

Ärzteblatt Sachsen



Inhalt 12/2002

Berufspolitik	Aktionstag Sächsischen Bündnis Gesundheit 2000 Der Politik eingeheizt Offener Brief 27. Kammerversammlung Polnische Ärzte auf dem Weg in die EU Ethik in der Medizin Ärzte helfen Ärzten	560 560 561 562 570 571 576
Gesundheitspolitik	Aktuelles aus der Krankenhaushygiene	577
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Gesetzliche Unfallversicherung für im Rettungsdienst tätige Ärzte Ärztliche Bescheinigungen über die Arbeitsunfähigkeit Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf »Arzthelferin/Arzthelfer« Startschuss für Pensionskasse der Gesundheitsberufe Konzerte und Ausstellungen Problem mit Alkohol oder Drogen? Mitteilung der Bezirksstelle Leipzig	578 580 585 586 586 586 586
Amtliche Bekanntmachungen	Mittelhefter – Satzungsänderungen	581 – 584
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen Impressum	587 587
Originalien	P. Schwarz, S. Fischer Erforschung des Diabetes mellitus am Universitätsklinikum Dresden U. Lindner, L. Kaltoven, A. Reichelt, K. Bauch Diabetes mellitus und Schwangerschaft – eine interdisziplinäre Herausforderung	588 589
Buchbesprechungen	Anatomisches Wörterbuch Zarten Seelen ist gar viel gegönnt Verträge zwischen Ärzten in freier Praxis	594 594 594
Feuilleton	Winterzeit – Hobbyzeit Hahnemann und das Gift im Wein Der Nikolaus im Krankenhaus	595 598 602
Personalien	Unsere Jubilare im Januar 2003	600
Medizingeschichte	Der Äskulapstab	601
Beilage	Fortbildung in Sachsen – Februar 2003 10 Jahre perinatologische und neonatologische Qualitätssicherung im Freistaat Sachsen	

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.

Gegen den Ausverkauf des Gesundheitswesens

Aktionstag des Sächsischen Bündnis Gesundheit 2000



**Freitag, 13. Dezember 2002,
12.00 Uhr bis 14.00 Uhr
im Kulturpalast Dresden**

Das Vorschaltgesetz von Ulla Schmidt wird zum massiven Stellenabbau im Gesundheitssystem führen. Gleichzeitig wird gegen alle Versprechungen von Rot-Grün die Patientenversorgung schlechter. Wartelisten für Behandlungen werden nur eine Folge der einseitigen Sparmaßnahmen sein.

Das Sächsische Bündnis Gesundheit 2000 verlangt Reformen zu Gunsten der Patientenversorgung und bessere Arbeitsbedingungen in Praxis und Klinik.

Wir, die Partner des Sächsischen Bündnis für Gesundheit 2000, werden auf dem Aktionstag

eine Resolution verabschieden und anschließend der Bundessozialministerin übersenden.

Es sprechen (Reihenfolge noch offen):

- Prof. Dr. Jan Schulze, Sprecher des Bündnis Gesundheit 2000
- Dr. Hans-Jürgen Hommel, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen
- Dr. Dieter Natusch, Vorstandsvorsitzender der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Sachsen
- Dr. Stefan Helm, Krankenhausgesellschaft Sachsen
- Dr. Diethard Sturm, Vorsitzender des Sächsischen Hausärzterverbandes

- Prof. Dr. Martin Link, Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände
- Prof. Dr. Peter Leonhardt, Hartmannbund, LV Sachsen
- Dr. Dieter Kamprad, Marburger Bund, LV Sachsen
- Frau Oberin Liselotte Hundt, Sächsischer Pflegerat
- Dr. Peter Münzberg, Patientenvertreter
- Herr Hans Knoll, Apothekerkammer
- Herr Erik Bodendieck, Vertreter der Jungen Ärzte
- Frau Christine Weber, Sächsische Staatsministerin für Soziales
- Frau Dr. Marlies Volkmer, Bundestagsabgeordnete

Der Politik eingezehrt

Die südamerikanischen Rythmen waren schon von weitem zu hören. Die Trommelklänge drangen sicher auch bis in das Bundeskanzleramt, wo an diesem 12. November 2002 im zuständigen Ausschuss über das geplante Vorschaltgesetz von Frau Ulla Schmidt beraten wurde. Und das war gewollt. Denn rund 15.000 Menschen aus allen Bereichen der Heilberufe liefen am Brandenburger Tor Sturm gegen die Kostendämpfungsmaßnahmen zu Lasten von Patienten und Angestellten im Gesundheitswesen. Mit Transparenten und Spruchbändern brachten sie ihre Meinung zum Ausdruck. Zahlreiche Vertreter der Heilberufe unterstützten die Demonstranten von der Bühne aus. Jörg Robbers von der Deutschen Krankenhausgesellschaft sieht in der Rot-Grünen Strategie „eine Lüge gegenüber allen Wählern. Denn kein Patient und kein Arzt hat diese Regierung gewählt, damit sie als erstes Leistungen kürzt und die Versorgung verschlechtert“. Er forderte zu wirksamen Strukturformen auf. Auch Herr Dr. Richter-Reichhelm von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sieht in der Null-Runde und dem Einfrieren der ärztlichen Vergütung vor allem den „Verlust von einer Vielzahl an Arbeitsplätzen im Gesundheitssystem. Die Jobmaschine Gesundheitswesen wird von der Politik abgewürgt, Pflegekräfte werden entlassen und Ärzte werden weiter ausgebeutet“.



15.000 Demonstranten waren zur Kundgebung nach Berlin gekommen.

Trillerpfeifen und Rasseln unterstützen die Redner. Auch einzelne Bundestagsabgeordnete wurden in den Reihen gesichtet. So zum Beispiel Herr Dr. Thomae von der FDP. Zur Kundgebung aufgerufen hatte das Bündnis Gesundheit 2000, nachdem die Sparpläne von der Bundesregierung bekannt geworden waren. In diesem Bündnis sind 38 Leistungserbringer der Heilberufe zusammengeschlossen. Die Sächsische Landesärztekammer und das Sächsische Bündnis Gesundheit 2000 hat

die Kundgebung unterstützt. Zahlreiche Vertreter aus Sachsen waren ebenfalls nach Berlin gereist. Es ist zu hoffen, dass die Forderungen nicht ungehört verhallen. Noch ist ein Umdenken möglich. Um den Druck auf die Politik aufrecht zu erhalten, wird es in Dresden einen Aktionstag gegen den Ausverkauf des Gesundheitswesens geben. Seien Sie dabei!

kö

Offener Brief

Berufsverband der Deutschen Urologen e.V.
Landesverband Sachsen
Vorsitzender Dipl.med. Timo Liebold
Gostritzer Straße 2 a
01217 Dresden

13.11.2002

Herrn Bundeskanzler Gerhard Schröder
Bundeskanzleramt Berlin
Willy-Brandt-Straße 1
10557 Berlin

nachrichtlich: Frau Ministerin Ulla Schmidt,
Bundesgesundheitsministerium, PF 08 01 63,
10001 Berlin,

veröffentlicht: LVZ, FP Chemnitz, Ärzteblatt
Sachsen, KVS-Mitteilungen

Sehr verehrter Herr Bundeskanzler,
in diesem offenen Brief möchten wir Sie auf
die präkäre Situation der Fachärzte Sachsens
aufmerksam machen.

Die Wiedervereinigung Deutschlands erfor-
derte von uns die Übernahme des ambulanten
Sicherstellungsauftrages für die medizinische
Versorgung der Bevölkerung Sachsens.

Dabei waren wir gezwungen, in kurzer Zeit
meist sehr hohe Kreditaufnahmen zu tätigen,
um das Versorgungsniveau unserer Praxen an
den Standard West anzupassen. Zu keinem
Zeitpunkt sind bis zum heutigen Tage Be-
treuungsdefizite in der Bevölkerung aufge-
treten. Damit konstatieren wir, dass der ge-
sundheitspolitische Auftrag durch uns erfüllt
wurde.

Gegenwärtig stellen wir jedoch eine zuneh-
mende Verschlechterung der ambulanten Rah-
menbedingungen fest, die zwangsläufig zur
Gefährdung der medizinischen Betreuung
unserer Bevölkerung führt:

- kontinuierlicher Praxisumsatzverlust trotz
steigender Patientenzahlen,
- 12 Jahre nach der Deutschen Einheit be-
trägt die Bereitstellung der finanziellen Mit-
tel für die ambulante Versorgung weiterhin
lediglich 77 % des Westniveaus,
- demografische Entwicklung (überdurch-
schnittliche Zunahme der Rentner, Abwan-
derung der jungen Bevölkerung, Zunahme der
Multimorbidität),
- überdurchschnittliche Praxiskostenquote
der Facharztpraxis (über 60 %) durch den
notwendigen hohen technisch-materiellen
Aufwand zur Sicherung des Qualitätsstand-
des,
- fehlender Nachwuchs und fehlende Un-
terstützung junger Fachärzte (Zunahme der
Verschuldung, zunehmende Bankenaufsicht,
Abwanderung junger Fachärzte in fachfrem-
de Bereiche und Abwanderung in Altbundes-
länder),
- Überbürokratisierung (mehr als 370 gesetz-
liche Krankenkassen mit wachsenden Ver-
waltungskosten, zunehmende Reglementierung
ärztlicher Leistungen),
- Budgetierung ärztlicher Leistungen füh-
ren zu:
- Verschlechterung der fachärztlichen Ver-
sorgung der Bevölkerung Sachsens,
- Gefährdung der Arbeitsplätze in unseren
Praxen,
- vorprogrammierte Praxisinsolvenzen wegen
nicht mehr kostendeckenden Behandlungs-
notwendigkeit,
- ausbleibende Neuinvestitionen,
- Einengung der ärztlichen Therapiefreiheit,
- Überalterung des Berufsstandes.

Sehr verehrter Herr Bundeskanzler,
wenn Frau Ministerin Schmidt aus aktuellem
Anlass auf eine „Nullrunde“ bei der Gestal-

tung der Arzthonorare drängt, dann wäre es
angesichts der Umsatzverluste des 2. Quar-
tals 2002 (letzte Honorarzählung vom 28. 10.
2002) ein wahrer Gewinn!! Bei allen sächsi-
schen Urologen betrug der aktuelle Umsatz-
verlust mindestens 15 %. Dies bedeutet einen
durchschnittlichen Gewinnverlust vor Steuern
von 35 %! Das ist eine deprimierende Real-
ität!

Wir fordern Sie daher im Interesse unserer
Patienten auf:

- zur Anerkennung unserer qualifizierten
fachärztlichen Leistungsbereitschaft,
- zur Beendigung der politisch verursachten
Spaltung der Ärzteschaft in Haus- und Fach-
ärzte,
- zur Unterstützung des ärztlichen Nach-
wuchses,
- zur Angleichung der Vergütungssituation
auf Westniveau.

Bitte seien Sie versichert, dass dieser offene
Brief in einer Zeit schwieriger gesamtpoliti-
scher Veränderung nicht als „Gejammere der
Ärzte“ imponieren möchte, sondern Ihnen
einen ernstgemeinten praxisnahen Einblick
vermittelt, um die weitere ambulante medi-
zinische Versorgung unserer Patienten nicht
zu gefährden.

Im Namen des Sächsischen Landesverbandes
der Fachärzte für Urologie grüssen

Hochachtungsvoll

Dipl. med. Timo Liebold
1. Vorsitzender

Dr. med. Imanuel Demmler
Schriftführer

27. Kammerversammlung

Dresden
9. November 2002

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Professor Dr. Jan Schulze, eröffnete im Plenarsaal des Kammergebäudes die turnusmäßig einberufene 27. Kammerversammlung. Er begrüßte herzlich den Ehrenpräsidenten, Herrn Professor Dr. Heinz Diettrich, die Mandatsträger der sächsischen Ärzteschaft, die Mitglieder des Vorstandes, die Vorsitzenden der Ausschüsse, die Geschäftsführung und die Mitarbeiter der Sächsischen Landesärztekammer, die Referenten und alle Gäste der Kammerversammlung.

Besonders willkommen hieß Herr Professor Dr. Jan Schulze Herrn Ministerialdirigent Dipl.-Med. Albrecht Einbock, Leiter der Abteilung Gesundheitswesen im Sächsischen Staatsministerium für Soziales, die Träger der Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille, den Stellvertreter des Dekans der Medizinische Fakultät der Universität Leipzig, Herrn Professor Dr. Christoph Josten, und den Stellvertreter des Dekans der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden, Herrn Professor Dr. Peter Dieter.

Zum Zeitpunkt der Eröffnung der Kammerversammlung waren 64 der gewählten 99 ärztlichen Mandatsträgern anwesend. Die Kammerversammlung war beschlussfähig.

Ein berufspolitischer Höhepunkt der Kammerversammlung war der Vortrag des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer:

Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl – Im Zentrum der Mensch

Die apokalyptischen Enthüllungen über die Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen wer-

den die Bemühungen um eine hochwertige medizinische Versorgung mittelfristig zunichte machen. Die Auswirkungen des geplanten Vorschaltgesetzes von Frau Ulla Schmidt sind heute noch nicht absehbar, doch lassen sich einige Dinge erahnen. Fast alle Versprechen aus dem Wahlkampf sind im vorgestellten Koalitionsprogramm bereits Geschichte. Die SPD erklärte noch im September die Arbeitszeiten des medizinischen Personals begrenzen zu wollen. Davon ist heute keine Rede mehr. Statt dessen einige neue Zungenschläge: Null-Runde bei der Vergütung von Ärzten und Kliniken, Einfrieren von Verwaltungsausgaben bei den Krankenkassen, also Budgetierung und Kostendämpfung um jeden Preis. Auch eine Gewerbesteuer für niedergelassene Ärzte ist weiterhin mittelfristig vorgesehen. Eine „richtige“ Gesundheitsreform ist für 2004 angekündigt. Doch wie diese aussehen soll, ist auch nach der 21seitigen Regierungserklärung von Bundeskanzler Gerhard Schröder ein Geheimnis von Ministerialschubladen. Gerade einmal eine halbe Seite widmete er dem Gesundheitswesen. Erst in der gesundheitspolitischen Debatte des Bundestages, ausgerechnet am Reformationstag, wurde die Bundessozialministerin konkret. In einem Maßnahmenbündel wurden alle Leistungserbringer, die Industrie und auch die Patienten in Kostendämpfungsmaßnahmen einbezogen. Von Strukturreform aber keine Spur. Die SPD beherrscht die hohe Schule der Verschlüsselungspolitik und die Politik der kleinen Wahrheiten perfekt. Gleichzeitig erfolgte in Berlin die Grundsteinlegung für das neue Gebäude der Bundesärztekammer und der Kassenzentralen der Bundesvereinigung. Ein gutes Omen?!

Grundsätze behalten Gültigkeit

Auch nach der Bundestagswahl behalten die von uns Ärzten vertretenen Grundsatzpositionen zu einer baldigen grundlegenden Gesundheitsreform, mit dem Ziel der Stabilisierung der sozialen Sicherungssysteme und der Verbesserung der medizinischen Versorgungsqualität ihre volle Gültigkeit. Denn der Zug in eine gesundheitspolitische Mangelwirtschaft fährt immer schneller. Das Vorschaltgesetz als Notbremse beweist das sehr deutlich. Die überfällige Strukturreform muss bereits im nächsten Jahr in Angriff genommen werden und nicht erst 2004. Dann wäre eine Null-Runde nicht nötig.

Besonders ein Begriff prägt seit längerem die gesundheitspolitische Debatte: Kosten. Und in der Tat, betrachtet man die aktuellen Ausgaben im Gesundheitswesen und die Defizite bei den Krankenkassen, so muss man eine bedrohliche Entwicklung zugeben. Die gesetzliche Krankenversicherung, die Krankenhäuser und die ambulante Medizin sind an den Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit angekommen. Der Anspruch, die Versicherten flächendeckend nach dem letzten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu versorgen, ist mit der jetzigen Finanzlage und den Kostendämpfungsmaßnahmen nicht zu realisieren. In der Rot-Grünen Koalitionsvereinbarung liest sich das so: „Der Zugang zu medizinisch notwendigen Leistungen bleibt für jedermann wohnortnah“. Es ist eben alles eine Frage der Auslegung. Wie in der Rentenversicherung ergeben sich im Gesundheitssystem ähnliche Probleme. Unsere sich demografisch wandelnde Gesellschaft mit hoher Arbeitslosigkeit braucht ein neues System der Gesundheitsvorsorge. Ich sage bewusst „System“, denn allein Kostendämpfungsmaßnahmen, Mikromanagement und patch-work-Politik lösen die Probleme nicht. Betrachtet man die Statements der Interessengruppen mit gegenseitigen Schuldzuweisungen, so sind immer die anderen die Verursacher der hohen Kosten. Macht man sich einmal von allen Interessen frei und bewertet das Gesundheitssystem von einem übergeordneten Standpunkt aus, so wird eines deutlich: Alle im System der gesundheitlichen Versorgung der Menschen involvierten Gruppierungen müssen mit gravierenden Einschnitten rechnen, wenn eine Reform gelingen soll. Auch die Patienten. Nur der Schweregrad des Einschnitts verläuft, je nach Schwerpunktsetzung, verschieden. Steht die Ökonomie im Mittelpunkt der Betrachtung, dann



Gespannte Zuhörer der Kammerversammlung

werden die Patienten die Leidtragenden einer Gesundheitsreform sein. Und dies ist im Moment der Status quo.

Für uns Ärzte steht im Zentrum der Mensch. Als Patient kommt er in der Hoffnung auf Hilfe in unser Sprechzimmer. 87 Prozent der deutschen Ärzte haben ihren Beruf gewählt, um zu helfen. Doch bei der aktuellen politischen Entwicklung gerät der Patient in den Hintergrund. Sparmaßnahmen werden, wenn überhaupt, nach Kosten-Nutzen-Analysen durchgesetzt. Die spezifische Patientensituation Diagnose und Behandlung spielt eine untergeordnete Rolle. Medizinischer Sachverstand wird an den Rand gedrängt.

Reden wir vom Sparen, liebe Kolleginnen und Kollegen. Da wird uns von der Politik in diffamierender Weise immer wieder unterstellt, die Preistreiber im System zu sein. Doch was genau sind die Vorwürfe:

In den vergangenen sechs Jahren war der Anstieg der Arzneimittelausgaben nach Abschaffung der Arzneimittelbudgets noch nie so hoch wie im Zeitraum 2000 zu 2001. Mit einer Anhebung der Versicherungsbeiträge auf 15 Prozent ist zu rechnen. Der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Hoppe, hatte im Sommer bereits darauf hingewiesen. Damals, im Wahlkampf, wurde er vom Bundesgesundheitsministerium der Panikmacherei bezichtigt. Inzwischen teilt Frau Schmidt diese Ansicht.

Und wer hat Schuld? Der Arzt. Was nicht gesagt wird, ist die Tatsache, dass die Zahl der ausgestellten Rezepte stetig sinkt. Der Arzt verordnet demnach immer weniger Arzneimittel.

Aber zu teuer, lautet das zweite Argument. Als ob wir für die Preissteigerungen der Medikamente zuständig wären.

Warum immer das neueste Medikament, kommt als drittes. Jeder Mensch hat den gleichen Anspruch auf die beste, medizinische Versorgung. Und jeder Patient erwartet das auch zu Recht, wie ich meine. Die Anwendung innovativer Medikamente zur besseren Behandlung der Patienten sollte den Ärzten niemals und in keiner humanistischen Gesellschaftsordnung zum Vorwurf gemacht werden. Die ständig steigende Lebenserwartung kommt nicht von ungefähr. Und die Heilung von neuen Zivilisationskrankheiten ist eben auch auf den Einsatz neuer, wenn auch teurer, Therapien zurückzuführen. Unsere Patienten wären sicher bereit, mehr Geld in die Gesundheitsversorgung zu investieren. Eine Stabilisierung zu Lasten

medizinischer Leistungen lehnen sie laut einer aktuellen Umfrage dagegen ab.

Diskussionswürdig sind in Bezug auf Arzneimittel die Me-too-Präparate und die Anzahl der auf dem deutschen Markt befindlichen Medikamente. Der Angriff auf die Industrie war bisher ein Tabu. Aber brauchen wir tatsächlich 50tausend Fertigarzneimittel oder wären 3500 wie in Schweden oder 7700 wie in Frankreich ausreichend? An dieser Stelle ließen sich 1,1 Mrd. Euro sparen. Insgesamt ließen sich in diesem Bereich 4,2 Mrd. Euro einsparen. Allerdings ist danach mit einem Rückzug der Pharmaindustrie aus den Fachveranstaltungen zu rechnen.

Vorschaltgesetz führt zu Stellenabbau im Gesundheitswesen

Die zunehmende Zweckentfremdung der Versichertengelder kosten den Beitragszahler jährlich Millionen ohne einen gesundheitlichen Nutzen und gehen dem Gesundheitssystem verloren. Auch diese sogenannten „Verschiebehöfen“ haben die gesetzliche Krankenversicherung in die bedrohliche Finanzierungs-krise gebracht. Hinzu kommen die hohen Verwaltungskosten der 600 kranken Kassen selbst. Nun plant die Ministerin eine Senkung auf 50 Kassen. Die Anzahl der Beitragszahler sank, doch die Verwaltung blieb. Hochglanzbroschüren zur DMP-Werbung und zum Beispiel die Vermittlung von Ausbildungsstellen treiben die Ausgaben so mancher Krankenversicherung zusätzlich in die Höhe. Ebenfalls zu Lasten des Beitragszahlers. Das Einfrieren der Kosten mit Hilfe einer Null-Runde durch das neue Bundessozialministerium bringt keine Lösung, es zeigt nur die Hilflosigkeit der Politik. Denn nach meinem finanztechnischem



Verständnis sind die Defizite der Krankenkassen bereits vorhanden, weil das Geld für erbrachte Leistungen ausgegeben werden musste. Wenn jetzt eine Null-Runde durch die Bundespolitik eingeläutet wird, dann heißt das nur, die Schulden werden durch Einsparungen bei zukünftigen Leistungen getilgt. Es ist nach meiner Auffassung wirtschaftlicher Unsinn zu behaupten, dass damit tatsächlich Gelder eingespart werden könnten, ohne die Versicherten zu belasten. Die Auswirkungen einer Null-Runde führen zu einem niedrigeren Niveau der Versorgungsqualität unserer Patienten und zu weitrem Stellenabbau in Kliniken und Praxen.

Gewerbesteuer für Praxen

In Zukunft können Krankenkassen Direktverträge mit Ärzten abschließen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen als Dienstleistungseinrichtungen fungieren und lediglich Rahmenvereinbarungen aushandeln. Folge dieser Praxis wird ein Wettbewerb unter Ärzten um die besten Verträge sein. Und dem mündigen Patienten wird das Recht auf eine freie Arztwahl durch die Hintertür genommen. Die ärztliche Tätigkeit wird zunehmenden Wettbewerbscharakter bekommen. Und eine Gewerbesteuer für niedergelassene Ärzte ist schon in den Koalitionsverhandlungen diskutiert worden. Im Moment spricht zwar niemand mehr davon. Aber wenn sich die staatlichen Kassen weiter leeren, dann werden sich auch in der sächsischen Regierung Befürworter dieser Steuer finden. Wir Ärzte werden gezwungen sein, verstärkt marktwirtschaftlich zu handeln und zu denken – mit allen ethischen Konsequenzen für die Patienten und dem tradierten ärztlichen Selbstverständnis. Und es wird zum Alltag gehören, dass eine Arztpraxis in Konkurs geht.

Das ist nicht mein persönliches Horrorszenario, sondern politische Realität. Diesen Entwicklungen müssen wir uns stärker als bisher entgegenstellen. Wir können zwar die Entscheidungen nicht treffen, aber wir müssen unseren Einfluss auf allen politischen Ebenen geltend machen. Und wenn wir mit Lobbyarbeit kein Umdenken in der Gesundheitspolitik erreichen, die geprägt ist von Staats- und Zuteilungsmedizin, Ökonomie und Unkenntnis der ärztlichen Tätigkeit, dann werden wir gezwungenermaßen andere öffentlichkeitswirksame Wege gehen müssen. Und wir werden Klartext reden mit unseren Patienten. Wir Ärzte haben täglich die besten Voraussetzungen, um

27. Kammerversammlung

Dresden
9. November 2002

auf die gesundheitspolitischen Fehlentwicklungen aufmerksam zu machen. Und spätestens wenn durch politisch rationierte Leistungen wichtige Untersuchungen nicht mehr möglich sind, dann werden die Politiker bemerken, dass sparen allein nicht gesund macht.

Disease Management Programme

Bestes Beispiel für einen ärztlich nicht zu vertretenden Fehler ist die überstürzte zwangsweise Einführung der Disease-Management-Programme. Doch bevor hier etwas missverstanden wird: Der DMP-Gedanke ist gut und führt bei richtiger Konzeption auch zu einer Verbesserung der medizinischen Versorgung. Doch leider fehlt es eben an der richtigen Konzeption. Das beweisen die fachlich unzureichenden, nicht praktikablen RSA-DMP's für Typ 2 Diabetes mellitus und Brustkrebs! Eine in Sachsen über lange Zeit medizinisch auf dem neuesten Stand entwickelte Diabetikerversorgung soll diesem niedrigen Versorgungsstandard nach DMP geopfert werden. Vorsorge- und Verlaufsuntersuchungen zur Vermeidung von Spätfolgen wären danach nicht mehr möglich. Minimalstandard statt Optimalversorgung ist das eigentliche Ziel Rot-Grüner Regierungspolitik. Ein medizinischer Fortschritt kommt so nicht mehr bei den Patienten an.

Besonders bedenklich ist die Festlegung der DMP durch eine Rechtsverordnung. Mit anderen Worten: Ein Ministerium bestimmt via Koordinierungsausschuss die medizinische Behandlung von Patienten. Ich frage mich: Wie soll eine Rechtsverordnung bei unserer deutschen Bürokratie ständig an den neuesten medizinischen Stand angepasst werden? Oder ist das gar nicht gewünscht? Vielleicht sollen die Minimalstandards über mehrere Jahre gelten, eventuell bis zur nächsten Wahl? Als besonders falsches Signal erweist sich die Kopplung der DMP an den Risikostrukturausgleich. Denn dies führt wieder nur zu einer Umverteilung von Versichertengeldern. Auch bei Ihnen, sehr geehrte Kollegen, wird der eine oder andere Kassenvertreter vor der Tür gestanden und um die Einschreibung in die DMP geworben haben. Doch sie können davon ausgehen, dass die Krankenkassen mit dem größten Interesse an den DMP nicht zuerst an ihre Versicherten und deren medizinische Versorgung denken, sondern vielmehr an den warmen Finanzstrom aus dem Risikostrukturausgleich. Neben den Behandlungskosten erhält eine Krankenkasse eine „Kopf-

prämie“ von 205 Euro. Davon werden aber keine ärztlichen Leistungen bezahlt, denn 63 Prozent fließen in die Kassenverwaltung zur Entwicklung der Programme und 75 Euro erhält ein Arzt für die umfangreiche Dokumentation. Einer Kostenexplosion begegnet man mit solchen Maßnahmen jedenfalls nicht und eine Optimierung der Versorgung chronisch Kranker wird mit solchen Mindeststandards, die vorher nicht erprobt wurden, auch nicht erreicht.

Diagnoseorientierte Fallpauschalen

Ähnlich verhält es sich mit einem zweiten Feldversuch: Der Einführung von Diagnoseorientierten Fallpauschalen in Krankenhäuser, den DRG. Ab 2003 freiwillig, ab 2004 verbindlich für alle, wird in Deutschland ein System zur Anwendung gebracht, welches in diesem Umfang noch in keinem Land der Erde verwendet wurde. Auch hier sind Kosteneinsparungen das erklärte politische Ziel. Aber zu welchem Preis. Behandelt und abgerechnet wird die Erstdiagnose, Folgekrankheiten können nur über den sogenannten Drehtüreffekt versorgt und bezahlt werden. Verkürzung der Liegezeiten ohne Rücksicht auf die individuelle Konstitution des Patienten sind vorauszusehen. Dabei ist die Verweildauer in den Krankenhäusern schon jetzt rapide gesunken. 1991 lag ein Patient in Sachsen im Durchschnitt noch 18 Tage im Krankenhaus, 2001 waren es nur noch zehn Tage. Die Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Sektor durch die Einführung der DRG ist noch nicht abzusehen, geschweige deren Bezahlung. Ich vermute, dass die Einsparungen durch die Diagnoseorientierten Fallpauschalen im Krankenhaus dann im ambulanten Bereich als Ausgaben wieder anfallen werden, so dass es zu keiner wirklichen Einsparung kommen wird. Nur die Patienten werden die Folgen am eigenen Leib erfahren, denn Rationalisierung des Gesundheitswesens stellt sich im Moment als Rationierung von Gesundheitsleistungen dar. Zu Lasten kranker Menschen. Und damit sich die Krankenhäuser stärker als bisher freiwillig an den DRG beteiligen, gab die Bundesgesundheitsministerin das Versprechen, diese Krankenhäuser von der Null-Runde zu verschonen. Die Bürokratisierung der ärztlichen Tätigkeit wird nicht nur durch DMP und DRG weiter steigen. Auch die Rechtfertigungs- und Kontrollmechanismen werden weiter ausgebaut. Neben den jetzt schon alltäglichen Rechtfertigungen gegenüber den Krankenkassen ist

noch ein „Deutsches Zentrum für Qualität“ geplant, welches die pflegerischen medizinischen Standards gewährleisten soll. Bald wird es mehr beitrags- und steuerfinanzierte Kontrollen statt Kontrollierte geben.

