

Ärzteblatt Sachsen



Inhalt 10/2002

Berufspolitik	Ihre Stimme für die Selbstverwaltung	464
	DMP – wie weiter?	464
	Aufbau gelingt nur mit schneller Hilfe	465
	»Vorbeugen ist besser als heilen«	468
	19. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern	469
	Offener Brief	472
	27. Kammerversammlung	475
	Ethik in der Medizin	475
	Impressum	478
	Wahl zur Kammerversammlung für die Wahlperiode 2003/2007 der Sächsischen Landesärztekammer	479
Arztrecht	Vorwurf: Behandlungsfehler – Was tun?	483
Amtliche Bekanntmachungen	Wahlordnung für die Wahl zur Sächsischen Landesärztekammer	485-488
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Hinweis auf befristete Übergangsregelungen	489
	Nachrücken eines Mandatsträgers	489
	Konzerte und Ausstellungen	489
	Einladung zur Mitgliederversammlung der Kreisärztekammer Dresden	495
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	490
	B. Schubert	
Originalien	Möglichkeiten und Grenzen der Palliativmedizin	491
	M. Georgi, F. Förster, K. Neubert	
	Palliative Betreuung am Lebensende	495
	Trauer, Hoffnung, Kraft ...	501
Buchbesprechungen	Das Standardwerk des Ärztlichen Berufsrechts	502
	Medical English	502
Personalien	Unsere Jubilare im November	503
Promotionsverfahren	Verleihung des akademischen Grades	
Habilitationen	Doctor medicinae (Dr. med.)	504
Feuilleton	Reinhard Ludwig unter Mitarbeit von Susanna Seufert	
	Beethoven und das Gift im Wein – Teil 5	505
Beilage	Fortbildung in Sachsen – Dezember 2002	

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

Ihre Stimme für die Selbstverwaltung



Kammerwahlen für die vierte Wahlperiode von 2003 bis 2007

Die dritte Legislaturperiode des Ärzteparlaments der Sächsischen Landesärztekammer geht zu Ende. Deshalb rufe ich alle Ärztinnen und Ärzte des Freistaates Sachsen auf, sich zu den anstehenden Wahlen für die verschiedenen Gremien der Sächsischen Landesärztekammer bereitzuhalten. Vor allem unsere jüngeren Kolleginnen und Kollegen sollten sich für berufspolitische Themen in der Sächsischen Landesärztekammer zur Verfügung stellen und sich aktiv an der Selbst-

verwaltung beteiligen, denn es geht um Ihre Zukunft als Arzt oder Ärztin. Und nur eine wirksame, kompetente Selbstverwaltung kann unsere Interessen wirksam wahrnehmen.

Auf der politischen Bühne galt es in den vergangenen Jahren so manchen Kampf auszufechten und konstruktiv zu regulieren. Zu nennen sind die Reformansätze zur Kostenreduzierung des Bundesgesundheitsministeriums, wie zum Beispiel Autidem, Budgetierung und Risikostrukturausgleich sowie aktuell die Disease-Management-Programme und die diagnoseorientierten Fallpauschalen an Krankenhäusern. Durch demografische und gesellschaftliche Veränderungen wird es tiefgreifende Veränderungen in der Finanzierung des Gesundheitssystems geben. Eine humanistische Grundhaltung wird leider mehr und mehr in den Hintergrund treten. Eine umsichgreifende neue Wertordnung präferiert einen Wettbewerbsgedanken, der auch in der Medizin manchmal Zwischenmenschlichkeit und etwas mehr Bescheidenheit vermissen lässt. Trotzdem oder gerade aus diesen Gründen bedarf es einer Selbstverwaltung,

die politischen Fehlentwicklungen und negativen Erscheinungen im ärztlichen Berufsstand entgegenwirken kann. Zugegeben, es ist ein schwieriges und zeitaufwändiges Unterfangen, sich ehrenamtlich für die Belange der sächsischen Ärzteschaft einzusetzen und als kompetenter Berater der Politik ernst genommen zu werden. Doch die sächsischen Ärzte und ihre Kammer sollten in die zukunftsweisende Gestaltung eines modernen Gesundheitssystems einbezogen werden! Und dazu bedarf es aktiver berufspolitisch interessierter Ärzte. Ärztliche Selbstverwaltung ist nur durch engagierte persönliche Basisarbeit aller Ärzte zu verwirklichen. Wir erhalten dadurch die Autonomie für einen ganzen Berufsstand. Sorgen wir gemeinsam dafür, dass wir diese Autonomie bewahren, denn die Alternative wäre eine ministerielle Verwaltung. Machen Sie vom aktiven und passiven Wahlrecht Gebrauch! Nur so können wir die vor uns stehenden Probleme für unseren Berufsstand lösen.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

DMP – wie weiter?

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Disease-Management-Programme stehen vor der Tür. Wie gehen wir damit um?

Die Bundesregierung hat für die Programme Diabetes mellitus Typ 2 und Mammakarzinom am 1. Juli 2002 eine Rechtsverordnung erlassen, die formal den Start der Programme ermöglicht. Einige Krankenkassen schreiben bereits Patienten an und ermuntern sie zur Teilnahme, auch wir Ärzte werden zum Einstieg aufgefordert.

Natürlich ist die niedergelassene Ärzteschaft an strukturierten Behandlungsprogrammen für chronische Krankheiten in-

teressiert. Doch muss sichergestellt sein, dass diese Programme vom Ansatz her tatsächlich zu einer Verbesserung der Qualität der Betreuung führen können. Auch müssen die Programme an der Basis handhabbar bleiben. Wichtige Fragen werden im Moment geklärt, insbesondere Fragen zu den Leitlinien, zur Dokumentation, zum Aufwand und zu den Kosten. Zweifelsfrei haben die Krankenkassen – zum Beispiel bei der Motivierung ihrer Mitglieder – eine wichtige Funktion in Disease-Management-Programmen, aber die Krankenkassen dürfen nicht in die Arzt-Patienten-Beziehung direkt eingreifen können.

Kurzum, wir wollen und werden alles unterstützen, was einer besseren Versor-

gung unserer Patienten dient. Es besteht aber noch Regelungsbedarf. Sowohl Ärzten als auch Patienten raten wir deshalb zur Zurückhaltung. Es gilt zu verhindern, dass voreilige Entwicklungen präjudizierend wirken könnten. Damit wäre letztlich niemandem genutzt, vor allem nicht unseren Patienten.

Mit kollegialen Grüßen

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident
Sächsische Landesärztekammer

Dr. med. habil. Hans-Jürgen Hommel
Vorstandsvorsitzender
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen

Aufbau gelingt nur mit schneller Hilfe

Hochwasser
Sachsen 2002

„Erst kam das Wasser der Gottleuba und dann die Elbe. Zwischendurch hatten wir bereits mit Aufräumarbeiten begonnen. Umsonst“. Zusammen mit dem Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Herrn Prof. Dr. Jan Schulze, steht die Fachärztin für Chirurgie, Frau Dr. Annerose Hänig, am 13. September in ihrer zerstörten Praxis in Pirna und berichtet von den vergangenen zwei Wochen. „Unsere gesamte Einrichtung ist verloren, es blieb nur das erhalten, was oberhalb von zwei Metern angebracht war. Zusammen mit meinem Kollegen stehen wir nun vor einem Schuldenberg von 400.000 Euro“. Prof. Schulze wollte sich selbst ein Bild von den Zerstörungen in Arztpraxen durch das Hochwasser in Pirna und Dresden machen. Überall die gleichen Bilder und Aussagen: Trotz der enormen Zerstörungen wollen wir wieder anfangen, wir möchten wieder für unsere Patienten da sein. Doch ohne eine schnelle finanzielle Hilfe wird das nicht gelingen. „Dort wo einst eine Arztpraxis war, ist heute entweder eine Schutthalde oder eine Baustelle. An einen normalen Praxisbetrieb ist in den kommenden Wochen, oder sogar Monaten, nicht zu denken“, so der Präsident während seiner Fahrt durch das Hochwassergebiet.

Provisorien als Normalität

So mancher Arzt konnte sich vorübergehend neue Praxisräume anmieten und provisorisch Patienten behandeln. Manchmal dient auch eine Bodenkammer als Praxisstützpunkt, um wenigstens Rezepte ausstellen und Telefongespräche entgegennehmen zu können. Ein Dauerzustand kann das nicht bleiben. Bei den Vorortgesprächen zwischen den Ärzten und dem Präsidenten wird deutlich, dass die Anträge bei der Sächsischen Aufbaubank (SAB) gestellt sind, doch die Bearbeitung ganz unterschiedlich abläuft. Während ein niedergelassener Arzt schon die Soforthilfen bekommen hat, liegen von einem anderen die Anträge schon seit Ende August unbearbeitet bei der SAB. Unmut kommt wegen solcher Bürokratie

auf. Prof. Schulze konnte die betroffenen Ärzte vor Ort ermutigen, denn nach einem Gespräch mit dem Geschäftsführer der SAB, Herrn von Seckendorff, versicherte dieser, dass „Ärzte und alle anderen Freiberufler mit den Mittelständischen Unternehmen gleich behandelt werden. Eine schnelle Antragsbearbeitung wird angestrebt. Doch besondere Ereignisse erfordern auch besondere Maßnahmen. In drei Schichten wird bei der SAB gearbeitet, um die Soforthilfen schnell auszahlen zu können. Es soll möglichst unbürokratisch erfolgen“, so Herr von Seckendorff, „doch je höher die beantragte Soforthilfe, umso mehr bürokratische Anforderungen haben wir an den Antragstel-

ler“. Schwarze Schafe sollen so frühzeitig erkannt und herausgefiltert werden.

Unterstützung der Kollegen

Große Unterstützung kam und kommt seit der Hochwasserkatastrophe von Kollegen aus Sachsen und den anderen Bundesländern. Noch während der Flut wurden Patienten übernommen oder Hilfe angeboten. Dazu gehörte auch das Schaufeln von Schlamm aus Praxisräumen. Die funktionsfähigen Krankenhäuser haben in ihren Notfallambulanzen die Behandlung für Patienten gewährleistet, deren Hausarzt plötzlich alles verloren hatte. Dank dafür kommt nicht nur von den betroffenen Ärzten. Auch die sächsische



Baustelle für Monate nach Totalschaden in der Chirurgischen Praxis von Frau Dr. Annerose Hänig in Pirna



MRT Mobil2: Prof. Dr. Jan Schulze (li.) im Gespräch mit den vom Hochwasser geschädigten Radiologen, Frau Dr. Eva Dziambor (re.) und Herrn Dr. Marc Amler vor einem transportablen MRT.



Wasserschaden Pohl: Was das Hochwasser von Arztakten übrig lässt.

Sozialministerin, Frau Christine Weber, hat sich schriftlich an die Leistungserbringer im Gesundheitswesen gewandt, um sich dafür zu bedanken, dass die medizinische Versorgung in Sachsen zu jedem Zeitpunkt der Katastrophe gewährleistet war.

Härtefälle gesondert behandeln

Bei den rund 200 geschädigten Arztpraxen in Sachsen gibt es unterschiedliche Schadenshöhen. Das reicht vom Ausfall der Telefon und Stromversorgung bis hin zum Immobilienverlust, privat wie beruflich. Letzteres stellt im Vergleich zu den anderen Schäden einen ganz besonderen Härtefall dar. In der Verteilung von Landes- und Bundesmitteln wird auf sol-

che Härtefälle Rücksicht genommen. Bei Schäden über 1,5 Mill. Euro werden Ausnahmeregelungen getroffen. Trotzdem wird es nicht gelingen, einen Arzt so zu stellen, wie vor dem Hochwasser. Prof. Schulze: Auch wenn 80 % eines Schadens ersetzt werden, bleiben 20 % übrig, die neben der Kreditbelastung durch die Niederlassung 1990 zusätzlich aufgefangen werden müssen. An dieser Stelle hofft die Sächsische Landesärztekammer Hilfe aus Spendenmitteln geben zu können. Je nach Höhe der bis Ende Oktober eingegangenen Spenden entscheidet sich auch die Höhe der Unterstützung. Für Fragen zu Hilfsprogrammen oder steuerlichen Regelungen nach dem Hoch-

wasser finden man eine Übersicht auf der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer unter www.slaek.de. Auch der Deutsche Bundestag, Ausschuss Gesundheit, hat auf Grund eines Schreibens der Sächsischen Landesärztekammer in einem Informationsblatt über alle Maßnahmen informiert. Folgende Telefonnummern sind geschaltet:

Kreditanstalt für Wiederaufbau:
01801/335577

Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie: 01888/6158000

Oberste Finanzbehörde Sachsen:
0351/5644320

Sächsisches Staatsministerium für Soziales: 0351/5645603

kö

Spendenaufwurf der Sächsischen Landesärztekammer

Ärzte in Not

Die Hochwasserkatastrophe in Sachsen hat zahlreichen Ärzten die Existenzgrundlage vernichtet.

Eine schnelle und unbürokratische Hilfe ist deshalb gefragt. Die Sächsische Landesärztekammer bittet deshalb alle Kolleginnen und Kollegen um eine Spende, damit den betroffenen Ärzten geholfen werden kann. Das unvorstellbare Hochwasser hat zum Teil zehn Jahre berufliche Aufbauarbeit vernichtet. Ermöglichen Sie mit Ihrer Spende einen Neuanfang!

Jeder Beitrag ist eine soziale und humane Geste in einer für uns schwierigen Situation.

Bankverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztebank

Konto-Nummer: 6000 444 • Bankleitzahl: 100 906 03 • Kennwort: Ärzte in Not

Bitte geben Sie Ihre vollständige Anschrift für die Ausstellung einer Spendenquittung an!

Der Präsident, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, und der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer bedanken sich im Namen aller vom Hochwasser geschädigten Ärztinnen und Ärzte für die bisher eingegangenen Spenden.

Wir bitten um weitere Geldspenden bis zum 31. 10. 2002.

Alle vom Hochwasser betroffenen Ärztinnen und Ärzte werden gebeten, sich bis spätestens 15. Oktober 2002 bei der Hauptgeschäftsstelle zu melden, um zu erfahren, wie sie mit Spendenmitteln unterstützt werden können.

»Vorbeugen ist besser als heilen«



Prof. Dr. Dieter Reinhold, Vorsitzender des Ausschusses Prävention der Sächsischen Landesärztekammer, hielt die Eröffnungsrede

Die Prävention stand im Mittelpunkt der Veranstaltung „Maßnahmen zur Gesundheitsförderung im mittleren Erwachsenenalter“ am 31. August 2002 in Dresden. Trotz der Hochwasserfolgen fand die Veranstaltung eine große Resonanz, denn die Themen und Referenten waren hochkarätig. Ausgehend von Planung und Umsetzung der Prävention in Alltag und Medizin gingen die Redner im Laufe der Veranstaltung zu speziellen Themen über. Sport und Bewegung, Stress sowie die gesunde Ernährung wurden ausführlich behandelt.

Sport pro Gesundheit

Besonderes Gewicht lag auf den Möglichkeiten der Ärzte, präventives Verhalten an ihre Patienten zu vermitteln. Ein Beispiel dazu ist die Aktion „Sport pro Gesundheit“. Initiiert von der Bundesärztekammer und dem Deutschen Sportbund wurde dieses Konzept nun in Sachsen durch die Sächsische Landesärztekammer, den Landessportbund Sachsen und den Sächsischen Sportärztebund umgesetzt. Ziel ist es, den präventiven Aspekt von Sport und Bewegung umfassender zur Anwendung zu bringen. „Mit Hilfe von festgeschriebenen Qualitätskriterien können nun in Sachsen zertifizierte Angebote vorgehalten werden, welche über ein Empfehlungsformular von Ärzten an Patienten weitergegeben werden können“, so Frau Dr. Dickwach, Vizepräsidentin des Landessportbundes Sachsen. Empfohlen werden nur Sporteinrichtungen in Sach-

sen, die über ein Qualitätssiegel „Sport pro Gesundheit“ verfügen. Das Empfehlungsformular wird für jeden Patienten individuell nach Persönlichkeit, gesundheitlichen Problemen und Zielen der präventiven sportlichen Betätigung ausgestellt. Damit haben Ärzte in Sachsen nun die Chance, verstärkt präventiv beraten zu können und konkrete Angebote zu unterbreiten. Die letzte Aktivität liegt natürlich beim Patienten selbst, ob er das Angebot annimmt oder nicht.

Stress und Stressbewältigung

Stress als Zivilisationsproblem war ein ebenfalls spannendes Thema, welches von Prof. Dr. Scheuch von der TU Dresden vorgestellt wurde. Nach der Klärung, was überhaupt Stress bedeutet und welche falschen Vorstellungen nicht nur unter der Bevölkerung darüber herrschen, ging Prof. Scheuch darauf ein, wie sich Stresserscheinungen auf die individuelle Konstitution auswirken und welche Stressbewältigungsmethoden es gibt. Wenn früher über Zeitmangel geklagt wurde, so heißt das heute Stress. Beschwerten sich die Kinder früher über zu viele Aufgaben, so sagen sie heute sie haben Stress. Grundlage der Stressbewältigung ist daher die genaue Definition von Ursachen der Belastung und mögliche Strategien der Anpassung an neue Aufgaben. „Stress ist in erster Linie ein Anpassungsprozess des Körpers an neue, ungewohnte Anforderungen“, so Prof. Scheuch. „Und je nachdem wie schnell sich ein Organismus auf die neuen Bedingungen einstellen und ins Gleichgewicht gelangen kann, wird Stress zu einem Problemfaktor“.

Gesund essen – gesund leben

Auch die Ernährung spielte im Rahmen der Präventionsveranstaltung eine entscheidende Rolle. Denn die Ursache zahlreicher Erkrankungen, nicht nur im Alter, ist eine falsche Ernährung. Übergewicht im Zusammenhang mit Bewegungsmangel sind die Krankheitsursachen Nummer eins, die zu Bluthochdruck, ischämischen Herzerkrankungen



Infostand zum Thema „Gesunde Ernährung“ im Foyer



Praktische Bewegungsübungen in der Pause

und dem metabolischen Syndrom führen können. Prof. Dr. Kasper aus Würzburg stellte dieses Thema sehr anschaulich vor. Und wer eine Kostprobe wollte, der fand im Foyer der Sächsischen Landesärztekammer ein kleines, „gesundes“ Büffet vor. Gleich daneben konnten die Gäste ihren Blutzucker und die Blutfettwerte ermitteln lassen. Ich hätte besser darauf verzichten sollen.

Vorbereitet wurde die gelungene Veranstaltung vom Ausschuss Prävention und Rehabilitation unter Leitung von Prof. Reinhold sowie einer kleinen Arbeitsgruppe. Weitere regionale Veranstaltungen sollen folgen. Der 30. Oktober 2002 soll möglichst bundesweit ein Info-Tag zur Prävention werden.

Vielfältiges Informationsmaterial rund um das Thema „Prävention“ kann beim Deutschen Ärzte-Verlag bestellt werden.

Stufenprogramm „Frei von Tabak“

Leitfaden „Gesund essen“

Repetitorium „Vor Infektionen schützen“

Beratungsleitfaden „Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen“

kö

19. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern

Dresden
21. September 2002

Der Einladung des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Herrn Professor Dr. Jan Schulze, waren 25 Vorsitzende der sächsischen Kreisärztekammern, der Vorstand, die Geschäftsführer der Sächsischen Landesärztekammern und Gäste gefolgt. Herr Professor Dr. Schulze referierte am Beginn der Tagung über die aktuelle gesundheits-, sozial- und berufspolitische Lage in der Bundesrepublik Deutschland und insbesondere im Freistaat Sachsen. Schwerpunktthemen des Berichts des Präsidenten waren:

■ *Folgen der Hochwasserkatastrophe* in Sachsen ist die Totalzerstörung von 57 Arztpraxen (Schadenshöhe bis 1,2 Millionen Euro). 51 Arztpraxen sind mindestens zu 50 Prozent zerstört (Schadenshöhe 10.000 bis 80.000 Euro). 83 Arztpraxen erlitten einen Schaden bis 5.000 €. Die Aufbaukosten betragen für die Praxen insgesamt 15 Millionen Euro und für die Krankenhäuser 60 Millionen Euro. Die Hilfeleistungen der Sächsischen Landesärztekammer waren 1000 Euro als Soforthilfe an alle durch das Hochwasser geschädigten Ärztinnen und Ärzte, 2.500 Euro zinsloses Darlehn aus dem Fonds Sächsischen Ärztehilfe. Weitere Unterstützung erfolgt aus dem Spendenfonds „Ärzte helfen Ärzten“ nach definierten Kriterien. Die Zusammenstellung von Hilfsprogrammen ist auf der Internetseite der Sächsischen Landesärztekammer www.slaek.de dargestellt.

■ *Disease-Management-Programme*

Auf Seite 464 dieses Heftes lesen Sie unter der Überschrift „DMP – wie weiter?“ den gemeinsamen Standpunkt des Präsidenten und des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer sowie des Vorstandsvorsitzenden und des Vorstandes der Kasernenärztlichen Vereinigung Sachsen.

■ *Standpunkt zu DRG*

Die Übernahme des australischen Modells für Deutschland wird auch vom Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer als kritisch angesehen. Die Ärztekammer verlangt Modifizierung des Zeitplanes auf Grund fehlender Evaluation des Modells und ungeklärter Fallpauschalenhöhen. Der kalkulierte Dokumentationsaufwand führt zu einer weiteren steigenden Bürokratisierung der ärztlichen Tätigkeit. Das neue Vergütungssystem muss sich an der Entwicklung des medizinischen Bedarfs und der demographischen Entwicklung orientieren, und darf nicht allein durch betriebswirtschaftliche Effizienzmaßstäbe bestimmt werden. Nur dadurch kann gewährleistet werden, dass indizierte stationäre Behandlungen auch weiterhin auf der Grundlage der geltenden Qualitätsstandards erbracht werden können.

■ *Entwicklung der Arztzahlen in Sachsen*

Zurzeit sind 373 Arztstellen in den sächsischen Krankenhäusern unbesetzt. Besonders im mittleren Erzgebirgskreis und im niederschlesischen Oberlausitzkreis ist die ambulante Versorgung im Fachgebiet

Allgemeinmedizin stark gefährdet. Die Lösungsansätze der Sächsischen Landesärztekammer lauten:

- sofortige Angleichung des BAT-Ost an den BAT-West,
- sofortige Anhebung der Vergütung der Ärzte im Praktikum,
- Abbau und Vergütung von geleisteten Überstunden,
- Entlastung der Krankenhausärzte von vielfältigen Verwaltungsaufgaben,
- Schaffung flexibler und praktikabler Arbeitszeitmodelle,
- Erhöhung der Zahl der Studenten in der Humanmedizin,
- Herbeiführung einer politischen Entscheidung zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung,
- Bildung einer konzertierten Aktion mit dem Schwerpunkt „Attraktivität der ärztlichen Tätigkeit im Freistaat Sachsen“,
- Gewinnung ausländischer Ärzte.

■ *Sächsisches Bündnis für Gesundheit*

Der Freistaat Sachsen ist das einzige Bundesland, das weiterhin das Bündnis unterhält. Aktuell beschäftigen sich die Vertreter des Bündnisses mit der steigenden Bürokratisierung im Heil- und Pflegebereich. Die aktuellen Forderungen des Bündnisses sind die Erhaltung des solidarischen Gesundheitssystems, keine ausschließliche Ökonomisierung im Gesundheitswesen, keine Enthumanisierung des Gesundheitswesens, mehr Menschlichkeit im Gesundheitswesen, keine weitere Finanzie-

rung von versicherungsfremden Leistungen aus der Gesetzlichen Krankenversicherung, wirkliche Reformen zur Kostendämpfung, keine weitere öffentliche Diffamierung der ärztlichen Tätigkeit durch die Politik und durch die Medien. Das sächsische Bündnis will weiterhin allen politischen Kräften klarmachen, wie gefährlich eine rein theoretische, expertokratische Gesundheitspolitik ist.

■ **Prävention**

Auf den Seiten 468 dieses Heftes ist über die Thematik der diesjährigen Präventionstage und über die Auftaktveranstaltung am 11. August 2002 in der Sächsischen Landesärztekammer berichtet. Der Stellenwert der Prävention muss wieder betont stärker, nicht nur im ärztlichen Gespräch mit dem Bürger, integriert werden.

■ **Zusammenarbeit mit der polnisch-niederschlesischen Ärztekammer**

Vom 13. bis 15. November 2002 ist eine gemeinsame Vorstandssitzung zwischen der Sächsischen Landesärztekammer und der Ärztekammer Breslau in Legnica geplant. Das Zweite Deutsch-polnische Symposium findet vom 12. bis 14. September 2003 in Meißen statt. Referate zu historischen und aktuellen berufspolitischen Themen werden vorbereitet. Zwei Dissertationen zum Thema „Entwicklung der Niederschlesischen Ärztekammer von ihren Anfängen bis 1945“ und „Jüdische Ärzte in Breslau“ werden erarbeitet.

Schwerpunkthemen der sich anschließenden sehr lebhaften, mit vielen Fassetten untersetzter Diskussion waren:

- durch Hochwasser geschädigte Arztpraxen,
- Spendenaktionen in den einzelnen Kreisärztekammern,
- die Solidarität unter den Ärzten ist weiterhin notwendig,
- gerechte Spendenverteilung durch zentrale Erfassung,
- Kriterien bei der Spendenverteilung,
- Stellung der Ärzte in der Öffentlichkeit,
- Ärztemangel und Lösungsvorschläge,
- die Ausbildung des Fachgebietes Allgemeinmedizin im Medizinstudium,

- der Aufbau akademischer Lehrpraxen, Ankündigungsmöglichkeiten,
- Stellung des jungen Arztes im Krankenhaus.

