

# Ärzteblatt Sachsen



## Inhalt 3/2002

<b>Die erste Seite</b>	Kommt der gläserne Arzt?	92
<b>Berufspolitik</b>	Verdienstkreuz für sächsische Ärzte	93
	Sterbehilfe versus Sterbebegleitung	94
	Jahrestagung Kreisärztekammer Torgau-Oschatz	102
	Sie müssen Überstunden machen?	103
<b>Leserbrief</b>	Jörn Pomper	103
<b>Amtliche Bekanntmachungen</b>	Arzt als Homepage-Betreiber	105
	Vergütung ärztlicher Leistungen	106
<b>Mitteilungen der Geschäftsstelle</b>	Zwischenprüfung im Ausbildungsberuf „Arzthelferin/Arzthelfer“	107
	Internet-Ecke	108
	Konzerte und Ausstellungen in der Sächsischen Landesärztekammer	108
<b>Sächsische Ärzteversorgung</b>	Korrekturhinweis Beitragswerte 2002	108
<b>Mitteilungen der KVS</b>	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	109
<b>Originalie</b>	R. Ludwig Medizinische Graphologie	110
<b>Redaktionskollegium</b>	Ihr Beitrag im „Ärzteblatt Sachsen“ Impressum	111 111
<b>Leserbriefe</b>	Dr. med. W. Büttner Dr. med. Wolfram Hackel	112 112
<b>Buchbesprechungen</b>	Die Zecken – Borreliose	113
<b>Medizingeschichte</b>	Der Liebreich-Augenspiegel „Euthanasie“ in Pirna Sonnenstein 1940 bis 1941	113 115
<b>Personalia</b>	Prof. Dr. med. Klaus Rösner zum 80. Geburtstag Prof. Dr. med. Manfred Schönfelder zum 65. Geburtstag Unsere Jubilare im April	118 118 119
<b>Kultur und Kunst</b>	Ausstellung Andreas Hinkel	120
<b>Feuilleton</b>	H.-J. Gräfe Gedanken zum Osterfest	121
<b>Beilagen</b>	Fortbildung in Sachsen – Mai 2002	

Die Sächsische Landesärztekammer und das „Ärzteblatt Sachsen“ sind im Internet unter <http://www.slaek.de>, per e-mail: [dresden@slaek.de](mailto:dresden@slaek.de), die Redaktion: [presse@slaek.de](mailto:presse@slaek.de) und der „Sächsische Gesundheitslotse“ unter [www.gesundheitslotse-sachsen.de](http://www.gesundheitslotse-sachsen.de) zu erreichen/abrufbar.

## Kommt der gläserne Arzt?



**Zu Gast im Vorstand:  
Der Sächsische Datenschutz-  
beauftragte Dr. Thomas Giesen**

„Der Mensch ist zur Freiheit geboren und diese Freiheit wird im Grundgesetz geschützt. Der Arztberuf ist ein freier Beruf. Die Ärzte dürfen sich die Selbstverwaltung nicht aus der Hand nehmen lassen. Es darf kein staatliches Gesundheitssystem entstehen.“ Mit diesen Worten stieg der Gast der letzten Vorstandssitzung vom 6. Februar 2002, der sächsische Datenschutzbeauftragte Herr Dr. Thomas Giesen, in seinen Vortrag über „Datenschutz und Datentransparenz“ ein.

### **Berufsfreiheit kontra Staatsmedizin**

Die ärztliche Tätigkeit beruht seit 2500 Jahren auf dem Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Der Datenschutz dient dem Schutz von Menschen (Ärzten und Patienten) und damit dem Schutz dieses Vertrauensverhältnisses. Die von der Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt im Rahmen der Arztabrechnungen mit zentralen Rechenzentren und dem Zugriff der Krankenkassen geforderte Datentransparenz ist apokalyptisch zu nennen. Die Ärzteschaft wird mit den geplanten Regelungen in der Gesundheitspolitik nicht mehr froh. Schon die „Besserwisserei der Gesundheitsberater bei den Krankenkassen ist unerträglich“, so Dr. Giesen in der Vorstandssitzung. Dabei wird die Wissenschaftlichkeit des Arztberufes durch die Einführung von

Behandlungsmustern – Disease-Management-Programmen und Fallpauschalen – in Frage gestellt. In Zukunft wird ein Abweichen von den staatlich verordneten Leitlinien und Qualitätsstandards zum Zwecke der Forschung von den Krankenkassen auf der Grundlage dann bestehenden Rechts nicht mehr bezahlt. Qualitätsinnovationen sind dadurch schwer möglich, der Wissenschaftsstandort Deutschland letztlich gefährdet. Qualitätskontrolle im ärztlichen Beruf findet schon immer durch die Mechanismen der Selbstkontrolle und gegenseitigen Beobachtung statt. Eine Datenerhebung unter dem Deckmantel der Qualitätssicherung, die zu einem Machtzuwachs der Krankenkassen führt, muss abgelehnt werden.

Der derzeitige Weg gesundheitspolitischer Vorschläge geht nach Auffassung des sächsischen Datenschützers in Richtung einer Staatsmedizin! „Denn nach welchem Maßstab soll die Steuerung des Gesundheitssystems erfolgen? Und wer entwickelt die Steuerungsgrundlagen? Es sind politisch initiierte und interessierte Gremien, zumeist mit geringer Beteiligung der Ärzteschaft. Eine Änderung von einmal geschaffenen und rechtlich fixierten Grundlagen gestaltet sich bekanntermaßen sehr schwierig.“

### **Datentransparenzgesetz**

Giesen und die Datenschützer der anderen deutschen Bundesländer sind der Meinung, dass die derzeitige gesetzliche Lage zur Weitergabe von Patienten- und Abrechnungsdaten beibehalten werden sollte. Jedenfalls muss die Zwischenschaltung einer Vertrauensstelle zwischen Patient und Kasse in Betracht gezogen werden, wo die Daten der Patienten anonymisiert werden. „Ärzte sollten ebenfalls verlangen, dass eine Pseudonymisierung ihrer Namen in der Abrechnung vorgenommen wird, damit die Krankenkassen gar nicht erst in die Lage versetzt werden, den einzelnen Arzt wegen seines Vorgehens in der Behandlung überprüfen zu können. Dies kann even-

tuell durch die Kassenärztliche Vereinigung erfolgen. Die Krankenkassen müssen den Namen des einzelnen Arztes für die Abrechnung nicht kennen. Eine umfassende Kontrollmacht der Krankenkassen sollte verhindert werden. Ein Grundanliegen, nicht nur für Datenschützer, muss die Begrenzung von Macht bleiben, auch wenn das so manchem nicht gefällt“, so Giesen.

### **Kommt der gläserne Arzt?**

Das Datentransparenzgesetz und der geplante Gesundheitspass für Patienten führen zum „gläsernen Patienten und damit auch zum gläsernen Arzt“, so der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil Jan Schulze, in der Diskussion. Dieser Meinung schloss sich Dr. Giesen an. „Denn die Daten auf einem Gesundheitspass lassen nicht nur Rückschlüsse auf den Patienten, sondern auch auf den behandelnden Arzt zu. Und es ist leicht möglich, dass ein Patient unter sozialem Druck seine Daten weitergibt. Zu denken wäre an Eltern, Arbeitgeber oder auch andere Ärzte.“ Für ihn ist es ein letzter Versuch der Zentralisten, die Solidarität für alle Wechselfälle des Lebens im Gesundheitssystem zu erhalten. Der Zentralismus ist aber der Todesstoß für eine wissenschaftlich geprägte und auf einem Vertrauensverhältnis basierende Tätigkeit wie des Arztes. Verschiedene Ausbildungsrichtungen, Behandlungsmethoden, die wissenschaftliche Suche nach ärztlichem Erfolg und die Vielzahl an Praxen sind nicht durch Zentralismus regelbar.

### **Stärkere Eigenverantwortung der Patienten**

Die Kostenprobleme im Gesundheitswesen ließen sich nach Ansicht des Datenschützers durch eine stärkere Eigenverantwortung der Patienten lösen. „Eine Krankheit muss finanziell weh tun, also sind Tarife mit Selbstbeteiligung, Tarife mit Leistungsausschluss bei Alltagskrankheiten, Karenztage oder die Anhe-

bung der Beitragspflichtgrenze von 65 auf 67 oder 69 Jahre denkbar“. Die Verantwortung des Einzelnen für seine Gesundheit muss wieder in den Mittelpunkt aller Diskussionen treten.

### Kontra Gesundheitspolitik

Die grundsätzliche Richtung der aktuellen Gesundheitspolitik wird von Dr. Giesen als falsch eingeschätzt. Diese Ansicht deckt sich mit der Meinung des Vorstandes der Landesärztekammer. Deshalb muss die Ärzteschaft gemeinsam gegen die geplanten Regelungen vorgehen. Doch

die politische Schlagkraft der Ärzte wird wegen der internen Uneinigkeit als gering eingeschätzt. Ärzte schaden sich, wenn sie immer nur über Gebühren reden. Ärzte sind Fachleute und Personen des Vertrauens. Auf dieser Grundlage muss die Argumentation gegenüber der Politik erfolgen. Zuerst gilt es, die Probleme bewusst zu machen. Dazu kann man sich an Politiker wenden, verfassungsrechtliche Gutachten oder Versicherungsmathematiker zur Offenlegung von Schwachstellen heranziehen. Auch ausländische Ärzte könnten glaubwürdig als

Gutachter für Qualitätsmaßstäbe auftreten. Nicht zu vergessen die Medien. Einen wichtigen Beitrag dazu leistet bereits das „Sächsische Bündnis für Gesundheit 2000“ mit seinen gesundheitspolitischen Gesprächen. Auch die offensive Informationspolitik der Sächsischen Landesärztekammer, insbesondere des Präsidenten und der Vorstandsmitglieder, in den landes- und bundespolitischen Gremien ist für die Durchsetzung der ärztlichen Interessen sehr wichtig und fort zu führen.

Der Vorstand  
Sächsische Landesärztekammer

## Verdienstkreuz für sächsische Ärzte



Den Verdienstorden erhält Frau Dr. Petzold (r.) ...

Mit dem Verdienstkreuz des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland zeichnete der Sächsische Staatsminister für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie, Dr. Hans Geisler, am 15. Januar 2002 in Dresden im Auftrag von Sachsens Ministerpräsident, Prof. Dr. Kurt Biedenkopf, die Mediziner **Dr. Regina Petzold**, Dresden, **Dr. Manfred Büttig**, Pirna und **Dr. Infried Tögel**, Radebeul, aus. Dr. Regina Petzold aus Dresden erhielt das Verdienstkreuz für ihr einzigartiges Engagement beim Aufbau eines leistungsfähigen Jugendärztlichen Dienstes im Freistaat Sachsen. Für Sie stand eine optimale gesundheitliche Versorgung der Jüngsten

auf die Zukunft hin und auf der Grundlage moderner wissenschaftlicher Erkenntnisse im Mittelpunkt ihrer Arbeit. Dank ihrer Durchsetzungskraft gelang es in kürzester Zeit, einen in ganz Deutschland anerkannten Jugendärztlichen Dienst zu schaffen. Mit Beginn der 90er Jahre bemühte sich die Geehrte mit hohem persönlichen Einsatz um die Errichtung eines „Hauses des Kindes“ unter der Obhut des Gesundheitsamtes. In diesem Haus haben unter anderem eine Jugendzahnklinik, der Kinder- und Jugendärztliche Dienst, der sozialpsychiatrische Dienst Dresden-Mitte und die Schwangerenberatung des Gesundheitsamtes Platz gefunden. Frau Dr. Petzold arbeitet engagiert im Ausschuss „Öffentlicher Dienst“ der Sächsischen Landesärztekammer. Dr. Manfred Büttig erhielt die Auszeichnung für seine außerordentlichen Verdienste als Kreishygienearzt des ehemaligen Kreises Pirna. Er thematisierte die erheblichen gefährlichen Belastungen der Bevölkerung, die in den siebziger und achtziger Jahren beim Ausbau des Industriestandortes Pirna durch die chemische Industrie entstanden. Mit seiner Hilfe gelang die technische Nachbesserung der



... und Herr Dr. Büttig (r.) aus den Händen vom Sächsischen Sozialminister Hans Geisler

chemischen Anlagen um konkrete Gefahren für die Menschen in dieser Region zu mindern. Als Vorsitzender der Fachgruppe Gesundheits- und Sozialwesen in der Euroregion Elbe/Labe entstanden aufgrund seiner Initiative grenzüberschreitende Kommunikationslinien zu epidemiologischen Besonderheiten diesseits und jenseits der Grenze. Dr. Infried Tögel wurde mit der hohen Auszeichnung für den Aufbau der Telefonseelsorge in den 80er Jahren und deren Weiterführung nach 1989 geehrt.

kö

# Sterbehilfe versus Sterbebegleitung

Vorträge  
25. Kammerversammlung  
10. November 2001

## Aus der Sicht eines Berufspolitikers

Ethische Werte sind keine Modeerscheinungen der Postmoderne. Ethische Werte sind Prinzipien des Humanismus, – ihrem Wesen nach unverbrüchlich, vielleicht sogar naturgegeben. Wie schnell allerdings solche Werte durch Ignoranz, Ideologie oder schlicht durch eine Gebrauchsethik ersetzt werden können, zeigt schon ein kurzer Blick zurück in die Vergangenheit Nazideutschlands.

Das Euthanasie-Programm der Nazis, die Vernichtung so genannten lebensunwerten Lebens, nahm seinen Anfang in der Diskreditierung des Verbots aktiver Sterbehilfe! Die schrecklichen Folgen sind bekannt.

Die Entscheidung des niederländischen Parlaments hat die Debatte über Sterbehilfe auch hier zu Lande neu entfacht. Denn auch in Deutschland gibt es eine Bewegung, die auf die Abschaffung des Paragraphen 216 des Strafgesetzbuches hinarbeitet, in dem die Tötung auf Verlangen unter Strafe gestellt ist. Die Befürworter der aktiven Sterbehilfe geben Mitleid als Hauptmotiv für ihre Forderungen an und reklamieren das Recht eines jeden auf einen „selbstbestimmten Tod“. Ärzte sollten dieses Recht anerkennen und ihre Patienten nicht nur sterben lassen, sondern sogar zum Sterben verhelfen, so die Forderung der Euthanasie-Befürworter.

Nicht selten werden Vergleiche mit der Tiermedizin gezogen. So würden auch unsere Haustiere geplant gezüchtet, ihr Leben von den Besitzern gestaltet und der Zeitpunkt ihres Todes vom Besitzer sowie dem Tierarzt festgelegt. Dieser vollzöge dann auch die Tötung, um dem Tier Qualen zu ersparen. Menschen würden somit schlechter, unbarmherziger und inhumaner behandelt als ihre vierbeinigen Mitgeschöpfe.

Diese Argumentation kann durchaus große Wirkung entfalten, wie demoskopische Umfragen zeigen. Bei entsprechender Formulierung der Fragestellung

ist es sogar möglich, Zustimmungsraten zu so genannter aktiver Sterbehilfe von 70 Prozent und mehr zu erreichen. In einer aktuellen, vom Meinungsforschungsinstitut Forsa durchgeführten Umfrage sprechen sich 64 Prozent der Bundesbürger dafür aus, aktive Sterbehilfe auch in Deutschland zu erlauben. Die gestellte Frage lautete lapidar: „Sollte die aktive Sterbehilfe erlaubt werden?“ Kein Wort dazu, was aktive Sterbehilfe ist, was sie bedeuten kann und wie sie praktiziert wird.

Mir ist auch keine Umfrage aus jüngster Zeit bekannt, welche exakt unterscheidet zwischen *aktiver Sterbehilfe*, also gezielter Tötung eines Menschen etwa durch Einschläferung, und sogenannter *passiver Sterbehilfe* – auch Sterbebegleitung – also **Hilfe beim Sterben statt Hilfe zum Sterben**. Ich bin sicher: Würde hier sauber differenziert, die Mehrheit würde einer hochqualitativen ärztlichen und pflegerischen Sterbebegleitung den Vorzug geben. Das ergab auch eine Emnid-Umfrage Mitte dieses Jahres. Danach lehnen 56,6 Prozent der Bevölkerung aktive Sterbehilfe ab und befürworten stattdessen einen stärkeren Einsatz von Palliativmedizin und Hospizarbeit.

Deshalb wenden wir uns mit aller Macht gegen jeden Versuch, Ärzte zu staatlich legitimierten „Euthanatikern“ zu machen und unterstreichen den ärztlichen Auftrag, Leben zu erhalten, Leiden zu lindern, zu trösten und ein Sterben in Würde zu ermöglichen.

Am 11. September 1998 verabschiedete der Vorstand der Bundesärztekammer die „Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung“, die in beständiger Diskussion weiter vervollkommen werden.

Wesentliche Neuerungen und Inhalte bestehen im Folgenden:

1. **Die Ärzteschaft bekennt sich weiterhin entschieden gegen aktive Sterbehilfe** und steht als Berufsgruppe nicht zur Verfügung – im Gegensatz zur niederländischen Ärzteschaft.

Gründe für diese Haltung sind unter anderem:

- die Unverfügbarkeit des Lebens bzw. Irreversibilität des Todes,
  - die als notwendig angesehene Lebensgarantenpflicht der Ärzte,
  - die immer vorhandene Prognoseunsicherheit,
  - die heutzutage guten palliativmedizinischen Möglichkeiten der Leidensminderung,
  - die Gefahr, den Menschen in bestimmten Situationen leicht einreden zu können, dass es „schicklich“ sei, das Ende des Lebens selber zu wünschen,
  - das Wissen darum, dass der Wunsch zu sterben häufig nur einem Ruf nach Zuwendung entspricht und natürlich
  - die Dammbuchgefahr, auch im Hinblick auf die NS-Vergangenheit.
2. Es ist eine **unverzichtbare Basisbetreuung für alle Patienten** definiert worden, für die seitens der Ärzteschaft in jedem Fall zu sorgen ist. Es gibt keine Ausnahme von der Pflicht zur leidensmindernden Behandlung – auch nicht bei unreifen Neugeborenen.
3. Es darf **keinen Behandlungsabbruch** geben. Eine mögliche Behandlungsbegrenzung wird durch Änderung des Therapiezieles von kurativ zu palliativ definiert. Wenn Begrenzung geboten sein sollte, tritt palliativ-medizinische Versorgung in den Vordergrund.
4. Die Entscheidungen über Änderungen des Therapiezieles
- müssen dem Willen des Patienten entsprechen
  - dürfen niemals von wirtschaftlichen Erwägungen getragen sein und
  - sollten möglichst im Konsens mit Angehörigen und Pflegenden getroffen werden. Betont wird zudem, dass Bewusstlosigkeit und deren Dauer kein entscheidendes Kriterium für Therapiebegrenzung sein darf.
5. Die **Patientenautonomie** wird in allen Kapiteln sehr betont. Das gilt speziell auch für alle einwilligungsfähigen Patienten.
6. **Patientenverfügungen werden als verbindlich angesehen**. Trotzdem wird auf die schwierige Problematik der Verbindlichkeit hingewiesen.

