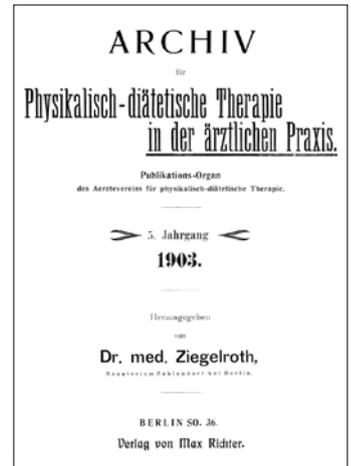
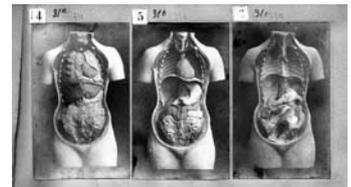


Berufspolitik	Delegation ärztlicher Leistungen	48
	2008 keine elektronische Gesundheitskarte	71
	Lizenz zum Töten? – Ärzte zwischen Sterbebegleitung und Tod auf Verlangen!	72
	Impressum	72
Gesundheitspolitik	Die Nationale Versorgungsleitlinie COPD	53
	Wenn Eltern psychisch krank sind... Der Arzt und sein? Medikament	59
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf Arzthelfer/Arzthelferin	61
	2,5 Prozent mehr Gehalt für Arzthelferinnen/ Medizinische Fachangestellte	63
	Aufruf: Publikation von Beiträgen	64
	Goldenes Doktorjubiläum	64
	Konzerte und Ausstellungen	64
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	65
		65
Originalie	„Stolpersteine“ des Geburtshelfers vor Schulterdystokie und Plexusläsion des Kindes	66
Tagungsberichte	Naturheilkunde und Judentum	67
	32. Interdisziplinäres Forum der Bundesärztekammer	70
Personalia	Privatdozent Dr. med. habil. Klaus Poegel zum 70. Geburtstag	73
	Prof. Dr. med. habil. Hildebrand Kunath zum 65. Geburtstag	74
	Jubilare im März	75
	Nachruf für Dr. med. Heinrich John	77
	Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Peter Wunderlich	78
		78
Medizingeschichte	Die Lehrsammlung am Institut für Anatomie der Universität Leipzig	79
Mittelhefter	Fortbildung in Sachsen – April 2008	



Seite 67



Die Lehrsammlung am Institut für Anatomie der Universität Leipzig
Seite 79

Delegation ärztlicher Leistungen

Delegation oberärztlicher Aufgaben auf Fachärzte und ärztlicher Aufgaben auf nichtärztliches Personal

I. Problemeinführung

Die umfassende Versorgung des Patienten im Krankenhaus wird durch das Zusammenwirken von ärztlichem, pflegerischem und medizinisch-technischem Personal gewährleistet. Der Klinikbetrieb muss „so organisiert sein (...), dass unmittelbar vor, nach und während der Behandlung eine Gefährdung des Patienten ausgeschlossen ist“¹. Der reibungslose Ablauf dieses Zusammenwirkens stellt hohe Anforderungen an die Organisation und Arbeitsteilung innerhalb des Krankenhauses. Diese Anforderungen bestimmen auch die Lösung der zu erörternden Probleme.

Die im Titel der Veranstaltung aufgeworfenen Fragen sind teils sehr alt (Arbeitsteilung und Organisation), teils brennend aktuell. Zu den letzteren gehört die Frage, ob originär ärztliche Aufgaben auf speziell ausgebildetes nichtärztliches Personal übertragen werden dürfen und ob eine hinreichende Organisation der Klinik ohne Oberärzte möglich ist. Je nach Antwort kann das Ergebnis einen totalen Umbruch in der Kliniklandschaft und noch mehr innerhalb der einzelnen Klinik bewirken.

II. Brauchen wir noch Oberärzte?

Problemaufriss

Die auf den ersten Blick verblüffende Frage wäre vor einem Jahr noch undenkbar und unfragbar gewesen. Sie verdankt ihr Entstehen den jüngsten Tarifverhandlungen, die zwei Tarifstufen für Oberärzte festlegte, ohne den Oberarzt zu definieren und seine Aufgaben hinreichend zu beschreiben und festzulegen. Das benutzten anfangs nicht wenige Klinikträger dazu, bisherige Oberärzte de facto zu Fachärzten herabzustufen. Mittlerweile hat sich die Lage etwas entspannt, aber nicht überall in Deutschland und insbesondere nicht überall in Sachsen.

Ältere Rechtsprechung und Literatur
Mit dieser Fragestellung konfrontiert, bemerkt der Jurist, dass der Oberarzt im älteren juristischen und weithin auch dem medizinischen Schrifttum sowie in der Rechtsprechung kaum präsent ist: der Oberarzt, das unbekannte Wesen. Und wo uns herkömmlich der Oberarzt begegnet, da eher in seiner Bedeutung als operierender Arzt, als Spezialist, denn als notwendige Organisationsebene in der Klinik. Jedenfalls steht dieser Gesichtspunkt nie im Mittelpunkt der Entscheidung. Die einschlägigen Urteile betreffen generell die Gynäkologie und die Anästhesiologie, nicht selten beide zusammen.

Zwei Urteile betreffen die unterlassene Herbeiziehung von Oberärzten durch Assistenzärzte. „Eine Anästhesistin, die kurz vor der Facharztprüfung steht, handelt grob fahrlässig, wenn sie nach zwei vergeblichen Intubationsversuchen statt den Oberarzt lediglich einen Assistenzarzt herbeiruft.“² In einem anderen Fall behandelten zwei Assistenzärzte ein Neugeborenes fehlerhaft, ohne zu warten, bis der zu Hause in Rufbereitschaft stehende Oberarzt eintraf³.

Hinzu kommen verwaltungsgerichtliche Urteile, die sich mit Umsetzungen von beamteten Oberärzten beschäftigten und durch die Besonderheiten des Beamtenrechts geprägt sind. Demzufolge hatte und hat der beamtete Oberarzt – in aller Regel C-2 oder C-3-Professor – einen Anspruch auf „amtsgemäße“ Beschäftigung im statusrechtlichen und abstrakt-funktionellen Sinne. Wie aber die Aufgaben der Oberärzte umschrieben sind, bleibt in den Urteilen extrem vage: „Die Leitung von operativen Eingriffen und von Geburten ... stellt damit einen Aufgabenbereich dar, der für einen Oberarzt typisch und amtsgemäß ist.“⁴ Konkreter wurde der VGH Mannheim, der vom „Umfang seiner Vorgesetztenfunktion, Leitungsaufgaben, Beförderungsmöglichkeiten oder einem etwaigen gesellschaftlichen Ansehen“ ausging. Ein strafgerichtliches Urteil gar sprach nur von „Aufgaben der öffentlichen Verwaltung“, die ein Oberarzt wahr-

nimmt. Das alles genügt bei weitem nicht den Anforderungen der aktuellen Problemlage.