Nachwuchs wird verstärkt abwandern

Der Arztberuf wird weiter unattraktiv und der Ärztemangel in Sachsen wird sich verschärfen. Denn gerade die jungen Medizinabsolventen werden es sich reiflich überlegen eine Tätigkeit unter den schlechten Rahmenbedingungen aufzunehmen. Die Bewerberzahlen für das Medizinstudium sind in diesem Jahr zwar so hoch wie seit 17 Jahren nicht gewesen. Und dazu beigetragen haben sicher die deutschlandweiten Diskussionen über den Ärztemangel und freie Arztpraxen sowie derzeit 373 freie Klinikstellen in Sachsen, weil sie den jungen Menschen eine berufliche Perspektive eröffnet haben. Doch ob alle Studienanfänger auch Arzt werden, scheint zweifelhaft, wenn diese erst einmal den Klinikalltag mit allen seinen Facetten kennen gelernt haben. – Auf unsere Anregung hin hat die Sozialministerin zu einer konzentrierten Aktion eingeladen, um auf der Grundlage sauberer Analysen zu gemeinsamen Schritten zur Überwindung des Ärztemangels in Sachsen zu kommen. Eine Entspannung der medizinischen Versorgungslage vor allem auf dem Land ist für absehbare Zeit nicht zu erwarten. Doch bereits heute können Arztpraxen nicht besetzt werden und Patienten müssen lange Wege und Wartezeiten in Kauf nehmen, wenn ihnen etwas fehlt. Schilder mit der Aufschrift „Wir nehmen keine neuen Patienten mehr auf!“ sind in Sachsen ebenfalls keine Seltenheit mehr. Mit besonderer Blindheit geschlagen müssen diejenigen sein, die immer noch behaupten, ein Ärztemangel gibt es nicht und wird es in absehbarer Zeit auch nicht geben. Das Einfrieren der Gehälter von Ärzten ist deshalb das absolut falsche Signal. Ostdeutschland hat schon die geringste Vergütung und die niedrigsten Punktwerte bei mehr Arbeitsstunden. Unsere Forderung lautete immer das ungleiche Vergütungsniveau zwischen Ost- und Westdeutschland zu beseitigen. An dieser Forderung halten wir fest. Denn die Entscheidung von Rot-Grün wird den Exodus von jungen Ärzten aus Sachsen verstärken und unsere düsteren Prognosen vom Ärztenotstand sehr viel früher eintreten lassen als erwartet. All unsere Bemühungen den bisherigen Abwärtstrend zu stoppen, laufen mit den aktuellen

Sparvorschlägen ins Leere. Schon jetzt sind nach einer aktuellen Umfrage der „Ärzte Zeitung“ 70 Prozent der Kollegen in ihrem Beruf unzufrieden. 37 Prozent würden sogar den Arztberuf nicht mehr wählen. Vor allem stören sich 94 Prozent an der Bürokratie, 82 Prozent am Honorar und 68 Prozent an der Einschränkung ihrer Therapiefreiheit. Und 50 Prozent der Ärzte in Deutschland würden ihren Beruf nicht an junge Abiturienten weiterempfehlen.

Wir müssen kämpfen lernen

Was können wir dagegen tun? Ich weiß, das viele Kollegen ob der politischen Vorgaben, schlechten Arbeitsbedingungen und niedrigen Vergütung in Ostdeutschland und Sachsen bereits resignieren. Immer öfter berichten Patienten von ihren verzweifelten Ärzten. Wir dürfen uns nicht zu Erfüllungsgehilfen Dritter, wie Krankenkassen oder Politik, machen lassen. Resignation ist verständlich, führt aber leider nur dazu, dass wir Ärzte bei Verhandlungen in eine Zuschauerposition gedrängt werden. Wir müssen uns über unsere politischen Möglichkeiten bewusst werden. Unsere gestalterische Kraft können wir auf Kommunal- und Landesebene sowie in bundespolitischen Gremien zur Geltung bringen. Und viele Gespräche hinter geschlossenen Türen zwischen der Sächsischen Landesärztekammer und der Politik haben auch schon dazu geführt, dass Entscheidungen revidiert und Positionen verändert wurden. Lobbyarbeit und gemeinsames Agieren der Körperschaften und Berufsverbände muss ein zentraler Bestandteil unseres Einsatzes sein. Wir dürfen uns nicht auseinanderdividieren lassen. Wollen wir auf dem politischen Parkett mehr als bisher erreichen, dann müssen persönliche Befindlichkeiten hinter allgemeine Standesinteressen zurück treten. Nur so werden wir die Zukunft der ärztlichen Tätigkeit mitgestalten können. Was wir benötigen, ist eine innere Stärkung der Selbstverwaltung. Diese Maxime gilt heute und morgen stärker als zurückliegend. Verinnerlichen wir bitte diese Einsicht auch und gerade im Hinblick auf die bevorstehende Neuwahl der Kammergremien 2003.

Sächsisches Bündnis Gesundheit 2000

Eine große Bedeutung kommt an dieser Stelle dem Sächsischen Bündnis für Gesundheit zu. Trotz der Vielzahl an Interessengruppen und Meinungen ist es immer gelungen, sich gemeinsam an einen Tisch zu setzen und zielorientiert zu arbeiten. Das muss fortgeführt

werden! Gerade jetzt ist ein solches Bündnis besonders wichtig. Neben einer Resolution für eine patientenorientierte statt ökonomisierte Politik ist für 2003 ein Aktionstag zur Entbürokratisierung der Heilberufe geplant. Aus aktuellem Anlass wird sich das Bündnis an der Berliner Demonstration am 12. November 2002 „Contra Vorschaltgesetz“ beteiligen. An diesem Tag finden die Anhörungen im Gesundheitsausschuss des Bundestages statt.

Kammerwahl 2003

Ich habe viele Abende und Wochenenden in Sitzungen und Gesprächen verbracht. Und ich muss sagen, es lohnt, sich für die Belange einzusetzen. Das zum Beispiel der Ärztemangel überhaupt zum diskutierten Thema geworden ist, beruht auf der Initiative unserer Landesärztekammer. Auch die Abschaffung der AiP-Zeit kam durch den 105. Deutschen Ärztetag zustande. Es gäbe noch weitere gute Beispiele für die Bedeutung der ärztlichen Selbstverwaltung. Möglich waren die großen und kleinen Erfolge nur durch das ehrenamtliche Engagement vieler Kollegen aus Klinik und Praxis. Worauf will ich hinaus. Im kommenden Jahr werden wir wieder Kammerwahlen durchführen. Damit gewählt werden kann, bedarf es vieler Kandidaten. Und ich möchte deshalb von dieser Stelle aus alle dazu ermuntern, sich als Kandidaten zur Verfügung zu stellen. Und neben den erfahrenen Kollegen ist es mir wichtig, auch junge Ärzte für die ehrenamtliche Tätigkeit zu gewinnen. Die ärztliche Selbstverwaltung müssen wir selbst mit Leben erfüllen, denn die Alternative wäre eine Fremdverwaltung. Kollegialität und konstruktiver Altruismus muss tatsächlich wieder einen Wert haben.

Hochwasser in Sachsen

Die überwältigende Spendenbereitschaft von Ärztinnen und Ärzten, Kammern, Berufsverbänden und Unternehmen in ganz Deutschland und selbst aus dem Ausland ermöglichen eine finanzielle Unterstützung für die besonders schwer betroffenen Ärzte. Viele Spender gaben aus den unterschiedlichsten Gründen ihre Unterstützung bewusst nach Sachsen, und bewusst an Kollegen. Zwei Benefizveranstaltungen in der Landesärztekammer erbrachten zusätzlich noch einmal 3.000 Euro an Spenden. Und eine ganz ungewöhnliche Spendensammlung erfolgte auf einem 80. Geburtstag: Statt Geschenken sammelte die Jubilarin Geld, welches sie zur Hälfte nach Sachsen gespen-

det hat. Bis heute sind rund 1,97 Mill. Euro auf dem Spendenkonto der Sächsischen Landesärztekammer unter dem Kennwort „Ärzte in Not“ eingegangen.

Ich möchte mich stellvertretend für alle sächsischen Kollegen an dieser Stelle für die breite Unterstützung bedanken. Das die Soforthilfe tatsächlich für einige Ärzte der Anstoß zum weitermachen war, beweisen zahlreiche Briefe an die Landesärztekammer. Eine Ärztin aus Döbeln schrieb: „Ihre schnelle Hilfe hat mir Mut gemacht, den schweren Schäden zu trotzen und weiter zu machen.“ Aus Heidenau erreichten uns die Zeilen: Mit großer Bewegung haben ich und meine Familie die Soforthilfe erhalten, die dafür eingesetzt wurde, die Elektroanlage im Praxisgebäude umgehend wieder in Stand zu setzen“.

Ethik in der Medizin

Das es eine moralische Verpflichtung zum Helfen gibt, wird nach der Hochwasserkatastrophe niemand mehr bestreiten. Der Arzt ist durch seinen Beruf zur Hilfe verpflichtet. Die ärztliche Tätigkeit wird aber nicht nur moralisch, sondern auch ethisch bewertet. Ethische Vorstellungen verändern sich durch die gesellschaftliche Entwicklung. Grenzen werden überschritten, neue Maßstäbe gesetzt. Der Arzt steht fast täglich vor ethischen Entscheidungen, die er meist allein treffen muss. Konkrete Hilfestellungen gibt es kaum. Das ethisch-medizinische Handeln wird gleichzeitig durch die reduzierte Betrachtungsweise auf ein ökonomisches Verhältnisprinzip von Kosten und Nutzen stark beeinflusst. Meine Ausführungen zu Beginn und die aktuelle Politik belegen das. Wie kann sich aber ein Arzt in der heutigen Zeit ethisch-moralisch für den Patienten entscheiden wenn er gleichzeitig die Krankenhausverwaltung, die Krankenkassen und die Politik im Rücken hat. Hinzu kommen die strengen Hierarchien mit zwingenden Entscheidungsstrukturen. Denken wir nur an eine Intensivstation. Medizinisches Handeln wird heute auch sehr viel stärker von Technik geprägt als jemals zuvor. Die Technisierung bringt zusätzliche ethische Probleme auf die Tagesordnung. Wann beginnt das Sterben? Wann sind lebensverlängerte Maßnahmen abzubrechen? Zu welchem Zeitpunkt ist man rechtlich noch auf der sicheren Seite? Viele Fragen, wenig Antworten prägen die öffentliche Diskussion. Für den Arzt vor Ort gibt es kaum konkrete Hilfestellungen. Auch wir haben uns hier schon zwei mal mit ähnlichen

27. Kammerversammlung

Dresden
9. November 2002

Fragen beschäftigt. Doch allgemeingültige, für jeden Einzelfall gültige Antworten kann es natürlich nicht geben. Die Sächsische Landesärztekammer will nun mit einem bereits etablierten Gesprächskreis „Ethik in der Medizin“ den Versuch unternehmen, konkrete Antworten auf konkrete Fragen zu finden. Durch die fachübergreifende Besetzung mit Medizinerinnen, Juristen, Philosophen und Vertretern beider Konfessionen wird es uns hoffentlich gelingen einen kleinen Beitrag dazu zu leisten, Licht in die Fragen des Alltags zu bringen, aber auch auftretende Probleme in Medizin und Gesellschaft interdisziplinär zu bearbeiten.

Sachsen und Europa

In einem zusammenwachsenden Europa und durch die beschlossene Erweiterung der Europäischen Union ab 2004 wird auch die Sächsische Landesärztekammer verstärkt mit Fragen der nachbarschaftlichen Beziehungen zu Polen und Tschechien konfrontiert. Enge Verbindungen bestehen, wie sie wissen, schon seit über zehn Jahren zur polnisch-niederschlesischen Ärztekammer in Breslau. Großes Interesse besteht von polnischer Seite natürlich an einem Austausch über die Ausbildung, die Fort- und Weiterbildung bis hin zu Möglichkeiten der Arbeitsaufnahme polnischer Ärzte in Deutschland. Auf Grund des Ärztemangels in Sachsen und um Kollegen aus Osteuropa den Weg für eine Tätigkeit in Deutschland zu ebnet, werden wir entsprechende Informationen der Körperschaften übersetzen lassen und übermitteln. Auf Einladung der polnisch-niederschlesischen Ärztekammer wurden intensive Gespräche zu diesem Themenkreis auf einer gemeinsamen Vorstandssitzung in Legnica geführt. Den Bericht dazu finden Sie im vorliegenden Heft.

Der Weg in die Öffentlichkeit

Oberstes Ziel, meine Damen und Herren, müssen politische Lösungen bleiben. Diese werden zu einem Großteil aber leider nicht durch vorausschauende Gespräche und langfristige Planungen herbeigeführt, sondern immer erst durch öffentlichen Druck und im Notfall. Deshalb hat die Sächsische Landesärztekammer ihre Presse- und Öffentlichkeitsarbeit verstärkt. Eine zielgerichtete, fachlich untersetzte Pressearbeit ist ein wirksames Instrument, um die eigene Position nach außen zu tragen und auf die politischen Entscheidungsträger Einfluss zu nehmen. Wir müssen

die Informations- und Mediengesellschaft für unsere beruflichen Anliegen und im Interesse unserer Patienten nutzen, ob es uns gefällt oder nicht.

Wir dürfen uns dennoch dem Wertewandel in Medizin und Gesellschaft nicht widerstandslos und unreflektiert unterwerfen. Wer wie wir für die Gesundheit von Menschen verantwortlich ist, der muss autonom entscheiden können – und wenn nötig, für dieses Recht auch kämpfen.

Erhalten wir eine Medizin nach menschlichem Maß, – wenn es manchmal auch schwer fällt.

Schwerpunktt Themen der sich anschließenden, sehr lebhaften und ausführlichen Aussprache zu den aktuellen gesundheitspolitischen und berufspolitischen Problemen waren:

Geschlossenheit und Schulterschluss

Innere und äußere Geschlossenheit der gesamten deutschen Ärzteschaft ist unbedingt notwendig und gerade jetzt von großer Bedeutung. Wir Ärzte müssen in ganz Deutschland unsere Einheit gemeinsam demonstrieren. Wir Ärzte dürfen uns nicht durch die Politik auseinander dividieren lassen. Wir müssen die Verteidigung des ärztlichen Berufsstandes über Partikularinteressen stellen.

Aufruf zur Großdemonstration

Ein befonter Aufruf der Kammerversammlung zur aktiven Teilnahme der angestellten und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte zur Kundgebung des „Bündnis Gesundheit 2000“ und der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Vorschaltgesetz am 12. November 2002 erfolgte. Die Sparpläne der Bundesregierung im Gesundheitswesen bedrohen die Qualität der Versorgung und verschlechtern die schwierigen Arbeitsbedingungen der Mitarbeiter im ambulanten und stationären Sektor. Eine professionelle und vor allem humane Betreuung unserer Patienten muss weiterhin gewährleistet sein.

Aktionstag der ostdeutschen Ärzte

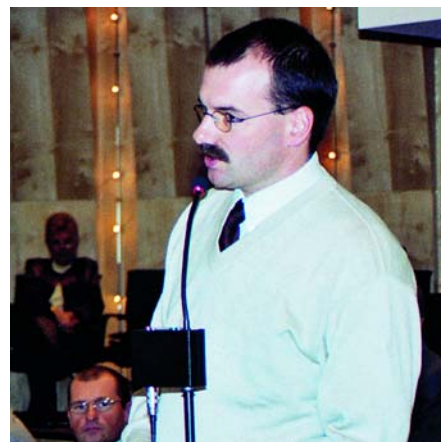
Die Durchführung einer Großveranstaltung der ostdeutschen Ärzteschaft am 13. 12. 2002, 12.00 bis 14.00 Uhr, im Dresdner Kulturpalast gegen die Gesundheitspolitik der alten und neuen Regierung ist noch in diesem Jahr unabdingbar. Die gesamte Ärzteschaft der neuen Bundesländer wird gegen den Sparkurs der Bundesregierung kämpfen. Wir Ärzte



Ein Grußwort hielt spontan
Herr Dipl.-Med. Albrecht Einbock (SMS)

müssen uns gemeinsam gegen die Politik wehren und uns von der Vorstellung lösen, mit ruhigem Verhalten etwas ändern zu können. Wir müssen für unsere Interessen und die der Patienten in der Öffentlichkeit demonstrieren. Die rot-grüne Regierung setzt mit ihren Sparplänen bewusst auf Konfrontation. Durchökonomisierung des Gesundheitssystems und Listenmedizin wird das Arzt-Patienten-Verhältnis nachhaltig zerstören. Der so genannte Kostenstopp zieht unweigerlich einen medizinischen Leistungsstopp nach.

Die geplanten Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen werden zuerst in den neuen Ländern zu einem Praxissterben und Stellenabbau in den Kliniken führen. Das Spardiktat der Regierung ist in Wirklichkeit eine Minusrunde und wird zu einer weiteren Destabilisierung



Statements und Fragen aus dem Saal: Dr. Erik
Bodendieck am Mikrophon

des Gesundheitswesens führen. Qualitätseinbrüche, Unterversorgung und Zuteilungsmedizin sind der Preis, den die Patientinnen zu zahlen haben, wenn die Sparpläne Realität werden.

Protest gegen Diffamierung der Ärzteschaft

Es ist ein Hohn für alle Ärzte in Ostdeutschland, wenn unsere berechtigten Einwände gegen die Gesundheitspolitik der rot-grünen Regierung als Lobbygeschrei abgetan wird und der Bundeskanzler und seine Bundesgesundheitsministerin einen ganzen Berufsstand weiterhin diffamieren. Wir Ärzte brauchen Ehrlichkeit und Eindeutigkeit in der öffentlichen Diskussion.

Ärztmangel programmiert

Die geplante Nullrunde im Jahr 2003 für Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser hat fatale Folgen für das gesamte Gesundheitswesen in den neuen Bundesländern. Dadurch wird der Ärztemangel in Sachsen wesentlich früher als erwartet, sich verschlimmern. Noch weniger Absolventen der Medizin werden in Zukunft unter den politisch gewollten Rahmenbedingungen arbeiten. Es geht um menschenwürdige Arbeitsverhältnisse im Gesundheitswesen.

Forderung nach großer Gesundheitsreform

Von der Kammerversammlung wird angeregt, für den 106. Deutschen Ärztetag ein Positionspapier für eine große Gesundheitsreform zu erarbeiten und die ärztlichen Positionen, was wir unter einer Gesundheitsreform verstehen, der Politik zu übergeben. Der zunehmende staatliche Dirigismus im Gesundheitswesen muss beseitigt werden.

Facharztweiterbildung in Europa und in den USA

Herr Dr. Otmar Kloiber,
Bundesärztekammer, Köln,

Die Organisation ärztlicher Weiterbildung ist in Europa und selbst in der Europäischen Union äußerst heterogen. Neben Ärztekammern sind in anderen Ländern auch Universitäten und staatliche Stellen mit der Durchführung, Beaufsichtigung und Prüfung von Weiterbildung beauftragt. In der Regel werden Weiterbildungsgänge am Ende durch eine Prüfung, die sowohl mündlich als auch schriftlich und praktisch sein kann, abgeschlossen. Einzelne Länder, wie zum Beispiel Norwegen oder Dänemark, verzichten auf eine abschlie-

ßende Prüfung und führen stattdessen eine begleitende Evaluation durch. In den angelsächsischen Ländern Großbritannien, Irland, Kanada und den USA werden fachärztliche Bezeichnungen als Vereinsexamen durch die Fachgesellschaften vergeben. Die Facharzt-titel sind dort gesetzlich nicht geschützt.

In der Europäischen Union werden die Approbations- oder Facharztzeugnisse der EU-Staatsbürger aufgrund einer europäischen Richtlinie gegenseitig anerkannt. Qualifikationen, die in jeweils dem Herkunfts- und Aufnahme-land des migrierenden Arztes gleichermaßen vorhanden sind, werden automatisch anerkannt. Dabei ist es wichtig, dass sowohl der migrierende Arzt als auch die Qualifikationen aus dem Bereich der Europäischen Union oder des europäischen Wirtschaftsraums stammen. Alle anderen Qualifikationen müssen im Einzelfall geprüft werden. Eine echte Rezertifi-

kation fachärztlicher Qualifikationen bzw. des Berufsstatus als Arzt gibt es zur Zeit nur in Slowenien, Kroatien und Rumänien. Durch Anreize (bessere Bezahlung) fördern Belgien und Norwegen (dort nur für die Allgemeinärzte) die Teilnahme an Qualitätssicherung und Fortbildung. In den USA führen auf dem Niveau der Berufszulassung 39 der 50 Staaten Rezertifizierungen durch. Daneben rezertifizieren etliche Fachgesellschaften ihre Vereinstitel, und Gesundheitseinrichtungen akkreditieren Ärzte und anderes medizinische Personal aufgrund von Fortbildungsleistungen. In Großbritannien beginnt zur Zeit das sogenannte Verfahren der „Revalidierung“, bei dem abhängig arbeitenden Ärzten jährliche Arbeitszeugnisse als Grundlage einer Prüfung ihrer Approbation nach 5 Jahren dienen sollen. Beweise dafür, dass Rezertifizierung die Patientenbehandlung verbessern soll, gibt es nicht.

27. Kammerversammlung

Dresden
9. November 2002

Der interessante Vortrag wird im „Ärzteblatt Sachsen“ im ersten Quartal 2003 abgedruckt.

Stand der Novellierung der (Muster-) Weiterbildungsordnung

Professor Dr. Gunter Gruber

Vorsitzender des Ausschusses Weiterbildung
Die Novellierung der Muster-Weiterbildungsordnung (MWBO) von 1992 ist wegen der Entwicklung der Medizin in den vergangenen 10 Jahren in Wissenschaft und Praxis und durch die Forderungen des SGB V (Hausarzt) dringend notwendig geworden.

Diese Novellierung soll realisiert werden unter den Aspekten der Deregulierung (bisherige MWBO hat über 150 Arztbezeichnungen, Regelungsumfang optimieren), der Praktikabilität (Machbarkeit hauptberuflich, berufsbegleitend), der Transparenz für Arzt und Patienten (Ankündigung aller Arztbezeichnungen), der Qualitätssicherung (Prüfungen in allen Weiterbildungsbezeichnungen!), der Flexibilität (mit Möglichkeiten der Nachqualifizierung) und Ehrlichkeit (zunehmende Bedeutung der detaillierten Zeugnisse).

Nachdem der Abschnitt A (sog. Paragrafenteil) vom Deutschen Ärztetag akzeptiert wurde und die mit wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Berufsverbänden diskutierten und abgestimmten Vorschläge der Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer zum Abschnitt B (Gebiete und Schwerpunkte) sowie Abschnitt C (Zusatzweiterbildungen) in den Landesärztekammern zur Diskussion vorliegen, wird bis Ende November 2002 von jeder Landesärztekammer eine Stellungnahme erwartet. Auf der Sitzung der Ständigen Konferenz Ärztliche Weiterbildung am 14. und 15. Dezember 2002 in Köln werden die Stellungnahmen der Landesärztekammern ausführlich diskutiert, in die Novelle eingearbeitet und dem Vorstand der Bundesärztekammer für die Sitzung im Januar 2003 zur Beratung vorgelegt werden.

Die novellierte MWBO soll auf dem 106. Deutschen Ärztetag im Mai 2003 in Köln vorgelegt, diskutiert und beschlossen 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 Deregulierung

sollen nach aktuellem Beratungsstand diese beiden Arztbezeichnungen als „Zusatzweiterbildung“ zusammengefasst werden.

Außerdem wird vorgeschlagen, 16 Inhalte in der curriculären 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 MWBO 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 und Allgemeinmedizin (als der Hausarzt der Zukunft, nach Beschluss des Deutschen Ärztetages 2002) und die Fachärzte für Innere Medizin mit obligater Schwerpunktbezeichnung, für die Gebiete Hals-Nasen-Ohrenheilkunde sowie Pharmakologie und andere.

Die bisherigen Weiterbildungsbezeichnungen „Fakultative Weiterbildung“ und „Fachkunde in den Gebieten“ werden entfallen.

Stand der Novellierung des Sächsischen Heilberufekammergesetzes

Prof. Dr. Wolfgang Saueremann,

Vorsitzender des Ausschusses Satzungen

Das Psychotherapeutengesetz hat eine Novellierung des Sächsischen Heilberufekammergesetzes im Land Sachsen zur Folge.

Diese Situation war für die Kammer Anlass, nach 8-jähriger Erfahrung mit den Gesetzesänderungsvorschläge der Ärzte für das Novellierungsverfahren in die Diskussion zu bringen. Diese Änderungsvorschläge umfassen Wünsche der Selbstverwaltung unter anderem auf:

- Ermächtigungsnorm für den Erlass von Verwaltungsakten.
- Rücknahme oder Widerruf von Approbationen
- Aufgabenerweiterung:
 - Elektronische und papierene Ausweise ausstellen,
 - digitale Signaturen: Recht auf Verknüpfung mit dem Attribut des Arztes,
 - Lebensspendekommission (Transplantationsgesetz),
 - Tätigkeit der Ethikkommission anpassen
 - Rechtsprechung zum Stasi-Unterlagengesetz anpassen,
 - die Aufgabe Qualität der Berufsausübung der Mitglieder zu sichern,
 - durch gesetzliche Regelungen untersetzen,

- Zulassung zur Weiterbildungsstelle durch Sächsische Landesärztekammer,
- geldbußebewährten Rüge mit einer Geldbuße bis zu 5000,00 Euro.

Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Professor Dr. Wolfgang Saueremann,

Vorsitzender des Ausschusses Satzungen

Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer

Professor Dr. Gunter Gruber,

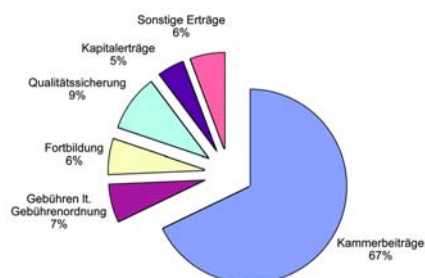
Vorsitzender des Ausschusses Weiterbildung
Die Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer und die Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer werden im vollen Wortlaut im Mittelheft unter „Amtliche Bekanntmachungen“ in diesem Heft, Seiten 581 bis 584, amtlich bekannt gemacht.

Der Vorsitzende des **Finanzausschusses** der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Dr. Claus Vogel, stellte den Mandatsträgern den **Haushaltsplan 2003** detailliert und schlüssig vor.

Der der Kammerversammlung vorgelegte Haushaltsplan des Jahres 2003 ist ausgeglichen und orientiert sich eng an den Istzahlen des Jahres 2001, wobei zusätzliche Aufwendungen aufgrund neuer Aufgaben und Projekte und auch deren Reduzierung berücksichtigt worden sind.

Insgesamt steigen die Aufwendungen gegenüber dem Jahr 2001, also für zwei Haushaltsjahre um 7,2 % und gegenüber dem Haushaltsplan 2002 um 2,0 %. Das bedeutet eine jährliche Steigerung unterhalb der Inflationsrate. Die Entwicklung bei den Personalaufwendungen resultiert aus der Anwendung der tariflichen Bestimmungen, aus einer Stellenplanerhöhung für einen Kommunikationstechniker und einer Erhöhung des Arbeitgeberanteils zur Sozialversicherung. Dem gegenüber steht eine Verringerung der Personalkosten aufgrund der Besetzung von Stellen von ausgeschiedenen älteren durch jüngere Mitarbeiter. Der Sachaufwand steigt aufgrund zusätzlicher Positionen wie zum Beispiel die Durchführung der Wahlen für die Kammerversammlung. Kostenerhöhend wirkt auch die Steigerung

der Beiträge an die Bundesärztekammer. Mit dem Auslaufen der Gewährleistungsfrist für das Kammergebäude und der Erhöhung von Medienkosten sind steigende gebäudeabhängige Betriebskosten zu planen. Die Abschreibungen verringern sich gegenüber dem Jahr 2001 aufgrund des Ablaufs der Nutzungsdauer zahlreicher Anlagegüter der Büro- und Geschäftsausstattung im Kammergebäude, die nicht in gleichem Maße erneuert werden. Die Position Rücklagen/Zinsaufwand reduziert sich aufgrund des sinkenden Zinsanteils des Annuitätendarlehens für die Finanzierung des Kammergebäudes. Die Einnahmen sinken gegenüber dem Ist 2001 um 4,8 %, gegenüber dem Haushaltsplan 2002 steigen sie um 2,0 %. Im Haushaltsplan des Jahres 2003 sind Strukturveränderungen festzustellen. Der Anteil der Kammerbeiträge an den Gesamteinnahmen sinkt auf nunmehr 67 %. 7 % der Einnahmen resultieren aus Gebührenerhebungen und 6 % aus Gebühren für die Fortbildung. Der Anteil der Qualitätssicherung mit 9 % als „durchlaufender Posten“ ist relativ hoch.