Mit den Grundsätzen hat die Bundesärztekammer natürlich auch viele Probleme nicht klären können. Die gestellte Frage, inwieweit die Nahrungszufuhr über eine PEG eine ärztliche Maßnahme ist, auf die man gegebenenfalls verzichten kann oder ob es sich dabei immer um unverzichtbare (pflegerische) Basisbetreuung handelt, ist nicht endgültig geklärt. Zumindest aber ist betont worden, dass auch bei schwersten zerebralen Schädigungen und anhaltender Bewusstlosigkeit aus Sicht der Ärzteschaft auf die Nahrungsgabe über die PEG nicht verzichtet werden darf.

Meinungsumfragen bei Ärzten und Pflegepersonal in Rheinland-Pfalz und in Sachsen zeigen, dass es erhebliche Probleme und Unsicherheiten mit dieser Problematik gibt und dass zum Beispiel die Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung der Bundesärztekammer und auch die Handreichungen zu Patientenverfügungen ihren Zweck bisher nicht erreicht haben. Auch deshalb scheint es mir sehr sinnvoll zu sein, diese Thematik auf möglichst vielen Ebenen zu diskutieren und damit weiter ins Bewusstsein zu rücken.

Ergebnisse solcher Befragungen zur Sterbebegleitung haben gezeigt, dass Ärzte und medizinisches Fachpersonal häufig mit dieser Problematik konfrontiert werden, sich selber aber wenig zu der Thematik fortbilden und sich auch schlecht ausgebildet fühlen.

Als weitere Problemfelder und Wünsche werden genannt:

- Eindeutige (juristische) Klärung für ärztliches Verhalten am Ende des Lebens,
- Angst/Unsicherheit gegenüber Juristen, deshalb oft Defensivmedizin und Entscheidung gegen das eigene Gewissen,
- Schwierigkeiten mit der juristischen Verbindlichkeit von Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten,
- Wunsch nach Musterverfügungen mit zentraler Archivierung,
- Unsicherheiten beim Übergang von kurativer zu palliativer Medizin,

- Klagen über fehlende Regeln und Leitlinien zur begründeten Reduktion ärztlicher Maßnahmen,
- Annahmen verstärkter Lehraktivitäten und Vorbildwirkung in der Aus-, Weiter- und Fortbildung,
- Hinweise auf Unterversorgung bei Schmerz und Palliativversorgung einerseits und „Überbehandlung“ mit unsinniger Lebensverlängerung.

Weitere Stichworte aus den Befragungen lauten:

- „Was ist Menschenwürde; wie ist sie definiert?“
- „Wie sollte das Zusammenwirken mit dem Pflegesektor erfolgen?“ Pflegen-de denken oft anders als Ärzte.
- „Ist Sterben in der Rettungs- und Not-

fallmedizin ein Versagen der Intensivmedizin?“

- „Ist die PEG-Anlage in Altersheimen etwa ‚Nichtzulassung des Sterbens‘ oder gar ‚Zwangsernährung‘?“

Aus dem Gesagten geht hervor, dass erhebliche Defizite im Umgang mit Sterbenden in der medizinischen Profession vorzuliegen scheinen.

Ärzte haben Angst vor der Diskussion um die Sterbebegleitung, weil sie darunter fälschlicherweise „aktive Sterbehilfe“ verstehen und Sorge vor einem „Dammbruch“ haben. Im Zusammenhang mit der Euthanasie im Dritten Reich und den Diskussionen in den Niederlanden möchte man am liebsten auf einen Diskurs in Deutschland verzichten.

# Sterbehilfe versus Sterbebegleitung

Da ein solches „Vermeiden“ die anstehenden täglichen Probleme nicht lösen hilft, haben wir ganz bewusst dieses Thema heute angesprochen.

Als weiteren Denkanstoß möchte ich Sie mit einigen Thesen zur Sterbebegleitung meines Kollegen Prof. Beleites, Präsident der Ärztekammer Thüringen, konfrontieren:

1. Ärzte sind zu wenig über Sterbebegleitung ausgebildet.
2. Ärzte bilden sich zu diesem Thema zu wenig fort.
3. Juristische Unklarheiten überschatten das Feld.
4. Ärzte sind in der Mehrzahl zurzeit noch nicht in der Lage, Patienten bei der Aufstellung von Patientenverfügungen behilflich zu sein.
5. Obgleich die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen problematisch ist (weil die Prognose immer unsicher ist, weil der Wille sich häufig ändert, weil die vorherige Aufklärung nie exakt stimmt), sollten Ärzte Patientenverfügungen als Chance verstehen, das Verhältnis zwischen Patienten und Ärzten zu verbessern und das Sterben wieder mehr in das Leben zu holen.
6. Selbst die bekannten Definitionen wie
  - aktive Sterbehilfe, passive Sterbehilfe
  - Hilfe beim, im und zum Sterben
  - indirekte und direkte Sterbehilfe
 sind durch die Entwicklung der Medizin unklar und bedürfen ständig einer Konkretisierung, so wie es heutzutage den sogenannten „natürlichen Tod“ kaum noch gibt.
7. Sterben ist sehr unterschiedlich und wird von den einzelnen Arztgruppen ausgesprochen different wahrgenommen. Allgemein verbindliche Leitlinien sind deshalb unmöglich.

Zum Schluss: **„Memento mori“ – Gedanke, dass Du sterblich bist.**

Jeder hat das Recht auf einen würdigen Tod, niemand aber hat das Recht darauf, getötet zu werden.

## Aus der Sicht eines Juristen

### 1. Themeneinführung

Am Anfang soll ein Definitionsversuch stehen. Unter Sterbehilfe verstehe ich jede Form von Lebensverkürzung, also Hilfe zum Sterben. Sterbebegleitung hingegen ist jede Form von Zuwendung, die der Sterbende während des Sterbeprozesses erhält, also Hilfe beim Sterben.

Juristisch unterscheiden sich Sterbehilfe und Sterbebegleitung fundamental. Die Sterbebegleitung ist Aufgabe des Arztes, die er zu erfüllen hat. Sterbehilfe ist grundsätzlich verboten und strafbar. Prinzipiell muss der Arzt also die eine Form erbringen, die andere darf er nicht erbringen, sondern hat sie zu unterlassen.

Nicht verschwiegen sei freilich, dass beide Erscheinungsformen in der Praxis nicht immer so scharf getrennt werden können. Den Arzt können beide Pflichten – nicht zu töten und die notwendige Sterbebegleitung zu leisten – in einer Weise treffen, dass er nur eine von beiden zu Lasten der anderen erfüllen kann. So kann etwa aus palliativen Gründen eine Medikation notwendig sein, die lebensverkürzend wirkt (mittelbare Sterbehilfe).

### 2. Sterbebegleitung

Die Sterbebegleitung ist eine ärztliche Aufgabe, deren Umfang sich aus dem erforderlichen ärztlichen Tun, dem Standard ergibt. Was diesbezüglich alles von einem Arzt verlangt werden kann, bestimmen die Ärzte selbst durch ihr einschlägiges Handeln. Juristen haben nur die Möglichkeit zu überprüfen, ob im Einzelfall das ärztliche Tun dem Standard entsprochen hat. Diese Frage wird ein Jurist allenfalls bei krasser Sachverhaltsgestaltung alleine beantworten können. In der überwiegenden Anzahl der Fälle muss er auf einen medizinischen Gutachter zurückgreifen. Deshalb kann ich als Jurist zu diesem Aspekt meines Themas auch nur wenig beitragen.

### 3. Sterbehilfe

Das sieht bezüglich der Sterbehilfe ganz anders aus, weil es insoweit gesetzliche Vorgaben gibt, die vom Arzt eingehalten

werden müssen. Das Thema bedarf insoweit noch einer Ausdifferenzierung und zwar zunächst einmal in die Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe, die dann weiterer Differenzierung bedarf.

Unter aktiver Sterbehilfe verstehen wir eine Lebensverkürzung durch ärztliches Tun, zum Beispiel das Setzen einer tödlichen Spritze. Hierher gehören auch die lebensverkürzende Medikation aus palliativen Gründen sowie die Beihilfe zur Selbsttötung. Passive Sterbehilfe meint den Behandlungsverzicht beim Sterbenden, das Sterbenlassen, das Nichtaufhalten des Sterbevorganges.

Grundsätzlich ist nach deutschem Recht jede Form der Lebensverkürzung verboten und daher strafbar. Wer also einen Sterbenden tötet und dessen Leben auch nur um wenige Minuten verkürzt, verstößt gegen ein im Strafgesetzbuch normiertes Verbot und macht sich daher strafbar. Dabei unterscheidet das deutsche Strafrecht unter bestimmten Voraussetzungen (Garantenstellung des Täters) in der Rechtsfolge nicht zwischen Töten durch aktives Tun und Töten durch Unterlassen. Die Mutter, die ihr Kind verhungern lässt, macht sich ebenso strafbar wie diejenige, die ihr Kind erschlägt.

Auch das Unwerturteil hängt nicht unbedingt von dieser Unterscheidung ab. Je nach Fallgestaltung empfinden wir bei der Mutter, die ihr Kind verhungern lässt, es also passiv tötet, mehr Abscheu als bei der Mutter, die ihr Kind erschlägt.

Bei den Unterlassensdelikten kann die Strafbarkeit aber nicht alle möglichen „Täter“ treffen. Schließlich haben Milliarden von Menschen dem verhungerten Kind nichts zu essen gegeben. Diese können nicht alle für seinen Tod verantwortlich gemacht werden. Vielmehr bedarf es einer besonderen Beziehung zwischen dem „Täter“ und dem Opfer, der sogenannten Garantenstellung. Nicht nur die Eltern sind Garanten für ihre Kinder, sondern zum Beispiel auch Ärzte für ihre Patienten. Fehlt es an einer Garantenstellung, kann immer noch eine Strafbarkeit

# Sterbehilfe versus Sterbebegleitung

gemäß § 323c StGB (unterlassene Hilfeleistung) vorliegen. Ist auch das nicht der Fall, so ist der „Unterlasser“ kein Täter im Sinne des deutschen Strafrechts. Töten durch aktives Tun und durch Unterlassen sind zunächst einmal keine geeigneten Unterscheidungen zwischen Erlaubt- und Verbotensein. Das gilt auch für die aktive und passive Sterbehilfe.

## 4. Die Bedeutung des Willens des Sterbenden

### a) Allgemein

Es muss also noch ein weiteres Element hinzukommen und das ist der Wille des Sterbenden.

Grundsätzlich gilt, dass keine ärztliche Behandlung und demzufolge auch keine lebensverlängernde Maßnahme ohne die Einwilligung des Patienten erfolgen darf. Die zivilrechtliche Rechtsprechung zur ärztlichen Aufklärungspflicht hat das immer, auch in dieser Konsequenz, betont. Das bedeutet allerdings nicht, dass der Arzt alles tun darf oder sogar muss, was der Patient von ihm verlangt. Vielmehr rechtfertigen drei Elemente das ärztliche Tun: die Indikation, die Einwilligung und die fachgerechte Durchführung. Alle ärztlich nicht (mehr) indizierten Behandlungsmaßnahmen werden daher auch durch die Einwilligung nicht gerechtfertigt. Das kann den Arzt praktisch vor große Schwierigkeiten stellen, ist aber in diesem Zusammenhang nicht das aktuelle Problem. Hier handelt es sich vielmehr im Gegenteil um den Patientenwillen zur Lebensbeendigung. Zu untersuchen ist also zunächst einmal, welches Gewicht dem Patientenwillen zukommt. Für diese Fragestellung gewinnt nun die Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe an Bedeutung.

### b) Bei der passiven Sterbehilfe

Wenn der Patient nicht in die lebensretende Behandlung einwilligt, darf der Arzt diese nicht durchführen. Der Arzt muss den Patienten sterben lassen, und zwar auch dann, wenn er noch zu retten wäre, es sich also nicht um ein prolongiertes Sterben handelt. Die fehlende Einwilligung des Patienten rechtfertigt das ärztliche Unterlassen.

### c) Bei der aktiven Sterbehilfe

Anderes gilt für die aktive Sterbehilfe, deren Strafbarkeit im StGB ausdrücklich auch für den Fall ausgesprochen ist, dass eine Einwilligung des Getöteten vorliegt. § 216 Abs. 1 StGB lautet: „Ist jemand durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt worden, so ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu erkennen.“ Die juristische Diskussion um den Geltungsumfang dieser Norm ist hochdiffizil, jedoch besteht im Ergebnis weitgehende Einigkeit, dass nur die aktive Sterbehilfe von der Strafbarkeit erfasst werden soll.

### d) Spezielle Fallgestaltungen bei der aktiven Sterbehilfe

In diesem Zusammenhang sind drei Fallgestaltungen zu nennen: die Beihilfe zur Selbsttötung, die schmerzlindernde Medikation, die als unbeabsichtigte Nebenwirkung das Leben verkürzt, und das Abstellen lebenserhaltender Geräte.

Die Beihilfe zur Selbsttötung ist straffrei, weil die Selbsttötung es auch ist. Von daher sind die juristischen Probleme *prima vista* gering. Die Frage, ob derartige Beihilfehandlungen arztethisch vertretbar sind, müssen Sie sich beantworten. Meiner Meinung nach sind sie es nicht.

Bei der schmerzlindernden Medikation, die das Leben verkürzt, fällt die juristische Antwort im Ergebnis wiederum viel einfacher aus als in der Begründung. Eine solche Behandlung ist zulässig, wohl auch geboten. Die Rechtsordnung kann vom Arzt nicht die Erfüllung zweier sich widersprechender Pflichten verlangen. Eigentlich müsste die Pflichtenkollision abstrakt zu Gunsten des höheren Rechtsgutes entschieden werden, aber in der konkreten Situation bedeutete das Verweigern von schmerzlindernden Mitteln eine unmenschliche Behandlungsweise. Im übrigen wird in der aktuellen Diskussion häufig betont, dass bessere und effektivere Schmerzlinderung im Sterbeprozess vielfach den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe verstummen lassen würde.

Das Abstellen lebenserhaltender Geräte wird von den Juristen überwiegend nicht

als aktives Tun angesehen, sondern als passive Sterbehilfe. Das strafrechtlich relevante Verhalten sei nicht das Abstellen der Maschine, sondern das Sterbenlassen. Außerdem dürfe es von der Wertung her keinen Unterschied machen, ob zunächst einmal der Geräteeinsatz versucht werde oder ob von Anfang an darauf verzichtet wird. Im Interesse des Patienten soll ein Behandlungsversuch erfolgen, ohne dass der Arzt Gefahr läuft, wegen des folgenden Abbruchs bestraft zu werden. Alle drei speziellen Fallgestaltungen der aktiven Sterbehilfe werden also juristisch behandelt wie die passive Sterbehilfe, so dass sich die unterschiedlichen Rechtsfolgen doch aus zwei Grundmustern ergeben.

## 5. Die Feststellung des Willens des Sterbenden

### a) Allgemein

Ein Problem habe ich bisher bewusst ausgeklammert, wie nämlich der Wille des Sterbenden festgestellt werden kann. Dieses Problem dürfte für die Ärzte das praktisch wichtigste sein. Ganz einfach zu beantworten ist es auch für den Juristen nicht. Dabei kommt es entscheidend auf die Aktualität der Willensäußerung an, sowie auf den Bezug zur konkreten Situation.

### b) Die aktuelle Äußerung des einwilligungsfähigen Patienten

Als Idealfall ist der einwilligungsfähige Patient anzusehen, der nach Information durch den Arzt seine Lage erkennt und in Kenntnis aller Umstände die Behandlung verweigert. Selbst wenn er im Laufe des Sterbeprozesses sein Bewusstsein verliert, ist seine letzte Willensäußerung so aktuell, dass sie auch nun noch als gültig anzusehen ist.

### c) antizipierte Willenserklärungen

Das deutsche BGB kennt zwei Formen der antizipierten Willensäußerung: Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten. Patientenverfügungen enthalten in schriftlicher Form – häufig als Vordruck – Willensäußerungen für den Zeitraum, in dem der Sterbeprozess schon eingetreten und der Patient nicht mehr artikulationsfähig ist. Vorsorgevollmachten er-

# Sterbehilfe versus Sterbebegleitung

mächtigen einen Vertreter, für den Patienten einzuwilligen, wenn dieser nicht mehr einwilligungsfähig ist. Beide Mittel sind geeignet, den Willen des Patienten in die Entscheidungsfindung am Sterbebett einzubringen, allerdings unter der Prämisse, dass eine solche antizipierte Willenserklärung erstens möglichst konkret und zweitens möglichst aktuell sein soll.

## d) Der Betreuer

Fehlt es an vorgezogenen Willensäußerungen und wird der Patient einwilligungsunfähig, so sind nicht seine Angehörigen für ihn einwilligungsberechtigt, sondern es muss in einem förmlichen Verfahren ein Betreuer für dieses Aufgabengebiet bestellt werden. Dessen Wille, der allerdings am Wohl des Patienten/ Sterbenden orientiert sein muss, ist dann maßgeblich und bindend. Hier gewinnt die medizinische Indikation breiten Raum. Ob daneben noch die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts erforderlich ist (§ 1904 Abs. 1 BGB), ist in der Rechtsprechung und im juristischen Streit nicht geklärt.