„Selbständig operierende Fachärzte oder Oberärzte tragen die Verantwortung für die Behandlung und haften insoweit alleine, besonders dann, wenn sie sich auf bestimmte Operationstechniken spezialisiert haben, die generell in der Klinik nur von ihnen durchgeführt werden“⁵. Diese Textpassage habe ich vor einem Jahr während des Forums für Intensivmedizin und Intensivpflege in Bad Godesberg vorgetragen. Und noch eine weitere, die für uns heute von größerem Interesse ist:

Dem leitenden Arzt (Chefarzt) obliegt die Fachaufsicht über den nachgeordneten ärztlichen Dienst. Er hat bei der Auswahl und dem Einsatz von nachgeordnetem Personal auf dessen Qualifikation zu achten und es laufend, durch regelmäßige Visiten, zu überwachen. Das gilt – bezüglich der Auswahl – für den Einsatz von Oberärzten ebenso wie für den von Fachärzten und von noch nicht hinreichend qualifizierten Assistenzärzten. Die Kontrolle der Oberärzte wird nur bei begründeten Anlässen erforderlich sein. Andererseits können sie wiederum an der Kontrolle und Anleitung der Fach- und Assistenzärzte beteiligt werden, für deren Ausbildung sie auch weithin verantwortlich sind.“

Belegt habe ich meine Äußerungen im Übrigen nicht, weil es keine Belege gab.

Ältere tarif- und arbeitsrechtliche Situation

Vor den aktuellen Tarifverträgen galt der BAT. Er definierte indessen die Begriffe „Leitender Oberarzt“, „Oberarzt“ oder auch „Assistenzarzt“ in keiner Weise⁶. Wohl aber fanden und finden alle Begriffe im klinischen Alltag ständige Anwendung. Vielfach wurden erfahrene Fachärzte von Krankenhausträgern durch förmliche Urkunden zum „Oberarzt“ ernannt, obwohl diese Bezeichnung unter Geltung des BAT eine reine Phantasiebezeichnung ohne tarifrechtliche Bedeutung war. Ein Bewährungsaufstieg durch Zeitablauf war möglich.

Aktuelle Rechtslage

Der „Tarifvertrag für die Ärztinnen und Ärzte an kommunalen Krankenhäusern im Bereich der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (TV-Ärzte/VKA)“ sieht zwei Entgeltgruppen für den Oberarzt (III) und den Leitenden Oberarzt (IV) vor, aber es ist fraglich, ob diese Entgeltgruppen für alle Oberärzte alten Rechts gelten. Da die Krankenhausträger früher eher großzügig mit der Verleihung des Titels „Oberarzt“ umgegangen sind, stehen wir heute vor dem Problem, wie nunmehr diese Oberärzte einzuordnen sind. Dabei sind zwei Fragen zu unterscheiden: 1. Bleibt den Ärzten der Titel? Und 2. werden sie als Oberärzte bezahlt? Die erste Frage beantwortet sich so leicht wie die zweite schwer.

Das Problem wurde von den Tarifvertragsparteien bei den Verhandlungen durchaus gesehen und zumindest ihrer Ansicht nach gelöst: „Die Tarifvertragsparteien gehen davon aus, dass Ärzte, die am 31. 7. 2006 die Bezeichnung „Oberärztin/Oberarzt“ führen, ohne die Voraussetzungen für eine Eingruppierung als Oberärztin/Oberarzt nach § 16 TV-Ärzte/VKA zu erfüllen, die Berechtigung zur Führung ihrer bisherigen Bezeichnung nicht verlieren. Eine Eingruppierung in die Entgeltgruppe III ist hiermit nicht verbunden.“⁷

Folglich wird es in Zukunft „Titular-Oberärzte“ geben, die nach der Entgeltgruppe II bezahlt werden. In dieser Gruppe wird die Unzufriedenheit und demzufolge die Klagebereitschaft groß sein. Dieses Problem ist dem Marburger Bund bewusst. Er hat es in den Tarifverhandlungen mit der VKA verursacht und sogar in Kauf genommen⁸. Nach Aussage des Marburger Bundes war ein besseres Ergebnis in den Verhandlungen nicht zu erzielen. Das klingt plausibel, ändert aber nichts an der Verärgerung der betroffenen Ärzte. Erfolg vor den Arbeitsgerichten ist dieser Gruppe aber eher nicht zu prognostizieren⁹.

Größeren Erfolg vor Gericht dürften hingegen die Oberärzte haben, die die Funktion eines Oberarztes ausfüllen, aber von ihren Arbeitgebern nicht nach der einschlägigen Entgelt-

gruppe besoldet werden. Dass es sich bei dem Krankenhaus ohne Oberarzt nicht nur um ein unrealistisches Schreckgespenst handelt, ergibt sich alleine daraus, dass es in Nordrhein-Westfalen bereits Kliniken gibt, die oberarztfrei sind, was jedenfalls oberhalb der Ebene sehr kleiner Häuser von der Sache her nicht vorstellbar ist. Am Universitätsklinikum Leipzig gibt es Oberärzte, die die Funktionen ausüben, aber tarifrechtlich nicht so behandelt werden.

Das Problem liegt auch hier wiederum in dem zwischen den Vertragsparteien ausgehandelten Text und seinen Motiven. Die einschlägige offizielle Protokollerklärung von VKA und Marburger Bund lautet: „Oberarzt ist derjenige Arzt, dem die medizinische Verantwortung für selbstständige Teil- oder Funktionsbereiche der Klinik oder Abteilung vom Arbeitgeber ausdrücklich übertragen worden ist.“¹⁰

Schwierigkeiten in der Auslegung bereiten die Begriffe „selbständig“ und „vom Arbeitgeber ausdrücklich übertragen“. Das Merkmal „selbständig“ bedeutet in der negativen Abgrenzung nicht, dass es sich um weisungsfreie Tätigkeit handelt. Die gibt es nämlich auf der Ebene unterhalb des Chefarztes nicht, und eine solche Interpretation würde immer dazu führen, dass wir per definitionem keinen Oberarzt mehr haben. Das ist aber mit dieser Formulierung nicht gemeint¹¹. Eine griffige positive Definition fehlt. Entscheidend für das Merkmal „selbständig“ ist daher eine wertende Gesamtschau aller Kriterien im individuellen Einzelfall¹². Dazu gehören besondere, durch langjährige Erfahrung erworbene medizinische Kompetenz, organisatorische Eigenständigkeit und ein besonderer Auftritt nach außen durch die Klinik¹³.

In der Charité sind kürzlich differenziertere Merkmale für die Eingruppierung von Oberärzten in einer Universitätsklinik herausgearbeitet worden: Notwendige Voraussetzungen sind Facharztanerkennung und soziale Kompetenz. Hinzukommen bestimmte Hauptkriterien: fachliche Aufsicht über Assistenz- und Fachärzte, Be-

reichsverantwortung, herausgehobene klinische Kompetenz und wissenschaftliche Qualifikation. Als Hilfskriterien sind noch Organisationsverantwortung, Ausbildungsfunktion und Hintergrunddienst heranzuziehen. Die herausgehobene medizinische Kompetenz setzt in aller Regel langjährige klinische Erfahrung als Facharzt voraus.

