1949“ ist die Bedeutung der Erfahrungen früherer Ärzte für uns Jüngere klar geworden (Ärztammer Sachsen 2003). Schon seit 20 Jahren haben mich deshalb Arztbiografien interessiert, und je mehr ich mich mit dem Thema der Ärztesundheit beschäftige, umso mehr kann ich sehen, wie viel an Offenheit und Erfahrung Ärzte in die Schilderung ihres Lebens hineinlegen. Immer wieder liest man, angehende Ärzte sollten am eigenen Leibe die Erfahrung von Erkrankung und Behandlung machen, um mit dem daraus resultierenden Einfühlungsvermögen bessere Ärzte für ihre Patienten zu werden. Viele Krankheiten sind von Ärzten an sich selbst beschrieben: Krebs, Alkoholsucht, Depression, Schlaganfall, Migräne, Trauma, HIV, degenerative Erkrankungen, Suizidalität, Querschnittslähmung, Herz-Kreislaufkrankungen, Psychosen, Transplantation, Tuberkulose.

Wir Ärzte sind ebenso verwundbar, wie alle anderen Menschen auch; unser Doktor-Titel macht uns keineswegs immun gegen irgendeine Krankheit von Körper und Seele.

Verschiedenheit der biografischen Berichte kranker Ärzte

Die hier aufgeführten Berichte kranker Ärzte sind außerordentlich verschieden, in Stil, Offenheit, Beschreibung der Krankheit, ihrer Auswirkungen auf das Leben der Ärzte/innen sowie ihrer Angehörigen. Die Lebensphasen und auch die korrespondierenden beruflichen Phasen reichen von der Zeit vor dem Medizinstudium (P. Adams, 1997; H. Heusler, 1999, R. Tynan, 2002), in die Zeit von Vorklinik und Klinik (M. Morrison, 1988), bis zur Praxiszeit (D. Biro,

2000; A. Döblin, 2000; E. Rau, 2000; T. Ripke, 2000, E. Rosenbaum, 1993), bzw. Tätigkeit als angestellter Arzt (J. Nielsen, 2000). Auch Professoren der Medizin sind vertreten: Sigmund Freud (P. Gay, 1989), M. Gottschaldt (1997), J. Groommann (2007), K. Jamieson (1999), P. Kuiper (1998). Manche Autoren konnten durch die Krankheit ihr Studium nicht abschließen, andere kommen an das Ende der beruflichen Tätigkeit (T. Schwarzenberg 1995; E. Rau) oder finden eine neue Medizinrichtung: O. Buchinger (1955), oder wie der sächsische Kollege G. Janke (2003) ihre Facharzttrichtung, hier Lungenarzt.

Immer wieder berührend wie detailgenau die Kollegen/innen von sich berichten und auch Intimes nicht verschweigen: H. Müller (1996) beschreibt einen wichtigen Traum vor seiner Lebertransplantation, Oliver Sacks (2000) seine Freude am erstmaligen befreiten Wasserlassen nach

Entfernung des Katheters; auch die vielen Verluste an Autonomie, die schmerzlichen Einschnitte, das sich von fremden Menschen bei intimen Verrichtungen helfen lassen zu müssen findet man: im Erlebnis des sächsischen Arztes Prof. Dietzsch, der drei Wochen strengster Isolierung und Bettruhe bei Diphtherie einzuhalten hatte oder bei N. Remen (1997) wie sie das Wechseln des Kolostomiebeutels erlebte. Viele Ärzte schildern ihre Ängste, z. B. David Biro angesichts seiner Knochenmarktransplantation oder ihren Schock wie der Allgemeinarzt E. Rau, der mitten aus dem Praxisleben plötzlich mit seinem Pankreas-CA konfrontiert wurde. Momente großer Scham werden nicht verschwiegen z. B. bei J. Nielsen die Tatsache, vom Mann (Kollege!) mehrfach geschlagen zu werden und doch bei ihm geblieben zu sein; oder die Schilderung eines US-Kollegen, der beim Drogenscreening (R. Gehring, 1987) aufflog, weil sein

Tabelle I: Zitate aus Selbstberichten kranker Ärzte

- „Patient sein heißt geduldig sein“ Oliver Sacks.
- „Fünf Wochen Behandlung und ich bin kein Herr Doktor mehr“ Edward Rosenbaum.
- „Ich schaute mich noch einmal in meinem Sprechzimmer um und verliebte die Praxis. Der Boden war mir unter den Füßen weggezogen worden“ Eberhard Rau.
- „Jeden Tag war ich von Selbstmordgedanken besessen, ich musste sie nur ausarbeiten. Ich entdeckte, dass Spaß ebenso wichtig ist wie Liebe und Leben“ Patch Adams.
- „Bei mir selbst war meine Urteilsfähigkeit eingeschränkt. ...Ich habe bei meiner Arztwahl Fehler gemacht, ich suchte sie aus, weil sie Freunde waren“ E. Rosenbaum.
- „Ich selbst hatte früher vor Krebspatienten und ihrem Schicksal Angst, heute sind sie meine Lieblingspatienten“ Thomas Ripke.
- „Das Leben ist ein Lehrer von hoher Intensität und Integrität. Seine Lektionen sind oft schmerzhaft und endgültig“ Brugh.
- „Ich begriff und wusste plötzlich mit absoluter Sicherheit, dass niemand etwas für mein Leid konnte, dass die Welt nicht für mich verantwortlich war. Ich erlebte einen Moment vollkommener innerer Freiheit“ Naomi Remen.
- „Die Intensität meines Erlebens wurde schwächer, die innere Melodie erklang nicht mehr, Erlebnisse verloren an Bedeutung... Dunkelheit herrscht im eigenen Inneren“ Piet Kuiper.
- „Privatsphäre ist ein Ding der Vergangenheit. Nach vielen Jahren völliger Unabhängigkeit fällt mir diese Lektion besonders schwer. ... Mein kosmisches Bewusstsein rät mir, einfach ja zu dieser Art von Lebensende zu sagen. Aber da ich eigensinnig und trotzig bin, muss ich meine letzten Lektionen, genau wie alle anderen, auf harte Weise lernen“ E. Kübler-Ross.

abgegebener Urin einen positiven Graviditätsnachweis ergab; nicht zu vergessen, die sexuellen Demütigungen einer Kollegin (J. Schneider, 1990), die ständige außereheliche Affären erträgt und für sie entwürdigende sexuelle Praktiken mitmacht.

Besondere Aspekte in der Schilderung kranker Ärzte

Diagnosemitteilung

Wann und wie einen die Diagnose der eigenen Krankheit erreicht, ist enorm wichtig. So gut wie alle erkrankten Ärzte vergessen diesen Moment nie! Auch schildern die meisten mit wie viel Halt, Wärme und Mitgefühl die Mitteilung der Diagnose erfolgt. Aufgrund des professionellen Wissens stellen zudem viele die Diagnose an sich selber z. B. O. Sacks, der bei sich noch auf der Bergalm die traumatische Quadrizeps Ruptur mit Parese konstatierte, z. B. Elisabeth Kübler-Ross (1997), die beim Aufwachen den schweren Insult mit Halbseitenlähmung realisierte, z. B. Fürstin von Schwarzenberg, die nach ihrem Skiunfall blitzschnell aus dem fehlenden Schmerz auf einen hohen Querschnitt schloss. Manche öffnen nichts ahnend die eigenen Befunde z. B. J. Nielsen, die am Südpol plötzlich den Befund der Biopsie las und sich dann fühlte als „fließe Eiswasser in ihren Adern“. Andere Ärzte merken, dass etwas nicht stimmt, weil ihnen die Kollegen im Krankenhaus ausweichen und alle plötzlich an Amnesie leiden, wenn es um die Untersuchungsergebnisse geht (H. Mandell, 1987). Manche wie Sigmund Freud werden initial geschont und belogen, verlieren daraufhin später viel an Vertrauen in ihre behandelnden Ärzte. Die positiven Erlebnisse bleiben ebenfalls lange nachwirkend, z. B. die Tränen in den Augen des Radiologen, der seinem Krankenhauskollegen die Tumordiagnose am Röntgenbild zeigen muss.

Zorn auf die behandelnden Ärzte

Bei aller Dankbarkeit gegenüber Behandlern, die kompetent und engagiert kranke Ärzte behandeln, ist doch der Zorn auf behandelnde Ärzte ein häufigeres Thema. Anlässe dafür sind vielschichtig:

Unterlassung jeglicher Inspektion, geschweige denn Behandlung einer frischen Granatsplitterverletzung des sächsischen Kollegen Dr. Löffler.

Ausweichen und Lügen bei der Mitteilung der Diagnose; emotionale Kälte, psychosoziale Inkompetenz und natürlich auch medizinische Fehlleistungen – wobei diese oft noch eher verziehen werden, als die menschlichen! Mangelnde Bereitschaft diagnostisches und therapeutisches Vorgehen abzustimmen und Verlangen, der Arzt-Patient möge sich sozusagen pauschal unterwerfen, spielen ebenfalls als „Zornfaktor“ eine wichtige Rolle. Speziell aggressionsauslösend wirkt der zu oft gebrauchte Spruch „Sie als Arzt/Sie als Ärztin müssen das doch verstehen oder sollten sich doch bei dieser Krankheit in ihr Schicksal fügen.“ Wie schlimm verletzend solche Sprüche auf erkrankte Ärzte wirken, zeigt z. B. die nachdrückliche Schilderung der Fürstin von Schwarzenberg. Bei ihr wollten Kollegen nur Stunden nach dem Unfall und der resultierenden Tetraplegie mit diesem Argument die Hinnahme einer Restexistenz als völlig Gelähmte erzwingen.

Zu Recht fragte sich die Kollegin damals, ob die Behandler in gleicher Situation auch sich selber so etwas sagen ließen. Der Spruch „Sie als Arzt“ verkennt, dass ein kranker Mensch Zeit braucht, um mit einem Schicksalsschlag fertig zu werden, dass die Zahlen einer Statistik in der Krankheitsverarbeitung oft nur wenig bedeuten, dass primär emotionale Faktoren hier eine Rolle spielen. Kollege Rosenbaum aus Portland ging wegen monatelanger Heiserkeit zu drei HNO-Kollegen, bis schließlich der Kehlkopfkrebs erkannt wurde, vorher war die Fehldiagnose die einer unspezifischen Reizung.

Zorn flackert auch in dem Bericht von Kollegin S. Auras (1994) auf, die im Krankenhaus eine HIV-Infektion erwarb; kein Kollege wollte ihr glauben, alle möglichen zum Teil sehr kränkenden Unterstellungen wurden gemacht, bis die tatsächliche Verantwortungskette festgestellt wurde.

Vom Arzt zum „Einheitspatienten“

Kein kranker Mensch möchte wie eine Nummer oder das „Ulcus von Zimmer 13“ behandelt werden. Dies gilt auch, dies gilt besonders für Ärzte. Natürlich ist es wichtig, dass sich Ärzte auch in die Patientenrolle einlassen, nicht über alles und jedes Detail verhandeln, aber dies bedeutet eben nicht, dass man akademische Grade weglässt oder sich ein distanzloses Du erlaubt. Sind wir hier als Berufsstand zu empfindlich, zu narzistisch kränkbar? Vielleicht ist es so, aber es ist nichts gewonnen, wenn man als Behandler den Arzt-Patienten abwertet. Rosenbaum beschreibt wie kränkend es für ihn war, in dem Krankenhaus, indem er persönlich Jahrzehnte Patienten behandelte, plötzlich nur eine Nummer zu sein, ja dass man auf seinem EDV-Bogen irgendwann den „Dr. med.“ ganz wegließ.

Vergessen werden

Noch schlimmer ist es, wenn man einfach vergessen wird. Auch dies scheint Ärzten öfters zu widerfahren z. B. Sigmund Freud, der postoperativ fast verblutete, weil man entsprechende Nachkontrollen vergaß oder Oliver Sacks, der mit einem Fieberthermometer im After und schlimmen Schmerzen 20 min. litt, bis ihm schließlich jemand half; E. Kübler-Ross ließ man nach einem Insult eine ganze Nacht mit massivem Harnrang ohne Hilfe, den US-Kollegen Kleinmann zwei Stunden mit akutem Ileus und stärksten Schmerzen in der Notaufnahme.

Ohnmacht

Gerade in „Erlebnisse sächsischer Ärzte in der Zeit von 1939 bis 1949“ finden sich zahlreiche Beispiele für krankheits- oder kriegsbedingte Ohnmacht: Dr. Herbert Löffler musste als Kriegsgefangener ohnmächtig das Wachsen seiner Hungerödeme erdulden; Dr. König konnte in der Nachkriegszeit keine Mittel für Strahlenschutz bekommen, ohnmächtig machte er trotzdem weiter und musste seinen Einsatz mit dem Verlust der rechten Hand wegen Röntgenkrebs bezahlen; Dr. Marianne Schmeiser beschreibt die Ohnmacht

angesichts einer grassierenden Polio-Epidemie, an der sich 1942 auch Schwestern und Ärzte der Bautzener Klinik infizierten. Ohnmächtige Kriegserlebnisse finden sich auch beim japanischen Arzt M. Hachiya (1955), der von der Atombombe in Hiroshima schwer verletzt wurde.

Mangelnder Datenschutz

Ärzte als Patienten sind etwas besonderes, dies gilt insbesondere, wenn sie in der eigenen Klinik oder am Heimatort behandelt werden. Somit sind Diagnose, Laborwerte, Röntgenbefunde nicht selten Gegenstand von Krankenhausgerüchten. Es spricht sich einfach rum, was der Doktor hat. Dies ist nicht in jedem Fall angenehm, manchmal schädigt es auch die Familie, die Praxis oder den Ruf. Extreme Fälle wie der der Ärztin am Südpol, die wegen des arktischen Winters lang nicht ausgeflogen werden konnte, gingen per Medien um die ganze Welt, weil der beteiligte Histologe seine Befunde ungefragt an die Presse weitergab.