## 6. Schluss

Ich hoffe, mir ist es gelungen, Ihnen zumindest die grundsätzlichen juristischen Fragen, wenn auch nicht unbedingt immer zugleich die Antworten deutlich zu machen. Bedauerlicherweise sind die Grenzen zwischen Sterbebegleitung, Sterbensverkürzung, Lebensverkürzung, Selbsttötung und Tötung auf Verlangen, praktisch bei weitem nicht so einfach zu erkennen wie in der Theorie. Die Konturen verschwimmen häufig. Auch ist die praktische Handhabung der Einwilligung nicht so einfach wie in der theoretischen Begründung. Hinzu kommt eine gewisse Diskrepanz in der Rechtsprechung der Zivilgerichte zur Aufklärungspflicht und der Straferichte zur Sterbehilfe. Das alles zeigt, dass Ärzten und Juristen auf diesem Felde noch viel zu tun bleibt. Dabei wird hoffentlich die Tendenz erhalten bleiben, unabhängig von der dogmatischen Begründung, praktikable Ergebnisse zu erzielen.

Prof. Dr. Bernd-Rüdiger Kern  
Universität Leipzig, Juristenfakultät  
Burgstraße 27, 04109 Leipzig

## Gedanken aus ärztlicher Sicht

Menschen, die sich einer Gefahr ausgesetzt sehen, durchlaufen nahezu regelhaft bestimmte Phasen der Auseinandersetzung mit dieser Bedrohungssituation. Nach anfänglichem Schock sind Nicht-Wahrhaben-Wollen, Aggressivität, Verhandeln, Depression und Zustimmung typische Reaktionsweisen, die je nach Persönlichkeitsstruktur und zeitlebens eingeübten Verhaltenschemata in unterschiedlicher Reihenfolge, Intensität des Erlebens und Auslebens sowie unter Umständen mit Phasenwiederholungen ablaufen. Dr. Elisabeth Kübler-Ross hat in ihren Studien zur Situation Sterbender die oben genannten Phasen „Sterbephase“ genannt. Wir wissen heute, dass sie eine viel weiterreichende Gültigkeit haben.

### Erklärungsmodell

#### der Krankheit nach Thomae

Zwingt eine Erkrankung zu intensiverer Auseinandersetzung, so entwickeln Menschen sehr unterschiedliche Erklärungsmodelle für ihre Situation. Krankheit wird in einem Modell nach Thomae als Herausforderung oder Feind, als Gewinn, Strafe, Verlust oder Schicksal verstanden. Darüber hinaus erleben wir Menschen, die ihre Krankheit als Schwäche, als Erleichterung, als Strategie oder als Wert interpretieren.

#### Der Krankheitsbearbeitungsprozess

Unterschiedlich intensiv ist der Prozess der Auseinandersetzung mit der Erkrankung, auch Coping. Er reicht vom konsequenten Verleugern über den mehr oder minder lauten Ruf nach Hilfe bis zum Akzeptieren der Erkrankung und Entwicklung aktiver Strategien für das weitere Leben mit dieser Bedrohung. Dabei unterscheiden wir handlungsbezogene, kognitionsbezogene und emotionsbezogene Copingstrategien.

Eine unheilbare Erkrankung, das nahe Lebensende oder die Angst vor einem schmerzreichen Weg bis dorthin werden von sehr vielen Menschen als eine solche Bedrohungssituation empfunden und lösen entsprechende Reaktionen aus. Sie

reichen vom defensiven Nicht-Zulassen über die evasive Flucht, die aggressive Gegenwehr bis zum Sich-Anpassen und Entwickeln leistungsbezogener Techniken im aktiven Einfluss-Nehmen auf die weitere Diagnostik und Therapie.

Eine mögliche Reaktion ist also die Flucht. Eine Fluchtmöglichkeit scheint der Freitod zu sein, eine andere die Tötung auf Verlangen. Medienberichte und Umfrageergebnisse erwecken den Eindruck, dass diese Fluchtmöglichkeiten von einem Großteil der Bevölkerung akzeptiert, ja gewünscht werden. Meine Erfahrungen als Stationsärztin einer Palliativstation widersprechen diesem Eindruck.

## Palliativmedizin

### WHO-Definition

Palliativbetreuung ist die ganzheitliche Betreuung von Patienten, deren Erkrankung keiner kurativen Behandlung zugeführt werden kann. Kontrolle von Schmerz, anderen Symptomen sowie von psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen stehen im Mittelpunkt. Ziel der Palliativbetreuung ist die Schaffung der bestmöglichen Lebensqualität für die Patienten und ihre Familien.

Am 10. April 2000 konnte am Krankenhaus St. Joseph-Stift Dresden eine Palliativstation mit 10 Betten eröffnet werden. Einrichtungen dieser Art gibt es in Sachsen darüber hinaus an der HUMAINE-Klinik in Dresden, am St. Georg-Krankenhaus und am St. Elisabeth-Krankenhaus in Leipzig sowie am Onkologischen Fachkrankenhaus in Schwarzenberg. Im Aufbau befindlich ist eine Palliativstation am St. Carolus-Krankenhaus in Görlitz. Ab etwa 1995 habe ich in den Anamnesegesprächen bei Aufnahme infaust erkrankter Menschen die Frage „Was ist Ihnen angesichts der Schwere Ihrer Erkrankung jetzt besonders wichtig?“ gestellt. Tabelle 1 gibt die Antworten der Patienten in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit wieder.

In den ersten 12 Monaten des Stationsbe-

Tabelle 1: Wünsche und Bedürfnisse Schwerkranker und Sterbender

- keine Schmerzen zu haben
- keine Last zu sein
- gebraucht zu werden
- Beschwerden verstehen und als erträglich erleben zu können
- Vertrauen zu haben
- Gesprächsbereitschaft zu finden
- zu Hause zu sein
- bis zuletzt Hoffnung haben zu dürfen
- Wahrhaftigkeit im Umgang miteinander
- nicht einsam sein zu müssen

stehens wurden 263 Patienten behandelt, die um ihre unheilbare und in absehbarer Zeit zum Tode führende Erkrankung wussten. Von ihnen verstarben während des stationären Aufenthalts 124 Menschen.

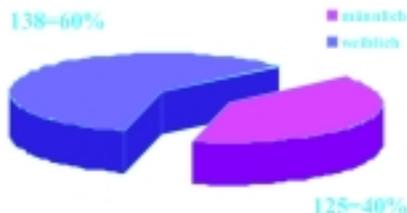


Abb. 1: Betreute Patienten 10. 4.2000 bis 10. 4.2001

Den folgenden Zahlen aus Dresden sind die Erhebungen der Palliativstationen in Bonn und Erfurt gegenübergestellt. Die Bonner Palliativstation gehört zu den erfahrensten Einrichtungen dieser Art in Deutschland, die Erfurter zu den ersten in den Neuen Bundesländern.

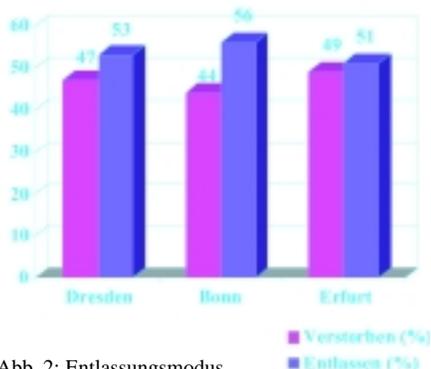


Abb. 2: Entlassungsmodus

Hauptgrund für die stationäre Einweisung der Patienten war der Schmerz. Von ihnen hatten etwa 80% starke und stärkste Schmerzen (VAS 6-10).

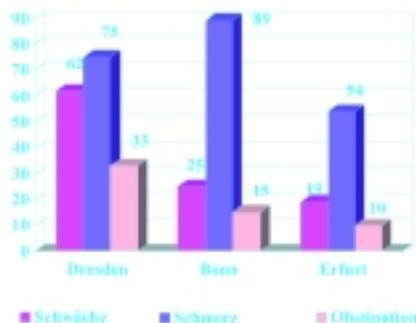


Abb.3: Einweisungsgrund Schmerz

Mit den Möglichkeiten medikamentöser Schmerztherapie (orale, transdermale, intermittierende oder kontinuierliche parenterale Gabe) konnte für mehr als 90% von ihnen eine zufriedenstellende Schmerzlinderung innerhalb kurzer Zeit erreicht werden.

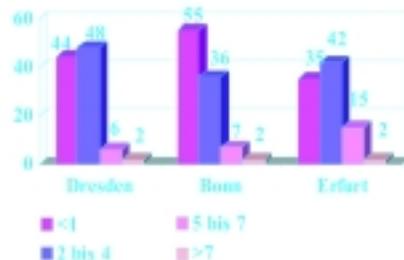


Abb. 4: Tage bis zur deutlichen Schmerzlinderung (Abnahme um VAS 6)

Allen Patienten wurde, wenn sie dies wünschten, eine intensive, helfend-begleitende Auseinandersetzung mit dem nahen Lebensende ermöglicht. Dazu steht ein multiprofessionelles Team aus Ärzten, Pflegenden, Psychologin, Seelsorger, Sozialarbeiterin, Physiotherapeuten und Musiktherapeutin zur Verfügung.

**Wunsch nach aktiver Sterbehilfe**

Zwölf Patienten haben die Möglichkeit aktiver Sterbehilfe für sich in Erwägung gezogen. Den meisten konnte die Angst vor einem schmerzvollen Lebensende ge-

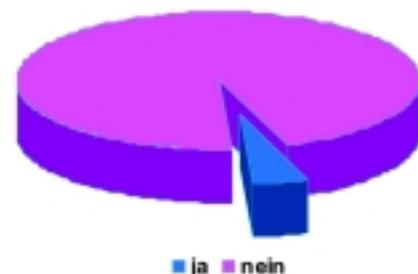


Abb. 5: Wunsch nach aktiver Sterbehilfe

nommen werden. Ein würdevolles Leben bis zuletzt wird offensichtlich von unheilbar kranken und sterbenden Menschen einer vorzeitigen Beendigung des Lebens vorgezogen.

**Realitäten**

Wie sehen jedoch die Realitäten unserer Patienten am Lebensende aus? Erhebungen der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zeigen, dass nur etwa 30% der an einer fortgeschrittenen Tumorerkrankung leidenden Menschen eine effiziente Schmerztherapie erhalten. Die schmerztherapeutische Grundausbildung ist sowohl im Medizinstudium als auch in nahezu allen Fachdisziplinen unzureichend. Hinzu kommen Defizite im Wissen um eine gute Symptomkontrolle, im Kommunikationsbereich und in ethischen Fragen. Besonders erschwert wird die hausärztliche Versorgung final erkrankter Menschen außerdem durch die bestehenden Abrechnungsbedingungen (fehlendes und unzureichend refinanziertes Pflegepersonal für die zeitintensive häusliche Pflege des sterbenden Menschen, meist fehlendes Zeitkontingent und fehlende Refinanzierungsmöglichkeiten für unter Umständen mehrmalige Hausbesuche am Tag etc.). Die Menschen vereinsamen mehr und mehr, Familie entfällt als Schutzraum für ein Sterben zu Hause. Sind Angehörige dazu bereit, das Lebensende eines nahen Menschen zu begleiten, so stehen die Sorge um den Arbeitsplatz oder um die entsprechende berufliche Verfügbarkeit dem entgegen. So findet, wenn nicht Hospizeinrichtungen eine Entlastung

## Sterbehilfe versus Sterbebegleitung

für die Familie oder sogar einen Familienersatz schaffen, das Sterben in immer größerem Umfang in Institutionen statt, obwohl dies von den Betroffenen in überwiegender Zahl nicht gewünscht wird. Auch wenn sich in den letzten Jahren Hospizarbeit und Palliativmedizin deutlich entwickelt haben, so erleben wir noch immer eine weitgehende Tabuisierung von Sterben und Tod. Nicht nur den Betroffenen und ihren Angehörigen, sondern auch uns Helfern fehlen Erfahrungswissen, Traditionen und Riten im Umgang mit Sterben, Tod und Trauer. Die wissenschaftliche Präsenz der Thanatologie ist unzureichend.

### Alternativen

Wollen wir den Rufen nach Legalisierung aktiver Sterbehilfe im Sinne einer Flucht vor dem angst- und schmerzvollen Lebensende als Ärzte kompetent und wirksam begegnen, so ist es dringliche Aufgabe, die Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Kollegen in Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Kommunikation und ethischer Kompetenz zu verbessern. Vernetzung, Ausbau und intensivere Nutzung der bestehenden Angebote in Schmerzambulanzen, Palliativstationen, qualifizierten Palliative-care-Pflegediensten und Hospizeinrichtungen sind zu ermöglichen. Home-care-Projekte wie etwa in Berlin, Göttingen oder Greifswald haben

längst bewiesen, dass es Alternativen zum institutionalisierten Sterben gibt, die nicht nur den Wünschen der Betroffenen eher entsprechen und außerdem weniger kostenintensiv sind. Sie sollten auch hierzu-lande aufgebaut und gefördert werden. Stellen wir uns also immer wieder neu der Aufgabe, dem unheilbar kranken und sterbenden Patienten ein kompetenter ärztlicher Begleiter zu sein und klagen wir Rahmenbedingungen ein, die uns dies ermöglichen!

Barbara Schubert  
FÄ für Innere Medizin  
Lt. Oberärztin der Palliativstation am  
Krankenhaus St. Joseph-Stift  
Wintergartenstraße 15-17, 01307 Dresden

## Jahrestagung der Kreisärztekammer Torgau-Oschatz

23. 11. 2001  
Schmannewitz

Als hochrangige Gäste begrüßte der Vorsitzende, Dr. Oswald Petter, den Sächsischen Staatsminister für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie, Dr. Hans Geisler, den Landtagsabgeordneten, Frank Kupfer (CDU), und den Vorsitzenden der Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, Dipl.-Med. Ralf-Rainer Schmidt. In seiner Rede über die gegenwärtige gesundheitspolitische Situation in Deutschland nahm Gesundheitsminister Dr. Hans Geisler zu aktuellen gesundheitspolitischen und sozialen Problemen Stellung (Probleme der Kostensteuerung im Gesundheitswesen, Altersstruktur im Bereich der Allgemeinmedizin und in anderen Fachbereichen, Probleme der Ärzteabwanderung und anderes).

Die steigende Lebenserwartung der Bevölkerung und die sich ständig verbessernden medizinischen Möglichkeiten in Diagnostik und Therapie in nahezu allen Morbiditätsbereichen verursachen immens zunehmende personelle und finanzielle Leistungsanforderungen. Die dadurch entstandenen finanziellen Zwänge erfordern



Staatsministerium Dr. Hans Geisler,  
Dr. Dieter Thomas, Dr. med. habil. Oswald Petter,  
Frank Kupfer

neue Lösungswege. Der für die nächsten Jahre zu prognostizierende Ärztemangel bereitet große Sorge, zumal bereits jetzt Anforderungen und Arbeitszeitüberschreitungen die Grenzen der Leistungsfähigkeit der Ärzteschaft erreicht haben oder diese überschreiten.

In einer lebhaften Diskussion wurde besonders auf die bedrohlichen Folgen der demographischen Entwicklung hingewiesen, die sich aus der Diskrepanz zwischen steigender Lebenserwartung und den ungünstigen Geburtenzahlen ergeben. In einem Diskussionsbeitrag über Steue-

rungsmöglichkeiten mit dem Arzneimittelbudgetabläsegesetz, Fremdkassenzahlungsausgleich, Durchsetzung des Wohnortprinzips etc. orientierte der Vorsitzende der Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, Dr. Ralf-Rainer Schmidt, in kritisch-analytischer Sicht über prinzipielle Lösungsmöglichkeiten.

Im Fortbildungsteil der Veranstaltung sprach Prof. Dr. Gunter Göretzlehner (Torgau) über Risiken und Nutzen der Hormontherapie. Er verdeutlichte hier unter anderem die Aktualität und Komplexität der Hormontherapie und ihre fachübergreifende Bedeutung für Frau und Mann.

Mit dem Finanz- und Jahresbericht des Kammerbereiches (Vorstandstätigkeit, Ehrungen, Seniorenarbeit, jährlicher Ärztefamilienausflug etc.) wurde die Versammlung geschlossen.

Dr. med. habil. Oswald Petter  
Vorsitzender der Kreisärztekammer  
Torgau-Oschatz

## Sie müssen Überstunden machen?

Ausschuss Junge Ärzte

Damit Sie in Zukunft nicht solche dummen Antworten kriegen, sollten Sie die neuesten Entwicklungen auf dem deutschen Arbeitsmarkt genau beobachten. Diese deuten auf eine Verknappung der verfügbaren Arbeitskräfte (siehe ansteigenden Umfang des Stellenanzeigenteils im Deutschen Ärzteblatt) hin. Dies hat schon zu Reaktionen der privaten Klinikträger geführt. Diese bieten AiP übertarifliche Bezahlung an. Wie der Ausschuss „Junge Ärzte“ aus den kürzlich veröffentlichten Zahlen der KBV entnehmen konnte, wird sich der Trend zur Verknappung in den nächsten Monaten eher verstärken. Dies wird auch die öffentlichen Krankenhausträger angesichts drohender Engpässe bei der Versorgung demnächst zum Handeln zwingen. Damit dies nicht erst passiert, wenn das Kind in den Brunnen gefallen ist – respektive die AiP an den Polarkreis abgewandert sind – wollen wir alle Ärzte ermuntern, offen über die notwendige Anerkennung von Überstunden im Krankenhaus und die Umgestal-

tung des Klinikbereitschaftsdienstes zu sprechen (Denken sie als Betroffene in diesem Zusammenhang unbedingt einmal über die Länge der Weiterbildungsbefugnis ihres Chefs nach). Damit scheinen sich die auf dem 104. Deutschen Ärztetag aufgebrochenen Probleme (Zitat: „Die Ausbeutung in deutschen Kliniken ist eine Schweinerei“) eventuell schneller und klarer über den Arbeitsmarkt zu regeln, als noch vor wenigen Monaten erwartet. Man darf gespannt sein, welche Auswirkungen die kommenden Urteile deutscher Gerichte zur Umsetzung des „Bereitschaftsdiensturteils“ des EuGH haben. Mit der offenbar vom Markt erzwungenen ansteigenden Vergütung im AiP und durch die radikale Studienreform (wie sie seit diesem Sommer von allen Beteiligten gewollt wird) wird sich das Interesse der Politik an der Aufrechterhaltung des AiP als Ausbildungsabschnitt wohl eher abkühlen, als durch die bisherigen Resolutionen. Die Sächsische Landesärztekammer bietet nach unserer



Illustration umgezeichnet nach H. Crasemann (1983)

Überzeugung ein Forum, über Veränderungen in unserem Berufsalltag zu sprechen; über die nachzudenken kürzlich noch unschicklich erschien.