Die notwendigen Voraussetzungen müssen vorliegen. Erfüllt ein Arzt sämtliche Hauptkriterien, ist er zweifelsfrei als Oberarzt einzustufen. Weist ein Arzt nicht alle Hauptkriterien auf, ist er trotzdem Oberarzt, wenn zusätzliche Hilfskriterien erfüllt sind¹⁴. Auch wenn die wissenschaftliche Qualifikation außerhalb der Universitätsklinik keine so herausragende Rolle spielt, sind die übrigen Kriterien auch für andere Krankenhäuser grundsätzlich brauchbar. Wieweit dieser Versuch dem Selbstverständnis in der gesamten Medizin entspricht und allseits Anerkennung finden wird, ist zur Zeit noch offen.

Missbrauchsmöglichkeiten eröffnet der Satzteil „vom Arbeitgeber ausdrücklich übertragen“. Diese Formulierung soll die schleichende Bildung von selbständigen Teil- oder Funktionsbereichen verhindern. Die ausdrückliche Übertragung muss dabei allerdings nicht unbedingt vom Klinikträger vorgenommen werden. Er kann diese Aufgabe vielmehr dem Chefarzt delegieren und wird es regelmäßig aus sachlichen Gründen auch tun müssen.

Die Formulierung verleitet aber wohl auch Arbeitgeber dazu, keine ausdrückliche Übertragung der Aufgaben auszusprechen, um dadurch eine Höhergruppierung von Ärzten in die Entgeltgruppe III zu verhindern.

Um ein rechtlich zulässiges Vorgehen handelt es sich dabei indessen nicht. Erfüllt ein Arzt eine oder mehrere der oben genannten Aufgaben, ist er also Oberarzt im materiellen, nicht aber im formellen Sinne, so ist er auch besoldungsmäßig so einzuordnen. Es kommt insoweit nicht auf die juristische Form an, sondern auf die

Realstruktur. Dafür lassen sich zwei rechtliche Gesichtspunkte heranziehen, zum einen die ständige Rechtsprechung des BGH zur Rechtsfähigkeit der BGB-Gesellschaft, die dem eben genannten Grundsatz folgt, zum anderen der Gedanke des § 242 BGB, der ein widersprüchliches Verhalten (*venire contra factum proprium*) verbietet. Und der Klinikträger handelt widersprüchlich, der einerseits einschlägige Realstrukturen entstehen lässt und wohl auch entstehen lassen muss, aber andererseits nicht die dafür geschuldete Entgeltgruppe bezahlen will¹⁵.

Unzulässig wäre es auch, wenn der Klinikträger versuchte, die genannten Realstrukturen erst gar nicht entstehen zu lassen. Zumindest bei einem mittelgroßen Haus sind Oberärzte erforderlich, um den Standard zu gewährleisten, auf den die Patienten Anspruch haben. Der BGH hat einmal in der Nichtbesetzung von Funktionsstellen – insbesondere bezogen auf den Chefarzt – ein Organisationsverschulden des Klinikträgers gesehen¹⁶. Diese Rechtsprechung gilt selbstverständlich auch für den Oberarzt. Dieser Grundgedanke verbietet auch die totale Delegation von oberärztlichen Aufgaben auf dazu nicht qualifizierte Fachärzte.

III. Die Delegation ärztlicher Aufgaben auf nichtärztliches Personal

Mein zweites Thema ist grundsätzlich viel älter, hat aber in jüngster Zeit erhebliches Aufsehen dadurch erlangt, dass ein großer privater Klinikbetreiber versucht hat, ärztliche Aufgaben im Bereich der Anästhesie auf eigens dazu ausgebildetes Personal zu delegieren. Ein tragischer Zwischenfall, möglicherweise aber auch der massive Widerstand der Berufsverbände, haben für den Moment zu einem Einlenken des Klinikträgers geführt. Dauerhaft dürfte das Thema aber von Bedeutung bleiben. Es spricht alles dafür, dass schon aus Kostengründen, möglicherweise aber auch aufgrund eines steigenden Ärztemangels, mit weiteren Versuchen dieser Art zu rechnen ist. Aus Wirtschaftlichkeitsgründen

wird dieser Ausweg auch von der Politik verstärkt in Erwägung gezogen¹⁷. Doch auch einzelne Verbände des Pflegepersonals drängen in diesen vermeintlichen Markt¹⁸.

Facharztstandard, Delegation ärztlicher Aufgaben

Der Patient, der sich in die Klinik begeben hat, hat nach ständiger Rechtsprechung des BGH einen Anspruch auf ärztliche Behandlung nach dem Facharztstandard. Assistenzärzte, die diesen Standard nicht aufweisen, sind so zu überwachen und anzuleiten, dass der Facharztstandard dennoch gewährleistet ist¹⁹.

Der Anspruch auf ärztliche Behandlung bedeutet aber keineswegs, dass der Arzt jeden Handgriff selbst vornehmen muss. Vielmehr sind bestimmte (Hilfs-)tätigkeiten delegierbar²⁰. Insofern werden nicht delegationsfähige von generell delegationsfähigen Leistungen unterschieden. Hinzukommen im Einzelfall delegationsfähige Leistungen.

Nicht delegationsfähig sind Verrichtungen, die wegen ihrer Schwierigkeiten, ihrer Gefährlichkeit oder wegen der Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen ärztliches Fachwissen voraussetzen und deshalb vom Arzt persönlich durchzuführen sind. Hierzu zählen insbesondere Operationen, schwierige Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen sowie ärztliche Untersuchungen, Diagnostik und die ärztliche Beratung des Patienten.

Zu den generell delegationsfähigen Aufgaben gehören unter anderem Laborleistungen, Dauerkatheterwechsel und der Wechsel einfacher Verbände, ebenso radiologische Leistungen. Die größten Probleme bereiten die im Einzelfall delegationsfähigen Leistungen, also Aufgaben, die nur im Einzelfall an nichtärztliche Mitarbeiter übertragen werden dürfen. Hierzu gehören insbesondere die Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen. Der Arzt darf diese Aufgaben dann (im Einzelfall) übertragen, wenn sein persönliches Tätigwerden nach Art und Schwere des Krankheitsbildes oder des Eingriffs nicht erforderlich ist und der Mitarbeiter die nötige

Qualifikation, Zuverlässigkeit und Erfahrung aufweist²¹.

In der medizinischen Literatur wird immer wieder behauptet, die Rechtslage sei ungeklärt²². Ursache für diese Behauptung ist der Umstand, dass es keine gesetzliche Grundlage gibt, die festlegt, welche Arbeiten vom Arzt selbst durchgeführt werden müssen und welche allgemein oder auf bestimmte nichtärztliche Heilberufe übertragen werden dürfen²³. Daraus darf aber nicht der Schluss gezogen werden, dass es eine unklare Rechtslage, eine Grauzone gäbe. Vielmehr greifen die allgemeinen medizinrechtlichen Regeln, die für diese Frage besagen, dass die medizinischen Vorgaben – wie auch sonst bei der Standardbestimmung – durch die Medizin festgelegt werden, durch die Übung der Ärzte einerseits und ihr folgend durch Leitlinien der Berufsverbände andererseits. Das Recht und insbesondere das Haftungsrecht haben die

Einhaltung der medizinischen Vorgaben zu kontrollieren, nicht Anforderungen zu konstruieren. Diese Aufgabe fällt auch der Ökonomie²⁴ und der Gesetzgebung nicht zu, die allenfalls Zweifelsfragen zu klären hat. Darauf beruhen auch die eingangs des zweiten Teils meines Vortrages wiedergegebenen Regeln.