Novellierung der (Muster-) Weiterbildungsordnung

Professor Dr.habil.Gunter Gruber

Vorsitzender des Ausschusses

ärztliche Weiterbildung

der Sächsischen Landesärztekammer

Die Novellierung der Muster-Weiterbildungsordnung (MWBO) ist in die entscheidende Phase eingetreten, da der bereits vom Deutschen Ärztetag akzeptierte Abschnitt A (sog. Paragraphenteil) und die mit wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Berufsverbänden diskutiert und abgestimmten Vorschläge der Weiterbildungs-gremien der Bundesärztekammer) zum Abschnitt B (Gebiete und Schwerpunkte) sowie Abschnitt C (Zusatzweiterbildungen) in wenigen Tagen zur Diskussion in den Landesärztekammern vorliegen werden.

Im neuen Weiterbildungsrecht sollen in 26 Gebieten 40 Facharztkompetenzen mit 17 Schwerpunktbezeichnungen (letztere generell mit einer Mindestweiterbildungszeit von 3 Jahren [EU-Kompatibilität]) sowie 32 Zusatzweiterbildungen (Arbeitstitel!) erworben werden können. Wegen der Heterogenität in den vorgeschlagenen Bereichen und Befähigungsnachweisen und im Sinne der Deregulierungen sollen nach aktuellem Beratungsstand beide Arztbezeichnungen zusammengefasst werden. Außerdem wird vorgeschlagen, 16 Inhalte in der curriculäre Fortbildung zu etablieren. Neben vielen anderen Neuerungen sei bemerkt, dass es künftig neben der WBO keine Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung mehr geben wird, denn sie werden in die WBO integriert. In einigen Gebieten ist eine gemeinsame Basisweiterbildung für mehrere Facharztkompetenzen vorgesehen (so zum Beispiel für die 8 chirurgischen Fachärzte, für die Fachärzte für Innere Medizin und Allgemeinmedizin als der Hausarzt der Zukunft, nach Beschluss

des Deutschen Ärztetages 2002) und dem Facharzt für Innere Medizin mit obligater Schwerpunktbezeichnung, für die Gebiete Hals-Nasen-Ohrenheilkunde sowie Pharmakologie. Die bisherigen Weiterbildungsbezeichnungen „Fakultative Weiterbildung“ und „Fachkunde“ in den Gebieten“ werden entfallen. Die novellierte WBO soll auf dem 106. Deutschen Ärztetag im Mai 2003 in Köln vorgelegt, diskutiert und beschlossen werden.

Die Rolle der Ärzte in der Suchtprävention

Professor Dr. Otto Bach,

Vorstandsmitglied, Vorsitzender des

Ausschusses Sächsische Akademie für

ärztliche Fort- und Weiterbildung

Suchterkrankungen und die möglichen Vorstadien von Suchterkrankungen, die Missbräuche von Alkohol, Drogen und Nikotin stellen ein gesundheitspolitisches Problem von großer Bedeutung dar. Die epidemiologischen Zahlen zur Morbidität und zu den durch die Krankheiten und ihre Folgeerscheinungen hervorgerufenen Kosten sind erheblich. Um so mehr müssen präventive Strategien ins Auge gefasst werden. Während die primäre Prävention, das heißt die allgemeine Gesundheitsförderung, die Gestaltung gesellschaftlicher Verhältnisse und die Einflussnahme auf familiäre Beziehungen ein Problem der gesamten Gesellschaft und spezieller Mediatoren derselben darstellen (zum Beispiel der Schulen, der Medien), sind die sekundäre und tertiäre Prävention das Betätigungsfeld der Ärzteschaft. Die Ärzte haben den besten Zugang zu allen Gruppen der Bevölkerung, eine hohe Akzeptanz und sie kennen die individuellen Risikoprofile der Patienten. Zu 70% bis 80 % kontaktieren Suchtkranke und Suchtgefährdete ihre Hausärzte, während sie zunächst in speziellen Sucht-bildstrukturen nur in einem sehr geringen Umfang erfasst werden.

Insofern haben Ärzte als Berater ihrer Patienten wichtige Funktionen zu erfüllen. Selbst kurze beratende Interventionen führen zu bemerkenswerten Effekten, vor

allem bei der großen Zahl von Gefährdeten: Verringerung des Konsums, Vermittlung von Hilfssystemen, Stärkung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung, Anbieten von alternativen Strategien.

Das Netz professioneller Therapie- und Nachsorgeangebote für definitiv Erkrankte ist im Freistaat Sachsen derartig gestaltet, dass jeder Hilfebedürftige angemessen betreut werden kann, sei es in Entwöhnungskliniken, den Allgemeinkrankenhäusern, in der ambulanten ärztlichen Betreuung, in den Sucht- und Beratungsstellen und den Selbsthilfeorganisationen. Der Hausarzt kann auch diesbezüglich wichtige Weichen stellen.

Ergebnisse der Fragebogenaktion „Mobbing gegen Ärzte in Sachsen“

Frau Dr. Brigitte Güttler, Vorsitzende des Ausschusses Ärztinnen

Die Ergebnisse der Auswertung von 454 beantworteten Fragebögen werden in einem eigenständigen Artikel in einem der nächsten Hefte unseres Kammerorgans abgedruckt.

Aktivitäten der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit seit September 2001 und künftige Vorhaben

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

Herr Knut Köhler stellte sein Aufgabenfeld, die bisherigen Arbeitsschwerpunkte und Projekte für das kommende Jahr vor. Zu seinen Aufgaben gehören Referent des Präsidenten, Pressestelle, Öffentlichkeitsarbeit, Redaktion Ärzteblatt Sachsen, Auslandskontakte sowie die Mitarbeit in der Deutsch-polnischen Arbeitsgruppe, dem Gesprächskreis Ethik in der Medizin, dem sächsischen Bündnis Gesundheit 2000 und der Arbeitsgruppe Multimedia. Neben der Pressearbeit mit Pressemitteilungen und Pressekonferenzen sowie konzeptionellen Aufgaben für die Öffentlichkeitsarbeit zur Außerdarstellung der Landesärztekammer erfolgte auch die Publikation von Themenheften in der Grünen Reihe im vergangenen Jahr. Besonders offensiv wurden die Themen Arzttzahlen-

entwicklung in Sachsen, DMP und DRG bearbeitet.

Erste Maßnahmen, die der Verbesserung des Arztbildes in der Öffentlichkeit dienen sollen und die Darstellung von Aufgaben der Landesärztekammer waren ebenfalls ein Bestandteil. Wichtig für die kommenden Monate ist die Kontinuität der laufenden Aufgaben. Gleichzeitig erfolgt die themenbezogene Presse- und Öffentlichkeitsarbeit zur Unterstützung der Kammerwahl. Für das Jahr 2003 wurde von Herrn Köhler eine Informationsbroschüre über die Landesärztekammer vorgeschlagen, welche in Kurzform einen Überblick über Aufgaben, Struktur und Service geben soll. Außerdem wäre langfristig an eine Imagekampagne für die ärztliche Tätigkeit in Sachsen zu denken, um junge Absolventen der Medizin in diesem Bundesland zu halten oder hierher zu holen. Bei aktuellen Sachthemen sind Pressehintergrundgespräche zu führen. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass die Landesärztekammer nicht jedes Thema mit Fakten bedienen und damit in der Öffentlichkeit präsentieren kann.

Ein verbesserter Informationsaustausch mit den Kreisärztekammern wird im kommenden Jahr via Email erfolgen. Die Vorsitzenden erhalten dann auch die Pressemitteilungen, die die Landesärztekammer herausgibt. Eine aktuelle regionale Schwerpunktsetzung ist nach Auffassung des Pressereferenten nur mit Unterstützung der Kreisärztekammern vor Ort möglich. Auch im Hinblick auf Veröffentlichungen im Ärzteblatt Sachsen könnten die Vorsitzenden sozusagen als Korrespondenten fungieren.

Vorstellungen über Inhalte und Aktivitäten der Öffentlichkeitsarbeit für ein besseres Arztbild

Herr Dr. Gottfried Sterzel, Vorsitzende der Kreisärztekammer Löbau/Zittau

Die von Herrn Dr. Sterzel angesprochene und vorgetragene Problematik ist im Punkt 3. und 4. in dem „Offenen Brief von Vertretern unterschiedlicher medizi-

nischer Fachdisziplinen in Ostsachsen an den Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer“ niedergeschriebenen, der auf den Seiten 472 dieses Heftes abgedruckt ist. Die eindeutigen und klaren Antworten unseres Präsidenten und des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer sind auf den Seiten 473 zu lesen.

Vorbereitung der Wahl zur Kammerversammlung für die Wahlperiode 2003/2007

Frau Dr. jur. Verena Diefenbach, Landeswahlleiterin

Der Präsident bittet besonders jüngere Ärztinnen und Ärzte als Kandidaten aktiv an der Selbstverwaltung der sächsischen Ärzteschaft in der 4. Legislaturperiode des Ärzteparlaments mitzuarbeiten. – Es geht um ihre Zukunft.

Zur Durchführung der Wahl gab die Landeswahlleiterin folgende Hinweise:

- Auflegen der Wählerlisten vom 20. bis 28.11.2002: Nur der Arzt, der auf der Wählerliste eingetragen ist, ist wahlberechtigt.
- Endzeitpunkt zur Einreichung der Wahlvorschläge beim Kreiswahlleiter ist der 13. 2. 2003. Eine ausreichende Anzahl von Mandatsträgern und Stellvertreter müssen genannt werden.
- Endzeitpunkt der Ausübung des Wahlrechtes ist der 9. 4. 2003.

Bereitstellung von Laptops für die Vorsitzenden der Kreisärztekammern

Mit dem Einsatz der Notebooks soll eine effektive Arbeit in den Kreisärztekammern erreicht werden. Als wesentliche Vorteile werden von Vorsitzenden der Kreisärztekammern eingeschätzt: schnellere Kommunikation per E-Mail, Nutzung des Internets als Informationsquelle, Haltung der Mitgliederverzeichnisse und weiterer Unterlagen, Reduzierung des Aufwandes bei der Kommunikation der Vorsitzenden der Kreisärztekammern untereinander sowie mit den Mitgliedern der Kreisärztekammern und Reduzierung der Portokosten.

klug

Offener Brief

Sächsische Landesärztekammer
Der Vorstand
z.Hd. des Präsidenten
Herrn Prof. Dr. J. Schulze
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

CC: Dr. med. habil. Hommel (KVS)

Offener Brief von Vertretern unterschiedlicher medizinischer Fachdisziplinen in Ostsachsen an den Vorstand der Landesärztekammer Sachsen

Sehr geehrter Herr Präsident, mit Besorgnis möchten wir den Vorstand der LÄK Sachsen auf Probleme hinweisen, die wir anlässlich einer Beratung am 27.08.2002 besprochen haben. Dieses Gespräch diente der Vorbereitung einer Veranstaltung mit der Hauptgeschäftsführerin der LÄK Sachsen, Frau Dr. Diefenbach, am 3. 9. 02. Insgesamt wurden dabei zu vier folgenden Tagesordnungspunkten im Wesentlichen übereinstimmende Meinungen erzielt:

- 1. Die neue Beitragsordnung der LÄK Sachsen (gültig ab 01.01.2003).**
- 2. Finanzielle Unterstützung hochwassergeschädigter ärztlicher Kollegen in Sachsen durch die LÄK Sachsen.**
- 3. Offensiver Umgang mit den Medien durch die LÄK Sachsen bei z. B. Angriffen durch die Krankenkassen, insbesondere dem Vorwurf des Abrechnungsbetruges.**
- 4. Fragliche Rechtmäßigkeit der Aberkennung der Approbation von Herrn Kollegen Pfeiffer durch die LÄK Sachsen im Zuge eines schwebenden Gerichtsverfahrens vor dem Landgericht Görlitz.**

Zu Punkt 1

Nachdem der Vorstand der Mitgliederversammlung der LÄK Sachsen erfreulicherweise einen positiven Rechenschaftsbericht zum Haushalt im Jahre 2001 vorlegen konnte, fällt es uns schwer, die innerhalb der Sommerpause vorgelegten Informationen zur bereits beschlossenen (mit der KVS nicht abgestimmten) Beitragserhöhung zu verstehen. Unzweifelhaft ist die Abkehr vom Bruttoprinzip

und zukünftige Anwendung des Nettoprinzips zu begrüßen. Gleichzeitig wird jedoch der disproportionalen finanziellen Belastung einzelner, insbesondere hochinvestiver Fachgebiete bei der Verwendung ihrer betrieblichen Gewinne nicht ausreichend Rechnung getragen (z.B. Kredittilgungen, Rücklagen für Neugeräte, Neuanschaffungen/Nachrüstungen, dbzgl. Absicherung von unternehmerischem Risiko, 100% Sozialabgabenbelastung etc. pp.). Die vergleichsweise Staffelung der Beiträge zwischen angestellten und kassenärztlich tätigen Ärzten sollte daher 1. beibehalten und 2. die Maximalgrenze des Beitrages vorerst bei 1800,00 Euro (mit entsprechender Abstufung) belassen werden. Dies hat v.a. deshalb Berücksichtigung zu finden, weil angesichts hoher Überschüsse in der LÄK Sachsen in 2001 Beitragserhöhungen kaum zu begründen sind. Das Abstellen auf die Situation der ÄK anderer Bundesländer ist in diesem Zusammenhang u.E. irrelevant. Teilweise Beitragserhöhungen von >25% bei einzelnen der o.g. Fachrichtungen sind den betroffenen Kollegen aus den angesprochenen Gründen kaum vermittelbar. Sollte es sich dennoch im nächsten Jahr erweisen, dass die Beitragseinnahmen für einen ausgeglichenen Haushalt der LÄK Sachsen zu gering ausgefallen sind, kann dies nach entsprechender Prüfung durch Beschluss der Mitgliederversammlung im Jahre 2004 unschwer korrigiert/angepasst werden.

Zu Punkt 2

Alle Teilnehmer waren sich einig, dass es gegenwärtig von hohem Wert ist, Solidarität mit den vom Hochwasser betroffenen Kollegen zu üben. Das geschieht unzweifelhaft bereits auf vielen unterschiedlichen Wegen und wird auch von uns mit großer Kraft betrieben. Selbstverständlich spielt in diesem Zusammenhang auch die finanzielle Unterstützung unserer Kollegen eine große Rolle. Angesichts der von der Politik angekündigten finanziellen Mittel (Bund und Länder) würden wir jedoch empfehlen, vor

einer pauschalen Zurverfügungstellung von Geldern (s. Dt. Ärzteblatt, 20.8.02) durch die LÄK Sachsen eine genaue Prüfung ihrer Notwendigkeit durchzuführen. Neben dem Versicherungsschutz der Praxen bzw. des privaten Eigentums ist dabei beispielsweise auch die persönliche Finanzkraft der betroffenen Kollegen zu berücksichtigen. Dies entspricht, ganz nebenbei gesagt, auch der Marschrichtung, die Herr Ministerpräsident Milbradt kürzlich für unseren Freistaat vorgegeben hat. Weiterhin bitten wir den Vorstand der LÄK Sachsen um Auskunft, aus welcher Quelle diese zur Auszahlung gelangten Mittel unserer Standesvertretung generiert werden oder ob es sich um reine Spenden handelt.

Bei einer Verteilung finanzieller Mittel in dieser Größenordnung sollte sich u.E. der Vorstand ohnehin vorher des Einverständnisses seiner Mitglieder versichern. Weiterhin bitten wir zu prüfen, in welcher Weise die damit entstehenden immensen Kosten im nächsten Jahr im Haushalt verbucht werden. Eine dbzgl. Verbindung/Kopplung zwischen den bereits anberaumten Beitragsveränderungen ab 01.01.2003 (s.o.) und jetzt ausgezahlten finanziellen Zuwendungen an Hochwasser – geschädigte Ärzte können wir als Argument nicht anerkennen, da dies nachträglich ein vorgezogenes Notopfer ohne Mitgliedervotum darstellen würde und die Veränderung der Beiträge bereits Anfang diesen Jahres zur Beschlussfassung kam.

Zu Punkt 3

Wir stellen in die Kenntnis des Vorstandes, dass gerade die kassenärztlich tätigen Kollegen und Mitglieder der LÄK Sachsen immer wieder und zuletzt zunehmend von den Kostenträgern aus nicht erkennbaren, niederen Beweggründen kriminalisiert werden. Immer wieder ist die Rede von ständig falschen Abrechnungen (mind. 20%!), Betrugereien, hohen Dunkelziffern und in diesem Zuge bereits eingeschliffenen Prinzipien, die zu immer mehr Betrug führen würden.

Den letzten Höhepunkt erreichten diese Kampagnen durch kürzliche Aussagen des Herrn G. Kiefer vom IKK-Bundesvorstand, die Ihnen mitgeteilt wurden. Ohne Zweifel gerät die gesamte Ärzteschaft, und wir betonen, dies jeden Tag immer mehr erleben zu müssen, bei ihren Patienten in Misskredit. Diesen Zustand wollen und werden wir nicht länger mittragen! Wir erwarten gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen von der LÄK Sachsen, dass kurzfristig die Möglichkeit geschaffen wird, eine Gruppe betroffener Kollegen unterschiedlicher Fachdisziplinen zu bilden, die zukünftig offensiv und gemeinsam in Richtung der Medien agieren wird und sowohl von der LÄK als auch der KV Sachsen personell, logistisch und finanziell unterstützt wird.

Weiterhin muss nach unserem Willen ein Ausschuss existieren, der bei Verdacht und/oder Nachweis von Unregelmäßigkeiten bzw. bereits bewiesenem Betrug die Hintergründe beleuchtet und den Medien gegenüber unsere Stellungnahme als Ärzte hierzu erklärt. Wir müssen aus unserer defensiven Haltung der Öffentlichkeit gegenüber heraustreten. Ein Pressereferent der LÄK Sachsen wird nach unserer festen Überzeugung kaum besser argumentieren/disputieren können als wir – die Betroffenen selbst! Dies v.a. erwarten, wie wir nachdrücklich betonen wollen, unsere Patienten auch von uns, die ihr Bild des Arztes wieder richtig gestellt sehen möchten.

Zu Punkt 4

Nach Information der Unterzeichnenden ist das Gerichtsverfahren gegen Herrn Kollegen Dr. Pfeiffer aus Zittau verfahrensanhängig und wird gegenwärtig vor dem Landgericht in Görlitz verhandelt. Vor diesem Hintergrund erwarten wir von unserer Standesvertretung, einer Körperschaft des öffentlichen Rechts, die Hilfe und Unterstützung eines angeklagten Mitgliedes aus unserer Runde. Eine Empfehlung des Regierungspräsidiums Dresden an die LÄK Sachsen zum Ap-

probationsentzug ist in diesem Zusammenhang rechtsfehlerhaft und muss daher i. ü. auch gem. Satzung der Landesärztekammer Sachsen als eigenständige Körperschaft von ihr unberücksichtigt bleiben. Dürfen wir davon ausgehen, dass dem betroffenen Kollegen auf dem Wege der Rechtshilfebelehrung die Möglichkeit des Widerspruchs klar gemacht, ggf. auch eine Einbeziehung des Heilberufengerichtes beim Landgericht Dresden nahe gelegt wurde?

Da wir nach wie vor das hohe Rechtsgut der Unschuldsvermutung bei einem Angeklagten bis zu seiner Verurteilung in unserer Demokratie als eine der wichtigsten Errungenschaften seit der Wende 1989 betrachten, tragen wir Ihnen an, diesen Kollegen nicht vorzuverurteilen, sondern ihm gerade in dieser für ihn schweren Zeit mit Tatkraft zur Seite zu stehen und zu unterstützen.

Die Unterzeichnenden sind sich auch nach Diskussionen an/in Ihren Stammtischen darüber einig, dass die angesprochenen Punkte von allgemeinem Interesse sind und regen deshalb die zeitnahe Veröffentlichung im „Ärztblatt Sachsen“ an. Darüber hinaus erwarten wir zu allen aufgeworfenen Problemen die dezidierte Stellungnahme des Vorstandes.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen
verbleiben
Hochachtungsvoll!

Herr Dr. Spür, FA für Innere Medizin; Frau Dipl.-Med. Siebert, FÄ für Urologie; Herr Dr. Kühn, FA für Urologie; Herr Thieme, FA für Allgemeinmedizin; Herr Dr. Kohl, FA für Dermatologie; Herr PD Dr. Dewey, FA für Innere Medizin, FA für Diagnostische Radiologie; Herr Oertel, FA für Neurologie/Psychiatrie; Herr Dr. Lammel, FA für Chirurgie; Herr Dr. Hanzl, FA für Allgemeinmedizin; Frau Dr. Dewey, FÄ für Neurologie/Psychiatrie, FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie; Herr Dr. Sterzel, FA für Anästhesie; Herr Dipl.-Med. Kluge, FA für Orthopädie; Frau Dipl.-Med. Krohn, FÄ für HNO; Herr Dr. Buhl, FA für Kinderheilkunde; Herr Dr. Gebhardt, FA für Chirurgie/Unfallchirurgie; Herr Dipl.-Med. Schwuchow, FA für Chirurgie

Antwort des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer

Herrn
Dr. med. Gottfried Hanzl
Scheringerstraße 2
02791 Oderwitz

nachrichtlich:
Herrn Dr. med. Gottfried Sterzel
Vorsitzender der Kreisärztekammer
Löbau/Zittau
Herrn Dr. med. habil. Hans-Jürgen Hommel
Vorstandsvorsitzender der
Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen

Dresden, 16. September 2002

Sehr geehrte Frau Kollegin Dr. Dewey,
sehr geehrte Kollegen und Unterzeichner
des Offenen Briefes,

den Offenen Brief von Vertretern unterschiedlicher medizinischer Fachdisziplinen in Ostsachsen an den Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer, dessen Inhalt mit der Hauptgeschäftsführerin, Frau Dr. Diefenbach, am 3. September 2002 eingehend diskutiert und dieser anschließend übergeben wurde, habe ich am 4. September 2002 erhalten. Ich habe in der am gleichen Tag stattfindenden 38. Vorstandssitzung den Vorstandsmitgliedern den Offenen Brief vorgelegt. Der Vorstand hat sich ausführlich mit den vier aufgeführten Tagesordnungspunkten befasst.

Einer Beantwortung der von Ihnen aufgeworfenen Fragen möchte ich zunächst voranstellen, dass es von den Vorstandsmitgliedern und mir positiv bewertet wird, dass sich Kolleginnen und Kollegen ernsthaft mit ärztlichen und berufspolitischen Angelegenheiten beschäftigen. Es kann gar nicht hoch genug eingeschätzt werden, wenn positives Interesse und die ärztliche Selbstverwaltung voranbringen des Engagement deutlich gemacht wird. Da die einzelnen von Ihnen aufgeführten Fragen anlässlich des Besuches der Hauptgeschäftsführerin, Frau Dr. Diefenbach, am 3. September 2002 in aller Gründlichkeit erörtert wurden, gestatten Sie mir bitte eine zusammenfassende Beantwortung.

1. Beitragsordnung der Sächsischen Landesärztekammer, gültig ab 1. 1. 2003

Die Abkehr vom bisherigen Bruttoprinzip als Berechnungsgrundlage des Kammerbeitrages und die künftige Anwendung des Nettoprinzips einschließlich der Einführung einer für alle Ärzte gleichermaßen geltenden Beitragstabelle, war seit vielen Jahren z. T. auch in verwaltungsgerichtlichen Klageschriften, vor allem von niedergelassenen Ärzten, gefordert worden. Es werden nunmehr einheitlich für alle Kammermitglieder die Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit (ermittelt nach den Vorschriften des Einkommenssteuergesetzes) zugrunde gelegt. Mit dem Beitragssatz von 0,6 % liegt die Sächsische Landesärztekammer im Vergleich mit anderen Ärztekammern im guten Mittelfeld. Im Jahre 1990 betrug der Beitragssatz 1,2 % der Bruttoeinnahmen. Mit Einführung der Nachweispflicht und der damit um ca. 30 % höheren Beitragseinnahmen ab 1994 konnte der Beitragssatz schrittweise gesenkt werden und beträgt seit 1998 stabil 0,6 % der Bruttoeinnahmen. Für die Ärzte in Niederlassung wurden 60 % Betriebskosten aus dem Beitragssatz herausgerechnet. Die neue Beitragsordnung zeichnet sich durch ein hohes Maß an Beitragsgerechtigkeit aus. Die Erhöhung des Maximalbeitrages auf 2.500 EUR entspricht dem ursprünglichen Stand in der Beitragsordnung bis zum Jahr 1993 und hält ebenfalls im Vergleich mit anderen Ärztekammern stand. Die Erhöhung des Maximalbeitrages betrifft nur sehr wenige Ärzte und trägt zur Subventionierung des Mindestbeitrages und der untersten Beitragsgruppen bei. Nach umfangreicher Vorarbeit im Finanzausschuss und im Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer haben die Mandatsträger des 12. Sächsischen Ärztetages die Beitragsordnung eingehend diskutiert und mehrheitlich angenommen (eine Gegenstimme, fünf Enthaltungen). Selbstverständlich wird nach Ablauf des Haushaltjahres 2003 mit der Jahresschlussbilanz auch eine Aussage über das künftige Niveau der prozentualen Beitragssätze getroffen werden.

2. Finanzielle Unterstützung der vom Hochwasser im August 2002 geschädigten Ärzte

In Sachsen wurden durch das Hochwasser vom August 2002 nach bisherigem Kenntnisstand 55 Arztpraxen total geschädigt, 53 Arztpraxen wurden schwer geschädigt und ca. 100 Arztpraxen haben leichtere Schädigungen hinnehmen müssen. Die vom Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer beschlossenen Unterstützungsmaßnahmen Soforthilfe (1.000 EUR) und die nachfolgenden Unterstützungen für schwerst- und totalbeschädigte Praxen, wie auch für die Schädigung selbstgenutzter Wohnungen, werden ausschließlich aus Mitteln des Spendenfonds „Ärzte in Not“, welcher bis 31. Oktober 2002 Spenden annehmen wird, sowie aus einem Rückflussspendenanteil der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen finanziert. In keiner Weise werden Haushaltsmittel bzw. Beitragseinnahmen für die Unterstützung der Hochwasseropfer eingesetzt, sondern ausschließlich Spendenmittel. Daneben können vom Hochwasser betroffene Ärzte aus dem Fonds „Sächsische Ärztehilfe“ ein zinsloses, rückzahlbares Darlehen bis zur Höhe von 2.500 EUR beantragen.