Sozioökonomische Probleme

Wenn Ärzte krank werden oder nicht mehr arbeiten können, erleben sie oft einen Rückgang ihrer Einnahmen und eine Erhöhung der Ausgaben. Das führt nicht selten zu erheblichen finanziellen Schwierigkeiten, oft ergeben sich schwierige Verhandlungen mit den diversen Versicherungen. Da die meisten Kollegen auf so eine Situation nicht vorbereitet sind, erhöht sich der Stress und Druck auf den Kranken respektive Angehörige gewaltig. Für angestellte Ärzte scheint es wegen der Lohnfortzahlung zunächst besser auszusehen, aber auch hier gibt es zahlreiche Berichte von Verlust der Stelle und Arbeitslosigkeit.

Mandell, dessen Melanom im Alter von ca. 40 Jahren entdeckt wurde, konnte z. B. keine Lebensversicherung mehr abschließen, sodass er und die Familie in der vulnerablen Phase einer Kleinfamilie mit Kindern ohne Rücklagen viele Jahre unterversichert waren. Andere Beispiele hierzu finden sich bei Auras, Gehring, Gottschaldt, Jamieson, L. Redmond (1987) und anderen.

Mitbestimmung

Idealerweise sollte jeder Patient in Angelegenheiten von Diagnostik und Therapie eine Mitsprache haben. Allerdings scheitert dies oft an dem krassen Unterschied spezifischen Entscheidungswissens. Anders wenn die erkrankte Person selbst Arzt/Ärztin ist. Hier ist eine Mitbestimmung möglich und wird auch oft verlangt. Dies setzt die Behandler zum Teil unter Druck, weil sie eine so kooperative Behandlungsweise nicht gewöhnt sind, sich zu schnell brüskiert fühlen. Gerade dort, wo die Therapie fast so schlimm ist wie die Krankheit, z. B. beim Krebs ist es nicht selbstverständlich, stets die Maximaltherapie durchzuführen. Je einschneidender die Maßnahme umso mehr muss die kranke Person überlegen, ob sie das überhaupt will. Die klarste Reflexion in diesem Zusammenhang findet sich bei J. Nielsen, die angesichts eines großen, schnell wachsenden Brusttumors sehr wohl abwägt, welchen Weg sie gehen will, ob sie sich monatelanger Chemotherapie unterwirft oder einfach versucht, so lange „normal zu leben“ wie es geht und dann das Unvermeidliche akzeptiert...

Durch eigene Krankheit zum Reformier

Ein wichtiger Aspekt der Krankheit von Ärzten ist die Verwandlung eigener Not und Selbsterfahrung in Beiträgen zum medizinischen Fortschritt. Der Chirurg Dr. Bob, chronischer Alkoholiker und fast am Ende, begründete die wohl erfolgreichste Selbsthilfegruppe der Welt, die anonymen Alkoholiker (die heute übrigens in der Bundesrepublik Deutschland Gruppen nur für Ärzte hat); Patch Adams, suizidal und freiwillig in der geschlossenen psychiatrischen Abteilung, entdeckte die heilende Wirkung von Spaß bei schwierigsten Patienten und wurde durch seine „Medizin mit Humor“ weltweit bekannt; der Marinearzt Otto Buchinger wurde nach schwerem rheumatischen Fieber wehrdienstuntauglich entlassen. Nach mehrwöchigem Fasten verschwanden die Beschwerden. Thomas Ripke, selbst schwer krebskrank, engagierte sich als Wegberei-

ter für Selbsthilfegruppen kranker Ärzte. Matthias Gottschaldt, als Chefarzt wegen eigener Alkoholkrankheit zwangspensioniert, schaffte ein Kurzzeit-Konzept zur Behandlung Abhängiger und hat damit tausenden suchtkranken Kollegen/innen in den vergangenen Jahren geholfen; Oliver Sacks, der nach einem Unfall sein schlaff paretisches Bein nicht mehr als zu sich gehörig erlebte, leistete Bahnbrechendes zum neurologischen Verständnis von körperlichen Störungen.

Angehörige

In den meisten Selbstberichten kranker Ärzte spielen die Liebe zum Partner und die Unterstützung der Familie die wichtigste positive Rolle (Biro, F. Gottesleben (2006), H. Mandell). In einigen Biografien berichten Ärzte, dass sie sich ohne Familie nicht in den Kampf um die Gesundung begeben hätten, wie z. B. Müller-Nienstedt, der die Lebertransplantation primär für seine Familie durchstand. Es gibt jedoch auch Zeugnisse, dass die eigene Krankheit den Arzt nicht schützt vor Trennung, Auseinandersetzung und auch Verlassen werden z. B. J. Nielsen, Kay Jamieson oder auch Robert Gehring. Offenbar wird eine liebevolle Beziehung unter den mannigfachen Belastungen einer ernsten Erkrankung zusammengeschweißt, während Arztsein, in denen es vor der Krankheit kriselt, unter den Belastungen dann noch mehr Distanzierung aufweisen. Andere Ärzte finden nach einer ansteckenden Krankheit nie mehr einen Partner, wie es etwa der tuberkulosekranken US-Ärztin DocSusie (Cornell, V 1991) erging.

Hilfen durch Kunst und Kreativität

Eine schwere Krankheit wird von Menschen primär emotional bewältigt, der Verstand, zumal der wissenschaftlich gebildete, spielt nur eine unterstützende Rolle. Musik, Gedichte, Bilder, Filme und Romane und natürlich auch Märchen enthalten oft viel an intuitivem Wissen, das tröstet und heilt. Immer wieder finden sich in den Erzählungen kranker Ärzte Hinweise auf die Hilfen durch

das Musische; bei J. Nielsen, die am Südpol Gedichtlesungen mit Freunden unternimmt, in den musikalischen Exkursen von O. Sacks (Zitat: „Konfrontiert mit einer Realität, vor der der Verstand versagte, suchte ich Zuflucht bei Kunst und Religion“); sei es das eigene künstlerische Schaffen wie bei Piet Kuiper, der seine Bilder dem autobiografischen Werk beifügt. Auch die Tatsache einen Bericht, ja dann später ein Buch über die eigene Krankheit zu schreiben, ist hilfreich und sogar therapeutisch wirksam (M. Freudenberg (2007), N. Remen).

Glaube, Spiritualität

Wo es um Tod und Abschied geht, kommen Fragen nach einem Lebenssinn, nach der Bedeutung des Sterbens und dem Leben nach dem Tode auf. Die ganze Weltsicht wird überprüft, mit viel Neugier und Mut werden alternative Wege beschritten, New Age Methoden probiert oft mit erstaunlichen Resultaten. In einigen Fällen lässt sich die spirituelle Suche sowohl als Teil des Problems wie als Teil der Lösung sehen, wie z. B. bei der russischen Kollegin Olga Karhitidi (1996). Viele suchtkranke Ärzte finden über die höhere Macht die Befreiung von der Abhängigkeit (Bob, Gehring, Morrison). Auch bei Otto Buchinger spielte der Glaube eine wichtige Rolle. Andere Ärzte wie z. B. Freud bleiben bis zu ihrem Ableben dem Rationalismus treu.

Alternativmedizin

Viele Ärzte sind sich der Limitationen der orthodoxen Medizin sehr bewusst und wählen bei eigener Erkrankung als Adjuvans auch alternative medizinische Behandlungen: Reiki, Heiler, Homöopathie, Bachblüten, positive Visualisierungen, Meditation und vieles mehr. Die oft positiven Erfahrungen finden sich in den biografischen Berichten bei Kübler-Ross, Buchinger, Patch Adams, Rau, Remen, Schwarzenberg und anderen, Probleme ergeben sich selten, wenn dann am ehesten, weil die Behandler in der orthodoxen Medizin eine solche zusätzliche Therapie ungern sehen und zum Teil gekränkt reagieren.

Tabelle II: Gemeinsamkeiten in der Schilderung kranker Ärzte

- Viele Ärzte sind auf die eigene Erkrankung schlecht vorbereitet.
- Die Patientenrolle anzunehmen fällt ihnen schwer.
- Sie wollen genau informiert werden und bezüglich der Therapie mitentscheiden.
- Sie haben meist einen schnelleren Zugang zu medizinischen Ressourcen (Spezialisten).
- Bei Behandlung im eigenen Krankenhaus/am Wohnort werden Krankheitsdaten bekannt.
- Stress durch Sorgen um Praxis, Vertreter, Arbeitsplatz, finanzielle Situation oder Streit mit der Versicherung ist häufig zusätzlich belastend für die Gesundheit.
- Viele Ärzte arbeiten trotz und mit schwerer Erkrankung weiter im Beruf (zum Teil reduziert).
- Einige entwickeln aus ihrer Krankheit neue Ansätze für die Medizin.
- Alternative Therapieformen werden oft zusätzlich oder ausschließlich beansprucht.
- Zumindest phasenweise wird der bisherige Arbeits- und Lebensstil modifiziert, zum Teil aber nach der Gesundung wieder unbalanciert und stressreich fortgesetzt.
- Die Partnerschaft wird durch diese Erkrankung oft näher und erfüllender, zugleich müssen Verluste an Schönheit, Sexualität sowie Ängste um die Zukunft vom Arztehepaar bewältigt werden. In einigen Fällen kommt es zu Trennung.
- Die Krankheit ist für manche Ärzte/innen eine Herausforderung, tiefer über sich nachzudenken und zu fühlen, gegebenenfalls eine Lebensbilanz zu ziehen und Veränderungen anzugehen.

Krankheit als Weg zur „Plusheilung“

Die meisten Menschen und Ärzte assoziieren mit einer Erkrankung wie etwa Krebs Leid, Verschlechterung der Lebensqualität etc. Nur selten wird die Krankheit als Chance gesehen zu einer positiven Veränderung. Für manche war das Leben vor der Krankheit voller Leid, emotional unbefriedigend; der Zwang um sein Leben zu kämpfen, wurde erst der Weg zu besserer Lebenszufriedenheit. Diese Heilung über das vor der Krankheit vorhandene Niveau wird auch als Plus-Heilung bezeichnet. Beispiele dafür sind die Biografien von Patch Adams, Brugh Joy (1985); Naomi Remen, Bob, O. Karhitidi.

Zusammenfassung

Ärzte schreiben über eigene Krankheiten oft, um das Erlebte besser verarbeiten zu können, um anderen zu helfen oder um eine Veränderung der Medizin zu erreichen. Zudem wird vielen Ärzten im persönlichen Erleben der modernen Hochleistungsmedizin klar, was zu einer umfassenden Versorgung vielerorts

fehlt. Zum Ausgleich wenden sie sich an Familie, Freunde, Selbsthilfegruppen für Ärzte. Viele Ärzte sind auf die Bewältigung eigener Erkrankung schlecht vorbereitet. Das Annehmen der Patientenrolle ist für Ärzte/innen schwierig, was auch an den Ärzten liegt, die befangen in der Behandlung eines Kollegen sind. Mehr als andere Patienten wollen Ärzte eine Mitsprache bezüglich des Vorgehens. Einige Ärzte werden zu Reformern ihres Faches, andere erleben nach der Krankheit eine höhere Lebensqualität als vorher. Selbstberichte von Ärzten über eigene Krankheiten können eine faszinierende Lektüre sein.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Dr. med. Bernhard Mäulen
Leiter Institut für Ärztgesundheit
Vöhrenbacherstraße 4
78050 Villingen-Schwenningen
Docmaeulen@t-online.de

Behandlung von neurologisch Kranken

F. Oehmichen, M. Pohl, J. Mehrholz

Die Behandlung neurologischer Patienten findet in Sachsen sowohl im Krankenhaus als auch in spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen statt. Zur leistungsrechtlichen Zuordnung in die Behandlungsphase der Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) oder in die nachfolgende Behandlungsphase der Rehabilitation (§ 40 SGB V) existieren bislang keine einheitlichen medizinischen bzw. von den Krankenkassen verbindlich anerkannten Kriterien. Somit wird kein einheitlich verwendetes Assessment mit objektivierbaren Kriterien zur Feststellung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit für diese spezielle Patientengruppe eingesetzt. Der Barthel-Index einschließlich des Frühreha-Barthel-Index (Schönle, 1995) ist für die medizinische und die leistungsrechtliche Abgrenzung nicht geeignet, da er zur Graduierung des Pflegeaufwands bzw. der Pflegeabhängigkeit entwickelt wurde (Lübke et al., 2004).

Eine pauschale Zuordnung von Patienten der neurologischen Rehabilitation nach BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), 1995) als Krankenhauspatienten ist medizinisch und nach unserer Auffassung auch rechtlich nicht haltbar. Die Autoren entwickelten deshalb in drei Schritten einen einfachen Index, mit dessen Hilfe sich die Vorrangigkeit der Krankenhausbehandlung bei neurologischen Patienten abbilden lässt.

Schritt 1: Erarbeitung und Erstellung eines Indexes

Anfang 2005 wurde ein Index zur Vorrangigkeit der Krankenhausbehandlung mit drei Domänen und 19 Items in Anlehnung an die G-AEP-Kriterien (DGGG, 2003) erstellt (Tabelle 1). Der ursprüngliche Modell-Index enthielt in der ersten Domäne eine abhängige Variable („Schätzen Sie als Facharzt ein, dass für diesen Patienten eine Krankenhausbehandlung erforderlich ist?“), in der zweiten Domäne 11 Kriterien der Erkrankungsschwere und in der dritten Domäne acht Kriterien der Intensität der Behandlung. Die einzelnen Kriterien sind in Tabelle 1 dargestellt.

Schritt 2: Entwicklung eines Indexes anhand einer Patientenlernstichprobe 2005

In der klinischen Routine schätzte der behandelnde Facharzt bei Aufnahme der Patienten und im Verlauf zweimal wöchentlich die Erforderlichkeit einer Krankenhausbehandlung ein (Domäne 1). Im Zeitraum der Erfassung der Lernstichprobe wurden 2.177 Erhebungen an 501 Patienten vom 01.01.2005 bis 31.05.2005 beurteilt. Die zur Behandlung führenden Hauptdiagnosen der 501 Patienten der Patientenlernstichprobe sind in Tabelle 2 dargestellt.