Bei der Planung der Einnahmen aus Kammerbeiträgen wurde von einer vorsichtigen Kalkulation auf der Basis der neuen Beitragsordnung ausgegangen. Der Anteil der Kammermitglieder mit Beitragsbefreiung bzw. Mindestbeitrag aufgrund der demographischen Entwicklung wird weiter steigen. Damit wird von einer rückläufigen Entwicklung des durchschnittlichen Kammerbeitrages je Kammermitglied von 296,80 EUR im Jahr 2001 auf 269,88 EUR im Jahr 2003 ausgegangen. Der Vorstand und der Finanzausschuss haben den Haushaltsplan 2003 ausführlich diskutiert und abgestimmt. Die Kammerversamm-

lung hat den Haushaltsplan 2003 mit großer Mehrheit bei einer Enthaltung beschlossen.

Beschlüsse der 27. Kammerversammlung

Die Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer fassten zur 27. Kammerversammlung am 9. November 2002 folgende Beschlüsse:

Beschlussvorlage Nr. 1:

Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 2:

Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 3:

Beschluss zur Änderung der Ordnung zur Zahlung von Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Tätigkeit sowie von Unterstützungen an die Kreisärztekammern (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 4:

Haushaltsplan 2003 (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 5:

Bekanntgabe der Termine für den 13. Sächsischen Ärztetag/28. Kammerversammlung und die 29. Kammerversammlung (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 6:

Satzung zur Änderung der Berufsordnung – Ergänzung zu § 27 (bestätigt)

Beschlussvorlage Nr. 7:

Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung (bestätigt)

Bekanntmachung der Termine:

Der **13. Sächsische Ärztetag/28. Kammerversammlung** findet am Freitag und Sonnabend, dem **27. und 28. Juni 2003** und die 29. Kammerversammlung am Sonnabend, dem **15. November 2003**, im Kammergebäude der Sächsischen Landesärztekammer statt.



Das Präsidium der Kammerversammlung.

Polnische Ärzte auf dem Weg in die EU



Die Präsidenten im Gespräch

Die Polnisch Niederschlesische Ärztekammer hat auf einer gemeinsamen Vorstandssitzung mit der Sächsischen Landesärztekammer am 14. November 2002 in Legnica ihr Interesse an einem verstärkten Austausch von Ärzten bekundet. Gleichzeitig machten beide Ärztekammer im Gespräch deutlich, dass der „Import“ von polnischen Ärzten nach Sachsen nicht die Lösung für den hiesigen Ärztemangel sein kann. De facto gibt es in Polen keine arbeitslosen Ärzte (<1 %). „Wir wollen in erster Linie eine politische Lösung für dieses

Problem in Deutschland“, so der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, im Gespräch. „Aber wenn es polnische Ärzte gibt, die vorübergehend ihre Kenntnisse in Sachsen erweitern wollen, so stehen wir diesem Wunsch sehr offen gegenüber“. Dieser Ansicht stimmte der Präsident der Polnisch Niederschlesischen Ärztekammer, Dr. Andrzej Woinar, zu. Auch er sieht im Austausch die Möglichkeit für seine Kollegen „ihre internationalen Praxiserfahrungen und natürlich ihre Sprachkenntnisse zu vervollständigen. Gerade vor dem Hintergrund der Erweiterung der Europäischen Union (EU) 2004 mit dem Kandidaten Polen ist dies für einen reibungslosen Übergang besonders wichtig“. Ein Exodus von Ärzten wird von der polnischen Seite nicht befürchtet, weil fehlende deutsche Sprachkenntnisse eine Barriere darstellen. Es gibt sehr viel mehr polnische Ärzte, die Deutsch sprechen, als umgekehrt. Aber für eine Tätigkeit in einer Klinik sind die Sprachkenntnisse nicht ausreichend. Dr. Wojnar dazu: „Wir haben deshalb unseren Kollegen im polnischen Teil Niederschlesiens Sprachkurse für Deutsch angeboten,

um Sie für eine Tätigkeit im Ausland vorzubereiten. Und vielleicht gibt es von Sachsen aus Interesse, dieses Projekt zu unterstützen“. Vom schwierigen Weg in den deutschen Klinikalltag berichtete auf der Vorstandssitzung ein junges polnisches Ehepaar, welches derzeit am St. Carolus Krankenhaus bei Herrn Prof. Breuer tätig ist. Beide absolvierten dort ihre Facharztausbildung. Insgesamt verlief der Weg durch die Behörden für Arbeitserlaubnis, Aufenthaltsgenehmigung und Anerkennung der Ausbildung relativ schnell. Und mit ihren hervorragenden Sprachkenntnissen ist die Arbeit mit den Patienten leicht zu gestalten. Auch Prof. Breuer ist sehr zufrieden: „Nachdem wir 17.000 Euro für Anzeigen in Deutschland, Österreich und der Schweiz erfolglos aufgegeben hatten, kam das polnische Ärzteehepaar gerade zur rechten Zeit“.

Um eine bessere Koordination von freien Stellen in Sachsen und interessierten polnischen Ärzten zu ermöglichen, wird auf Anregung der Polnisch Niederschlesischen Ärztekammer eine Ärztebörse geschaffen, welche von Breslau aus betreut wird. Eine Genehmigung zur Vermittlung von Arbeitskräften hat die polnische Ärztekammer vom zuständigen Ministerium bereits erhalten. Eine verstärkte Zusammenarbeit soll es aber auch auf den Gebieten der Fort- und Weiterbildung geben. Vor allem die neue Weiterbildungsordnung wird nach deren Beschluss der polnischen Seite übergeben. In Polen wird inzwischen nach EU-Bestimmungen ausgebildet, dennoch gelten für Deutschland Besonderheiten. Es wurde auch der Austausch von „Praktikanten“ angeregt. Damit soll den jungen polnischen Ärzten ein Einblick in das deutsche Gesundheitswesen gewährt werden. Leider blieb den deutschen Vorstandsmitgliedern wenig Zeit, um die Stadt Legnica (früher Liegnitz) kennen zu lernen. Aber das lässt sich privat nachholen. Immerhin weiß ich jetzt um die Schlacht 1241 gegen die Mongolen, wo deutsche und polnische Krieger gegen das Heer von Batu Chan bei Wahlstatt (Umgebung von Legnica) kämpften und Heinrich II. seinen Kopf verlor.

kö



Gruppenbild der polnischen und deutschen Delegation

Prof. Dr. Klaus Tanner
Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg
Theologische Fakultät

Ethik in der Medizin

Ändern sich ethisch moralische Vorstellungen zum Menschenbild angesichts biomedizinischer Innovation

Die Begriffe, mit denen wir versuchen, uns auf dem Feld der Bio- und Medizinethik zu verständigen, haben zwei Dimensionen. Einerseits gibt es die mit naturwissenschaftlichen Methoden erhebbaren „harten“ Fakten. Andererseits haben diese Begriffe eine Bedeutungsdimension, in denen Überzeugungen, Einstellungen, Wertungen eine Rolle spielen, die sich nicht mit dem Instrumentarium naturwissenschaftlicher Analyse einfach „verobjektivieren“ lassen. Zu diesem Feld der „weichen“ Faktoren gehört auch der Begriff „Menschenbild“. Wer wollte bestreiten, dass solche Menschenbilder bis in einzelne Therapieentscheidungen hinein handlungsprägend sein können? Wer kann aber sein „Menschenbild“ in ein paar kurzen Sätzen, im Stil der Nennung von Laborwerten formulieren?

Weil diese Weltbildfaktoren, diese Hintergrundüberzeugungen so schwer zu fassen sind, macht man gerne in den Wissenschaften einen großen Bogen um sie, konzentriert sich auf das „Verobjektivierbare“ und intersubjektiv „Überprüfbar“. Im Lichte der langen philosophischen und theologischen Diskussionen um das, was „Wissen“ ist, erscheint die Konzentration allein auf diese Dimension der „harten Fakten“ als reduktionistisch. Es ist eine tief in den religiösen und philosophischen Traditionen verwurzelte Einsicht, dass wir zum Gestalten unseres Lebens verschiedene Wissensformen brauchen.

In unserer Alltagssprache klingt die Unterscheidung solcher Wissensformen an, etwa wenn wir davon sprechen, dass ein Mensch klug oder weise ist. Jemand der klug oder weise ist, muss nicht unbedingt ein Universitätsstudium absolviert haben. Mancher Studiertere ist weniger lebensklug als derjenige, der nie eine Schule besucht hat. Wer über viel theoretisches Prinzipienwissen verfügt, weiß noch nicht automatisch, wie solches Wissen im speziellen Fall auch klug angewendet werden kann. Derjenige, der technisches Sachwissen gut beherrscht, braucht nicht immer viel über die Prinzipien zu wissen, die dem Funktionieren zu Grunde liegen. Solche verschiedenen Formen des Wissens (wissendes Können, wissenschaftliche Erkenntnis, praktisches Wissen, Weisheit, Einsicht in die höchsten Prin-

zipien) wurden schon in der griechischen Philosophie unterschieden. Diese Differenzierung war geleitet von der Einsicht, dass wir nicht nur einen, sondern diese verschiedenen Wissenstypen brauchen, wenn wir uns in der Welt orientieren und unser Leben führen und gestalten wollen.

Wir alle sind Kinder einer Zeit, in der ein bestimmter Wissenstypus privilegiert wurde, der des sog. naturwissenschaftlichen Wissens. Es ist verobjektivierbar, kann an jedem Ort zu jeder Zeit immer gleich reproduziert werden. Als solides Wissen gilt in unseren Breiten eigentlich nur dieser Wissenstypus. Bei allen medizinischen Problemen spielt natürlich das Faktenwissen, die „harten“ Daten eine zentrale Rolle. Mit Hilfe dieses Wissens hat die moderne Medizin auch ihre großen Erfolge errungen. Aber in der ärztlichen Praxis, bei den alltäglichen Diagnose- und Therapieentscheidungen kommen die anderen Wissensformen mit ins Spiel: Klugheit, Einsicht in übergreifende Zusammenhänge, Sensibilität für individuelle Lebensgeschichten, Erfahrung – all das, was über Lehrbücher nicht einfach weitergegeben werden kann.

Der Ausdruck „Menschenbild“ ist ein Abbrüviatur für dieses andere Wissen, dass nötig ist, um sich in der einzelnen Handlungssituation zu orientieren. Dieses Orientierungswissen hat charakteristische Merkmale. Es hat eine andere Struktur als das Faktenwissen. Der Bildbegriff signalisiert ein komplexeres Verhältnis zwischen einzelner Teil und Ganzem als bei isolierbarem Faktenwissen. Wer ein Bild wahrnimmt, analysiert nicht sukzessive je für sich Bildpunkt nach Bildpunkt, sondern er hat einen Gesamteindruck. Jeder einzelne Punkt steht in wechselseitiger Korrespondenz mit allen anderen, die hellen Partien mit den dunklen, die linke mit der rechten Bildhälfte, das Untere und das Obere. Ein „ganzer“ Eindruck bildet sich, nicht unabhängig von den Einzelheiten, aber ist doch auch nicht aus ihnen einfach ableitbar. Solche Anschauungsformen ermöglichen einen eigenen Typus holistischen Wissens, das wir brauchen, um der Mehrdimensionalität menschlichen Lebens gerecht zu werden.

Wir Menschen sind äußerst komplizierte Wesen. Wir haben eine naturhafte Seite, die sich mit den Daten relativ gut beschreiben lässt. Jeder weiß aber auch, dass damit nur

ein wichtiger Teilaspekt, aber nicht das Ganze eines menschlichen Lebens erfasst werden kann. Dieses Orientierungswissen lässt sich nicht in gleicher Weise vergegenständlichen und verobjektivieren, weil dabei das jeweilige Individuum mit seiner Wahrnehmung, seinem Erleben, seiner Geschichte, seinen Befürchtungen und Hoffnungen eine Rolle spielt. Mit dem Orientierungswissen gebe ich zugleich mir einen Standpunkt. Ich verorte mich im Gesamtzusammenhang meines Erlebens. In meine eigene Lebensgeschichte bin ich immer schon „verwickelt“. Zu mir kann ich nicht in gleicher Weise auf Distanz gehen, mich objektiv und neutral „von außen“ beobachten wie anderes in der Welt. Das merken wir z.B. dann, wenn uns jemand attackiert: „Sie haben aber ein komisches Argument entfaltet“. Da geht es schnell um mehr als um Argumente, es geht immer auch um mich. Gerade ethische Kontroversen sind oft so schwierig, weil sich die „Betroffenen“ in ihrer Moral, d.h. in einem Verhalten, das mit dem Personkern zu tun hat, getroffen fühlen.

Das sogenannte „objektive Wissen“ ist immer auch ein Stück von uns. Aber in noch höherer Masse ist das Orientierungswissen rückgebunden an die eigene Individualität. Deswegen lässt sich auch über Menschenbilder schwieriger streiten als über andere Wissenstypen.

Ein weiteres charakteristisches Merkmal solchen Orientierungswissens ist es, das mit zu thematisieren, was nicht so funktioniert wie es sollte. Wenn das Ganze des Handlungszusammenhanges und der Lebensführung in den Blick genommen wird, dann erscheint auch das, was nicht aufgeht, was schief gelaufen ist. Das Wissen um die eigenen Fehler, das eigene Versagen gehört mit zum Wissen über uns selbst. In der orientierenden Reflexion über uns selbst wird uns unsere Endlichkeit bewusst. Theoretisch betrachtet ist unsere Lebensführung immer suboptimal und partiell auch disfunktional. Wir könnten „theoretisch“ immer sehr viel besser leben und wir haben ja viele gute Vorsätze. Es macht einen Unterschied in den Menschenbildern, ob ich diese Endlichkeit realistisch anerkenne oder ob ich versuche, das zu ignorieren. Solche Weichenstellungen in den Welt- und Menschenbildern wirken sich aus bis in die einzelnen Handlungsvollzüge hinein. Es gibt also ganz handfeste, pragmatische Gründe, sich nicht nur mit den „harten“, sondern auch mit den „wei-

Ethik in der Medizin

chen“ Faktoren, dem Orientierungswissen, den Menschenbildern zu beschäftigen.

Solches Orientierungswissen wird beeinflusst durch technische Innovationen. Formen des Zusammenlebens, Wahrnehmungs- und Bewertungsmuster werden mitgeprägt durch neue Techniken. Die Eisenbahn oder das Telefon haben zum Beispiel unsere Kommunikationsformen, Lebensformen und Verhaltensweisen entscheidend verändert.

Im Zeitalter des Telefons und der schnellen Reisemöglichkeiten lässt sich eine Beziehung auch über räumliche Distanzen hinweg ganz anders aufrechterhalten als in der Zeit des Brieftransportes mit der Postkutsche. Pendlerbeziehungen sind heute ein Normalfall geworden. Auch die medizinischen Innovationen haben unsere Wahrnehmungsstrukturen und Bewertungsmuster verändert. Das Mikroskop, das Röntgengerät, der Ultraschall, die DNA-Analyse haben das Verständnis von Lebensvorgängen verändert. Auch der einzelne Handlungsvollzug im Alltag der Medizin wird mitgeprägt von der Veränderung von Wahrnehmungsmustern.

Die Einführung von Kostenrechnungssystemen wie etwa den DRGs gehen einher mit einer Veränderung der Wahrnehmung von Krankheit. Der Schwerpunkt verlagert sich weg von einem individuellen Patienten hin zu einem „objektiven“ System von Diagnosen und Nebendiagnosen, über 600 an der Zahl. Hier wird ein neues Einteilungsschema für Probleme etabliert und das verändert langfristig auch die Wahrnehmung. Es macht einen Unterschied, ob man in seinem Orientierungswissen die Welt aufteilt, in Christen und Nichtchristen, in Klassenfeinde und Proletarier, in Gebildete oder Ungebildete. Solche grundlegenden Klassifizierungssysteme verändern langfristig dann auch das Handeln. Nicht nur solche mit den Möglichkeiten der Computertechnologie eng verknüpften Verwaltungstechnologien verändern unsere Kommunikationsformen- und Bewertungsmuster. Ein anderes Beispiel ist die In-vitro-Fertilisation, die die Wahrnehmung von Schwangerschaft und Geburt massiv verändert hat.

Die Historikerin und Soziologin Barbara Duden hat in diesem Jahr gemeinsam mit anderen Wissenschaftshistorikern ein faszinierendes Buch über die „Geschichte des Ungeborenen“ (Göttingen 2002) veröffentlicht. Analysiert

wird, wie sich die Wahrnehmung des ungeborenen Lebens durch die modernen Techniken verändert hat. Herausgearbeitet wird, wie erst im 19. Jahrhundert der Embryo zu einem biologisch „objektiven“ Faktum geworden ist. Früher ist Schwangerschaft wahrgenommen worden als der individuelle Prozess einer Frau, mit persönlichen Hoffnungen und Ängsten verbunden, eingebunden in die „eigene“ Lebensgeschichte. Zunehmend wurde der Prozess der Schwangerschaft verobjektiviert und psychologisch definiert. Das Kommen eines Kindes wurde an den Stadien der Embryonalentwicklung abgelesen. Eine biologisierte Sicht der Schwangerschaft ist entstanden. Die „Sichtbarmachung, Standardisierung und medizinische Überwachung“ haben zunehmend die anderen Formen der Wahrnehmung überlagert. Über die Pränatal- und die besonders kontrovers diskutierte Präimplantationsdiagnostik wird eine neue Form des Wissens etabliert, die Selbstwahrnehmung von Frauen und das ärztliche Handeln schon massiv verändert hat. Unsere Wahrnehmung des Embryos als einer naturwissenschaftlich beschreibbaren Größe ist selbst das Produkt bestimmter kultureller Praktiken. Die „harten“ und die „weichen“ Faktoren spielen dabei gleichermaßen eine Rolle.

Wie stark Techniken Wahrnehmungs- und Orientierungsmuster verändern, lässt sich auch an der Einführung des Ultraschalls studieren. Als es die ersten Bilder vom werdenden menschlichen Leben im Mutterleib gab, fachte das die ganze Diskussion um die Abtreibung wieder an. In anderen Ländern lässt sich der Zusammenhang noch drastischer beobachten. In China und Indien wurden Untersuchungen über die durch Ultraschall möglich gewordene „sex-selection“ gemacht. Vermutlich sind nach der Einführung dieser Technik zwischen 1981 und 1991 eine Million Mädchen abgetrieben worden. Das Zusammenspiel von „harten“ und „weichen“ Faktoren, von verfügbarer Technologie und kulturell verwurzelten Hintergrundüberzeugungen (Menschenbildern) führte zu dieser neuen Stufe der Selektion.

Auch in der deutschen Diskussion um die Zulassung der Präimplantationsdiagnostik spielt diese Verknüpfung von technischer Innovation und der Befürchtung, dass durch sie sich langfristig unsere gesamte Wahrnehmung menschlichen Lebens verändern könnte, eine

zentrale Rolle. Wird nicht in neuer Weise die Unterscheidung von lebenswertem und lebensunwertem Leben handlungsrelevant, fragen die Kritiker vor dem Hintergrund der historischen Erfahrungen in der nationalsozialistischen Zeit. Diese mögliche Veränderung von Wahrnehmungsmustern löst auch deswegen besonders Angst aus, weil meistens niemand benannt werden kann, der als Handlungssubjekt für solche Folgen verantwortlich gemacht werden kann. Keiner will solche Veränderungen und gleichwohl können sie sich einstellen. Deswegen erscheint es als die „einfachste“ Gegenstrategie, gleich den Anfängen zu wehren. Technische Innovationen zwingen uns heute wieder verstärkt, über die kulturellen Fragen nachzudenken. Die „hard facts-Ausrichtung“ der Naturwissenschaften stößt, wie sich an den hitzigen Bioethik- und Biopolitikdebatten der Gegenwart studieren lässt, ein neues intensives Suchen nach Orientierungswissen an. Über die Ziele, für die wir die technischen Mittel einsetzen wollen, sagen uns diese Mittel selbst nichts.

Alte Grundfragen der Ethik als der Form der Reflexion über die Probleme unserer Handlungsorientierung brechen neu auf: Was ist der Mensch? Welche Rechte und Pflichten hat er? Wie wollen wir leben? Wie können wir mit knappen Gütern gerecht umgehen? Das sind Fragen, die sich „rein“ naturwissenschaftlich nicht beantworten lassen. Wer durchs Mikroskop schaut, sieht nichts direkt von der „Würde“ und der „individuellen Lebensgeschichte“. Wir können einen biologischen Vorgang beobachten, der im Wesentlichen immer wieder nach den gleichen Mustern abläuft und deswegen naturwissenschaftlich – in Ansätzen – erklärbar ist. Aber wie wir mit dem umgehen sollen, was wir da beobachten, darüber sagen uns Lichtdiagnostik und DNA-Analyse nichts. Wir müssen selbst eine Kultur des Umgangs damit entwickeln, in der die verschiedenen Interessen zu einem „sinnvollen“ Ausgleich gebracht werden können. Was dabei als „sinnvoll“ und langfristig als „gut“ gelten kann, ist im einzelnen heftig umstritten.

Die moderne Molekulargenetik befördert den Trend zur Fixierung auf „objektive“ Daten. Für viele erscheint sie so faszinierend, weil sie uns angeblich erlaubt, mit ihrer Hilfe endlich mathematisierbares, „objektiv“ darstellbares Wissen zu gewinnen über Lebensvor-

gänge. James Watson, einer der Pioniere in der Genforschung hat beim Start des Human Genom Project verkündet: „Früher haben wir geglaubt, dass unser Schicksal in den Sternen steht. Nun wissen wir, es steht im großen und ganzen in unserer DNA geschrieben“. Naturwissenschaftliche Erkenntnisse werden hier zur Triebkraft für weitreichende weltanschaulich aufgeladene Aussagen. Unter Rückgriff auf eine moderne Technologie wird ein Wandel von Orientierungsmustern angestoßen, ein neues Glaubensbekenntnis ausgerufen und dem alten Traum neue Nahrung gegeben, der Mensch könne endlich sein „Schicksal“ ganz selbst in die Hand nehmen. Worin ist die breitenwirksame Faszination dieser Form von Evolutionsbiologie und Molekulargenetik begründet? Sie liegt in der Präzision und Berechenbarkeit, mit der der Eindruck erzeugt werden kann, der Unruheherd lebensgeschichtlicher Kontingenz lasse sich stilllegen. Exakte Prognostik reduziert Unsicherheit und schafft Sicherheit. Das ist immer attraktiv vor dem Hintergrund der notorischen Ungewissheit, die dem menschlichen Leben eingeschrieben ist. Die Sehnsucht nach Gewissheit ist ein zentrales und zugleich ein gefährliches Thema. Bis in die bildliche Darstellung der Genetik hinein zeigt sich die Faszination solcher technischen, d.h. ja „immer“ funktionierenden Modelle. Da werden die Gene mit Power-Point-Programmen dargestellt. Der Wissenschaftler kann, glaubt man diesen Bildern, die DNA wie mit einer Schere präzise zerschneiden, „Teile“ modifizieren wie er es braucht, neue Teile einsetzen, wie in einem Baukasten ein Stein durch einen anderen ersetzt werden kann. Ein „Gen“ erscheint als eine klar materiell und räumlich abgrenzbare Einheit.

Die moderne Genetik hat sich selbst über das „Watson-Crick-Dogma“ hinaus entwickelt. Vom Gen wird heute nicht mehr als einer substantiellen Einheit gesprochen, das man als chemisches Substrat definieren kann. Entscheidend sind die Informationen, die „in mit und unter“ dem Stoff codiert sind. Der Schwerpunkt der Definition verlagerte sich weg von einer substanzhaften hin zu einer funktionalen Definition. Breitenwirksam ist immer noch die Faszination der Berechenbarkeit, der Kalkulierbarkeit, der Exaktheit. Mit der Einführung molekulargenetischer Methoden in der Medizin änderten sich auch die Beschreibungen und Typisierungsmuster von Krankheiten. Die alte Pathologie, die

Schnitte beurteilt und optisch vorgeht, wird zunehmend ersetzt durch molekular-genetische Diagnosen. In den Kliniken greift eine neue Begehrlichkeit Platz. „Material“, das bei Operationen übrig bleibt und früher weggeworfen wurde, wird nun zum begehrten „Rohstoff“ für molekulargenetische Analysen. In großem Stil werden mit Gewebeproben neue Datenbanken aufgebaut.

Das molekulargenetische Modell, das seinerseits selbst permanent weiterentwickelt wird, hat schon handlungsrelevante Folgen, etwa wenn aufgrund von neuen Diagnosetechniken eine „Veranlagung“ für eine Brustkrebskrankung festgestellt wird und Frauen mit diesem belastenden Wissen überlegen, ob sie sich prophylaktisch operieren lassen. Dieses Modell von Krankheit hat eine starke Tendenz zu reduktionistischen und einfachen kausalen Erklärungen. Einfache Wenn-Dann-Relationen zwischen den Genen und dem Auftreten einer Krankheit lassen sich bei den wenigsten Krankheiten feststellen. Die Genetiker wissen, dass eine genetische Diagnose immer nur zu einem statistischen Wahrscheinlichkeitsurteil führt und keine präzise Zurechnung ermöglicht ob und wann denn eine Krankheit genau auftritt. Krankheiten, ihre „Ursachen“ und Therapien sind nur in einem mehrdimensionalen Beschreibungsprozess erfassbar. Etabliert sind Beschreibungssprachen, die stark dominiert sind von den naturwissenschaftlichen Modellen. Daneben haben wir die Sprache der Juristen, wenn es um das Arzthaftungsrecht und Patientenrecht geht. Die Sprache der Ökonomie wird zunehmend wichtiger, in der der Patient entweder als „Kunde“ oder als „Kostenfaktor“ oder als Bündelungspunkt abrechenbarer Diagnosen und Therapien erscheint. Solche Sprachmuster sind die Oberfläche unterschiedlicher Einteilungs- und Bewertungssysteme. Mit ihnen wird eine bestimmte Orientierung für das Handeln angebahnt. Die genannten Sprach- und mit ihnen verknüpften Wahrnehmungsmuster haben eine starke Tendenz zur Objektivierung und Entindividualisierung. Etwas Entscheidendes, die individuelle Dimension, die jeder spätestens dann erlebt, wenn er selbst krank wird, kann nur schwer im Rahmen dieser Sprach- und Bildwelten artikuliert werden. Wir brauchen auch Sprach- und Wahrnehmungsformen für diese persönliche Dimension des Krankseins. Dieselbe Diagnose, dasselbe Krankheitsbild, kann in der einen Lebensgeschichte

so und in einer anderen ganz anders wahrgenommen werden. Auch wenn der naturwissenschaftliche Befund und die ökonomische Kalkulation nahezu gleich sind, kann eine Person verzweifeln darüber, jemand anders nimmt die Krankheit als Impuls, über sein Leben noch einmal neu nachzudenken, sagt vielleicht, die zwei Jahre die ich noch habe, sind nicht zum Verzweifeln da sondern sind noch einmal geschenkte Jahre. Diese individuelle Wahrnehmung beeinflusst den Umgang mit der Krankheit für alle Beteiligten. Immerhin ist die compliance zu einem eigenen Thema geworden. Welche Beschreibungssprache haben wir für diese Dimension des Krankseins? Wird sie nur unter „subjektives Empfinden“ abgehakt? Die naturwissenschaftlich-medizinische Sprache tendiert dazu, dieses Individuelle abzublenden. Das ist in der ganzen medizinethischen Diskussion der Moderne immer wieder kritisch vermerkt worden. Es klingt banal, aber unter den Bedingungen der naturwissenschaftlichen Medizin musste immer wieder neu die Bedeutung der alten Wissens ins Bewusstsein gehoben werden, dass der Arzt nicht Krankheiten heilt sondern Patienten. „Der Patient als Person“ so lautet der Titel eines Schlüsseltextes, der am Beginn der neueren medizinethischen Debatte in den USA stand. Paul Ramsey veröffentlichte unter diesem Titel seine Vorlesungen zu Problemen der Medizinethik (vgl. Albert R. Jonson, *The Birth of Bioethics*, 1998). Krankheit ist immer ein mehrdimensionales Geschehen, das mehr umfasst als die „hard facts“. Wer die Geschichte der Diskussion um das Krankheitsverständnis studiert, sieht schnell, wie die Paradigmen und Beschreibungsmuster in der Geschichte der Medizin gewechselt haben. Hintergrundüberzeugungen spielten dabei neben den naturwissenschaftlichen Fortschritten eine wichtige Rolle. Werden Krankheiten z.B. verstanden als eine Erkrankung von einzelnen Organen, dann erscheint es sinnvoll, diese zu operieren oder sie zu ersetzen. „Krankheit“ lässt sich in diesem Modell an der Struktur des Gewebes ablesen. Mit einem anderen Interpretationsmodell, das z.B. mehr systemisch ansetzt, verschieben sich die Schwerpunkte. Herz-Kreislauf-Erkrankungen lassen sich, auch wenn sie an lokalisierbaren Symptomen ablesbar sind, schwerer als solche genau abgrenzbaren Strukturen erfassen. Dementsprechend können sie auch nicht einfach entfernt werden. Sie stehen im Zusammenhang mit der ganzen

Ethik in der Medizin

Lebensführung, den Ess-, Trink-, Rauch-, Arbeitsgewohnheiten. Eine eindeutige kausale Zurechnung, was nun genau den Herzinfarkt ausgelöst hat, ist sehr viel schwieriger. In einem anderen Modell wurden die auslösenden Faktoren für Krankheiten in Viren, Bakterien, Pilzen gesehen. Die Beispiele sollen nur verdeutlichen, wie Handlungsstrategien rückgebunden bleiben an theoretische Grundannahmen, in deren Rahmen dann einzelne „empirische“ Befunde interpretiert werden. Molekulare Medizin und Genetik bilden solch einen neuen Rahmen, in dem Bekanntes, etwa onkologische Erkrankungen neu gedeutet und schließlich auch mit anderen Mitteln therapiert werden. Therapieentscheidungen hängen eng mit solchen Modellen zusammen. Wenn Krankheit vor allem ein strukturverändertes Gewebe ist, macht es Sinn, das Gewebe zu entfernen. Wenn der Lebensstil eine große Rolle spielt, ist Prävention sinnvoll. Wenn die entscheidenden Weichen schon über eine genetische Disposition gestellt sind, kann entweder der Schluss gezogen werden, dass Prävention besonders wichtig ist, oder dass durch eigenes Handeln sowieso nichts mehr geändert werden kann.