3. Offensiver Umgang mit den Medien

Die Sächsische Landesärztekammer hat mit der Einstellung eines professionell einschlägig ausgebildeten Referenten für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit seit dem 1. September 2001 ihre Aktivitäten in der sächsischen und bundesweiten Öffentlichkeitsarbeit deutlich aktiviert. Aus unserer Sicht sollte es der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen obliegen, Vorwürfe über Falschabrechnungen zu entkräften und in der Öffentlichkeit richtig zu stellen. Dem Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer liegen diesbezüglich keinerlei Erkenntnisse vor. In der gemeinsamen Beratung vom 3. September 2002 wurde vorgeschlagen, dass der Vorsitzende der Kreisärztekammer Löbau/Zittau, Herr Dr. Gottfried Sterzel, als Teilnehmer der 19. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern am 21. Sep-

tember 2002 Gelegenheit erhält, ausführlich künftige Aktivitäten der Öffentlichkeitsarbeit für ein besseres Arztbild darzustellen. Auch in diesem Kreis können künftige Schwerpunkte der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit mit dem Vorstand und dem Presseverantwortlichen besprochen werden. Die Bereitschaft der Unterzeichner des Offenen Briefes zur Mitwirkung an aktiver Öffentlichkeitsarbeit wird gern angenommen. Die beiden ärztlichen Körperschaften Sächsische Landesärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung Sachsen bereiten beispielsweise gerade jetzt eine gemeinsame Öffentlichkeitsaktion zur Thematik Disease-Management-Programme (DMP) vor, welche auch in den Standesblättern veröffentlicht wird.

4. Ruhen der Approbation des Kollegen Dr. P. aus Zittau

Es ist richtig zu stellen, dass die Befugnis zur Erteilung, der Anordnung des Ruhens und dem Entzug von Approbationen im Freistaat Sachsen allein bei den Regierungspräsidien liegt. Die Sächsische Landesärztekammer hat hierbei keinerlei Zuständigkeiten, wenngleich sie sich um beratende Stellungnahmen bemüht. Im Übrigen ist die Sächsische Landesärztekammer zur Wahrung der beruflichen Belange aller Kammermitglieder unter Beachtung des Wohls der Allgemeinheit verpflichtet. Die Vertretung eines einzelnen Kammermitgliedes im gerichtlichen Verfahren ist nach dem Rechtsberatungsgesetz allein den Personen vorbehalten, denen nach diesem Gesetz eine Erlaubnis erteilt wurde (z. B. Rechtsanwälten). Die weiteren Details zu dieser speziellen Problematik wurden in einem ausführlichen Gespräch erörtert, welches ich am 17. Juli 2002 gemeinsam mit Herrn Dr. Sterzel, Herrn Dr. Prokop (Vorsitzender des Ausschusses Berufsrecht) und Frau Glowik geführt habe. Diese Stellungnahme zu Ihrem Offenen Brief wird wunschgemäß ebenfalls im „Ärzteblatt Sachsen“ veröffentlicht.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen
Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

27. Kammerversammlung

9. November 2002

Tagesordnung

Tagungsort:
Kammergebäude der
Sächsischen Landesärztekammer
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden,
Plenarsaal
Tagungszeit: 9.00 bis ca. 18.00 Uhr

Die Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer können an den Arbeitstagen mit Vorlage des Arztausweises als Zuhörer teilnehmen.

1. **Eröffnung der 27. Kammerversammlung und Feststellung der Beschlussfähigkeit**
Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident
2. **Aktuelle gesundheits- und berufspolitische Fragen – Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl**
Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident

Ausführliche berufspolitische Aussprache

3. **Aktuelle Probleme der ärztlichen Weiterbildung**
 - 3.1. **Facharztweiterbildung in Europa und in den USA**
Dr. Otmar Kloiber,
Bundesärztekammer, Köln
 - 3.2. **Stand der Novellierung der (Muster-) Weiterbildungsordnung**
Prof. Dr. Gunter Gruber, Vorsitzender des Ausschusses Weiterbildung

Diskussion

4. **Stand der Novellierung des Sächsischen Heilberufekammergesetzes**
Prof. Dr. Wolfgang Saueremann,
Vorsitzender des Ausschusses Satzungen,
Jürgen Hommel, Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Referat Recht des Gesundheitswesens, Beruferecht

Diskussion

5. **Satzungsänderungen**
 - 5.1. **Satzung zur Änderung der Berufsunterstützung der Sächsischen Landesärztekammer**

- 5.2. **Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer**
Prof. Dr. Gunter Gruber, Vorsitzender des Ausschusses Weiterbildung
- 5.3. **Beschluss zur Änderung der Ordnung zur Zahlung von Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Tätigkeit sowie von Unterstützungen an die Kreisärztekammern**
Dr. Claus Vogel, Vorsitzender des Ausschusses Finanzen
6. **Finanzen - Haushaltsplan 2003**
Dr. Claus Vogel, Vorsitzender des Ausschusses Finanzen
7. **Bekanntgabe von Terminen**
 - 13. Sächsischer Ärztetag/28. (konstituierende) Kammerversammlung
 - 29. Kammerversammlung
8. **Verschiedenes**

Ethik in der Medizin

Prof. Dr. med. habil. Rolf Haupt
Städtisches Klinikum „St. Georg“, Leipzig

Besondere ethische Problemkreise (Patentierung von Erbgut, Recht auf Nichtwissen eigener Erbanlagen, ethische Probleme der Kollegialität, Fehlerkritik)

Lassen Sie mich am Anfang etwas sehr persönliches feststellen, damit Sie den roten Faden verfolgen können, den ich versuche, durch diese drei Themen zu führen:

Ich bin zu vielen ethischen Fragen ein Suchender und ich glaube, die beste Voraussetzung für eine Weiterführung der Themenkreise des heutigen Tages wäre es, wenn wir uns alle als Suchende verstehen und deshalb höchst interessiert für das gemeinsame Gespräch sind.

Ich gehöre zu der Generation, die den Arztberuf noch versteht als einen Beruf mit Berufungscharakter zum Helfen, zum Heilen und zum Begleiten in schweren

Lebenssituationen, als einen Beruf also, der eines vermeiden muss, nämlich Schaden auszulösen für seine Patienten. Gleichzeitig liegt in diesem Beruf das Recht, durch ärztliche Tätigkeit das eigene Leben zu erfüllen, Freude zu erleben, im Erfolg Dank zu erleben und im Misserfolg die Betroffenheit und die Wurzel der Bescheidenheit zu suchen.

Kurzum, ich gehöre zu einer Generation, die persönlich dem Satz verpflichtet ist, an dem ich oft genug scheitere, der alten biblischen Weisheit „Liebe deinen nächsten wie Dich selbst“ der all das erklären kann, was zwischen Patient und Arzt bedeutsam ist.

1. Komplex – Patentierung des Erbgutes

Wir werden als Ethikkommission zunehmend damit konfrontiert, dass Pharma-

firmen und andere Auftraggeber für wissenschaftliche Forschungen nicht nur ein Experiment durchführen wollen mit einem Medikament, um die bessere oder schlechtere Wirkung zu studieren, sondern, dass gleichzeitig an uns das Ansinnen heran getragen wird, eine Zustimmung zur Gewinnung und Aufbewahrung von Körpermaterialien zu geben, die in einer Bank gespeichert werden. Sie sollen späteren wissenschaftlichen Untersuchungen zu diesem Krankheitsbild und zu den Therapieansätzen für diese Krankheit dienen. Es sollen aus diesem noch zu erarbeitenden Erkenntnisse Hinweise zu modernen Therapieformen bis hin zur Veränderung des genetischen Materials in einer Zelle gewonnen werden, also auch die Möglichkeit gegeben sein, genetische Therapie zu betreiben. Die Frage ergibt sich, inwieweit bleibt das Recht des Pa-

tienten, der das Material für die aktuelle Untersuchung zunächst zur Verfügung stellt (Blut, Gewebesenahmen) gewahrt? Die Wissenschaften sind weit fortgeschritten in der Erkennung des menschlichen Erbgutes, damit sind auch neue Erkenntnisse für genetisch festgelegte Krankheiten und Krankheitsanlagen sowie für Dispositionen bei bestimmten krankhaften Veränderungen möglich. Eine Patentierung des gesamten genetischen Anteils durch eine Firma meine ich, ablehnen zu müssen. **Es ist meiner Ansicht nach das menschliche genetische Strukturbild, ein Wissensgut, das der gesamten Menschheit und nicht einer Firma gehört.** Die moderne Forschung an Chromosomen und ihren Grundbausteinen ermöglicht es, eine „vorausschauende medizinische Forschung“ zu betreiben und gleichzeitig ergeben sich Ansätze, auch zukünftig diese krankhaften Veränderungen frühzeitig zu erkennen und zu bekämpfen. Es muss deshalb möglich sein, dass die aufbewahrten entnommenen Gewebsstrukturen und Körpersäfte für eine solche Forschung zur Verfügung stehen. Da jedoch ein Eigentumsrecht des Patienten (Spenders) besteht, ist es eine Voraussetzung, dass er für die Verwendung dieser Materialien zu Forschungszwecken über die aktuellen Therapieansatz hinaus sein Einverständnis erklärt, also ausführlich aufgeklärt ist. Eine wichtige Voraussetzung bleibt, dass die später damit gewonnenen Daten so anonymisiert sind, dass der Patient aus den Forschungsergebnissen nicht mehr erkennbar wird. Wir haben also auf die Anonymisierung, die Aufklärung und die Einwilligung des Patienten als Ethikkommission besonders zu achten. Wichtige Hinweise zu dieser Fragestellung der Forschung an und mit Körpersubstanzen hat besonders LIPPERT zusammengestellt.

Mit dem Einverständnis des Patienten zu diesem Vorgehen und der Anonymisierung verliert er natürlich auch das Recht, an einem kommerziellen Gewinn durch diese Forschung beteiligt zu sein. Auch dies muss in der Aufklärung und im Ein-

verständnis festgelegt werden. Bislang durfte der Patient und damit der Spender des Gewebes und des Körpersaftes damit rechnen, dass mit der klinischen Untersuchung das Material total aufgebraucht und die Reste schließlich verworfen wurden. Die Aufbewahrung in Gewebebanken ist somit ein wichtiger neuer Gesichtspunkt, den alle an der Forschung Beteiligten kennen und handhaben müssen. Die Möglichkeit, mit derartig im Einverständnis mit dem Patienten aufbewahrten Material auch **genetische Forschungen** zu betreiben und Ansätze zu finden, erbliche Anlagen noch später im Leben zu korrigieren, **muss ärztlich aus ethischer Sicht begrüßt werden.**

Im 2. Abschnitt soll eingegangen werden auf das Recht des Wissens und Nichtwissens

In Amerika malt man das Bild eines Supermarktes mit genetischer Software, bei dem es möglich wird, dass jeder Bürger, der sein Erbgut auf eine Art Genkarte bei sich trägt, sich in diesem Supermarkt die Risiken späterer gesundheitlicher Entwicklungen ausdrücken lässt und somit über eine Reihe zu erwartender Krankheiten und Krankheitsrisiken sich selbst Wissen aneignet. Zum anderen wäre es möglich, dass Erziehungsberechtigte bei genetischer Erforschung des Erbgutes ihrer Kinder, über Gesundheitsrisiken und zukünftige Krankheiten der Nachkommen Kenntnis erhalten und es ist eine offene Frage, ob sie verpflichtet sind, über diese Kenntnisse ihren Kindern Rechenschaft zu geben. Andererseits besteht selbstverständlich mit einer Einschätzung von Risiken für bestimmte Krankheiten und beim Wissen um Erbgänge bestimmter Krankheiten die Chance einer frühen Erkennung und einer aktiven vorbeugenden und heilenden Therapie. **Deshalb sind zunächst in der Erkenntnis solcher Zusammenhänge große Chancen gegeben und diese neuen naturwissenschaftlichen Kenntnisse sind deshalb ethisch positiv zu bewerten. Allerdings scheint es mir wichtig zu sein, dass die Interpretation und**

die Übermittlung dieser Kenntnisse an die Begleitung durch den Arzt gebunden ist.

Es muss gewährleistet sein, dass im Rahmen einer Aufklärung der Patient Fragen stellen und zukünftige Lebensplanungen abstimmen und absprechen kann. In diesem Zusammenhang muss dem Patienten wohl auch das Recht eingeräumt werden, auf dieses Wissen verzichten zu wollen, mit anderen Worten, **das Recht auf Nichtwissen.** Ich darf Ihnen einige Zitate von ZOGLAUER bekannt machen, die das Nachdenkens zu dieser Frage Wert sind: „Sowohl das Recht auf Wissen als auch **das Recht auf Nichtwissen** leiten sich aus dem Recht des Individuums auf Autonomie ab. Das Konzept der personalen Autonomie ist ein grundlegendes Konzept der abendländischen Philosophie. Es beinhaltet das Recht auf Selbstbestimmung, das Verbot einer Instrumentalisierung des Menschen, das Recht auf Privatsphäre und vor allem die Forderung nach Freiheit der Person“ Und weiter „... dies bedeutet, dass eine Person ihr Privatleben ohne Vorgaben von außen in freier Selbstbestimmung gestalten kann“.

„Das Recht auf Autonomie findet dort seine Grenzen, wo es die Rechte anderer Menschen verletzt“.

JONAS sieht in der Offenlegung genetischen Wissen die Freiheit des Individuums bedroht. Für ihn ist die Unwissenheit eine „Vorbedingung der Freiheit“. Und noch einmal ZOGLAUER: „Wer für sich das Recht auf Wissen einfordert, muss aus den selben Gründen für andere auch das Recht auf Nichtwissen gelten lassen. Manchmal fällt diese Gewährung uns Ärzten besonders schwer.

Wir müssen uns also damit abfinden, dass ein Patient auch auf die mit dem der Wissensvermittlung verbundenen vorsorglichen Gedanken unsererseits verzichtet und wir dürfen das immer wieder wichtige Prinzip, nicht letzte Hoffnung zu zerstören, nicht außer Kraft setzen, auch wenn uns die Möglichkeit, eine Zustimmung zur Therapie und zur Vorbeugung zu erhalten, verschlossen bleibt.

Dieses Problem hat eine zweite wichtige Seite, die es auch zu bedenken gilt. Mit der Kenntnis über eigene Risiken und Krankheitsprognosen ist der Patient verpflichtet, bei wahrheitsgemäßer Auskunft auch an Versicherungen und Arbeitgeber, diese Kenntnisse weiterzugeben. Hier entsteht ein ganz entscheidendes Spannungsfeld. Verzichtet der Patient auf die Mitteilung zu diesem Wissen, so bleibt er der Wahrheit treu, wenn er auf entsprechenden Fragebögen eine Kenntnis zu Krankheiten verneint. Es muss somit in Zukunft gesichert werden und die Gesellschaft sollte dafür allgemeine Regeln und möglicherweise gesetzliche Bedingungen formulieren, dass **das Wissen zu eigenen zukünftigen Krankheiten und zu Gesundheitsprognosen nicht den Arbeitgebern und u.a. Krankenkassen** zugänglich wird. Im anderen Falle würde eine ungleichmäßige Behandlung und damit eine Verletzung des allgemeinen Menschenrechtes auf Gleichheit eintreten. „Es bleibt die Frage offen, ob ein Mensch auch psychisch in der Lage ist, negative Aussagen für spätere gesundheitliche Entwicklungen zu tragen. Aus meiner Sicht ist dies nur im Zusammenhang mit ärztlicher vertrauensvoller Aufklärung möglich.

Wir sollten uns alle ehrlich fragen, um die Tiefe dieses Anliegens zu verstehen, ob wir in der Lage wären, eine mutmaßlich auf uns zukommende unheilbare Krankheit längerfristig als Zukunftsprognose zu ertragen. Wir sind gerade in diesen Fragen angewiesen, uns miteinander zu beraten, dieses Problem zu diskutieren und gleichzeitig Wege zu finden, um den uns anvertrauten Patienten und zukünftigen Patienten, eine Begleitung zu ermöglichen, die vorbeugende Medizin möglich macht. Wir sind durch unseren Beruf dazu verpflichtet, dem Patienten beizustehen, dass er auch schwerwiegende und negative Wahrheiten über sein Leben tragen kann.

Das Bedenken dieser Frage ist auch für einen neu zu bildenden Ethikkreis von großer Bedeutung. Der Gesetzgeber muss Signale aus der Ärzteschaft zu diesen Fra-

gen erhalten, eh er selbst Gesetze beschließt. Es gibt bereits Länder in Europa, die den generellen Gentest für die gesamte Bevölkerung gesetzlich vorschreiben. Es ist somit eine große Frage: Wie wird dann der Schutz ausgeübt und wie können wir dafür sorgen, dass unsere Patienten durch die Information und durch das vermittelte Wissen keinen Schaden erfahren. Dieses Thema muss uns auch fortlaufen im Gespräch beschäftigen.

Und nun zum 3. Themenkomplex

Wer hat nicht schon einmal selbst in der Versuchung gestanden, bei einer offensiblen Fehldiagnose durch einen anderen Kollegen, dem Patienten die wahrlich sinnlose Frage zu stellen „Sagen Sie mal, bei wem waren Sie eigentlich in Behandlung?“. Mit anderen Worten, wer ist nicht schon einmal der Versuchung unterlegen, durch Ab-Wertung eines anderen sich selbst aufzuwerten. Wir erleben das im Wahlkampf ja als Regel. Nicht die bessere und gute Idee, das eigene Können, die eigene Bescheidenheit, sondern die Abwertung eines anderen und der scheinbare Gewinnzuwachs für einen selbst ist zum Maßstab geworden.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wenn wir uns dieser Verfahrensweise anschließen, ist es mehr als gerechtfertigt, dass

der Arztberuf seine Würde verliert. Ich bin einfach davon überzeugt, dass wir es wieder lernen müssen, fair miteinander umzugehen.

Wir müssen bei kritischer Sicht all dessen, was die Medizin heute an Wissen angehäuft hat und uns zur Verfügung stellt an Heilungsmöglichkeiten und biologischem Grundwissen erkennen, dass wir überhaupt nicht mehr alles, was die Medizin ausmacht, übersehen können. Wenn HIPPOKRATES heute uns einen 3. Teil seiner Thesen übergeben müsste, dann würde er uns aneinander verweisen und uns sagen, nicht nur die Lehrer sind zu achten und ihre Nachkommen zu fördern, weil wir ihnen das Wissen verdanken, sondern die Achtung des anderen Kollegen, der einen Teil dieses Wissens besitzt und dadurch zur interdisziplinären Arbeit und zur bescheidenen Anerkennung der eigenen Lücken beiträgt, ist zu achten.

Es ist eine beglückende Erkenntnis zu wissen, dass die Gemeinsamkeit des Dienstes am Patienten das Beste erreicht. Es wäre wahrlich eine Verpflichtung im Arztgelöbnis, diesen Hinweis zu fixieren.

Die Erkenntnis, nicht mehr alles zu können und nicht mehr alles zu wissen und dem Patienten nur dann nicht zu schaden, wenn man das Wissen des ärztlichen

Partners ganz früh einbezieht, wenn man miteinander über die Krankheit und mit dem Patienten über seine Chancen und mit ihm über seine Heilungsmöglichkeiten spricht, auch im Ärztekollektiv, gewinnt immer mehr an Bedeutung. Ich denke hierbei an Konferenzen, zum Beispiel für die Patienten mit Mammakarzinom. Derartige gemeinsame Konferenzen, die offene interdisziplinäre Arbeit ist unabdingbar. Wenn uns das klar ist, dann entfällt die Wahrscheinlichkeit, über den Fehler eines anderen Kollegen die Nase zu rümpfen. Das besagt aber nicht, dass wir uns nicht über unsere eigene Unzulänglichkeit Rechenschaft geben müssen und dazu sind die Arztkonferenzen da, nicht aber die Öffentlichkeit und nicht die Gegenwart des Patienten. So müssen wir wieder lernen, mit unseren Fehlern umzugehen, uns auch über diese Fehler miteinander auseinanderzusetzen, aber immer in der Achtung vor dem Kollegen, dem man zubilligt, auch das Beste für den Patienten zu wollen.

Es gibt zwei Bücher, die mich sehr beeinflussen haben im Umgang miteinander zu diesen Fragen. Das ist das Buch von Carli Seyfarth, das im „St. Georg“ entstanden ist und als „Ärztkenigge“ bezeichnet wird. Leider ist eine Neuauflage dieses Buches bis heute nicht erschienen, obwohl es uns auch heute noch sehr viel Wichtiges zu sagen hätte, im Umgang mit Behörden und im Umgang miteinander. Ein zweites Buch, das wohl einer der bedeutendsten Internisten des vergangenen Jahrhunderts geschrieben hat, nämlich Max Bürger, heißt „Die klinische Fehldiagnosen“. Er hat es seinen Schülern gewidmet. Ich habe es als junger Arzt bekommen, mich hat dieses Buch nie losgelassen und bei den gemeinsamen Konferenzen am Sektionstisch ist mir immer wieder deutlich geworden, werde nie zum postmortalen Besserwisser! Die klinischen Kollegen haben es oft viel schwerer. Wenn überhaupt das, was wir heute mit Qualität beschreiben, einen Sinn machen soll, dann bedarf es der helfenden und auch der achtungsvollen

Kritik und des gemeinsamen Suchens nach dem besten Weg, um einen Fehler, der eingetreten ist, auszugleichen. So ist es gerade das Gespräch am Sektionstisch, das unter dem Motto steht „Mortui vivos docent“, das uns zur Bescheidenheit und zum Miteinander, zur Bewertung von falsch erfassten klinischen Daten und zum konstruktiven gemeinsamen täglichen Lernen ermutigt.

Wenn diese Haltung uns wirkliche Verpflichtung wird, dann sind wir auf einem guten Weg. Dieser wird nach außen hin einer jungen Generation deutlich machen können, dass in diesem Miteinander, in dieser Bescheidenheit, in dem Wissen um ständiges neues gemeinsames Lernen, um dieses Lernen im Alltag und nicht nur aus wichtigen Zeitschriften eine Haltung erweckt, die Glück vermittelt, dass diese Haltung Würde vermittelt, dass es sich lohnt, den ärztlichen Beruf mit Freude auszufüllen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen versuchen wir denn denen, die uns anvertraut sind als Personal in Ihrer ärztlichen Tätigkeit, als junge Kollegen, die Sie auszubilden haben und zu führen, die suchend zu Ihnen kommen, ein Stück von dieser Kollegialität weiterzugeben. Die Ethik des Alltags und die Würde des Arztberufes sind ganz eng miteinander verbunden. Wir dürfen uns nicht beklagen, dass unser Beruf entwertet wird, wenn wir unsere Haltung fehl gedeutet wird, wenn wir diese Prinzipien des Interdisziplinären, des Miteinanders nicht pflegen.

Ich wünsche uns allen dazu viel Erfolg.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Prof. Dr. med. habil. Rolf Haupt
Städtisches Klinikum „St. Georg“ Leipzig
Institut für Pathologie und Tumordiagnostik
Delitzscher Straße 141
04129 Leipzig

Vortrag gehalten anlässlich des
12. Sächsischen Ärztetages
am 15. Juni 2002 in Dresden

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

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.

Redaktionsassistentz: 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
E-Mail: info@leipziger-messeverlag.de

Verlagsleitung: Thomas Neureuter
Herstellungsleitung: Elma Böttcher
Anzeigenleitung: Maja Schneider
Anzeigenverkauf: Kristin Böttger
Anzeigendisposition: Silke El Gendy
Abonnementservice: 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 oder Signum des Verfassers gezeichnete Artikel entsprechen nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte übernehmen Redaktion und Verlag keine Haftung. Es werden nur unveröffentlichte Manuskripte angenommen. Mit der Annahme von Originalbeiträgen zur Veröffentlichung erwerben Herausgeber und Verlag das uneingeschränkte Verfügungsrecht. Die Redaktion behält sich Änderungen redaktioneller Art vor.

Bezugspreise/Abonnementpreise

Inland: jährlich 89,00 € incl. Versandkosten
Einzelheft: 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 Leseranlyse Medizinischer Zeitschriften e. V.

Wahl zur Kammerversammlung für die Wahlperiode 2003/2007 der Sächsischen Landesärztekammer

Die dritte Wahlperiode der Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer geht im Jahre 2003 zu Ende. Auf der Grundlage der „Wahlordnung für die Wahl zur Sächsischen Landesärztekammer“ (veröffentlicht im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 10/2002 – Mittelhefter –) sind Neuwahlen der Mitglieder der Kammerversammlung durchzuführen. Nachfolgend möchten wir dazu einige Hinweise geben:

Wer darf wählen?

Wahlberechtigt und wählbar sind alle Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer, soweit das Wahlrecht oder die Wählbarkeit nach § 10 Heilberufekammergesetz (veröffentlicht im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 7/1994, Seite 457 ff sowie im Internet unter www.slaek.de/ Rechtsgrundlagen) nicht ausgeschlossen sind und das Kammermitglied in der Wählerliste eingetragen ist. Das Kammermitglied ist wahlberechtigt und wählbar in dem Wahlkreis, in welchem es seinen Beruf ausübt oder, falls es seinen Beruf nicht ausübt, in welchem es seinen Hauptwohnsitz hat. Die **Wählerlisten** werden in der Zeit vom **20. bis 28. November 2002** aufgelegt. Die Orte für die Auflegung der Wählerlisten werden im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 10/2002, Seiten 480 bis 482 bekanntgegeben.

Bitte überzeugen Sie sich davon, dass Sie in der Wählerliste eingetragen sind. Sollte das nicht der Fall sein, müssten Sie dies unverzüglich schriftlich bis zum 28. November 2002, 18:00 Uhr, beim Kreiswahlausschuss beanstanden. Ihre Beanstandung (Berichtigungsantrag) muss bis zu diesem Termin dem Kreiswahlausschuss vorliegen.