Zur Beurteilung der Bedeutung und der Gewichtung der 19 Items des Indexes in Bezug auf die Facharteinschätzung („Krankenhausbehandlung erforderlich“) wurden im Folgenden logistische Regressionsmodelle angewendet. Im Anschluss an eine univariate logistische Regression aller Items wurde eine multivariate logistische Regression durchgeführt. Ziel der multivariaten Analyse war es, das Zielkriterium „Erforderlichkeit einer Krankenhausbehandlung“ bestmöglich zu erklären. Gesucht wurde nach einem optimalen Modell aus

Tabelle 1: Index zur Vorrangigkeit der Krankenhausbehandlung

Domäne 1
1. Krankenhausbehandlung erforderlich (Facharteinschätzung)?
Domäne 2: Kriterien der Erkrankungsschwere
1. HF <50 oder >140/min
2. RR syst. <90 oder >200mmHg oder 20mmHg unter üblichen Wert
3. RR diast. <60 oder >120mmHg
4. AF>35/min
5. Fieber >39°C
6. neu aufgetretene Lähmung
7. akuter Bewusstseinsverlust oder akute Verwirrtheit
8. aktive Blutung
9. akute myokardiale Ischämie
10. vitale Bedrohung
11. kritische Laborabweichung
Domäne 3: Kriterien der Intensität der Behandlung
1. intravenöse Medikamentengabe und/oder Flüssigkeitseratz
2. Monitoring
3. Chemotherapie
4. Beatmung
5. Punktionen (ein Krankenhaus-Behandlungstag)
6. Flüssigkeitsbilanzierung
7. Versorgung ausgeprägter Wundheilungsstörung
8. ärztliche Überwachung

Tabelle 2: Neurologische Hauptdiagnosen der Patientenstichproben

Diagnose	Patientenlernstichprobe Januar bis Mai 2005		Patientenstichprobe Juni 2005 bis Juli 2008	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Hirnfarkt	131	26	1.564	27
Intrazerebrale Blutung oder Subarachnoidalblutung	114	23	919	16
Critical Illness Polyneuropathie	83	17	941	17
Schädel-Hirntrauma	53	11	520	9
Hypoxischer Hirnschaden	46	9	460	8
Traumatische Querschnittslähmung	36	7	366	6
Hirntumor	14	3	166	3
Keine neurologische Hauptdiagnose (Sonderfälle)	11	2	379	7
Sonstige neurologische Hauptdiagnose	7	1	308	5
Guillain-Barré-Syndrom	6	1	85	2
Summe	501	100	5.708	100

Tabelle 3: Operationalisierungskriterien des Krankenhausbehandlungs-Index

Monitoring	kontinuierliche Überwachung von mindestens 2 Vitalparametern (EKG, HF, AF, SpO ₂ , Blutdruck)
Vitale Bedrohung	...die eine Überwachungs- oder Behandlungskonsequenz hat
Ärztliche Überwachung	mindestens 3 dokumentierte Arztkontakte pro Tag
Beatmung	kontinuierlich oder intermittierend (auch CPAP) und dokumentierte, zumindest partielle respiratorische Insuffizienz und nicht mehr zulässig, wenn bei „Heimbeatmung“ >5 Tage keine Veränderung der Beatmungseinstellung, -frequenz und/oder -parameter nötig ist

erklärenden Kovariablen, welche aus Patientencharakteristika und den einzelnen 19 Items gebildet wird. In die multivariate Modellbildung wurden alle Variablen nach univariater Analyse einbezogen (Koch, 1995). Intention der multivariaten Analyse war es, mit möglichst wenigen Variablen unser gewünschtes Zielkriterium „Krankenhausbehandlung erforderlich“ optimal zu erklären. Für die multivariate Modellbildung wurde analog publizierter Empfehlungen (Hosmer und Lemeshow, 2000; Koch, 1995) ein Ansatz der SAS-Statistikprozedur „proc logistic“ angewendet. Um zunächst möglichst viele Erklärungsmöglichkeiten und damit viele erklärende Variablen in das Modell aufzunehmen, wurde ein Eingangslevel von $p < 0,20$ (SAS „slentry“) genutzt (Hosmer und Lemeshow, 2000; Koch, 1995). Um möglichst wenig erklärende Variablen im endgültigen Modell zu belassen, wurde ein Verbleiblevel von $p < 0,10$ (SAS „slstay“) gewählt.

Die Ergebnisse der multivariaten logistischen Regressionsanalyse erbrachten, dass die vier Kriterien Monitoring ($\beta = 3,51$; Standardfehler (SE) = 0,24; $p < 0,001$; Odds Ratio (OR) 33; 20,7...54,0 95% Konfidenzintervall (CI) OR), vitale Bedrohung ($\beta = 3,07$; SE = 0,53; $p < 0,001$, OR 21; 7,6...61,2 95% CI OR), ärztliche Überwachung ($\beta = 2,56$; SE = 0,23; $p < 0,001$, OR 13; 8,3...20,3 95% CI OR) und Beatmung ($\beta = 2,44$; SE = 0,31; $p < 0,001$, OR 11; 6,3...21,1 95% CI OR) die fachärztliche Einschätzung „Krankenhausbehandlung erforderlich“ aus allen Kriterien am besten erklärten. Diese vier Kriterien wurden im Weiteren mit dem Ziel der Reduktion des Beurteilungs- und Doku-

mentationsaufwandes auf der Basis des fachlichen Konsenses für den nächsten Schritt speziell betrachtet.

Schritt 3: Anwendung und Beurteilung des entwickelten Index anhand einer Patientenstichprobe

Der Krankenhausbehandlungs-Index wurde auf der Basis einer fachlichen Konsensentscheidung im Weiteren wie folgt kategorisiert: Wenn mindestens zwei der vier Kriterien Monitoring, vitale Bedrohung, ärztliche Überwachung oder Beatmung positiv sind, ist die Vorrangigkeit der Krankenhausbehandlung vor einer Rehabilitationsbehandlung gegeben. Die Operationalisierungskriterien dieser vier Items sind in Tabelle 3 dargestellt.

Die Sensitivität und Spezifität dieses kategorisierten Index wurde im Nachfolgezeitraum vom 01.06.2005 bis 31.07.2008 an allen in der Klinik Bavaria behandelten Patienten, welche eine Punktzahl von -325 bis +25 im Barthel-Index einschließlich des Frühreha-Barthel-Index aufwiesen, überprüft. Eingeschlossen waren neben beatmeten Patienten auch dialysierte Patienten. Es wurden 30.834 Index-Anwendungen an 5.708 Patienten analysiert. Die neurologischen Hauptdiagnosen dieser Patientenstichprobe sind ebenfalls in der Tabelle 2 dargestellt. Die Tabelle 2 verdeutlicht, dass die Verteilungen der Diagnosen in den beiden Patientenstichproben vergleichbar sind. Das Vorliegen von mindestens zwei der vier besonders aussagekräftigen Variablen im Index identifizierte das fachärztliche Zielkriterium „Krankenhausbehandlung erforderlich“ mit einer sehr hoher Sensitivität und Spezifität (0,948 und 0,947). Die zufalls-

adjustierte Konkordanz des Indexes mit der fachärztlichen Einschätzung „Krankenhausbehandlung erforderlich“ war mit $\kappa = 0,858$ ebenfalls exzellent, sodass die Autoren das Vorhandensein von mehr als zwei der vier Items für nicht erforderlich erachteten.

Die vorliegende Studie zeigt die Anwendbarkeit des einfachen Index zur medizinischen Ermittlung der Vorrangigkeit der Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) im Vergleich zur Rehabilitationsbehandlung (§ 40 SGB V). Sie beweist, dass es nicht erforderlich ist, 11 Kriterien der Erkrankungsschwere und acht Kriterien der Behandlungsintensität zu erfassen. Mit ausreichender Präzision lässt sich die Vorrangigkeit der Krankenhausbehandlung auf Basis der vier Items Monitoring, ärztliche Überwachungspflicht, Beatmungspflicht und vitale Bedrohung ermitteln. Dabei sind offenbar bereits zwei der vier Items ausreichend. Der Beurteilungs- und Dokumentationsaufwand ist vertretbar.

Der vorgestellte Krankenhausbehandlungs-Index ist somit geeignet, die bisher überwiegend subjektive Zuordnung der einzelnen Patienten zur Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung für alle Beteiligten (Krankenhäuser, Rehabilitationskliniken, Kostenträger und MDK) nachvollziehbar abzugrenzen und Sicherheit für die leistungsrechtliche Zuordnung zu schaffen.

Literatur beim Verfasser

Anschrift der Verfasser
Prof. Dr. Frank Oehmichen, Dr. Marcus Pohl,
Prof. Dr. Jan Mehrholz
Klinik Bavaria Kreischa
An der Wolfsschlucht 1 – 2
01731 Kreischa

Berufsgenossenschaftliches Programm

Berufsgenossenschaftliches Programm für Verletzte des Stütz- und Bewegungsapparates zur Verbesserung der beruflichen Wiedereingliederung nach Arbeitsunfällen durch Arbeits- und Belastungserprobung in realen Kooperationsbetrieben

F. Mielech, H.-P. Pätzug

Zusammenfassung

Das Ziel des beschriebenen Programms liegt darin, die Vorbereitungen zur Wiederaufnahme der Berufstätigkeit nach einem Arbeitsunfall in einen frühestmöglichen Zeitraum zu verlegen und systematisch interdisziplinär aufzubauen.

Der Übergang von der medizinischen in die berufliche Rehabilitation und die erfolgreiche Wiedereingliederung in die vertraute berufliche Umwelt und der Erwerb einer angepassten neuen beruflichen Qualifizierung muss an den vorhandenen Ressourcen der Patienten (medizinischen, organisationalen, sozialen und personalen) ansetzen.

In der Klinik am Tharandter Wald wurde die Fortbildung des gesamten Mitarbeiterteams in arbeitsmedizinischen und arbeitspsychologischen Fragen umgesetzt. Bei jedem Versicherten erfolgt die Erhebung einer speziellen arbeitsmedizinischen Anamnese.

Das Ziel unseres Programms besteht darin, dass der Verletzte arbeitsfähig für die letzte berufliche Tätigkeit aus unserer Klinik entlassen wird.

Schlüsselwörter:

Arbeits- und Belastungserprobung (ABE), Berufsgenossenschaftliche stationäre Weiterbehandlung (BGSW), Berufshilfe, Arbeitspsychologie.

Ziele des Programms

Die bisherigen Erfahrungen bei der Akutversorgung, der Berufsgenossenschaftlichen stationären Weiterbehandlung (BGSW) und der beruflichen Wiedereingliederung von Verletzten nach Arbeitsunfällen zeigen,

dass zwischen den einzelnen Abschnitten des Prozesses oft zu wenig Informationsaustausch und viele Verzögerungen bestehen, und dass die Aktivitäten zur beruflichen Reintegration oft erst spät beginnen. Das führt zusätzlich zu den Verletzungsfolgen regelmäßig zu Verlusten an beruflicher Fitness und Motivation.

Das Ziel dieses „Berufsgenossenschaftlichen Programms für Verletzte des Stütz- und Bewegungsapparates zur Verbesserung der beruflichen Wiedereingliederung durch Arbeits- und Belastungserprobung (ABE) in realen Kooperationsbetrieben“ liegt darin, die Vorbereitungen zur Wiederaufnahme der Berufstätigkeit in einen frühestmöglichen Zeitraum zu verlegen und systematisch multiprofessionell aufzubauen.

Erste Maßnahmen zur Diagnostik der beruflichen Leistungs- und Bildungsfähigkeit, eine Tätigkeitsanalyse des bisherigen Arbeitsplatzes sowie arbeitspsychologische Maßnahmen zur Erhaltung oder Ausbildung einer beruflichen Motivation sind auch bei schweren Verletzungsfolgen meistens schon nach kurzer Zeit möglich.

aller interdisziplinären Behandlungsansätze besteht der besondere Nutzen dieses berufsgenossenschaftlichen Programms.

Der Verletzte erreicht schneller sein physisches, psychisches und soziales Leistungsvermögen, und schließlich spart die Gesetzliche Unfallversicherung Kosten.

Im Jahr 1999 wurde primär durch die Holz-BG ein besonderes Rehabilitationsverfahren inauguriert, welches die klassische BGSW mit einer Arbeits- und Belastungserprobung verbindet, um letztendlich eine raschere Wiedereingliederung des Verletzten in das Berufsleben zu erreichen.

Danach haben weitere Berufsgenossenschaften die Durchführung einer solchen „vernetzten BGSW“ in unserer Klinik in Auftrag gegeben. Inzwischen verfügen wir nach mehr als 10 Jahren über viele praktische Erfahrungen mit dieser speziellen Verletzengruppe und dem Dialog mit den differenzierten Anforderungen der einzelnen Berufsgenossenschaften. In den Jahren 1999 bis 2007 wurde folgende Anzahl von ABE-Maßnahmen durchgeführt:

Jahr	ABE-Verfahren	AF entlassen	AU entlassen
1999/2000	75	53	22
2001	88	62	26
2002	55	40	15
2003	76	50	26
2004	42	13	27
2005	26	12	14
2006	25	7	18
2007	20	6	14
Gesamt:	407	243	162

Die ersten Schritte zur beruflichen Eingliederung können so bereits in einem Zeitraum erfolgen, wo aufgrund der Verletzungsfolgen noch eine vollständige körperliche Leistungsunfähigkeit, zum Beispiel durch Belastungseinschränkungen der Extremitäten und des Rumpfes und/oder durch starke posttraumatische Schmerzen und/oder durch mangelnde Traumaverarbeitung, besteht.

In diesem Beginn zum frühestmöglichen Zeitpunkt in der erwerbsorientierten BGSW und in der Nutzung

Wenn abzusehen ist, dass eine alleinige BGSW für das Rehabilitationsziel nicht ausreichend ist, stellen wir auch in eigener Regie und in Absprache mit dem Berufshelfer die Indikation für eine ABE.

Den Auftrag zu solch einer BGSW oder auch zu einer alleinigen ABE erhalten wir von den Berufsgenossenschaften oder von den zuständigen Durchgangs-Ärzten. Wenn die Einweisung vom Durchgangsarzt kommt, setzen wir voraus, dass die-

ser Vorgang mit der zuständigen Berufsgenossenschaft abgestimmt ist.

Abhängig von den subjektiven Beschwerden des Verletzten und dem objektiven klinischen Befund beginnen wir eine Arbeits- und Belastungserprobung beziehungsweise einzelne Elemente der erwerbsbezogenen Therapie bereits schon während der BGSW.