In diesem Sinne wurden jüngst die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) sowie der Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA) tätig. Grund dafür war der Einsatz Medizinischer Assistenten für Anästhesie (MAfA) in den Kliniken des Helios-Konzerns, der auf den planmäßigen Ersatz von Anästhesisten durch speziell qualifiziertes Pflegepersonal abzielte. Diese sollten insbesondere die Narkoseführung „in unkritischen Phasen“ übernehmen. Der zuständige Facharzt rotierte dann zwischen bis zu vier Operationssälen. Die Fachgesellschaft

ten haben in Übereinstimmung mit der ständigen Rechtsprechung des BGH festgelegt, dass die Narkoseführung eine ärztliche Aufgabe sei und Parallelnarkosen demzufolge unzulässig seien. Anästhesieverfahren dürfen grundsätzlich nur von Fachärzten oder von Assistenzärzten unter Aufsicht eines Facharztes vorgenommen werden, „wobei Blick- oder Rufkontakt bestehen muss“²⁵.

Entsprechendes gilt für den Chirurgisch-Technischen Assistenten (CTA)²⁶. Nur Hilfsleistungen, wie zum Beispiel das Hakenhalten während der Operation kann auf nichtärztliches Personal delegiert werden, wenn sich der verantwortliche operierende Arzt zuvor persönlich von der Qualifikation und Zuverlässigkeit des Mitarbeiters überzeugt hat²⁷.

Werden diese medizinischen Vorgaben nicht eingehalten und ereignet sich ein Zwischenfall, so haftet sowohl der Arzt als auch der Klinikträger für Organisationsverschulden.

Ob auch das nichtärztliche Personal haftet, ist einzelfallbestimmt. Grundsätzlich haftet der anweisende Arzt für das nichtärztliche Personal. Das Pflegepersonal haftet selbst, wenn es sich nicht an die Grundregeln der Zusammenarbeit zwischen Arzt und Pflegepersonal hält. Diesen Regeln zufolge hat das Pflegepersonal etwa „beim Eintreten von Komplikationen den zuständigen Arzt zu verständigen und bis zu seinem Eintreffen eigene weitere Bemühungen einzustellen, wenn der Patient nicht akut gefährdet ist“²⁸. Diesem Haftungsgrund kommt wohl in unserer Frage-

stellung weniger Bedeutung zu als dem zweiten. Befolgt das Pflegepersonal (telefonische) Anweisungen des Arztes, obwohl es erkennen kann, dass sie therapeutisch nicht geboten sind, so haftet es neben dem anweisenden Arzt selbst²⁹. Davon ist bei dem geschilderten MAFa-Einsatz jedenfalls auszugehen.

IV. Schluss

Lassen Sie mich noch wenige Worte zum Schluss sagen. Die moderne Klinik braucht Oberärzte. Sie dürfen nicht lediglich als Kostenfaktor betrachtet werden, sondern sind ein wesentlicher Erfolgsfaktor. Ohne sie ist ein moderner Krankenhausbetrieb auf Dauer nicht aufrechtzuerhalten³⁰.

Vergleichbares gilt für die Übertragung originärer ärztlicher Aufgaben an nichtärztliches Pflegepersonal. Eine solche Delegation führte zu unkalkulierten Sicherheitsrisiken für die Patienten und zur Minderung der fachärztlichen Leistungsstandards.

Beiden Themen gemein ist der drohende Einbruch wirtschaftlicher Gesichtspunkte in die Krankenversorgung. Wirtschaftliche oder auch sozialrechtliche Gesichtspunkte dürfen jedoch nur zum optimalen Einsatz von Ressourcen führen, nicht zur Absenkung des medizinischen Standards.

Mein kurzer Überblick hat Ihnen gezeigt, dass sich auch bezüglich beider heute behandelten Fragestellungen die rechtlichen Anforderungen an den medizinischen Vorgaben orientieren. Das ist keine Flucht des Rechts aus der Verantwortung, sondern die Selbstbeschränkung des Rechts auf seine Aufgabe, zu überwachen, dass die Medizin alles richtig macht. Was richtig ist, bestimmt die Medizin.

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

Herr Prof. Dr. Kern referierte über „Delegation von ärztlichen Aufgaben“ auf der Tagung der sächsischen ärztlichen Fachgesellschaften in der Sächsischen Landesärztekammer am 17. Oktober 2007

Literaturangaben 1–30

- ¹ LG Koblenz, NJW 1988, 1521.
- ² OLG Köln, NJW 1990, 776 = ArztR 1990, 103.
- ³ BGH, NJW 1994, 3008 = MedR 199, 490.
- ⁴ Auf dem Gebiet der Frauenheilkunde.
- ⁵ Nach BGH, MedR 1987, 234, schließt das Eingreifen des weisungsberechtigten Chefarztes in eine laufende Operation die Verantwortlichkeit der für die Operation zunächst zuständigen Ärzte nicht ohne weiteres aus.
- ⁶ Bruns, Die Entgeltgruppe III (Oberarzt) des TV-Ärzte/VKA, ArztR 2007, 60, 61.
- ⁷ „Amtliche“ Niederschriftserklärung von VKA und Marburger Bund zu § 6 Abs. 2 TVÜ-Ärzte/VKA, zitiert nach Bruns, S. 63
- ⁸ So ausdrücklich auch Bruns, S. 63.
- ⁹ So Bruns, S. 64.
- ¹⁰ Zitiert nach Bruns, S. 63.
- ¹¹ So auch Bruns, S. 65.
- ¹² Bruns, S. 65.
- ¹³ Vgl. dazu die Beispiele bei Bruns, S. 65.
- ¹⁴ Fritsche, Kriterien erstmals klar geregelt, in: DÄBl. 2007, S. B. 1007, 1008.
- ¹⁵ So wohl auch Bruns, S. 67, mit Hinweis auf § 162 BGB, der allerdings höchstens analog herangezogen werden kann. Da § 162 BGB eine Ausprägung des § 242 BGB enthält, ist es richtiger, gleich auf die Grundnorm zurückzugreifen.
- ¹⁶ Kern, Organisationsverschulden in der Judikatur, in: Berg/Ulsenheimer (Hrsg.), Patientensicherheit, Arzthaftung, Praxis- und Krankenhausorganisation, 2006, S. 59–71, 62.
- ¹⁷ Flintrop, S. 3; Polonius, S. 2.
- ¹⁸ Polonius, S. 3.
- ¹⁹ Vgl. dazu Kern.
- ²⁰ Uhlenbruck/Laufs, in: Laufs/Uhlenbruck (Hrsg.), Handbuch des Arztrechts, 3. Aufl. 2002, § 47, Rdnr. 4.
- ²¹ Uhlenbruck/Laufs, Rdnr. 5.
- ²² Polonius, Delegation chirurgischer Leistungen auf nichtärztliches Assistenzpersonal, in: BDC/Online – 01 April 2007, S. 1.
- ²³ Roßbruch, Zur Problematik der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an das Pflegefachpersonal auf Allgemeinstationen unter besonderer Berücksichtigung zivilrechtlicher, arbeitsrechtlicher und versicherungsrechtlicher Aspekte – 1. Teil, in: PflR 2003, S. 95.
- ²⁴ Vgl. dazu Polonius, S. 2.
- ²⁵ Flintrop, Parallelnarkosen: Helios entschärft umstrittenes Konzept, in: DÄBl. 2007, B-613, C-589, S. 1f.
- ²⁶ Polonius, S. 3.
- ²⁷ Polonius, S. 4.
- ²⁸ LG Dortmund, MedR 1985, 291. Gleiches gilt auch für ärztliches Personal in der Weiterbildung, soweit es dem Eingriff nicht gewachsen ist. So haftet nach OLG Köln, VersR 1989, 372 eine Anästhesistin, die unmittelbar vor Ablegung der Facharztprüfung steht, wenn sie nach zwei fehlgeschlagenen Intubationsversuchen statt der diensthabenden Oberärztin einen weiteren Assistenzarzt herbeiruft in der Hoffnung, diesem werde die Intubation gelingen.
- ²⁹ OLG Frankfurt/M., VersR 1991, 929.
- ³⁰ So auch Fritsche, S. 1008.