Nach Abschluss der Wählerlisten durch den Kreiswahlausschuss sind keine Änderungen mehr möglich.

Die Anschriften der Vorsitzenden der Kreiswahlausschüsse werden ebenfalls im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 10/2002, Seiten 480 bis 482 bekannt gemacht.

Wie kommen die Wahlvorschläge zustande?

Die **Wahlvorschläge** sind bis spätestens **13. Februar 2003** beim Kreiswahlleiter einzureichen.

Ein Wahlvorschlag muss mindestens einen Wahlbewerber enthalten. Nach oben ist die Anzahl der Wahlbewerber jedoch unbegrenzt.

Die Anzahl der in den einzelnen Wahlkreisen zu wählenden Mitglieder der Kammerversammlung wird vom Landeswahlausschuss ermittelt und im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 1/2003, veröffentlicht. In den Wahlvorschlägen müssen die Bewerber unter Angabe des Familiennamens, Vornamens, Geburtsdatums und ihrer Anschrift sowie der Berufsbezeichnung und Art und Ort der Berufsausübung genannt sein.

Ein Wahlvorschlag darf nur Bewerber enthalten, die in den betreffenden Wahlkreisen wählbar sind. Ein Wahlbewerber darf nur in einem Wahlkreis benannt werden. Dem Wahlvorschlag müssen schriftliche Erklärungen der Wahlbewerber beigefügt sein, dass sie der Aufnahme in den Wahlvorschlag zustimmen und dass die Wahl zum Mitglied der Kammerversammlung angenommen wird. Die Zustimmung ist unwiderruflich. Die Wahlbewerber müssen auch eine schriftliche Erklärung beifügen, dass sie nicht für das frühere Ministerium für Staatssicherheit/Amt für Nationale Verteidigung tätig waren.

Die Wahlvorschläge müssen von mindestens fünf Wahlberechtigten des Wahlkreises unterschrieben sein. Der Wahlbewerber darf selbst auch unterzeichnen. Die Unterschriften sind auf dem Wahlvorschlag selbst zu leisten. Ein Wahlberechtigter darf nur einen Wahlvorschlag unterzeichnen. Hat jemand mehrere Wahlvorschläge unterzeichnet, so ist seine Unterschrift auf allen Wahlvorschlägen ungültig. Unter den Unterzeichnern gilt der Erste als Vertrauensperson für den Wahlvorschlag, der Zweite als Stellvertreter. Die Vertrauensperson ist zur Abgabe von

Erklärungen gegenüber dem Kreiswahlleiter und dem Kreiswahlausschuss berechtigt.

Der Kreiswahlleiter stellt nach Prüfung (Zulassung) der Wahlvorschläge die Wahlbewerber nach alphabetischer Reihenfolge des Familiennamens für den Stimmzettel zusammen.

Wie wird gewählt?

Die Wahl der Mitglieder der Kammerversammlung erfolgt ausschließlich als Briefwahl. Die Wahlunterlagen werden Ihnen vom Landeswahlleiter übersandt. Der **Endzeitpunkt zur Ausübung der Wahl ist der 9. April 2003**. Die Wahlfrist ist gewahrt, wenn bis zu diesem Tage der Stimmbrief beim Kreiswahlleiter eingegangen ist oder der Brief den Poststempel vom 9. April 2003 trägt.

Sollten Sie bis 7 Tage vor dem Endzeitpunkt zur Ausübung des Wahlrechts noch keine Unterlagen erhalten haben, rufen Sie bitte bei der **Hauptgeschäftsstelle der Sächsischen Landesärztekammer Telefon (0351) 8 26 74 11 oder 8 26 74 41, an**.

Für die in Ihrem Wahlkreis eingereichten Wahlvorschläge erhalten Sie einen Stimmzettel. Auf diesem Stimmzettel kennzeichnen Sie die Namen der Wahlbewerber, denen Sie Ihre Stimme geben wollen.

Mit den Wahlunterlagen werden Ihnen weitere detaillierte Hinweise zur Ausübung des Wahlrechts übergeben.

Feststellung des Wahlergebnisse

Der Kreiswahlausschuss stellt das Wahlergebnis für die Wahl der im Wahlkreis zu wählenden Mitglieder der Kammerversammlung fest.

Die gewählten Mitglieder der Kammerversammlung und die „nachrückenden Mitglieder“ der Kammerversammlung werden im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 5/2003, veröffentlicht.

Die konstituierende Kammerversammlung wird für den 27. Juni 2003 einberufen.

Zeitplan

Der Landeswahlausschuss der Landesärztekammer hat nach § 4 der Wahlordnung der Sächsischen Landesärztekammer folgenden Zeitplan beschlossen, der durch die 26. Kammerversammlung am 15. Juni 2002 bestätigt wurde:

- Stichtag für die Aufnahme in die Wählerlisten **31. Oktober 2002**
- Auflegung der Wählerlisten **20. bis 28. November 2002**

Jeder Wahlberechtigte, der Wählerlisten für ungültig oder unvollständig hält, kann gemäß § 8 Abs.1 Satz 1 der Wahlordnung ihre Berichtigung während der Auflegung verlangen.

- Einreichung der Wahlvorschläge beim Kreiswahlleiter bis spätestens **13. Februar 2003**
- Endzeitpunkt für die Ausübung des Wahlrechtes bis spätestens **9. April 2003**

Der Landeswahlausschuss und die Kreiswahlausschüsse wurden vom Kammervorstand gemäß § 4 Abs. 2 der Wahlordnung gebeten, nach dem obigen Zeitplan zu verfahren.

Kreiswahlleiter und Auflegungsorte der Wählerlisten

Nachstehend werden die Namen der Kreiswahlleiter und die Orte der Auflegung der Wählerlisten in den Wahlkreisen veröffentlicht:

Regierungsbezirk Chemnitz

Kreis	Kreiswahlleiter/in	Auflegungsort(e)
Chemnitz	Dr. med. Gerrit Wollen Otto-Thörner-Straße 75 b 09127 Chemnitz Tel.: 03 71 / 77 25 36	(1) Klinikum Chemnitz gGmbH Krankenhaus Flemmingstraße Klinik für Chirurgie – Sekretariat PD Dr. med. Joachim Boese-Landgraf Frau Hempel Flemmingstraße 2 09116 Chemnitz Tel.: 03 71 / 33 33 33 00 (2) Sächsische Landesärztekammer Bezirksstelle Chemnitz Frau Thierfelder Carl-Hamel-Straße 3 a 09116 Chemnitz Tel.: 03 71 / 21 65 14

Annaberg	Dr. med. Gundolf Lauke Erzgebirgsklinikum Annaberg-Buchholz Chemnitzer Straße 15 09456 Annaberg-Buchholz Tel.: 0 37 33 / 80 - 0	Erzgebirgsklinikum Annaberg-Buchholz Radiologische Abteilung – Sekretariat Dr. med. Hansjörg Lutterberg Frau Preßler Chemnitzer Straße 15 09456 Annaberg-Buchholz Tel.: 0 37 33 / 80 22 11
Aue-Schwarzenberg	Dr. med. Gerd Flemming HELIOS Klinikum Aue Gartenstraße 6 08280 Aue Tel.: 0 37 71 / 58 00	HELIOS Klinikum Aue Klinik für Urologie Dr. med. Gert Malzdorf Gartenstraße 6 08280 Aue Tel.: 0 37 71 / 58 13 14
Chemnitzer Land	Christian Mutz KKH „R.-Virchow-Glauchau“ gGmbH Virchowstraße 18 08371 Glauchau Tel.: 0 37 63 / 43 - 0	(1) KKH „R.-Virchow-Glauchau“ gGmbH Chirurgische Abteilung Chefarztsekretariat – Frau Paul Virchowstraße 18, 08371 Glauchau Tel.: 0 37 63 / 43 - 0 (2) Krankenhaus Lichtenstein Innere Abteilung Chefarztsekretariat – Frau Hartig Hartensteiner Straße 42 09350 Lichtenstein Tel.: 03 72 04 / 32 - 0 (3) Sächsische Landesärztekammer Bezirksstelle Chemnitz Frau Thierfelder Carl-Hamel-Straße 3 a 09116 Chemnitz Tel.: 03 71 / 21 65 14
Freiberg	Dr. med. Uwe Hüttner Praxis Forstthofstraße 3 09634 Siebenlehn Tel.: 03 52 42 / 6 85 32	Kreiskrankenhaus Freiberg gGmbH Sekretariat des Geschäftsführers Frau Hodel Unterhofstraße 2, 09599 Freiberg Tel.: 0 37 31 / 77 22 02
Mittlerer Erzgebirgskreis	Dr. med. Ulrich Thumser KKH Mittleres Erzgebirge PF 81 09402 Zschopau Tel.: 0 37 25 / 40 18 65	Kreiskrankenhaus Zschopau Anästhesie Dr. med. Norbert Heide PF 81 09402 Zschopau Tel.: 0 37 25 / 40 20 01
Mittweida	Dr. med. Ulrich Wustmann Praxis Schumannstraße 3 09648 Mittweida Tel.: 0 37 27 / 25 70	LK Mittweida KH gGmbH Innere Klinik Dr. med. Wilfried Aisch August-Bebel-Straße 15 09669 Frankenberg Tel.: 03 72 06 / 37 31 71
Plauen	Dr. med. Reinhold Lindlar LVA Sachsen Untersuchungsstelle Plauen Bahnhofstraße 14 08523 Plauen Tel.: 0 37 41 / 15 04 13	Vogtlandklinikum Plauen GmbH Klinik für Neurologie und Psychiatrie Sekretariat Frau Karing Röntgenstraße 2 08529 Plauen Tel.: 0 37 41 / 49 33 04
Stollberg	Wolfgang Och Hubertusstraße 34 08280 Aue Tel.: 0 37 71 / 25 75 31	Kreiskrankenhaus Stollberg gGmbH Frau Bienik Jahnsdorfer Straße 7 09366 Stollberg Tel.: 03 72 96 / 5 33 00

Vogtlandkreis	Dr. med. Andreas Labitzke Praxis Zwickauer Straße 38 08468 Reichenbach Tel.: 0 37 65 / 6 39 59	(1) Klinikum Rodewisch- Obergöltzsch Dr. med. Dietrich Steiniger Stiftstraße 10 08228 Rodewisch Tel.: 0 37 44 / 36 10 (2) hospitalia kliniken GmbH Dipl.-Med. Ulrich Lehmann Plauensche Straße 37 08468 Reichenbach Tel.: 0 37 65 / 54 - 0 (3) Waldkrankenhaus Adorf Dr. med. Michael Leidner Sorger Straße 51 08626 Adorf Tel.: 03 74 23 / 79 - 0	Görlitz	Dr. med. Christoph Ziesch Praxis Luisenstraße 19 02826 Görlitz Tel.: 0 35 81 / 40 37 37	Klinikum Görlitz GmbH Klinik Allgemeinchirurgie Sekretariat PD Dr. med. habil. Hartmut Thomas Frau Deutschmann Girbigsdorfer Straße 1 - 3 02826 Görlitz Tel.: 0 35 81 / 3 71 11 71
Zwickau	Dr. med. Gerhard Schröcke (R) Clara-Zetkin-Straße 19 08058 Zwickau Tel.: 03 75 / 30 00 92	Heinrich-Braun-Krankenhaus Medizinische Bibliothek Frau Schauer Karl-Keil-Straße 35 08060 Zwickau Tel.: 03 75 / 51 24 70	Hoyerswerda	Dipl.-Med. Volkmar Brylla Klinikum Hoyerswerda gGmbH Maria-Grollmuss-Straße 10 02977 Hoyerswerda Tel.: 0 35 71 / 44 24 47	Klinikum Hoyerswerda gGmbH Pathologisches Institut Sekretariat Dr. med. Joachim von der Linde Maria-Grollmuss-Straße 10 02977 Hoyerswerda Tel.: 0 35 71 / 44 25 01
Zwickauer Land	Dr. med. Jens Härtel Kreiskrankenhaus Kirchberg Schneeberger Straße 36 08107 Kirchberg Tel.: 03 76 02 / 80	(1) Kreiskrankenhaus Kirchberg Sekretariat Dr. med. Lothar Griesbach Schneeberger Straße 36 08107 Kirchberg Tel.: 03 76 02 / 8 13 00 (2) Pleißental-Klinik Sekretariat Dr. med. Rainer Kobes Ronneburger Straße 106 08412 Werda Tel.: 0 37 61 / 44 40	Kamenz	Dr. med. Lutz Schulze Malteser Krankenhaus Nebelschützer Straße 40 01917 Kamenz Tel.: 0 35 78 / 78 60	(1) ASKLEPIOS-ASB Klinik Sekretariat Chirurgie Dr. med. Klaus Haufe Pulsnitzer Straße 60 01454 Radeberg Tel.: 0 35 28 / 45 93 00 (2) Malteser Krankenhaus Sekretariat Chirurgie Dr. med. Lutz Schulze Nebelschützer Straße 40 01917 Kamenz Tel.: 0 35 78 / 78 60
Regierungsbezirk Dresden			Löbau-Zittau	Dr. med. Stefan Schröpel Praxis Straße der Republik 93 02791 Niederoderwitz Tel.: 03 58 42 / 2 67 35	Kreiskrankenhaus Löbau Sekretariat des Ärztlichen Direktors Dr. med. Gottfried Sterzel Frau Busse Röntgenstraße 15 02730 Ebersbach Tel.: 0 35 86 / 76 22 30
Kreis	Kreiswahlleiter/in	Auflegungsort(e)	Meißen – Radebeul	Dr. med. Christa Hübler (R) Roter Weg 4 01662 Meißen Tel.: 0 35 21 / 73 37 90	(1) Kreiskrankenhaus Meißen Sekretariat des Leitenden Chefarztes PD Dr. med. habil. Falk Kühn Frau Stirnagel Nassauweg 7 01662 Meißen Tel.: 0 35 21 / 7 43 32 45 (2) Kreiskrankenhaus Radebeul Sekretariat des Chefarztes Dr. med. Bernd Uhlemann Frau Weiß Heinrich-Zille-Straße 13 01445 Radebeul Tel.: 03 51 / 8 33 30
Dresden	Dr. med. Hans-Jörg Schubert Krankenhaus Dresden-Neustadt Industriestraße 40 01129 Dresden Tel.: 03 51 / 8 56 - 0	(1) Radiologische Gemeinschafts praxis Ansprechpartner: Dr. med. Norbert Grosche Amalie-Dietrich-Platz 3 01169 Dresden Tel.: 03 51 / 41 42 10 (2) Sächsische Landesärztekammer Bezirksstelle Dresden, Frau Riedel Schützenhöhe 16, 01099 Dresden Tel.: 03 51 / 82 67 - 4 26	Bautzen	Dr. med. Markus Grohmann Praxis Neustädter Straße 1 01877 Bischofswerda Tel.: 0 35 94 / 70 21 63	(1) Klinikum Bautzen- Bischofswerda Kreiskrankenhaus Bischofswerda Chirurgische Klinik Dr. med. Bernd Günther – Sekretariat Kamenzer Straße 55 01877 Bischofswerda Tel.: 0 35 94 / 78 72 10 (2) Klinikum Bautzen- Bischofswerda Kreiskrankenhaus Bautzen Chirurgische Klinik Dr. med. Matthias Berger – Sekretariat Flinzstraße 1, 02625 Bautzen Tel.: 0 35 91 / 36 32 22
			Niederschlesischer Oberlausitzkreis	Dr. med. Lutz Diedtemann Praxis Bergstraße 9 02923 Kodersdorf Tel.: 03 58 25 / 70 60	(1) Diakonissenanstalt Emmaus Chefarztsekretariat Dr. med. Winfried Georgi Muskauer Straße 13 02906 Niesky Tel.: 0 35 28 / 2 64 - 3 33 (2) Kreiskrankenhaus Weißwasser Chefarztsekretariat Dr. med. Hartmut Grumbt Karl-Liebknecht-Straße 1 02943 Weißwasser Tel.: 0 35 76 / 2 67 - 0

		(3) Lindenapotheke Görlitz Herr Carsten Stubbe Reichenbacher Straße 106 02828 Görlitz Tel.: 0 35 81 / 73 60 87 Fax: 0 35 81 / 73 60 88			(2) Dr. Drogula GmbH Krankenhaus Döbeln Chefarztsekretariat der Chirurgie (Dr. Schliebe) Frau Scholz Sörmitzer Straße 10 04720 Döbeln Tel.: 0 34 31 / 72 21 02
Riesa-Großenhain	Dr. med. Rolf Haberland (R) Robert-Koch-Straße 17 01589 Riesa Tel.: 0 35 25 / 73 48 70	Krankenhaus Riesa Sekretariat des Leitenden Chefarztes Frau Tarder Weinbergstraße 8 01589 Riesa Tel.: 0 35 25 / 75 31 02	Leipziger Land	Dr. med. Wolfgang Czekalla HELIOS Klinik Zwenkau Pestalozzistraße 9 04442 Zwenkau Tel.: 03 42 03 / 4 20 03 Fax: 03 42 03 / 4 22 20	(1) HELIOS Klinik Zwenkau Sekretariat des Ärztlichen Direktors Frau Wießner Pestalozzistraße 9 04442 Zwenkau Tel.: 03 42 03 / 4 20 06 Fax: 03 42 03 / 4 22 20 (2) HELIOS Klinik Borna Sekretariat des Leitenden Chefarztes Frau Schwarz Rudolf-Virchow-Straße 2 04552 Borna Tel.: 0 34 33 / 21 15 03 Fax: 0 34 33 / 21 15 06
Sächsische Schweiz	Dr. med. Joachim Schaffrath Praxis Fabrikstraße 8 01847 Lohmen Tel.: 0 35 01 / 58 82 00	Kreiskrankenhaus Pirna Innere Abteilung Chefarztsekretariat Dr. med. Gerd Weber Frau Berger Schandauer Straße 12 01796 Pirna Tel.: 0 35 01 / 7 66 - 12 66			
Weißeritzkreis	Dr. med. Jacqueline Wagner Fritz-Meinhardt-Straße 140 01239 Dresden Tel.: 03 51 / 2 84 80 08	Krankenhausgesellschaft GmbH Sekretariat Dr. med. Klaus Häffner Frau Flathe Rabener Straße 9 01744 Dippoldiswalde Tel.: 0 35 04 / 63 22 83	Muldentalkreis	Dr. med. Regine Krause-Döring Gesundheitsamt Grimma Leipziger Straße 42 04668 Grimma Tel.: 0 34 37 / 9 84 - 5 10	Gesundheitsamt Muldentalkreis Amtsärztin Frau Dr. med. Regine Krause-Döring Leipziger Straße 42 04668 Grimma Tel.: 0 34 37 / 9 84 - 5 10
Regierungsbezirk Leipzig					
Kreis	Kreiswahlleiter/in	Auflegungsort(e)			
Leipzig	Prof. Dr. med. habil. Helmut Willgerodt (R) Sächsische Landesärztekammer Bezirksstelle Leipzig Frau Rast Braunstraße 16 04347 Leipzig Tel.: 03 41 / 5 64 40 56	(1) Sächsische Landesärztekammer Bezirksstelle Leipzig - Frau Rast Braunstraße 16 04347 Leipzig Tel.: 03 41 / 5 64 40 56 (2) Universitätsklinikum Leipzig Chirurgische Klinik u. Poliklinik II – Frau Krüger Liebigstraße 20 a 04103 Leipzig Tel.: 03 41 / 97 - 1 73 00 / 09 (3) Städtisches Klinikum St. Georg Frau Lindemann Delitzscher Straße 141 04129 Leipzig Tel.: 03 41 / 9 09 - 0 10	Torgau-Oschatz	Dr. med. Jörg Mehlhorn Praxis Warschauer Straße 7 04860 Torgau Tel.: 0 34 21 / 90 60 97 Fax: 0 34 21 / 77 80 20	(1) Gesundheitsamt Torgau Sekretariat der Amtsärztin Dr. med. Helke Zirm Puschkinstraße 3 04860 Torgau Tel.: 0 34 21 / 75 89 01 (2) Gesundheitsamt Oschatz Sekretariat des stellvertr. Amtsarztes Friedrich-Naumann-Promenade 9 04758 Oschatz Tel.: 0 34 35 / 98 49 21
Delitzsch	Dr. med. Heinz Kademann (R) Securiusstraße 1 a 04509 Delitzsch Tel.: 03 42 02 / 6 39 22	Gesundheitsamt Delitzsch Amtsärztin Dr. med. Sieglinde Remane Schäfergraben 3 - 5 04509 Delitzsch Tel.: 03 42 02 / 6 94 70			
Döbeln	Werner Abraham Praxis Bahnhofstraße 4 a 04720 Döbeln Tel.: 0 34 31 / 71 04 84	(1) HELIOS Krankenhaus Leisnig Sekretariat der Verwaltungsleiterin (Frau Eichner) Frau Kläffling Colditzer Straße 48 04703 Leisnig Tel.: 03 43 21 / 81 31			Dresden, im Oktober 2002 Dr. jur. Verena Diefenbach Landeswahlleiterin Sächsische Landesärztekammer Körperschaft des öffentlichen Rechts 23.09.02

Vorwurf: Behandlungsfehler – Was tun?

Rechtsanwalt
Dr. Manfred Andreas,
Karlsruhe

Der Vorwurf eines Behandlungsfehlers wird in der Regel durch den Patienten, dessen Angehörige, einen Rechtsanwalt oder gar den Staatsanwalt geäußert. Die richtige Reaktion richtet sich danach, wer den Verdacht erhoben hat.

1. Vorwürfe seitens des Patienten oder der Angehörigen

Äußern der Patient oder seine Angehörigen einen Behandlungsfehlervorwurf, so kommt es darauf an, diesem Vorwurf möglichst im Vorfeld die Spitze zu nehmen. Zeit, die in ein verständnisvolles Gespräch mit dem Patienten oder den Angehörigen investiert wird, ist gut angelegte Zeit. Sie kommt nicht nur der eigenen Person, dem Ruf der Abteilung und des Krankenhauses zugute, sondern sie spart auch erheblichen Arbeitsaufwand, der dann anfällt, wenn der Patient oder seine Angehörigen sich nicht ernst genommen fühlen und daraufhin weitere Maßnahmen ergreifen. Dies gilt besonders, wenn sie vor Gericht auf Schadensersatz klagen oder Strafanzeige erstatten. Die zeitlichen und nervlichen Belastungen, die mit solchen Verfahren verbunden sind, belaufen sich auf ein Vielfaches derjenigen Anstrengungen, die im verständnisvollen Gespräch dazu führen können, dass der Patient von weiterführenden Schritten absieht.

Die persönliche Zuwendung des Chefarztes gegenüber dem Patienten oder den Angehörigen im Falle des Behandlungsfehlervorwurfes ist unbedingt nötig. Es wäre kontraproduktiv, das Gespräch von einem Oberarzt oder gar einem Assistenzarzt führen zu lassen, was im klinischen Alltag immer wieder geschieht, weil der leitende Abteilungsarzt sich nicht die nötige Zeit nimmt und die Sache – zugegebenermaßen – lästig und unangenehm ist. **Die Abwehr von Behandlungsfehlervorwürfen muss aber Chefsache sein.**

Entscheidend ist, das Gespräch auch aus juristischer Sicht korrekt zu führen. Es muss verständnisvoll sein, darf aber kein Schuldanerkenntnis darstellen, weil anderenfalls der Haftpflichtversicherungsschutz in Gefahr gerät. Unstreitiger Sachverhalt darf mitgeteilt werden, **juristische Wertungen im Sinne von schuldhaftem oder nicht schuldhaftem Verhalten müssen jedoch unterbleiben.**

Bei allen Äußerungen ist zu berücksichtigen, dass diese auch der Staatsanwaltschaft oder dem Krankenhausträger bekannt werden kön-

nen. Der Krankenhausträger kann je nach Schwere des Behandlungsfehlers das Chefärztendienstverhältnis kündigen, die Staatsanwaltschaft Anklage erheben.

Ob und inwieweit der Krankenhausträger überhaupt zu informieren ist, ergibt sich aus dem Chefärztendienstvertrag. Eine übliche Formulierung, die im Vertragsmuster der Arbeitsgemeinschaft für ArztRecht und im Muster der Deutschen Krankenhausgesellschaft jeweils in § 6 Abs. 9 enthalten ist, lautet:

„Vorkommnisse von erheblicher oder grundsätzlicher Bedeutung, insbesondere auch Untersuchungen der Polizei oder der Staatsanwaltschaft, auftretende Schwierigkeiten oder Missstände in seiner/ihrer Abteilung hat der Chefarzt/die Chefarztin unverzüglich dem Dienstvorgesetzten – in ärztlichen Angelegenheiten über den Leitenden Arzt des Krankenhauses, im Übrigen auch über die Krankenhausverwaltung – mitzuteilen.“

Daraus folgt, dass dem Krankenhausträger staatsanwaltschaftliche Ermittlungen zu melden sind. Zivilrechtlich geltend gemachte Ansprüche aus dem stationären Bereich werden schon deshalb zu melden sein, weil der Krankenhausträger ebenfalls als Haftungsschuldner in Betracht kommt und die Haftpflichtversicherung des Krankenhausträgers unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche schriftlich zu verständigen ist (§ 5 Nr. 2 AHB).