Inhalte des Programms

Vorbereitung durch Berufshilfe

Die Verkürzung und Stabilisierung des Übergangs von der medizinischen in die berufliche Rehabilitation und die erfolgreiche Wiedereingliederung in die vertraute berufliche Umwelt und der Erwerb einer angepassten neuen beruflichen Qualifizierung muss an den vorhandenen Ressourcen der Patienten (medizinischen, organisationalen, sozialen und persönlichen) ansetzen.

Eingebunden in ein abgestimmtes Konzept zur beruflichen Reintegration wird durch die beteiligten Sachbearbeiter und Berufshelfer zusammen mit den verantwortlichen Ärzten eine differenzierte Anamnese der beruflichen Biographie und der Stressoren und der Ressourcen in der persönlichen Lebenssituation erhoben. Ihre Integration in eine umfassende Diagnostik der seelischen Gesundheit beziehungsweise Verletztheit erlaubt im Zusammenhang mit der medizinischen Diagnostik eine Prognoseabschätzung über den Rehabilitationsverlauf.

Auf diesem persönlichkeitspsychologischen Hintergrund wird ein individualisierter Reha-Plan der beruflichen Orientierung entwickelt, der im therapeutischen Team abgestimmt und realisiert wird.

Am Anfang sind oft die Vermittlung von Bewältigungstechniken, emotionalen Bewertungen und Sinnstrukturierungen erforderlich. Erst wenn eine stabile berufsorientierte Motivation aufgebaut ist, sollten mit Hilfe von Zielsetzungs-, Trainings- und kognitiv-motorischen Tests berufsbezogene Funktionsbereiche trainiert und stabilisiert werden. Deren Gestaltung in der Klinik muss sich an

einer sorgfältigen Anforderungsanalyse der bisherigen beruflichen Tätigkeiten orientieren.

Eine Diagnostik der erreichten motivationalen Lage und der leistungsdiagnostischen Situation ist die Grundlage für den Wiedereinstieg, den Transfer in ähnliche Anforderungsstrukturen der Patienten. Auch hierfür sind Profilvergleiche zwischen Anforderungsstrukturen und Fähigkeiten, einschließlich einer sorgfältigen Diagnostik der Ressourcen und Barrieren in der sozialen Umwelt und deren Erwartungen an den Rehabilitanden von entscheidender Bedeutung für eine Empfehlung über den Rehabilitationsverlauf.

Rehabilitationsmedizinische Inhalte

In der Klinik am Tharandter Wald wurde die Fortbildung des gesamten Mitarbeiterteams in arbeitsmedizinischen und arbeitspsychologischen Fragen umgesetzt. Bei jedem Versicherten erfolgt die Erhebung einer speziellen arbeitsmedizinischen Anamnese.

Mit den Akutkliniken und den Berufsgenossenschaften streben wir die Übernahme des Verletzten in die BGSW zum schnellstmöglichen Zeitpunkt an. Das schließt eine enge Abstimmung, die notwendige personelle und technische Ausstattung der Rehabilitationsklinik, eine Analyse des bisherigen Arbeitsplatzes und die Abstimmung des Rehabilitationsplans im therapeutischen Team, mit dem Psychologen, mit dem Berufshelfer, zunehmend auch mit einem Vertreter des Betriebes („Disability Manager“) und gegebenenfalls mit einem Vertreter des Kooperationsbetriebes ein. Weiterhin haben wir eine Anpassung und Erweiterung des medizinischen Therapieprogramms nach den spezifischen Anforderungen der jeweiligen Erwerbstätigkeit, zum Beispiel in der Physio- und Ergotherapie und in der medizinischen Trainingstherapie vorgenommen. Wir wollen eine positive Gruppendynamik und Reize für den „Appetit auf Leistung“ fördern. Die schnelle und qualifizierte orthopädie-, rehabilitationstechnische und schuhtechnische Versorgung (Arbeitsschutzschuhe!) ist eine wichtige Voraussetzung für den Erfolg der ABE.

Diese Versorgung können wir innerhalb weniger Tage realisieren.

Der Verletzte muss in den Maßnahmen der Berufshilfe und im therapeutischen Team stets Vertrauen und prognostische Kompetenz vorfinden.

Zusammenarbeit mit den Betrieben

Die ABE im Unfallbetrieb mit den vertrauten Arbeitsbedingungen, Kollegen und Vorgesetzten ist an erster Stelle anzustreben. In vielen Fällen scheidet jedoch diese Form der ABE aus, weil der Betrieb zum Beispiel nur auf Montage und weit entfernt vom Wohnort des Beschäftigten tätig ist. Mitunter besteht allerdings auch der Eindruck, dass der Arbeitgeber die ABE ablehnt, weil ihm die Verfahren und Gesetze des BGLichen Heilverfahrens und des Disability-Managements unbekannt sind.

Die Belastungserprobung unter Regie des therapeutischen Teams der Klinik am Tharandter Wald erfolgt stets erwerbsbezogen beziehungsweise tätigkeitsspezifisch.

Dazu haben wir mehrere real funktionierende Unternehmen in der Umgebung der Klinik rekrutieren können. Betriebe aus folgende Branchen sollen als Beispiel angeführt werden:

- Landwirtschaft
- Forstwirtschaft
- Bauhandwerk
- Dachdeckerhandwerk
- Baumärkte
- Sanitär- und Installationshandwerk
- Elektrotechnik
- Kraftfahrzeughandwerk
- Fahrschule und Spedition
- Tischlereihandwerk
- Holz- und Spielzeugbetriebe
- Metallbau
- Handelsbetriebe
- Möbelhäuser
- Gerüstbau
- Frisörhandwerk.

Die Beschäftigung wird auch in anderen Einrichtungen durchgeführt, wenn sie in den genannten Betrieben nicht möglich ist, so zum Beispiel in den Klinikbereichen Pflegedienst, Verwaltung, Reinigungsservice, Küchen- und Hausmeisterdienst oder Garten- und Parkpflege.

Die ABE wird in jedem Fall durch den Chefarzt oder verantwortlichen Oberarzt eingeleitet, verfolgt und beobachtet.

Die Verantwortlichen in allen Kooperationsunternehmen sind mit den Anforderungen und Inhalten sowie der Durchführung einer ABE im Rahmen der medizinischen Rehabilitation Arbeitsunfallverletzter vertraut gemacht worden. Bei regelmäßigen Zusammenkünften in der Rehabilitationsklinik wird bei den Betrieben das Verständnis und die Urteilsfähigkeit gepflegt.

Nachdem eine ABE entschieden wurde, wird jeder Verletzte persönlich durch den verantwortlichen Arzt am Arbeitsplatz eingewiesen. In diesem Zusammenhang werden Kliniktermine und Behandlungsmaßnahmen zeitlich angepasst sowie das Transportmittel für den Arbeitsweg festgelegt. Vielfach können Verletzte selbst mit dem eigenen Fahrzeug zur ABE fahren. Kann ein Verletzter nicht mit dem eigenen PKW fahren, sei es aus unfallabhängigen Gründen oder weil er kein eigenes Fahrzeug besitzt, realisieren wir die Fahrten zur ABE mit einem zuverlässigen, ortsansässigen Taxiunternehmen.

Die ABE beginnen wir in der Regel mit vier Stunden täglicher Arbeitszeit, im Einzelfall auch mit zwei Stunden. Mindestens 1 x wöchentlich stellt sich der Verletzte im Rahmen der Chefarzt-Visite zur Kontrolluntersuchung vor. Bei dieser Visite, bei der auch der zuständige Oberarzt und der Abteilungs-Physiotherapeut sowie die an der Organisation der ABE beteiligte Stationschwester und erforderlichenfalls der Orthopädie-Techniker/-Schuhmacher teilnehmen, werden die ABE und die begleitenden medizinischen Maßnahmen analysiert und über das weitere Vorgehen und die Belastungssteigerung entschieden.

Die Verletzten erhalten nach der täglichen ABE noch physiotherapeutische Behandlungen zur Wiederherstellung der Belastungsverträglichkeit der verletzten Körperregion.

Das Ziel unseres Programms besteht darin, dass der Verletzte arbeitsfähig für die letzte berufliche Tätigkeit aus unserer Klinik entlassen wird.

Bei Störungen im Verlauf erfolgt zeitnah ein Teamgespräch in unserer Klinik, an dem der Verletzte, der zuständige Berufshelfer, der verantwortliche Arzt sowie bei Erfordernis auch der Psychologe teilnehmen. Aber auch schon während der BGSW werden regelmäßige Teamgespräche in dieser Besetzung organisiert.

Zusammenfassung unserer Erfahrungen

Zur Vorbereitung einer ABE halten wir die klassische physio- und ergotherapeutische Behandlung und die medizinische Trainingstherapie für unverzichtbar.

Sie führen nicht nur zur allgemeinen und spezifischen Konditionierung im Sinne einer allgemeinen Belastungserprobung, sondern sind auch Gradmesser der spezifischen Belastungsverträglichkeit für die verletzte Körperregion und lassen einschätzen, ab welchem Zeitpunkt eine ABE überhaupt sinnvoll ist.

Nicht in jedem Fall wird eine geplante ABE sofort durchzuführen sein, wenn zunächst noch weitere diagnostische Maßnahmen oder eine Kontrolle des Heilverfahrens notwendig werden oder eine wiederholte BGSW erforderlich ist.

Vielfach liegen zu Beginn einer BGSW oder ABE nur unzureichende medizinische Unterlagen einschließlich der bildgebenden Diagnostik vor, die dann oft erst umständlich angefordert werden müssen. Dies kostet leider viel Zeit und behindert die Rehabilitation.

Wenn eine ABE nicht im Unfallbetrieb eingerichtet werden kann, werden nach unserer Erfahrung die Vorteile des ABE-Verfahrens in den Kooperationsbetrieben deutlich:

- erwerbsbezogene oder tätigkeits-spezifische reale Tätigkeiten,
- Bewältigung eines realen Arbeitsweges,

- Bewährung in einem realen Arbeitsteam,
- außerhalb der „fürsorglichen Obhut“ der medizinischen Einrichtung und die
- Förderung der Arbeitsmotivation.

Hinsichtlich der Arbeitsmotivation hat es sich in unserer Klinik bewährt, dass durch geschulte Psychologen posttraumatische Störungen unterschiedlicher Ausprägung gleichzeitig sicher ausgeschlossen oder diagnostiziert und behandelt werden. Gleichfalls können auch unfallunabhängige psychische Persönlichkeitsbesonderheiten, depressive und Angsterkrankungen sowie somatoforme Störungen, die die Motivation zur Arbeit negativ beeinflussen und somit die Wiedereingliederung in das Arbeitsleben verzögern, begutachtet und Empfehlungen für die Weiterbehandlung gegeben werden.

Zusammenfassend sehen wir in diesem ABE-Programm unseren Beitrag für die Umsetzung der „Neuen Handlungsanleitung zur Verordnung, Durchführung und Qualitätssicherung der Physiotherapie, Erweiterten Ambulanten Physiotherapie (EAP), Berufsgenossenschaftlichen Stationären Weiterbehandlung (BGSW) und sonstigen stationären Maßnahmen“ zum 01.01.2005 und des SGB IX (Regelungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen), insbesondere der §§ 81 und 84, was nur mit der Akzeptanz und Zusammenarbeit aller Beteiligten ermöglicht werden kann. Denn Frührenten und Arbeitslosigkeit sollen vermieden werden!

„Return to Work“ ist eine Herausforderung an alle Sozialpartner.

Anschrift der Verfasser
Dipl.-Med. Frank Mielech,
Dr. med. Hans-Peter Pätzug
Klinik am Tharandter Wald,
Abteilung für orthopädische und
unfallchirurgische Rehabilitation
Herzogswalder Straße 1,
09600 Niederschöna-Hetzdorf

Dr. med. Horst Scheel zum 75. Geburtstag



Dr. med. Horst Scheel wurde am 8. August 1934 in Zschornewitz geboren. Hier und in Gräfenhainichen besuchte er die Schule. Nach dem Abitur begann er 1953 an der Universität Rostock das Studium der Humanmedizin. Nach dem Physikum 1955 studierte er an der Medizinischen Akademie Magdeburg bis zum Staatsexamen 1958. Nach einjähriger Tätigkeit als Assistenzarzt an der Chirurgischen Klinik des Bezirkskrankenhauses Magdeburg Altstadt wechselte er im September 1960 an das Physiologisch-Chemische Institut der Martin-Luther-Universität Halle/Wittenberg zu Prof. Dr. Hanson. Die zusätzliche Ausbildung zum Facharzt

für Physiologische Chemie schloss er im Sommer 1965 erfolgreich ab. Im Dezember 1965 verteidigte Dr. Scheel seine Promotion zum Dr. med. an der Martin-Luther-Universität.

Ab 1967 arbeitete er an der Klinik für Innere Medizin der Karl-Marx-Universität Leipzig. Seit 1972 ist er Facharzt für Innere Medizin. Im gleichen Jahr begann er mit einer Sprechstunde für Thrombose und hämorrhagische Diathesen. Dabei war durch die Ausbildung in einem naturwissenschaftlichen Fach und die klinischen Erfahrungen der Inneren Medizin eine ausgezeichnete Voraussetzung für die erfolgreiche Tätigkeit im Bereich der Hämostaseologie gegeben. Bis zum Abschluss seiner beruflichen Tätigkeit 1999 war er, seit 1992 im Range eines Oberarztes, Leiter der Ambulanz für Hämostase und Thrombose und des Hämophiliezentrums für Erwachsene an der Universität Leipzig.

Über ein viertel Jahrhundert prägte Dr. Horst Scheel nicht nur in Leipzig wesentlich das Fachgebiet der Hämostaseologie. Viele Fachkollegen hospitierten in der Ambulanz und dem Gerinnungslabor. Sehr viel Aufmerksamkeit widmete er dem interdisziplinären Charakter seines Fachgebietes. Er führte umfangreiche Tätigkeit als Konsiliarius sowohl im Klinikum der Universität als auch für periphere Einrichtungen und niedergelassene Kollegen durch. Neben Lehre und Weiterbildung fand seine wissenschaftliche Arbeit in zahlreichen Publikationen, Buchbeiträgen und aktiven Teilnahmen an internati-

onalen Kongressen ihren Ausdruck. Schwerpunkt seiner Tätigkeit waren aber immer seine Patienten, denen er Institution und Vertrauensperson zugleich war. Insbesondere zu den Patienten mit Hämophilie bestand durch die langjährige Betreuung ein besonderes Vertrauensverhältnis.