Dr. med. Klaus Lorenzen, Dr. med. Friedemann Reber  
 Ausschuss Junge Ärzte: [www.slaek.de/gremien](http://www.slaek.de/gremien)

## Leserbrief

Sehr geehrte Damen und Herren,

Anlässlich eines Leitartikel in der Leipziger Volkszeitung vom 26.1.02 („Ärztemangel – Green Card für Mediziner“) möchte ich Sie um Beachtung folgender Meinung bitten:

Als ich 1995 mit dem Medizinstudium begann, hieß es, im Jahre 2000 wären ca. 60 000 Ärzte arbeitslos. Es wurde abgeraten, Medizin zu studieren. Nun schreiben wir das Jahr 2002 – und ein Ärztemangel wird beklagt. Die nächstliegende Frage wäre, wie kommt dieser plötzliche Ärztemangel zustande, was müssten wir verändern, um dem Ärztemangel in unserem Staat zu begegnen?

Aber was wird getan? Es soll auf Ressourcen anderer Staaten (osteuropäische Länder) zurückgegriffen werden. Dabei würden die Ursachen für die Misere in unserem Staat unangetastet bleiben. Das bedeutet

ein Versagen unserer Politik, die es offensichtlich nicht schafft, die gut und in der Zahl ausreichend ausgebildeten deutschen Mediziner für die Ausübung des Arztberufes in Deutschland zu begeistern. Denn jenen Überschuss von Medizinern gibt es tatsächlich. Heute entscheiden sich etwa 50% der jungen Menschen mit abgeschlossenem Medizinstudium in Deutschland für eine Arztkarriere im Ausland oder gegen den Arztberuf, zum Beispiel für Karrieren in der biomedizinischen Wissenschaft, in der Pharmaindustrie, in der Biotechnologie, im Wissenschaftsjournalismus, in Unternehmensberatungen oder anderen Wirtschaftsbereichen, in denen ein abgeschlossenes Medizinstudium viele Türen öffnet. Dafür gibt es eine Reihe von Gründen:

Die Hauptattraktion des Arztberufes besteht in der Mischung aus eigenverantwortlichem Arbeiten mit hilfsbedürftigen

Menschen und der Anwendung und Weiterentwicklung modernster medizinischer Kenntnisse und Techniken sowie der daraus resultierenden sozialen Anerkennung. Diese Attraktion ist in Deutschland insgesamt und auf dem Lande im besonderen nicht ausreichend gegeben, so dass alternative Berufe und das Ausland zunehmend bevorzugt werden.

Das eigenverantwortliche Arbeiten mit Patienten beginnt spät und nur teilweise im 6. Studienjahr als PJ'ler (bei 13 Schuljahren und Bund/Zivildienst im Lebensalter von 26 Jahren). Dann folgt die AiP-Zeit (1,5 Jahre), in der die Eigenverantwortlichkeit zunimmt, aber die Entscheidungen letztlich hierarchisch von Assistenzarzt, Oberarzt und Chefarzt getroffen werden. Als Assistenzarzt nimmt die Eigenverantwortlichkeit weiter zu, aber bleibt auch hier unvollständig. Im Alter von ca. 32 Jahren (abhängig von der Fach-

richtung) wird man Facharzt und hat nun die Berechtigung, sich als Kassenarzt in einer Praxis niederzulassen, voll eigenverantwortlich. Hätte man unmittelbar nach dem Studium in einen anderen Beruf gewechselt, wäre man bereits 5 Jahre zuvor stärker eigenverantwortlich tätig gewesen. Eine Verbesserung wäre zu erreichen durch Verkürzung des Studiums auf vier Jahre, was durch effektivere Gestaltung des Studiums (zum Beispiel sind 5 Monate vorlesungsfreie Zeit pro Jahr zu viel) bei der gleichen Wissensvermittlung möglich ist. Zusätzlich müsste es die Möglichkeit geben, sein Studium schneller abzuschließen, wenn man möchte.

Weiterhin reicht eine sich anschließende zweijährige effektive Weiterbildung in einem Fachgebiet (zum Beispiel zu einem „Junior-Facharzt“) aus, um anschließend eigenverantwortlich zu arbeiten. Man wäre dann ca. 27 Jahre alt. Mit Eigenverantwortlichkeit geht Kreativität einher – die Möglichkeit, eigene Ideen umzusetzen, die im Studium vermittelten modernsten Kenntnisse und Techniken in die Realität zu übertragen, letztlich die Gesundheit unserer Menschen zu verbessern. Vieles, was theoretisch vermittelt wird, findet sich in der täglichen Berufsausübung nicht wieder. Man trifft auf starre Strukturen, denen man für die Facharztausbil-

dung hierarchisch untergeordnet ist. Man wird desillusioniert. Dies vor Augen wählen viele nach dem Studium den Arztberuf ab. Eine moderne Erkenntnis ist beispielsweise eine ganz alte – nämlich das Ziel einer ganzheitlichen Betreuung des Patienten. Doch dies wird während der Ausbildung an einem gängigen Krankenhaus schnell verlernt. Es bestehen immer mehr Subdisziplinen, auf die man sich spezialisiert, mit dem Ergebnis, dass der Blick für den ganzen Menschen verloren zu gehen droht. Andererseits ist es nur so möglich, Krankheiten gezielter zu behandeln. Das Ziel sollte sein, eine ganzheitliche Betrachtung des Patienten mit der Nutzung spezieller modernster Kenntnisse und Techniken zu kombinieren. Spezialisten müsste die Zeit gegeben (und eben auch bezahlt) werden, über gemeinsame Patienten regelmäßig zu kommunizieren. Man könnte sich also Netze von Spezialisten vorstellen, die miteinander um Patienten konkurrieren. Hier ist die Politik gefragt, entsprechende Versuche zu unterstützen. Innerhalb der etablierten Systeme ist eine Veränderung schwer möglich. Insbesondere für die neuen Länder sehe ich dahingehend Chancen. Unterstützen Sie junge Mediziner finanziell und strukturell in diesem Sinne und es besteht die Chance, Vorreiter zu werden, Anziehungs-

punkt für eine effizientere und für den Patienten besseren Medizin.

Junge Absolventen möchten etwas gestalten, ihr Wissen anwenden und an neuen Entwicklungen beteiligt sein. Weiterhin motiviert den jungen Arzt die Möglichkeit, klinische oder Grundlagenforschung zu betreiben, um so bei einer Weiterentwicklung medizinischer Kenntnisse und Techniken mitzuarbeiten. Wenn es auch in nichtuniversitären Kliniken dazu Möglichkeiten gibt, so werden sich mehr Mediziner für diese entscheiden. Insbesondere in ländlichen Gegenden könnte versucht werden, derartige Entfaltungsmöglichkeiten anzubieten. Eine klassische Hausarztposition schreckt ab, da hier kaum eine berufliche Entwicklungschance gesehen wird. Dazu stellen oben erwähnte Spezialistennetze eine Alternative dar. Was als Hausarzt bleibt, ist die eigenverantwortliche Arbeit mit Patienten, die wichtig und schön, aber nur für wenige Motivation genug ist. In ländlichen Gebieten spielen die zum Teil geringeren freizeitleichen Angebote und die allgemeine Perspektivlosigkeit eine bedeutende Rolle. Vielleicht können gerade medizinisch innovative Projekte mit staatlichem Anstoß Auftrieb geben. Finanziell bessere Angebote in ländlichen Gebieten können junge Ärzte anziehen. Das Geld spielt jedoch eine nur untergeordnete Rolle. Dem Grossteil der Studienanfänger war bereits 1995 bewusst, dass als Arzt keine finanzielle Spitzenposition erreicht werden kann, dass selbst Chefärzte weniger verdienen als Manager in vergleichbaren Positionen. Trotzdem begannen wir dieses aufwendige Studium. Das Geld ist immer die Attraktion, die bleibt, wenn sonst nichts mehr motivierend ist. Die vorrangige Aufgabe der Politik ist es, die Probleme im Land und mit den Bürgern des Landes zu lösen und nicht durch das Ausweichen auf fremde Hilfe, die in der Regel nur kurzfristigen Erfolg verspricht.

28. 1. 2002  
Jörn Pomper, Medizinstudent, Berlin

## Arzt als Homepage-Betreiber hat neue Informationspflichten

Am 21. Dezember 2001, überraschend für Nichteingeweihte, ist das Gesetz über rechtliche Rahmenbedingungen für den elektronischen Geschäftsverkehr (Elektronischer Geschäftsverkehr-Gesetz – EGG) vom 14. Dezember 2001 (veröffentlicht im BGBl. 2001, Seite 3721) in Kraft getreten. Mit diesem Gesetz wird die „Richtlinie 2000/31/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 08.06.2000 über bestimmte rechtliche Aspekte der Dienste der Informationsgesellschaft, insbesondere des elektronischen Geschäftsverkehrs im Binnenmarkt (ABl. EG Nr. L 178, Seite 1) umgesetzt. Im Ergebnis bedeutet die Umsetzung eine Änderung des Teledienstgesetzes (TDG) und des Tele-Datenschutzgesetzes. Im Sinne des Teledienstgesetzes sind Dienstanbieter auch Ärzte, welche über eine eigene Homepage verfügen. Damit sind die im § 6 TDG vorgesehenen Informationspflichten für diese Ärzte auch verpflichtend. Der Arzt muss danach folgende Informationen leicht erkennbar, unmittelbar erreichbar und ständig verfügbar halten:

- Seinen Namen und die Anschrift unter der er niedergelassen ist;
- Angaben, die eine schnelle elektronische Kontaktaufnahme und unmittelbare Kommunikation mit ihm ermöglichen, einschließlich der Adresse der elektronischen Post (da der Teledienst im Rahmen einer Tätigkeit angeboten wird, die der behördlichen Zulassung bedarf);
- Angaben zur zuständigen Aufsichtsbehörde (Zugehörigkeit zur zuständigen Ärztekammer);
- Sofern der Arzt Mitglied einer Partnerschaftsgesellschaft ist, Angabe des Partnerschaftsregisters, in das er eingetragen ist, und der entsprechenden Registrierungsnummer;
- Angaben über die Kammer, welcher er angehört, die gesetzliche Berufsbezeichnung und den Staat, in dem die Berufsbezeichnung verliehen worden ist (da es sich um eine im Sinne von § 6 Nr. 5 TDG definierte Tätigkeit des Arztes handelt);
- Bezeichnung der berufsrechtlichen Regelungen und wie diese zugänglich sind.

Zum letzteren Punkt sei gesagt, dass mit den berufsrechtlichen Regelungen nach derzeitiger Auffassung die Berufsordnung der jeweiligen Ärztekammer gemeint ist. Folglich muss der Arzt diese in seiner Homepage integrieren oder einen entsprechenden Link auf die Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer besitzen. Wir möchten darauf aufmerksam machen, dass Derjenige ordnungswidrig handelt, der vorsätzlich oder fahrlässig entgegen der Vorschrift des § 6 Satz 1 TDG eine Information nicht, nicht richtig oder nicht vollständig verfügt behält. Diese Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße in Höhe von 50.000,00 EUR geahndet werden. Davon unberührt bleiben wettbe-

werbsrechtliche Verfahren. Ärzte, die auf die Homepage der Sächsischen Landesärztekammer und ihre Berufsordnung verweisen möchten, verwenden bitte folgenden Link auf ihrer Seite: <http://www.slaek.de/ordnung/berufsor.htm>

Wir möchten jedoch darauf aufmerksam machen, dass bei Aktualisierung dieser Link nicht mehr möglich sein könnte. Aus diesem Grunde bitten wir Sie, dies regelmäßig zu kontrollieren. Unsererseits werden wir, falls sich Änderungen ergeben, dies entsprechend in den Medien der Ärztekammer darlegen.

Assessorin Iris Glowik  
Juristische Geschäftsführerin

## Vergütung ärztlicher Leistungen

### **Vergütung ärztlicher Leistungen an niedergelassene Ärzte durch Dienststellen der Bundesanstalt für Arbeit ab 1. Januar 2002 in den neuen Bundesländern**

Mit der Einführung des Euro seit 1. Januar 2002 und der gesetzlich geregelten neuen Vergütungshöhe von 90 % für ärztliche Leistungen in den neuen Bundesländern (gemäß BGBl. I 2001, Nr. 54, S. 2721) erfolgt nachstehende Vergütung der verschiedenen ärztlichen Leistungsfälle durch die Dienststellen der Bundesanstalt für Arbeit:

■ Eignungsfeststellungen zum Beispiel für Verkehrsberufe, Gesundheitsberufe, Berufe im Hotel- und Gaststättenwesen usw., die die für die von der Bundesanstalt für

Arbeit geförderten beruflichen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zuständigen Bildungsträger von den Teilnehmern/Kunden des Arbeitsamtes im Vorfeld manchmal abfordern: der Teilnehmer der Maßnahme, das heißt Kunde des Arbeitsamtes hat die für diese Eignungsfeststellungen (Atteste, Gesundheitszeugnisse) entstandenen Arztrechnungen dem Arzt gegenüber primär selbst zu begleichen (bekommt sie aber danach in der Regel zurückerstattet).

■ **Ärztliche Stellungnahme zur Arbeitsaufgabe auf ärztlichen Rat** für die Klärung von Sperrzeitsachverhalten nach § 114 SGB III: schriftliche gutachterliche Äußerungen (GOÄ Nr. 80) 15,74 EUR, Schreibgebühr (GOÄ Nr. 95) 3,15 EUR, gegebenenfalls Mehrwertsteuer.

### **■ Von den Ärztlichen Diensten der Arbeitsämter in Auftrag gegebene Facharztuntersuchungen, -begutachtungen bzw. abgeforderte Befundunterlagen etc.:**

- *Befundbericht*: bis zu 13,80 EUR zuzüglich Portokosten (Schreibgebühren sind nicht erstattungsfähig)
- *Befundung* fremder Röntgen-, EKG-, EEG- und vergleichbarer Aufzeichnungen: bis zu 13,80 EUR zuzüglich Portokosten (Schreibgebühren sind nicht erstattungsfähig).
- *Facharztgutachten*: bis zu 55,22 EUR zuzüglich Portokosten (Schreibgebühren nach GOÄ Pos. 95 werden erstattet).
- *Psychiatrisches Gutachten*: bis zu 101,70 EUR zuzüglich Portokosten

(Schreibgebühren nach GOÄ Pos. 95 werden erstattet).

- *Aufwendungsersatz für einen Computerausdruck*: 4,09 EUR zuzüglich Portokosten.

Für die *Übermittlung vorhandener Befundunterlagen* werden die Kopier- und Portokosten erstattet.

Da die Bundesanstalt für Arbeit nicht Mitglied einer Berufsgenossenschaft ist, kann nicht nach der BG-GOÄ abgerechnet werden. Eine Beratung des Kunden ist nicht Gegenstand der Überweisungsaufträge der Dienststellen der Bundesanstalt für Arbeit. Somit können GOÄ-Ziffern 1 und 3 nicht honoriert werden. Die Dienststellen der Bundesanstalt für Arbeit sind öffentliche Leistungsträger

im Sinne des § 12 SGB I. Damit können nur die **einfachen Gebührensätze der GOÄ** vergütet werden.

■ **Überlassung vorhandener ärztlicher Unterlagen** aufgrund eines von den Patienten vorgelegten diesbezüglichen Anschreibens an die behandelnden Ärzte bzw. Einladungsschreibens zur arbeitsamtärztlichen Begutachtung unter anderen wegen beantragter Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (beruflichen Rehabilitation): das seit 1. Juli 2001 in Kraft getretene SGB IX hat den Rehabilitationsträgern sehr enge zeitliche Fristen gesetzt. Es muss innerhalb von 3 Wochen über Anträge von behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeits-

leben entschieden werden (Rehabilitationsbedarf). Durch eine frühzeitige – eventuell auch nur leihweise – zur Verfügungstellung bereits bei den behandelnden Ärzten vorliegenden relevanter medizinischer Unterlagen wird dem/der Arbeitsamtsarzt/-ärztin die Möglichkeit gegeben, eventuell durch ein Gutachten nach Aktenlage oder eine gutachterliche Äußerung wesentlich zur Verkürzung der Vermittlungslaufzeiten des arbeitslosen Patienten, das heißt Kunden des Arbeitsamtes, beizutragen. Es werden erstattet: Kopierkosten, Portokosten, gegebenenfalls Befundbericht bis 13,80 EUR, gegebenenfalls Mehrwertsteuer.

Dr. med. Alexandra Hildebrandt  
Bundesanstalt für Arbeit  
Landesarbeitsamt Sachsen

## Zwischenprüfung im Ausbildungsberuf »Arzthelferin/Arzthelfer«

Die Sächsische Landesärztekammer führt die nächste schriftliche Zwischenprüfung im Ausbildungsberuf „Arzthelferin“ an folgendem Termin durch:

**Montag, den 10. Juni 2002**  
**8.00 - 10.00 Uhr**

Die Schülerinnen oder Umschülerinnen gehen anschließend wieder zum Unterricht oder in die Arztpraxis. Die Freistellung zur Zwischenprüfung (§ 7 Berufsbildungsgesetz) umfasst nur den Zeitraum der Prüfung.

Teilnehmerinnen an der Zwischenprüfung sind Schülerinnen des zweiten Ausbildungsjahres und Umschülerinnen, die in diese Fachklassen integriert sind.

Die Anmeldeformulare und die Gebührenbescheide für die Prüfungsgebühren erhalten die auszubildenden Ärzte von der Sächsischen Landesärztekammer. Die Anmeldung zur Zwischenprüfung hat auf den bereitgestellten Formularen bis zum **30. April 2002** zu erfolgen.

Eine Kopie der vorgeschriebenen Nachuntersuchung gemäß § 33 Jugendarbeitsschutzgesetz (bei noch nicht vollendetem 18. Lebensjahr zum Ende **des ersten Ausbildungsjahres**) bitten wir Sie beizufügen, soweit diese der Sächsischen Landesärztekammer noch nicht vorliegt.