Die zitierte Bestimmung aus dem Chefärztendienstvertrag steht üblicherweise unter der Überschrift „Durchführung der Dienstaufgaben“. Daraus folgt, dass die entsprechenden Mitteilungspflichten nicht gelten, wenn der Behandlungsfehlervorwurf aus dem Bereich der genehmigten Nebentätigkeit stammt. Bei der Geltendmachung eines zivilrechtlichen Schadensersatzanspruches kommt der sorgfältigen Dokumentation eine erhebliche Bedeutung zu. Denn nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs kehrt sich die Beweislast zu Lasten des Arztes um, wenn der Patient durch mangelnde Dokumentation in Beweisschwierigkeiten gerät. Es ist deshalb jeweils zu prüfen, ob die Krankenunterlagen vollständig sind. Sie dürfen nicht mehr vervollständigt werden, sobald sie dem Rechtsverkehr zugänglich gemacht worden sind oder der Arzt sonst die Verfügungsgewalt über sie verloren hat (Leseranfrage, ArztR 1994, 133 [134]). **Spätestens dann, wenn der Behandlungsfehlervorwurf erhoben wurde, dür-**

fen die Krankenunterlagen nicht mehr ergänzt werden. Dies schließt nicht aus, neuere Erkenntnisse festzuhalten. Es muss dann aber klar gekennzeichnet sein, dass es sich um nachträgliche Eintragungen handelt.

Bei Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod kann sich eine Informationspflicht gegenüber der Polizei ergeben. Ob eine solche Pflicht besteht, richtet sich nach dem jeweiligen Landesrecht. § 22 Abs. 3 des baden-württembergischen Bestattungsgesetzes enthält eine derartige Mitteilungspflicht. Entsprechende Regelung findet sich im Sächsischen Gesetz über das Friedhofs-, Leichen- und Bestattungswesen (Sächsisches Bestattungsgesetz) in § 13 Abs. 4.

Was unter einem nicht natürlichen Tod zu verstehen ist, kommentieren Kleinknecht/Meyer-Goßner in Randnummer 2 zu § 159 StPO wie folgt:

Der Tod nach Operation fällt unter den Begriff des nicht natürlichen Todes, wenn wenigstens entfernte konkrete Anhaltspunkte für einen Kunstfehler oder für sonstiges Verschulden des behandelnden Personals vorliegen.

2. Geltendmachung zivilrechtlicher Schadensersatzansprüche

Zivilrechtliche Schadensersatzansprüche werden im Regelfall durch einen Rechtsanwalt geltend gemacht. Geht ein solches Schreiben ein, ist aus den oben genannten Gründen sofort die Haftpflichtversicherung – sei es die des Krankenhausträgers oder die eigene – zu benachrichtigen. Denn die Haftpflichtversicherung ist die Herrin des Regulierungsverfahrens. Insoweit heißt es in § 5 Nr. 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB):

„Kommt es zum Prozess über den Haftpflichtanspruch, so hat der Versicherungsnehmer die Prozessführung dem Versicherer zu überlassen, dem von den Versicherer bestellten oder bezeichneten Anwalt Vollmacht und alle von diesem oder dem Versicherer für nötig erachteten Aufklärungen zu geben.“

Die Haftpflichtversicherung übernimmt – unabhängig davon, wie der Rechtsstreit ausgeht – alle Gerichts- und Rechtsanwaltskosten. Sie leistet auch notwendig werdende Vorschüsse für eine Beweisaufnahme.

Es ist streitig, ob die Versicherung einen Anwalt gegen den Willen des Versicherungsnehmers bestellen darf. Gegen ein solches Recht

der Versicherung spricht sich Schlegelmilch in Geigel, Der Haftpflichtprozess, 22. Auflage 1997, Kapitel 13 Randnr. 6 aus. Dem gegenüber vertritt Voit in Prölss/Martin, Versicherungsvertragsgesetz, 26. Auflage 1998, § 5 AHB Randnr. 14 die Auffassung, der Versicherungsnehmer habe den Anwalt der Haftpflichtversicherung zu akzeptieren, soweit ihm die Erfüllung dieser Obliegenheit zuzumuten sei. Kommt es insoweit zwischen Versicherung und Versicherungsnehmer ausnahmsweise nicht zu einer Einigung, so kann der Versicherungsnehmer zusätzlich zum Versicherer einen Prozessbevollmächtigten auf eigene Kosten bestellen. Dieser eigene Prozessbevollmächtigte darf aber die Prozessführung des Versicherers nicht durchkreuzen (Voit, a.a.O.).

Bezüglich der **Auswahl des Rechtsanwaltes** ist zu beachten, dass dieser sich im Arzthaftpflichtrecht – möglichst auf Arztseite – auskennen sollte. Nachdem die Zulassungsbeschränkungen vor den Landgerichten entfallen sind, kann jeder Rechtsanwalt in Deutschland vor jedem Amts- und Landgericht in Zivilsachen auftreten.

Im Haftpflichtprozess, aber auch schon vorprozessual, muss der Arzt Einsicht in die Krankenunterlagen gewähren. Die Gerichte fordern in der Regel die Originalkrankenunterlagen an. Vor der Herausgabe empfiehlt es sich, für die eigenen Akten Kopien zu fertigen. Außergerichtlich hat der Patient oder dessen Rechtsvertreter nur Anspruch auf die Fertigung von Kopien der Krankenunterlagen. Die Herausgabe solcher Kopien sollte von der vorherigen Bezahlung der Ablichtungen abhängig gemacht werden.

Ebenso wichtig wie die Auswahl des richtigen Rechtsanwaltes ist die **Auswahl des richtigen Gutachters**. Im Schadensersatzprozess wird der Sachverständige vom Gericht bestellt. Es kann die Parteien gemäß § 404 Abs. 3 ZPO auffordern, Personen zu bezeichnen, die geeignet sind, als Sachverständige vernommen zu werden. Bei der Auswahl des Sachverständigen sollte auf Folgendes geachtet werden: Der Sachverständige soll möglichst nicht aus der engeren Umgebung des auf Schadensersatz in Anspruch genommenen Arztes stammen (BGH, ArztlR 1992, 233). Ist ein Arzt bereits außer Dienst und nicht mehr auf dem neuesten Stand der Wissen-

schaft oder ist er für das zu beurteilende Fachgebiet nicht ausgebildet, soll ein solcher Arzt nicht zum Sachverständigen ernannt werden (BGH, ArztlR 1988, 302 [303]). Ist eine Partei mit der Person des Sachverständigen nicht einverstanden oder bestehen Bedenken gegen das Gutachten, so ist es in der Regel wenig erfolgreich, die Einholung eines sogenannten Obergutachtens zu beantragen (Hartmann in Baumbach/Lauterbach, § 412 ZPO, Randnrn. 4, 5).

In solchen Fällen empfiehlt es sich vielmehr, ein eigenes Privatgutachten eines anerkannten Fachvertreters vorzulegen. Denn nach der ständigen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (ArztlR 1999, 24) hat das Gericht in Arzthaftungsprozessen die Pflicht, sich mit von einer Partei vorgelegten **Privatgutachten** auseinanderzusetzen und auf die weitere Aufklärung des Sachverhalts hinzuwirken, wenn sich ein Widerspruch zum Gerichtsgutachten ergibt.

Gemäß § 411 Abs. 3 ZPO hat jede Partei das Recht, die mündliche Erläuterung des Gutachtens durch den Sachverständigen vor Gericht zu verlangen.

3. Verhalten im strafrechtlichen Ermittlungsverfahren und im Strafverfahren

Wenn die Krankenunterlagen im Ermittlungsverfahren beschlagnahmt, sollten möglichst vorher Kopien für die eigene Verteidigung angefertigt werden. Veränderungen an den Krankenunterlagen oder die Beeinflussung von Zeugen oder Mitangeklagten können zur Anordnung von Untersuchungshaft wegen Verdunkelungsgefahr führen.

Eine Äußerung sollte nur über einen Rechtsanwalt erfolgen. Allein der Rechtsanwalt – nicht der beschuldigte Arzt – hat die Möglichkeit, vor der Äußerung Akteneinsicht zu nehmen. Die Äußerung sollte ggf. mit der Haftpflichtversicherung abgestimmt werden. Auch im strafrechtlichen Bereich kommt der Person des Sachverständigen entscheidende Bedeutung zu. Im strafrechtlichen Ermittlungsverfahren sollte die Staatsanwaltschaft auf Nr. 70 Abs. 1 der Richtlinien für das Strafverfahren und das Bußgeldverfahren hingewiesen werden. Dort heißt es, dass der Staatsanwalt dem Verteidiger Gelegenheit gibt, vor der Auswahl eines Sachverständigen Stellung zu nehmen.

Sollte es zur Hauptverhandlung vor dem Strafgericht kommen, so ist nicht nur das Gericht, sondern gemäß § 220 StPO auch der angeklagte Arzt berechtigt, unmittelbar einen Arzt seiner Wahl als Sachverständigen zur Hauptverhandlung zu laden. Sofern bestimmte Formalien eingehalten werden, besteht für den auf diese Weise geladenen Sachverständigen die Pflicht zum Erscheinen wie bei einer Ladung durch das Gericht selbst.

Beschuldigte und angeklagte Ärzte sind geneigt, sich damit zu entlasten, dass sie auf gravierende Fehler anderer an der Behandlung beteiligter Personen – z.B. Kollegen anderer Fachrichtung oder Pflegepersonal – hinweisen. Eine solche Verteidigungsstrategie ist gefährlich. Waren nämlich dem Arzt die Qualitätsmängel der anderen Beteiligten bekannt oder rechnete er mit deren Fehlverhalten, hat er die Behandlung aber trotzdem durchgeführt, so kann nun der strafrechtliche Vorwurf auf vorsätzliche versuchte Körperverletzung oder Tötung des Patienten lauten. **Erfolgreichere ist es, die besondere Qualifikation der anderen Beteiligten herauszustellen und deren Versäumnisse mit Hinweis auf den Vertrauensgrundsatz bei arbeitsteiliger Behandlung im Krankenhaus von sich selbst abzuwehren.**

4. Wichtigste Verhaltensregeln aus juristischer Sicht

Werden zivilrechtliche Schadensersatzansprüche geltend gemacht, muss unverzüglich die Haftpflichtversicherung benachrichtigt und deren Weisung abgewartet werden. Der Anspruchsteller erhält lediglich eine Eingangsbestätigung mit dem Vermerk, die Sache sei an die Haftpflichtversicherung weitergeleitet worden.

Werden strafrechtliche Beschuldigungen erhoben, sollten die Krankenakten vor der Herausgabe kopiert und Äußerungen nur über einen Rechtsanwalt gemacht werden.

Dr. Manfred Andreas
Rechtsanwalt
Verlag für ArztRecht
Killisfeldstraße 62a
76227 Karlsruhe

Erstveröffentlichung im ArztRecht 6/2002

Hinweis auf befristete Übergangsregelungen

Der Weiterbildungsausschuss möchte darauf hinweisen, dass die Übergangsregelungen der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer, § 23 Abs. 4 und Abs. 13, für die Fachkunde Suchtmedizinische Grundversorgung in den Gebieten Haut- und Geschlechtskrankheiten und Physikalische und Rehabilitative Medizin zum 31.12.2002 auslaufen. Nach dieser Regelung können Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten und Fachärzte für Physikalische und Rehabi-

litative Medizin die Bescheinigung für die Fachkunde erhalten, wenn sie innerhalb der letzten vier Jahre vor Einführung (01.01.2001) entsprechende Tätigkeiten in ausreichendem Umfang ausgeübt und die notwendigen Kenntnisse erworben haben.

Prof. Dr. med. habil. Gruber
Vorsitzender Ausschuss Weiterbildung

Außerdem bitten wir Sie zu beachten, dass die Fachkunde Rettungsdienst nur noch

bis zum 31.12.2002 (Antragseingang mit vollständigen Nachweisen) gemäß der Satzung zur Erteilung des Fachkundenachweises Rettungsdienst in der Fassung der Änderungssatzung vom 20. Nov. 1998 beantragt werden kann.

Ab dem 01.01.2003 gilt uneingeschränkt die Satzung zur Erteilung des Fachkundenachweises Rettungsdienst in der Fassung der Änderungssatzung vom 21. Nov. 2000.

Kammerversammlung der Wahlperiode 1999/2003 Nachrücken eines Mandatsträgers im Wahlkreis Leipzig (Stadt)

Aus dem Wahlkreis Leipzig erklärte der Mandatsträger **Herr Dr. med. habil. Hans-Jürgen Hommel** mit Schreiben vom 20. August 2002 gegenüber dem Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer den Verzicht auf seinen Sitz in der Kammerversammlung. Das nachrückende Mitglied bestimmt sich in der Reihenfolge der von ihm erreich-

ten Stimmzahlen. Im Wahlkreis Leipzig (Stadt) wurde im Jahre 1999 folgendes nachrückendes Mitglied festgestellt:
Dipl.-Med. Hans-Günter Korb
569 Stimmen
Praktischer Arzt, Niedergelassen.
Herr Dipl.-Med. Hans-Günter Korb erklärte seine Bereitschaft, auf den freiwerdenden Sitz in der Kammerversamm-

lung nachzurücken. Der Vorstand hat auf seiner 38. Sitzung am 4. September 2002 das Nachrücken von Herrn Dipl.-Med. Hans Günter-Korb bestätigt.

Dr. jur. Verena Diefenbach
Hauptgeschäftsführerin
Landeswahlleiterin

Konzerte und Ausstellungen

Konzerte

Freitag, 11. Oktober 2002
19.00 Uhr

Benefizkonzert

Werke von Franz Liszt

Prof. Walter Reinhold, Klavier
Die Einnahmen des Konzertes kommen in voller Höhe den vom Hochwasser geschädigten Ärztinnen und Ärzten in Sachsen zugute

Sonntag, 20. Oktober 2002
11.00 Uhr

Benefizkonzert

zugunsten der Hochschule für Musik
„Carl Maria von Weber“ Dresden

Dresdner Elbspaziergang

Susanne Stahl (Sopran), Heidrun Richter (Klavier) und Sybille Muth (Lesung)
laden mit Liedern und Klavierstücken zu einem musikalischen Elbspaziergang ein

Sonntag, 3. November 2002
11.00 Uhr

Junge Matinee Die Myrthen

Hochzeitslieder von Robert Schumann
Ein Programm der Konzertklasse mit Lesung von Briefen von Clara und Robert Schumann
Leitung: Prof. Ulrike Siedel
Hochschule für Musik
„Carl Maria von Weber“ Dresden

Ausstellungen

**Foyer der
Sächsischen Landesärztekammer**

Hubertus Giebe

**Lithografien –
Farbdrucke vom Stein**
bis 18. November 2002

**Foyer der
Sächsischen Ärzteversorgung**

Susanne Kiesewetter

Malerei und Grafik
„Augen-Blicke“
bis 28. 2. 2003



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

■ Bezirksstelle Chemnitz

Stollberg

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Freiberg

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

Facharzt für Augenheilkunde

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin

Zwickauer Land

Facharzt für Orthopädie

Chemnitz/Stadt

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 7. 11. 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.

Freiberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Urologie

Chemnitz-Stadt

Facharzt für Innere Medizin*)

(Hausärztlicher Versorgungsbereich)

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 24. 10. 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

Landkreis Meißen

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 25. 10. 2002 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 8 82 83 30 zu richten.

Görlitz-Stadt/

Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Facharzt für Chirurgie

Hoyerswerda-Stadt/Landkreis Kamenz

Facharzt für Urologie

Landkreis Löbau-Zittau

2 Fachärzte für Allgemeinmedizin*)

(zwei Vertragsarztsitze in einer Gemeinschaftspraxis)

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Landkreis Meißen

Facharzt für Innere Medizin*)

(Hausärztlicher Versorgungsbereich)

Landkreis Riesa-Großenhain

Facharzt für Chirurgie

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie oder

Facharzt für Psychiatrie

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 8. 11. 2002 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 8 82 83 30 zu richten.

■ Bezirksstelle Leipzig

Leipzig-Stadt

Facharzt für Innere Medizin

(Fachärztlicher Versorgungsbereich)

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 30. 10. 2002 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Telefon-Nr. (03 41) 2 43 21 53 zu richten.

Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 7. 11. 2002 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Telefon-Nr. (03 41) 2 43 21 53 zu richten.

Abgabe von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden für Gebiete, für die keine Zulassungs-

beschränkungen angeordnet sind, folgende Vertragsarztsitze in den **Planungsbereichen** zur Übernahme veröffentlicht.

■ Bezirksstelle Dresden

Dresden-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Praxisabgabe: ab sofort möglich

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: 07/2003

Muldentalkreis

2 Fachärzte für Allgemeinmedizin*)

(in Gemeinschaftspraxis)

geplante Praxisabgabe: Ende 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

Ihre Meinung zum Ärztemangel

Das Thema Ärztemangel ist nicht nur im Ärzteblatt Sachsen, sondern auch durch andere Medien gegangen. Vor allem Ostdeutschland ist mit diesem Problem konfrontiert. Um größere Defizite in der ambulanten und stationären Versorgung zu vermeiden, gilt es möglichst kurzfristig Lösungen zu finden, die den Arztberuf und auch die medizinische Ausbildung wieder attraktiv machen. Von vielen Seiten wurden dazu Vorschläge und Anregungen gegeben. Doch wie sehen die sächsischen Ärzte die Situation? Gibt es einen spürbaren Ärztemangel in Ihrem Bereich und wenn ja, wie könnte dem abgeholfen werden? Welche Lösungen schlagen Sie vor. Schreiben, faxen oder mailen Sie uns Ihre Meinung.

Sächsische Landesärztekammer

Ärzteblatt Sachsen

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Fax: 03 51 / 8 26 73 52

E-Mail: presse@slaek.de

kö

B. Schubert

Möglichkeiten und Grenzen der Palliativmedizin

Krankenhaus
»St. Joseph Stift«
Dresden

Wenn es keine Therapie mehr gibt, bleibt noch vieles zu tun

1. Einleitung

In Deutschland sterben jährlich mehr als 210 000 Menschen an einer Tumorerkrankung. Das entspricht etwa einem Viertel aller Todesfälle. Mehr als 400 000 Menschen versterben pro Jahr an Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems. Je 100 000 Einwohner sind dies jährlich etwa 1 000 Todesfälle.

Es wird geschätzt, dass in Deutschland an einem Stichtag mehr als 220 000 Menschen unter behandlungsbedürftigen Tumorschmerzen litten. Hinzu kommt eine etwa ebenso große Zahl von Tumorpatienten mit nicht behandelten anderen Symptomen ihrer Tumorerkrankung. Die Zahl sterbenskranker Menschen mit anderen internistischen oder neurologischen weit fortgeschrittenen, nicht heilbaren und progredienten Leiden dürfte in Deutschland an diesem Stichtag mehr als 500 000 betragen.

Angesichts des nahen Lebensendes gewinnt eine ganzheitliche Betreuung der Menschen, die sich als Sorge um die physischen, psychischen, spirituellen und sozialen Symptome ihres Leidens versteht, zunehmend an Bedeutung. Diese geht erfahrungsgemäß weit über die medizinische Regelversorgung hinaus. Hier können ambulante und stationäre Palliativ- und Hospizeinrichtungen Unterstützung anbieten. Die Europäische Gesellschaft für Palliativbetreuung definiert Palliativmedizin wie folgt:

Palliativmedizin ist die angemessene medizinische Versorgung von Patienten mit fortgeschrittenen und progredienten Erkrankungen, bei denen die Behandlung auf die Lebensqualität zentriert ist und die eine begrenzte Lebenserwartung haben (obwohl die Lebenserwartung gelegentlich mehrere Jahre betragen kann). Palliativmedizin schließt die Berücksichtigung der Bedürfnisse der Familie vor und nach dem Tod des Patienten mit ein.

Definition der European Association for Palliative Care (EAPC)

Palliativstationen sind eigenständige, an ein Krankenhaus angebundene oder integrierte Einrichtungen. Aufnahmekriterium sind bestehende Symptome einer inkurablen, fortgeschrittenen Erkrankung, die einer Krankenhausbehandlung bedürfen. Die stationäre Aufnahme erfolgt in der Regel nach telefonischer oder schriftlicher Anmeldung des Patienten zur Klärung der Dringlichkeit. Der stationäre Aufenthalt wird von den Krankenkassen finanziert und dauert durchschnittlich 14 Tage. Die Entlassung des Patienten in die häusliche Umgebung mit ausreichender Symptomkontrolle ist das Ziel der Behandlung.

Für die Umsetzung des ganzheitlichen Behandlungsansatzes mit möglichst rascher Schmerz- und Symptomlinderung ist neben der kompetenten ärztlichen und pflegerischen Behandlung die enge Zusammenarbeit mit Seelsorgern, Sozialarbeitern, Psychologen, Physiotherapeuten und anderen Berufsgruppen erforderlich. In Anlehnung an die bereits 1977 von Dame Cicely Saunders, der Gründerin von St. Christophers Hospice, London erhobenen Forderungen können die Aufgaben palliativmedizinischer Einrichtungen wie folgt definiert werden:

- Behandlung der Patienten mit einem „high-person, low technology“-Ansatz
- Zur Verfügung stellen eines multidisziplinären Teams für die kontinuierliche Betreuung der Patienten und ihrer Angehörigen
- Forschung, Dokumentation und Auswertung der Behandlungsergebnisse
- Unterricht und Ausbildung von Ärzten, Pflegepersonal, Sozialarbeitern und Seelsorgern

2. Historische Entwicklung

Maßgebliche Anregung erfuhr die Palliativmedizin durch die Entwicklung der modernen Hospizbewegung, insbesondere nach der Gründung von St. Christophers Hospice 1967 in London. Cicely Saunders etablierte die Tumorschmerztherapie, erforschte die Langzeitanwendung

des Morphins bei Patienten mit starken und stärksten Schmerzen und ließ Ideen und Entwicklungen der Pharmakologie, der Strahlen- und Chemotherapie, aber auch der theologischen Auseinandersetzung mit thanatologischen Fragestellungen in ihr Betreuungskonzept einfließen. Erste Kontakte deutscher Ärzte und Theologen zur englischen Hospizbewegung gab es bereits in den Sechziger Jahren des 20. Jahrhunderts, ihre Erfahrungen konnten aber nur zögerlich umgesetzt werden. Erst 1983 wurde mit Unterstützung der Deutschen Krebshilfe und nach maßgeblicher Anregung durch deren Gründerin, Dr. Mildred Scheel, am Kölner Universitätsklinikum die erste „Station für Palliative Therapie“ eröffnet.

Aktuell existieren in Deutschland etwa 70 Palliativstationen mit knapp 600 Betten. Hinzu kommen etwa 90 Stationäre Hospize mit rund 800 Betten. Stationäre Hospize verstehen sich als in der Betreuung sterbenskranker Menschen spezialisierte Pflegeeinrichtungen. Die ärztliche Betreuung der Hospizpatienten erfolgt in der Regel durch den Hausarzt. Allerdings verfügten 1998 nur vier Universitätskliniken in Deutschland über Palliativstationen, was sich negativ auf Forschung und Lehre im Bereich Palliativmedizin auswirkt. Die regionale Verteilung der Einrichtungen in Deutschland ist recht unterschiedlich. Bundesländer mit hoher Versorgungsdichte sind Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg und Bayern. Eine deutliche Unterversorgung besteht in Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Thüringen.

Allen Palliativeinrichtungen gemeinsam ist die enge Verknüpfung von ambulanter und stationärer Betreuung. So kooperieren die meisten stationären Einrichtungen mit spezialisierten Hausbetreuungseinrichtungen, die eine kontinuierliche Fortführung der eingeleiteten palliativmedizinischen und -pflegerischen Maßnahmen gewährleisten. Ambulante Hospizdienste übernehmen den Part der psychosozialen Betreuung der Sterbenden und ihrer Angehörigen.

Bedeutsam für die Etablierung der Palliativmedizin war die Gründung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin 1994. Seither finden alle 2 Jahre von dieser Fachgesellschaft initiierte Kongresse statt, der nächste vom 10. bis 14. Oktober 2002 in München. Ab 1993 wurden Fortbildungscurricula für Ärzte, Pflegepersonal, Seelsorger und Sozialarbeiter entwickelt. 1997 erschien ein deutsches Lehrbuch für Palliativmedizin. 1999 wurde der erste Lehrstuhl für Palliativmedizin am Universitätsklinikum Bonn eingerichtet, weitere sind geplant. Eine eigene Fachzeitschrift wird seit dem Jahr 2000 viermal jährlich herausgegeben.

3. Was brauchen terminal Erkrankte und Sterbende?

Aus vielen Gesprächen mit Betroffenen und durch intensive Auseinandersetzung mit palliativmedizinischen Problemstellungen entsteht ein Mosaik von Antworten auf diese Frage. Zuallererst brauchen sie eine optimale palliative Behandlung und Pflege. Nur ein schmerz- und beschwerdearmer Patient wird sich sozialen Kontakten, spirituellen Fragen und der Ordnung der letzten Dinge stellen wollen und können. Angst, Unsicherheit, Depression und Isolation überlagern deutlich die klinische Symptomatik, verstärken diese in den meisten Fällen, rufen sie unter Umständen gar erst hervor. Bewährt hat sich ein ganzheitliches Betreuungskonzept, das einen deutlich höheren Personalschlüssel erfordert, als dies in der allgemeinen Krankenversorgung nötig und möglich ist. Der Komplexität und Verschiedenartigkeit terminaler Krankheitsbilder wird die Betreuung am ehesten durch ein multiprofessionelles Team mit der Verpflichtung zu interdisziplinärem Arbeiten gerecht.