Aktiv beteiligte er sich in verschiedenen Gesellschaften an der Entwicklung seines Fachgebietes, zum Beispiel in der Sektion Hämophilie der Gesellschaft für Bluttransfusion, der Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung e.V. (GTH) und der Deutschen Hämophiliegesellschaft zur Bekämpfung von Blutungskrankheiten e.V. (DHG), deren gewähltes Mitglied im Ärztlichen Beirat er war.

Auch nach inzwischen zehnjährigem Ruhestand verfolgt Dr. Scheel die Entwicklungen auf dem Gebiet der Hämostaseologie mit großem Interesse und ist nach wie vor sachkundiger Gesprächspartner. Daneben hat er wieder Zeit für lange vernachlässigte Hobbys gefunden. Er singt regelmäßig im Chor der Bethanienkirche Leipzig, besucht Konzerte und Ausstellungen.

Wir hoffen, dass er uns und unserem Fachgebiet noch lange eng verbunden bleibt und wünschen ihm auch für die folgenden Lebensjahre viel Gesundheit und Schaffenskraft.

Dr. rer. nat. Annelie Siegemund,
Dr. med. Ute Scholz, Leipzig
Zentrum für Blutgerinnungsstörungen
Labor Dr. Reising-Ackermann und Partner
Strümpellstraße 40
04289 Leipzig

Dr. med. Mathias Cebulla zum 65. Geburtstag



Herr Dr. med. Mathias Cebulla wurde am 23.8.1944 in Warnsdorf geboren, kam aber bereits als Säugling nach Leipzig und blieb dieser Stadt bis heute treu. Nach Abschluss der Schulbildung mit dem Abitur 1963 an der Humboldt-Oberschule absolvierte er ein praktisches Jahr als Hilfspfleger und begann dann 1964 das Studium der Medizin an der damaligen Karl-Marx-Universität. 1970 legte er das medizinische Staatsexamen ab und erhielt die Approbation als Arzt. 1973 erfolgte die Promotion über ein neurophysiologisches Thema bei Prof. Dr. Klingberg.

Bereits 1970 hat er eine Tätigkeit als Assistenzarzt in Weiterbildung zum Internisten am Evangelisch-lutherischen Diakonissenhaus in Leipzig unter der Leitung von Chefarzt Dr. W. Steps begonnen. Am 1.10.1974 wechselte er zur Robert-Koch-Klinik Leipzig, der er bis zu seinem Eintritt in den Ruhestand fast 35 Jahre angehörte.

1976 erfolgte die Anerkennung als Facharzt für Innere Medizin und 1979 die Anerkennung im Schwerpunkt Pneumologie. Seit 1983 arbeitete Dr. Mathias Cebulla als klinischer

Oberarzt und seit 2004 als 1. Oberarzt und stellvertretender Chefarzt der Klinik.

Mittelpunkt in diesen 39 Jahren „Arztleben“ war immer die praktische Arbeit am Krankenbett. Nicht nur Internisten und Pneumologen, sondern zum Beispiel auch Anästhesisten profitierten in ihrer Aus- und Weiterbildung bei klinischen Visiten, in Seminaren, Symposien sowie Bronchologie- oder Thorakoskopiekursen von seiner reichen Erfahrung, besonders auf dem Gebiet der endoskopisch-biopsischen Diagnostik im Thoraxbereich. Sie konnten bei ihm auch die heute kaum noch geübte, doch durchaus nicht selten indizierte, „starre“ Bronchoskopie mit all ihren diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten erlernen.

Dr. Cebulla war jahrelang ein gefragter Konsiliarius für alle Fragen der Bronchologie in anderen Krankenhäusern der Stadt, besonders in deren intensivmedizinischen Einheiten. In letzter Zeit etablierte er die Kinderbronchologie in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Klinikum St. Georg Leipzig.

Nach der politischen Wende engagierte sich Herr Dr. Mathias Cebulla berufspolitisch im Hartmannbund, Landesverband Sachsen, der ihn erst kürzlich als stellvertretenden Vorsitzenden wiedergewählte. Besonders hervorzuheben ist aber sein Einsatz für die Sächsische Landesärztekammer. Er war Mitglied der Initiativgruppe zur Gründung der Landesärztekammer und leistete gerade in dieser Zeit wichtige Informations- und Aufklärungsarbeit in zahlreichen Veranstaltungen an vorderster Front. Die Gründungsversammlung der Landesärztekammer stand unter seiner Leitung. Er wurde Mitglied des Ausschusses „Versorgungswerk“ und war an der Installation der Sächsischen Ärzteversorgung maßgeblich beteiligt. Durch seinen unermüdlichen Einsatz in ungezählten Veranstaltungen

und Gesprächen im gesamten Regierungsbezirk Leipzig war er nicht nur Aufklärer und Helfer der Kollegen, sondern hat auch entscheidend zum Erfolg des Sächsischen Versorgungswerkes beigetragen.

Dr. Mathias Cebulla war Mitglied des Verwaltungsausschusses und von Beginn an im Ausschuss Sächsische Ärztehilfe. Jetzt ist er bereits in der zweiten Legislaturperiode im Finanzausschuss tätig.

Im Vorstand der Kreisärztekammer Leipzig Stadt hatte er eine Wahlperiode die Funktion des Schriftführers inne und ist nunmehr seit ca. acht Jahren verantwortlich für Vermittlungsangelegenheiten.

Als langjähriges Mitglied der Kammerversammlung ist er als logisch denkender, sachlich diskutierender, stets kollegialer, dabei nie das Wohl der Patienten vergessender Arzt bekannt.

Dr. Cebulla wurde 2001 für seine Verdienste um die sächsische Ärzteschaft mit der Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille ausgezeichnet.

Das war und ist der Arzt Cebulla, und wo bleibt der Mensch? Bekannt ist seine Liebe zur Musik von der Klassik bis zum traditionellen Jazz. Gern handwerkelt er auch in seinem Wochenendgrundstück oder es packt ihn und seine Frau die Reiselust in ferne Länder, wobei er sich in Zukunft intensiver mit der Fotografie beschäftigen möchte.

Wir wünschen Herrn Dr. Cebulla noch viele Jahre der Gesundheit und Freude im Kreise von Familie und Freunden, viel Erfolg bei geplanten Sprachstudien, aber auch Erfolg in weiterer berufspolitischer Tätigkeit zum Vorteil der sächsischen Ärzteschaft!

Danke!

Prof. Dr. med. habil. Peter Leonhardt

Prof. Dr. med. habil. Ulrich Julius zum 65. Geburtstag



Herr Prof. Dr. med. habil. Ulrich Julius beging am 3. September 2009 seinen 65. Geburtstag.

Er studierte von 1962 bis 1969 an der Humboldt-Universität Berlin und an der Medizinischen Akademie Dresden Medizin. 1969 promovierte er. Im gleichen Jahr nahm er seine Tätigkeit in der Abteilung für Stoffwechselkrankheiten und Endokrinopathien an der Klinik für Innere Medizin der jetzigen Medizinischen Fakultät der TU Dresden auf, der er bis heute treu geblieben ist. Seit dem Beginn seiner beruflichen Tätigkeit beschäftigt er sich intensiv mit Stoffwechselkrankheiten und Endokrinopathien, sowohl auf wissenschaftlichem Gebiet als auch in der praktischen Patientenbetreuung. Seit 1974 ist er Facharzt für Innere Medizin, 1977 erwarb er die Subspezialisierung für Diabetologie und 1993 die Teilgebietsanerkennung Endokrinologie. Folgerichtig beschäftigte sich seine Habilitationsschrift, die er 1983 verteidigte, mit einem Thema: „Stoffwechselkinetische Charakterisierung von Hypertriglyzeridämien unter besonderer Berücksichtigung der Wechselbeziehungen von Fett- und Kohlenhydratstoffwechsel“. 1979 wurde er Oberarzt und 1988 außerordentlicher Dozent für Innere Medizin. 1992 erfolgte die Berufung zum außerplanmäßigen Professor und 1994 zum Universitätsprofessor C3 für Innere Medizin/Stoffwechselkrank-

heiten an der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden. Nach der politischen Wende erwarb er sich besondere Verdienste beim Aufbau und als Sprecher des Klinischen Forschungsverbundes Arteriosklerose und Lungenfibrose. Damit konnte die Dresdner Lipidforschung rasch einen geachteten Platz in der gesamtdeutschen Arterioskleroseforschung einnehmen. Ab 1996 war er stellvertretender Direktor und ab 2000 kommissarischer Direktor des Instituts und der Poliklinik für Klinische Stoffwechselforschung. Diese Einrichtung wurde Ende 2002 in die Medizinische Klinik und Poliklinik III des Universitätsklinikums überführt. Nach einer halbjährigen Hospitation am Kardiologischen Zentrum der Akademie der Medizinischen Wissenschaften in Moskau 1987 führte er dann gemeinsam mit Herrn Professor Dr. Hanefeld 1990 die LDL-Apherese in Dresden ein, die für viele Patienten lebensrettend wurde. Diese LDL-Apherese war die erste in den neuen Bundesländern und ist inzwischen eine der größten Einrichtungen in Deutschland mit gegenwärtig 58 Patienten. Inzwischen sind in Zusammenarbeit mit unseren Dermatologen und Rheumatologen Patienten mit weiteren Indikationen einbezogen worden. Herr Prof. Julius hat wichtige Ergebnisse der LDL-Apherese wissenschaftlich ausgewertet und publiziert. Folgerichtig fand Anfang September 2009 in Dresden das erste internationale LDL-Apherese-Symposium auch unter seiner Leitung statt.

Über 150 eigene Publikationen, eine sehr große Zahl von Vorträgen und die Mitautorenschaft bei zahlreichen Publikationen und Vorträgen zeugen von seiner intensiven und erfolgreichen wissenschaftlichen Arbeit. Die in Dresden mit großem Erfolg durchgeführten internationalen Lipidsymposien organisierte er wesentlich mit. In Dresden führte Prof. Dr. Julius Vorlesungen zu den Themen Fettstoffwechsel und Ernährung durch. Er setzte sich aktiv bei der Einführung eines neuen Ausbildungsmodells für die Studenten an unserer Fakultät, dem problemorientierten Lernen, ein und war lange Zeit Kursdirektor des

Kurses „Ernährung, Stoffwechsel und Ausscheidung“. Er hat viele Promotionsthemen vergeben und erfolgreich betreut.

Herr Prof. Dr. Julius war über viele Jahre Mitglied des Fakultätsrates der Medizinischen Fakultät der TU Dresden, Sprecher des interdisziplinären Klinischen Forschungsverbundes und Mitglied der Forschungskommission der Medizinischen Fakultät. Seine perfekten Sprachkenntnisse in Russisch und Englisch und seine Begeisterung für den Computer waren für die wissenschaftliche Arbeit von großem Nutzen. Sein Arbeitsstil ist durch großen Fleiß, Präzision und von Umsicht geprägt. Die Beherrschung der russischen Sprache war unverzichtbar, wenn er mit Studenten als begleitender Hochschullehrer zum Austauschpraktikum an die Medizinische Universität St. Petersburg reiste.

Wir kennen und schätzen Prof. Dr. Julius als einen klugen und kritischen Wissenschaftler, einen engagierten und begabten Hochschullehrer sowie hervorragenden Arzt, der sich als Vertreter der Dresdner Stoffwechselschule auch national und international Anerkennung und Wertschätzung erworben hat. Nicht zuletzt betreut er auch eine große Zahl dankbarer Patienten.

Alle Mitarbeiter und Kollegen gratulieren ihm zu seinem 65. Geburtstag sehr herzlich und wünschen ihm Gesundheit, Schaffenskraft und Freude bei der Arbeit, die er allerdings in etwas begrenztem Umfang weiterführen wird. Wir wünschen ihm aber auch viele schöne Stunden im Kreise seiner Familie und Freunde und etwas mehr Zeit für seine Hobbys.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident der Sächsischen Landesärztekammer

Prof. Dr. med. habil. Stefan R. Bornstein
Direktor
Medizinische Klinik und Poliklinik III
Universitätsklinikum der TU Dresden

Prof. Dr. med. habil. Markolf Hanefeld
Gesellschaft für Wissens- und
Technologietransfer der TU Dresden mbH
Zentrum für Klinische Studien

PD Dr. med. habil. Sabine Fischer
Medizinische Klinik und Poliklinik III
Bereich Endokrinologie, Diabetes und
Knochenerkrankungen
Universitätsklinikum der TU Dresden

Unsere Jubilare im Oktober 2009 – wir gratulieren!