Die Nationale VersorgungsLeitlinie COPD

Günter Ollenschläger¹ und Ina Kopp² für den Expertenkreis NVL COPD beim ÄZQ*

¹ Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) – gemeinsames Institut von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung

² Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)

Zusammenfassung

Das Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL-Programm) ist eine Initiative von Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zur Entwicklung und Implementierung evidenzbasierter Leitlinien für die strukturierte Versorgung. Seit 2003 haben die in den Versorgungsbereichen Atemwegserkrankungen, Diabetes, und Herz-Kreislaufkrankungen ausgewiesenen Fachgesellschaften und Selbsthilfeorganisationen insgesamt fünf Nationale VersorgungsLeitlinien und ergänzende PatientenLeitlinien nach einem standardisierten Verfahren entwickelt. Sechs weitere NVL sind in Vorbereitung. Die Verbreitung und Implementierung erfolgt über Disease Management Programme, Verträge zur Integrierten Versorgung, Fortbildung und Qualitätsmanagement-Projekte. Die multiprofessionell erarbeiteten NVL ergänzen die „Klinischen Leitlinien“ der medizinischen Fachgesellschaften für umschriebene Teilbereiche des Versorgungsgeschehens. Das „Ärzteblatt Sachsen“ wird in den nächsten Monaten die wesentlichen Inhalte der existierenden NVL veröffentlichen. Im ersten Artikel dieser Serie wird über die NVL Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) berichtet.

Einführung: Leitlinien und Versorgungsleitlinien in Deutschland

Das Wissensmanagement im Gesundheitswesen wird immer komplexer. Der medizinische Fortschritt und Vorgaben oder Bedarf zur Organisationsentwicklung in Klinik und Praxis stei-

gern den Erkenntnisbedarf von Ärztinnen und Ärzten. Gleichzeitig nimmt die Überflutung mit – oftmals tendenziösen – Informationsangeboten zu. Vor diesem Hintergrund wird ärztlichen Leitlinien eine zentrale Bedeutung für Qualitätsentwicklung und Steuerung im Gesundheitssystem zugesprochen.

Man erhofft sich von ihnen Optimierung und Erleichterung der Orientierung im ärztlichen Alltag, und zwar durch Nutzung von

- aktuellen Erkenntnissen und Belegen zu konkreten medizinischen Versorgungsproblemen (der sogenannte „Evidenz“ aus Wissenschaft und Praxiserfahrung),
- ausgewogener Darstellung gegensätzlicher Standpunkte und Konsens von Fachexperten zu praxisrelevanten Fragen,
- systematisch erarbeiteten Vorschlägen der medizinischen Fachgesellschaften zum derzeitigen Vorgehen der Wahl unter expliziter Abwägung von Nutzen und Nachteilen empfohlener Verfahren.

Leitlinien stellen einen wesentlichen Bestandteil eines modernen Informationsmanagements in der täglichen klinischen Arbeit dar und sind als Grundlage einer gleichberechtigten gemeinsamen Entscheidungsfindung von Patienten und Ärzten zu verstehen. Zusätzlich dienen Leitlinien im Rahmen des Qualitätsmanagements als Referenz für Qualitätsziele, Qualitätsmerkmale und Qualitätsindikatoren, Grundlage für Prozess- und Ablaufbeschreibungen sowie Durchführungsanleitungen (zum Beispiel klinische Behandlungspfade).

Auf diese Weise können gute Leitlinien nachweislich zur gewünschten Verbesserung der medizinischen Versorgungsqualität führen. Die Einführung in ein funktionierendes Qualitätsmanagementsystem kann ihre Umsetzung in die Handlungsroutine sichern.

Vor diesem Hintergrund werden in Deutschland seit Jahrzehnten medizinische Leitlinien entwickelt [Ollenschläger, G.; Thomeczek, C.; Thalau, F.; et al, 2005] – zum Teil unter anderen Bezeichnung, wie etwa „Therapieempfehlungen“ [Institut für Arznei-

mittelwesen der DDR, 1970]. Auf Bundesebene durch die in der AWMF organisierten wissenschaftlichen Fachgesellschaften [Kopp, I.; Encke, A.; Lorenz, W., 2002], die Bundesärztekammer [Ollenschläger, G.; Thomeczek, C., 1996] und die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft [Lasek, R.; Müller-Oerlinghausen, B., 1997]. Auf Landesebene kommt der sächsischen Ärzteschaft Sachsens durch die multiprofessionelle Entwicklung und Implementierung der Praxisleitlinien der Fachkommission Diabetes Sachsen [Schulze, J.; Kunath, H.; Rothe, U.; Müller G, 1998] eine Vorreiterrolle zu.

Bei den auf Bundesebene existierenden Leitlinien handelte es sich bisher vorrangig um Empfehlungen für spezielle medizinische Fachgebiete. Solche „Klinischen Leitlinien oder Praxisleitlinien“ sind in der Regel auf umschriebene Teilbereiche des Versorgungsgeschehens ausgerichtet und beschreiben nur selten organisatorische Rahmenbedingungen der Patientenversorgung oder Nahtstellen zwischen den verschiedenen Disziplinen bzw. Versorgungsbereichen (Primäre Prävention – Sekundäre Prävention – Kuration – Rehabilitation). Um diesem Defizit abzuwehren, existiert seit 2003 das Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien® (NVL-Programm) in gemeinsamer Trägerschaft von BÄK, AWMF und KBV. [Ollenschläger, G.; Kopp, I.; Lelgemann, M.; et al., 2006]. Das NVL-Programm zielt auf die Entwicklung und Implementierung versorgungsbereichübergreifender Leitlinien zu ausgesuchten Erkrankungen hoher Prävalenz unter Berücksichtigung der Methoden der evidenzbasierten Medizin.

Insbesondere sind Nationale Versorgungs-Leitlinien inhaltliche Grundlage für die Ausgestaltung von Konzepten der strukturierten und integrier-

* H. H. Abholz (Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familien-Medizin DEGAM), A. Gillissen (Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin DGP), H. Magnussen (Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin DGIM), K. Schultz (Deutsche Gesellschaft für Prävention und medizinische Rehabilitation DGPMR), D. Ukena (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft AkdÄ), H. Worth (Deutsche Atemwegsliga)

ten Versorgung, also auch der Disease Management Programme nach SGB V.