Sterbende klagen sich immer wieder eine von den Behandlern zu respektierende Autonomie ein. Gespräche auch zu schwierigen Fragen, das Überbringen schlechter Nachrichten oder das gemeinsame Nachdenken über den baldigen Tod führen nicht zwangsläufig zu einer Verstärkung von Ängsten, eher lassen sich die meist überwiegenden irrationalen Ängste abbauen. Grundvoraussetzung ist eine sensible und kompetente Gesprächsführung, sind regelmäßig gesetzte Signale: „Ich stehe Ihnen zum Gespräch über all das, worüber Sie mit mir reden wollen, zur Verfügung.“, ist das Einfühlungsvermögen für die indirekten, manchmal wortlosen Hilferufe. Sterbende brauchen das Gefühl, trotz aller körperlichen Einschränkungen und Begrenzungen ihres Aktionsradius für etwas nützlich zu sein. Sie selbst empfinden sich oft nur noch als eine Last für andere. Aus tiefgründigen Gesprächen insbesondere mit den Menschen, die Fragen nach Aktiver Sterbehilfe stellen, weiß ich, dass das Gefühl, lästig, nur noch eine Last zu sein, für die Meisten der entscheidende Auslöser für derlei Fragen ist. Dabei scheint es mir wichtig zu sein, für jeden Tag, der dem Leben bleibt, ein Stückchen Hoffnung zu definieren. Gemeinsam nach Zielen auf dem Weg der kleinen Schritte zu suchen, Wünsche erfül-

len, Unerledigtes auf die Tagesordnung setzen, auch angesichts und trotz schweren Leidens sich das Genießen wieder zu erlauben, all das macht Leben bis zuletzt möglich. Dies bedarf sehr oft der behutsamen Anregung von außen, die sich am Patienten, nicht an den eigenen Vorstellungen orientiert.

Sehr verunsichert und sensibel reagieren sterbenskranke Menschen auf Unehrligkeiten. Sie erwarten von uns Wahrhaftigkeit im Umgang mit ihnen. Das ermöglicht uns einerseits, eigene Emotionalität nicht zu verbergen, bei aller Professionalität jederzeit authentisch sein zu können. Andererseits müssen wir als Behandler immer wieder neu erspüren, wie viel Wahrheit der uns anvertraute Mensch in der aktuellen Situation zu ertragen in der Lage ist.

Die Betroffenen registrierten sehr deutlich unsere Unsicherheiten im Umgang mit ihnen und sie erwarten, dass wir etwas dagegen tun. Ihr Leben gerät ins Wanken, verliert jede Form von Sicherheit. Um so wichtiger ist es, dass wir bei aller Emotionalität professionelle, sich auch in einer stabilen Arzt-Patient-Beziehung äußernde, Sicherheit vermitteln. Und immer wieder neu müssen wir die rechte Relation zwischen helfender Nähe und schützender Distanz finden.

Menschen am Lebensende haben ein außerordentlich hohes Sicherheitsbedürfnis. Angehörige sehen sich oft nicht in der Lage, dieses ohne intensive Unterstützung in der Häuslichkeit befriedigen zu können. Nicht selten reichen die existierenden Systeme nicht aus, um eine medizinisch nicht indizierte Krankenhausaufnahme eines Sterbenden zu vermeiden oder geraten angesichts hohen Betreuungsaufwandes an ihre Grenzen. Entlastung der Situation ist dadurch zu erreichen, in dem Angehörige frühzeitig für die Betreuung in der Häuslichkeit angeleitet werden. Meist fehlen heutzutage auf Grund der veränderten Lebensgewohnheiten und sozialen Bindungen in den kleiner werdenden oder gar fehlenden Familien bis dahin erworbene praktische Erfahrungen in der Krankenbetreuung. Im Sterben eines unheilbar kranken Menschen verbietet sich jede Form von Aktionismus. Bewährt auch bei der Kontrolle extremer Notsituationen mit Schmerzattacken, akuter Dyspnoe, Panikzuständen, massiven Blutungen und terminaler Agitiertheit hat sich folgende Notfallmedikation in parenteraler Gabe: Abb. 4

4. Palliativmedizin in Sachsen

In Sachsen gibt es derzeit 5 Palliativstationen mit insgesamt 56 Betten.

- Onkologisches Fachkrankenhaus Schwarzenberg mit 18 Betten
- HUMAINE Klinik Dresden mit 10 Betten
- St. Georg-Krankenhaus Leipzig mit 10 Betten
- St. Joseph-Stift Dresden mit 10 Betten
- St. Elisabeth-Krankenhaus Leipzig mit 8 Betten

Abb. 2: Palliativstationen in Sachsen

Hinzu kommen drei Stationäre Hospize und etwa 20 ambulante Hospizdienste. Genauere Informationen können bei der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Sachsen, Canalettostraße 13, 01307 Dresden angefordert werden.

Seit 01. Januar 2002 arbeitet in enger räumlicher Beziehung zur Palliativstation am Krankenhaus St. Joseph-Stift Dresden die Akademie für Palliativmedizin und Hospizarbeit. Dank der Anschubfinanzierung durch die Deutsche Krebshilfe ist es möglich, ein eigenständiges Programm zur Fort- und Weiterbildung für Berufsgruppen, die mit der Betreuung Schwerstkranker und Sterbender konfrontiert sind, anzubieten.

5. Palliativstation am Krankenhaus St. Joseph-Stift Dresden

In den mehr als zwei Jahren seit Eröffnung der Palliativstation im Clara-Wolff-Haus wurden 534 Patienten betreut. Ihr Altersdurchschnitt betrug 61 Jahre. Das Einzugsgebiet erstreckte sich von Görlitz bis Riesa, etwa 80% der Patienten kam aus dem Dresdner Stadtgebiet. Die Auslastung der Station betrug 96%. 224 Anfragen konnten im Beobachtungszeitraum aus Kapazitätsgründen nicht realisiert werden, obwohl eine Indikation zur Aufnahme auf die Palliativstation bestanden hätte. Die durchschnittliche Verweildauer betrug 14 Tage mit einer Schwankung von nur wenigen Stunden bis 93 Tagen. 90% der Patienten litten an fortgeschritten metastasierten Tumoren. Es zeigte sich eine besondere Häufung von Patienten mit Gehirntumoren oder Hirnmetastasen, Tumoren im Gesichtsbereich, inoperabler maligner gastrointestinaler Obstruktion sowie mul-

Substanz/ Handelsname	Applikationsart Dosierungsvorschlag	Indikation	Wirkung
Scopolamin/ Scopolaminum hydrobromicum/ Scopoderm TTS®	s.c. 0,25-0,5mg 1-2-3 Pflaster/3d	„Rasseln“, Atemnot	Parasympat-hikolyse, Sekretionshemmung, Sedierung
Diazepam/ Valium®	s.c. / i.v. 10mg	motorische Unruhe, Angst	Anxiolyse, Sedierung, Muskelre-laxation
Morphin/MSI®	s.c. / i.v.	Schmerzen, Atemnot	Analgesie, Sedierung, therapeutisch genutzte leichte Atemdepression
Haloperidol/ Haldol®	s.c. / i.v. 5mg	Unruhe, Atemnot, Übelkeit	Sedierung, Antiemese
Midazolam/ Dormicum®	s.c. / i.v. 5 mg	Unruhe, term. Agitiertheit	Sedierung

Abb. 4: „Notfallmedikation“ für den terminal erkrankten, sterbenden Patienten

tipler pulmonaler, hepatischer und ossärer Metastasierung. Darüber hinaus wurden z.B. Patienten mit Amyotropher Lateralsklerose, Leberzirrhose, generalisiertem Gefäßleiden sowie terminaler pulmonaler und renaler Insuffizienz behandelt. Mehr als 50% unserer Patienten wurden von ihrem Haus- oder Facharzt eingewiesen, etwa 20% der Patienten kamen aus anderen Dresdner Kliniken zu uns, nochmals etwa 20% aus dem eigenen Haus. Wichtigster Einweisungsgrund war für 80% unserer Patienten der Schmerz, gefolgt von fatigue (60%), Ernährungsproblemen (40%), Angst und Panikattacken (40%), Atemnot (25%) und neurologische Störungen (25%). Bei etwa einem Drittel aller Patienten machten soziale Probleme die Einweisung erforderlich. Eine besondere Herausforderung stellt die Schmerztherapie bei terminal erkrankten Patienten dar, zumal algisiologische Erhebungen zeigten, dass nur etwa ein Drittel aller Patienten mit fortgeschrittener Tumorerkrankung unter ambulanten Bedingungen eine suffiziente Schmerzbehandlung erhält. Unsere in den letzten zwei Jahren erhobenen Daten, die auch dem Vergleich mit anderen Palliativstationen standhalten, zeigen, dass für etwa 90% aller Tumorschmerzpatienten innerhalb weniger Tage eine deutliche Schmerzlinderung möglich ist.

Für nahezu alle Patienten war eine medikamentöse symptomatische Therapie erforderlich, invasive medizinische Verfahren kamen dagegen nur selten zur Anwendung:

Perkutane Endoskopische Gastrostomie 2%, gastrointestinale Stents 4%, Venöser Port/Zentralvenöser Katheter 6%, Chemotherapie 4%, größerer operativer Eingriff 3%, Strahlentherapie 3%. Bei mehr als 80% der Patienten mit inoperabler maligner gastrointestinaler Obstruktion gelang eine zufriedenstellende Kontrolle von Schmerzen, Übelkeit und Erbrechen. Für jeden 10. Patienten oder dessen Angehörige bestand die Indikation zu fachpsychologischer Betreuung. Von etwa 250 Patienten wurde Hilfe bei der Erstellung einer Patientenverfügung erbeten. 21 Patienten thematisierten Fragen zur Aktiven Sterbehilfe trotz auch subjektiv ausreichender Symptomkontrolle und intensiver psychosozialer und, wenn gewünscht, spiritueller Begleitung mit Nachdruck.

Nach einer durchschnittlichen Verweildauer von 14 Tagen wurden 53% der Patienten in die Häuslichkeit oder eine weiterbetreuende stationäre Einrichtung entlassen. Von den in die Häuslichkeit entlassenen Patienten wurden 75% von unserer Brückenschwester weiterbetreut. Diese leistet palliativpflegerische Beratung für Hausärzte und Ambulante Pflegedienste, unterstützt Patienten und Angehörige bei der Beschaffung medizinischer Hilfsmittel und koordiniert bei Verschlechterung des Krankheitsbildes und erneuter stationärer Behandlungsnotwendigkeit die Wiederaufnahme auf die Palliativstation. 77% der entlassenen Patienten bedurften einer intensiven Schmerztherapie (kombinierte medikamentöse Schmerztherapie, Schmerzpumpe, Entspannungstechniken, TENS).

Für 251 Menschen schloss sich auf unserer Station ihr Lebenskreis. Für die überwiegende Mehrzahl von ihnen gelang es, terminale Symptome so zu kontrollieren, dass ein würdevolles und friedvolles Sterben möglich wurde. Nur 8% aller verstorbenen Patienten erlitten nach klinischen Aspekten ein Akutereignis (Blutung, Lungenembolie, Myokardinfarkt). In der Akutphase der Trauer nahmen 64 insbesondere Hinterbliebene in jüngerem Lebensalter unsere Unterstützung und Beratung in Anspruch.

6. Perspektiven

Um die Betreuungssituation sterbender Menschen zu verbessern, an der sich meines Erachtens nach die Mitmenschlichkeit einer Gesellschaft zeigt, ist die bedarfsgerechte Förderung von Palliativstationen einzuklagen. Erhebungen in Nordrhein-Westfalen und Österreich ergaben einen Bedarf von etwa 50 Betten pro 1 Million Einwohner. Darüber hinaus muss der Aufbau ambulanter palliativmedizinischer Angebote angeregt werden. Sie stellen nicht nur ökonomisch günstigere, sondern auch die von der Mehrzahl der Betroffenen gewünschte Betreuung in der Häuslichkeit sicher. Modelle, wie sie etwa in Berlin (home care), Göttingen (Support) oder Greifswald (Schmerztherapeutisches Netzwerk) initiiert wurden belegen die Effizienz der ambulanten Betreuung in der Terminalsituation unheilbar kranker Menschen. Es ist dringend nach Lösungen zu suchen, wie die für den Patienten notwendige Verzahnung von ambulanter und stationärer Betreuung gelingen kann. In Aus-, Fort- und Weiterbildung ist eine stärkere Präsenz palliativmedizinischer Inhalte erforderlich. Die Grundlagenvermittlung von Schmerztherapie, Sterbebegleitung, Kommunikation und Ethik muss in Krankenpflegeausbildung und Medizinstudium intensiviert werden. Für jeden Facharzt sollte eine Mindestfortbildung in Schmerztherapie und Sterbebegleitung in abgestufter Intensität je nach angestrebter Fachrichtung eingeführt werden. Es bedarf der

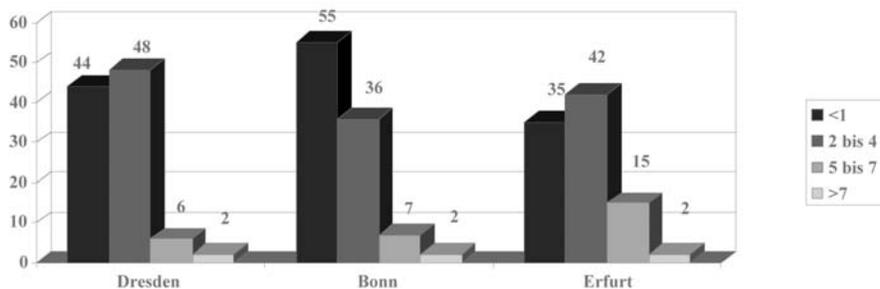


Abb. 3: Tage bis zur deutlichen Schmerzlinderung, Vergleich der Palliativstationen am St. Joseph-Stift Dresden, am Malteser-Krankenhaus Bonn und am Katholischen Krankenhaus „St. Johann Nepomuk“ Erfurt

Einladung zur Mitgliederversammlung der Kreisärztekammer Dresden

Schaffung von Lehrstühlen für Palliativmedizin an sächsischen medizinischen Fakultäten, um sensible Forschung und Lehre zu thanatologischen Fragestellungen intensiver auf den Weg zu bringen. Ich wünsche unseren Patienten, dass wir als ihre Behandler die Sterbebegleitung als eine auch ärztliche Aufgabe wiederentdecken.

Literatur: bei der Verfasserin

Anschrift der Verfasserin:

Barbara Schubert

Fachärztin für Innere Medizin

Palliativstation am Krankenhaus St. Joseph-Stift
Wintergartenstraße 15-17, 01307 Dresden

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

zur diesjährigen **Mitgliederversammlung der Kreisärztekammer Dresden** möchten wir auf diesem Wege wieder herzlich einladen. Unser Treffen findet am **5. 11. 2002, 19.30 Uhr im Plenarsaal des Kammergebäudes** statt.

Neben einem Tätigkeitsbericht der Kreisärztekammer durch Herrn Dr. Grosche wird auch in diesem Jahr der kulturell-historische Aspekt entsprechende Beach-

tung finden. Herr Prof. Dr. med. habil. Albrecht Scholz, Institut für Geschichte der Medizin der hiesigen Fakultät, spricht zum Thema „Künstler-Patienten-Ärzte in Dresdner Sanatorien“. Eine interessante musikalische Umrahmung wird versprochen sowie für Imbiss und Getränke gesorgt.

Wir wünschen uns eine rege Teilnahme und anregende Diskussionen wie im vergangenen Jahr, um Ihre Interessen weiter entsprechend vertreten zu können.

Ihr Vorstand der Kreisärztekammer Dresden

M. Georgi, F. Förster, K. Neubert

Palliative Betreuung am Lebensende bei einer Patientin mit inoperablem Ileus bei fortgeschrittenem Ovarialkarzinom

Onkologisches Fachkrankenhaus
Marienstift Schwarzenberg

Zusammenfassung

Hintergrund

Ca. 270 Patienten werden jährlich auf unserer Palliativstation betreut. Davon verleben ca. 20 - 30 Prozent ihre letzten Lebens-tage bei uns.

In der Hoffnung, dass wir quälende Symptome am Lebensende lindern, wenden sich die Patienten und ihre Angehörigen vertrauensvoll an uns. Bei Patienten, die an einer Ileussymp-tomatik im inoperablen Zustand leiden, ist vor allem das Erbrechen (Miserere) eine unangenehme Begleiterscheinung. Hier kann eine als Ablaufkatheter genutzte PEG-Sonde diese Situation erträglicher gestalten.

Material und Methoden

Anhand einer Kasuistik einer 50-jährigen Patientin mit einer ausgeprägten Peritonealkarzinose bei Ovarialkarzinom konnte dieser Aspekt besonders belegt werden.

Ergebnisse

Die letzten 6 Wochen ihres Lebens war die Patientin frei von Erbrechen bei einer weit fortgeschrittenen intraabdominellen Metastasierung. Weiterhin stand in diesem Fall eine ausgeprägte Angstsymptomatik im Vordergrund. Medikamentöse Therapie-konzepte stießen bald auf ihre Grenzen und rein menschliche Zuwendung war das einzig wirksame Mittel.

Schlussfolgerungen

Patientenorientierte Palliativmedizin ist immer ein Gemisch aus interdisziplinär diskutierten Therapieansätzen in Absprache mit dem Patienten und menschliche Zuwendung, die aus dem privaten sozialen Geflecht der Betroffenen und den organisatorischen Mög-lichkeiten des Personals einer Palliativstation getragen wird.

Schlüsselwörter

Anforderung an Palliativmedizin – symptomorientierte Therapie – Grenzen der modernen Medizin – menschliche Zuwendung

Einleitung

In Deutschland erkranken ca. 350 000 Menschen an Krebs. Ungefähr die Hälfte der Patienten wird daran versterben. In den nächsten 15 bis 20 Jahren werden die Malignome die Mortalitätsstatistik

anführen. Dies fordert der modernen Palliativmedizin auch in Zukunft einen hohen Anspruch ab. Jeder Einzelne ist gefragt, nicht nur bezüglich seiner fachlichen Kompetenz, sondern auch hinsichtlich seines menschlichen Verhaltens.

Patient und Methodik

Anhand eines Fallberichtes einer 50-jährigen, an einem metastasiertem Ovarialkarzinom erkrankten Palliativpatientin, möchten wir einige Aspekte näher beleuchten:

Die Patientin erkrankte im Juli 1998 an einem primär metastasierten Ovarialkarzinom im Stadium pT3c N1 M1 mit Absiedlungen in die Magen hinterwand, das Sigma, die Zwerchfelle, den Douglas und das Blasenperitoneum, in die Netzlymphknoten sowie in die Pleura. Es erfolgte daraufhin eine abdominale Uterusexstirpation mit beiden Adnexen und eine Netzteilresektion sowie eine tiefe anteriore Rektumresektion und Anlage eines prophylaktischen Ileostomas. Histologisch handelte es sich um ein gering bis mäßig differenziertes papillär-seröses Adenokarzinom. Postoperativ wurden 6 Zyklen palliativer Chemotherapie mit Paclitaxel und Carboplatin durchgeführt. Darunter musste jedoch eine Progression (Pleura- und Peritonealkarzinose) verzeichnet werden. Die daraufhin eingeleitete Therapie mit Vepesid zeigte als Nebenwirkung eine ausgeprägte Myelodepression, so dass nach 2 Zyklen die Therapie abgebrochen werden musste.

Die Vorstellung in unserer Klinik erfolgte aufgrund der fortgeschrittenen ausgeprägten Ileussyndromatik mit Übelkeit, ständigem Erbrechen, abdominalen Schmerzen, innerer Unruhe und Schlaflosigkeit. Klinische Untersuchung bei Aufnahme: Reduzierter Allgemeinzustand, verlangsamte Bewegungen, gelblich belegte Zunge, hochstehende Lungengrenzen, tachykarde Herzaktion, Bauchdecke straff, Darmgeräusche positiv, Abdomen druckschmerzhaft und gebläht, Alopezie nach Chemotherapie.

Laborbefunde bei Aufnahme:

Unauffällig

Leukos, Thrombos, Kreatinin, GPT, Eisen, GOT, AP, Bili, Glukose.

Pathologisch

BSR 56/100 mm n.W.. Hb 10,1 g/dl. Hk 30 %. Harnsäure 6,9 g/dl. Natrium 134 mmol/l. Kalium 3,4 mmol/l. Ges.-Eiweiß 6,4 g/dl. G-GT 55 U/l. LDH 270 U/l. CA 125 5414 U/ml. Quick 30 %.

Therapie und Verlauf:

Als erste Maßnahme stand eine Erweiterung der bereits begonnenen Schmerzthe-

rapie im Vordergrund. Wir wechselten bald von Fentanylpflaster auf Morphin, welches letztendlich in einer subcutaninjizierenden Pumpe in Kombination mit Dexamethason verabreicht wurde. Zeitweise applizierten wir zusätzlich Metamizol, anfänglich i.v., später per os. Antiemetisch kamen Haloperidol, Alizaprid, später Ondansetron und vorübergehend Octreotid zum Einsatz. Des Weiteren stellten wir die Patientin auf ein GnRH-Monatsdepot ein. Abfuhrmittel wurden regelmäßig verordnet.

Nach anfänglichen Erfolgen rückten zunehmend eine innere Unruhe und vor allem nächtliche Angstattacken in den Vordergrund, die mit Schmerzen, Erbrechen und Übelkeit assoziiert waren. Die Verabreichung von Flunitrazepam, Diazepam und Morphin sowie Octreotid brachten wiederum nur vorübergehende Erleichterung.

Nach Korrektur der Gerinnungsparameter (Anhebung des Quick-Wertes auf 80 Prozent mittels Konaktion) und mehreren erläuternden Gesprächen stimmte die Patientin der Anlage einer PEG-Sonde zu. Damit erreichten wir eine hervorragende Symptomkontrolle des Erbrechens. Die Patientin klagte ab dem 8. Tag nach PEG-Anlage bis zu ihrem Tod nach weiteren 6 Wochen nie wieder über dieses äußerst belastende Symptom. Eine Reduktion der Antiemetikadosis ließ sich deutlich nachweisen.

Die neu hinzukommende massive Luftnot beeinträchtigte unsere Patientin deutlich. Klinische Untersuchung und Röntgenaufnahme bestätigten einen ausgeprägten linksseitigen Pleuraerguß bis in das Oberfeld. Dieser erforderte eine rasche Behandlung. Bezüglich der deutlichen Unruhe- und Angstzustände gelang uns vorerst keine durchgreifende Veränderung. In den fast täglich stattfindenden Gesprächen, die unsere Psychologin mit der Patientin führte, beschrieb sie ihre Ängste vor dem Sterben. Sie habe immer nur für die Arbeit gelebt und alles auf die Zeit danach verschoben, die nun nicht mehr kommen wird.

Außerdem sorgte sie sich, dass sie dem medizinischen Personal unangenehm zur Last fallen könnte durch einen unaufhaltsamen und mit furchtbaren Symptomen einhergehenden körperlichen Verfall. Sensibel beobachtete sie sich und ihr gesamtes Umfeld und klammerte sich an die freiwilligen Helfer, die Psychologin und Schwestern.

Wann immer es ihr möglich war, blieb die leibliche Schwester der Patientin auch nachts bei ihr. Wir verabreichten mit wechselndem Erfolg Chlorpromazin, Prothazin und Haloperidol zur Nacht.

Leider entleerte sich im weiteren Verlauf intermittierend Stuhlgang neben der PEG-Sonde. Eine erneute chirurgische Versorgung linderte dieses Problem.

In den ersten vier Wochen des Aufenthaltes erhielt die Patientin täglich zusätzlich 1000 ml Flüssigkeits- und Nährstoffsubstitution. Danach konnte sie ausreichend selbst essen und trinken.

Eine zweite Pleuradrainage machte sich notwendig. Außerdem fieberte die Patientin bis 39,8 °C. Ursache dafür war ein Abszess im linken Oberschenkel, der sich spontan entleerte. Die Antibiose mit Ceftriaxon i.v. zeigte rasch Wirkung.

Psychisch wurde die Patientin zusätzlich durch den plötzlichen Tod ihrer Mutter stark beeinträchtigt. Infolgedessen traten die Unruhe- und Angstzustände wieder massiv in den Vordergrund. Die Patientin wünschte ständige menschliche Begleitung an ihrer Seite sowohl tagsüber als auch nachts. Die Erfüllung dieses Wunsches, der die einzig wirksame Therapie gegen das massive Symptom Angst darstellte, oblag vorwiegend der leiblichen Schwester. Auch wir stellten, wann immer es möglich war, eine zusätzliche Nachtsitzwache zur Verfügung. Der Allgemeinzustand der Patientin hatte sich in den vergangenen 10 Wochen deutlich verschlechtert. 78 Tage nach Aufnahme verstarb die Patientin im Beisein ihrer Schwester.

Diskussion

Ein großes therapeutisches Problem und für den Patienten eine riesige Belastung

stellt bei massiver Peritonealkarzinose im Sinne einer inoperablen Metastasierung der chronische Ileus mit seinen zermürbenden Symptomen dar. Neben immensen Schmerzen sind sicher Übelkeit und Miserere am unerträglichsten. Ca. 50 bis 80 Prozent aller Tumorpatienten im fortgeschrittenen Stadium leiden an Schmerzen (Georgi, M.; Förster, F.; Mardo J., 1999, Georgi, M.; Förster, F.; Mardo J., 2000, Husebø S., Klaschik E., 1998). Neben dem Gewichtsverlust stellt Schmerz das häufigste Symptom bei Tumorpatienten überhaupt dar (Georgi, M.; Förster, F.; Mardo J., 2000, Georgi M.; Förster, F.; Schiwiek DR., 2001, Sebastian P.; Varghese L.; Sankaranarayanan R.; et al., 1993).

Mit dem WHO-Stufenschema zur Schmerztherapie ist uns – ausschöpfend angewandt – ein in den meisten Fällen ausreichendes Mittel in die Hand gegeben. In unserem Falle entschieden wir uns letztlich für eine subkutan angelegte Schmerzpumpe mit Morphin und Dexamethason in vorübergehender Kombination mit Metamizol per os.

Die Beeinflussung der Übelkeit ist ein weiteres wichtiges Anliegen der Symptomenkontrolle. Zur Verfügung stehen uns Antihistaminika, Neuroleptika, Anticholinergika, prokinetische Substanzen, 5-HT₃-Rezeptorantagonisten und Glukokortikoide (Husebø S.; Klaschik E., 1998).

Eine Art Stufenschema bei Übelkeit, ursächlich bedingt durch gastrointestinale Obstruktionen, wird von Husebo S. und Klaschik E. (1998) empfohlen. Es umfasst als erstes spezifische Maßnahmen wie die Verabreichung von Octreotid, Scopolamin und Dexamethason.