60 Jahre

- 05.10. Dr. med. Barthe, Gerhard
01665 Klipphausen
- 05.10. Glander, Marion
04158 Leipzig/ Lindenthal
- 06.10. Dr. med. Doerfel, Lutz
08289 Schneeberg-Griesbach
- 11.10. Dr. med. Scharf, Sabine
01996 Hosena
- 14.10. Dipl.-Med. Schröpel, Evelin
02791 Niederoderwitz
- 18.10. Prof. Dr. med. habil.
Kabus, Maria
01465 Langebrück
- 18.10. Prof. Dr. med. habil.
Rolle, Axel
01640 Coswig
- 23.10. Dr. med.
Kaltenborn, Elisabeth
04687 Altenhain
- 27.10. Schulz, Kathrein
09353 Oberlungwitz
- 29.10. Dipl.-Med. Dittrich, Gabriele
01189 Dresden
- 31.10. Dr. med. Leib, Hans-Hartwig
04509 Delitzsch

65 Jahre

- 01.10. Dr. med.
Breitschuh, Ingeborg
01259 Dresden
- 02.10. Prof. Dr. sc. med.
Preiß, Rainer
04109 Leipzig
- 03.10. Dr. med. Richter, Ute
04451 Borsdorf
- 05.10. Dr. med. Ermisch, Dirk
08451 Crimmitschau
- 05.10. Prof. Dr. med. Schober, Ralf
04107 Leipzig
- 07.10. Dr. med. Paul, Wolfgang
08233 Treuen
- 10.10. Schlinzig, Eva-Maria
01069 Dresden
- 13.10. Koch, Dietrun
01328 Dresden
- 19.10. Mikulin, Kristina
01445 Radebeul
- 20.10. Dr. med. Roth, Sabine
08340 Erla
- 22.10. Dipl.-Med.
Zschernig, Gudrun
01109 Dresden
- 23.10. Dr. med. Horn, Eckehart
01558 Großenhain
- 23.10. Dr. med. Linder, Doris
02763 Zittau
- 24.10. Dr. med. Kunze, Marie-Luise
04821 Brandis

- 28.10. Glänzel, Hermann
09380 Thalheim
- 29.10. Dr. med.
Blechschildt, Dorothea
08144 Ebersbrunn
- 29.10. Dr. med. Schwalbe, Jürgen
08525 Plauen
- 31.10. Dipl.-Med.
Kutzner, Annemarie
04178 Leipzig
- 31.10. Dr. med. Marquitz, Elke
04107 Leipzig

70 Jahre

- 01.10. Riedel, Isolde
04849 Bad Düben
- 01.10. Dr. med. Schmieder, Anita
04159 Leipzig
- 05.10. Grobe, Erika
09212 Limbach-Oberfrohna
- 05.10. Dr. med. Lange, Monika
04159 Leipzig
- 07.10. Dr. med. Gläser, Ulla
01279 Dresden
- 07.10. Dr. med.
Hoepffner, Wolfgang
04155 Leipzig
- 07.10. Prof. Dr. sc. med.
Leitsmann, Horst
08412 Königswalde
- 07.10. Dr. med. Roth, Hannelore
09661 Hainichen
- 08.10. Dr. med. Krahl, Ekkehard
01796 Struppen
- 08.10. Weiß, Dorothea
01705 Pesterwitz
- 10.10. Dr. med. Bauchspieß, Bernd
04299 Leipzig
- 10.10. Dr. med. Kempt, Waltraut
09117 Chemnitz
- 11.10. Müller, Martha
04157 Leipzig
- 12.10. Dipl.-Med. Trescher, Eva
04207 Leipzig
- 13.10. Dr. med. Herrbach, Freya
09114 Chemnitz
- 14.10. Dr. med. Döhler, Siegmар
01454 Radeberg
- 15.10. Prof. Dr. med. habil.
Schmidt, Wolfgang
04277 Leipzig
- 16.10. Dr. med.
Jarosch-Augsburg, Karin
01738 Klingenberg
- 17.10. Dr. med. Näser, Gerd
02747 Großenhennersdorf
- 17.10. Dr. med. Trogisch, Jürgen
01324 Dresden
- 18.10. Dr. med. Ende, Wolfgang
04720 Hochweitzschen
- 19.10. Abraham, Werner
04720 Döbeln
- 20.10. Haack, Dieter
01920 Elstra

- 22.10. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Hofmann, Klaus
08645 Bad Elster
- 22.10. Dr. med. Parentin, Rolf
08233 Schreiersgrün
- 23.10. Dr. med. Jeschke, Dieter
01587 Riesa
- 23.10. Dr. med. Wendel, Klaus
01744 Malter-Paulsdorf
- 23.10. Dr. sc. med.
Winkler, Manfred
01309 Dresden
- 28.10. Dr. med. Colditz, Günter
09366 Oberdorf
- 28.10. Dr. med. Hahn, Hans
04229 Leipzig
- 28.10. Dr. med. Sylkin, Nikolai
01307 Dresden
- 29.10. Dr. med. Riedel, Marie-Luise
09127 Chemnitz
- 31.10. Dr. med.
Heidemann, Klaus-Peter
04758 Oschatz
- 31.10. Dr. med. Stolle, Helga
04416 Markkleeberg

75 Jahre

- 02.10. Dr. med. Kotsch, Siegfried
01279 Dresden
- 04.10. Dr. med. Lange, Eberhard
04159 Leipzig
- 06.10. Dr. med. Jahn, Wolfgang
08265 Erlbach
- 07.10. Dr. med. Wildeck, Christa
01468 Boxdorf
- 08.10. Dr. med.
Engelmann, Christiane
01445 Radebeul
- 08.10. Dr. med. Fleischer, Christa
04275 Leipzig
- 08.10. Merzdorf, Otto
01169 Dresden
- 12.10. Dr. med. Goethe, Wolfgang
01328 Dresden
- 13.10. Dr. med. Kittelmann, Maria
08309 Eibenstock
- 18.10. Wohlgemuth, Dorit
04229 Leipzig
- 19.10. Dr. med. Kopietz, Werner
04539 Groitzsch
- 21.10. Dr. med. Schippel, Gisela
04229 Leipzig
- 23.10. Dr. med.
Kretschmar, Diethelm
04720 Döbeln
- 23.10. Dr. med. Tillmann, Monika
04654 Frohburg
- 25.10. Prof. Dr. med. habil.
Dr. med. dent. Pinkert, Rolf
01259 Dresden
- 26.10. Dr. med. Düniß, Erika
01187 Dresden
- 26.10. Dr. med. Fritzsche, Werner
04299 Leipzig

80 Jahre

24.10. Dr. med. Bechmann, Gerda
04275 Leipzig

81 Jahre

09.10. Bartsch, Elfriede
04862 Mockrehna
19.10. Dr. med. Zocher, Erwin
04509 Delitzsch
21.10. Dr. med. Schmidt, Lothar
04442 Zwenkau
24.10. Junker, Eleonore
04416 Markkleeberg

82 Jahre

01.10. Wiehe, Barbara
09435 Scharfenstein
03.10. Jurisch, Else
02763 Zittau
04.10. Dr. med. Haumann, Johann
01259 Dresden
11.10. Dr. med. Baudrexl, Alfred
01445 Radebeul
18.10. Dr. med. Böhme, Horst
04425 Taucha
26.10. Donev, Dimitar
02943 Weißwasser
29.10. Dr. med. Leue, Johanna
02929 Rothenburg

83 Jahre

08.10. Dr. med. Walther, Gerhard
08209 Auerbach

18.10. Dr. med.
Bredow, Hans-Joachim
04880 Dommitzsch
21.10. Dr. med. Otto, Elisabeth
04103 Leipzig
21.10. Dr. med. Zieboltz, Anita
04105 Leipzig
22.10. Dr. med.
Schumann, Alexander
08396 Oberwiera
24.10. Dr. med. Mayerhofer, Sigrig
04178 Leipzig
26.10. Dr. med. Haustein, Hasso
09465 Neudorf
29.10. Dr. med. Kunad, Theodor
08209 Auerbach

85 Jahre

07.10. Dr. med.
Starzinski, Hans-Joachim
04155 Leipzig
18.10. Dr. med. Huth, Christa
04229 Leipzig
28.10. Dr. med. Bog, Rudolf
09456 Annaberg-Buchholz

86 Jahre

04.10. Prof. em. Dr. med. habil.
Ludewig, Reinhard
04357 Leipzig
20.10. Dr. med. Schieck, Ilse
04103 Leipzig

87 Jahre

22.10. Doz. Dr. med. habil.
Trautmann, Ilse
04109 Leipzig

88 Jahre

13.10. Prof. Dr. med. habil.
Schlegel, Lotte
04539 Groitzsch

89 Jahre

09.10. Dr. med.
Berndt, Klaus-Dietrich
09117 Chemnitz
23.10. Dr. med. Klötzer, Editha
08062 Zwickau
25.10. Dr. med. Jentsch, Ingeborg
02736 Oppach

92 Jahre

02.10. Dr. med. Schmidt, Hellmut
04347 Leipzig
05.10. Dr. med.
Schneider, Elisabeth
02730 Ebersbach

93 Jahre

22.10. Dr. med. Wagner, Karl
08058 Zwickau

94 Jahre

17.10. Dr. med. Olsen, Hedwig
02906 Niesky
18.10. Dr. med. Bühl, Rudolf
04249 Leipzig

Bericht 17. Klinikärztentreffen der Frauen- und Kinderärzte

Am 25. Juni 2009 fand das 17. Klinikärztentreffen der Frauen- und Kinderärzte, welches nun schon traditionell von der Arbeitsgruppe Perinatalogie/Neonatalogie vorbereitet und durchgeführt wird, in den Räumen der Sächsischen Landesärztekammer statt. Im Rahmen dieser Veranstaltung wurden die wichtigsten aktuellen Ergebnisse des vergangenen Jahres dargestellt und diskutiert. Weiterhin diente diese Veranstaltung der Präsentation klinisch relevanter Themen durch eingeladene Referenten. Am diesjährigen Treffen nahmen Vertreter von 34 sächsischen Frauenkli-

niken (Ärzte und Hebammen) sowie von 27 Kinderkliniken teil, insgesamt besuchten 133 Teilnehmer das Treffen. Dr. med. habil. Reinhold Tiller (Chemnitz) und Prof. Dr. med. habil. Hildebrand Kunath stellten eingangs die Demographie und Versorgungsstruktur für die Geburtshilfe und Neonatologie in Sachsen aus der Sicht der Bevölkerungsentwicklung nach Recherche des Statistischen Landesamtes für den Freistaat Sachsen dar. Demzufolge ist im Vergleich der Jahre 2009 und 2020 in Sachsen mit einem Geburtenrückgang um 18 % zu rechnen. Ursache ist die Abnahme der Zahl der Frauen im gebärfähigen Alter um >35 %. Die einzelnen Regionen werden sich erheblich unterscheiden, so werden die Großstädte Dresden und Leipzig kaum und die Landkreise Bautzen, Görlitz, Vogt-

land- und Erzgebirgskreis am stärksten betroffen sein. Diese Zahlen werden vor allem aus wirtschaftlicher Sicht zu betrachten sein. Eine gute Qualität der Betreuung der Frauen und Kinder ist dabei das entscheidende Kriterium für die weitere Teilnahme an einer abgestuften geburtshilflich/neonatologischen Betreuung und an der Zuordnung als Perinatalzentrum des jeweiligen Levels. Prof. Dr. med. habil. Holger Stepan (Universitätsfrauenklinik Leipzig) und PD Dr. med. habil. Jürgen Dinger (Universitätskinderklinik Dresden) kommentierten die Ergebnisse der Erhebung der geburtshilflichen und neonatologischen Statistik. In Sachsen waren 2008 34.203 Entbindungen zu verzeichnen, das entsprach einem Geburtenzuwachs von 2,1%. Die Rate an Entbindungen



Frau Dr. med. Gabriele Kamm

durch Sectio caesarea betrug 21,8% und ist nahezu dem Vorjahresergebnis gleich und liegt erfreulicherweise somit weiterhin deutlich unter dem bundesdeutschen Durchschnitt.

Die Frühgeburtenrate liegt stabil mit 7,5% im bundesdeutschen Durchschnitt. Im Jahr 2008 wurden 399 Kinder mit einem Geburtsgewicht < 1500 g geboren (1,2% der Geburten). Leider ist auch in diesem Jahr die Regionalisierung dieser Hochrisikokinder nicht deutlich verbessert worden. Nur 58% von ihnen wurden in den dafür vorgesehenen Kliniken der Maximalversorgung entbunden und sogar 14% in Kliniken der Versorgungsstufe III. Daraus muss die Forderung abgeleitet werden, dass die Regionalisierung noch straffer umgesetzt werden muss, um eine bessere perinatalogische Qualität zu erreichen. Die Regionalisierung ist in den Regierungsbezirken Dresden und Chemnitz immer noch unbefriedigend. Entsprechend lassen sich auch die Ergebnisse der perinatalen Morbidität und Mortalität in den Regierungsbezirken erklären.

Hier ist weitere Arbeit erforderlich, um die Verantwortung besonders der Einrichtungen des Level III bei der Verlegung von Risikoschwangeren zu fördern.

Sehr erfreulich ist, dass in Sachsen 2008 kein mütterlicher Todesfall zu verzeichnen war.

Allerdings birgt die dramatische Zunahme von Schwangeren im Zustand nach Sectio von 13% im Jahr 2007 auf 16,4 % im Jahr 2008 ein erhebliches Risikopotential.

Dieses Problem beleuchtete Dr. med. habil. R. Robel (Frauenklinik Borna) mit dem Thema „Geburtsplanung bei Zustand nach Sectio – eine

zunehmende Herausforderung?“. Er stellte dar, dass anhand großer nationaler und internationaler Statistiken in 75% mit einer Spontangeburt im Zustand nach Sectio gerechnet werden kann. Das Risiko für eine Uterusruptur bei spontanem Geburtsbeginn wird mit 0,7 – 0,9% angegeben, im Falle einer Geburtseinleitung steigt dies um das 2 – 3-fache. Insbesondere bergen die wiederholten Sectiones ein erhöhtes mütterliches Risiko. Klinisch relevant sind hier die Placentalstörungen im uterinen Narbenbereich, deren Risiko nach jeder Entbindung durch Sectio dramatisch erhöht, nach fünf Sectiones beträgt es 67%!

Schlussfolgernd wird die notwendige individuelle Aufklärung im Rahmen der lange vor Beginn der Wehentätigkeit stattfindenden Geburtsplanung unterstrichen.

Prof. Dr. med. habil. Peter Schneider (Herzzentrum Leipzig) stellte die Ergebnisse der sächsischen multizentrischen Studie des Pulsoximetriescreenings (POS) bei Neugeborenen in Sachsen vor. Er betonte, dass durch das POS die diagnostische Lücke bei Neugeborenen mit kritischen Herzfehlern, die auch in unserer Region 20 – 30% dieser Kinder betrifft auf 4,4% gesenkt werden kann. Es stellt nach seiner Meinung eine sinnvolle und für die Praxis reife Ergänzung der Untersuchung des Neugeborenen dar.