Zusammenfassend will ich fünf Dimensionen des Krankheitsverständnisses nochmals nennen. Die harten und die weichen Faktoren, die verobjektivierbaren Daten und die Menschen- bzw. Naturbilder sind dabei eng verzahnt. Der Begriff der Dimension soll dabei zum Ausdruck bringen, dass keine einfach ohne die andere eine Rolle spielt, keine einfach an die Stelle der anderen treten kann, sie vielmehr ein Gesamtes bilden, das in der Suche nach Handlungsorientierung beim Arzt wie beim Kranken von Bedeutung ist. Krankheit hat eine universale Dimension. Das erklärt die enorme Mobilisierungskraft, die krankheitsbezogene Themen in der Öffentlichkeit haben. Frei zu sein von Krankheit ist ein Ziel, das immer als erstrebenswert angesehen wurde und doch bleiben die wenigsten von Krankheiten verschont. Krankheit gilt als das zu Vermeidende, Gesundheit als das Erstrebenswerte. Für viele Menschen steht in der Gegenwart Gesundheit an der ersten Stelle in der Hierarchie der Güter. Ein „gutes Leben“ ist nahezu identisch geworden mit „Gesundheit“. Mit der Verschiebung des Schwerpunktes von „Krankheit“ auf „Gesundheit“ ist eine expansive Tendenz verbunden, die sich an der Definition der WHO ab-

lesen lässt: „Die Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“. Ein Gesundheitswesen, das auf diesem Verständnis aufbaut, wird auf das ganze Leben der Menschen ausgreifen, um zum Beispiel durch Prävention, Aufklärung, Erziehung zur Erreichung des umfassenden „Wohlbefindens“ anzuleiten. Der Ansatz beim Heilen von Krankheiten ist demgegenüber begrenzter aber auch realistischer, weil er nicht mit solchen weitgreifenden Glücksversprechen verbunden ist. Der Mediziner und Theologe Dietrich Rössler bezeichnete Gesundheit nicht als die Abwesenheit von Störungen, sondern die Kraft, mit ihnen zu leben.

Krankheit hat eine naturwissenschaftliche Dimension. Die Erfolge der Medizin in den letzten 150 Jahren beruhen vor allem auf ihrer Entwicklung zur Naturwissenschaft. So leistungsfähig dieser Zugriff ist, so reduktionistisch ist er. Jeder Arzt weiß, dass „dieselbe“ Krankheit bei verschiedenen Patienten einen unterschiedlichen Verlauf nimmt, Therapien verschieden anschlagen und „dieselbe“ Krankheit individuell verschieden erlebt und erlitten wird. Mit der alten Bezeichnung der Medizin als „Heil-Kunst“ wurde auf diese Dimension des Individuellen verwiesen. Im naturwissenschaftlichen Zugriff spielt diese Dimension keine Rolle. Mit ihr wird die Krankheit herausgelöst aus dem individuellen Lebenszusammenhang, wird das Beziehungsgeflecht, in dem Krankheit eine Rolle spielt auf verobjektivierbare Daten reduziert. Es wäre Unsinn, die Bedeutung der naturwissenschaftlichen Dimension von Krankheit in Abrede zu stellen. Aber mit ihr werden andere wichtige Dimensionen nicht erfasst.

Krankheit hat eine soziale Dimension. Sie verändert das Zusammenleben von Menschen. Krankheit wie Gesundheit sind soziale Sachverhalte, weil die Erfüllung oder Nichterfüllung sozialer Rollen eng verknüpft ist mit der Art und Weise, wie Krankheit und Gesundheit in einer Gesellschaft verstanden werden. Krankheit verändert das gesamte Rollengefüge und Beziehungsgeflecht, in dem eine Person lebt.

Krankheit hat eine individuelle und personale Dimension. Sie berührt jeden tief in seinem Selbsterleben. Mit der individuellen Dimension ist eine spezifische Schwierigkeit verbunden. Aus Aussagen auf einer allgemeinen

Ebene, wie sie etwa auch in der Darlegung eines allgemein formulierten Menschenbildes entfaltet werden, lassen sich nicht unmittelbar Kriterien ableiten, die den Einzelfall klären. Aus dem Wissen, dass menschliches Leben immer endlich, begrenzt, nie vollkommen gelungen ist und Leiden zum Leben gehört, lässt sich nicht ableiten, dass der drohende Tod eines Menschen hingenommen werden muss, wenn durch eine Operation, etwa einer Herztransplantation, das Leben erhalten werden kann. Es geht immer um einen Patienten, ein Individuum. Vorgehensweisen, die vor allem prinzipienorientiert sind, werden deshalb immer wichtige Aspekte der Realität des Krankseins und Leidens verfehlen. Eine Person ist immer mehr als die naturwissenschaftlich fassbaren Daten ihrer Existenz. Sie hat eine Lebensgeschichte, die sich aufbaut aus einem Verhältnis zu sich selbst, zur körperlichen wie zur geistigen Dimension der Existenz, wie aus den Beziehungen zu den Mitmenschen und der Umwelt. Zur Person gehört die Vergangenheit wie ihre Zukunft, die Hoffnungen wie die Ängste, die damit verbunden sind. Die Person braucht noch andere Wege des Ausdrucks und der Darstellung als die objektive „wissenschaftliche“ Analyse und medizinische Daten. Das Erzählen, Darstellen in Bildern, Verdichten in exemplarischen Erlebnissen ist wichtig. Wer die „Person“ betrachtet, stößt auf eine Vielzahl von Beziehungen, in denen sie ihr Leben lebt. Das Ganze dieser Beziehungen, die Lebensgeschichte ist mehr als die bloße Summe ihrer Teile. Im Kontext solch einer persönlichen Lebensgeschichte wird Krankheit erlebt und werden Entscheidungen über Therapiemöglichkeiten getroffen. Die Selbst- und Weltbilder sind – ob bewusst oder unbewusst – ein integraler Bestandteil medizinischer Beurteilungs- und Handlungsmuster.

Krankheit bedroht die eigene Identität in allen Dimensionen des Personseins. Sie führt an die Grenzen der eigenen Handlungsmöglichkeiten und provoziert Fragen nach dem Sinn des Geschehens und der eigenen Lebensgeschichte. Diese umfassende Sinn dimension ist traditionell als religiöse Dimension bezeichnet worden. Die Fragen nach dem „Woher“ und „Warum“ des Leidens sind religiöse Grundfragen.

Die heftigen Kontroversen der medizin- und bioethischen Debatten erklären sich zum Teil daraus, dass wir keinen Konsens darüber ha-

ben, mit welchen Beschreibungssprachen wir Phänomene wie das „werdende Leben“ oder das Leiden und Sterben erfassen und artikulieren können. Hier prallen unterschiedliche Hintergrundüberzeugungen aufeinander, die sich nicht einfach durch den Verweis auf „Fakten“ zu einem Ausgleich bringen lassen. Die verobjektivierenden Sprachen der Naturwissenschaften, der Jurisprudenz, der Ökonomie erfassen entscheidende Aspekte aber offensichtlich nicht alles. Doch die Fragen, ab wann ein Embryo geschützt werden soll, wann der Tod nun wirklich eingetreten ist, welche Handlungen erlaubt und welche verboten sein sollen, führen über das mit diesem Instrumentarium Erfassbare hinaus. Es bedarf dann immer der individuellen Wahrnehmung auf der Seite der Ärztin, des Arztes und auch des Patienten. Diese Sensibilität fürs Individuelle ist unverzichtbar für eine humane Medizin. Zugleich haben wir unter den Bedingungen eines modernen Pluralismus der Welt- und Menschenbilder keinen Konsens mehr darüber, in welcher Sprache wir dieser Dimension Ausdruck verleihen und sie damit kommunizierbar machen. Die einen reden vom humanistischem Menschenbild, führen es auf eine bestimmte, geschichtliche Tradition zurück, andere von einem christlichen Menschenbild. Um philosophische Häupter sammeln sich Schulen, von denen jede gerne beansprucht, nur auf ihrem Weg seien die Probleme lösbar. Andere sagen, das alles sei Unsinn, letztlich werden die Geisteswissenschaftler, Kulturwissenschaftler, Philosophen und Juristen die Probleme nie lösen, nur die exakten Naturwissenschaftler werden das schaffen.

Weil wir in dieser Dimension der „weichen“ Faktoren, des Orientierungswissens und der Hintergrundüberzeugungen keinen Konsens haben, ist dann auch der politische Streit so intensiv. Die sog. „ethischen“ Probleme gehen nicht erst los bei der Frage „Wie sollen wir handeln“? Sie beginnen schon bei Streit um die Zulässigkeit und Leistungskraft unterschiedlicher Beschreibungssprachen. Wenn wir die individuelle Freiheit im Hinblick auf solche Hintergrundüberzeugungen als etwas ethisch Wertvolles erachten, dann macht es keinen Sinn mehr, unbedingt eine Philosophie, ein Menschenbild, eine Religion allen vorschreiben zu wollen. Wir werden mit dem Pluralismus auf der Ebene des Orientierungswissens leben müssen. Faktisch führt das dann bei politischen Entscheidungen zu Kom-

promissen. Jüngstes Beispiel ist das Stammzellgesetz mit dem eine Einfuhr von Stammzelllinien, die aus sog. überzähligen Embryonen gewonnen wurden, unter strengen Auflagen ermöglicht wurde. Weil die Kompromissbildung, das Aushalten von unterschiedlichen Hintergrundüberzeugungen so mühsam ist, wird immer wieder versucht werden, doch noch eine vermeintlich „objektive“ Lösung zu finden.

Skepsis ist hier durchaus angebracht. Immanuel Kant, der Philosoph der in der Gegenwart in Deutschland häufig zitiert wird, wenn es um Begründung für die Anerkennung der Menschenwürde geht, war fasziniert von der Leistungskraft der auf Mathematik beruhenden modernen experimentellen Naturwissenschaften. Kant setzte sich intensiv auseinander mit dem englischen Empirismus, wie er etwa von David Hume vertreten wurde. Der deutsche Philosoph reflektierte aber auch die Grenzen der Erklärungsversuche durch den „Naturmechanismen“ und beschäftigte sich mit der Frage, ob denn zu erwarten sei, dass mit diesen kausal-mechanischen Beschreibungsmustern eines Tages auch die Entstehung von Leben umfassend erklärt werden könne. Freiheit, als das Fundament unserer Würde und der Ermöglichungsgrund all unseres wissenschaftlichen Weltumganges galt ihm als etwas „Über-sinnliches“, eine „unbegreifliche Eigenschaft“ die mit dem Instrumentarium der naturwissenschaftlichen Erklärung nicht zu erfassen ist. In der „Kritik der Urteilkraft“ formuliert Kant dieses Wissen um die der naturwissenschaftlichen Erkenntnismethoden immanenten Grenzen so: „Es ist nämlich ganz gewiss, dass wir die organisierten Wesen und deren innere Möglichkeit nach bloß mechanischen Prinzipien nicht einmal zureichend kennen lernen, viel weniger uns erklären können; und zwar so gewiss, dass man dreist sagen kann, es ist für den Menschen ungereimt zu hoffen, dass noch etwa dereinst ein Newton aufstehen könne, der auch nur die Erzeugung eines Grashalms nach Naturgesetzen begreiflich machen werde“ (§75). Hier zeigt sich bei diesem von der Leistungskraft der modernen Naturwissenschaften faszinierten Denker zugleich ein Wissen um die Grenzen bestimmter Beschreibungssprachen.

Eine praktische Urteilkraft, die den individuellen Fall richtig einordnen und sich in ihrem Urteil nur begrenzt auf allgemeingülti-

ge Gesetze stützen kann, ist dort, wo es um individuelle Herausforderungen geht unverzichtbar. Kein allgemeines Prinzip, auch nicht der Rekurs auf die Menschenwürde nimmt uns im Einzelfall eine Entscheidung ab. Es bleibt immer ein Spielraum des Ermessens und Urteilens der mit Hilfe des eigenen Orientierungswissens gestaltet werden muss. „Gewissensurteil“ wurde das früher genannt; heute wird mehr der Begriff der „Verantwortung“ verwendet. Solch eine verantwortliches Entscheiden lässt sich nicht abschieben an eine „objektive“ Diagnose, an juristische Rahmenbedingungen oder ökonomische Zwänge. Wer entscheidet, weiß immer, dass er – bei allen Zwängen – unvertretbar dabei mit einer Rolle spielt. Die alte Frage nach der Gewissensbildung, nach der Fähigkeit zu einem verantwortlichen Entscheiden ist unter modernen Bedingungen keineswegs obsolet geworden. Im Gegenteil: Je mehr Handlungsoptionen bestehen, desto mehr muss Tun oder Lassen von uns verantwortet werden. Die neuen technologischen Möglichkeiten haben diesen Raum des von uns zu verantwortenden Handelns enorm erweitert. Sie haben damit die Anforderungen an die handelnden Individuen gesteigert, nicht nur auf der Seite des instrumentellen Wissens, sondern auch auf der Seite der Sensibilität für die Entscheidungssituationen.

Diesen gestiegenen Anforderungen wird die Mediziner Ausbildung zur Zeit nur bedingt gerecht. Die Fähigkeit zur Kommunikation mit dem Patienten, die Sensibilität fürs Individuelle wird als vorhanden vorausgesetzt oder durchs Werfen ins kalte Wasser des Klinikalltags ausgebildet. Von einer gezielten Ausbildung im Hinblick auf diese Dimension des Erwerbs einer kommunikativen Kompetenz kann in Deutschland kaum die Rede sein. Der jahrelange Streit um die Änderung der Ausbildungswege dokumentiert das. Es gibt auch andere Modelle, in denen von Anbeginn des Studiums eine mehrdimensionale Wahrnehmungsfähigkeit im Umgang mit dem kranken Menschen eingeübt wird, etwa an der Havard Medical School (vgl. etwa Byron J. Good, *Medicine, rationality and experience*, Cambridge UP 1994).

Lassen sie mich schließen mit einer kleinen Anekdote, die auf ihre Weise nochmals die Frage danach aufwirft, welches Wissen, welche Beschreibungssprachen wir für eine ge-

Ethik in der Medizin

lingende Lebensführung brauchen. In der Zeit in der David Hume, der schon genannte englische Aufklärungsphilosoph lebte, ist in England heftig über den Stellenwert und die Berechtigung unterschiedlicher Formen der Weltbeschreibung, unterschiedlicher Formen des Orientierungswissens gestritten worden. Hat neben der „vernünftigen“, d.h. naturwissenschaftlichen Erkenntnis überhaupt noch anderes Wissen einen Platz? Hume, der Verfechter der aufgeklärten Vernunft, des „natürlichen Lichts“, war bei einem Abendessen eingeladen, bei dem nun diese Fragen wieder

einmal diskutiert worden war. Es war dunkel geworden und der Gastgeber fragte Hume, ob ihn nicht ein Diener mit einer Lampe die Treppe vor der Haustür hinab begleiten und den Heimweg noch etwas erleuchten solle. Vornehm zurückhaltend wie Hume war, lehnte er dankend ab. Kaum war er aus der Tür gegangen, stürzte er die Treppe hinab. Der Gastgeber eilte hinterher, half David Hume wieder auf die Beine. Als klar war, dass nichts Schlimmes passiert war, kommentierte er Humes Zurückhaltung: „David, I always tell you, the natural light is not enough“.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. Klaus Tanner
Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg
Theologische Fakultät
Franckeplatz 1
06099 Halle/Saale

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

Ärzte helfen Ärzten

Weihnachtsaufruf der ärztlichen, zahn- und tierärztlichen Organisationen für die Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“

Sehr verehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

Maurice Stans, ein ehemaliger amerikanischer Regierungsbeamter sagte einmal „Das Aufstellen eines Budgets ist die Kunst, Enttäuschungen gleichmäßig zu verteilen.“ Diese Aussage können wir aus unserer tagtäglichen Arbeit heraus nur bestätigen, sind wir seit Jahren gezwungen, mit Budgets zu leben. Leider zwingen auch die finanziellen Umstände in der Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ in den letzten Jahren, mit nur knappen Budgets ein anspruchsvolles Programm für unsere Kolleginnen und Kollegen sowie Kollegenkinder in Not aufrecht zu erhalten. Enttäuscht sind sicher unsere Stipendiaten, wenn wir Unterstützungsbeiträge kürzen müssen, aber enttäuscht sind auch wir, die wir aufgrund immer engerer Ressourcen unsere Hilfe reduzieren müssen. Gerade jetzt vor Weihnachten hoffen wieder viele unserer Kolleginnen und Kollegen, hoffen Arztkinder in ihrer finanziellen Not auf eine Hilfe durch die Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“. In einer Zeit, in der der Terror nie für möglich gehaltenen Dimensionen annimmt, sollten wir uns auf den Wert besinnen, der die Basis eines menschlichen und vertrauensvollen Umfanges miteinander darstellt, die Nächstenliebe.

Die Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“, das große Gemeinschaftswerk der gesamten Ärzteschaft, unterstreicht durch ihr Hilfeprogramm einzigartig das soziale und kollegiale Engagement einer ganzen Berufsgruppe. Sie gibt denen Hoffnung, die heute in existenzieller Not sind. Helfen Sie bitte, gerade jetzt in der Vorweihnachtszeit, gerade jetzt, wo uns alle das Gefühl der Ohnmacht gegenüber Terroranschlägen an der Menschlichkeit zweifeln lässt, dass wir ein wenig Hoffnung geben können.

Mit unserer dringenden Bitte um Hilfe verbinden wir unseren aufrichtigen Dank an alle Einzelspender und Organisationen, die der Stiftung in den letzten 46 Jahren durch ihre Unterstützung geholfen und Mut gemacht haben.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Prof. Dr. Hoppe
Präsident der Bundesärztekammer und
des Deutschen Ärztetages
Dr. Richter-Reichhelm
1. Vorsitzender der Kassenärztlichen
Bundesvereinigung
Dr. Thomas
Vorsitzender des Hartmannbundes –
Verband der Ärzte Deutschlands e.V.
Dr. Montgomery
1. Vorsitzender des Marburger Bundes –
Verband der angestellten und beamteten
Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V.,
Bundesverband

Dr. Zöllner
Bundesvorsitzender des NAV-Virchow-
Bundes – Verband der niedergelassenen
Ärzte Deutschlands, DAZ, e.V.
Frau Dr. Bühnen
Präsidentin des
Deutschen Ärztinnenbundes e.V.
Prof. Dr. Dr. Hoffmann
Präsident des Verbandes der leitenden
Krankenhausärzte Deutschlands e.V.
Dr. Walter
Vorsitzender des Berufsverbandes der Ärzte
des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.
Dr. Dr. Weitkamp
Präsident der Bundeszahnärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der
Deutschen Zahnärztekammern e.V.
Dr. Beckmann
Bundesvorsitzender des Freien Verbandes
Deutscher Zahnärzte e.V.
Prof. Dr. Pschorn
Präsident der Bundestierärztekammer e.V.

Die Stiftung hat folgende Konten:

„Ärzte helfen Ärzten“,
Deutsche Apotheker- und
Ärztebank Stuttgart Nr. 0001486942
(BLZ 60090609),
Postbank Stuttgart Nr. 41533-701
(BLZ 60010070) oder
Sparkasse Bonn Nr. 24000705
(BLZ 38050000).

Aktuelles aus der Krankenhaushygiene

Risikominimierung einer iatrogenen Übertragung der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) und der Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK) durch chirurgische Instrumente und Medizinprodukte

Die seit vielen Jahrzehnten bekannte, sehr seltene Creutzfeldt-Jakob-Krankheit hat durch das Auftreten einer neuen Variante eine besondere gesundheitspolitische Bedeutung erlangt. Diesbezügliche Verunsicherungen breiter Bevölkerungskreise werden genährt durch unseriöse Berichterstattungen über angeblich risikobehaftete Lebensmittel, in denen Rindfleischanteile enthalten sind sowie Mitteilungen über nicht lege artis durchgeführte Tests auf BSE in der Veterinärmedizin und Nahrungsgüterwirtschaft.

Die beim Menschen seit 1920 bekannte sporadische CJK wird seit 1994 für Deutschland vom Robert-Koch-Institut erfasst. Es kamen pro Jahr 28 bis 82 Fälle zur Meldung, 2001 waren 77.

Tatsächlich sind im Jahr 2001 (2000) in Deutschland 125 (7) Fälle von BSE bei Rindern bekannt geworden; in Frankreich waren es 277 (162) und in Großbritannien 1005 (1425).

vCJK wurde beim Menschen im Jahr 2001 (2000) registriert: Großbritannien 20 (28), Frankreich 2 (1), Irland und Deutschland 0 (0). Zur Verhinderung einer iatrogenen Übertragung wurden bereits 1996 und 1998 vom Robert Koch-Institut Empfehlungen zur Desinfektion und Sterilisation von chirurgischen Instrumenten bei Verdacht auf Creutzfeldt-Jakob-Erkrankungen und zur Krankenversorgung und Instrumentensterilisation bei CJK-Patienten und CJK-Verdachtsfällen herausgegeben, die im Bundesgesundheitsblatt 1996 (1) und 1998 (2) erschienen und nach wie vor gültig sind.

Die Zunahme von Fällen beim Menschen der neuen Variante, der vCJK, in Großbritannien (erstmalig 1995 3 Fälle) und Einzelfälle in Frankreich führte dazu, die Praxis der Aufbereitung von Medizinprodukten neu zu überdenken.

Bei der vCJK konnte in Einzelfällen das Protease-resistente Prionprotein bereits vor Auftreten der Krankheitssymptome im lymphatischen Gewebe (Tonsillen, Appendix) nachgewiesen werden; ein krankenhaushygienisches Risiko, das bisher noch nicht genau eingeschätzt werden kann.

Deshalb wurde vom Robert Koch-Institut gemeinsam mit dem wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer eine Arbeitsgruppe einberufen, die Empfehlungen zur Risikominimierung einer iatrogenen Übertragung erarbeitet hat, die im Heft 4, 2002, Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz (3) publiziert wurden.

In diesen Empfehlungen wird ein differenziertes Vorgehen favorisiert unter Berücksichtigung des Einsatzes von entsprechenden Medizinprodukten:

1. Vorgehen bei erkennbarem Risiko, das heißt bei Patienten, bei denen eine vCJK möglich oder klinisch wahrscheinlich ist (Prozedere I) und
2. Vorgehen bei allen Patienten ohne ausdrücklichen Verdacht auf CJK/vCJK unter Berücksichtigung des nicht erkennbaren Risikos durch symptomlose bzw. unerkannte Träger (Prozedere II).

Vorgehen bei erkennbarem Risiko – Prozedere I

Bei klinischen Anwendungen sollten möglichst Einwegprodukte zum Einsatz kommen, die nach der Anwendung verbrannt werden oder die angewendeten Instrumente werden gekennzeichnet und anschließend sicher asserviert in entsprechend gekennzeichneten, verschlossenen Behältern bis zur Klärung der Diagnose.

Die Asservierung soll an zentraler Stelle, zum Beispiel in der Zentralen Sterilgut-Versorgungsabteilung erfolgen.

Wird die Diagnose bestätigt oder bleibt sie ungeklärt, müssen die Materialien entsprechend primär entsorgt werden (Verbrennung). Kann eine CJK/vCJK ausgeschlossen werden, dann erfolgt die Aufbereitung der Medizinprodukte wie allgemein üblich.

Für die Patientengruppe mit einem erkennbaren Risiko wurde in Zusammenarbeit mit verschiedenen Herstellern ein Endoskop-Pool geschaffen, aus dem für spezielle Eingriffe Endoskope abgerufen werden können. Die eingesetzten Endoskope werden zentral aufbereitet.

Diese zentrale Anlaufstation ist die Neurologische Klinik und Poliklinik am Institut für Neuropathologie der Georg-August-Universität Göttingen, Robert-Koch-Str. 40, 37075 Göttingen, Tel.: 0551-39 66 36.

Von dort erfolgen die Verschickung und Aufbe-

reitung, gegebenenfalls auch die Entsorgung. Die Mietkosten für ein solches Endoskop gehen zu Lasten des Anwenders.

Das endoskopische Zusatzinstrumentarium muss Einwegmaterial sein und ist zu verbrennen.

Vorgehen bei nicht unmittelbar erkennbarem Risiko- Prozedere II

Die Aufbereitung der Medizinprodukte soll auf der Grundlage der Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI) und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zu den „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ (4) und der Mitteilung des Robert Koch-Institutes „Die Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK)“ (3) erfolgen und wenigstens zwei auch für die (zumindest partielle) Dekontamination/Inaktivierung von Prionen geeignete Verfahren kombinieren (zum Beispiel alkalische Reinigung und abschließende Dampfsterilisation). Es wird unterschieden in thermostabile (dampfsterilisierbare) und thermolabile (nicht dampfsterilisierbare) Medizinprodukte.

Je nachdem, ob es sich um semikritische (lediglich Berührung mit Schleimhaut oder krankhaft veränderter Haut) oder kritische (Durchdringung der Haut oder Schleimhaut) Medizinprodukte handelt und ob diese in direkten Kontakt mit sog. Risikogewebe, das heißt insbesondere ZNS einschließlich Auge (insbesondere hintere Abschnitte) und alle lymphatischen Gewebe, insbesondere Milz, Lymphknoten, submuköses lymphatisches Gewebe im unteren Gastrointestinal- und oberen Aerodigestivtrakt (zum Beispiel Tonsillen) gekommen sind, werden verschiedene Vorgehensweisen für die Aufbereitung empfohlen:

- a) Thermostabile Medizinprodukte
 1. Nichtfixierende Vorbehandlung/ Vorreinigung
 2. Reinigung/Desinfektion
 - Direkter Kontakt mit Risikogewebe: Maschinelle, alkalische Reinigung/Desinfektion (zum Beispiel Reinigung mit 1 M NaOH, 1 h, 55 °C, je nach Reiniger bis 93°C, thermische Desinfektion), gegebenenfalls Ultraschallbehandlung
 - Kein direkter Kontakt mit Risikogewebe: Standardisierte manuelle Reinigung/Desinfektion (auch pH-neutral) möglich, gegebenenfalls Ultraschallbehandlung

3. Sterilisation

- Direkter Kontakt mit Risikogewebe:
Dampfsterilisation bei 134 °C, Haltezeit 18 Minuten
- Kein direkter Kontakt mit Risikogewebe:
Dampfsterilisation bei 134 °C, Haltezeit mindestens 5 Minuten, oder Dampfsterilisation bei 121 °C, Haltezeit mindestens 20 Minuten

b) Thermolabile Medizinprodukte/

kein direkter Kontakt mit Risikogewebe

1. Nichtfixierende Vorbehandlung/
Vorreinigung
2. Reinigung/Desinfektion
 - Semikritische Medizinprodukte:
Standardisierte manuelle Reinigung/Desinfektion (auch pH-neutral) möglich, gegebenenfalls Ultraschallbehandlung
 - Kritische Medizinprodukte:
Maschinelle, alkalische Reinigung/Desinfektion, gegebenenfalls Ultraschallbehandlung
3. Sterilisation

Geeignete Sterilisation je nach Medizinprodukt (siehe Herstellerangaben).
Bei semikritischen Medizinprodukten ggf. abschließende Desinfektion.

c) Thermolabile kritische Medizinprodukte/ direkter Kontakt mit Risikogewebe

Die erneute Anwendung dieser Medizinprodukte ist im Detail zu klären (Risikoanalyse); in der Regel Wiederverwendung nur, wenn keine operationstechnisch gleichwertigen Einwegprodukte verfügbar sind. (modifiziert nach (3), S. 390, Tab. 11)

Gegebenenfalls muss im Einzelfall über die Aufbereitung in Abstimmung mit dem jeweiligen Krankenhaushygieniker je nach Risikobewertung entschieden werden.