NVL-Methodik und -Verfügbarkeit

Die Entwicklung von NVL fokussiert auf die Adaptation und Zusammenfügung von Schlüsselempfehlungen bereits existierender evidenz- und konsensbasierter deutscher Leitlinien – unter Ergänzung durch weitere Evidenz aus internationalen Leitlinien, Metaanalysen und Originalliteratur. Alle von den bearbeiteten Themen betroffenen überregionalen medizinischen Fachgesellschaften – sowie in Einzelfällen regionale Organisationen – wie die Fachkommission Diabetes Sachsen – mit Erfahrung in der Leitlinienerstellung werden an der Leitlinien-Erstellung und -Implementierung aktiv beteiligt. Die Patienteneinbindung wird durch die Dachorganisationen der Selbsthilfe im Patientenforum bei der Bundesärztekammer gewährleistet. Je nach Thema werden ausgewählte Organisationen der Fachberufe einbezogen. Methodisch entsprechen NVL den S3-Leitlinien der AWMF.

Ausführlichere Darstellungen zur Methodik finden sich auf der Internetseite des NVL-Programms unter www.versorgungsleitlinien.de. Hier sind auch alle Leitliniendokumente, wie Kurzfassung, Langfassung, Patientenleitlinie, Praxishilfen und Fortbildungsmodule frei verfügbar. In Druckform werden diese Dokumente durch den Deutschen Ärzteverlag vertrieben.

Bisher liegen fertige NVL für die koronare Herzerkrankung, für „Diabetische Netzhautkomplikationen“, „Diabetische Fußkomplikationen“, für Asthma und für COPD vor. Die NVL COPD [Abholz, H.H.; Gillissen, A.; Magnussen, H; et al., 2006] soll hier vorgestellt werden.

Hintergrund und Ziele der NVL COPD

Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung ist eine der führenden Todesursachen und wird dennoch vielfach unterschätzt. Lag sie 1990 noch an 6. Stelle der häufigsten Todesursachen, so wird die COPD bis zum

Tabelle 1: Eckpunkte des COPD-Managements der NVL COPD

Versorgungsmanagement	
Bausteine	<ul style="list-style-type: none"> • exakte Diagnose als Grundlage einer differenzierten Therapie • Langzeittherapie der stabilen COPD • Prophylaxe/Therapie der akuten Exazerbation • präventive Maßnahmen, insbesondere Ausschaltung von Risikofaktoren • bei Bedarf Rehabilitation
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> • Verminderung der Progression der Erkrankung • Steigerung der körperlichen Belastbarkeit • Symptomlinderung und Verbesserung des Gesundheitsstatus • Vorbeugung und Behandlung von Exazerbationen und Komplikationen • Verbesserung der COPD-bezogenen Lebensqualität • Reduktion der COPD-bedingten Letalität
Behandlungsplan	<p>Der Behandlungsplan umfasst:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medikamentöse Therapie; • Schulung mit dem Ziel, Patienten aktiv an der Krankheits-Bewältigung zu beteiligen (ärztlich kontrollierte Selbstmedikation); • Physiotherapie, körperl. Training, Ernährungsberatung, appar. Therapieoptionen; • Management akuter Exazerbationen; • bei ausgeprägtem Lungenemphysem operat. Behandlungsmaßnahmen. • Pneumol.Reha ist als zeitlich umschriebene Komplexmaßnahme wichtige Komponente des COPD-Langzeitmanagements.
Versorgungskoordination	
Hausärztliche Versorgung	<p>Langzeit-Betreuung/Koordination der Versorgung und deren Dokumentation im Rahmen eines struktur. Behandlungsprogramms grundsätzlich durch Hausarzt (ggf. Pneumologe).</p> <p>Mit zur Betreuungsaufgabe des Hausarztes gehört die regelmäßige Erfassung des klinischen Bildes, der körperlichen Leistungsfähigkeit, der Lungenfunktion und des Risikostatus. Die erforderliche Untersuchungsfrequenz ist abhängig von der Krankheitsschwere.</p>
Überweisung: Behandelnder Arzt zum qualifiz. Facharzt/ zur qualifiz. Einrichtung	<ul style="list-style-type: none"> • bei unzureichendem Therapieerfolg trotz intensiver Behandlung; • wenn eine Dauertherapie mit Corticosteroiden erforderlich wird; • nach vorausgegangener Notfallbehandlung; • Beenden einer antientzündlichen Dauertherapie; • bedeutsame Komorbidität; • Verdacht auf berufsbedingte Atemwegserkrankungen.
Krankenhaus-Einweisung	<p>Notwendig bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hinweis auf schwere Exazerbation; • progredientem Verlauf trotz intensiver ambulanter Behandlung; • unzureichender häuslicher Betreuung.
Indikation zur Reha-Maßnahme	<p>wenn trotz adäquater kurativer Behandlung beeinträchtigende körperliche oder psychosoziale Krankheitsfolgen persistieren, die die Möglichkeiten von alltagsrelevanten Aktivitäten und der Teilhabe am normalen privaten, öffentlichen oder beruflichen Leben behindern.</p>

Jahr 2020 auf den 3. Platz vorrücken. Ging man bisher davon aus, dass hauptsächlich Männer betroffen sind, so zeigen neuere Sterbestatistiken in den USA und Kanada eine Trendumkehr zu Lasten der Frauen.

Trotz dieser Entwicklung wird die COPD vielfach zu wenig beachtet, diagnostiziert und behandelt. Effektive und kosteneffiziente Maßnahmen wie zum Beispiel die Raucherentwöhnung oder das körperliche Training werden, ungeachtet der positiven Evidenzlage, bisher unzureichend umgesetzt.

Vor diesem Hintergrund sind verstärkte Bemühungen um eine Optimierung der Versorgungsqualität für COPD Patienten erforderlich. Zu diesem Zweck wurde die NVL COPD entwickelt, und zwar mit den in Tab. 1 dargestellten Eckpunkten des COPD-Managements und der Versorgungs-koordination.

Welche Aussagen macht die NVL COPD speziell für die hausärztlichen Versorgung?

Für den hausärztlichen Arbeitsbereich sind insbesondere die folgenden Aussagen von Bedeutung (Abholz, H-H.; Thalau, F.; Gillissen, A. et al., 2007):

- Betamimetika und Anticholinergika haben therapeutisch einen gleichen Stellenwert. Beide zusammen erhöhen den therapeutischen Effekt.
- Theophyllinpräparate sind aufgrund von Nebenwirkungen problematisch und sollten nur an letzter Stelle eingesetzt werden.
- Corticosteroide spielen bei der COPD – anders als beim Asthma – keine zentrale Rolle, insbesondere nicht für die Langzeitbehandlung.
- Corticosteroide können bei sehr häufigen Exazerbationen zu Beginn einer Exazerbation eingesetzt werden, sollten aber in ihrer Effektivität individuell beurteilt werden.
- Medikamentöse Behandlungen bringen wenig objektive Verbesserungen in der aktuellen Lungenfunktion und im Langzeitverlauf.
- Die eher kleinen therapeutischen Effekte kommen in ihrer Effektstärke denen von rehabilitativen Maßnahmen gleich.