Gemäß § 32 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz ist die Eintragung der Auszubildenden aus dem Ausbildungsverzeichnis zu löschen, wenn diese ärztliche Bescheinigung über die erste Nachuntersuchung nicht spätestens am Tage der Anmeldung zur Zwischenprüfung vorliegt.

**Folgende Prüfungsorte** für die Zwischenprüfung wurden festgelegt:

**Regierungsbezirk Chemnitz**  
Berufliches Schulzentrum für Technik I  
Park der OdF 1, 09111 Chemnitz  
Berufliches Schulzentrum  
Wirtschaft und Gesundheit  
Wielandstraße 51  
08525 Plauen

**Regierungsbezirk Dresden**  
Sächsische Landesärztekammer  
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden  
Berufliches Schulzentrum für  
Wirtschaft und Soziales  
Carl-v.-Ossietzky-Str. 13-16  
02826 Görlitz

**Regierungsbezirk Leipzig**  
Berufliches Schulzentrum 9 Gesundheit  
und Sozialwesen  
Schönauer Straße 160, 04207 Leipzig  
Berufliches Schulzentrum Torgau  
Repitzer Weg 10, 04860 Torgau

Des Weiteren möchten wir darauf aufmerksam machen, dass die Teilnahme an der Zwischenprüfung nach dem Berufsbildungsgesetz und der Arzthelferinnen-ausbildungsverordnung eine der Zulassungsvoraussetzungen für die Teilnahme an der Abschlussprüfung ist.

Veronika Krebs  
Leitende Sachbearbeiterin  
Referat Arzthelferinnenwesen

## Internet-Ecke

Es ist in diesem unentwirrbaren Knäuel world wide web eine Wohltat, dass es manche Adressen gibt, die vieles zusammenfassen, was für ein bestimmtes Thema von Wichtigkeit ist.

So kommt man in unserem Berufsstand eigentlich mit wenigen, speziell zugeschnitten Adressen, aus. Eine solche für jeden Arzt frei zugängliche und zudem noch kostenlose Adresse ist

**www.arzt.de**

der Bundesärztekammer. Von hier aus gelangt man ohne große Umwege zu den

vielfältigen Angeboten (fast) aller Landes-Ärztckammern und Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder, von denen einige ganz spezielle Angebote für alle Ärzte bundesweit haben (zum Beispiel die Cochrane Library von Baden-Württemberg; online-Anmeldung über das ebenfalls kostenlose Intranet DGN).

Die Kammern und KVen finden Sie auf der rechten Seite der Homepage neben den Adressen von weiteren Organisationen. Besonders hingewiesen sei noch auf die

linke Frameleiste. Hier ist eine deutschlandweite *Ärzt suche* möglich. Außerdem enthält sie eine sehr umfangreiche *Link-Liste* für die medizinische Recherche, aber auch zu anderen Inhalten wie Arzt und Recht, Bundesbehörden und Institute, Krankenkassen, Heilbäder und zu vielen Presseerzeugnissen. [arzt.de](http://arzt.de) spart Zeit, Nerven und Geld. Sehen Sie doch einmal nach.

Dr. med. Günter Bartsch  
Vorsitzender der AG Multimedia

## Konzerte und Ausstellungen in der Sächsischen Landesärztekammer



**Kleine Galerie  
im neuen Kobalthaus  
Universitätsklinikum  
„Carl Gustav Carus“**

Klinik für Strahlentherapie, Schubertstr. 44

**Prof. em. Dr. med. habil.  
Herbert Edel**

**Landschaften, Aquarelle**  
2. 3. 2002 bis 2. 5. 2002

**Kunstgespräch**  
8. 4. 2002, 13.30 Uhr

### Konzerte

**Sonntag, 3. März 2002,  
11.00 Uhr**

**Junge Matinee**

**Kammermusik**

Es musizieren Schüler des  
Carl-Maria-von-Weber-Gymnasiums,  
Sächsische Spezialschule für Musik Dresden  
und die Streichgruppe unter Leitung  
von Kammervirtuos Volker Dietzsch

**Sonntag, 7. April 2002,  
11.00 Uhr**

**Junge Matinee**

**Von Bach bis Bartók**

Mit Studenten der Bratschenklasse  
Prof. Uta Vincze  
Hochschule für Musik  
„Carl Maria von Weber“ Dresden

Programmänderungen bleiben vorbehalten.

Alle Kammermitglieder sind  
mit ihren Angehörigen und Freunden  
sehr herzlich eingeladen.

### Ausstellung

**Foyer der  
Sächsischen Landesärztekammer**

**Eva-Maria Korsmeier  
Malerei und Grafik**

bis 18. März 2002

**Andreas Hinkel  
Surreale Malerei & Handzeichnungen**

19. März bis 13. Mai 2002

**Vernissage**

Donnerstag, 21. März 2002,  
19.30 Uhr

**Foyer der  
Sächsischen Ärzteversorgung**

**Horst Hennig  
„Konstruktive Bilder“**

**Vernissage**

27. März 2002, 19.00 Uhr

## Korrekturhinweis

„Beitragswerte 2002 der Sächsischen Ärz-

teversorgung und der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung“ veröffentlicht im „Ärztblatt Sachsen“, Heft 1/2002, Seite 26. Der freiwillige „Anwartschafts-

erhaltungsbeitrag“ für Rente wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit beträgt statt 61,52 EUR/Monat – richtig: 62,08 EUR/Monat.



## Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

### Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

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

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

Wir weisen darauf hin, dass sich auch die in den Wartelisten eingetragenen Ärzte bei Interesse um den betreffenden Vertragsarztsitz bewerben müssen.

### ■ Bezirksstelle Chemnitz

#### Freiberg

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

#### Chemnitz-Stadt

Facharzt für Chirurgie

2 Fachärzte für Allgemeinmedizin\*)

(in Gemeinschaftspraxis)

#### Stollberg

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

#### Annaberg

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

#### Chemnitz-Land

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

#### Zwickauer Land

Facharzt für Radiologie

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 8. 4. 2002 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. (03 71) 2 78 94 06 oder 2 78 94 03 zu richten.

### ■ Bezirksstelle Dresden

#### Dresden-Stadt

Facharzt für Frauenheilkunde u. Geburtshilfe

#### Bautzen

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 22. 3. 2002 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 8 82 83 30 zu richten.

#### Dresden-Stadt

Facharzt für Augenheilkunde

#### Löbau-Zittau

Facharzt für Chirurgie

#### Meißen

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

#### Weißeritzkreis

Facharzt für Augenheilkunde

Facharzt für Frauenheilkunde und

Geburtshilfe

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 8. 4. 2002 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 88 28 - 3 30 zu richten.

### ■ Bezirksstelle Leipzig

#### Leipzig-Stadt

Facharzt für Innere Medizin\*)

(Hausärztlicher Versorgungsbereich)

#### Delitzsch

Facharzt für Innere Medizin\*)

(Hausärztlicher Versorgungsbereich)

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 12. 4. 2002 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. (03 41) 2 43 21 53 zu richten.

## Abgabe von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden für Gebiete, für die keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, folgende Vertragsarztsitze der **Planungsbereiche** zur Übernahme veröffentlicht:

### ■ Bezirksstelle Chemnitz

#### Mittlerer Erzgebirgskreis

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

geplante Praxisabgabe: 1.-. Quartal 2003

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 1164, 09070 Chemnitz, Tel. (03 71) 27 89 - 4 06 oder 27 89 - 4 03.

### ■ Bezirksstelle Dresden

#### Dresden-Stadt

- Postleitzahlenbereich 01127 -

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

geplante Praxisabgabe: im Laufe 2002

- Dresden-Leuben-

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

geplante Praxisabgabe: Februar 2003

(Tel. ab 20.00 Uhr: 03 51/2 03 80 54)

#### Weißeritzkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

geplante Praxisabgabe: 1. 7. 2002

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

geplante Praxisabgabe: ab 3./4. Quartal 2002

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 8 82 83 30.

### ■ Bezirksstelle Leipzig

#### Leipziger Land

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

geplante Praxisabgabe: 07/2002

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. (03 41) 2 43 21 53.

KVS, Landesgeschäftsstelle

R. Ludewig

# Medizinische Graphologie

## Zusammenfassung

Die medizinische Graphologie beschäftigt sich in Lehre, Forschung und Praxis mit den wissenschaftlichen Grundlagen der Graphomotorik sowie mit den Veränderungen der Handschrift unter dem Einfluß von bestimmten Krankheiten, Arzneimitteln,

Giften, Drogen und Alkohol. Sie ergänzt und erleichtert nicht selten die Früherkennung und Verlaufsbeobachtung von Erkrankungen und Vergiftungen im Bereich des Nervensystems sowie die Objektivierung des Behandlungseffektes.

**Schlüsselwörter:** medizinische Graphologie, Graphomotorik, Krankheitsdiagnostik

Die Fachredaktion der interMedis (München) hatte im Auftrag von GlaxoSmithkline Pharma den Autor des nachfolgenden Beitrags gebeten, für die medizinische Online-Ringvorlesung auf zwei Seiten (mit begrenzter Quellenangabe) allgemein verständlich über die Bedeutung der Medizinischen Graphologie zu berichten. Aufgrund der starken Nachfrage gibt zuerst das „Ärztblatt Sachsen“ im Einverständnis mit dem Herausgeber diese Groborientierung über eine Disziplin wieder, die neuerdings auch im Rahmen interdisziplinärer Lehrveranstaltungen an der Universität Leipzig für die ärztliche Fortbildung (mit Punkte-Nachweis) zugänglich ist.

### Was sagt sie aus?

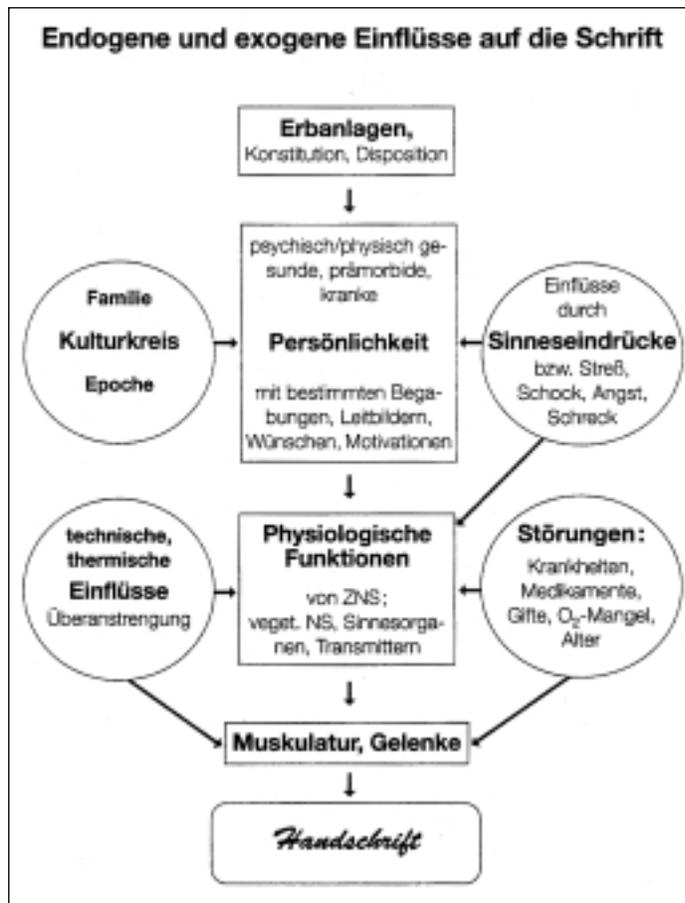
Die medizinische Graphologie beschäftigt sich mit physiologischen sowie pathologischen Vorgängen und Einflüssen, die eine Handschrift im Laufe des Lebens prägen und verändern (siehe hierzu Schema). Individuell typische Reaktionen auf Stress, Verletzungen, Krankheiten, Arzneimittel, Gifte, Drogen und Alkohol können sich mitunter schon sehr frühzeitig durch Schreibstörungen bemerkbar machen, wenn das Gleichgewicht im zentralen oder vegetativen Nervensystem in Mitleidenschaft gezogen wird.

### Wem nützt sie?

Selbst für einen graphologischen Laien kann es hilfreich sein, wenn er bei sich oder anderen bisher ungewohnte Veränderungen der Handschrift feststellt. Hierzu zählen beispielsweise Verzitterungen oder grobe Verunstaltungen von Buchstaben, stark zunehmende Vergrößerungen oder Verkleinerungen der Schrift, der Wort- oder Zeilenabstände sowie Verbiegungen, Absinken oder Ansteigen der Zeilenführung oder sonst ganz ungewohnte Recht-

schreibfehler. Derartige Veränderungen müssen nicht unbedingt besorgniserregend sein, insbesondere wenn sie nur vorübergehend oder physiologisch erklärbar sind (vgl. Schema). Halten sie aber an oder nehmen sie sogar allmählich zu, ist es ratsam, einen Sachverständigen in die Suche nach den Ursachen einzubeziehen. Es ist nämlich durchaus möglich, dass es sich bei einem Schulkind oder einem Erwachsenen um ein medizinisches oder psychologisches Alarmzeichen handelt.

Für den Arzt bietet die medizinische Graphologie eine wertvolle Ergänzung der üblichen Diagnostik, da sich Verletzungen, Erkrankungen oder Vergiftungen im Bereiche des Groß- und Kleinhirns sowie der peripheren Nerven oder sogar lebensbedrohliche Ausfälle der Entgiftungsfunktionen von Leber und Nieren im veränderten Schriftbild bemerkbar machen. Das kann die Früherkennung und die Registrierung des Verlaufs solcher Erkrankungen und ihres Behandlungs-



*Grobschematische Darstellung psychologisch und/oder medizinisch belegter Faktoren, die für die Entstehung und Veränderungen der Handschrift verantwortlich sind*

effektes wesentlich erleichtern (2,3,4). Wenn hierbei psychologische oder psychiatrische Ursachen eine Rolle spielen (z.B. bei Entwicklungsstörungen im Kindesalter oder Konfliktsituationen Erwachsener), ist die Zusammenarbeit mit einem ausgewiesenen Schriftpsychologen unerlässlich. Während die Feststellung der oben genannten Störungsbeispiele im allgemeinen schon prima vista möglich ist, bleiben die (computergestützten) Analysen zahlreicher Merkmale einer Handschrift sowie ihre Interpretation allein dem langjährig geschulten Sachverständigen vorbehalten.

Nahezu unersetzlich ist die Mitwirkung der Medizinischen Graphologie, wenn nach lang zurückliegenden Ursachen eines Leidens oder einer Vergiftung gesucht wird. Entsprechende Fragen werden nicht nur von Therapeuten, sondern beispielsweise auch von Versicherungen oder Medizinhistorikern gestellt. Unter anderem gelang es kürzlich, in Verbindung mit überlieferten Dokumenten die über zwei Jahrhunderte vergeblich gesuchten Ursachen der Erkrankungen und des Todes von Bach, Mozart und Beethoven aufzuklären bzw. zur Korrektur unzutreffender Spekulationen beizutragen ( 1,5,6 ).  
**Wie wird sie vermittelt?**

An der Leipziger Universität werden von einem Ordinarius für Klinische Pharmakologie, einer promovierten Schriftpsychologin sowie von in- und ausländischen Gastdozenten den Studierenden in interdisziplinären Vorlesungen und Seminaren nach einer Einführung in die wissenschaftlichen Grundlagen der Medizinischen Graphologie und der Schriftpsychologie praxisrelevante Erfahrungen von Fachkliniken (zum Beispiel für Neurologie, Psychiatrie, Hepatologie), methodische Einzelheiten und eigene Forschungsergebnisse vorgestellt. Diese Lehrveranstaltungen, die seit 1993 zunehmend Beachtung finden, werden neuerdings auch von Ärzten im Rahmen der nachweisbaren Fortbildung sowie von Interessenten anderer Disziplinen (z.B. Sozialpädagogen, Betriebswirtschaftler, Naturwissenschaft-

ler) und von Hörern des Seniorenkollegs der Universität aufmerksam verfolgt. Demnächst ist ein Wochenendseminar für auswärtige Mediziner vorgesehen (vgl. hierzu Ärzte-Zeitung vom 2.10. u. 13.11.01; [www.aerztezeitung.de](http://www.aerztezeitung.de)).

Weiterführende Literatur-Beispiele

1. Klaiber, R.: Zur schriftpsychologischen und medizinischen Interpretation der Autographen von J. S. Bach; Zschr. f. Menschenkunde 64 (2000), 1/2-21
2. Ludewig, R.: Akute Vergiftungen; 9. Aufl., Wiss. Verl. Ges. Stuttgart, 1999
3. Ludewig, R.: Zur Interpretation ausgewählter Schriftveränderungen; Zschr. f. Menschenkunde 63 (1999),1/2-16
4. Ludewig, R., Dettweiler, Ch. Stein-Lewinson, Th.: Möglichkeiten und Grenzen der Medizinischen Graphologie; Zschr. f. Menschenkunde 57 (1993), 2/70-86, 3/178-191, 4/241-259 (310 Quellenangaben)
5. Ludewig, R., Klaiber, R.: Handschriften, Krankheiten und Tod L. v. Beethovens; Zschr. f. Menschenkunde 62 (1997), 1/1-24
6. Ludewig, R., Rudolph, I.: Zu den Diskussionen über die letzten Autographen von W. A. Mozart; Zschr. f. Menschenkunde 56 (1992), 4/229-243

Korrespondenzanschrift  
(auch für zunächst unverbindliche  
Vorankündigungen zu einem Wochenendseminar)  
Univ. Prof. em. Dr. med. Reinhard Ludewig  
Bochumerstraße 47, 04357 Leipzig

## Ihr Beitrag im „Ärzteblatt Sachsen“

Das Redaktionskollegium des „Ärzteblatt Sachsen“ fordert die sächsischen Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen auf, praxisrelevante Beiträge zur Veröffentlichung einzureichen. Wie wir aus einer Leserumfrage wissen, erfreuen sich **Originalien, Feuilletons, Reiseberichte und medizinhistorische Themen** in unserem Ärzteblatt großer Beliebtheit. Und für Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen, ist es auch eine Möglichkeit, nicht nur medizinische Leistungen zu dokumentieren. Die Beiträge sollten fachübergreifend und verständlich geschrieben sein. Alle Formalitäten zum Einreichen von Artikeln finden Sie auf unserer Homepage unter „Hinweise für Autoren“.