Als weitere geladene Referentin berichtete Frau Dr. phil. Marion Michel vom Aufbau eines Kompetenzzentrums für behinderte und chronisch kranke Eltern in Sachsen. Obwohl in der UN-Charta 2008 behinderten Frauen und Männern das gleiche Recht auf Sexualität, Partnerschaft und Kinder zu gewährleisten ist, stoßen diese Menschen in der Realität auf zahlreiche ideelle, bauliche, materielle oder kommunikative Barrieren und nicht ausreichend qualifiziertes medizinisches Personal. An der selbständigen Abteilung Sozialmedizin der Universität Leipzig läuft zunächst ein Forschungsprojekt zum Thema „Aufbau eines Kompetenzzentrums für chronisch kranker und behinderte Eltern in Sachsen“. In

Sachsen wurden dazu mit 125 Müttern und 60 behinderten Frauen mit nicht realisiertem Kinderwunsch mündliche oder schriftliche Interviews geführt. Das Netzwerk soll sowohl Rat suchenden Eltern als auch professionellen Kräften im Bedarfsfall schnell kompetente Ansprechpartner vermitteln können.

Die Neonatalstatistik beleuchtet als Hauptschwerpunkt die extrem früh geborenen Kinder mit einem Geburtsgewicht < 1500g. Frau Prof. Dr. med. habil. Eva Robel-Tillig stellte in ihrem Vortrag die Risiken, die auch sogenannte große Frühgeborene haben, anschaulich dar. Auch diese Kinder bedürfen aufgrund der spezifischen Probleme im Zusammenhang mit der Frühgeburtlichkeit der ganzen Aufmerksamkeit der Kinderärzte in den ersten Lebenstagen und -wochen und der adäquaten Nachsorge.

Frau Dr. med. Katrin Klostermann (Universitätsfrauenklinik Leipzig) stellte den heute zum Glück extrem selten auftretenden Verlauf und die Therapie eines fulminanten Schockes nach vorzeitigem Blasensprung dar. Der das Klinikärzttreffen abschließende gemeinsame Vortrag von Prof. Holger Stepan und Frau Prof. Dr. Eva Robel-Tillig beleuchtete die kritische pränataldiagnostische Situation bei genetischer Erkrankung eines Zwillings. Eine solche Konstellation stellt sowohl an die werdenden Eltern als auch Pränataldiagnostiker und Berater sehr große Anforderung.

Das Programm des 17. Klinikärzttreffens wurde von der Mehrheit der Teilnehmer positiv und als wichtig für die klinische Tätigkeit bewertet. Die Perinatal- und Neonatalstatistik soll weiterhin sinnvolles Instrument zur Darstellung der Ergebnisse und der eigenen Standortbestimmung bleiben.

Mit Blick auf die weitere Arbeit wurde die Diskussion für eine mögliche gemeinsame Veranstaltung mit den Arbeitsgruppen operative Gynäkologie und Mammachirurgie ange-regt.

Hygiene- Ausstellung 1911

Zur japanischen Medizin während der I. Internationalen Hygiene-Ausstellung 1911 in Dresden

Die vom 6. Mai bis 30. Oktober 1911 in Dresden veranstaltete I. Internationale Hygiene-Ausstellung (IHA) war ein Großereignis, zu dem 5,5 Millionen Besucher aus aller Welt strömten. Der Pavillon des japanischen Kaiserreichs auf dem 325.000 m² großen Ausstellungsgelände am Großen Garten, wo sich jetzt die Gläserne Manufaktur befindet, erhielt seine besondere Bedeutung dadurch, dass die japanische Medizin wie kaum eine andere von der deutschen Medizin beeinflusst worden war.

Nach den ersten deutschen Ärzten Engelbert Kaempfer (1651 – 1716) und Philipp Franz von Siebold (1796 – 1866) kamen seit den revolutionären Umwälzungen der Meiji-Periode (1868 – 1912) und der Öffnung Japans den westlichen Kulturen gegenüber vermehrt deutsche Ärzte in das „Land der aufgehenden Sonne“. Reichskanzler Otto von Bismarck (1815 – 1898) sorgte für die entsprechenden vertraglichen Vereinbarungen und schickte den Oberstabsarzt Dr. Leopold Müller (1822 – 1893) als Chirurgen und den Marinestabsarzt Dr. Theodor Eduard Hoffmann (1837 – 1894) als Internisten 1871 zum Aufbau des japanischen Gesundheitswesens nach Tokio. Ihnen folgten die Chirurgen Dr. Emil August Wilhelm Schultz (1840 – 1924) und Dr. Karl Julius Scriba (1848 – 1905) sowie die Internisten Dr. Otto Erwin Eduard Bälz (1849 – 1913) und Dr. Heinrich Botho Scheube (1853 – 1923). Sie alle wurden in Japan Professoren und auch in der Ausstellung durch Fotos und Kopien ihrer Denkmäler geehrt. Scriba, der 1898 in der Tokioter Heeresmedizinischen Schule das erste Röntgengerät aufgestellt hatte, und Bälz hatten Japanerinnen geheiratet. Bälz war Leibarzt der kaiserlichen Familie und wurde „Vater der japanischen Medizin“ genannt. Der Aufbau der Medizinischen Fakultäten in Kyoto und Tokio, der Unterricht und die

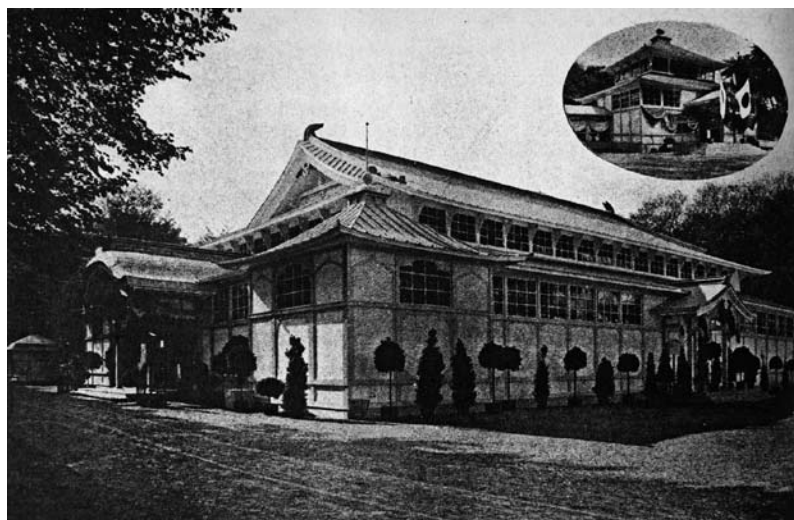


Abbildung 1: Der japanische Pavillon auf der I. Internationalen Hygiene-Ausstellung 1911 in Dresden

ärztlichen Prüfungen erfolgten streng nach preußischem Muster. Bis 1888 waren von 14 medizinischen Lehrstühlen in Japan bereits 12 mit den japanischen Schülern deutscher Lehrer besetzt. Im Gegenzug wurden die besten japanischen Studenten zur Weiterbildung nach Deutschland geschickt. So arbeiteten Shibasoburo Kitasato (1856 – 1931) sieben Jahre bei Robert Koch (1843 – 1910) in Berlin, Sahchiro Hata (1873 – 1938) und Kiyoshi Shiga (1871 – 1957) mehrere Jahre bei Paul Ehrlich (1854 – 1915) in Berlin und Frankfurt am Main. Kitasato entdeckte 1894 unabhängig von Alexandre Yersin (1863 – 1943) den Pesterreger, Shiga 1897 den Dysenterieerreger und Hata 1909 zusammen mit Ehrlich das Salvarsan als Antisiphilitikum. Robert Koch, dem 1908 bei seinem Besuch in Japan ein triumphaler Empfang bereitet worden war, verstarb 1910, ein Jahr vor der IHA. Zu den frühen „Brückenbauern“ zwischen deutscher und japanischer Medizin zählte auch der Chirurg Hayari Miyake (1866 – 1945), ein Schüler Scribas, der 1898 bei Johann von Miculicz-Radecki (1850 – 1905) in Breslau hospitiert hatte und später der erste Professor für Neurochirurgie in Japan wurde. Miyakes Schüler wiederum war Hakaru Hashimoto (1881 – 1934), der in Berlin und Göttingen arbeitete und die Autoimmunthyreoiditis beschrieb. Aber das war nach der IHA. Über die Situation der japanischen Medizin um 1911 geben vor allem

zwei Quellen Auskunft: die „Geschichte der Medizin in Japan“ von Yu Fujikawa (1865 – 1940) und der „Katalog der von der Kaiserlich Japanischen Regierung ausgestellten Gegenstände. Mit Plan und Bildern. Internationale Hygiene-Ausstellung. Dresden 1911“. Prof. Dr. med. et lit. Y. Fujikawa war Internist und Professor für Geschichte der Medizin an der Keio-Universität von Tokio. Seine oben genannte Schrift war 1904 in Japan erschienen und 1911 im Auftrag des kaiserlich-japanischen Unterrichtsministeriums anlässlich der IHA von ihm selbst ins Deutsche übersetzt worden, 1934 erschien die englische Ausgabe. Fujikawa gründete 1927 die „Japanische Gesellschaft für Geschichte der Medizin“ und wurde von 1938 bis 1940 deren Präsident. 1921 war in fünfter Auflage sein zweisprachiges „Deutsch-Japanisches Vademecum für innere Medizin“ herausgekommen (zus. m. S. Tayui). Fujikawas bedeutendster Schüler war der Pathologe Sunao Tawara (1873 – 1952), der von 1903 bis 1906 bei Ludwig Aschoff (1866 – 1942) in Marburg gearbeitet und mit diesem den Atrioventrikularknoten im Reizleitungssystem des Herzens entdeckt hat (Aschoff-Tawara-Knoten). Japan hatte bereits 1884 an einer internationalen Hygiene-Ausstellung in London teilgenommen. Nach Dresden waren am 23. Mai 1911 aus Nippon ein Oberregierungsrat des Innenministeriums, ein Vorstand des Staatlichen Instituts für Infektions-

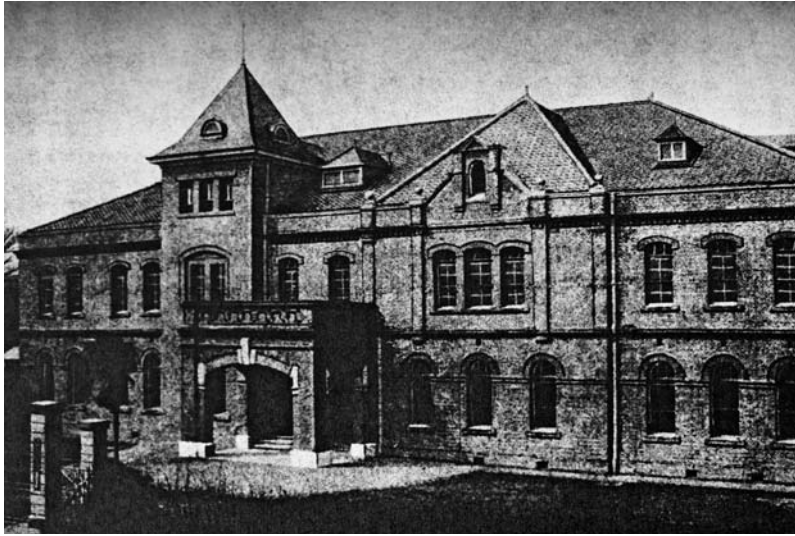


Abbildung 2: Die kaiserlich-japanische Hygiene-Untersuchungsanstalt in Tokio

krankheiten, ein Vorstand der Hygiene-Untersuchungsanstalt, ein Professor der Militärmedizinischen Akademie, der Direktor der Universitäts-Hautklinik Tokio und der Botschafter Japans in Berlin mit seinem Sekretär gereist. Sie alle wurden von Dresdens Oberbürgermeister Gustav Otto Beutler (1853 – 1926) und dem Initiator der IHA, Karl August Lingner

(1861 – 1916), empfangen. Japans repräsentativer Pavillon (Abb. 1) war von dem Tokioter Architekten Chuta Ito (1867 – 1954) entworfen und von der Arbeitsgruppe des Dresdner Stadtbaurates Hans Erlwein (1872 – 1914) errichtet worden. Er umfasste die Abteilungen A – Luft, Boden, Klima, B – Wohnung, Wasserversorgung, Feuerbestattung (die immerhin schon ein Drittel aller Bestattungen in Japan ausmachte), C – Ernährung und Nahrungsmittel, D – Kleidung und Körperpflege, E – Infektionskrankheiten, F – Krankenfürsorge, Beruf, Statistik, G – Kinderfürsorge (Japan galt als „Paradies der Kinder“) und Schulhygiene, H – Geschichte der medizinischen Wissenschaft, I – Militär und Marine (mit dem Diorama eines Feldlazaretts) und J – Formosa (die chinesische Insel stand als Generalgouvernement unter japanischer Besatzung und bildet heute die Republik Taiwan). Die zahlreichen und vielseitigen Sachgegenstände, Modelle und Fotos informierten ausführlich über das japanische Alltagsleben, zeigten u. a. Bäder und heiße Quellen, Arten des Haus- und Gartenbaus, pflanzliche und tierische Nahrung in kalorischer Zusammensetzung, eine „japanische Kost für den Mittelstand“ mit noch heute für den Japan-Reisenden interessanten Rezepten und Menüs, Kleidung und Körperpflege ebenso wie Krankenhausbauten, Militärlazarette und deren Einrichtungen sowie Anstalten der Sozialfürsorge.



Abbildung 3: Unterarmprothesen nach NOGI

Dem Hauptanliegen der Dresdner Ausstellung wurden die Japaner mit der Darstellung der Infektionskrankheiten und der hygienischen Untersuchungsmaßnahmen in besonderer Weise gerecht (Abb. 2). Auf großen Schautafeln kommen Krankheiten wie Katayama (Schistosomiasis), Tsutsugamushi (von Viren hervorgerufenes und von Milben übertragene Überschwemmungsfieber), Habu (Giftschlangenbiss), Kakke (Beriberi) oder Kubisagari (endemische Schwindellähmung = Morbus Gerlier) zur Darstellung. Eigens für die I. IHA waren Schriften über das öffentliche Gesundheitswesen, die Bade- und Luftkurtorte, Tuberkuloseheilstätten, die epidemischen Krankheiten, die Krankenversicherung und Unterstützungsfonds des Landes u. a. herausgegeben und verteilt worden. Im ausgestellten historischen Schriftgut fand sich neben Werken von Lorenz Heister (1683 – 1758) auch die „Geschichte und Bibliographie der Anatomie mit Abbildungen“ des Dresdner Medizinprofessors Johann Ludwig Choulant (1791 – 1861)!