Wir entschieden uns zur täglichen Gabe von 100 µg Octreotid s.c. Dexamethason wurde bereits über die Schmerzpumpe injiziert. Die effiziente Wirkung von Octreotid wurde wiederholt in der Praxis bestätigt. Die wirksamen Dosen lagen bei 100 – 300 µg/d (Andres J.; Jehser T.; Müller-Busch HC., 2000, Strohscheer J.; Huhn D., 2000). Als zweite Substanz wird Haloperidol vorgeschlagen, welches wir ebenfalls intermittierend applizierten. Weiterhin empfehlen die Autoren (Husebø S.; Klaschik E., 1998) Cyclizin, 5-HT₃-Antagonisten und Levopromazin. Wir setzten Alizaprid und später Ondansetron ein. Nach Anlage der PEG-Ablaufsonde konnte jegliche Antiemese schrittweise abgesetzt werden. Da der mechanische Ileus medikamentös nicht zu beeinflussen war, schien die Anlage einer Ablaufsonde am sinnvollsten.

Die anfänglich nasal gelegte Sonde tolerierte die Patientin nur wenige Tage. In mehreren Gesprächen überzeugten wir die Patientin von der Anlage einer PEG-Sonde. Über diese konnte der Magen- und Darminhalt ablaufen. Nach dieser

Maßnahme sistierten allmählich Erbrechen und Übelkeit. Die Patientin konnte nun auch wieder ihr geschmacklich angenehme Dinge zu sich nehmen. Regelmäßigen Stuhlgang erreichten wir mittels Laxantiengaben. Eine Alternative zur PEG-Anlage könnte die von Amsler P. und Finlay J. (2000) mit Erfolg angewandte perkutane Dekompression sein. Sie nutzten diese Methode für Patienten, die für invasive Methoden zu schwach waren.

Eine Ergänzung in der Symptomenkontrolle sahen wir in der Gabe von GnRH-Analoga. Die Remissionsrate für diese endokrine Therapieform wird mit 12 Prozent angegeben (Adelson MD.; Reece MT., 1993, Du Bois; Lück HJ.; Meerpohl HG., 1997). Die mögliche Beeinflussung des Tumors, der der unheilbaren Patientin furchtbare Symptome auferlegt, sollte zumindest immer in Erwägung gezogen werden.

Eine Studie in den Niederlanden zeigte selbst eine Symptomverbesserung bei Patienten, die unter der Chemotherapie eine Tumorprogression erlitten (Aulbert E., 1998). Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen auch Doyle C. et al (2001). Sie fanden bei Patienten trotz Tumorvoranschreiten unter Chemotherapie eine verbesserte Lebensqualität.

Die Angst stellt bei Tumorpatienten ein nicht zu unterschätzendes Symptom dar.

Aulbert E. (1998) schreibt: „palliative care is total care of body mind and spirit“. Des Weiteren gibt er das Erreichen der bestmöglichen Quality of life für Patienten und Familie als das Hauptziel an.

In diesem Sinne spielt die psychosoziale Unterstützung von Patienten mit fortgeschrittenem Tumorleiden eine wichtige Rolle in der Behandlung von Angst und Depressionen (Aulbert E., 1998).

Stiefel F. und Guex P. (1997) betonen ebenfalls die physischen, sozialen, spirituellen und emotionalen Bedürfnisse von Tumorkranken. Viele leiden neben schweren Symptomen unter sozialer Isolation, spiritueller Verlassenheit und Gefühlen wie Traurigkeit und Angst oder Gefühlen wie des Betrugs, der Hilflosigkeit, des Ärgers und der Schuld.

Wenn auch auf solche Bedürfnisse entsprechend eingegangen wird, dann sind die meisten Patienten innerlich dazu bereit, den Weg bis zum Ende zu gehen und auf diesem dem Leben noch einige wenige Dinge abzurufen (Downing SM.; Braithwaite OL.; Wilde JM., 1993). Eine Befragung unter 140 Aidspatienten in Großbritannien zeigte eine Verbesserung der Angstsymptomatik innerhalb des untersuchten Zeitraumes (32 Wochen) durch suffiziente Pflege und Therapie (Butters E.; Higginson I.; George R.; et al., 1992). Auch Payne SA. (1992) nennt Angst und Depressionen bei Patientinnen mit Mamma- und Ovarialkarzinom als wichtigsten Parameter hinsichtlich Negativbeeinflussung der Lebensqualität, wobei die älteren Frauen, über 60 Jahre, weniger psychische Probleme beklagten. Während die Schmerzen in 86 Prozent der Fälle zufriedenstellend beeinflusst werden können, konnte dies in Bezug auf die psychischen Symptome von Verger E. et al (1992) nur in 27 Prozent bestätigt werden. Die daraus gewonnenen Schlussfolgerungen besagten die unbedingte Einbeziehung des Patienten in jegliche Therapieentscheidung sowie ein gut aufeinander abgestimmtes interdisziplinäres Team.

227 Patienten und ihre Angehörigen, mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 71 Tagen, wurden mittels eines standardisierten Fragebogens von Higginson IJ. et al (1992) mit 17 Items befragt. Als Hauptproblem erwies sich die Angst rund um die Familie. Danach folgten Symptomkontrolle, Patientenangst, Kommunikationsprobleme zwischen Patienten und Familie. 15 der 17 Items konnten während des Aufenthaltes verbessert werden, jedoch die Familienangst und die spirituellen Bedürfnisse nicht.

Bis zum Tod blieben auch die Patientenangst und die Symptomkontrolle schwerwiegende und kaum gebesserte Probleme. Dabei beurteilten die Angehörigen durchweg die Situation des Patienten schlechter als der Patient selbst.

Diese Zahlen und Untersuchungen zeigten auf, dass die Ängste der Patienten oft vernachlässigt werden, sehr komplexer Natur sind und damit einer komplexen Therapie bedürfen. Von medikamentöser Seite stehen uns u.a. die Benzodiazepine, Neuroleptika, Antidepressiva und Opioide zur Verfügung (Husebö S.; Klaschik E., 1998).

Die Unruhe- und Angstzustände unserer Patientin traten nach wenigen Tagen besonders nachts auf. Wir verabreichten daher Flunitrazepam i.m. Bei Bedarf stand Lorazepam zur Verfügung. Nach 5 Wochen nahmen die Angstzustände unter dieser Medikation erneut nachts massiv zu. Daher verabreichten wir abends Chlorpromazin, Promethazin und Haloperidol. Bei Bedarf erfolgte die Gabe von Morphin und Lorezepam.

Unter dieser Medikation fand die Patientin nur wenige Nächte erneut Ruhe. Sie bat ihre Schwester, nachts bei ihr zu bleiben. Ihre Anwesenheit beruhigte unsere Patientin deutlich.

Nach Schwarz R. (2000) könnten psychotherapeutische Interventionen bei psychologisch determinierten Symptomen, wie beispielsweise Angst, in die Pflege einbezogen werden. Bei fortgeschrittenen Krankheitsstadien sind Ablenkungstechniken sinnvoll, d.h. die Auf-

merksamkeit des Patienten wird auf angenehme Empfindungen gerichtet. Dies setzt voraus, dass die Pflegekräfte unbedingt in die Diskussion über verbleibende Therapieoptionen einbezogen werden (Schröder C.; Schmutzer G.; Schröder H., 2000).

Infolge eines Spritzenabszesses mit Fieber bis 39,4 °C war eine intramuskuläre Medikamentengabe vorerst nicht möglich. Unsere Patientin erhielt Melperon und Zyklophosphid per os bzw. via Sonde, bei Bedarf ein Hydroxybuttersäurepräparat und Lorazepam. Darunter wurde die Patientin deutlich ruhiger. Ihr Sohn und ihre Schwester besuchten sie so oft wie möglich. Die letzte Woche vor ihrem Tod benötigte sie lediglich Melperon und Zyklophosphid bei laufender subkutaner Schmerzpumpe (Morphin und Dexamethason). Zu keinem Zeitpunkt des stationären Aufenthaltes äußerte die Patientin den Wunsch bzw. verneinte sie immer wieder das Angebot, für eine definierte kurze Dauer nach Hause entlassen zu werden. So starb sie 21/2 Monate nach Aufnahme auf unserer Palliativstation im Beisein ihrer Schwester.

Schlussfolgerung

Diese Kasuistik unterstreicht die Notwendigkeit einer ganzheitlichen Betreuung mit sinnvoller Einbeziehung der Angehörigen bei Patienten in weit fortgeschrittenem Tumorstadium.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:

Frank Förster

Onkologisches Fachkrankenhaus Marienstift

Schwarzenberg

Tel.-Nr.: 03774/265-200

E-Mail: frank.foerster@ekmhmb.de

Trauer, Hoffnung, Kraft ...

Ergänzungen zu dem Beitrag „Trauer, Hoffnung, Kraft...“

Im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 8/2002, Seite 373, haben wir, wie der Redaktion unseres Kammerorgans erst nachträglich bekannt wurde, nicht die Rede von Frau Gudrun Zippler, sondern ihren Brief vom Mai/2000 an die Leitung und an die Mitarbeiter der Intensivstation des Diakonissenkrankenhauses Leipzig abgedruckt. Nachfolgend lesen Sie die ergreifenden Worte von Frau Zippler, die sie am 27. Mai 2001 in der Thomaskirche zu Leipzig im Dank- und Bittgottesdienst gesprochen hat.

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Betroffene und liebe Interessierte, für die Gelegenheit, Ihnen als Mutter eines Organspenders einige Worte sagen zu dürfen, möchte ich mich gleich zu Beginn bei Ihnen bedanken. Es ist mir ein großes Bedürfnis Ihnen allen zu sagen, dass Organentnahme und -übertragung nicht alltäglich ist, sie aber jeden Menschen und dazu auch an jedem Tag, zu jeder Zeit ereilen kann.

Bis vor einem Jahr hatte ich sicherlich schon öfters über notwendige Organspenden und vor allem derartige erfolgreiche Übertragungen gelesen und auch darüber gesprochen, aber aus weiter Entfernung. Darüber, dass mit jeder Organübertragung sogar mindestens zwei Menschen mit dem Tod in Verbindung zu bringen sind, habe ich in diesem Augenblick nie nachgedacht, nur allein die erfolgreiche Möglichkeit der Übertragung hat gezählt. Menschen helfen zu können, dass waren dabei die Beweggründe für meine positive Einstellung zur Organspende. Es ist mir auch gelungen, diese Einstellung auf meine zwei Kinder zu übertragen, aber ganz ehrlich gesagt, waren es nur die grundsätzlichen und vor allem theoretischen Befürwortungen. An eine eigene Organentnahme zur Weitergabe – vor allem bei meinen eigenen Kindern – habe ich dabei nie gedacht. Warum auch? Waren doch meine Kinder, mein Mann und auch ich gesund und damit weit weg von dieser theoretischen Möglichkeit.

Vor einem Jahr wurde die Frage Organspende ganz plötzlich zu einem neuen Denkansatz für mich und meinen Mann. Innerhalb von Bruchteilen von Sekunden war alles ganz anders, das Leben hat plötzlich begonnen einen neuen, einen vollkommen anderen Weg zu gehen. Einen Weg, den ich keiner Mutter wünsche und dennoch bin ich davon überzeugt, dass in gleicher Situation, wie sie bei

mir vor einem Jahr eingetreten war, dieser neue Weg in parallelen Fällen einen ähnlich positiven Einfluss nehmen könnte. Die Entscheidung zur Organspende hat mir und meiner Familie geholfen, den plötzlichen Tod unseres Sohnes Philipp besser zu verarbeiten.

Wenn im gleichen Augenblick jugendlicher Leichtsinn und jugendliches Fehleinschätzen von Verkehrssituationen aufeinandertreffen, kann in genau diesem Augenblick ein neues Denken geboren werden. Unser Sohn hatte einen schrecklichen Unfall mit dem Fahrrad, dessen Folgen für ihn den Tod bedeutete. Die letzten Stunden seines kurzen Lebens durfte ich an seinem Bett in der Intensivstation verbringen. Ich habe mich immer wieder gefragt: „Was würde mein Philipp jetzt in diesem Augenblick tun?“. Irgendwann hatte ich die Überzeugung, dass er seinen Wunsch „Arzt zu werden, um Menschen helfen zu können“ noch umsetzen möchte. Deshalb habe ich die einzige noch gegebene Chance, dieses Ansinnen umsetzen zu können darin gesehen, seine gesunden Organe an kranke Menschen weiterzugeben, an Menschen, deren eigene Organe nicht mehr zur Verfügung standen. Fünf Menschenleben konnten dadurch gerettet werden. Vielleicht sitzt ein Empfänger oder mehrere Menschen mit Organen von unserem Sohn mit in dieser Kirche. Ihnen aber auch allen anderen, die entweder schon eine erfolgreiche Organübertragung überlebt haben oder noch auf eine Organübertragung warten müssen, möchte ich hiermit alles Gute wünschen. In der Zwischenzeit ist auch unser Leben auf neuen, veränderten Wegen.

Wir haben so ganz allmählich in unserer kleinen Familie Philipp's kurzes, nur 16 Jahre andauerndes Leben versucht zu akzeptieren. Wir genießen die Erinnerung an diese schöne gemeinsame Zeit. Wir haben den aus unserer Sicht am besten unseren Philipp symbolisierenden Grabstein gefunden. Es ist ein „Jugendlicher Stein“ – so hat es sein bester Freund formuliert. Wir hatten das Glück, dass sein eigener Schriftzug in seiner Lieblingsfarbe eingraviert wurde. Dadurch ist er ganz typisch unser Philipp. Auf dem Stein steht auch ein „Danke für ALLES“.

Wir verbinden damit den Dank für die wunderschönen Jahre mit ihm gemeinsam, für seine lebensbejahende und fröhliche Natur, für seinen vor allem sportlichen aber auch allgemeinen Ehrgeiz und an ganz vorderer Stelle seine Art Liebe zu geben und zu nehmen. Das Danke steht auch im Namen der gerette-

ten fünf Menschen. Sie wissen zwar nichts von ihm, ich bin aber sicher, dass sie unserem Philipp gern ein DANKE sagen würden. In ihnen lebt unser Philipp fort und ich glaube zu wissen, dass er ein Stückchen von seinem ICH an sie mitgegeben hat.

Ich habe meine Gedanken irgendwann zu einem Gedicht aufgeschrieben, die ich als Zeichen der Verarbeitung verstanden wissen möchte. Ich möchte Ihnen jetzt meine Verse vortragen. Bitte werden Sie nicht zu traurig beim Zuhören, sondern hören Sie das Hoffnungsvolle in diesen Versen.

*Finsternis und Sonnenschein
von Gudrun Zippler*

*Es ist dunkel, wir sehen die Sonne nicht mehr,
ein glückliches Leben ist plötzlich so traurig und leer,
die Kraft der Sonne ist nur noch ganz schwach,
begonnen hat die Finsternis an einem schönen Tag.*

*Ein junges Leben hat plötzlich aufgehört zu sein,
wir Hinterbliebenen können nicht einmal schreien,
wir suchen nach einem neuen Inhalt fürs Leben,
die Zeit kann uns dazu die Gelegenheit geben.*

*Das eigene Leben wurde dem Kinde genommen,
Andere haben durch ihn ein zweites Leben bekommen,
so hatte der Tod doch noch irgendeinen Sinn,
dieses Wissen führt uns wieder ein Stück zur Sonne hin.*

*Es ist dunkel, doch langsam
können wir die Sonne wieder sehen,
voller Stolz können wir an seinem
kleinen Grabe stehen.
Er war noch so jung und so stark
und so voller Tatendrang,
für die geretteten Leben sagen wir ihm
ganz lieb unseren Dank.*

*Auf dem Friedhof verweilen wir
bei ihm in stillem Schweigen,
hier können auch wir in Ruhe
einmal unsere Tränen zeigen,
sein eigener Namenszug steht
auf dem kleinen weißen Stein,
und unser DANKE für die gemeinsamen Jahre
im Sonnenschein.*

*Wir sind nicht allein in unserem unendlichen Schmerz,
vor allem die Freunde stützen unser trauriges Herz,
das Leben hat sehr langsam
einen anderen Weg gefunden,
die Zeit heilt ganz allmählich die
schmerzenden Wunden.*

*Es ist zwar noch dunkel, doch die Sonne ist wieder da.
So ganz allmählich ist die Sonne
auch für uns wieder nah.
Der leere Platz wird immer in unserem Leben sein
doch wir wissen, schöner ist das Leben
im Sonnenschein.*

Gudrun Zippler
Kastanienallee 53, 04178 Leipzig

Ärztliches Berufsrecht, Ausbildung – Weiterbildung – Berufsrecht
herausgegeben von Narr, H. (Begr.)
2. überarbeitete Auflage mit der
15. Ergänzungslieferung,
Stand: 01. Januar 2002, 1760 Seiten,
Loseblattwerk in zwei Ordnern,
15 x 21 cm
EUR 74,95 - ISBN 3-7691-3028-6

**Das Standardwerk des
Ärztlichen Berufsrechts**

Das von Rechtsanwalt Prof. Dr. Narr begründete und von den Rechtsanwälten Herrn Dr. Hess, Herrn Dr. Nösser und

Herrn Schirmer fortgeführte Loseblattwerk ist das renommierte und unentbehrliche Standardwerk zum Ärztlichen Berufsrecht. Es behandelt umfassend sämtliche Aspekte der ärztlichen Berufsausbildung, -weiterbildung und -ausübung und bietet eine wichtige Orientierungshilfe in zweifelhaften Rechtsfragen. Die allgemeinverständliche Darstellung ist dabei bewusst auf den juristischen Laien abgestimmt. Die Form als Loseblattwerk sorgt für die notwendige Aktualität. In Hinblick auf die bei Redaktionsschluss noch nicht verabschiedete Novellierung der Approbationsordnung beschränkt

sich diese zunächst auf die neu gefasste Darstellung des Heilkundebegriffes und des Arztberufes als Ziel der ärztlichen Ausbildung. Den umfangreichsten Teil bildet jedoch die neu gefasste, ausführliche Darstellung zu den Anstellungsbedingungen der angestellten Ärzte, den Chefarztverträgen und der Privatliquidation sowie zur beruflichen Kommunikation und zum kollegialen Verhalten. Das gut geführte Stichwortverzeichnis leitet gut zu den vom Bearbeiter gesuchten Kommentarstellen.

Assessorin Iris Glowik
Juristische Geschäftsführerin

Peter Gross unter Mitarbeit von
Daniel Baumgart

Medical English

Zweisprachige Texte zur Vorbereitung auf die klinische Auslandstätigkeit mit Audio CD; 3. überarbeitete und erweiterte Ausgabe 2000, Georg Thieme Verlag Stuttgart – New York, 256 Seiten, 16 Abbildungen, flexibles Taschenbuch, DM 49,90
ISBN: 313 7263034 und

Peter Gross

Medical English

Lernkarten; 595 Karten mit klinischen Fachbegriffen und umgangssprachlichen Redewendungen; Thieme; Vereinte 2000 DM 34,90 ISBN: 3131263814

Der Autor legt mit der 3. überarbeiteten und erweiterten Ausgabe von "Medical English" ein praxisorientiertes Lehr- und Lernbuch für Ärzte und Studenten vor. Dieses 256 Seiten umfassende Büchlein trägt der Tatsache Rechnung, dass englische Sprachkenntnisse in der Medizin immer bedeutsamer werden. Im Rahmen der Öffnung Europas und der Orientierung an den Vereinigten Staaten von Amerika sowie im Internet-Zeitalter gehört „Medical English“ zu den elementaren Voraussetzungen in der Kommunikation. Sehr übersichtlich ist die Gestaltung durch Gegenüberstellung englischer und deutscher Texte. Eingangs werden die Körperteile, Ausrüstungsgegenstände, Instrumente, Labortests und medizinische Untersuchungen

sowie die Aufnahme eines neuen Patienten mit Fallbeispielen präsentiert. Die Fallbeschreibungen, 10 an der Zahl, demonstrieren ein ausgewähltes Patientengut und sind geeignet, fachübergreifend systematisch sich die Fachterminologie anzueignen. Besonderes hervorzuheben sind die sich anschließenden Kapitel, die über Struktur und Organisation von medizinischer Versorgung und Unterricht in einem Lehrkrankenhaus berichten. Dabei erhält man auch Informationen über das Gesundheitswesen in den USA sowie das nationale Gesundheitssystem in Großbritannien. Ausdrucksweise im Umgang mit Patienten, ein Vortrag auf Englisch und Abkürzungen, Titel, Maßeinheiten sowie gebräuchliche Symbole schließen sich. Für Bewerber klinischer Praktika und medizinischer Tätigkeiten im englischsprachigen Ausland gibt es das interessante Kapitel „Das Schreiben von Bewerbungen“. Die beigelegte Audio-CD mit Fallbeispielen ist gut. Allerdings vermisst man den Muttersprachler, der die CD bespricht. So hätte man noch mehr Praxisrelevanz erreicht. Separat liegt ein kleines Heft mit Abkürzungen, Maßeinheiten und Symbolen, die im anglo-amerikanischen Raum benutzt werden, bei. Es hat – unabhängig vom Taschenbuch – in jeder Kitteltasche Platz. Auch dem Leser, der keinen Auslandseinsatz beabsichtigt, hat Peter Gross ein geeignetes Büchlein an die Hand gegeben, um sich flü-

sig mit klinischen angloamerikanischem Sprachgebrauch vertraut zu machen. Die 595 Lernkarten „Medical English“, rasch griffbereit und gut mitführbar, lassen individuelle Kombinationen zu. Folgende 12 Lernkapitel wurden berücksichtigt:

- Körperteile,
- Anamneseerhebung,
- körperliche Untersuchung,
- Instrumente, Labortests, kleine Eingriffe,
- Geburtshilfe und Gynäkologie,
- Psychiatrie und Neurologie,
- Kinderheilkunde,
- Chirurgie,
- Dermatologie,
- kardiologische und vaskuläre Erkrankungen,
- Atemwegs- und Lungenerkrankungen,
- weitere internistische Erkrankungen.

Die vorhandenen lauschriftlichen Ergänzungen tragen Sorge für die Anwendung einer korrekten Aussprache. Auch die Ausführungen der kleinen stabilen Kärtchen in Visitenkartenformat sowie beigelegte unbedruckte Karten für eigene Notizen und Lernbeispiele runden ab. Die Lerninhalte sind ausschließlich praxisorientiert und variierbar. Deshalb kann man sie ohne Bedenken dem Nutzer empfehlen. Die beiden vorliegenden Elemente – Textbuch und Lernkarten – sind beispielgebend im Inhalt und haben besonders hohen praktischen Wert.