Ihr Redaktionskollegium

**Ärzteblatt Sachsen**

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

**Herausgeber:**

Sächsische Landesärztekammer,  
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden,  
Telefon (03 51) 82 67 - 0  
Telefax (03 51) 82 67 - 4 12  
Internet: <http://www.slaek.de>  
e-mail: [presse@slaek.de](mailto:presse@slaek.de)

**Redaktionskollegium:**

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

**Redaktionsassistent:** Ingrid Hüfner

**Anschrift der Redaktion**

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden  
Telefon (03 51) 82 67 - 3 51  
Telefax (03 51) 82 67 - 3 52

**Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb**

Leipziger Messe Verlag und Vertriebsgesellschaft mbH  
Messe-Allee 1, 04356 Leipzig  
Postfach 90 11 23, 04358 Leipzig  
Telefon (03 41) 67 87 70, Telefax: (03 41) 6 78 77 12  
Internet: [www.leipziger-messeverlag.de](http://www.leipziger-messeverlag.de)  
e-mail: [info@leipziger-messeverlag.de](mailto:info@leipziger-messeverlag.de)

Verlagsleitung: Thomas Neureuter  
Herstellungsleitung: Elma Böttcher  
Anzeigenleitung: Maja Schneider  
Anzeigenverkauf: Kristin Böttger  
Anzeigendimension: Silke El Gendy  
Abonnementsservice: Heike Schmidt  
Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste Nr. 5 vom 1.1.2002 gültig.  
Druck: Druckhaus Dresden GmbH,  
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Titelgestaltung: Hans Wiesenhütter, Dresden

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

**Bezugspreise/Abonnementpreise**

Inland: jährlich 89,00 € incl. Versandkosten  
Einzelheft: 7,40 € zzgl. Versandkosten

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



Die Leipziger Messe Verlag und Vertriebsges. mbH ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranalyse Medizinischer Zeitschriften e. V.

Dr. med. W. Büttner     Dittersdorf, 10. 2. 2002  
Facharzt für Pathologie  
Weißbacher Straße 101  
09439 Amtsberg/OT Dittersdorf

Sächsische Landesärztekammer  
Redaktion „Ärzteblatt Sachsen“  
Schützenhöhe 16  
01099 Dresden

### **Eine Meinung zum Heft 2/2002 des „Ärzteblatt Sachsen“**

Sehr geehrte Redaktion,  
gestatten Sie mir bitte diese spontane Äußerung – es drängt mich, Ihnen zu diesen Artikeln über die Berufs- und Gesundheitspolitik meine Anerkennung auszusprechen.

Sie (die Artikel) atmen frischen Wind statt Hörigkeit und befassen sich engagiert mit den brennenden Problemen. Hätte ich sie vor der Umfrage zur Akzeptanz des Ärzteblattes schon gekannt, hätte auch ich einen entsprechenden Kommentar geschrieben.

Eine ehrliche Problemdiskussion bringt zwar noch keine Lösungen, aber sie ist Voraussetzung dafür, und sie hält die Verbindung zum Leser offen. Beschwichtigende oder trocken-kommentierende Artikel erreichen ihn nicht.

Lassen Sie mich zwei Punkte ansprechen:  
ad 1: Ärztemangel

Wenn innerhalb weniger Jahre „Ärztenschwemme“ durch „Ärztemangel“ abgelöst wird (und das kann man wohl nicht der Presse anlasten) – spricht das nicht für organisatorische oder zerebrale Insuffizienz der entsprechenden Amtsinhaber? Allerdings lässt sich Ähnliches auch in anderen Bereichen beobachten, wo vorausschauendes Planen durch eine „Just-in-Time“-Mentalität ersetzt wird, die natürlich nur Chaos schafft.

ad 2: Obduktionen

Es ist schon erfreulich, wenn nun endlich einmal (leider erst Zehn nach Zwölf) in breiter Front erkannt wird, was der Verzicht auf die Obduktionen für Schaden setzt. Und dieser Schaden wird viele Jahrzehnte fortwirken, da bereits die Ärz-

te in Ausbildung den förderlichen Kontakt zur Obduktions-Pathologie nicht mehr erleben und dadurch auch nicht vermissen! Es ist gewiß nicht nur meine Erfahrung, dass die meisten bildgebenden Diagnostik-Verfahren – zumindest in ihrer Wirkungseinheit von Technik und ärztlicher Erfahrung – die Real-Morphologie noch nicht ersetzen. Und man kann ja nicht davon ausgehen, dass MRT oder PET zur Technik für den Alltag werden. Ein besonderes Dankeschön Herrn Prof. Dietrich, der sich hier offiziell zu einem bewährten Obduktionssystem bekennt und zugleich auf die Milchmädchenrechnung bezüglich der diversen Qualitätssicherungsmaßnahmen hinweist.

Vor 10 bis 12 Jahren wäre diese Hilfe von seiner Präsidentenposition aus zwar weit wichtiger gewesen, jedoch muss man auch die lokale Gesamtsituation in jener Nachwendezeit bedenken.

Nicht nur alle leitenden Pathologen der neuen Bundesländer waren sich sofort der Gefahren bewusst, in die das Gesundheitswesen mit dem Obduktionsverzicht manövriert wurde, auch ihr engagierter Berufsverbands-Landesvorsitzender Sachsen, Herr Prof. Haupt, und erst recht des (gesamt)Deutscher Pathologen e. V., Herr Dr. Oehmichen, sowie weitere Nestoren der deutschen Pathologie erhoben schon zeitig ihre Stimme – alle blieben Rufer in der Wüste. Offensichtlich hat die klinische Pathologie in Deutschland keine Lobby.

Sehr interessant sind mir auch die Ausführungen von Herrn Doz. Goertchen über die relative Pflegesatzfähigkeit von Obduktionskosten. Allerdings sind das wahrscheinlich neuere Erkenntnisse, sonst wären sie als Berufsverbands-Information frühzeitig verbreitet worden.

Sehr geehrte Redaktion, entschuldigen Sie bitte, wenn ich mich als Ruheständler nochmals zu Wort melde – es war mir, ob nun Leserbrief oder nicht, einfach ein Bedürfnis. Als Anlage erlaube ich mir, Ihnen einen Ausspruch eines in der DDR führenden Internisten beizulegen, der

die Situation ebenfalls beleuchtet.  
(Zitat von Dr. sc. med. Bernt, Neubrandenburg, 1982)

Ärzte, die viele Obduktionen gemacht oder gesehen haben, haben zumindest gelernt, sich zu bescheiden.

Die anderen hingegen, die sich mit den oft bedrückenden Befunden der Autopsie nicht auseinandersetzen, schweben in den Wolken des unkontrollierten Optimismus.

Mit Dank und guten Wünschen für Ihre Arbeit grüßt

W. Büttner

---

Sehr geehrte Damen und Herren,  
nachfolgend eine Ergänzung zum Leserbrief zur Weiterleitung an den Autor oder/ und weiteren Verwendung  
Mit freundlichen Grüßen  
Wolfram Hackel

Dr.med.Wolfram Hackel  
Westendring 8  
01187 Dresden

17. 2. 2002

Sehr geehrter Herr Kollege Wenske, bei Betonung des „Niederschlesischen“ für das von Ihnen genannte Gebiet um Görlitz, ist zu beachten, dass es sich dabei um Teile der Oberlausitz handelt, die sich über 500 Jahre über die Neisse nach Osten erstreckte, ohne zu Schlesien zu gehören. Lauban war Mitglied im 1346 gegründeten 6-Städte-Bund mit Görlitz, Bautzen, Kamenz, Löbau und Zittau. 1635 kam die Oberlausitz zu Sachsen. Erst durch die sehr willkürliche Grenzziehung auf dem Wiener Kongress 1815 verlor Sachsen die Niederlausitz und Teile Oberlausitz an Preußen, das damit einen direkten Zugang zu Schlesien erhielt. Die „schlesische Episode“ dieser Landschaft war historisch gesehen kurz und kann nicht losgelöst von der früheren, jahrhundertelangen Bindung betrachtet werden.

Mit freundlichen Grüßen  
Wolfram Hackel

## Die Zecken – Borreliose

Jürgen Helfricht  
Dr. med. Wilfried Krickau  
Verlag Gesundheit – Medicus  
Econ Ullstein List Verlag Berlin  
und München 2000  
ISBN 3-333-01070-4  
157 S., 29,90 DM

Ein engagiertes Buch der beiden Autoren in guter Aufmachung.

Bei den inzwischen zahlreich erschienenen Veröffentlichungen zum Thema muss allerdings die Notwendigkeit jeder neuen Publikation kritisch überprüft werden.

Die Positiva des Büchleins von Helfricht und Krickau: lesbar auch für interessierte Laien, spannend geschrieben (zum Beispiel die Entdeckungsgeschichte der Borreliose), aufklärend und eindeutig in Bezug auf die unbedingte Notwendigkeit einer Antibiotikatherapie der Borreliose, gute und aktuelle Darstellung der Diag-

nostik und Prophylaxe der FSME und wichtige Hinweise auf andere durch Zecken übertragene Infektionen, was leider in vielen Publikationen nicht erwähnt wird. Die Negativa der Publikation: ungenau ist schon der Titel – obwohl von 157 Seiten 25 von anderen durch Zecken übertragene Krankheiten, allen voran die FSME, handeln. Mehrmals wird von Zeckenbiss statt – stich gesprochen.

Gravierender empfinde ich das Fehlen von Hinweisen auf die Probleme bei der Interpretation der Borreliose-serologie im Verlauf, besonders aber auf die Schwierigkeiten und die für eine Therapie im Stadium II und III der Neuroborreliose notwendige Differenzierung der Liquordiagnostik.

Bedenken habe ich bei den Therapieempfehlungen im Stadium II und III.

Die Hinweise in den Kapiteln „Komplementärmedizinische Begleittherapie“ und „Rehabilitation und Diätetik der Borreliose“ möchte ich – vorsichtig ausge-

drückt – als subjektiv, teilweise als gefährlich bezeichnen.

Die Abschnitte „Typische“ und „Wenig bekannte Verläufe“ sind diskussionswürdig. Manche „Verläufe“ lassen vermuten, dass einige der vielfältigen Symptome, die zweifelsohne eine Borreliose bieten kann, ohne gründliche Sicherung als Organborreliose deklariert und therapiert wurden. Insgesamt handelt es sich um ein Buch, dass in manchen Kapiteln für Laien informativ, in manchen problematisch, insgesamt für diese Leserschaft aber zu ausführlich, für den Fachmann weitgehend überflüssig ist. So bleibt als Leserkreis der junge Arzt, der sich einen ersten Überblick über die von Zecken übertragenen Krankheiten verschaffen will. Dieser sollte aber zur exakten Diagnostik und aktuellen Therapie Zusatzinformationen einholen.

H. Queißer, Dresden

## Der Liebreich-Augenspiegel

Universität Leipzig  
Karl-Sudhoff-Institut

### Das interessante Objekt – II

Im Oktober 1851 veröffentlichte Hermann von Helmholtz (1821 bis 1894) eine Monographie mit dem Titel „Beschreibung eines Augen-Spiegels zur Untersuchung der Netzhaut im lebenden



Augenspiegeln um 1870

Auge“. Das war die Geburtsstunde des Augenspiegels. Aber nicht nur die theoretischen Grundlagen, deren praktische Umsetzung durch den Bau verschiedener Konstruktionsvarianten, sondern auch und vor allem der Einsatz dieses Instruments in der ärztlichen Praxis waren von eminenter Bedeutung. Letzterer ist untrennbar mit dem Namen Albrecht von Graefes (1828 bis 1870) verbunden, einem der drei Reformer der Ophthalmologie, wie ihn Julius Hirschberg (1843 bis 1925) bezeichnet hat. Nach seiner Erfindung erfuhr der Augenspiegel eine Vielzahl von Modifizierungen und Verbesserungen.

Zu den einfachen Augenspiegeln gehören die „Liebreich-Augenspiegel“. Während die Priorität seiner Erfindung nicht geklärt ist, hat dieser Augenspiegel jedoch dank seiner einfachen Konstruktion

weite Verbreitung gefunden. Der Spiegel ist so gebaut, dass er die wichtigsten Hilfsmittel für die Untersuchung des Augenhintergrundes im aufrechten und umgekehrten Bild enthält. Bei der Untersuchung im umgekehrten Bild wurde die dazu nötige Konvexlinse – wie schon



Liebreich-Augenspiegel (Inv.-Nr. 0323)



Liebreich-Augenspiegel, Detail (Inv.-Nr. 0323)

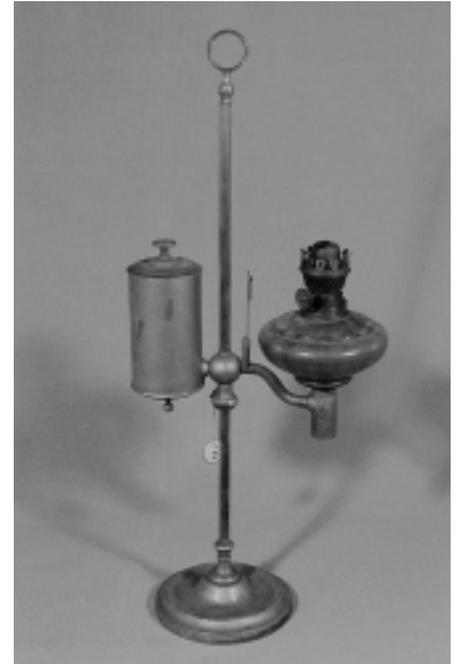
Helmholtz vorgeschlagen hatte – freihändig vor das Auge des Patienten gehalten. Für Korrekturen beim Betrachten im aufrechten Bild wurden die entsprechenden Linsen an die seitlich am Hohlspiegel befindliche Gabel geführt. Als Name hat sich dafür auch „der kleine Liebreich“ eingebürgert. So berichtete Hirschberg



Richard Liebreich

aus seiner Zeit bei Albrecht von Graefe (1866), dass der kleine bewegliche durchbohrte Hohlspiegel, der in den Kursen benutzt wurde, diesen Namen trug. Auch die Studenten konnten ihn erwerben, da er ausgesprochen preiswert war. Ein kompletter Spiegel enthielt meist fünf Korrekptions- und zwei Konvexlinsen. Seine Entstehung ist etwa auf die Jahre 1853 bis 1855 zu datieren. Als Lichtquelle dienten zu jener Zeit Öl- oder Gaslampen. An Elektrizität war noch nicht zu denken.

Richard Liebreich, am 30. 6. 1830 in Königsberg geboren, studierte in seiner Heimatstadt sowie in Berlin und Halle Medizin und wurde 1853 in Halle promoviert. Nach einer Zeit bei Frans Cornelis Donders (1818 bis 1889) in Utrecht und Ernst Brücke (1819 bis 1892) in Berlin war er von 1854 bis 1862 Assistenzarzt bei Albrecht von Graefe in Berlin. Nach seinen eigenen Worten verdankte er diese Bekanntschaft mit Graefe der Tatsache, dass er zu Helmholtz in Kontakt stand und von diesem Kenntnis von der Erfindung des Augenspiegels erhalten hatte. Im Graefeschen Lehrbetrieb war er zum Beispiel im Wintersemester 1855/56 mit folgenden Lehrveranstaltungen vertreten: Anatomie und Histologie des Auges; Übungen in der mikroskopischen Untersuchung des Auges; Ophthalmoskopische Übungen. 1855 legte er die Konstruktion eines Stativaugenspiegels vor 1862 ließ sich Liebreich in Paris nieder und veröffentlichte 1863 seinen „Atlas der Ophthalmoskopie“ zweisprachig (deutsch und französisch), der in der Fachwelt große



Petroleumlampe (Inv.-Nr. 0686)

Anerkennung fand. 1870 siedelte er im Zusammenhang mit dem deutsch-französischen Krieg nach London über und übernahm dort bereits 1871 die Leitung des St. Thomas-Hospitals, die er bis 1878 innehatte. Dann zog er wieder nach Paris, übte dort für einige Zeit eine Privatpraxis aus und zog sich dann ganz vom Berufsleben zurück. Am 19. 1. 1917 starb er in Paris.

Dr. Sabine Fahrenbach  
Universität Leipzig  
Karl-Sudhoff-Institut  
Medizinhistorische Sammlung  
Augustusplatz 10 - 11, 04109 Leipzig



## »Euthanasie« in Pirna-Sonnenstein 1940 bis 1941



Historische Ansicht von Pirna-Sonnenstein

Peter Jenewein war erst neun Jahre alt. Kurz nach seinem Geburtstag wurde er 1940 im Rahmen der „Euthanasie-Aktion T4“ auf Pirna-Sonnenstein in einer Gaskammer ermordet. Dies ist nur ein Schicksal von 13 720 psychisch Kranken und geistig behinderten Menschen, die in der ehemaligen Heil- und Pflegeanstalt durch die Nationalsozialisten vom Juni 1940 bis zum August 1941 ihr Leben verloren haben. Hinzu kommen noch einmal 1 031 arbeitsunfähige Häftlinge aus verschiedenen Konzentrationslagern. Damit sind innerhalb von nur 15 Monaten fast 15 000 Menschen in der Gaskammer der ehemaligen Heil- und Pflegeanstalt mit Unterstützung von Ärzten umgebracht worden.

### Medizin im Dienste der Gesellschaft

Als 1811 im Schloss auf dem Sonnenstein in Pirna die Heil- und Pflegeanstalt eingerichtet wurde, waren die beteiligten Mediziner mit den reformpsychiatrischen Zielsetzungen angetreten, erstmals in Deutschland psychisch Kranke und geistig behinderte Menschen zu betreuen und, wenn möglich, zu heilen. Zu den damaligen Krankheitsbildern gehörten

unter anderem Schwachsinn, Epilepsie und Schizophrenie (Melancholie). Nach einer ursprünglichen Trennung der Patienten in heilbar und unheilbar, galt ab 1893 das Prinzip der gemischten Betreuung und Therapie. Dazu waren umfangreiche Neubauten für den Pflegebereich in Pirna - Sonnenstein notwendig. In der Zeit zwischen 1870 bis 1914 kam es zur Erweiterung des inneren und äußeren Frauenbereiches und des Männergartenbereiches der Pflegeanstalt. Die Anzahl der Patienten betrug um 1930 ca. 800. Die fortschrittlichen Ansätze fanden am 9. Oktober 1939 ein erstes Ende. Die Anstalt wurde auf Anordnung des damaligen Sächsischen Innenministers Fritsch aufgelöst und Teile der Wehrmacht unterstellt. Daraufhin fand eine Verlagerung der Patienten in andere sächsische Pflegeanstalten statt und es wurden Kriegsverletzte auf dem Sonnenstein medizinisch betreut.