Für eine ausführliche Beratung zu dieser Thematik stehen Ihnen die Mitarbeiter der Fachgebiete Krankenhaushygiene der Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen, der Standorte:

Chemnitz Tel. 0371/6009 212
Leipzig Tel. 0341/9788 137
Dresden Tel. 0351/8144 316
zur Verfügung.

Literatur

1. Bundesgesundheitsblatt 1996, 282-283
2. Bundesgesundheitsblatt 1998, 279-285
3. Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 2002, 376-395
4. Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 2001, 1115-1126
5. Epidemiologisches Bulletin 2002, Nr. 41, 343-345

zusammengestellt vom Ausschuss für Hygiene und Umweltmedizin der SLÄK und den Fachgebieten Krankenhaushygiene der Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl
Vizepräsident und Abteilungsdirektor
Humanmedizin
Landesuntersuchungsanstalt für das
Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen
Zschopauer Str. 87, 09111 Chemnitz
Tel.: 0371 6009 100, Fax: 0371 6009 109
eMail: siegwart.bigl@lua.sms.sachsen.de

Gesetzliche Unfallversicherung für im Rettungsdienst tätige Ärzte

Urteil des Sächsischen Landessozialgerichtes

Aufgrund eines bedauerlichen Unfalls einer Notärztin im Rettungsdienst hatte es im Ärzteblatt Sachsen, Heft 9/1998, Seite 435, sowie Heft 2/1999, Seite 49, bereits Veröffentlichungen zu der Fragestellung gegeben: **Ist ein im Rettungsdienst tätiger Arzt auch unfallversichert, wenn diese aufgrund einer Nebentätigkeit und einer mit eigenständigem Liquidationsrecht ausgestalteten Tätigkeit außerhalb der normalen Dienstzeit – hier als angestellter Krankenhausarzt – ausgeübt wird?** Die beteiligte Unfallkasse als gesetzlicher Unfallversicherungsträger hatte dazu die Auffassung vertreten, dass solche Ärzte keine der gesetzlichen Unfallversicherung unterliegende Beschäftigungen ausüben. Folglich würde für die betroffene Ärztin, aber auch für alle anderen Ärzte, kein Unfallversicherungsschutz aus der gesetzlichen Unfallversicherung bestehen. Nach nunmehr beinahe fünf Jahren liegt das rechtskräftige Urteil des Sächsischen Landessozialgerichtes vor. Daraus ergibt sich fol-

gender vom Gericht festgestellter tatsächlicher Sachverhalt:

Die betroffene Notärztin ist angestellte Ärztin eines Krankenhauses und erlitt im Rahmen eines Noteinsatzes in einem Notarztwagen gegen 21.00 Uhr (außerhalb der normalen allgemeinen Dienstzeit des Krankenhauses) erhebliche Verletzungen. Darauf fußend macht sie Ansprüche gegen den gesetzlichen Unfallversicherungsträger geltend. Der Rettungsdienst in dem Krankenhaus ist so strukturiert, das während der allgemeinen Dienstzeit (7.00 Uhr bis 16.00 Uhr) der für den Rettungsdienst eingeteilte Arzt seiner üblichen Tätigkeit nachgeht und bei Bedarf an Rettungseinsätzen teilnimmt. In der außerhalb der allgemeinen Dienstzeit liegenden Zeit hält er sich in dem Krankenhaus auf. Der Arbeitgeber erteilt für diese Tätigkeit eine Nebentätigkeitserlaubnis. Die Vergütung der Teilnahme an diesem Notarzdienst bemisst sich wie folgt: Für die Bereitschaft wird eine Pauschale gezahlt. Für den jeweiligen konkreten Einsatz erfolgt eine Abrechnung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen von dem Arzt selbst.

Nach dem in dem Verwaltungsverfahren die Ansprüche der betroffenen Ärztin abgelehnt worden waren, erhob die Ärztin Klage beim zuständigen Sozialgericht. Sie trägt im Wesentlichen dazu vor, dass sie aufgrund der tarifrechtlichen Regelung zur Teilnahme am Rettungsdienst verpflichtet sei (2c Nr. 3 Abs. 2 BAT-O). Darüber hinaus hatten Ärzte, die sich weigerten am Notarzdienst teilzunehmen, bereits vom Arbeitgeber Abmahnungen erhalten.

Der gesetzliche Unfallversicherungsträger trägt im Wesentlichen dazu vor, dass das Recht auf eigenständige Liquidation als Zeichen der selbständigen Tätigkeit zu bewerten sei, so dass sich von daher eine Einordnung in die gesetzliche Unfallversicherung für die betroffene Ärztin verbieten würde. Sowohl das Sozialgericht als auch das Landessozialgericht stellen in ihren Entscheidungen, die nunmehr rechtskräftig sind, fest, dass es sich bei der Tätigkeit eines angestellten Krankenhausarztes im Rahmen der Notarztstätigkeit um eine abhängige Tätigkeit handelt, mit der Folge, dass die betroffene Ärztin einen Arbeitsunfall

erlitten hat. Das Sozialgericht führt in seinen Entscheidungsgründen Folgendes dazu aus:
 „1. Die Teilnahme an Notarzteinsätzen zählt – unabhängig davon, ob der jeweilige Einsatz während oder nach der allgemeinen Arbeitszeit erfolgt – zu den arbeitsvertraglichen Verpflichtungen der Klägerin (vgl. Lippert, Medizinrecht 1984, S. 44). Dies ergibt sich aus der Auslegung der Sonderregelung (SR) 2c Nr. 3 Abs. 2 des Bundesangestelltentarifvertrages-Ost (BAT-O). Gemäß § 2 des Arbeitsvertrages der Klägerin vom 28. Oktober 1993 findet der BAT-O auf ihr Arbeitsverhältnis Anwendung.

SR 2c Nr. 3 Abs. 2 BAT-O lautet:

„Zu den dem Arzt aus seiner Haupttätigkeit obliegenden Pflichten gehört es ferner, am Rettungsdienst in Notarztwagen und Hubschraubern teilzunehmen.“...

Entgegen der Ansicht der Beklagten ist die vorzitierte Vorschrift nicht einschränkend dahingehend auszulegen, dass Ärzte, deren Arbeitsverhältnis dem BAT-O unterliegt, nur während ihrer allgemeinen Arbeitszeit arbeitsvertraglich verpflichtet sind, an Notarzteinsätzen teilzunehmen. Zum einen bietet schon der Wortlaut keinen Anhaltspunkt für die von der Beklagten vertretene Auffassung, da die Vorschrift nicht den geringsten Hinweis auf eine Einschränkung ihrer Geltung in zeitlicher Hinsicht enthält. Ein entsprechender Hinweis lässt sich auch nicht der Protokollnotiz Nr. 1 zu Abs. 2 entnehmen. Diese Protokollnotiz richtet sich an die Arbeitgeber und soll die ordnungsgemäße medizinische Versorgung der Krankenhauspatienten sicherstellen. Eine Einschränkung der Geltung der SR 2c Nr. 3 Abs. 2 auf bestimmte Zeiten lässt sich der Protokollnotiz Nr. 1 zu Abs. 2 auf bestimmte Zeiten lässt sich der Protokollnotiz Nr. 1 zu Abs. 2 dagegen nicht entnehmen. Gegen die von der Beklagten vertretene Auslegung spricht, dass sie Sinn und Zweck der SR 2c Nr. 3 Abs. 2 BAT-O nicht gerecht wird. Diese Regelung soll nämlich die Durchführung des Rettungsdienstes in Notarztwagen gewährleisten, der in Sachsen – wie auch in zahlreichen anderen Bundesländern – gemäß § 3 Abs. 1 des Sächsischen Rettungsdienstgesetzes (SächsRettDG) den Landkreisen und kreisfreien Städten bzw. den Rettungszweckverbänden übertragen ist. Um den Trägern des Rettungsdienstes, die in der Regel nicht über ausreichend geeignetes Personal verfügen, die Erfüllung ihrer gesetzlich übertragenen Aufgaben zu ermöglichen, sind gemäß § 10

Abs. 1 Satz 2 SächsRettDG die Krankenhäuser im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit verpflichtet, Ärzte gegen Kostenausgleich zur Verfügung zu stellen. Dieser Verpflichtung können die Krankenhäuser wiederum nur dann nachkommen, wenn die bei ihnen angestellten Ärzte arbeitsvertraglich verpflichtet sind, an Rettungsdienstseinsätzen auf Notarztwagen teilzunehmen. Zwar wäre es auch denkbar, dass die Krankenhäuser auf freiwilliger Basis Ärzte vertraglich zur Teilnahme am Rettungsdienst auf Notarztwagen verpflichten. Dies würde jedoch der überragenden Bedeutung eines funktionierenden Rettungswesens für die Gesundheit der Bevölkerung nicht gerecht werden, da nicht ausgeschlossen werden kann, dass sich nicht genügend Ärzte freiwillig zur Teilnahme am Rettungsdienst bereit finden. Um etwaige Versorgungslücken auszuschließen und den Krankenhäusern die Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben zu ermöglichen, sieht SR 2c Nr. 3 Abs. 2 BAT-O eine (dem Wortlaut nach) zeitlich unbeschränkte Verpflichtung für alle dem BAT-O unterliegenden Ärzte vor, am Rettungsdienst auf Notarztwagen teilzunehmen. Mit dieser Intention der Tarifvertragsparteien ist die von der Beklagten vertretene Auslegung nicht vereinbar, da dann der Rettungsdienst auf Notarztwagen lediglich während der allgemeinen Arbeitszeit (von 7.00 - 16.00 Uhr), nicht aber für die restliche Tageszeit abgesichert wäre.“ Das Landessozialgericht geht in seiner Argumentation insoweit sogar noch weiter, als dass es ausführt, dass es letztendlich gar nicht darauf ankommt, wie die tarifrechtliche Regelung des BAT-O (SR 2c Nr. 3 Abs. 2) zu interpretieren ist, denn es heißt dort:

„Wenn die Krankenhäuser verpflichtet sind, Ärzte zur Verfügung zu stellen, dann können sie dieser gesetzlichen Pflicht nur durch ein entsprechendes – gesetzlich begründetes – Direktionsrecht nachkommen, den die Pflicht des Krankenhausarztes korrespondiert, einer entsprechenden Weisung des Krankenhauses (bzw. dessen Trägers) nachzukommen. Exemplarisch deutlich wird dies in dem Fall, dass sich keine Ärzte finden, die „freiwillig“ am Rettungsdienst teilnehmen wollen. Dann ist das Krankenhaus aufgrund seiner gesetzlichen Verpflichtung gezwungen, Ärzte auch gegen ihren Willen aufgrund des dem Arbeitsverhältnis innewohnenden Weisungsrechts zum Rettungsdienst einzuteilen. Dies ist aber nur möglich, wenn eine derartige Befugnis von Haus aus und dem Grunde nach besteht.

Da aber zwischen Krankenhaus und Krankenhausarzt nur eine arbeitsrechtliche Rechtsbeziehung besteht, modifiziert § 10 SächsRettDG die vertragliche Rechtsbeziehung von Gesetzes wegen, so dass es letztlich nicht darauf ankommt, wie SR 2c Nr. 3 Abs. 2 BAT-O zu interpretieren ist, wobei der Senat die Auslegung des SG für zutreffend hält. Die gesetzliche Verpflichtung des Krankenhausarztes aber geht in jedem Fall anderen vertraglichen Regelungen vor, auch der von der Beklagten herangezogenen zwischen dem Landkreis, dem Krankenhausträger und der KVS. Auch die von der Beklagten auf das Liquidationsrecht gegründeten Einwände greifen nicht durch. § 10 Abs. 1 S. 3 SächsRettDG sieht ausdrücklich einen „Kostenausgleich“ für die Arzteinsätze vor. Dieser Begriff lässt vielfältige Gestaltungsmöglichkeiten zu. Hier haben sich die Beteiligten offenbar darauf verständigt, die Kosten durch ein Liquidationsrecht des eingesetzten Arztes gegenüber der KVS auszugleichen. Diese Konstruktion aber erfordert zwangsläufig eine Nebentätigkeitsgenehmigung. Dieser fiskalische Hintergrund macht es auch plausibel, dass die Klägerin – wie sie glaubhaft vorgetragen hat – von dieser ihr erteilten Genehmigung erst im Nachhinein erfuhr. Die Erteilung der Nebentätigkeitsgenehmigung, die unter diesem Gesichtspunkt tatsächlich kein rechtliches „Nul-lum“ ist, besagt daher gar nichts über die rechtliche Qualität des Rettungseinsatzes.“ Zusammenfassend lässt sich Folgendes feststellen: Ein angestellter Arzt im Krankenhaus ist aufgrund der derzeit geltenden Regelungen im Sächsischen Rettungsdienstgesetz, wonach die Krankenhäuser verpflichtet sind, Krankenhausärzte dem Träger des Rettungsdienstes zur Verfügung zu stellen, verpflichtet, am Rettungsdienst teilzunehmen (sofern er im Besitz des Fachkundenachweises Rettungsdienst ist). Folglich sind die von dem angestellten Arzt ausgeübten Einsätze im Rettungsdienst auch als Tätigkeiten im Rahmen seines Beschäftigungsverhältnisses zu beurteilen. Für die Beurteilung der gesetzlichen Unfallversicherung bedeutet dies, dass alle im Rahmen der Tätigkeit erlittenen dem SGB VII unterliegenden Unfälle, als solche zu bewerten sind, die Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung begründen. Wir empfehlen allen im Rettungsdienst tätigen angestellten Ärzten den Krankenhausträger darauf aufmerksam zu machen.

Assessorin Iris Glowik
 Juristische Geschäftsführerin

Ärztliche Bescheinigungen über die Arbeitsunfähigkeit

Im Arbeits- und Sozialrecht ist die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit eines Arbeitnehmers für die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfalle oder für die Gewährung von Krankengeld durch die Krankenkasse bedeutsam und hat für den Patienten wirtschaftliche Folgen.

1. Definition des Begriffes „Arbeitsunfähigkeit“

Eine Legaldefinition des Begriffes der Arbeitsunfähigkeit gibt es nicht. Lediglich die für den Vertragsarzt verbindlichen Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung („Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien“) in der Fassung vom 3. September 1991 (veröffentlicht im Bundesarbeitsblatt Nr. 11 vom 31. Oktober 1991) bieten auch außerhalb des Vertragsarztrechts einen Anhaltspunkt für eine Definition. Danach liegt eine Arbeitsunfähigkeit vor, wenn der Versicherte aufgrund von Krankheit seine ausgeübte Tätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausführen kann. Arbeitsunfähigkeit liegt ferner auch vor, wenn aufgrund eines bestimmten Krankheitszustandes, der für sich allein noch Arbeitsunfähigkeit bedingt, absehbar ist, dass aus der Ausübung der Tätigkeit für die Gesundheit abträgliche Folgen erwachsen, die Arbeitsunfähigkeit unmittelbar hervorrufen. Dabei muss ein kausaler Zusammenhang zwischen der Krankheit und der dadurch bedingten Unfähigkeit zur Fortsetzung der ausgeübten Tätigkeit erkennbar sein.

Der Arzt hat den Betroffenen über Art und Umfang der tätigkeitsbedingten Anforderungen und Belastungen zu befragen und das Ergebnis der Befragung bei der Beurteilung von Grund und Dauer der Arbeitsunfähigkeit zu berücksichtigen.

Es ist also stets auf eine konkrete einzelvertragliche Verpflichtung und auf den individuellen Gesundheitszustand des Arbeitnehmers abzustellen.

Die für Vertragsärzte geltenden oben genannten AU-Richtlinien sind dem Grunde nach nur für Vertragsärzte bzw. für die gesetzlich Versicherten bindend. Die AU-Richtlinien können jedoch auch als Hilfestellungen für sogenannte privatversicherte Patienten dienen.

2. Folgen fehlerhafter Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen

Die vom Arzt auszustellende Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung dient dabei dem Arbeitnehmer als Voraussetzung für seinen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgeltes bzw. Krankengeld. Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des Arztes ist eine Erscheinungsform des ärztlichen Attestes und ist aus strafrechtlicher Sicht gesehen ein Gesundheitszeugnis. Die Ausstellung einer unrichtigen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung kann aus diesem Grunde auch strafrechtliche und berufsrechtliche Folgen haben.

3. Voraussetzung für die Ausstellung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Die Feststellung von Arbeitsunfähigkeit und/oder die Empfehlung zur stufenweisen Wie-

dereingliederung haben deshalb ausschließlich aufgrund ärztlicher Untersuchungen zu erfolgen. Bei der für den gesetzlich Versicherten geltenden Erstbescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit gilt, dass eine vor der ersten Inanspruchnahme des Arztes liegende Zeit grundsätzlich nicht bescheinigt werden soll. Eine Rückdatierung des Beginns der Arbeitsunfähigkeit auf einen vor dem Behandlungsbeginn liegenden Tag ist ebenso wie eine rückwirkende Bescheinigung über das Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit nur ausnahmsweise und nur nach gewissenhafter Prüfung und in der Regel nur bis zu zwei Tagen zulässig.

Bei der Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit bei Krankengeldbezug gilt, dass die Bescheinigung über die letzte Arbeitsunfähigkeit zum Zwecke der Erlangung dieses Krankengeldes dann zu versagen ist, wenn der Kranke entgegen ärztlicher Anordnung und ohne triftigen Grund länger als eine Woche nicht zur Behandlung gekommen ist und bei der Untersuchung arbeitsfähig befunden wird. In diesem Falle darf lediglich die Arbeitsfähigkeit ohne den Tag ihres Wiedereintritts bescheinigt werden. Zusätzlich ist der vorletzte Behandlungstag anzugeben.

4. Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit

Bei Bestehen von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit sind die Krankenkassen verpflichtet, eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst) gemäß § 275 Abs. 3 Nr. 3 Buchstabe b) einzuholen. Nach den AU-Richtlinien ist das Gutachten dieses Medizinischen Dienstes dabei grundsätzlich verbindlich. Bestehen zwischen dem Vertragsarzt und dem MDK Meinungsverschiedenheiten, kann der Arzt unter Darlegung seiner Gründe die Krankenkasse unterrichten. Kann die Krankenkasse die Meinungsverschiedenheit nicht ausräumen, hat sie auf Verlangen des Arztes, möglichst kurzfristig, die Entscheidung durch Zweitgutachten herbeizuführen.

Im Ergebnis ist der Arzt gut beraten, wenn er die in den AU-Richtlinien vorliegenden Regelungen, insbesondere über die Voraussetzungen für die AU-Schreibung sowie die Beachtung der Fristen, einhält.

Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf »Arzthelferin/Arzthelfer«

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

**Montag, den 19. Mai 2003,
8.00 - 14.15 Uhr**

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

Regierungsbezirk Chemnitz

Berufliches Schulzentrum für
Gesundheit und Sozialwesen
An der Markthalle 10, 09111 Chemnitz

Berufliches Schulzentrum Wirtschaft
und Gesundheit
Wielandstraße 51, 08525 Plauen

Regierungsbezirk Dresden

Sächsische Landesärztekammer
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Berufliches Schulzentrum für Wirtschaft
und Soziales
Carl-v.-Ossietzky-Straße 13 - 16,
02826 Görlitz

Regierungsbezirk Leipzig

Berufliches Schulzentrum 9 Gesundheit
und Sozialwesen
Schönauer Straße 160, 04207 Leipzig

Berufliches Schulzentrum Torgau
Repitzer Weg 10, 04860 Torgau

Die praktischen Prüfungen werden im Juni 2003 durchgeführt. Dazu ergehen gesonderte Einladungen.

I. Zulassung zur Abschlussprüfung

Zur Abschlussprüfung mit Beginn 19. Mai 2003 können regulär zugelassen werden:

1. Auszubildende und Umschülerinnen, deren Ausbildungs- oder Umschulungsverhältnis nicht später als am 31. August 2003 endet.
2. Bewerberinnen/Bewerber, die den Antrag auf eine Wiederholungsprüfung gestellt haben (§ 34 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz).

II. Zulassung in besonderen Fällen

1. Auszubildende und Umschülerinnen (bei Umschulungszeit von 30 - 36 Monaten), deren Ausbildungs-/Umschulungszeit nach dem 31. August 2003 endet, können den Antrag auf vorzeitige Zulassung zur Abschlussprüfung stellen.

Gemäß § 40 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz können Regelungen auf Zulassung zur Abschlussprüfung vor Ablauf der 3-jährigen Ausbildung nach Anhören des ausbildenden Arztes und der Berufsschule getroffen werden (maximal mögliche Ausbildungsverkürzung von insgesamt sechs Monaten).

Als Maßstäbe für die Einzelfallentscheidung sind festgelegt:

- mindestens gute Lern- und Ausbildungsergebnisse in der Arztpraxis,
- gute Lernmotivation und Lernergebnisse mit Notendurchschnitt bis 2,0 in der Berufsschule,
- mindestens befriedigende Note in der Zwischenprüfung.
- Die Inhalte des Ausbildungsrahmenplanes und des im Berufsschulunterricht vermittelten Lernstoffes – soweit er für die Berufsausbildung wesentlich ist – müssen dabei vollständig anwendungsbereit sein.

2. Bewerberinnen/Bewerber ohne vorangegangenes Berufsausbildungsverhältnis, die nachweisen, dass sie mindestens das Zweifache der Zeit, die als Ausbildungszeit vorgeschrieben ist, in dem Beruf der Arzthelferin tätig gewesen sind (§ 40 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz).

III. Verkürzung der Ausbildungszeit

Gemäß § 29 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz hat die Sächsische Landesärztekammer auf Antrag die Ausbildungszeit zu kürzen, wenn zu erwarten ist, dass die Auszubildende das Ausbildungsziel in der gekürzten Zeit erreicht.

Als Maßstäbe für die Einzelfallentscheidung sind festgelegt:

- Ausbildungsende bis spätestens 30. November 2003,
- Nachweis befriedigender Leistungen in der Praxis,

■ Lernergebnisse bis 3,0 in der Berufsschule. Das Vorliegen von Abitur, Berufsgrundbildungsjahr sowie der Abschluss einer fachfremden privaten Berufsfachschule rechtfertigen grundsätzlich keine Verkürzung von vornherein.

IV. Anmeldung und Zulassungsverfahren

Die Anmeldung zur Abschlussprüfung hat mit vollständigen Unterlagen – entsprechend § 10 der „Prüfungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer für die Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf der Arzthelferinnen“ (veröffentlicht im Internet unter www.slaek.de) – **bis spätestens zum 7. März 2003** zu erfolgen.

Bei Antrag auf Verkürzung, auf vorzeitige Zulassung oder Zulassung ohne vorangegangenes Berufsausbildungsverhältnis (siehe Ziffer II.1./2. und III.) sind zusätzlich die oben genannten Nachweise zum selben Termin einzureichen.

Über die Zulassung zur Abschlussprüfung entscheidet die zuständige Stelle. Hält sie die Zulassungsvoraussetzungen nicht für gegeben, so entscheidet der Prüfungsausschuss (§ 39 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz). Die Anmeldeformulare und die Gebührenbescheide für die Prüfungsgebühren erhalten die auszubildenden Ärzte oder in den Fällen von Ziffer I.2. (Wiederholungsprüfung ohne Ausbildungsverlängerung) und II.2. (Externe Prüfung) die Teilnehmerinnen von der Sächsischen Landesärztekammer.

Es ist darauf aufmerksam zu machen, dass der Prüfungsausschuss gemäß § 22 Abs. 1 der Prüfungsordnung feststellt, welcher Tag als Tag des Bestehens der Prüfung gilt. Mit dem Tag des Bestehens der Abschlussprüfung endet das Berufsausbildungs- oder Umschulungsverhältnis.

Veronika Krebs (bis 12/2002)
Marina Hartmann (ab 01/2003)
Leitende Sachbearbeiterin
Referat Arzthelferinnenwesen

Startschuss für Pensionskasse der Gesundheitsberufe

Bezug nehmend auf eine Veröffentlichung im „Ärzteblatt Sachsen“ 9/2002, S. 427, möchten wir Ihnen auszugsweise eine Pressemeldung der Bundesärztekammer zur Kenntnis geben:

Die mehr als 500 000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in deutschen Arzt- und Zahnarztpraxen bekommen eine eigene Pensionskassenversorgung für die betriebliche Altersvorsorge durch Entgeltumwandlung. Eine entsprechende Vereinbarung wurde am 24.10.2002 zwischen den Tarifparteien der Ärzte, Zahnärzte und Arzt-, Zahnarzt- und Tierarzt-helferinnen und einem Konsortium von Finanz- und Dienstleistern getroffen.

Als Konsortialteilnehmer wurden die **Deutsche Ärzteversicherung**, Köln, gemeinsam mit der **Deutschen Apotheker- und Ärztebank**, Düsseldorf, ausgewählt. Der Geschäftsbetrieb wird über die gut eingespielten und weit verzweigten Vertriebswege dieser Anbieter ab sofort aufgenommen. Damit werden alle Ärzte und Zahnärzte, die dieses Angebot in Anspruch nehmen wollen, ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern noch fristgerecht ermöglichen, die Steuervorteile und Zulagen („Rieser-Förderung“) für das Kalenderjahr 2002 in Anspruch zu nehmen. Die tariflichen Rahmenbedingungen hierfür wurden für alle tarifbasierten Arbeitsverhältnisse bereits durch

einen „Tarifvertrag zur betrieblichen Altersversorgung durch Entgeltumwandlung“ festgelegt. Aber auch Arbeitgebern aus anderen Gesundheitsberufen und ihren Mitarbeitern steht die Pensionskasse offen.

Direkte weitere Informationen erhalten Sie bei der Deutschen Ärzteversicherung unter der Rufnummer (0 18 03) 21 22 71 oder (02 21) 14 82 27 00.

Veronika Krebs
Leitende Sachbearbeiterin
Referat Arzthelferinnenwesen

Konzerte und Ausstellungen

Konzerte

Donnerstag, 19. Dezember 2002

19.30 Uhr

Weihnachtskonzert

**Es ist für uns eine Zeit
angekommen**

Mädchenchor der Jugendkunstschule

„Schloss Albrechtsberg“ Dresden

Leitung: Claudia Sebastian-Bertsch

Klavier: Anita Röbbke

Moderation: Wanda Mainka, Sophia Heckschen,

Annida Aldejohann

Vor dem Konzert bietet das Restaurant
weihnachtliche Speisen an.

Sonntag, 12. Januar 2003

11.00 Uhr

Junge Matinee

Bläsermusik – Klaviermusik

Es musizieren Bläser des

Carl-Maria-von-Weber-Gymnasiums,

der Sächsischen Spezialschule für Musik in

Vorbereitung an den Wettbewerb „Jugend musiziert“

und Studenten der Fachrichtung Klavier der

Hochschule für Musik „Carl Maria von Weber“ Dresden

Ausstellungen

Foyer der

Sächsischen Landesärztekammer

Katrin Harder

Constructum – Zeichnungen

bis 13. Januar 2003

Foyer der

Sächsischen Ärzteversicherung

Susanne Kiesewetter

Malerei und Grafik

„Augen-Blicke“

bis 28. 2. 2003

Programmänderungen
bleiben vorbehalten.

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

Problem mit Alkohol oder Drogen?

Die Sächsische Landesärztekammer bietet Ärztinnen und Ärzten, die ein Problem mit Alkohol oder Drogen haben, eine Beratung an.

Ansprechpartner sind:

Frau Dipl.-Med. Annette Kaiser,

Telefon: (03 51) 8 26 73 86

Herr Prof. Dr. med. habil. Otto Bach,

Telefon: (03 51) 8 26 73 20.

Eine Kontaktaufnahme führt zu keinem Behandlungsvertrag. Absolute Vertraulichkeit ist selbstverständlich. Die Beratung wird Wege weisen und gegebenenfalls spezialisierte Behandlungsstellen empfehlen.

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach

Mitteilung der Bezirksstelle Leipzig

Die Bezirksstelle Leipzig der Sächsischen Landesärztekammer ist aus Urlaubsgründen in der Zeit vom 23. 12. 2002 bis 3. 1. 2003 nicht besetzt.

In dringenden Angelegenheiten steht Ihnen die Hauptgeschäftsstelle in Dresden, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 8 26 74 11 zur Verfügung.