Dr. Hans-Joachim Gräfe
Kohren-Sahlis

Unsere Jubilare im November

Wir gratulieren

02. 11.	60 Jahre Dr. med. Prager, Christoph 08056 Zwickau	24. 11.	Dr. med. Hannemann, Regina 04668 Grimma	29. 11.	Dr. med. Wittig, Dagmar 01796 Pirna
03. 11.	Dr. med. Richter, Waltraud 04178 Leipzig	24. 11.	Dr. med. Richter, Ruthard 01587 Riesa		70 Jahre
04. 11.	Dr. med. Brandl, Birgit 01462 Podemus	25. 11.	Dr. med. Bochmann, Barbara 09116 Chemnitz	04. 11.	Dr. med. Straube, Karl-Heinz 08060 Zwickau
04. 11.	Jacob, Holm 01665 Weistropp	25. 11.	Dr. med. Müller, Helke 08645 Bad Elster	08. 11.	Dr. med. Heinecke, Christel 08468 Hauptmannsgrün
04. 11.	Dr. med. Polster, Helga 08527 Plauen	26. 11.	Dr. med. Brox-Rehberger, Ingrid 04155 Leipzig	20. 11.	Dr. med. Pfeifer, Christine 04316 Leipzig
05. 11.	Hense, Klaus-Dieter 01129 Dresden	26. 11.	Dr. med. Jacob, Wolfgang 04838 Eilenburg		75 Jahre
08. 11.	Dr. med. Humbsch, Marikke 01558 Großenhain	26. 11.	Dr. med. Liebscher, Ute 04720 Döbeln	01. 11.	Dr. med. Siegmund, Rosmarie 01844 Neustadt
09. 11.	Pust, Katharina 09116 Chemnitz	27. 11.	Dr. med. Bischoff, Ute 08251 Crimmitschau	11. 11.	Dr. med. Pfefferkorn, Werner 09238 Auerswalde
09. 11.	Dr. med. Wenzlaff, Gisela 09111 Chemnitz	29. 11.	Dr. med. Heckfuß, Hans 01462 Niederwartha	20. 11.	Dr. med. habil. Krabisch, Heinz 09217 Burgstädt
10. 11.	Dipl.-Med. Göhler, Elke 01689 Weinböhla	29. 11.	Dr. med. Müller, Anni 08209 Auerbach	22. 11.	Dr. med. Schmidt, Peter 04105 Leipzig
10. 11.	Dr. med. Huhn, Renate 01445 Radebeul	30. 11.	Doller, Hildegund 08468 Reichenbach	29. 11.	Dr. med. Kemnitz, Hans 01219 Dresden
11. 11.	Dr. med. Brandl, Hans-Georg 01462 Podemus	30. 11.	Rosenkranz, Konrad 04275 Leipzig		80 Jahre
12. 11.	Guthknecht, Gisela 08297 Zwönitz		65 Jahre	11. 11.	Doz. Dr. med. habil. Dr. med. dent. Schmidt, Hans 04683 Naunhof
12. 11.	Olschinski, Lilli 02828 Görlitz	02. 11.	Dr. med. Roitzsch, Eberhart 01159 Dresden		81 Jahre
12. 11.	Dr. med. Vogel, Karl-Heinrich 04668 Kössern	04. 11.	Dr. med. Hochmann, Henner 01587 Riesa	02. 11.	Dr. med. Günther, Martin 01737 Kurort Hartha-Waldhäuser
13. 11.	Dr. med. Lorenz, Ortrun 01307 Dresden	05. 11.	Prof. Dr. med. habil. Gottschalk, Klaus 04159 Leipzig	04. 11.	Dr. med. Lehnert, Herbert 09116 Chemnitz
14. 11.	Dr. med. Reinsch, Ute 09119 Chemnitz	05. 11.	Naumann, Dieter 04416 Markkleeberg	08. 11.	Dr. med. Großer, Rudolf 02826 Görlitz
15. 11.	Dr. med. Bierig, Frank-Dieter 01328 Dresden	06. 11.	Dr. med. Grand, Hans-Dieter 02828 Görlitz		82 Jahre
15. 11.	Dr. med. Schmidt, Helgard 01877 Bischofswerda	06. 11.	Dr. med. Ranft, Eberhard 01609 Gröditz	13. 11.	Dr. med. Dluhosch, Winfried 04683 Naunhof
15. 11.	Dr. med. Straube, Elke 01169 Dresden	06. 11.	Dr. med. Wolf, Stefan 04229 Leipzig	21. 11.	Dr. med. Berlet, Wolfgang 01277 Dresden
15. 11.	Streu, Heinz Dieter 04552 Borna	07. 11.	Dr. med. Brummack, Elfriede 01099 Dresden		83 Jahre
16. 11.	Dr. med. Bayer, Ingrid 04416 Markkleeberg	08. 11.	Dr. med. Thomas, Margot 01445 Radebeul	05. 11.	Dr. med. Heckemann, Gertraude 01259 Dresden
16. 11.	Dr. med. Enk, Volker 01591 Riesa	15. 11.	Dr. med. Lippoldt, Rita 01237 Dresden	12. 11.	Dr. med. Roghan, Ursula 08645 Bad Elster
16. 11.	Dr. med. Heduschke, Hans-Georg 01587 Riesa	18. 11.	Dr. med. Berg, Anna 09126 Chemnitz	16. 11.	Dr. med. Kipping, Rolf 08058 Zwickau
16. 11.	Dr. med. Zuschlag, Elke 04277 Leipzig	18. 11.	Dr. med. Kriese, Rolf 04874 Belgern	17. 11.	Bleischwitz, Günther 01454 Radeberg
17. 11.	Dr. med. Junghänel, Bernd 08121 Silberstraße	20. 11.	Dr. med. Hårdter, Uta 04289 Leipzig		84 Jahre
19. 11.	Nedo, Georg 01169 Dresden	21. 11.	Dr. med. Körner, Klaus 04552 Borna	30. 11.	Dr. med. Haupt, Rudolf 02763 Zittau
20. 11.	Dr. med. Luttat, Wolfgang 01561 Kalkreuth	24. 11.	Dr. med. Nicolai, Ralph 09112 Chemnitz		87 Jahre
20. 11.	Dr. med. Schaarschmidt, Günter 09112 Chemnitz	25. 11.	Dr. med. Fischer, Ortrud 01069 Dresden	24. 11.	Dr. med. Leonhardt, Victoria-Alice 09599 Freiberg
20. 11.	Prof. Dr. med. habil. Schulze, Jan 01326 Dresden	26. 11.	Schumann, Irmhild 09306 Rochlitz		88 Jahre
22. 11.	Dr. med. Günther, Rolf 08237 Steinberg/OT Rothenkirchen	27. 11.	Dr. med. Harms, Ursula 04824 Beucha	25.11.	Prof. Dr. med. habil. Strauzenberg, Ernest 01731 Saida
22. 11.	Dr. med. Ziegler, Eckart 01277 Dresden	27. 11.	Dr. med. Lungwitz, Klaus 08412 Werdau		90 Jahre
23. 11.	Dr. med. Katscher, Christa 04179 Leipzig	28. 11.	Dr. med. Helling, Ruth 04157 Leipzig	30.11.	Dr. med. Leistner, Elisabeth 08223 Falkenstein
23. 11.	Dr. med. Leicht, Christa 08352 Grünstädtel	28. 11.	Dr. med. Löffler, Helmut 09405 Zschopau		

Verleihung des akademischen Grades Doctor medicinae (Dr. med.)

Technische Universität Dresden
Medizinische Fakultät

Abgeschlossene Promotionsverfahren I. Halbjahr 2001

Carsten Beichler:

Dr.med. Wulf Vater, Leben und Wirken des Entdeckers der pharmakologischen Wirkung der Dihydropyridinderivate

Silke Bierig:

Untersuchungen über den Einfluß von Lipoprotein (a) auf die Aktivität des Fibrinolyse systems an einer Gesamtpopulation, Normolipidämikern und Probanden mit Ausschluß von Haupteinflußfaktoren auf das Fibrinolyse system

Sigurd Bochmann:

Das Schwingungsverhalten zentraler und peripherer Kreislaufparameter von gesunden Normotonikern sowie Diabetikern Typ II und Hypertonikern unter Ruhe- und Belastungsbedingungen

Ulrike Brückner:

Aussagefähigkeit des EKG zur Erkennung einer pulmonalen Hypertension bei Kindern und Jugendlichen mit chronischen Lungenerkrankungen bzw. Obstruktion der oberen Atemwege

Ulrike Dietrich:

Biographie und wissenschaftliches Werk des Psychiaters Georg Ilberg (1862 bis 1942)

Tilo Driesnack:

Vergleichende Analyse psychosozialer Faktoren und kardiovaskulärer Risikofaktoren bei Lehrern in einem 7-Jahres-Abstand

Dörte Düsing:

Wertung neuer biochemischer Parameter (Procalcitonin, Interleukin 6, Interleukin 8, Serum-Phospholipase A2) für die Früh- und Differentialdiagnostik der neonatalen early-onset-Sepsis

Heinz-Holger Elix:

Nachuntersuchungen nach Behandlung tiefer Venenthrombosen mit unterschiedlichen Lyseverfahren

Dagmar Engemann:

Zusammenhang zwischen Intubation und Stimmbandschaden bei Struma-Patienten

Klaus-Jürgen Fischer:

Epidemiologische Studie zur gingivalen Rezession

Antje Fleischer:

Vergleichende Untersuchungen audiologischer Parameter von Jugendlichen verschiedener Berufsgruppen unter besonderer Berücksichtigung der Ultraschallempfindungsschwelle

Jens Freiberg-Richter:

Veränderungen mittels transkranieller Magnetstimulation motorisch evozierter Potentiale bei Patienten mit torsionsdystonem Syndrom vor und nach Behandlung mit Botulinustoxin

Martin Fuhrmann:

Die Aktivität der 5-Phosphoribosylpyrophosphat-synthetase (PRPPS) bei Patienten mit Fettstoffwechselstörungen und bei Diabetikern

Beate Gängler:

Adjunktive antimikrobielle Plaquebildungshemmung bei temporär hospitalisierten und langfristig behinderten Patienten mit unterschiedlichen Mundspül- und Spraylösungen

René Grass:

Eine neue Ersatzplastik bei chronischer Syndesmoseninsuffizienz des oberen Sprunggelenkes

Maïke Gisela Graupner:

Vergleichende Untersuchungen an Legionella pneumophila-Isolaten hinsichtlich serologischer und genetischer Merkmale sowie die Vermehrungsfähigkeit in Zellkulturmodellen zur Beurteilung der Virulenz

Michael Günther:

Stickstoffmonoxid (NO) – seine Rolle in der Entstehung der koronaren Herzkrankheit, Stoffwechsel im menschlichen Organismus und Beeinflussung durch organische Nitrate

Kirsten Hache:

Präemptive Analgesie mit Ibuprofen – Eine vergleichende Studie

Thomas Haubold:

Atemfrequenzmessungen nach einzeitiger hemithorakaler Bestrahlung von FISCHER-Ratten mit ergänzenden röntgenologischen und morphometrischen Untersuchungen zur Beurteilung radiogener Lungenveränderungen

Anne Heinemann:

In-vitro-Untersuchungen zum Randschlussverhalten von CEREC-2-Inlays im Seitenzahnbereich

Jana Henschkowski:

Mesotheliale Freisetzung von Stickstoffmonoxid unter den Bedingungen der Peritonealdialyse: Experimentelle und klinische Untersuchungen

Marielle Hering:

Zum Einfluß baulicher Veränderungen von Wohnungen auf die Hausstaubmilbenallergenexposition in Innenräumen

Maik Irmisch:

Hautärzte als Künstler und Sammler

Roland Just:

Lithiumrezidivprophylaxe Affektiver Psychosen unter der Sicht einer Ultralangzeitmedikation. Die Krankheitsverläufe von 140 Patienten in durchschnittlich 30 Jahren als Beitrag zur aktuellen Epidemiologie

Sven Kauffer:

Expression von Tissue Factor in der Epidermis und epidermalen Tumoren – Untersuchung zur möglichen funktionellen Bedeutung

Arndt Köhler:

T-Typ- und Tetrodotoxin-empfindliche niedrigspannungsaktivierte Kalziumströme. Ein Vergleich im ventrikulären Arbeitsmyokard von Meerschweinchen und Ratte

Oliver Krenz:

Zum Einfluß sozialer Isolation auf angstanaloge Verhaltensweisen der Maus unter besonderer Berücksichtigung pharmakologischer Beeinflussbarkeit

Sebastian Lässig:

Allergenbelastung durch Hausstaubmilben in Kindererichtungen und Wohnungen der Stadt Halle/ Saale

Claudia Lerch:

Veränderungen des kardiovaskulären Risikofaktorenprofils in einer Dresdner Bevölkerungsstichprobe unter dem Aspekt der Wiedervereinigung

Deutschlands – Ergebnisse des ersten follow up der DRECAN-Studie

Maja Linné:

Zytogenetische und molekularzytogenetische Untersuchungen von Patientinnen mit 46,XXq-Karyotypen. – Ein Beitrag zur Abklärung der phänotypischen Variabilität des Ullrich-Turner-Syndroms

Matthias Lippmann:

Abhängigkeit des Nüchternsekretvolumens und seines pH-Wertes von der präoperativen Nahrungskarenz bei chirurgischen Routineeingriffen (Betrachtung der klinischen Relevanz unter besonderer Berücksichtigung der Narkoseführung mit der Kehlkopfmaske)

Christin Lorenz:

Nachweis von HPV in Primärtumoren und Lymphknoten bei Patientinnen mit Zervixkarzinom mit Hilfe der PCR, Vergleich mit den Befunden der Lichtmikroskopie

Birgit Meier:

Der Interokklusalarabstand beim Sprechen und in Ruhelage des Unterkiefers bei eugnathen erwachsenen Patienten

Heiner Methfessel:

Zur Wertigkeit des Mediastinalemphysems bei schweren Thoraxverletzungen

Bettina Müller:

Mundgesundheitsverhalten und Mundgesundheitszustand kariesfreier und kariesbefallener junger Erwachsener

Brigitte Müller:

Behandlungsergebnisse nach laparoskopischen Cholecystektomien an einem Versorgungskrankenhaus – eine prospektive Studie

Maik Paetow:

Probleme bei der Einführung von oralen Prophylaxeprogrammen einer großstädtischen zahnärztlichen Praxis in Industriegebietsnähe

Christian Rieger:

Ergebnisse zur Kariesprävalenz in Sachsen unter Berücksichtigung mundgesundheitsrelevanter sozialwissenschaftlicher Aspekte

Friedemann Riemer:

Untersuchungen zum Lateralisationseffekt (Weber-Test) des Menschen bei Knochenleitung

Jana Roediger:

Risikoindikatoren für Zahnverlust – Analyse repräsentativer Mundgesundheitsdaten

Manuela Schmidt:

Die Korrelation zwischen dem pH-Wert der Nabelschnurarterie (NA pH) und dem Apgar-Wert bei Frühgeborenen ≤ 1500 g und die Beeinflussung der neonatalen Morbidität und Mortalität

Anke Schneider:

Der Einfluß klinischer Angaben auf die Qualität der zytologischen Diagnose bei Schilddrüsenfeinnadelastrationsbiopsien

Wolfgang Schneiders:

Retrospektive Untersuchung zur Erfassung der Behandlungsergebnisse bei Patienten mit distaler Radiusfraktur

Reinhard Ludewig unter Mitarbeit von Susanna Seufert

Beethoven und das Gift im Wein

Teil 5

Das zweite Testament und die letzte Handschrift (1, 5, 6)

Mit dem „Heiligenstädter Testament“ hatte der erst 32jährige Beethoven in einer depressiven Phase vor allem bezweckt, seine oft missverstandenen Umgangsformen vor seinen Zeitgenossen und der Nachwelt zu rechtfertigen (s. S. 355, 451). Als der Schwerkranke jedoch kurz nach der vierten Bauch-Punktion (s. S. 403) eine fünfte und das nahe Ende auf sich zukommen sah, setzte er in einem Schreiben an seinen langjährigen Rechtsberater, den Notar Dr. J. B. v. Bach, am 3. Januar 1827 ein zweites Testament auf. Darin erklärt er seinen „geliebten Neffen“ Karl zum einzigen „Universalerben von allem Hab und Gut“. Diese großzügige Geste wurde aber einige Wochen später wieder korrigiert: Einerseits liebte und förderte Ludwig seinen Neffen Karl wie einen Sohn, der sich wiederum um den Kranken rührend kümmerte. Andererseits gab es immer wieder Spannungen zwischen dem scheinbar undankbaren Neffen und dem allzu gestrengen Onkel. Deshalb riet Beethovens Jugendfreund, der Jurist Stephan von Breuning, dem Testament ein Kodizill zuzufügen, in dem die Erbschaft des Neffen eingeschränkt werden sollte. Beethoven hat den vorgegebenen Text drei Tage vor seinem Tod abgeschrieben und damit zugleich die letzten Spuren seiner gestörten Feinmotorik hinterlassen (Abb. s. S. 506).

Nach dem Augenzeugenbericht seines Adlatus Anton Felix Schindler (1795-1864) gab der Sterbende nach dieser Abschrift die Feder mit den Worten zurück „*Da, nun schreibe ich nichts mehr*“.

Vergleichbare Schriftproben werden zu medizinischen Zwecken auch heute noch von solchen Patienten aufgenommen, bei denen ein Zusammenbruch der Leberfunktion mit nachfolgendem Hirnversagen (Encephalopathia hepatica) zu befürchten ist (s. Schema S. 451). Unter den von Fachexperten detaillierter einzuschätzenden Schreibstörungen sind hier am typischsten die gestörte Zeilenführung, Verkleckungen und Verschreibungen, zudem Schreibfehler – sinnigerweise bei den beiden Hauptpersonen Neff(f)e und Lu(w)ig sowie der zweite Teil der Unterschrift (s. S. 506).

„Doktor, sperrt das Thor dem Todt“ (1, 5, 6, 8)

Zeitzeugen, Musik- und Medizinhistoriker, aber auch Klassiker der Literatur (z. B. Anton Felix Schindler, Friedrich Wieck, Alexander

Wheelock Thayer, Ludwig Spohr, Thomas Mann, Romain Rolland) haben zahlreiche Überlegungen und Spekulationen darüber geäußert, inwieweit das Wirken Beethovens durch seine akuten und chronischen Erkrankungen beeinflusst wurde. Das betrifft den vielseitigen Genius als

Komponist:

Beispielsweise wird vermutet, dass sich im „Largo e mesto“ der sonst so heiteren Klaviersonate D-Dur (op. 10, 1797) schon die düstere Vorahnung des unausweichlichen Schicksals widerspiegelt. Ähnliches soll auch auf das „Adagio“ der viel zitierten Mondscheinsonate (op. 27) zutreffen, die der ertauende Komponist ein Jahr vor der Niederschrift seines „Heiligenstädter Testaments“ komponiert und 1802 der schönen Giulietta Guicciardi gewidmet hatte. Man hält es auch für möglich, dass Beethoven zu den 13 monotonen Takten in der Überleitung vom 3. zum 4. Satz der 5. (c-Moll-) Symphonie (op. 67, 1807/9) durch die lästigen Wahrnehmungen seiner kranken Ohren angeregt worden sein könnte. – Der „Klagende Gesang“ in der 1821 vollendeten As-Dur Sonate (op. 110) wird als Resignation und „Ausdruck seiner eigenen Leiden aufgefaßt“. In der ein Jahr später erschienenen Klaviersonate c-Moll (op. 111) und anderen Sonaten glaubt man, ebenfalls Indizien für das Gehörleiden zu finden.

Pianist:

1814 tritt Beethoven im Prater zum letzten Mal mit seinem 1811 komponierten Klaviertrio B-Dur („Erzherzogtrio“, op. 97) an die Öffentlichkeit. Wie Zeitzeugen berichten, hat der fast taube Virtuose hierbei so versagt, dass er fortan nur noch allein oder für die engsten Freunde spielte. Aber auch da täuschte er sich nicht nur in der Lautstärke, sondern er griff später zudem noch daneben, teilweise versagte auch die linke Hand gänzlich. Selbst ein 13 Takte langes Klavierstück in g-Moll (ein Kabinettstück der Musikliteratur), das er 1825 vor Sarah Burney Payne spielte, wurde deshalb zu einem Misserfolg. Siehe hierzu S. 402.

Dirigent:

Über die misslungene Generalprobe zum „Fidelio“ und die tragische Situation nach der überaus erfolgreichen Aufführung der 9. Symphonie, die der taube Beethoven (neben einem aktiven Kapellmeister) nur scheinbar dirigiert hatte, wurde auf S. 402 berichtet.



Beethoven auf dem Totenbett
Bleistiftzeichnung von J. Teltcher
(Sammlung Frau Hartmann, München)

Patient:

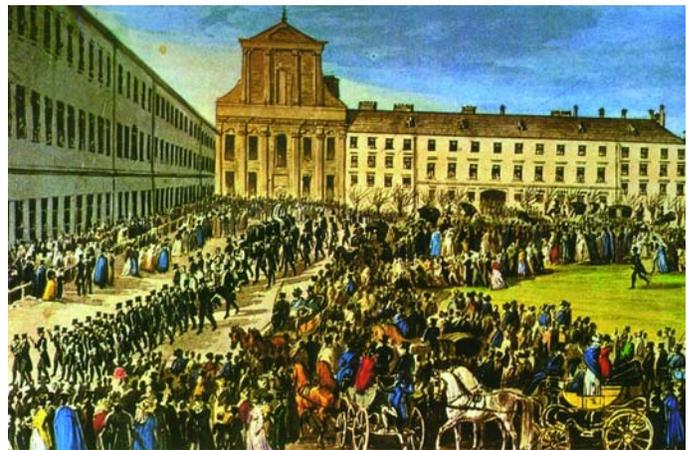
Beethoven war seinen Ärzten gegenüber bekanntlich nicht immer einsichtig, aber er konnte sich auf seine Weise auch erkenntlich zeigen. Zuerst hat er seinem hochgeschätzten Freund und Arzt Dr. Johann Adam Schmidt als Dank für die vielen Bemühungen eine Klaviertrio-Bearbeitung (op. 38) seines berühmten Es-Dur-Septetts (op. 20) gewidmet. Für Dr. Johann Malfatti komponierte er die kleine Kantate „Un lieto brindisi“, die er zum Geburtstag in der Villa des Gewürdigten am 24. Juni 1814 aufführte. Auch Malfattis Schüler, Dr. Andreas Bertolini, der Beethoven zu einer Polonaise für die Kaiserin von Russland angeregt hatte, durfte sich im gleichen Jahr über eine Kantate freuen. Sogar mit mehreren Kompositionen hat sich der Patient bei Dr. Anton Braunhofer bedankt: zunächst mit dem am 28. März 1820 erschienenen „Abendlied unter dem gestirnten Himmel“. Ihm ist auch der Kanon „Doktor sperrt das Thor dem Todt“ zugeordnet, den er am 11. Mai 1825 komponiert und zwei Tage danach mit einem Anschreiben übersendet hat. Schon wenige Wochen später bestimmte der dankbare Patient den zweistimmigen Rätselkanon „Ich war hier, Doktor, ich war hier“ ebenfalls für Braunhofer. In dieser Zeit entstand auch der 3. Satz des a-Moll-Streichquartetts „heilige Danksagung eines Genesenen an die Gottheit“ (op. 132).

„Die zehnte Symphonie ...“ (1, 6, 7, 8)

Die Wünsche Beethovens, noch „die zehnte Symphonie, auch ein Requiem“, „die Musik zu Faust, ja auch eine Klavierschule“ komponieren zu können, haben sich leider nicht erfüllt. – Er ist am 26. März 1827 „dreiviertel sechs abends“ in der Bewusstlosigkeit des Leberkomas von seinen qualvollen Leiden erlöst

Ich habe mich heute, Karl Willhelmine
 zuhause, bis 5 Uhr nachmittags
 mit dem Wählerkreise voll in der
 Talmann-Haus in Bonn, in der
 Kirchstraße, geboren zu sehen.
 Bonn am 23. März 1827
 Ludwig van Beethoven

Original-Handschrift des Testament-Kodizills vom 23. März 1827 (Wiener Stadt- und Landesarchiv)



Leichenzug für Beethoven (nach einem Gemälde von Franz Stöber) Beethoven-Haus, Bonn

worden. In der Sterbestunde waren nur seine Schwägerin und der Grazer Komponist Anselm Hüttenbrenner, der einen bewegenden Augenzeugenbericht hinterlassen hat, bei ihm:

„...nachdem Beethoven von 3 Uhr nachmittag an, da ich zu ihm kam, bis nach 5 Uhr röchelnd im Todeskampfe bewußtlos dagelegen hatte, fuhr ein von einem heftigen Donnerschlage begleiteter Blitz hernieder und erleuchtete grell das Sterbezimmer... Nach diesem unerwarteten Naturereignisse, das mich gewaltig frappierte, öffnete Beethoven die Augen, erhob die rechte Hand und blickte starr mit geballter Faust mehrere Sekunden lang in die Höhe mit sehr ernster, drohender Miene, als wollte er sagen: 'Ich trotze euch, ihr feindlichen Mächte! Weichet von mir! Gott ist mit mir!' ...Als er die erhobene Hand wieder aufs Bett niedersinken ließ, schlossen sich seine Augen zur Hälfte. Meine rechte Hand lag unter seinem Haupte; meine linke ruhte auf seiner Brust. Kein Atemzug, kein Herzschlag mehr! Des großen Tonmeisters Genius entfloß aus dieser Trugwelt ins Reich der Wahrheit. Ich drückte dem Entschlafenen die halb geöffneten Augen zu, küßte dieselben, dann auch die Stirne, Mund und Hände. Frau van Beethoven schnitt auf mein Ersuchen eine Haarlocke vom Haupte des Dahingegangenen und übergab sie mir zum heiligen Andenken an Beethovens letzte Stunde.“

Drei Tage später wurde der Tote aus seiner Wohnung im Schwarzspanierhaus nach der Dreyfaltigkeits-Kirche überführt. An dieser

Prozession sollen 20-30.000 Trauernde teilgenommen haben, so dass nur eine Militärverstärkung den Weg freihalten konnte. Nach dem Gottesdienst brachte man den Sarg zum Währinger-Orts-Friedhof. Da auf Friedhöfen seinerzeit keine Ansprachen gehalten werden durften, konnte der berühmte Burgschauspieler Heinrich Anschütz nur am Toreingang die von Franz Grillparzer verfasste Grab-Rede vortragen. Der Dichter selbst gedachte ein halbes Jahr später des Todestages, anlässlich der Einweihung des Beethoven-Denkmal mit folgenden Worten:

„Sechs Monden sinds, da standen wir hier an demselben Orte, klagend, weinend: denn wir begruben einen Freund. Nun wir wieder versammelt sind, laßt uns gefaßt sein und mutig; denn wir feiern einen Sieger.

Hinabgetragen hat ihn der Strom des Vergänglichen in der Ewigkeit unbesegelt Meer. Ausgezogen, was sterblich war, glänzt er ein Sternbild am Himmel der Nacht. Er gehört von nun an der Geschichte. Nicht von ihm sei unsere Rede, sondern von uns. Wir haben einen Stein setzen lassen. Etwa ihm zum Denkmal? Uns zum Wahrzeichen! Damit noch unsere Enkel wissen, wo sie hinzuknien haben, um die Hände zu falten und die Erde zu küssen, die sein Gebein deckt. Einfach ist der Stein, wie er selbst war im Leben, nicht groß; um je größer, um so spöttischer wäre ja doch der Abstand gegen des Mannes Wert. Der Name Beethoven steht darauf, und somit der herrlichste Wappenschild, purpurner Herzogsmantel zugleich und Fürstenhut. Und somit neh-

men wir auf immer Abschied von dem Menschen, der gewesen, und treten an die Erbschaft des Geistes, der ist und bleiben wird. Selten sind sie, die Augenblicke der Begeisterung, in dieser geistesarmen Zeit. Ihr, die ihr versammelt seid an dieser Stätte, tretet näher an dies Grab. ... Heiliger euch! Der hier liegt, war ein Begeisterter. Nach Einem trachtend, um Eines sorgend, für Eines duldend, alles hingebend für Eines, so ging dieser Mann durch das Leben. – Nicht Gattin hat er gekannt, noch Kind; kaum Freude, wenig Genuß. Ärgerte ihn ein Auge, er riß es aus und ging fort, fort, fort bis ans Ziel. Wenn noch Sinn für Ganzheit in uns ist in dieser zersplitterten Zeit, so laßt uns sammeln an seinem Grab. Darum sind ja von jeher Dichter gewesen und Helden, Sänger und Gotterleuchtete, daß an ihnen die armen, zerrütteten Menschen sich aufrichten, ihres Ursprungs gedenken und ihres Ziels.“

Literatur am Ende der Fortsetzungsreihe

Teil 6 folgt im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 11/2002

Anschriften der Verfasser:
 Prof. em. Dr. med. Reinhard Ludewig
 (Institut für Klinische Pharmakologie
 der Universität Leipzig),
 Bochumer Straße 47,
 04357 Leipzig
 Susanna Seufert,
 Sächsisches Apothekenmuseum Leipzig,
 Thomaskirchhof 12,
 04109 Leipzig