### „Euthanasie-Aktion T4“

Im Haus Tiergartenstraße 4 in Berlin begannen Anfang 1940 Vorbereitungen zur Umsetzung des geheimen „Euthanasie“-

Gesetzes von Adolf Hitler. Darin war die Tötung von geistig behinderten Menschen vorgesehen, die nicht mehr in der Lage waren, für das „Deutsche Reich“ zu arbeiten. Leiter der Aktion „T4“ war Prof. Paul Nitsche, der in den Jahren ‘36 bis ‘39 mit einer Sonderkost für nicht arbeitsfähige Patienten auf sich aufmerksam gemacht hatte. Durch die Sonderkost, fleisch- und fettarm, erhöhte sich die Sterblichkeit bei seinen Patienten erheblich. In die Vorbereitungen wurde auch Pirna-Sonnenstein einbezogen. 1940 begannen unter Leitung des Amtsarztes Dr. Horst Schumann die Umbauarbeiten zur Tötungsanstalt. Dr. Schumann wurde wegen seiner Erfahrungen in der sächsischen Tötungsanstalt Grafeneck für diese Aufgabe ausgewählt. Als weiteres medizinisches Personal erhielt er vier Ärzte zur Unterstützung. Insgesamt 100 Bürokräfte, Ärzte, Pfleger, Schwestern, Fahrer und Polizisten arbeiteten in der Tötungsanstalt.



Im Keller eines vormaligen Männerhauses wurden eine Gaskammer und zwei Krematoriumsöfen eingebaut. Durch alle Etagen verlief der dafür notwendige Schornstein. Die Gaskammer war als Duschaum getarnt. Dazu wurden Brauseköpfe in die Decke eingelassen. Über eine ringförmige Rohrleitung an der Wand leitete man das Gas von außen in die Kammer. Um den Gebäudekomplex errichtete man eine hohe Mauer und einen Bretterzaun zum Schutz, auch vor fremden Blicken. Für die Bauarbeiten kam ein kleiner Kreis von Arbeitern aus Berlin zum Einsatz. Es sollte verhindert werden, dass die Bewohner von Pirna etwas von den geplanten Vorgängen erfahren. Die Rekrutierung des medizinischen Personals erfolgte bei der Leitung von „T4“ in Berlin. Bewerbungen gab es

wohl ausreichend, denn wenn ein Arzt nach einer Woche Bedenkzeit von der Bewerbung zurück trat, dann war sofort Ersatz vorhanden. Bereits im Juni 1940 kam es zur Vergasung der ersten zehn Patienten aus Waldheim. Im Anschluss begannen Transporte in großem Umfang. Aus Arnsdorf, Großschweidnitz und Zschadraß wurden Patienten mit großen Autobussen nach Pirna-Sonnenstein gebracht, oftmals 100 Menschen pro Transport. Ein längerer Aufenthalt in der Tötungsanstalt war nicht vorgesehen, denn Aufenthalts- oder Schlafräume gab es zu diesem Zeitpunkt nicht mehr auf dem Gelände. Das heißt, dass alle Menschen eines Transportes innerhalb kürzester Zeit in der Gaskammer zu Tode gekommen sind. Nachdem die Patientenzahl in den sächsischen Einrichtungen auf ungefähr die Hälfte reduziert war, begann der Antransport aus anderen Ländern, so zum Beispiel aus Ostpreussen, Schlesien, Thüringen und Franken. Die sächsischen Psychiatrien waren dann nur noch Durchgangsstationen auf dem Weg nach Pirna-Sonnenstein.

#### Unter dem Deckmantel der Medizin

Um Panik in den letzten Stunden zu vermeiden, gab man den Patienten noch bis zu ihrem Ende das Gefühl, es handle sich um eine medizinisch notwendige Untersuchung oder Behandlung. Sie wurden bei ihrer Ankunft in der Tötungsanstalt von einem Psychiater untersucht, der auch gleich die Todesursache festlegte. Pfleger und Schwestern brachten die Menschen nach Geschlecht getrennt in den Keller zur Gaskammer. Das Gasventil wurde von einem Arzt geöffnet.

Nachdem alle in der Kammer befindlichen Menschen zu Tode gekommen waren, legte man diese in einen Nebenraum. Für Studienzwecke wählten die Ärzte einige Tote aus, um sie auf einem Seziertisch, direkt neben dem Krematoriumsofen, zu untersuchen. Leichenverbrenner der SS brachen kurz vor der Verbrennung Goldzähne heraus.



Rekonstruktion der Gaskammer



Leichenhalle mit einer Nachbildung eines Krematoriumsofens

#### Auswahl der Opfer

Nicht Willkür, sondern genaue Kriterien wurden für die Auswahl der Opfer unter der Leitung von „T4“ festgelegt. Drei von mehreren Punkten auf einem Fragebogen, der an alle psychiatrischen Einrichtungen versandt wurde, waren Fragen nach:

- Arbeitsfähigkeit
- Heilbarkeit und der
- Aufenthaltsdauer von Patienten.

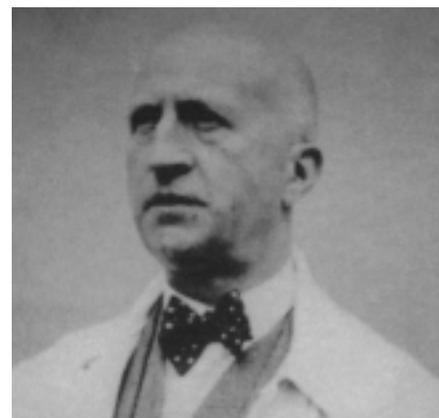
Den Direktoren der Pflegeeinrichtungen ist der wirkliche Sinn des Fragebogens nicht bekannt gewesen. Sie mussten davon ausgehen, dass es sich um eine statistische Feststellung handelte, solange es um ihre Stammpatienten ging. Als die Durchlaufpatienten aus anderen Ländern eintrafen, gab es kriegsbedingte Begründungen von offizieller Seite für die ständigen, oftmals sehr kurzfristigen Transporte nach Pirna-Sonnenstein. Auch das Pflegepersonal der Anstalten war nicht eingeweiht. Allein die Mitarbeiter in der Tötungsanstalt haben den vollen Umfang der Aktion „T4“ gekannt. Eine zweite

Fragebogenaktion hat es nicht gegeben. Nach 15 Monaten, im August 1941, fand die Tötung von psychisch Kranken und geistig behinderten Menschen auf Pirna-Sonnenstein auf Befehl Hitlers ein Ende. Der wirkliche Grund zum Einstellen der „Euthanasie-Aktion T4“ ist bis heute nicht bekannt. Die Proteste kirchlicher Würdenträger haben aber einen wesentlichen Beitrag dazu geleistet.

Die „Euthanasie“ fand in Sachsen aber noch kein Ende. In der Anstalt Großschweidnitz gab es noch bis 1945 ca. 5.000 Opfer unter den Patienten durch eine sogenannte „Medikamenten-Euthanasie“ unter Leitung des damaligen Leiters Dr. Alfred Schulz. Die Tötungsanstalt Pirna-Sonnenstein löste man 1942 endgültig auf und baute die Gaskammer und das Krematorium ab. Danach dienten die Gebäude als Lazarett der Wehrmacht.

#### Strafe für die Täter

Die Angehörigen der Opfer haben teilweise nichts von den Transporten nach Pirna-Sonnenstein und der wirklichen Todesursache erfahren. Auf dem Totenschein, den sie erhielten, standen Krankheiten wie Lungen- oder Bauchspeicheldrüsenentzündung als Todesursache. Noch Jahre nach dem Ende des zweiten Weltkriegs haben viele nach ihren behinderten Kindern oder Angehörigen ge-



Herrmann Paul Nitsche, Leiter von „T4“

Fotonachweis: Sächsisches Hauptstaatsarchiv Dresden

sucht. Einige Täter wurden 1947 im Dresdner „Euthanasie-Prozess“ angeklagt. Unter Ihnen Herrmann Paul Nitsche und Ernst Leonhardt. Beide wurden zum Tode verurteilt. Leonhardt nahm sich noch 1947 das Leben. Nitsche wurde am 25. März 1948 im Landgericht Dresden am Münchner Platz hingerichtet. Dr. Alfred Schulz starb aufgrund einer schweren Krankheit noch vor Prozessbeginn.

### Widerstand war möglich

Einige Leiter von Pflegeanstalten haben trotz der strikten Geheimhaltung der Aktion „T4“ geahnt, was mit ihren Patienten passiert und im Rahmen des Möglichen versucht, die behinderten Menschen vor der Ermordung zu beschützen. Nur zwei Beispiele sollen an dieser Stelle erwähnt werden: Der damalige Leiter des Katharienhofes in Großhennersdorf, Dr. Daniel, konnte noch rechtzeitig vor einem geplanten Transport nach Pirna-Sonnenstein 15 von seinen 188 Patienten, vor allem Kinder und Jugendliche, kurzfristig verlegen und dadurch vor dem Gastod retten. Dem Zwickauer Pfarrer Gocht gelang die Verlegung und Rettung einer unbestimmten Anzahl an Patienten aus der Anstalt in Zschadraß. Daneben gab es auch lebensgefährliche Formen des zivilen Ungehorsams. So legte Dr. Sagel, ab 1936 Direktor der Anstalt in Arnsdorf, sein Amt mit Beginn der „Euthana-

sie-Aktion T4“ 1940 nieder. Die Landeskirche Sachsen versuchte ebenfalls 1940 einzuschreiten, indem sie beim damaligen Gauleiter für Sachsen, Martin Mutschmann, gegen die „Euthanasie-Aktion“ intervenierte. Leider ohne Erfolg.

### Verdrängen oder Erinnern

Nach 1948, mit dem Ende des „Euthanasie-Prozesses“, gerieten die Ereignisse auf dem Sonnenstein in Pirna langsam in Vergessenheit. Verdrängen als Schutz vor dem eigenen Gewissen. In der DDR wurde auf dem Gelände der ehemaligen Heil- und Pflegeanstalt Pirna-Sonnenstein ab 1954 der VEB Entwicklungsbau und ab 1961 das Kombinat VEB Strömungsmaschinenbau untergebracht. Eine Gedenkstätte oder eine Gedenktafel an die Opfer der Tötungsanstalt gab es nicht. Erst 1973 ist eine Tafel enthüllt worden. In der Einweihungsrede fanden aber nur die nationalsozialistischen Opfer der Konzentrationslager Erwähnung.

Nachdem sich ab 1989 eine Bürgerinitiative der wissenschaftlichen Aufarbeitung widmete, regte sich auch das öffentliche Interesse um die Ereignisse auf dem Sonnenstein in der Zeit von 1940 bis 1941. Die Stiftung Sächsische Gedenkstätten eröffnete nach langer Forschungsarbeit und bauarchäologischen Untersuchungen 2000 die Gedenkstätte Pirna-Sonnenstein. Reges Interesse und Unterstützung bei



*Ständige Ausstellung in der Gedenkstätte*



*Lebensläufe und Fotos von Opfern im Keller der Gedenkstätte*

Ausstellungen und Veranstaltungen kommt heute nicht nur aus Pirna.

Gedenkstätte Pirna -Sonnenstein  
Schlosspark 11, 01796 Pirna  
Telefon/Fax: 03501 - 71096-0/-9  
Email: gedenkstaette.pirna@stsg.smwk.sachsen.de  
Öffnungszeiten: Mo – Do 9 - 15 Uhr, Fr 9 - 13 Uhr

Knut Köhler  
Literatur beim Verfasser

## Professor Dr. med. Klaus Rösner zum 80. Geburtstag



Am 10. 3. 2002 begeht Herr Prof. Dr. med. Klaus Rösner aus Zwickau seinen 80. Geburtstag. Nach dem Besuch des Gymnasiums in Schönebeck Medizinstudium in Freiberg, Göttingen, Danzig, Leipzig und Berlin mit Examen 1945. Im gleichen Jahr Promotion in Leipzig zum Thema: *Ulcus pepticum* und EKG. Anschließend Facharzt Ausbildung am Krankenhaus Alt-

stadt in Magdeburg bei Herrn Prof. Otten sowie Erlernung von Laparoskopie und Gastroskopie bei Herrn Prof. Kölsch. Von Dezember 1951 bis Januar 1962 Tätigkeit an der Medizinischen Poliklinik der Friedrich-Schiller-Universität in Jena unter Prof. Dr. Kleinsorge. 1953 Ernennung zum Oberarzt. 1958 Habilitation mit dem Thema: *Die Wirkung von Chlorpromazin und anderen Phenothiazinderivaten auf die inkretorischen Drüsen*. Noch im selben Jahr Berufung zum Dozenten. Im Januar 1962 Ernennung zum Chefarzt der II. Medizinischen Klinik am Heinrich-Braun-Krankenhaus in Zwickau mit den Schwerpunkten Gastroenterologie, Nephrologie, Endokrinologie und Stoffwechselkrankheiten, Geriatrie und Infektologie. Mit großem Engagement Aufbau einer Dialyse und Entwicklung der Klinik zu einem modernen, anerkannten Endoskopiezentrum. 1972 bis 1977 Ärztlicher Direktor des genannten Krankenhauses. 1963 bis 1990 Vorsitzender der Fachkommission Innere Medizin beim Rat

des Bezirkes Karl-Marx-Stadt. Verfassung von 77 wissenschaftlichen Publikationen sowie zwei Buchbeiträgen. Betreuung von 35 Doktoranden und zwei Habilitanden. Herrn Prof. Rösner zeichnete ein hohes manuelles Geschick bei endoskopischen Untersuchungen aus. Immer wieder wurde auf wissenschaftliche Verordnungsweise und rationelle Diagnostik hingewiesen.

Sein Führungsstil war nie autoritär, jedoch immer sachlich und korrekt. Trotz starker Arbeitsbelastung findet Prof. Rösner Zeit für Skilaufen, Schwimmen und für sein besonderes Hobby, den Garten. Vergessen sei nicht die Liebe zur klassischen Musik, wobei er selbst vorzüglich musiziert.

Ich wünsche dem Jubilar weiterhin alles Gute, vor allem Gesundheit, Vitalität und Freude im privaten Leben.

Dr. med. Gebhard Bretzke, Zwickau

## Professor Dr. med. Manfred Schönfelder zum 65. Geburtstag

Am 22. Dezember 2001 beging Herr Professor Schönfelder seinen 65. Geburtstag. Als gebürtiger Schlesier kam er nach dem Kriege zunächst nach Dresden, studierte von 1955 bis 1961 Humanmedizin an der Universität Leipzig und promovierte unmittelbar nach dem Staatsexamen. Nach zweijähriger Tätigkeit in Meiningen und Umgebung begann er seine Facharzt Ausbildung am Pathologischen Univ.-Institut Leipzig unter Gottfried Holle. Nach Anerkennung als Facharzt für Pathologie trat er 1967 unter dem Ordinariat von Werner Kothe in die Chirurgische Univ.-Klinik Leipzig ein. Er erwarb hier

1970 die Bestätigung als Facharzt für Chirurgie. Neben der chirurgischen Tätigkeit leitete M. Schönfelder über viele Jahre das Histopathologische Labor der Chirurgischen Klinik.

1970 baute er die Onkologische Sprechstunde auf. Er habilitierte sich 1976 und wurde 1 Jahr später zum Oberarzt der Klinik ernannt. 1979 erfolgte die Berufung zum Dozenten für Chirurgie. 1987/88 war M. Schönfelder am College of Medical Sciences in Gondar/Ethiopia tätig und bekam nach Rückkehr die Ernennung zum a. o. Professor. 1992 wurde er zum C4-Professor für Chirurgie an der Uni-



versität Leipzig berufen und erhielt 1994 die Bestellung zum Direktor der Chirurgischen Klinik I. Von 1990 bis 95 war M. Schönfelder überdies Leitender Ärztlicher Direktor des Klinikums unserer Universität. Gerade diese Aufgabe erforderte viel Zeit und Kraft; mussten doch eingefahrene und vertraute Strukturen überdacht, angepasst, verändert oder neu aufgebaut werden. Trotz dieser immensen Mehrarbeit wurde das operative Pensum absolviert. Viele Generationen von Studenten haben M. Schönfelder im akademi-

schon Unterricht kennen gelernt und schätzten seine Rhetorik und Didaktik in Vorlesungen und Seminaren. Neben einer eindrucksvollen Zahl von wissenschaftlichen Publikationen und Vorträgen muss auch die erfolgreiche Betreuung zahlreicher Doktoranden angeführt werden. Trotz der Erledigung des enormen Arbeitspensums hat M. Schönfelder zu passender Zeit mit einem guten Buch, besonders zur Geschichte und Landeskunde einige Ruhe finden können. Viele andere Dinge seines Interesses wie Kunst und Musik,

aber auch die Numismatik sind sicher zu kurz gekommen, genauso wie eine periodische Entspannung in seinem geliebten Garten. Mögen Herrn Schönfelder, der zu Semesterende emeritiert wird, unsere guten Wünsche für eine anhaltende und stabile Gesundheit begleiten, damit er nunmehr seinen vielfältigen persönlichen Neigungen, Hobbys und familiären Interessen mehr als es bislang möglich war, folgen kann.