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 Versorgungsbe-
reich) 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

Chemnitz-Stadt

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Stollberg

Facharzt für Augenheilkunde
Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Zwickau-Stadt

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 7. 1. 2003 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.

Chemnitz-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Teil einer Gemeinschaftspraxis

Mittweida

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Teil einer Gemeinschaftspraxis

Mittlerer Erzgebirgskreis

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 24. 12. 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

Meißen

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 20. 12. 2002 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 8 82 83 30 zu richten.

Meißen

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 9. 1. 2003 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 Chirurgie

Torgau-Oschatz

Facharzt für Augenheilkunde

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 8. 1. 2003 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 Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, folgende Vertragsarztsitze in den **Planungsbereichen** zur Übernahme veröffentlicht.

■ Bezirksstelle Chemnitz

Mittlerer Erzgebirgskreis

2 Fachärzte für Allgemeinmedizin*)
Gemeinschaftspraxis; eignet sich als Einzelpraxis; geplante Praxisabgabe: 07/2003

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. (03 71) 2 78 94 06 oder 4 07.

■ Bezirksstelle Leipzig

Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: 12/2003

Delitzsch

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: 07/2003

Torgau-Oschatz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: 04/200303

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

KVS Landesgeschäftsstelle

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 Dietrich
Dr. Hans-Joachim Gräfe
Dr. Rudolf Marx
Prof. Dr. Peter Matzen
Dr. jur. Verena Diefenbach
Knut Köhler M.A.

Redaktionsassistent: Ingrid Hüfner

Anschrift der Redaktion

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

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

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

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

Titelgestaltung: Hans Wiesenhütter, Dresden

Zuschriften redaktioneller Art bitten wir, nur an die Redaktion, Postanschrift: Postfach 10 04 65, 01074 Dresden, zu richten. Für drucktechnische Fehler kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt, Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers und Verlages statthaft. Mit Namen 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 Leseranalyse Medizinischer Zeitschriften e. V.

P. Schwarz, S. Fischer

Erforschung des Diabetes mellitus am Universitätsklinikum Dresden

TU Dresden
Medizinische Fakultät
3. Medizinische Klinik

Herrn Prof. Dr. Schulze zum 60. Geburtstag

Die Inzidenz des Diabetes mellitus wird in den nächsten 10 Jahren in Europa um ca. 25% zunehmen und damit auch in Deutschland zu drastisch steigenden Gesundheitsausgaben führen. Darüber hinaus verschlechtert die Krankheit aber auch die Lebensqualität der Betroffenen deutlich. Mit der derzeitigen Praxis, den Diabetes häufig erst Jahre nach der Manifestation zu erkennen, können wir die erwartete Inzidenzexplosion eigentlich nur noch verwalten. Es ist deshalb von entscheidender Bedeutung, neue Modelle zur Früherkennung der Erkrankung und ihrer Vorstadien sowie zur Diabetesprävention zu entwickeln und gesundheitspolitisch umzusetzen.

Basierend auf genetischen Veranlagungen, entwickelt sich der Diabetes durch ungünstige Veränderungen unseres Lebensstils wie beispielsweise Bewegungsmangel, Über- und Fehlernährung. Langfristig kann uns die Erkennung der Erbanlagen für den Diabetes helfen, Risikopersonen frühzeitig zu identifizieren.

Auf Initiative von Herrn Prof. Schulze wurde 1993 in Dresden begonnen, diesen Fragen intensiv nachzugehen. In Zusammenarbeit mit Diabetologen aus Sachsen wurden Patienten zu Untersuchungen der genetischen Ursachen des Diabetes rekrutiert. Es wurden Geschwisterpaare mit Diabetes gesucht, da diese potentiell die „gleiche“ genetische Veranlagung tragen. In Kooperation mit einem der führenden Diabetesforschungsinstitute in Chicago konnten Mitarbeiter aus der Abteilung von Prof. Schulze in den folgenden Jahren das erste Gen für den Typ-2-Diabetes, CAPN10, identifizieren. Verbunden mit dieser Entdeckung waren verschiedene methodische, genetische und statistische Neuerungen in der Beschreibung dieser polygenetisch vererbten multifaktoriellen Erkrankung. Träger von Kombinationen bestimmter genetischer Varianten



Stationsvisite MK 3 – S 2 Universitätsklinik Dresden (v. li: Dr. med. H. Rietzsch, Fr. K. Perzborn, Dr. med. T. Selisko, Prof. Dr. med. habil. J. Schulze)
Foto: F. Hartmann

hatten ein drastisch erhöhtes Diabetesrisiko. Der nächste Schritt bestand darin, diese Erkenntnisse an klinischen Daten zu überprüfen. So wurden Untersuchungen an sehr gut charakterisierten Patienten aus verschiedenen Studien (RIAD Studie – Prof. Hanefeld; FAMES-Studie – Prof. Julius) durchgeführt. Die genetischen Untersuchungen erfolgten in der Arbeitsgruppe um Prof. Schulze in Dresden. Die Arbeitsgruppen konnten gemeinsam zeigen, dass bestimmte genetische Faktoren schon bei nichterkrankten Personen mit einem erhöhten Stress der Betazelle assoziiert sind und damit bei ungünstigen Lebensbedingungen häufiger und früher zu einem Typ-2-Diabetes führen können. Diese genetischen Faktoren sind damit potentiell als Risiko für einen späteren Diabetes anzusehen. Da die

genetischen Faktoren lebenslang existieren, könnte mit diesen das Erkrankungsrisiko lange vor Beginn der Erkrankung diagnostiziert werden. In der Arbeitsgruppe um Prof. Schulze werden zur Zeit dazu weitere Gene untersucht. Mit diesen Untersuchungen sind natürlich neue ethisch-moralische und rechtliche Fragestellungen verbunden.

Das Erkennen von genetischen Faktoren, die mit einem hohen Diabetesrisiko assoziiert sind, würde unserer ärztlichen Arbeit eine neue Qualität verleihen. Wir wären damit in der Lage, eine effektive Primärprävention durchzuführen. Personen mit einem erhöhten Diabetesrisiko könnten vor Erkrankungsbeginn in Präventionsprogramme einbezogen werden. Dazu müssen effektive Konzepte entwickelt werden. In mehreren internationalen Studien wurden erste Ergebnisse einer erfolgreichen Diabetesprävention vorgestellt. Durch Lebensstilintervention konnte die Konversionsrate vom Stadium der gestörten Glukosetoleranz zum Stadium des Diabetes um 58% reduziert werden. Durch Verwirklichung der Diabetesprävention könnten zukünftig auch ökonomische Ressourcen effektiver eingesetzt werden. Die Abteilung von Prof. Schulze arbeitet intensiv an der Verbesserung der Diabetesvorhersage aufgrund genetischer Erkenntnisse und der Entwicklung von Präventionsmodellen bis zu deren Implementierung in die Praxis.

Sehr geehrter, lieber Herr Prof. Schulze, mit diesen Zeilen möchten sich alle Ärzte und wissenschaftlichen Mitarbeiter, die an diesen Projekten arbeiten, für die Initiierung dieser Forschung, die stete Unterstützung und kritische Begleitung sehr herzlich bei Ihnen bedanken. Wir hoffen, dass wir gemeinsam dem Ziel näherkommen, die genetischen Daten als Grundstock für eine erfolgreiche Diabetesprävention in Sachsen nutzen können.

Dr. med. Peter Schwarz,
PD Dr. med. Sabine Fischer

U. Lindner¹, L. Kaltoven², A. Reichel³, K. Bauch⁴

Diabetes mellitus und Schwangerschaft – eine interdisziplinäre Herausforderung

¹ Klinikum Chemnitz gGmbH, Klinik für Innere Medizin II

² Klinikum Chemnitz gGmbH, Frauenklinik

³ Universitätsklinikum der TU Dresden, Medizinische Klinik und Poliklinik III

⁴ Klinikum Hoyerswerda gGmbH, III. Medizinische Klinik

Zusammenfassung

Eine diabetische Stoffwechselstörung in der Schwangerschaft stellt für Fet, Neugeborenes und Schwangere eine Gefährdung dar, der nur durch sorgfältige diabetologische Stoffwechselführung begegnet werden kann. Dies gilt sowohl für Schwangere, bei der die Stoffwechselstörung vor als auch erst während der Gravidität festgestellt wird. Da es keine verlässlichen klinischen Symptome gibt, die auf einen Gestationsdiabetes hinlänglich sicher hinweisen, ist in jeder Schwangerschaft ein Screening erforderlich.

Die optimale Betreuung schwangerer Diabetikerinnen setzt eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von Diabetologen, Geburtshelfern, Ophthalmologen, Neonatologen, DiabetesberaterInnen und Hausärzten voraus. Ambulante Arztpraxen und entsprechend evaluierte Zentren zur Betreuung schwangerer Diabetikerinnen müssen eng zusammenarbeiten. Bei optimaler Betreuung haben heute Diabetikerinnen nahezu die gleiche Chance wie Nichtdiabetikerinnen, ein gesundes Kind zur Welt zu bringen.

Schlüsselwörter: Diabetes mellitus, Schwangerschaft, Gestationsdiabetes, Diabeteszentrum

Eine diabetische Stoffwechselstörung in der Schwangerschaft stellt für Fet, Neugeborenes und Schwangere eine Gefährdung dar, der nur durch sorgfältige diabetologische Stoffwechselführung begegnet werden kann. Dies gilt sowohl für Schwangere, bei der die Stoffwechselstörung vor als auch erst während der Gravidität festgestellt wird.

Definition:

Abhängig vom Zeitpunkt des Nachweises der Stoffwechselstörung werden unterschieden:

■ Schwangerschaft bei **prägravid diagnostiziertem Diabetes mellitus (PDM)**, wobei sowohl ein Diabetes mellitus Typ 1 als auch Typ 2 vorliegen kann.

■ Als **Gestationsdiabetes (GDM)** wird jede Glucosetoleranzstörung bezeichnet, die erstmals in der Schwangerschaft festgestellt wird. Es kann sich dabei sowohl um die Erstmanifestation eines Typ-1-, Typ-2-Diabetes oder MODY als auch eine diabetische Stoffwechselstörung handeln, die nach Ende der Gravidität wieder verschwindet.

Pathogenese:

Die physiologische Erhöhung der kontrainsulinären Hormone, vor allem des Human-Choriongonadotropin hCG, bedingt in der Schwangerschaft eine Insulinresistenz mit konsekutiver Steigerung des Insulinbedarfs. Bei schon prägravid vorbestehender Insulinresistenz kann die Insulinhypersekretion nicht kompensierend gesteigert werden. Es entwickelt sich eine Glukosestoffwechselstörung, der Gestationsdiabetes. Postpartal sinkt der Insulinbedarf, so dass wieder eine Normoglykämie erreicht werden kann. Bei Zunahme der Insulinresistenz, zum Beispiel erneute Gravidität, Gewichtszunahme, Bewegungsarmut etc., oder nachlassender Sekretionsleistung der Beta-

Zelle ist die Wahrscheinlichkeit der Typ-2-Diabetesmanifestation gegenüber der Normalpopulation deutlich erhöht. Wenn der graviditätsbedingte erhöhte Insulinbedarf das zunehmende Sekretionsdefizit überschreitet, kann sich auch ein Diabetes Typ 1 in einer frühen Krankheitsphase manifestieren.

Ein Gestationsdiabetes sollte bereits während der Schwangerschaft durch Beachtung klinischer Parameter, Beurteilung der BZ-Verläufe unmittelbar postpartal und ggf. Bestimmung der Diabetes Typ 1 assoziierten Antikörper klassifiziert werden, da sich postpartal die Betreuung der Gestational-, Typ-1- und Typ-2-Diabetiker wesentlich unterscheidet.

Häufigkeit:

Der Anteil von Frauen mit vorbestehendem Diabetes mellitus an den Gesamt-Geburtenzahlen beträgt 0,2-0,3%. Ein Gestationsdiabetes hingegen lässt sich bei gezielter Suche bei 2-5% der Schwangeren nachweisen. International schwanken die Angaben zur Häufigkeit des Gestationsdiabetes sogar von <1% bis >20%. Die großen Unterschiede beruhen auf der regional unterschiedlichen Häufigkeit des Diabetes mellitus Typ 2, dem methodischen Vorgehen und den unterschiedlichen Bewertungskriterien für den GDM.

Besonderheiten und Komplikationen:

Vor Einführung des Insulins in die Therapie des Diabetes mellitus war die Schwangerschaft bei einer Diabetikerin ein seltenes Ereignis. Wenn es überhaupt zu einer Schwangerschaft kam, lag die mütterliche Sterblichkeit bei etwa 50%, die perinatale Mortalität des Kindes sogar bei 80%. Noch in den 60er Jahren betrug die perinatale Mortalität etwa 20%. In den vergangenen 20-30 Jahren hat sich die Betreuung schwangerer Diabetikerinnen wesentlich gebessert. Die Gefahren für Mutter und Kind sind jedoch nicht beseitigt.

Komplikationen für die Mutter:

- Verschlechterung des Stoffwechsels (Hypoglykämie, Hyperglykämie, Ketoazidose)
- Auftreten/Verschlechterung einer diabetischen Retinopathie und/oder Nephropathie
- Abortneigung
- Harnwegsinfekte, Infektionen der Scheide und der Cervix
- Gestose
- Plazentainsuffizienz
- Hydramnion
- vorzeitige Wehentätigkeit
- operative Entbindung

Komplikationen für das Kind:

- Fehlbildungen
- intrauteriner Fruchttod
- Frühgeburtlichkeit
- Makrosomie
- Schulterdystokie
- postnatales Atemnotsyndrom
- neonatale Hypoglykämie, Hyperbilirubinämie, Hypokalzämie und Polyglobulie
- nicht-genetisch bedingte Disposition zum Übergewicht und Diabetes mellitus

Zum Gestationsdiabetes:

Meist handelt es sich um einen bereits latent vorhandenen Diabetes mellitus, der sich durch die hormonellen Veränderungen in der Schwangerschaft manifestiert. Der Gestationsdiabetes geht wie der prägravid bekannte Diabetes mit besonders hohen mütterlichen und kindlichen Risiken einher, wenn er unerkannt bleibt, zu spät erkannt oder nicht optimal behandelt wird. Ihm kommt daher die gleiche nosologische Wertigkeit zu wie einem vor der Schwangerschaft bekannten Diabetes.

Es gibt keine verlässlichen klinischen Symptome, die auf einen Gestationsdiabetes hinlänglich sicher hinweisen. Daher ist in jeder Schwangerschaft eine gezielte Suche (Screening), möglichst frühzeitig bei Risikogruppen erforderlich.

Risikogruppen:

Schwangere mit folgenden Risikofaktoren entwickeln häufig einen Gestationsdiabetes: Adipositas, Alter über 30 Jahre, geburtshilflich belastende Anamnese (habituelle Aborte, schwere kongenitale Fehlbildungen in vorangehender Schwangerschaft, Totgeburten, Geburten makrosomer Kinder, Zustand nach Gestationsdiabetes) und diabetische Verwandten I. Grades.

Würden nur diese Risikogruppen untersucht, würden 30% der Frauen mit Gestationsdiabetes nicht erfasst.

Screening:

Alle Schwangeren sind einem Diabetes-Screening zu unterziehen (Empfehlungen der Deutschen Diabetes-Gesellschaft 2001, Leitlinien der Fachkommission Diabetes der Ärztekammer Sachsen 1999). Es genügt ein einfacher **Kurztest**, unabhängig von der Tageszeit oder vorausgegangenen Mahlzeiten: Bestimmung des Blutzucker 60 min nach oraler Gabe von **50g Glukose**. Der Test erfolgt **in der 24.-28. SSW**. Gravide mit den oben ge-

nannten Risikofaktoren müssen sofort nach Schwangerschaftsfeststellung und ggf. wiederholt untersucht werden. Des weiteren sollte bei Schwangeren mit neu aufgetretener Glukosurie, diabetesspezifischen Symptomen (Polydipsie, Polyurie, Gewichtsabnahme unklarer Ursache) oder erstmalig festgestellter Makrosomie des Feten baldmöglichst ein Screening durchgeföhrt oder wiederholt werden. Der Kurztest kann durch den betreuenden Gynäkologen oder auch in Zusammenarbeit mit dem Hausarzt oder einem Diabetologen durchgeföhrt werden. Zum Screening ungeeignet sind die Bestimmung des Urinzuckers oder des HbA1c.

Bei positivem Screeningtest ($BZ \geq 7,8$ mmol/l) folgt eine Vorstellung in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis oder im Zentrum zur Betreuung schwangerer Diabetikerinnen zur Durchföhrtung eines **oralen 75g-Glukose-Toleranztestes** (Grenzwerte im kapillären Vollblut: nüchtern $\geq 5,0$; nach 1 Stunde $\geq 10,0$; nach 2 Stunden $\geq 8,6$ mmol/l). Ein Gestationsdiabetes liegt vor, wenn 2 der 3 Grenzwerte erreicht oder überschritten werden. Wird nur 1 Wert erreicht oder überschritten, so liegt definitionsgemäß eine gestörte Glukosetoleranz (IGT) vor.

Sind der Gestationsdiabetes oder eine IGT gesichert, erfolgt die weitere Betreuung wie bei Schwangeren mit prägravid manifestem Diabetes mellitus.

Nachsorge:

Nach der Gravidität kann die diabetische Stoffwechselstörung wieder verschwinden. Der Gestationsdiabetes hat eine hohe prognostische Bedeutung in Bezug auf weitere Schwangerschaften und eine spätere Diabetesgefährdung. Nach Schwangerschaften mit Gestationsdiabetes entwickelt sich in 50% eine Glukosetoleranzstörung auch in der folgenden Gravidität. Je nach Länge des Beobachtungszeitraums manifestiert sich bei den meisten Frauen mit Gestationsdiabetes im weiteren Leben ein manifester Diabetes mellitus, meist Typ 2.

Nach Feststellung des Gestationsdiabetes sollte durch frühzeitige Änderung der Lebensföhrtung, evtl. notwendige Gewichtsreduktion nach der Schwangerschaft, Ernährungsumstellung und verstärkte körperliche Aktivität der Entwicklung einer lebenslangen Stoffwechselkrankheit vorgebeugt werden.

Ziel und Ablauf der Behandlung:

Durch frühzeitige Erkennung eines Diabetes in der Schwangerschaft und optimale Betreuung der schwangeren Diabetikerin soll die mütterliche und kindliche Morbidität und Mortalität auf das Niveau der Durchschnittspopulation gesenkt werden und die diabetischen Schwangeren die Möglichkeit haben, mit großer Wahrscheinlichkeit ein gesundes Kind zu gebären. (St. Vincent-Deklaration). Die optimale Betreuung schwangerer Diabetikerinnen setzt eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von Diabetologen, Geburtshelfern, Ophthalmologen, Neonatologen, DiabetesberaterInnen und Hausärzten voraus. Dies ist nur in entsprechend evaluierten „Zentren zur Betreuung schwangerer Diabetikerinnen“ gewährleistet, die sowohl über die geforderte Strukturqualität als auch über die entsprechende Erfahrung in der Behandlung schwangerer Diabetikerinnen verfügen.

Ambulante Arztpraxen und das Zentrum zur Betreuung schwangerer Diabetikerinnen müssen eng zusammenarbeiten. Ärztliche Konsultationen erfolgen wechselseitig im Abstand von etwa 2 Wochen, gegebenenfalls öfters.

Spezielle Betreuungsaufgaben

– **aus internistisch-diabetologischer Sicht** Schwangere und Fet sollen sich zum frühestmöglichen Zeitpunkt im normoglykämischen Bereich befinden, denn mütterliche und kindliche Risiken werden vor allem durch die Güte der Stoffwechselföhrtung, insbesondere durch den Blutglukosespiegel beeinflusst. Die **Blutglukosewerte** sollten dabei **im Tag-Nacht-Profil zwischen 3,0 und 7,0 mmol/l, präprandial 3,3-5,0 mmol/l und 2 Stunden nach der Mahlzeit < 6,7 mmol/l liegen, das HbA1c < 6%.**

Zur Vermeidung fetaler Fehlbildungen ist **eine Stoffwechsoptimierung bereits präkonzeptionell anzustreben**. Die Schwangerschaft einer Diabetikerin sollte möglichst eine geplante Schwangerschaft sein. Diabetikerinnen im reproduktiven Alter sind deshalb durch den behandelnden Arzt möglichst umgehend nach Diabetesmanifestation über Besonderheiten und Risiken der diabetischen Schwangerschaft, Vorteile der geplanten Gravidität und entsprechendes präkonzeptionelles Management aufzuklären. Auch auf Vorteile einer Schwangerschaft im früheren Lebensalter, vor Eintreten möglicher diabetischer Folgeschäden sollte hingewiesen werden. Min-

destens 2 Monate vor Eintritt der Schwangerschaft muss eine adäquate Diabeseinstellung erreicht sein.

Neben der Stoffwechsoptimierung sind bereits präkonzeptionell Augenhintergrund und Nierenfunktion zu prüfen, visusbedrohende Retinopathien zu behandeln und ein ggf. erhöhter Blutdruck zu normalisieren. Die Diabetikerin mit Kinderwunsch sollte umfangreich geschult sein, vor allem zu diabetischer Schwangerschaft, Ernährung sowie Blutzuckerselbstkontrolle und -korrektur.

Wenn keine präkonzeptionelle Stoffwechsoptimierung erfolgte, Korrektur der Diabetes-therapie und intensive Schulung noch erforderlich sind, ist die Vorstellung der Patientin im Zentrum zur Betreuung schwangerer Diabetikerinnen zum frühestmöglichen Zeitpunkt anzustreben.

Die normoglykämische Diabeseinstellung in der Schwangerschaft erfordert in der Regel eine intensivierete Insulintherapie mit 4-6 Einzelapplikationen. Weniger als 4 Injektionen pro Tag sind nur bei wenigen Schwangeren ausreichend. Alleinige diätetische Behandlung in der Schwangerschaft reicht in aller Regel nicht aus. Lediglich ein Teil der Gestationsdiabetikerinnen kann auf diese Art suffizient behandelt werden. Wenn trotz intensivierter Insulintherapie und guter Compliance keine normoglykämischen Blutzuckerwerte erreicht werden, kann der Einsatz von tragbaren Insulinpumpen indiziert sein. Insulinpumpen werden in den letzten Jahren zunehmend und erfolgreich eingesetzt. Dies gilt insbesondere für Diabetikerinnen mit sehr schwankenden Blutzuckerwerten.

Orale Antidiabetika sind in der Gravidität kontraindiziert, Insulinanaloga derzeit für die Schwangerschaft noch nicht zugelassen.

Aufgrund der hormonellen Veränderungen verändert sich der Insulinbedarf im Schwangerschaftsverlauf. Nach initial erhöhter Insulinempfindlichkeit steigt der Insulinbedarf ab dem 2. Trimenon deutlich. Um Normoglykämie zu erreichen und zu erhalten, sind deshalb neben ärztlichen Therapiekorrekturen mehrmals täglich durch die Diabetikerin selbst Blutzuckerkontrollen und Insulindosisanpassungen vorzunehmen. Unter der Geburt kommt es zu starkem Abfall des Insulinbedarfs. Postpartal sollte sich jede Diabetikerin umgehend bei ihrem behandelnden Diabetologen vorstellen, um eine Stoffwechselneueinstellung vorzunehmen. Bei Gestationsdiabetikerinnen kann es postpartal zu einer Normali-

sierung des Glukosestoffwechsels kommen. Zur entgeltigen Klassifikation der Stoffwechselsstörung und Entscheidung über das weitere Vorgehen müssen sich auch die Frauen mit Gestationsdiabetes innerhalb von 6-12 Wochen nach Entbindung in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis vorstellen.

– aus geburtshilflicher Sicht

Zur Schwangerschaft

Da eine zum Zeitpunkt der Konzeption bzw. während der Embryogenese bestehende Hyperglykämie als Hauptursache für das Auftreten von Fehlbildungen gilt, ist rasch eine Normoglykämie herbeizuführen.

Eine **präkonzeptionelle Normoglykämie** führt zur Reduktion der Abort- und Fehlbildungsrate um 50 bis 70%. Trotz intensiver Bemühungen verschiedener Arbeitsgruppen liegt allerdings die Rate der präkonzeptionell normoglykämisch eingestellten Patientinnen nur zwischen 10 und 25%! Daher kommt präkonzeptionell der intensiven Beratung und Behandlung durch die betreuenden Diabetologen und Gynäkologen eine erhebliche Bedeutung zu.

Die Gravidität einer Diabetikerin oder Gestationsdiabetikerin ist intensiv gynäkologisch zu überwachen, um Risiken oder typische Komplikationen frühzeitig zu erkennen. Da der Menstruationszyklus der diabetischen Schwangeren oft unregelmäßig ist, sollte die **erste Ultraschalluntersuchung** zwischen der 8. und 12. SSW erfolgen, um das exakte Schwangerschaftsalter feststellen und den exakten Geburtstermin errechnen zu können. Aufgrund des erhöhten fetalen Fehlbildungsrisikos ist die sonographische Untersuchung zwischen der 16. und 18. SSW von einem erfahrenen Untersucher (DEGUM II) zu fordern. Im weiteren Verlauf der Schwangerschaft erfolgt die sonographische Kontrolle im Abstand von 2 bis 4 Wochen. Hierdurch lassen sich das Wachstum des Kindes verfolgen, eine fetale Makrosomie oder eine intrauterine Retardierung erkennen, Fruchtwassermenge und Struktur der Plazenta beurteilen. Ein **Hydramnion** kommt bei 2 bis 3 % der diabetischen Schwangerschaften vor und ist somit im Vergleich zu nicht diabetischen Schwangeren vier- bis zehnfach häufiger. Ursächlich werden die durch Hyperglykämie verstärkte fetale osmotische Diurese, das Auftreten fetaler Schluckstörungen infolge ZNS-Anomalien oder Obstruktionen im oberen Verdauungstrakt angeschuldigt.

Da die Inzidenz für **Gestose/Präeklampsie** bei graviden Diabetikerinnen mit 10 bis 20% deutlich erhöht ist, ist neben der regelmäßigen Blutdruckmessung und Urinkontrolle auch die Dopplersonographie der utero- und fetoplazentaren Gefäße zur Erkennung einer fetalen Gefährdung vorzunehmen. Das gilt besonders für Patientinnen, bei denen der Diabetes bereits lange bekannt ist und meist Gefäßschäden vorliegen.

Bei unkompliziertem Schwangerschaftsverlauf sollte ab der 32. SSW eine wöchentliche und ab der 35. SSW 2 bis 3mal wöchentlich eine CTG-Kontrolle durchgeführt werden. Besteht eine fetale Gefährdung, ist mehrfache tägliche CTG-Kontrolle unter stationären Bedingungen angezeigt. In Zusammenhang mit dem Befund der Dopplersonographie kann über das Fortbestehen der Schwangerschaft oder deren Beendigung entschieden werden. Die schwangere Diabetikerinnen neigt ist nicht selten zur **Frühgeburt**. Ursächlich werden vor allem gehäuftes Auftreten von Infektionen im Urogenitalsystem und ungenügende Stoffwechseleinstellung angeschuldigt. Deshalb sind regelmäßige vaginale Befundkontrolle, Ausschluß von Kolpitis und Harnwegsinfekten erforderlich. Bei drohenden Frühgeburten wird durch Ruhigstellung der Patientin, Tokolyse mit Betasympathomimetika und die Gabe von Glukokortikoiden zur Lungenreifeinduktion der mütterliche Kohlenhydratstoffwechsel negativ beeinflusst. Um eine Stoffwechselentgleisung zu vermeiden, muss mit Beginn der Wehenhemmung die Insulintherapie individuell angepasst werden. Der Insulinbedarf kann erheblich gesteigert sein. Um auch in dieser Situation im normoglykämischen Bereich zu bleiben, sind nicht selten stündliche Blutzuckerkontrollen und Insulindosiskorrekturen erforderlich.

Dank der intensivierten interdisziplinären Betreuung der diabetischen Schwangeren ist im Gegensatz zu früher der intrauterine Fruchttod selten geworden. Dies sollte jedoch nicht zu einer Unterschätzung der Gefahren führen. Trotz unauffälligem Schwangerschaftsverlaufs empfiehlt es sich, die Gravide in der 38./39. SSW in einem Zentrum stationär aufzunehmen.

Zur Entbindung

Unter entsprechender Überwachung kann der Beginn einer spontanen Wehentätigkeit abgewartet werden. Der errechnete Geburtstermin sollte jedoch nicht überschritten werden.

Verschlechterung der mütterlichen Stoffwechselsituation mit gehäuften Hyper- oder Hypoglykämien oder fetale Risiken erfordern die vorzeitige Entbindung.

Bei unreifem Zervixbefund kann ein Priming mit Prostaglandin zur Anwendung kommen und ggf. mehrfach wiederholt werden.