Die japanische Ausstellung lässt unter Berücksichtigung der landesspezifischen geografischen, klimatischen und historischen Besonderheiten zu Beginn des 20. Jahrhunderts sowohl auf konservativem als auch auf operativem Gebiet noch eine Fokussierung auf die europäische, insbesondere die deutsche Medizin erkennen. Das Meiste entsprach dem mitteleuropäischen Standard. Die traditionelle Heilweise spielte vor allem im Bereich der altjapanischen und altchinesischen Volksmittel eine Rolle, wobei geröstete Tiere wie Vögel, Frösche und Affenköpfe für Europäer mehr als gewöhnungsbedürftig waren. Die Akupunktur, die Moxabeizung und die Massage wurden zwar benutzt, aber längst noch nicht in dem Umfang wie 100 Jahre später weltweit.

Über die eigenständige Innovationsfähigkeit der damaligen japanischen Medizin gibt eine Abbildung aus dem Ausstellungskatalog Auskunft (Abb. 3). Es handelt sich um einen ehemaligen Trainsoldaten, der wäh-

rend des japanisch-russischen Krieges am 2. 1. 1905 bei Kasuisi beide Unterarme und das rechte Auge durch Kanonenbeschuss verloren hatte. Der Gliederersatz erfolgte mit dem Modell „Nogi“, benannt nach dem japanischen Nationalhelden und um die Versorgung der Verwundeten verdienten General Kiten Maresuke Graf Nogi (1849 – 1912). Der General veranlasste die Herstellung dieser Unterarmprothesen 10 Jahre vor dem deutschen Chirurgen Ferdinand Sauerbruch (1875 – 1951), der die nach ihm benannte bewegliche Hand 1915 mit einem Ingenieur entwickelt und um 1923 vervollkommen hatte. Obwohl der erste Weltkrieg noch nicht am Horizont stand, widmete der japanische Staat der Militärmedizin große Aufmerksamkeit, schließlich hatte man aus den Erfahrungen aus dem japanisch-chinesischen

Krieg (1894/95), dem Boxeraufstand (1901) und dem japanisch-russischen Krieg (1904/05) gelernt. Alles Militärmedizinische war groß dimensioniert, so zum Beispiel Lazarette mit bis zu 1.000 Betten ausgestattet – und auf der IHA im Modell präsentiert. In diesem Zusammenhang sei abschließend noch der Militärarzt Dr. Rintaro Mori (1862 – 1923) erwähnt, der sich als Schriftsteller Ogai Mori nannte. Er erhielt seine Ausbildung in Tokio, wurde Militärhygieniker und ging zur Weiterbildung von 1884 bis 1888 nach Deutschland, darunter auch nach Dresden und Leipzig. Mori wurde 1889 an die militärärztliche Akademie in Tokio berufen, stieg 1907 als Generaloberarzt zum Leiter des japanischen Sanitätskorps auf und erreichte 1916 als Direktor der medizinischen Abteilung im Kriegsministerium die höchste Stufe seiner

militärärztlichen Laufbahn. Weltruhm erwarb er sich jedoch als „japanischer Lessing“, der die klassische europäische Literatur wie den „Faust“ übersetzte und selbst Romane, Novellen und Dramen schrieb. Anlässlich des Besuches von Robert Koch 1908 in Japan widmete Mori diesem zwei Einakter.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Dr. med. habil. Volker Klimpel
Grazer Straße 3
01279 Dresden

Abbildungen 1 bis 3: Katalog der von der Kaiserlich-Japan. Regierung ausgestellten Gegenstände. Mit Plan und Bildern. Internationale Hygiene-Ausstellung. Dresden 1911

Nutzen und Schaden aus klinischer Forschung am Menschen

Abwägung, Equipoise und normative Grundlagen

Deutscher Ärzte-Verlag
ISBN-13: 978-3769-1-0589-6

Die Bewertung von Nutzen und Schaden in klinischen Studien hat an Bedeutung gewonnen. In mancher Hinsicht ist sie sogar zu einem der zentralen Probleme der Forschungsethik avanciert. In diesem Band werden daher zentrale ethische und rechtliche Begriffe der Forschungsethik analysiert und diskutiert. Hierzu gehören insbesondere die Begriffe des Nutzens, des Schadens, der Chance, des Risikos und der Equipoise. Die Relevanz, Triftigkeit und



praktische Bewährung einiger dieser Begriffe soll empirisch gesichert und eine Nutzens- und Schadenstyxonomie ausgearbeitet und validiert werden. Vor dem Hintergrund dieser begrifflich-theoretischen Klärungen und empirischen Untersuchungen werden Handlungsempfehlungen für

Ethikkommissionen und (standes-)politische Gremien formuliert. Die fünf Hauptthemen lauten:

- Begriffliche Definitionen und Klärungen.
- Analyse und Abwägung von Nutzen- und Schadenpotenzialen aus der klinischen Forschung.
- Equipoise – ein Kriterium für die ethische Zulässigkeit klinischer Studien?
- Kinder im Kontext klinischer Forschung: Wie ergebnisoffen sind randomisierte Studien bei Kindern?
- Normativ-rechtliche Grundlagen der Forschung an Nichteinwilligungsfähigen.

Die Autoren formulierten Empfehlungen zur systematischen Abwägung von Chancen und Risiken der medizinischen Forschung.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug

Dresdner Geburtshilfe und Gynäkologie

Von den Anfängen bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts

Am 19. September 2009 eröffnet der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, eine Ausstellung des Instituts für Geschichte der Medizin der TU Dresden im Fromme-Saal der Sächsischen Landesärztekammer. Anhand von Büchern, geburtshilflichen und gynäkologischen Instrumenten sowie Dokumenten und Bildern soll auf mehr als 200 Jahre Geburtshilfe in Dresden zurückgeblückt werden. Die älteste Einrichtung zur Ausbildung in der Geburtshilfe wird auch an den Anfang der Betrachtung gesetzt. Im Jahre 1751 wurde in den Neustädter Casernen bei der Lehranstalt für Chirurgen und Feldschere, dem Collegium medico-chirurgicum, mit finanzieller Unterstützung des sächsischen Königs ein „Institutum wegen Aufnahme in Unehren geschwängerter lediger Weibspersonen“ eingerichtet. Laut landesherrlichem Rescript vom 29. Dezember 1750 sollten unehelich Schwangere „auf ihr Anmelden, in die Casernen der hiesigen Neustadt angenommen, auch allda eine Zeitlang [...] gepflegt, besorget und tractiret werden“. Damit sollte verhindert werden, dass die jungen Frauen „den bößlichen Vorsatz [fassen], ihre zur Welt bringende Leibes-Früchte zu ertöden“. Gleichzeitig wurde aber der „ersprießliche Nebenzweck“ einer „nöthigen mehreren Qualificir- und Unterrichtung derer Chirurgorum und Hebammen“ verfolgt. Im Laufe des Siebenjährigen Krieges wurde dieses erste Hebammen-Institut wieder geschlossen und fand erst 1775 mit der Gründung der zunächst privaten Hebammenlehranstalt – wiederum in den Neustädter Casernen – eine Nachfolge. Als die Hebammenlehranstalt 1781 vom Collegium medico-chirurgicum übernommen werden durfte, wurde beschlossen, es auf zwölf Betten zu erweitern, was drei Jahre später schließlich realisiert wurde. blieb der ärztliche Unterricht



Prof. Dr. med. Robert Ganse an einem frühen binokularen Kolposkop (1952)

bisher Johann Christoph Wild (um 1730 – 1814), dem Lehrer für Chirurgie am Collegium medico-chirurgicum, vorbehalten, so sollte nun ein vorzüglich in der Geburtshilfe Ausgebildeter die neuesten Erkenntnisse und Erfahrungen lehren. Dafür wurden dem jungen Chirurgen Johann Christoph Richter (um 1751 – 1788) zwei Jahre lang die Mittel gegeben, sich an den Entbindungsinstituten Europas weiterzubilden und auch deren Organisation zu studieren. Als er nach Dresden zurückkam, konnte er die neuesten französischen und deutschen Anschauungen in der Geburtshilfe vermitteln. Richter war der erste aus einer Reihe von vielen hervorragend ausgebildeten Geburtshelfern, die in den folgenden 150 Jahren immer wieder an das Hebammeninstitut und dessen Nachfolgeeinrichtungen berufen wurden. Zuerst zu nennen ist hier der bedeutendste Dresdner Arzt seiner Zeit, Carl Gustav Carus (1789 – 1869). Nach der Schließung des Collegium medico-chirurgicum in den Wirren der Napoleonischen Kriege 1813 wurde 1814 zunächst eine provisorische Lehranstalt für Medizin und Chirurgie gegründet, die der sächsische König 1815 als Chirurgisch-medizinische Akademie sanktionierte. An dieser Einrichtung lehrte Carus von 1814 bis 1827 als Professor für Entbindungskunst und leitete als Direktor das Entbindungsinstitut. Die Staatlichen Kunstsammlungen Dresden würdigen zurzeit mit einer groß-

artigen Ausstellung umfassend seine Persönlichkeit und sein Werk. Zu seinen bedeutendsten Nachfolgern im Amt als Direktor des Entbindungsinstituts – seit Schließung der Chirurgisch-medizinischen Akademie 1864 als Landesentbindungsschule eigenständig und seit 1869 in einem Neubau in der Friedrichstadt – zählt Gerhard Christian Leopold (1846 – 1911). Er ist noch heute jedem Arzt bekannt als Namensgeber für die vier Leopoldschen Handgriffe für die äußere Untersuchung der Schwangeren. Mit seiner strikten Orientierung auf die äußere Untersuchung und der weiteren Vervollkommnung dieser Verfahren konnte er die Infektionsgefahr für die Schwangeren und Gebärenden deutlich verringern. Zu seinen großen Verdiensten zählt auch die Durchsetzung und Gestaltung der „Neuen Königlichen Frauenklinik“, die 1903 in unmittelbarer Nachbarschaft des ebenfalls neuerrichteten Stadtkrankenhauses Johannstadt eröffnet wurde. In der Ausstellung ist auch die Geburtshelfertasche der wohl schillerndsten Persönlichkeit an der Spitze der (nun so genannten) Staatlichen Frauenklinik zu sehen – Kurt Warnekros (1882 – 1949). Er war ein international gesuchter Gynäkologe und erregte 1930 mit einer Geschlechtsumwandlung großes Aufsehen. Er widmete sich allen Patientinnen, gleich welcher sozialen Schicht sie entstammten, mit gleich großer Sorgfalt und ausgesuchter Zuverlässigkeit. Prof. Dr. Robert Ganse (1909 – 1972), der erste Lehrstuhlinhaber für Frauenheilkunde und Geburtshilfe an der Medizinischen Akademie Dresden, stand an Beliebtheit bei seinen Patientinnen seinem indirekten Vorgänger Warnekros in nichts nach, obwohl er als Kommunist weltanschaulich ganz andere Positionen vertrat als dieser. Auch als hervorragender Hochschullehrer ist er vielen sächsischen Ärzten noch in lebhafter Erinnerung. Sein 100. Geburtstag in diesem Jahr wurde zum Anlass genommen für diese Ausstellung.

Dr. phil. Marina Lienert
Institut für Geschichte der Medizin der TU
Dresden

Heike Wadewitz Wegstunden

Die kommende Ausstellung „Wegstunden“ widmet sich der Dresdner Grafikerin Heike Wadewitz (Jg. 1963). Kaltnadelradierungen und ein umfangreiches zeichnerisches, besonders auf Naturstudien basierendes Werk bestimmen derzeit ihr Schaffen. Ihre Kompositionen beruhen auf Beobachtungen des Alltags, einschließlich ihres persönlichen Lebens. Gleichwohl sind ihre Blätter keine bloßen Schilderungen davon, vielmehr verbinden sich in ihnen Beobachtung und unerschöpfliche Phantasie. Nicht zu vernachlässigen ist zudem die spezielle weibliche Sicht der Künstlerin.

Ihre Motive schöpft sie unter anderem aus der Welt des „Zirkus“ und des „Theaters“, aus den Begegnungen von „Freundinnen“, ebenso aber aus der inneren Welt, wie Titel wie „Kopflös“ und „Selbst“ verraten. Zugleich widmet sie sich Landschaftlichem, das sie beispielweise in „Sanz“ fand. Ein besonderes Kennzeichen ihrer Radierungen ist die Dichte der Komposition, die sich zahlreichen Bearbeitungsphasen verdankt. Die Künstlerin greift vor einem Druckvorgang, inspiriert von einer neuen Idee, immer wieder in das in die Platte Gezeichnete ein. Lange entstanden ausschließlich Einzeldrucke, die als Varianten eines Themas den klassischen Zustandsdrucken nahe kamen. Erst seit 2002 erleben ihre Radierungen eine Auflage von einigen wenigen Exemplaren. Auf seine Weise spiegelt dieses Herangehen die sich in schneller Folge verändernden Wahrnehmungen und Empfindungen der Künstlerin.



Vor der Fahrt, Kaltnadelradierung 2009

Ein prägendes Erlebnis war für Heike Wadewitz die direkte Begegnung mit der Grafik Edvard Munchs während eines einjährigen Gaststudiums an der Kunsthochschule Stockholm (1998 – 1999). Besonders beeindruckt war sie von der in seinen Werken sichtbaren Fähigkeit, das innere Sein auszudrücken. Zuvor hatte sie ab 1993 an der Hochschule für Bildende Künste Dresden (HfBK) bei Claus Weidensdorfer – selbst ein renommierter Grafiker – studiert. Ein Meisterschülerstudium am gleichen Ort bei der als eigenwillige Zeichnerin bekannten Elke Hopfe folgte von 1999 bis 2001. Heike Wadewitz, die seit den späten 1990er Jahren regel-

mäßig mit ihrem Schaffen an die Öffentlichkeit tritt, gehört zu jenen, die traditionelle künstlerische Techniken für die von den neuen Medien geprägte Gegenwart fruchtbar machen.

Dr. sc. phil. Ingrid Koch

Ausstellung im Foyer und der 4. Etage der Sächsischen Landesärztekammer vom 16. September bis 15. November 2009, Montag bis Freitag 9.00 bis 18.00 Uhr, Vernissage: 17. September 2009, 19.30 Uhr.