Univ.-Prof. Dr. med. C. F. Schwokowski

## Unsere Jubilare im April

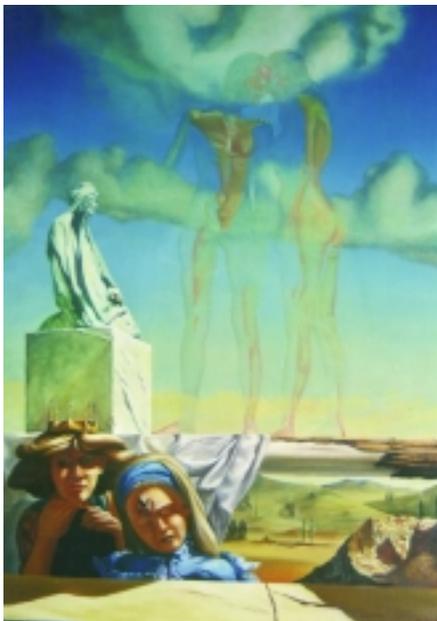
Wir gratulieren

	<b>60 Jahre</b>				
03. 04.	Dr. med. Knöpfel, Maria 01109 Dresden	27. 04.	Dr. med. Kreibich, Hans 08138 Schlunzig	18. 04.	Dr. med. Fesenfeld, Ursula 01689 Weinböhla
04. 04.	Dr. med. Georgi, Ulrich 09131 Chemnitz	27. 04.	Dr. med. Müller, Walter 01723 Herzogswalde	18. 04.	Pantenius, Barbara 04445 Liebertwolkwitz
05. 04.	Dr. med. Dietz, Roswitha 09600 Freiberg OT Zug	28. 04.	Dr. med. Richter, Ursula 01277 Dresden	19. 04.	Dr. med. Dünnebieber, Hans-Joachim 01683 Nossen
06. 04.	Dr. med. Neubert, Ekkehart 01454 Ullersdorf	29. 04.	Dr. med. Rößler, Karl-Heinz 04425 Taucha	21. 04.	Dr. med. Hampel, Rosemarie 02826 Görlitz
09. 04.	Dr. med. Reinheckel, Wolfgang 02999 Groß-Särchen	30. 04.	Dr. med. Lorenz, Christine 09228 Wittgensdorf	21. 04.	Dr. med. Maaz, Eberhard 01328 Dresden
10. 04.	Dr. med. Wagner, Hans-Peter 09130 Chemnitz	30. 04.	Prof. Dr. med. habil. Roesner, Dietmar 01219 Dresden	21. 04.	Dr. med. Süß, Wolfgang 04821 Waldsteinberg
12. 04.	Dr. med. Hentschel, Anne-Barbara 01069 Dresden		<b>65 Jahre</b>	25. 04.	Haufe, Sigrid 01237 Dresden
13. 04.	Langer, Gerhard 02943 Gablenz	01. 04.	Dr. med. Fritsche, Helga 02827 Görlitz	26. 04.	Lehmann, Mechthild 04838 Eilenburg
13. 04.	Dr. med. Seehars, Werner 09633 Halsbrücke	02. 04.	Dr. med. Busch, Roland 01157 Dresden	26. 04.	Dr. med. Lemme, Barbara 04209 Leipzig
14. 04.	Dr. med. von Wirsing, Ute 08301 Schlema	03. 04.	Dr. med. Grübner, Wolfgang 01809 Mügltitztal	27. 04.	Prof. Dr. med. habil. Bennek, Joachim 04316 Leipzig
15. 04.	Dr. med. Bräuninger, Bertfried 08451 Crimmitschau	03. 04.	Lorenz, Klaus-Dieter 01768 Cunnersdorf	29. 04.	Dr. med. Donath, Renate 04317 Leipzig
15. 04.	Dr. med. Martinsohn, Manfred 02943 Weißwasser	03. 04.	Dr. med. Nimetschek, Karl 01612 Neuseußlitz	29. 04.	Dr. med. Heinicke, Hans-Jürgen 01219 Dresden
15. 04.	Dr. med. Schulz, Franziska 01069 Dresden	04. 04.	Dr. med. Bennek, Maria 04275 Leipzig	29. 04.	Dr. med. Heinrich, Hannelore 01326 Dresden
18. 04.	Dr. med. Roesner, Sabine 01307 Dresden	04. 04.	Dr. med. Böhme, Doris 01728 Possendorf	30. 04.	Dr. med. Krumpolt, Christian 01796 Pirna
19. 04.	Dr. med. Krause, Siegfried 08280 Aue	05. 04.	Fischer, Alfred 04129 Leipzig		<b>70 Jahre</b>
20. 04.	Dipl.-Med. Dittrich, Renate 09122 Chemnitz	08. 04.	Dr. med. Rösler, Claus 01662 Meißen	04. 04.	Dr. med. Kitlak, Christina 01796 Pirna
21. 04.	Dr. med. Scheller, Werner 04207 Leipzig	10. 04.	Hiestermann, Annelies 04347 Leipzig	09. 04.	Prof. Dr. med. dent. Dr. med. habil. Schaps, Peter 01326 Dresden
22. 04.	Feurig, Sieglinde 01683 Nossen	10. 04.	Dr. med. Kubick, Ursula 01259 Dresden	12. 04.	Dr. med. Große, Wolfram 04838 Eilenburg
22. 04.	Dipl.-Med. Wolf, Reinhard 02708 Löbau	10. 04.	Dr. med. Skiba, Klaus 04416 Markkleeberg	12. 04.	Otto, Ulrike 08412 Werdau
23. 04.	Dr. med. Zwahr, Dieter Gerhard 02625 Bautzen	12. 04.	Dr. med. Alschner, Gisela 01279 Dresden	17. 04.	Dr. med. Reichardt, Horst-Peter 01471 Radeburg
24. 04.	Dr. med. Opitz, Dorit 01157 Dresden	14. 04.	Dr. med. Günther, Joachim 02979 Spreetal/Burgneudorf	17. 04.	Dr. med. Schmidt, Günter 08427 Fraureuth
25. 04.	Dr. med. Hackel, Wolfram 01187 Dresden	17. 04.	Dr. med. Kellner, Hans-Jürgen 08523 Plauen	20. 04.	Dr. med. Meinhold, Rainer 08060 Zwickau
		17. 04.	Dr. med. Taube, Fritz 03050 Cottbus	23. 04.	Prof. Dr. med. habil. Aurich, Harald 04821 Polenitz

28. 04.	Dr. med. Frank, Irmtrud 01257 Dresden	01. 04.	<b>82 Jahre</b> Dr. med. Sieblist, Otto 04179 Leipzig	07. 04.	<b>88 Jahre</b> Dr. Schumann, Hellmut 04808 Wurzen
28. 04.	Dr. med. Perina, Lilith 04435 Schkeuditz	11. 04.	Dr. med. Janke, Elfriede 08062 Zwickau	10. 04.	Degen, Wolfgang 01796 Pirna
16. 04.	Dr. med. Römer, Helga 08645 Bad Elster	15. 04.	Dr. med. Fischer, Wolfgang 04425 Taucha	11. 04.	Prof. Dr. med. Irmischer, Albert 09116 Chemnitz
22. 04.	Dr. med.habil. Voigt, Günther 09113 Chemnitz	28. 04.	Dr. med. Kolbe, Christel 01326 Dresden	14. 04.	Dr. med. Mittenzwey, Walther 01309 Dresden
18. 04.	Koitschew, Koitscho 01309 Dresden	29. 04.	Dr. med. Schubardt, Ingeborg 08645 Bad Elster	21. 04.	Dr. med. Uhlmann, Werner 09496 Marienberg
03. 04.	<b>81 Jahre</b> Dr. med. Weiser, Hans-Guido 04425 Taucha	05. 04.	<b>83 Jahre</b> Dr. med. Altekrüger, Hildegard 09648 Mittweida	27. 04.	Dr. med. Fischer, Heinz 08261 Schöneck
04. 04.	Büchs, Johannes 09127 Chemnitz	28. 04.	Dr. med. Ludwig, Ilse 01844 Neustadt	05. 04.	<b>92 Jahre</b> Dr. med. Ermisch, Klaus 04680 Colditz
06. 04.	Prof. Dr. sc. med. Otto, Werner 04299 Leipzig	23. 04.	<b>84 Jahre</b> Dr. med. Bohlmann, Arnold 08060 Zwickau	17. 04.	<b>93 Jahre</b> Dr. med. Knappe, Ulrich 09113 Chemnitz
17. 04.	Dr. med. Zenker, Frithjof 08412 Werdau	27. 04.	Dr. med. Pültz, Karl 01558 Großenhain	12. 04.	<b>95 Jahre</b> Dr. med. Weißgerber, Gerhard 04758 Oschatz
20. 04.	Dr. med. Huss, Joachim 02953 Bad Muskau	18. 04.	<b>85 Jahre</b> Dr. med. Zschache, Helmut 01067 Dresden		

## Andreas Hinkel Malerei

Ausstellung



Das Geflüster (Der große Bogen)

„Hinkel serviert, aber nicht gar gekocht, speisen und damit verdauen muss man selbst und entscheidet so über den Genuss“, textet Andreas Hinkel über sich.

In seinen Arbeiten folgt der Künstler den Spuren von Dali, Ernst oder Magritte, die dem von André Breton begründeten Surrealismus zu Glanz verhelfen. Inspirationen bezog der Autodidakt Andreas Hinkel zugleich aus der Werbefotografie. Interessiert haben dürften ihn besonders deren über Detailaufnahmen und Hochglanz transportierten unsichtbaren Botschaften. Hinkels auf den ersten Blick harmonische Bilder vermitteln gleichfalls manche, mitunter provokante Botschaft.

Andreas Hinkel (Jg. 1959), lernte von 1977 bis 1979 in der Meissner Porzellanmanufaktur den präzisen Pinselstrich beherrschen. In den 80ern war er als Theatermaler an den Landesbühnen Radebeul tätig. Und seit 1986 sucht er sich als freier Künstler zu behaupten – erst in der Riesaer Region, seit 2001 in Altenburg.

Ausstellungen führten den Künstler über seinen Wirkungskreis hinaus auch nach Aichach, Pforzheim, Stuttgart, Frankfurt/Main, Baden-Baden und Regensburg.



(Alp-)Träume in DinA4

Ab März werden Bilder mit geheimnisvollen Titeln wie „Die Geburt der Schönewetterwolken“, „Fisch – sich als Brücke zu einem Traum hinüberschwingend“ oder „Verfaultes Tischbein beim Versuch sich aufzurichten“ sowie Hinkelsche Variationen weltbekannter Gemälde in der Sächsischen Landesärztekammer zu sehen sein.

I. K.

**Ausstellung vom 19.3. bis 13.5.2002  
in der Sächsischen Landesärztekammer  
Vernissage: 21. 3. 2002, 19.30 Uhr**

## Gedanken zum Osterfest

„Vom Eise befreit sind Strom und Bäche, durch des Frühlings holden, belebenden Blick. Im Tale grünet Hoffnungsglück; der alte Winter, in seiner Schwäche, zog sich in raue Berge zurück...“ sagt das Dichterwort und auch wir haben Lust, hinauszugehen, den Frühling willkommen zu heißen.

Nun endlich wollen wir es wagen, den Gang durch die erwachende Natur nicht länger hinauszuschieben, zumal das Osterfest die beste Gelegenheit dazu bietet. Bei so einem Spaziergang lässt es sich gut nachdenken und unsere Gedanken sollen sich um das Osterfest drehen.

Wie wir wissen, begleiten den Jahreslauf Feste, die unseren gewöhnlichen Alltag in angenehmer Weise unterbrechen. Diese Feste bedeuten für uns aber weitaus mehr als nur Freizeit schlechthin, denn in ihnen kommen Sinndeutungen zum Vorschein. Geschehnisse werden erinnert und dargestellt, die für eine Kultur grundlegenden Charakter haben. Wie die Historie berichtet, solle einerseits der Name des Osterfestes auf die germanische Frühlings-

göttin Ostara zurückgehen. Der Sieg der Sonne über die Kälte war in heidnischer Zeit Anlass genug zu einem Frühlingsfest. Andererseits soll auch das jüdische Passahfest, das an die Befreiung vom ägyptischen Joch erinnert und am ersten Frühlingsvollmond gefeiert wurde, Grundlage unseres Osterfestes sein. Ostern wurde schlechthin für die Christen zum wichtigsten Fest im Jahreslauf, da es die Feier der Auferstehung Jesu ist. Das Datum des Osterfestes und damit auch der Fastenzeit, der Himmelfahrt und des Pfingstfestes ist also von Jahr zu Jahr verschieden. Es handelt sich um bewegliche Festtage. Das Konzil von Nizäa im Jahre 325 bestimmte den ersten Sonntag nach dem ersten Vollmond zum Auferstehungsfest. Dieses Konzil war das erste ökumenische und von Kaiser Konstantin dem Großen (römischer Kaiser 306 bis 337), der dem Christentum Gleichberechtigung einräumte, einberufen wurden. Hier wurde das erste offizielle christliche Glaubensbekenntnis, das Nizäum, formuliert.

Nach dem Volksglauben macht die Sonne am Ostermorgen Freudensprünge und als



Foto: Berthold

das Fest zu Beginn des Frühlings ist es mit zahlreichem Brauchtum verbunden. Einst dauerte das Osterfest volle acht Tage. Wir sind heute mit weniger zufrieden. Seit dem 12. Jahrhundert waren um die Osterzeit auch die jährlichen Naturalgaben an die Obrigkeit zu leisten. Diese Abgaben, auch Zins genannt, wurden zum Beispiel in Form von Eiern, Broten und Hasen bezahlt. Primär waren die Zins-eier ungefärbt und unbemalt. Die Eier wurden später mit Zwiebelschalen und ähnlichen Naturfärbemitteln gefärbt. Aufwendigere Methoden zur Verzierung kamen erst im 19. Jahrhundert, mitbedingte durch die Entstehung industriegefertigter Farben, auf. Viele Verzieretechniken haben sich später nach und nach entwickelt. Die Zinseier wurden wiederum von den Herrschaften an das Dienstpersonal und so auch die Küster, Pfarrer und Lehrer verteilt. Aber nicht alle Zins-eier wurden von Gutsherrn, Mönchen und Pfarrern selbst verbraucht und so kam es, dass häufig ein Teil der Eier an Arme und auch Kinder weitergegeben wurde. Je mehr die Eier zu Ostern ihre Bedeutung als Zahlungsmittel verloren, desto wichtiger wurden sie als Geschenke, als Geschenke vor allem für Kinder. Um nun den Kindern die Herkunft der Ostereier etwas geheimnisvoller erscheinen zu lassen, erfanden die Erwachsenen im 17. und 18. Jahrhundert Eierbringer, verkörpert insbesondere durch die Osterhasen. Um 1800 lebte bereits ein großer Teil der Bevölkerung in Städten. Geselligkeit fand zunehmend in der Kleinfamilie statt und nicht mehr im Dorfmittelpunkt. Aus den Eierspielen der Dorfkinder entwickelte sich das Eiersuchspiel der Stadtkinder. Nach und nach gesellten sich auch Konditoreiprodukte und Süßwaren zum Naturei. In den Städten war der Osterhase besonders beliebt. Er galt als fleißig und wachsam. Vor allem der Fleiß war ein beliebtes Erziehungsideal der bürgerlichen

Gesellschaft des 19. Jahrhunderts. Und erst im 19. und 20. Jahrhundert setzte sich der Hase als Ostereierbringer in ganz Deutschland durch. Hinzu kam jetzt auch die Erfindung der Bildpostkarte und sie eröffnete eine preisgünstige Variante und einfache Möglichkeit, Ostergrüße zu versenden. Der Fantasie waren keine Grenzen gesetzt. Dies trug dazu bei, dass das Bild des Osterhasens in alle Winkel des Landes und über seine Grenzen hinaus getragen wurde.



Foto: Berthold

Bei so einem Osterspaziergang durch die Natur findet sich auch erstes frisches Grün an Bäumen und Sträuchern. Dies verleitet dazu, sich ein paar Zweige mit nach Hause zu nehmen. Und so macht auch der Osterstrauß und der Osterbrauch Sinn. Birkenzweige vor allem werden in die Stuben geholt und mit bunten Eiern, so zum Beispiel heute aus Holzschnitzerei oder Kunststoff, geschmückt. Aber auch die Sträucher vorm Haus können mit diesen angeputzt werden. Es sollten zwölf Eier am Strauß oder Strauch hängen und sie sollten uns an die zwölf Monate des Jahres erinnern, sinnbildlich aber auch an die zwölf Apostel. Durch Palm- und Olivenzweige am Palmsonntag, dem Sonntag vor Ostern, sollen wir an den Einzug Jesu in Jerusalem erinnert werden. Die Menschen jubelten,

schnitten Zweige von den Bäumen und streuten sie auf den Weg. Die Zweige sind Zeichen der Könige und zugleich Friedenszeichen. In unserer Gegend kann man auch Buchsbaum, Weidenkätzchen oder Immergrün verwenden.

Vom Osterspaziergang nun nach Hause zurückgekehrt, empfängt uns die Osterpostkarte mit Grüßen von Freunden, neben dem Duft nach frischem Backwerk. Gebildebrote zur Osterzeit sind in vielen Gegenden Deutschlands als Backwerk von Hand geformt bekannt. Die Gebildebrote werden für die Fest- und Feiertage gebacken und heben die Osterfeiertage durch ihre besondere Gestalt wie Hasen, Brezeln, Spiralen, Sonnen und Zöpfe und den häufig gesüßten, hellen Teig vom Alltag hervor. Diese Teignachbildungen österlicher Symbole sollen die Osterpredigt und deren Botschaft versinnbildlichen. Dabei gingen viele Impulse von den mittelalterlichen Klöstern aus. Beliebt ist auch in einigen Gegenden das Osterwasserschöpfen. Das Osterwasser soll als Quelle der Kraft Gesundheit und Schönheit verleihen. Geschöpft wird es um Mitternacht. Während des Schöpfens darf kein Wort gesprochen werden, um die wundersame Kraft des Wassers zu erhalten. In der Lausitz besitzt das Osterreiten eine große Tradition. Diese schöne Sitte ist eine alte Form des Flurumganges und erfreut sich großer Beliebtheit.

Es gäbe noch eine ganze Menge von Ritualen, Bräuchen und Gedanken zum Osterfest zu berichten, aber das Beste zu den Feiertagen ist der Frieden. Wir sollten uns daher nichts sehnsüchtiger wünschen, als dass der Frieden zum Osterfest und darüber hinaus auf Dauer besteht. Redaktion und Autor wünschen deshalb den Lesern unseres Kammerorgans in diesem Sinne gesunde, geruhame und friedliche Osterfeiertage 2002.

Dr. Hans-Joachim Gräfe, Kohren-Sahlis