Bei einer Geburtseinleitung bleibt die diabetische Schwangere nüchtern und die morgendliche Insulindosis wird auf 30 bis 50% reduziert. Unter der Geburt erhält die Kreißende eine Glukose-Elektrolyt-Infusion. Die Blutzuckerkontrollen erfolgen in 1 – 2 stündlichem Abstand mit dem Ziel, eine Normoglykämie auch unter der Geburt zu erhalten. Häufig sind nur geringe Insulindosen erforderlich.

Die permanente Überwachung des Feten mittels CTG ist unabdingbar. Bei auffälligem CTG-Befund oder Geburtsprotrahierung muss die Kontrolle des fetalen Säure-Basen-Status hinzugezogen werden. Zur Erkennung einer mütterlichen Azidose, welche bei langem Geburtsverlauf auftreten kann, sollte ebenfalls eine Blutgasanalyse erfolgen.

Generell wird zunächst eine vaginale Geburt angestrebt. Bei präpartal bekannter deutlicher fetaler Makrosomie und/oder mütterlichen Schwangerschaftskomplikationen wie Präeklampsie, chronischer Plazentainsuffizienz, ausgeprägter Vaskulopathie mit proliferativer Retinopathie und Nephropathie sollte die Geburt durch primäre Sectio erfolgen.

Da unter der Geburt häufiger der Verdacht auf ein relatives Mißverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken geäußert wird und pathologische CTG-Veränderungen mit Prä-Azidose/Azidose verstärkt auftreten, resultiert daraus eine erhöhte Sectiorate von 15-50%.

Vaginal-operative Entbindungen sind etwa doppelt häufiger als bei stoffwechselgesunden Frauen.

Zur postpartalen Phase

Nach der Geburt sinkt der Insulinbedarf der Wöchnerin rasch ab. In vielen Fällen ist bereits nach wenigen Tagen der prägravid Insulinbedarf wieder erreicht.

Der Diabetes mellitus stellt keine Kontraindikation zum Stillen dar. Bei guter Laktation liegt die Insulindosis in Einzelfällen vorübergehend sogar niedriger als vor der Schwangerschaft.

Unabhängig vom Geburtsverlauf sollte jedes Neugeborene einer Diabetikerin schon im Kreißsaal dem Neonatologen vorgestellt wer-

den, da auch bei optimaler, besonders aber bei suboptimaler Stoffwechselführung mit einer erhöhten neonatalen Morbidität gerechnet werden muss. Auch äußerlich unauffällige eutrophe Neugeborene bieten gehäuft Stoffwechselstörungen. Hervorzuheben sind Hypoglykämie, Hyperbilirubinämie, Hypokalzämie und Polyglobulie. Da diese Stoffwechselstörungen in vielen Fällen erst in den ersten Lebenstagen auftreten, ist eine besondere Überwachung der Neugeborenen mit regelmäßiger neonatologischer Visite erforderlich.

Aufgrund der genannten erhöhten Risiken für Mutter und Kind sollte die Entbindung von Diabetikerinnen unbedingt in einem diabetologisch erfahrenen perinatologischen Zentrum erfolgen. Die Daten der Sächsischen Perinatal- und Neonatalerhebung von 1993 zeigen allerdings, daß lediglich 1/3 der Frauen in perinatologischen Zentren und in 17 Kliniken jeweils nur eine Diabetikerin jährlich entbunden wurde. Besonders bedenklich erscheint, dass in Sachsen auch 1999 diesbezüglich keine Änderung eingetreten war. Im Chemnitzer Behandlungszentrum ist seit 1997 eine gewisse Trendwende zu verzeichnen. (Abb.1)

Zentren zur Betreuung schwangerer Diabetikerinnen in Sachsen

In der ehemaligen DDR kam es bereits in den 70er Jahren zur Gründung von 5 Zentren für Diabetes und Schwangerschaft: Karlsburg, Berlin, Halle, Leipzig und Karl-Marx-Stadt/Chemnitz.

Das Chemnitzer Zentrum übernahm bis 1989 vorwiegend die Betreuung schwangerer Diabetikerinnen und Gestationsdiabetikerinnen aus damaligen Bezirken Dresden und Karl-Marx-Stadt/Chemnitz.

Heute gibt es in Sachsen insgesamt 3 Zentren zur Betreuung schwangerer Diabetikerinnen: Chemnitz, Dresden und Leipzig.

Die Vorteile eines interdisziplinären ambulant/stationär abgestuften Betreuungskonzepts zeigen vorläufige Daten des Chemnitzer Zentrums für diabetische Schwangere (Abb.1-4): Seit Gründung des Zentrums wurden gemeinsam mit den niedergelassenen Kollegen über 1000 schwangere Diabetikerinnen und Gestationsdiabetikerinnen betreut. Sowohl mütterliche und kindliche Morbidität als auch Mortalität konnten deutlich gesenkt werden. Kam es nach der Wende zunächst zu einem Rückgang der Patientenzahlen, so ist im Chemnitzer Zentrum in den letzten Jahren wieder ein Anstieg zu verzeichnen (Abb.1).

Nach der White-Klassifikation waren die Schwangeren mit PDM zu einem großen Teil den Klassen C - D, d.h. den schwierigeren Krankheitsfällen zuzuordnen (Abb.2).

Die mittleren HbA1c-Werte konnten in den Jahren 1992-98 von 8,1 % vor der Schwangerschaft auf 6,2 % im 3.Trimenon gesenkt werden (Abb.4).

Die auszugsweise aufgeführten Daten unterstreichen die Notwendigkeit und Vorteile eines interdisziplinären ambulant/stationär abgestimmten Betreuungskonzepts zur Behandlung von diabetischen Schwangeren in einem hierfür ausgewiesenen Zentrum.

Zusammenfassend ergeben sich folgende Schlußfolgerungen:

1. In den letzten Jahren und Jahrzehnten konnten in den Zentren zur Betreuung schwangerer Diabetikerinnen die gesundheitlichen Risiken für Mutter und Kind deutlich gesenkt werden.

Anzahl betreuter Schwangerschaften im Chemnitzer Zentrum 1988-98

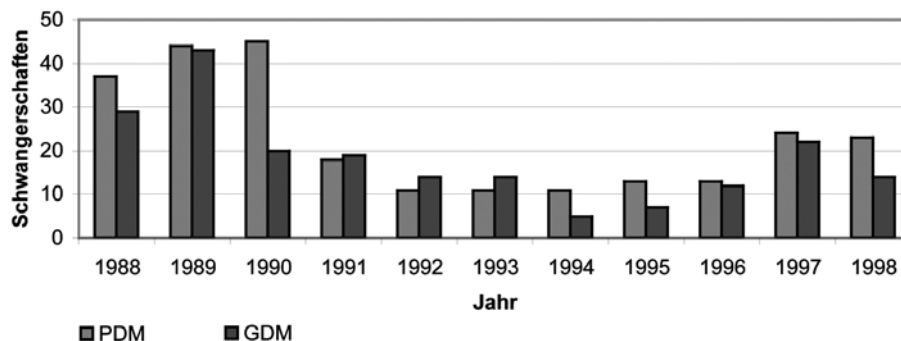


Abbildung 1

Klassifikation des Diabetes in der Schwangerschaft 1992-98

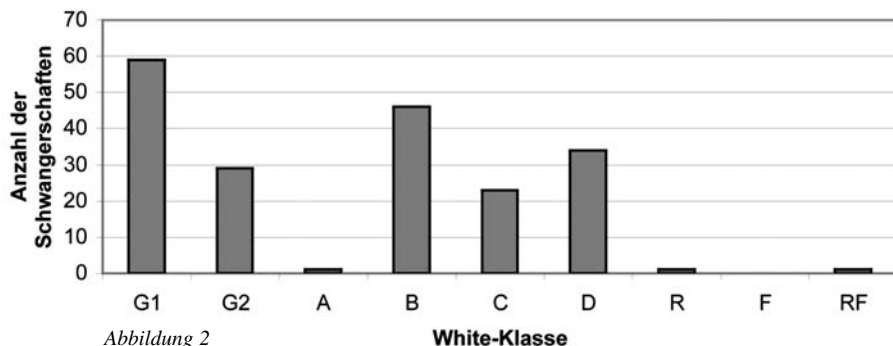


Abbildung 2

White-Klassifikation (modif.)

- G1 GDM, Diät
 - G2 GDM, Insulin
 - A PDM, Diät
 - B PDM, Insulin, MA ≥ 20 und DD < 10
 - C PDM, Insulin, MA 10-19 oder DD 10-19
 - D PDM, Insulin, MA < 10 oder DD ≥ 20 oder nichtprolif. Retinopathie
 - R PDM, Insulin, prolif. Retinopathie oder GK-Blutung
 - F PDM, Insulin, Nephropathie
 - RF Kriterien für R und F
- MA = Manifestationsalter (Jahre)
DD = Diabetesdauer (Jahre)

PDM: Therapie vor und in der Schwangerschaft 1992-98

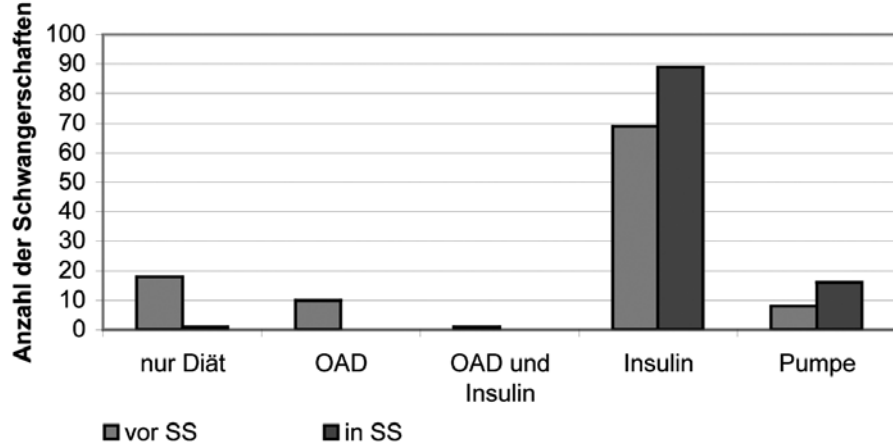


Abbildung 3

PDM: Durchschnittlicher HbA1c im Schwangerschaftsverlauf 1992-98

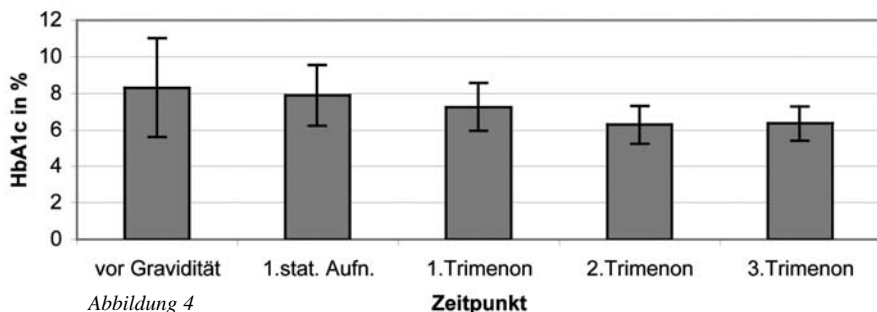


Abbildung 4

2. Aufgrund der medizinisch-technischen Fortschritte, der engen interdisziplinären ambulanten und stationären Zusammenarbeit konnten Mortalität und auch Morbidität deutlich gesenkt werden.

3. Diabetikerinnen mit guter Compliance, entsprechender Schulung und möglichst präkonzeptioneller Stoffwechseleoptimierung haben bei Betreuung in einem Zentrum für Diabetes und Schwangerschaft nahezu die gleiche Chance wie Nichtdiabetikerinnen, ein gesundes Kind zur Welt zu bringen.

4. Die Zahl präkonzeptioneller Stoffwechseleinstellungen ist derzeit noch unzureichend. Der Schulung junger Diabetikerinnen zu Besonderheiten der diabetischen Schwangerschaft ist besondere Aufmerksamkeit zu widmen.

5. Entsprechend der Daten der Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Schwangerschaft der DDG ist bei 2-5% der Schwangerschaften in Deutschland ein Gestationsdiabetes zu erwarten. Analog zu den eigenen Erfahrungen werden in der BRD jedoch viele Gestationsdiabetikerinnen zu spät erkannt oder nicht entdeckt mit den entsprechenden gesundheitlichen Folgen für Mutter und Kind.

6. Das Screening auf einen Gestationsdiabetes ist heute bei allen Schwangeren zu fordern, die Untersuchung auf Glukosurie und die Bestimmung des HbA1c sind hierfür nicht geeignet.

7. Bei gesichertem Gestationsdiabetes sollte frühzeitig die Vorstellung im Zentrum zur Betreuung schwangerer Diabetikerinnen erfolgen.

Kontaktadressen:

Uwe Lindner
Abteilung für Diabetes und Stoffwechselkrankheiten
Innere Klinik II der Klinikum Chemnitz gGmbH
Flemmingstraße 2
09116 Chemnitz
Telefon 0371 / 333 34223

Dr. med. Lutz Kaltoven
Intensivschwangerenberatung
Frauenklinik der Klinikum Chemnitz gGmbH
Flemmingstr. 4
09116 Chemnitz
Telefon 0371 / 333 22297

Prof. Dr. med. habil. K. Bauch
3. Medizinische Klinik der Klinikum Hoyerswerda gGmbH
M.-Grollmuß-Str. 10
02977 Hoyerswerda
Telefon 03571 / 443429

Buchbesprechungen

»Anatomisches Wörterbuch«

Lateinisch-Deutsch/Deutsch-Lateinisch von Peter Schulze unter Mitarbeit von Christian Donalis Thieme Verlag, Stuttgart, New York 2001 7. unveränderte Auflage, flexibles Taschenbuch, 191 Seiten, Preis: 19,95 Euro ISBN: 3137953073

Auf die Frage „Do you speak English?“ wird der junge Mediziner sicherlich rasch mit „Yes!“ antworten, jedoch die Frage „Do you understand Latin?“ wird wohl in den meisten Fällen mit „No.“ beantwortet werden. Das ist natürlich bedauerlich. Heute ist das Lateinum keine Grundvoraussetzung mehr für angehende Ärzte. Ein Schnellkurs zu Beginn des ersten Semesters versieht den Kandidaten der Medizin mit dem nur allernötigsten Grundwissen der medizinischen Fachsprache. Aus diesem Grunde ist das „Anatomische Wörter-

buch“ zwar schon ein nicht mehr ganz neues Buch, erschienen in siebenter Auflage, jedoch gleichsam immer wieder ein Bestseller. Sowohl für den heranwachsenden Mediziner, für den absolut keinerlei Vorkenntnis der Mutter der Sprachen heutzutage erforderlich ist, als auch für den berufserfahrenen Arzt der sein Wissen in der lateinischen Terminologie insbesondere der Anatomie auffrischen möchte ist das vorliegende Büchlein willkommen. Der Autor erhebt zwar nicht den Anspruch auf Vollständigkeit, aber er bietet uns mit seinem handlich flexiblen Taschenbuch einen ausgezeichneten Begleiter in allen beruflichen Lebenslagen. Insbesondere beim Abfassen von epikritischen Berichten kann das Büchlein sehr nützlich sein um mit einer ausgezeichneten Fachterminologie zu brillieren. Der lateinisch - deutsche Teil des Buches erklärt und übersetzt die anatomischen Fach-

ausdrücke aus ihren lateinischen beziehungsweise aus den griechischen Wurzeln. Der deutsch - lateinische Part zeigt die anatomisch relevanten und gebräuchlichen Substantive und Adjektive mit ihren Übersetzungen auf. Substantive und zusammengesetzte Wörter werden mit Genitiv und Geschlecht angegeben. Auf die Pluralbildung wird verwiesen. Betonungsregeln müssen nicht extra gelernt werden, da langer Silben gekennzeichnet und die griechischen Wörter in Umschrift dargestellt sind. Schön ist es, dass für den interessierten Leser auch ein kleiner Literaturanhang zur Verfügung steht. Das „Anatomische Wörterbuch“ von Peter Schulze sollte in einer soliden Bibliothek des Medizinstudenten und des Arztes nicht fehlen. Alles in allem ist das Büchlein seinen Preis wert.

Dr. Hans-Joachim Gräfe, Kohren-Sahlis

Stefan Grosche, Zarte Seelen ist gar viel gönnt – Naturwissenschaft und Kunst im Briefwechsel zwischen Carl Gustav Carus und Goethe.

Wallstein Verlag Göttingen 2001, 34 Euro
Das Wechselverhältnis zwischen Carl Gustav Carus und Johann Wolfgang von Goethe wurde in der Rezeptionsgeschichte im 20. Jahrhundert überwiegend auf das schlichte, die Komplexität vernachlässigende Schema reduziert: Carus war der Statthalter Goethes in Dresden. Seite dem Jahr 1989, der 200. Wiederkehr des Geburtstages von Carus, erschienen mehrere Bücher und Dissertationen, die ein differenzierteres Bild des geistigen Austausches und der spezifischen Leistungen der beiden Persönlichkeiten herausgearbeitet haben. Welche Quelle könnte dieses Miteinander besser aufklären, als der Briefwechsel zwischen Carus und Goethe. Der Autor Stefan Grosche, im Krankenhaus Radebeul tätiger Mediziner, hat 1994 zum Thema „Lebenskunst und Heilkunde bei Carl Gustav Carus: anthropologi-

sche Medizin in Goethescher Weltanschauung“ promoviert und beschäftigt sich seitdem mit dem Themenbereich.

Die erste Hälfte des Buches umfasst die Dokumentation des Briefwechsels zwischen Carus und Goethe, Carus wissenschaftliche Aufsätze in Goethes Zeitschrift „Zur Morphologie“, den Katalog der an Goethe übersandten Carus-Gemälde und einen Katalog der an Goethe gesandten Tafeln und Tabellen zur vergleichenden Anatomie. Es ist eine Freude, die jeweiligen Anmerkungen und Kommentare zu lesen, da sie den Leser in die Zeit hineinnehmen und alle sachlichen und personellen Details aufklären. Der Autor untergliedert die biographische Skizze nach Krisen und Wendepunkten. Dabei schildert Grosche uns im Geist von Carus Lehre von der Lebenskunst die krisenhaften Phasen als Aufforderungen zu Bewältigung, Verluste und Enttäuschungen als Chancen für Aufbruch und Neubeginn. Der Höhepunkt von Grosches Buch liegt in der Einschätzung der Interaktion zwischen bei-

den Akteuren. Er hebt die gegenseitige Wechselwirkung hervor. Goethe suchte die Bestätigung seiner naturwissenschaftlichen Forschungen durch Carus zu erhalten, wohingegen Carus von Goethe die Zuwendung auf künstlerischem Gebiet erwartete, die er jedoch nicht in dem erwarteten Ausmaß erhielt. Der Autor stellt die Autonomie in der Haltung von Carus gegenüber Goethes Verhältnis zur Natur und seinen naturwissenschaftlichen Arbeitsthemen heraus, wobei Carus kritische Beurteilung der Farbenlehre Goethes in äußerst kenntnisreicher Aufarbeitung analysiert wird. Die abschließende Skizze der Kunsthistorikerin Jutta Müller-Thamm analysiert noch einmal die Bildersendungen von Carus an Goethe, ohne viel neues einzubringen. Das Buch von Stefan Grosche mit seiner ausgewogenen Verbindung von korrekter Dokumentation und kenntnisreicher Interpretation erfüllt alle Erwartungen eines Lesers, der das Wechselverhältnis von Carus und Goethe zu ergründen sucht.

Prof. Dr. Albrecht Scholz, Dresden

Verträge zwischen Ärzten in freier Praxis von Dr. Hans-Jürgen Rieger 7., neu bearbeitete Auflage 2002, 58 Seiten, EUR 9,- ; ISBN 3-8005-4165-3 Heidelberger Musterverträge, Heft 41 Verlag Recht und Wirtschaft GmbH, Heidelberg

Die Broschüre enthält die Aktualisierung der Musterverträge für die in der Praxis am häufig-

sten anzutreffenden Vertragstypen (Vertrag mit Assistenten; Vertrag mit Praxisvertretern; Praxisübernahmevertrag; Gemeinschaftspraxisvertrag; Praxisgemeinschaftsvertrag). In den Texten haben die langjährigen Erfahrungen des Verfassers in einem Schwerpunktbereich seiner anwaltlichen Tätigkeit Niederschlag gefunden. Ziel ist es, bei den Vertragspartnern Problembewusstsein zu wecken und Finger-

zeige für fachgerechte Lösungen zu geben. Das Heft ist sowohl für die niedergelassenen Ärzte als auch für die Beratung durch Rechtsanwälte, Steuerberater, Ärztekammern, Kassenärztliche Vereinigungen, freie ärztliche Berufsverbände von Nutzen.

Assessorin Iris Glowik
Juristische Geschäftsführerin

Winterszeit – Hobbyzeit



Abbildung 1: Diorama Belagerung einer Burg, M 1:72

Wenn die Abende länger werden und neblig trübes Wetter den Aufenthalt im Freien vermiest, dann haben Hobbys wieder Hochkonjunktur. Es macht Spaß, wenn man sich in dieser Jahreszeit in der warmen Stube seiner Lieblingsbeschäftigung widmen kann. Angefangen hat alles vor vielen Jahren zu DDR-Zeiten mit dem Bau von Plasteflugzeugmodellen Typ „IL“ und „TU“ für 5,- bis 10,- DDR Mark. Von da ging es zur Modelleisenbahn Spur „TT“. Die Kinder dienten als Alibi für Papas liebstes Spielzeug. Inzwischen sind

die Kinder groß geworden und die Modelleisenbahnanlage verstaubt irgendwo auf dem Boden und wartet auf die Enkel. Aber das Bedürfnis etwas zu basteln, kreativ tätig zu sein, blieb.

Dann kam die Wende und ungeahnte Möglichkeiten ließen das Bastlerherz höher schlagen. Es gibt nichts, was es nicht auch als Modell in Miniatur gibt: Fahrzeuge, Flugzeuge, Schiffe, historische Persönlichkeiten, Militaria, Erotikfiguren, und Horror- und Science-fictionfiguren und und

Nach vielem Probieren und Versuchen habe ich mich für zwei Richtungen entschieden: Dem Bau von militärhistorischen Dioramen (Abb. 1) und dem Zusammenbau und dem Bemalen von Figuren (Abb.2).

Figuren werden besonders wirksam, wenn sie mit anderem Zubehör wie Fahrzeugen und Gebäuden in Landschaften zusammengestellt werden. Exakt zusammengebaute und sauber bemalte Figuren erzielen auch als Einzelstücke oder in Gruppen in einer Vitrine oder einer Schrankwand ihre Wirkung (Abb.3).

Wie schon erwähnt, gibt es in Spezialgeschäften eine Unzahl von Figuren aller Maßstäbe (1:72, 1:35, 1:54, 1:16, 120mm Figuren) aus den unterschiedlichsten Materialien von der Antike bis in die Zukunft von vielen Firmen aus der ganzen Welt. Dass hier die Auswahl außerordentlich schwer fällt, liegt auf der Hand. Der limitierende Faktor ist dann in der Regel der Preis. Bei den von mir bevorzugten Bausätzen im Maßstab 1:72, 1:35 und 120 mm Figuren fängt er bei 15,- bis 20,- Euro an und ist nach oben offen. Besondere Einzelstücke können schnell die 100,- Euro Grenze erreichen. Im Folgenden möchte ich kurz das Anfertigen einer Figur beschreiben. In Fachgeschäften können diese industriell gefertigten Bausätze unbemalt und in vielen Einzelteilen erworben werden. Das Material ist meist Plaste mit Metallteilen. Nachdem die Teile gesichtet, geordnet und entgratet sind, beginnt das teilweise Zusammenkleben mit Sekundenkleber und die erste Bemalung (Grundierung). Die einzel-



Abbildung 2: Kriegselefant Mogul-Kriege, M 1:35



Abbildung 3: Figuren, 120 mm



Abbildung 4: Flotte des Kolumbus

nen Teile müssen so zusammengefügt, verspachtelt und geschliffen werden, dass nachher keine Nahtstellen mehr zu sehen sind. Am Ende schließt sich das endgültige Bemalen der Figuren an (Finish). Als Vorlagen dienen historische Abbildungen oder die Verpackungsbilder.

In einer Vitrine, nach historischen Gruppen geordnet haben sie neben dem künstlerischen auch einen dekorativen Wert und erfreuen Jung und Alt (Abb. 4). Nebenbei sei noch bemerkt, dass in meinem Keller ein kleines Museum mit vielen Dioramen entstanden ist und wenn Sie, liebe Leser, das interessiert, schreiben Sie uns. Ich berichte gern einmal darüber.

Dr. med. Siegfried Herzig

Reinhard Ludewig, Susanna Seufert

Hahnemann und das Gift im Wein



Samuel Hahnemann (1755-1843), Detail des Leipziger Denkmals (s. ÄBS 4/2002 S. 308)

Über zwei Jahrhunderte umstritten war bisher die Ursache des Todes von Ludwig van Beethoven (3, 4) und ist noch immer die von seinem sächsischen Zeitgenossen Samuel Hahnemann 1796 begründete Homöopathie. Diese erfolgreiche Alternativmethode gewinnt auch vor dem Hintergrund der kürzlich geschilderten Entwicklung unserer modernen Pharmakotherapie (2) in vielen hierfür geeigneten Fällen zunehmend an Bedeutung, zumal die herkömmliche Abwertung als reine Placebo-Behandlung durch ein kaum noch übersehbares Schrifttum längst in Frage gestellt ist. Bekanntlich hat schon Beethovens Neffe Karl seinen schwer kranken Onkel auf das „homöopathische System“ und die „Hahnemanniker“, die den Musikus zumindest vor dem mit Bleizucker gesüßten Wein nachdrücklich gewarnt hätten, vergeblich aufmerksam gemacht (4, S.451). Diese Reminiszenz wird am ehesten verständlich, wenn man an die vielseitigen Fähigkeiten und Kenntnisse Hahnemanns sowie an die prophylaktischen oder therapeutischen Empfehlungen seiner Lehre erinnert. Da das im vorgegebenen Rahmen aber nicht möglich ist, wird dem näher interessierten oder nur skeptischen Leser die beeindruckende Biografie von Haehl (1) nachdrücklich „ans Herz gelegt“. Während wir Hahnemann als eindrucksvolle Persönlichkeit, Sprachgenie, praktisch tätigen Arzt, erfolgreichen Diätetiker und Hygieniker an anderer Stelle kursorisch gewürdigt haben (3), soll hier im toxikologischen Zusammenhang auszugsweise nur auf den Wissenschaftler, Chemi-

ker, Toxikologen, Pharmakologen und Pharmazeuten aufmerksam gemacht werden.

Hahnemanns überaus fleißige, umfassende wissenschaftliche Tätigkeit wird am besten anhand von Zahlen deutlich. Er hat etwa 100 verschiedene Arzneimittel selbst geprüft; 24 teilweise mehrbändige Werke, die sich mit Chemie, Arzneikunde, Agrikultur und allgemeiner Literatur beschäftigen, aus sieben verschiedenen Sprachen übersetzt und etwa 70 Originalarbeiten vor allem über Chemie und Medizin veröffentlicht.

Im Zusammenhang mit der Weinprüfung und seinen Untersuchungen zur Verwendung und Toxikologie von Blei sowie von Arsen zählen zu den wichtigsten Arbeiten:

- Über die Arsenikvergiftung, ihre Hülfe und gerichtliche Ausmittelung, Leipzig 1786
- Über die Weinprobe auf Eisen und Blei, Leipzig 1788
- Beiträge zur Weinprüfungslehre, Leipzig 1792
- Über die neuere Weinprobe und den neuen Liquor probatorius fortior, Helmstädt 1794
- Reine Arzneimittellehre, Teil I-VI, Dresden 1811-1821

Quellen detaillierter bei 3

Chemiker, Toxikologe, Pharmakologe, Pharmazeut

Hahnemanns Ausbildung als Chemiker, Pharmazeut und Mediziner, insbesondere seine tierexperimentellen und praktischen Erfahrungen sowie die Selbstversuche mit pflanzlichen und anorganischen Stoffen haben ihn befähigt, frühzeitig auf die Gefahren oder die Unzweckmäßigkeit zahlreicher Purgiermethoden, der Vielverschreibung und der schematischen (Über-)Dosierung von Medikamenten sowie auf verschiedene Gifte nachdrücklich aufmerksam zu machen. Seine Bemühungen um die Gründung einer Arbeitsgemeinschaft von Arzneiprüfungen und um eine Allgemeine Giftverordnung sowie seine Versuche, eine möglichst nebenwirkungsfreie Alternativ-Therapie zu entwickeln, sind zwar nicht unumstritten, zumindest in ihren Ansätzen aber auch heute noch aktuell.

Chemische Forschungen betrieb Hahnemann nicht nur auf theoretischem Wege, sondern immer auch in ausgedehnten Laborversuchen. So gewann er neben seiner großen Literaturkenntnis auch tiefe Einsichten in die technischen Voraussetzungen, was sich in Äußerun-

gen zur Herstellung von Likör und Essig im Fabrikbetrieb, zur Verarbeitung von Steinkohle zu Koks und anderen weit gefächerten praktischen Gebieten widerspiegelt. Die Ergebnisse brachten ihm auch jeweils die Anerkennung in der Fachwelt ein: Er wurde als „berühmter Scheidekünstler“ bezeichnet; Hufeland nannte ihn „den besten Chemiker unter den damaligen Ärzten“.

Die zeitweise Tätigkeit als Gerichtsmediziner verschaffte ihm zudem Kenntnisse, die in grundlegenden Werken ihren Niederschlag finden. Geradezu bahnbrechend sind seine Versuche zur Feststellung von Weinverfälschungen. In der Schrift „Über Arsenikvergiftung...“ gibt er wichtige Fingerzeige für die gerichtliche Chemie, für die Aufbewahrung, die Abgabe und den Handel mit Arsen und anderen Giften. Die Kenntnis um Qualität und Verfälschung von Arzneimitteln führte folgerichtig zur Herausgabe des vierbändigen „Apotheker-Lexikons“ (1795-1799), das weithin Anerkennung fand. Auch nach der Begründung der Homöopathie hat Hahnemann der Zubereitung von Arzneimitteln alle Aufmerksamkeit zugewandt und dabei auch neue Wege gewiesen.

Das Ähnlichkeitsprinzip der Homöopathie besagt bekanntlich, dass Heilmittel verwendet werden, welche selbst die Krankheitserscheinungen hervorrufen, die bekämpft werden sollen: „Similia similibus curantur“. Somit können auch Gifte, in einer der homöopathischen Lehre entsprechenden Verdünnung, zu Heilmitteln werden. In der „Reinen Arzneimittellehre“ bespricht Hahnemann beispielsweise sowohl die toxische wie auch die therapeutische Wirkung von Arsen. Zu den Leitsymptomen von Blei als homöopathischem Mittel gehören spastische Obstipationen, Koliken, Lähmung, Blutleere wegen Vasokonstriktion – Symptome, die auch bei Ludwig van Beethoven beobachtet worden sind (3, 4). Geradezu bahnbrechend sind Hahnemanns Versuche zur Feststellung von Weinverfälschungen. Die Übertragung der Schrift von A. Fabbroni „Kunst, nach vernünftigen Grundsätzen Wein zu verfertigen“ (1790) nutzte er, seine Kenntnisse zu Anbau und Pflege der Weinstöcke wie zur Herstellung von Wein zu publizieren bis hin zu den häufig vorkommenden Verfälschungen von Geschmack und Farbe. Hahnemann führt hier im Anhang Möglichkeiten an, Weinverfälschungen aufzuspüren:

„Da es beim Einkauf des Weines von der größten Wichtigkeit ist, zu wissen, ob dem zur Gesundheit des Menschen bestimmten Getränke nichts Schädliches oder wohl gar Giftiges beigemischt sei, so hielt ich es für gut, hier drei solcher Verfälschungen noch zum Schlusse zu gedenken, welche die gewöhnlichen zu seyn pflegen, und die Mittel zu ihrer Entdeckung anzugeben. Sie sind Brantwein, Blei und Alaun.“

Die Weinprobe – Der Hahnemannsche Liquor

Um 1788 machte die Hahnemannsche Weinprobe von sich reden. J. C. F. Scherf schrieb 1792:

„Die Verdienste des Herrn Doktor Hahnemann zu Leipzig bedürfen meines Lobes nicht, ich habe schon ... Nachricht von seinem Weinprüfungsmittel auf Blei gegeben, seitdem haben es die größten Scheidekünstler durch ihren Beifall bestätigt und es ist entschieden, daß der Erfinder desselben sich ein wahres Verdienst um diesen so wichtigen Paragraphen der medizinischen Polizeywissenschaft erworben hat.“

Seit 1707 bestand die sogenannte „Württembergische Weinprobe“, welche zur Erkennung vor allem von Bleiverfälschung in den meisten Staaten „obrigkeitlich“ eingeführt worden war. Die Weinhändler hatten unter anderem den Wein mit Bleizucker gesüßt. Der Genuss eines solchen Weines aber hatte Koliken, ja sogar Auszehrung mit tödlichem Ausgang zur Folge. Es schien daher unbedingt geboten, ein Mittel zu finden, mit welchem der Wein schnell und unkompliziert untersucht werden konnte.

Die württembergische Weinprobe schrieb 2 Teile Operment (Schwefelarsen) vor, 4 Teile ungelöschten Kalk und 12 Teile Wasser, die man kochte oder dirigierte. Diese „arsenikalische Schwefelleber“ wurde dem Wein zugesetzt. Wenn sich ein dunkler Niederschlag zeigte, sollte die Schuld des Weinfälschers bewiesen sein. Es wurde jedoch nachgewiesen, dass die Untersuchung ganz ähnliche Ergebnisse zeitigte, wenn Eisen in den Wein gekommen war. Hahnemann vermerkte 1788: „Ein trauriges Beispiel dieser Art trug sich auch hier in Dresden im Jahre 1777 zu, wo das unumschränkte Zutrauen des damaligen Stadtphysikus Schneider auf die liebe Weinprobe einen gewissen Weinhändler Longo in



Aufbau der Versuchsanordnung zur Hahnemannschen Weinprobe (3)

schwere Untersuchung, Geldkosten und Verfall seiner Nahrung brachte, obgleich nachher durch das fleißige Forschen zweyer hiesiger Apotheker endlich ausgemittelt ward, daß zwar keine Spur von Blei, aber doch etwas Eisen darin vorhanden war.“

Hahnemann fand in der Kritik der Württembergischen Weinprobe durch seine chemischen Untersuchungen 1788 ein neues zuverlässiges und umfassendes Verfahren, in dem er das saure Schwefelwasserstoffwasser, „das angesäuerte, mit Schwefelleberluft gesättigte Wasser“ verwandte, das auch bei Untersuchung anderer Flüssigkeiten benutzt werden konnte.

Die Hahnemannsche Weinprobe war in allen Apotheken für ca. 4 Groschen zu erhalten. Sie wurde daraufhin amtlich vorgeschrieben. Eine Verordnung von 1791 besagt:

„Das Publikum empfängt hiemit auf höchsten Befehl die nöthige Nachricht von der Hahnemann'schen Weinprobe, welche bisher, außer den in der Chemie erfahrenen Personen nur wenigen bekannt geworden; es dienet selbige dazu, die tödtlichen Verletzungen der sauren oder sauer gewordenen Weine mit bleiischen Stoffen, als Bleizucker, Silberglätte auszuforschen, welche Materien der menschlichen Gesundheit äußerst nachtheilig sind, indem sie eine gewöhnlich unheilbare Verstopfung oder Zusammenschnürung der innerlichen Gefäße, mit allen hieraus entspringenden traurigen Folgen verursachen, und sie sind um so gefährlicher, weil sich die Wirkung nur langsam und anfangs unmerklich äußert... Ob nun gleich die Rechtschaffenheit der hiesigen Kaufmannschaft und Weinhändler sich bisher noch nie, der verschieden gemachten Proben ungeachtet, dergleichen tödende Wein-

versetzung mit Blei zu schulden kommen lassen, so wird gleichwohl zum Besten des Publici, auch selbst zum Besten der mit Wein handelnden Personen, hiemit zur Pflicht gemacht, alle ihre jetzigen Weinvorräte sofort und ihre künftigen Weine gleich bei der Ankunft mit diesem Hahnemannschen Liquor zu probieren, und wenn sie Versetzungen mit Blei bemerken, solches dem Polizey-Direktorio zur weiteren Verfügung schleunigst anzuzeigen: widrigenfalls, wenn von Seiten des Ober-Collegii Sanitatis u. des Polizey-Direktorii Weinkeller revidiert und unter den Weinen Bleivermischungen sich befinden, dergleichen Kaufleute oder Weinhändler sich selbst beizumessen haben, daß sie als vorsätzliche Betrüger auf das härteste, außer der Konfiskation gestraft werden.“

Berlin, den 7. September 1791

Königl. Preuß. Polizey-Direktorium hiesiger Residenzien

1794 veröffentlichte Hahnemann eine vereinfachte Variante seines Prüfungsmittels mit genaueren Beschreibungen. Er hatte „einem Reagens nachgespürt, welches alle die Vorzüge der bisherigen Weinprobe besitzt, und zugleich eine zur Aufgelöstheit jeder Menge halbverkalkten Eisens hinreichende Menge Säure enthält, nebst noch andern Vortheilen.“ Dieses hat er als Liquor probatorius fortior vorgestellt.

■ Literatur:

1. Haehl, R.: Samuel Hahnemann. Sein Leben und Schaffen, Bde. 1 und 2, Leipzig 1922
2. Ludewig, R., R. Preiss, R. Regnethal et al.: Aktuelles zu Arzneimitteln und Giften, Ärzteblatt Sachsen 11/2002, 530-535
3. Ludewig, R. u. S. Seufert: Begleitedition zur Sonderausstellung des Sächsischen Apothekenmuseums Leipzig „Beethoven, Hahnemann und das Gift im Wein“, Leipzig 2001
4. Ludewig, R. u. S. Seufert: Beethoven und das Gift im Wein, Ärzteblatt Sachsen, Hefte 6-11/2002

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

Unser Jubilare im Januar 2003

Wir gratulieren

01.01.	60 Jahre Dr.med. Lehnert, Renate 09405 Zschopau	31.01.	Dr.med. Rößger, Bernd 01445 Radebeul	17.01.	Dr.med. Hopfe, Sigrid 08058 Zwickau
01.01.	Dr.med. Wustmann, Ulrich 09648 Mittweida	02.01.	65 Jahre Dr.med. Lauschke, Hans-Peter 02829 Königshain	24.01.	Kühn, Renate 07985 Elsterberg
02.01.	Dr.med. Bochmann, Helmut 09116 Chemnitz	02.01.	Märtens, Waltraut 09112 Chemnitz	27.01.	Dr.med. Kretschmar, Eva 02730 Ebersbach
02.01.	Dr.med. Harrlaß, Wolf-Dietrich 08371 Glauchau	04.01.	Dr.med. Flade, Bernd 09125 Chemnitz	30.01.	Dr.med. Pöttsch, Renate 09130 Chemnitz
03.01.	Dr.med. Unger, Stefan 08112 Wilkau-Haßlau	04.01.	Heinrich, Ursula 02906 Sproitz	30.01.	Dr.med. Pröhl, Werner-Hans 01917 Kamenz
04.01.	Dr.med. Heyer, Ernst 09130 Chemnitz	04.01.	Dr.med. Loebe, Dietlind 08058 Zwickau	31.01.	Gründel, Gerda 04318 Leipzig
04.01.	Dr.med. Krause, Ingrid 09397 Neuwürschnitz	04.01.	Dr. med. Mager, Gotthard 01917 Kamenz	01.01.	75 Jahre Dr.med. Kipke, Lothar 04821 Waldsteinberg
04.01.	Dr.med. Richter, Axel 04157 Leipzig	05.01.	Prof.Dr.med. Biamino, Giancarlo 04107 Leipzig	07.01.	Dr.med. Loos, Gotthard 09224 Grüna
05.01.	Dr.med. Hoffmann, Beate 02797 Luftkurort Lückendorf	06.01.	Reschke, Felicitas 04289 Leipzig	09.01.	Prof. Dr. med. habil. Dietzsch, Joachim 04103 Leipzig
05.01.	Dr.med. Löffler, Jürgen 08280 Aue	06.01.	Prof.Dr.med.habil. Schippel, Klaus 04229 Leipzig	10.01.	Dr.med. Suchert, Gerhard 01825 Liebstadt
05.01.	Dr.med. Mehlhorn, Dietmar 09350 Lichtenstein	09.01.	Dr.med. Winderlich, Ingrid 01731 Kreischa	27.01.	Dr.med. Thiem, Walter 01099 Dresden
06.01.	Dietrich, Jürgen 04703 Leisnig	10.01.	Dr.med. Peters, Christa 01558 Großenhain	31.01.	80 Jahre Dr.med. Kliemann, Hans-Jürgen 01662 Meißen
06.01.	Dr.med. Glöckner, Ursula 09212 Limbach-Oberfrohna	11.01.	Hanke, Margarete 01277 Dresden	07.01.	81 Jahre Dr. med. Rocholl, Albrecht 01309 Dresden
06.01.	Dr.med. Pigur, Peter 04779 Wermisdorf	12.01.	Dr.med. Passauer, Klaus 01307 Dresden	13.01.	Dr.med. Dierfel, Günter 08107 Kirchberg
07.01.	Guthknecht, Bernhard 08297 Zwönitz	12.01.	Dr.med. Saft, Elfgart 01217 Dresden	13.01.	82 Jahre Dr.med. Purrucker, Fritz 09114 Chemnitz
07.01.	Dr.med. Rießland, Heidrun 01237 Dresden	13.01.	Dr.med. Liebau, Helmut 04880 Dommitzsch	18.01.	Dr.med. Herzog, Eleonore 01217 Dresden
08.01.	Schmidt, Ute 01445 Radebeul	13.01.	Dr.med. Zeug, Edgar 09217 Burgstädt	26.01.	Dr.med. Möbius, Werner 01723 Wilsdruff
09.01.	Dr.med. Hegenbarth, Gunter 04643 Geithain	15.01.	Dr.med. Glaubitz, Christa 02763 Zittau	18.01.	83 Jahre Prof. Dr. med. habil. Dietzsch, Hans-Joachim 01326 Dresden
09.01.	Dr.med. Hennig, Peter 02730 Ebersbach	15.01.	Dr. med. Rohr, Ursel 02625 Bautzen	22.01.	Dr. med. Burkhardt, Hans 04357 Leipzig
10.01.	Dr.med. Schuster, Christine 09623 Frauenstein	15.01.	Stahl, Hans 04109 Leipzig	28.01.	Dr.med. Lorenz, Irene 01067 Dresden
11.01.	Dr.med. Gauer, Joachim 04288 Leipzig	17.01.	Dr.med. Donnerstag, Gisela 01796 Pima	29.01.	Dr.med. Leibiger, Wolfgang 01896 Pulsnitz
12.01.	Dr.med. von Jagow, Dietrich 01662 Meißen	18.01.	Dr.med. Prietzel, Siegfried 09221 Adorf	02.01.	84 Jahre Dr.med. Patzelt, Oskar 04808 Wurzen
12.01.	Dr.med. Schmidt, Reiner 04808 Wurzen	19.01.	Dr.med. Möbius, Horst 02929 Rothenburg	08.01.	Dr.med. von Zimmermann, Blandine 01217 Dresden
13.01.	Dinkel, Regina 08349 Johannegeorgenstadt	19.01.	Dr.med. Müller, Ursula 01309 Dresden	09.01.	Dr.med. Gawantka, Joachim 09468 Geyer
13.01.	Dr.med. Panzig, Angelika 04277 Leipzig	20.01.	Dr.med. Krug, Ingrid 01187 Dresden	22.01.	Dr.med. Nickol, Renatus 01219 Dresden
14.01.	Koziar, Karla 08349 Erlabrunn	20.01.	Dr.med. Leonhardt, Irmgard 01239 Dresden	23.01.	86 Jahre Dr.med. Illing, Heinrich 09496 Marienberg
15.01.	Dr.med. Drescher, Michael 04703 Leisnig	20.01.	Dr.med. Strobel, Rolf 08324 Bockau	17.01.	88 Jahre Dr.med. Sieg, Heinz 09599 Freiberg
16.01.	Dr.med. Straßburger, Peter 04416 Markkleeberg	21.01.	Dr.med. Dietrich, Wolfgang 02689 Sohland	18.01.	Dr.med. Merkl, Ursula 04683 Naunhof
21.01.	Dr.med. Pufe, Barbara 04357 Leipzig	21.01.	Dr.med. Mrosk, Helmut 01609 Frauenhain	09.01.	89 Jahre Prof.em.Dr.med.habil. Edel, Herbert 01465 Langebrück
22.01.	Dr.med. Wendelin, Ulrike 01259 Dresden	22.01.	Dr.med. Kloss, Sigrid 04703 Leisnig	02.01.	Dr.med. Runge, Anneliese 04157 Leipzig
23.01.	Dr.med. Schneider, Maria 04683 Naunhof	23.01.	Priv.-Doz.Dr.med.habil. Poegel, Klaus 01324 Dresden	04.01.	Dr.med. Langer, Horst 01689 Weinböhla
24.01.	Prof.Dr.med.habil. Kunath, Hildebrand 01309 Dresden	24.01.	Dr.med. Günther, Gisela 08228 Rodevisch	10.01.	Dr.med. Schubert, Walter 02999 Lohsa
25.01.	Dr.med. Geistlinger, Heide- lore 01468 Moritzburg	24.01.	Dr.med. Sillat, Alla 04318 Leipzig	26.01.	91 Jahre Dr.med. Weißgerber, Renate 04758 Oschatz
25.01.	Dr.med. Hamalcik, Renate 01796 Pima	24.01.	Dr.med. Zaumseil, Renate 08527 Plauen		
25.01.	Dr. med. habil. Rabenalt, Peter 04159 Leipzig	25.01.	Dr.med. Feuer, Horst 01307 Dresden		
26.01.	Dr.med. Bretzke, Gebhard 08064 Zwickau	26.01.	Prof.Dr.med.habil. Justus, Bärbel 01326 Dresden		
27.01.	Dr.med. Gulich, Wolfgang 08523 Plauen	26.01.	Dr.med. Kirsten, Anita 08058 Zwickau		
27.01.	Dr.med. Pittasch, Käte 04103 Leipzig	26.01.	Dr.med. Kunze, Joachim 02625 Bautzen		
27.01.	Dr.med. Schumann, Martina 04105 Leipzig	27.01.	Dr.med. Bruchmüller, Gerhard 01936 Königsbrück		
29.01.	Dr.med. Dressel, Rolf 08209 Rempesgrün	27.01.	Dr.med. Fröhlich, Gislinde 01277 Dresden		
29.01.	Dr.med. Franz, Gisa 01328 Dresden	28.01.	Dr. med. Steikowsky, Christa 09114 Chemnitz		
30.01.	Drescher, Barbara 04703 Leisnig	31.01.	Schnaubelt, Christa 04249 Leipzig		
30.01.	Doz. Dr. med. habil. Lathan, Hans-Henning 04277 Leipzig		70 Jahre Leichsenring, Manfred 09526 Rübenau		
31.01.	Dr.med. Heller, Gudrun 04683 Threna	02.01.	Dr.med. Fiebiger, Sonja 01187 Dresden		
31.01.	Dr.med. Mueller, Fritz 01705 Freital	11.01.			



Der Äskulapstab – Ursprung und Bedeutung eines Symbols

Als Symbol findet der Äskulapstab seine Verwendung in unterschiedlichster Form und Gestaltung. In der Bundeswehr und anderen Armeen wird der Äskulapstab auf den Ärmeln und Schulterklappen als Abzeichen der Sanitätstruppen getragen. Im Logo der Sächsischen Landesärztekammer ist der Äskulapstab in einer stilisierten Form wiederzufinden. Apotheker und andere Heilberufe verwenden ebenfalls dieses Symbol. Aber wie kam es dazu?

Der Äskulapstab ist zum Wahrzeichen der Ärzte und Apotheker geworden, weil Asklepios (lat. *Äsculapius*), der griechische Gott der Heilkunst, sich meist auf einen Stab stützt, um den sich eine Schlange ringelt. Bevor die um einen Stab gewundene Schlange sich dem Asklepios zugesellte, war sie längst in Ägypten als Emblem des Gottes Thot bekannt gewesen.

Äskulaps Schlange

Die sich um den Äskulapstab windende Schlange galt in Verbindung mit dem antiken Heilgott Asklepios wegen ihrer regelmäßigen Häutungen als Sinnbild der Verjüngung, und nahm von hier, als Symbol der Heilkunst ihren Weg über die Antike bis in unsere Zeit.

Die Häutung der Schlange war auch in Griechenland Symbol von Wiedergeburt, ewiger Jugend und Unsterblichkeit. Die Häutung nach dem Winterschlaf (den Schlangen gar nicht halten) stand für die körperliche Regeneration nach überstandener Krankheit. Und da die Schlange auch noch als weise und in Kräuterkunde bewandert galt, bot sich ihre Verwendung als Asklepios' Stockschnuck an. Außerdem heißt es manchmal, dass eine Schlange ihn auf heilkräftige Pflanzen aufmerksam gemacht hätte, oder er selbst sei anfangs ein Erdgott in Schlangengestalt gewesen.

Die Schlange als Inkarnation erdgebundener Gottheiten hat eine lange Tradition. Sie war im Altertum eines der Sinnbilder dämonischer Ambivalenz. Neben der Vorstellung vom Unheimlichen, Gefährlichen und Furchterweckenden steht die Überlieferung vom helfenden, heilsamen und rettenden Wesen. In jüngeren Zeitphasen kam es zur anthropomorphen Umbildung der Schlange zur menschengestaltigen Gottheit. Aus dem thessalischen Schlangendämon bildete sich die Gottheit des Asklepios. Ein anderer Hinweis auf die ursprüngliche Bedeutung der Schlange als Herkunft des Heilkultes ist die sich häufig wiederholende Beschreibung, dass Schlangen in den Heiligtümern des Asklepios gehalten wurden. Die Schlange vertrat die Gottheit und zeigte ihre Gegenwart an. Kenner von Griechenland und Kleinasien ordneten eine ungiftige Baum Schlange (*Elaphe longissima*, *Coluber longissima*), die in Südosteuropa heimisch ist, der mythologisch überlieferten Äskulapnatter zu. Die Ausbreitung des Asklepioskultes von Griechenland nach Rom wird von Ovid beschrieben. Der Gott sei in der Gestalt der heiligen Schlange von römischen Gesandten aus dem Asklepiosheiligtum Epidaurus geholt und auf dem Schiffsweg nach Rom gebracht worden. Mit dem Erscheinen der Schlange sei die Stadt von einer drei Jahre lang anhaltenden Seuche befreit worden. Von Rom aus hat sich mit den römischen Legionen der Asklepioskult im gesamten römischen Reich ausgebreitet. Im spätrömischen Reich gab es 300 Asklepien, zu denen oft auch eine Heilquelle gehörte. Rituelle Reinigungsbäder waren Bestandteil des Asklepioskults. Welche Rolle dabei die Tholos spielte, ein kleiner Rundbau im Inneren des Tempelbezirks, in dem die ungiftigen Äskulapnattern gehalten wurden, ist nicht klar. In Deutschland leben die 1,50 m langen Nattern heute noch in der Nähe von Passau und Schlangenbad.

Das Bild des Asklepios ist ebenso jung wie sein Kult. Parallel zu den im 5. und 4. Jh. v. Chr. entstehenden Heiligtümern wurden Kult- und Weihbilder geschaffen. Münzen und Gemmen haben seinen ikonographischen Grundtypus ebenfalls überliefert. Von Anfang an ist die Verbindung der Gottheit mit dem Schlangentab zwingend. In nachantiker Zeit wird der Schlangentab zum Symbol der Heilkunst und des Ärztestandes.

Mythologie des Asklepios

Der Gott Apollo warb um Äskulaps Mutter Koronis und sandte ihr zur Bewachung eine weiße Krähe. Koronis liebte jedoch Ischys, und obwohl sie von Apollo schwanger war, verband sie sich mit ihrem sterblichen Liebhaber. Apollo war zornig darüber, dass die Krähe Koronis nicht die Augen ausgehackt hatte und verdammte das Tier deshalb, schwarz zu sein. Apollo beschwerte sich bei seiner Schwester, der Jägerin Artemis, über die Untreue von Koronis. Diese feuerte daraufhin einen ganzen Köcher Pfeile auf sie ab. Erst als der Leichnam aufgebahrt wurde, empfand Apollo Reue. Da er aber nichts mehr für Koronis tun konnte, schnitt Hermes das ungeborene Kind aus dem Leib der Mutter. So wurde Äskulap gerettet und vom weisen Zentauren Chiron aufgezogen, der ihn in der Kunst der Medizin unterwies. Doch die Fähigkeit Äskulaps, Tote aufzuwecken, war dem Herrn der Unterwelt, Hades (römisch Pluto), ein Dorn im Auge und er beschwerte sich bei Zeus (römisch Jupiter). Zeus tötete Äskulap mit einem Blitzschlag, woraufhin Apollo Kyklops umbrachte, der diese Blitze für Zeus herstellte.

Knut Köhler
Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Literatur bei Verfasser

Der Nikolaus im Krankenhaus

Chefarzt Dr. Messer war zufrieden. Seit Jahren hatte er versucht, beim Verwaltungsleiter eine kleine Weihnachtsfeier für die Mitarbeiter durchzusetzen, aber das Kreiskrankenhaus wollte kein Geld dafür ausgeben. Doch dieses Jahr hatten die Mitarbeiter so viele Überstunden angehäuft, dass Dr. Messers dezenter Hinweis, mögliche Übermüdungen der Mitarbeiter während der Weihnachtszeit könnten zu erheblichen Personalausfällen führen, den Verwaltungsleiter zu einer Demarche beim Kreis veranlasste. Seine Befürchtung, die Personalausfälle könnten eventuell auch in der örtlichen Presse zur Sprache kommen, führte dann doch zur Bereitstellung finanzieller Mittel und zur Genehmigung der Feier, natürlich nicht für alle Mitarbeiter, denn ein Krankenhaus bleibt immer in Betrieb. Der Saal war hübsch hergerichtet. Der Chefarzt war angetan von der schmuckvollen Dekoration. Auf den Tischen herrliches Gebäck, knusprige Stollen, feine Weine. Dann erschien ein prächtiger Nikolaus mit zwei kräftigen, engelsgleichen Gehilfen und ließ seine Geschenke ausbreiten: ein Endoskop mit Fiberoptik für die HNO-Abteilung, zwei elektrotreibene Rollstühle für die Orthopädie, ein Kinderspielzimmer mit Rutschbahn für die Pädiatrie, ein Fernsehgerät mit Videorecorder

für jedes Ärztezimmer. „Für jedes?“, fragte Dr. Messer ungläubig. „Für jedes!“ wiederholte der Nikolaus mit gütiger Stimme.

Dann fuhr er fort mit seiner Arbeit. Die Anästhesisten hüpfen fast vor Freude über die Herz-Lungen-Maschine, der Chef der Inneren Medizin küsste vor versammelter Belegschaft den Links-Herzkatheter, den er sich so lange gewünscht hatte. Die Chefin der Gynäkologie wollte sich gleich selbst in die neue Entbindungswanne legen. Und als der Nikolaus dann jenen Abteilungen Sonografiegeräte schenkte, die noch keines hatten, waren alle sprachlos und wähten sich im Himmel.

Anschließend führte der Nikolaus sein mitgebrachtes Alphorn zu den Lippen, blies einen himmlischen Ton, worauf sieben ausgebildete Krankenschwestern und Krankenpfleger in den Saal traten und mitteilten, sie wollten das Pflegepersonal des Hauses in Zukunft verstärken, insbesondere nachts und an Wochenenden. Die Leiterin des Pflegedienstes konnte wegen der vielen Tränen, die sie vor Freude vergoss, die neuen Mitarbeiter gar nicht richtig erkennen. Noch einmal blies der Nikolaus in sein Alphorn und verkündete mit strahlender Stimme: „Und am 2. Januar wird der modernste Kernspintomograf installiert!“

Als Dr. Messer das hörte, wurde ihm ganz schwindlig. Er merkte, wie er die Besinnung verlor – in der Ferne rief jemand „Infarkt“ – dann kippte er auf seinem Stuhl nach vorne. Warum schlägst du so um dich, Arnold?“ Dr. Messer war überrascht, denn die Stimme war ihm sehr vertraut. Ein Schreck durchfuhr den Chefarzt, als er spürte: er lag im Bett, schweißgebadet, neben ihm seine Frau. Er hatte alles nur geträumt, all die schönen Geschenke waren nur ein Traum – glücklicherweise auch der Herzinfarkt. Unausgeschlafen fuhr er am Morgen in die Klinik. Bei seiner Ankunft lief ihm der Verwaltungschef schon am Parkplatz entgegen: „Leider muss ich Ihnen sagen, dass der Kreis zur Weihnachtsfeier nun doch kein Geld geben kann. Die Zusage ist zurück genommen worden. Ich werde aber nun versuchen, doch wenigstens einen Nikolaus zu bekommen. „Nikolaus“, sagte Dr. Messer entsetzt. „Nein, bitte nicht, ein Herzinfarkt genügt mir!“ Dann lief er schnell weiter. Der Verwaltungschef aber blieb ratlos zurück. Rufen Sie, verehrte Leser, den Verwaltungschef doch an, wenn sie dem netten Nikolaus mit den schönen Geschenken wirklich begegnen. Vielleicht finden die beiden ja zusammen?

Klaus Britting
Treenestraße 71, 24896 Treia