- Therapeutische Maßnahmen müssen daher sehr häufig anhand der subjektiv erlebten Verbesserung von Belastbarkeit etc. beurteilt werden, nicht anhand der Lungenfunktion.
- Wichtigster positiv verlaufsbeeinflussender Faktor ist das Aufhören mit dem Rauchen.

Diagnostik der stabilen COPD

Bei Erhebung der Anamnese sollte gezielt gefragt werden nach:

- Husten und Auswurf,
- Atemnot unter Belastung,
- Rauchgewohnheit (80 Prozent der COPD-Patienten sind Raucher oder Exraucher),
- inhalative Belastung am Arbeitsplatz,
- Anzahl der Exazerbationen/Jahr,
- Komorbidität,
- Gewichtsverlust.

Im körperlichen Untersuchungsbefund sollte dokumentiert werden:

- pathologische Geräusche / Nebengeräusche,
 - verlängerte Expirationsdauer.
- In fortgeschrittenen Stadien:
- Lippenzyanose,
 - periphere Ödeme,
 - pulmonale Kachexie.

Bei Patienten mit V. a. COPD sollte eine Spirometrie durchgeführt werden (s. Abb.1).

Laboruntersuchungen:

- Bei Exazerbationen ist die Bestimmung des Blutbildes und des CRP sinnvoll.
- Bei Patienten mit Zeichen eines Lungenemphysems im Alter unter

Tab. 2: Schweregrad-Einteilung der stabilen COPD

Schweregrad	Charakteristik
0 (Risikogruppe)	<ul style="list-style-type: none"> • normale Spirometrie, • chronische Symptome (Husten, Auswurf).
I (leichtgradig)	<ul style="list-style-type: none"> • FEV1 \geq 80 % Soll, • FEV1/VK $<$ 70 %, • mit oder ohne chronische Symptome (Husten, Auswurf, Dyspnoe, – evtl. bei starker körperlicher Belastung).
II (mittelgradig)	<ul style="list-style-type: none"> • 50 % \leq FEV1 $<$ 80 % Soll, • FEV1/VK $<$ 70 %, • mit oder ohne chronische Symptome (Husten, Auswurf, Dyspnoe).
III (schwer)	<ul style="list-style-type: none"> • 30 % \leq FEV1 $<$ 50 % Soll, • FEV1/VK $<$ 70 %, • mit oder ohne chronische Symptome (Husten, Auswurf, Dyspnoe).
IV (sehr schwer)	<ul style="list-style-type: none"> • FEV1 $<$ 30 % Soll oder FEV1 $<$ 50 % Soll mit chronischer respiratorischer Insuffizienz • FEV1/VK $<$ 70 %.

FEV1: forciertes expiratorisches Volumen in einer Sekunde (1-Sekunden-Kapazität)

VK: inspiratorische Vitalkapazität

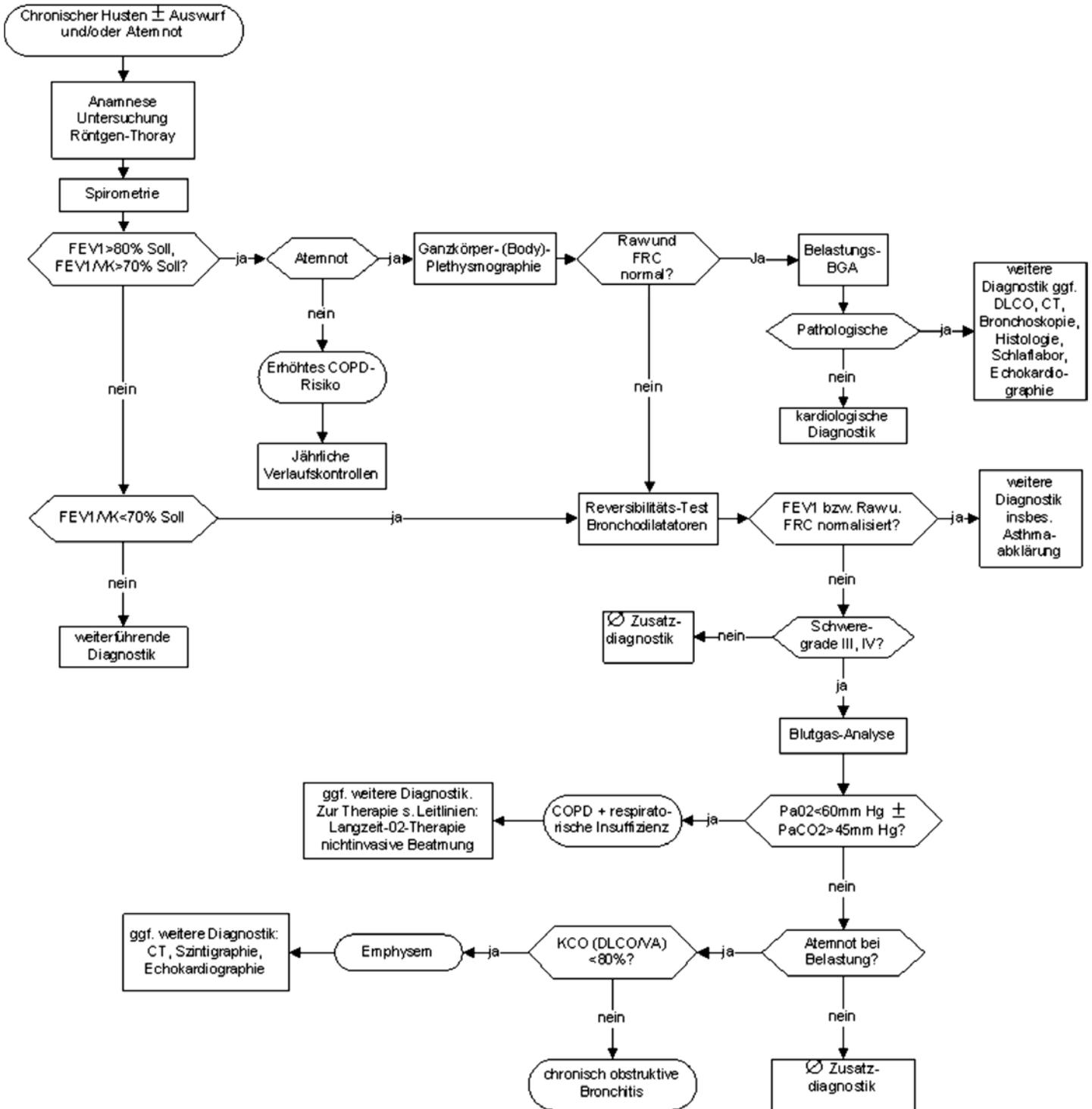
respiratorische Insuffizienz: arterieller O_2 -Partialdruck unter 60 mmHg mit oder ohne arteriellen CO_2 Partialdruck über 50 mmHg bei Atmen von Raumluft auf Meeresniveau

45 Jahren sollte eine gezielte Untersuchung bezüglich eines Alpha-1-Protease-Inhibitor-Mangels durchgeführt werden.

Eine Blutgasanalyse sollte bei V. a. respiratorische Insuffizienz erfolgen:

- respiratorische Partialinsuffizienz: Erniedrigung des arteriellen O_2 -Partialdruckes ($<$ 60 mm Hg),

Abb. 1: Algorithmus zur COPD-Diagnostik (NVL COPD)



BGA
CO₂
DLCO
FRC
KCO
Raw
sRAW

Blutgasanalyse
Kohlendioxid
CO-Diffusionskapazität
Funktionelle Residualkapazität
CO-Transfer-Koeffizient
Atemwegswiderstand
spezifischer Atemwiderstand

CO
CT
FEV1
ITGV
p(a)O₂/CO₂
SaO₂
VK

Kohlenmonoxid
Computertomographie
expiratorische Einsekundenkapazität
intrathorakales Gasvolumen
(arterieller) Sauerstoff-/Kohlendioxid-Partialdruck
Sauerstoffsättigung
Vitalkapazität

- Globalinsuffizienz: Erhöhung des arteriellen CO₂-Partialdruckes (> 45 mm Hg).

Weitere diagnostische Maßnahmen und Verfahren sind:

- Röntgenaufnahme der Thoraxorgane in zwei Ebenen bei Diagnosestellung, zur Differenzialdiagnose und zur Erfassung von Emphyseblasen,
- Ganzkörperplethysmografie,
- CO-Diffusionskapazität,
- Belastungstests,
- krankheitsspezifischer Fragebogen zur Lebensqualität.

Schweregradeinteilung der stabilen COPD:

- Die Schweregradeinteilung der stabilen COPD erfolgt mittels FEV1-Werten (% vom Soll), gemessen nach Gabe eines Bronchodilatators (siehe Tab. 2).

Differenzialdiagnose

- Asthma (siehe Tab. 3)
- Bronchiektasie,
- zystische Fibrose,
- diffuse Lungenparenchymerkrankungen mit Obstruktion,
- Bronchialwandinstabilität,
- konstriktive Bronchiolitis obliterans (z. B. nach inhalativen Intoxikationen),
- extrathorakale Obstruktion (Larynx, Trachea),
- Tumoren im Bereich der Atemwege,
- Lungenstauung mit Atemwegsobstruktion.

Therapie der stabilen COPD

Die Therapie von COPD-Patienten sollte sich am Stufenplan (s. Abb.2) orientieren

1. Medikamentöse Therapie

1.1. Bronchodilatoren

- Bei Bedarf werden inhalative rasch-wirksame Bronchodilatoren wie folgt empfohlen: Inhalative rasch-wirksame Beta-2-Sympathomimetika (Fenoterol, Salbutamol, Terbutalin) oder Anticholinergika (Ipratropium).
- Für die Dauertherapie ab Stufe II werden langwirksame Beta-2-Sympathomimetika (Formoterol, Salmeterol) und/oder Tiotropium empfohlen (vgl. „Abb.2.).

- Die Kombination aus langwirksamem Beta-2-Sympathomimetikum und raschwirksamem Beta-2-Sympathomimetikum hat gegenüber Einzelsubstanzen einen additiven bronchodilatatorischen Effekt
- Für Theophyllin sind ebenfalls bronchodilatatorische Effekte nachgewiesen worden. Die Gabe von Theophyllin soll wegen der geringeren Effizienz, zahlreicher Interaktionen und der relativ geringen therapeutischen Breite erst nach Einsatz von Anticholinergika und Beta-2-Sympathomimetika erfolgen.

1.2. Corticosteroide

- Inhalative Corticosteroide (ICS) sollten bei Patienten verordnet werden, deren FEV1 < 50 Prozent Soll beträgt und die mehr als zwei Exazerbationen pro Jahr haben, welche Antibiotika- und/oder orale Corticosteroid-Therapie erfordern.
- Die Indikationsstellung sollte im Verlauf regelmäßig überprüft werden.
- Behandlungsziele sind eine Verringerung der Exazerbationsrate und eine Verlangsamung der Verschlechterung des Gesundheitszustandes, die sich nicht unbedingt in den Lungenfunktionsdaten abbildet.
- Eine Langzeit-Therapie mit oralen Corticosteroiden wird nicht empfohlen.

1.3. Mukopharmaka und Antitussiva

- Der Einsatz von N-Acetylcystein, Ambroxol und Myrtol zur Sekretelimination wird nicht allgemein empfohlen.
- Bei produktivem Husten ist die Ein-

Tab.3: Differenzierung zwischen COPD und Asthma bronchiale

Merkmal	COPD	Asthma
Alter bei Erstdiagnose	meist 6. Lebensdekade	meist Kindheit, Jugend
Tabakrauchen	überwiegend Raucher	kein Kausalzusammenhang
Atemnot	bei Belastung	anfallsartig auftretend
Allergie	selten	häufig
Reversibilität der Obstruktion	nicht voll reversibel, progredient	gut reversibel: _ FEV1 > 15 % , variabel, episodisch
Ansprechen auf Corticosteroide	gelegentlich	regelmäßig vorhanden

nahme von Antitussiva nicht indiziert; bei nicht-produktivem nächtlichem Husten kann der Einsatz von Antitussiva zeitlich befristet indiziert sein.

2. Inhalationssysteme – Verordnung, Technik

- Patienten sollen in der korrekten Inhalationstechnik angeleitet werden und diese bis zur sicheren Beherrschung üben.
- Die korrekte Inhalationstechnik soll vom Arzt oder einer medizinischen Fachkraft überprüft werden.

3. Nichtmedikamentöse Therapie der stabilen COPD

Nichtmedikamentöse Therapiemaßnahmen haben bei der COPD einen hohen Stellenwert.

Zu nennen sind: körperliches Training, Patientenschulung, Atemphysiotherapie, Ernährung, Hilfsmittelversorgung,

Abb. 2: COPD-Stufentherapie (NVL COPD)

Die Therapie von COPD-Patienten sollte sich an folgendem Stufenplan orientieren:

Stufe IV: FEV1 < 30 % Soll oder respirator. Insuffizienz	
Risikofaktoren vermeiden*, Schutzimpfungen**, rehabilitative Maßnahmen****	Raschwirksame inhalative Bronchodilatoren**** bei Bedarf; ein oder mehrere langwirksame inhalative Bronchodilatoren*** als Dauertherapie (einzeln oder in Kombination); ICS (bei wiederholten Exazerbationen, Therapieeffekt vorausgesetzt); ergänzende Maßnahmen (Langzeit-Sauerstoff-Therapie, chirurgische Therapie) erwägen.
Stufe III: 30 % ≤ FEV1 < 50 % Soll	
Risikofaktoren vermeiden*, Schutzimpfungen**, rehabilitative Maßnahmen****	Raschwirksame inhalative Bronchodilatoren**** bei Bedarf; ein oder mehrere langwirksame inhalative Bronchodilatoren*** als Dauertherapie (einzeln oder in Kombination); ICS (bei wiederholten Exazerbationen, Therapieeffekt vorausgesetzt).
Stufe II: 50 % ≤ FEV1 < 80 % Soll	
Risikofaktoren vermeiden*, Schutzimpfungen**, rehabilitative Maßnahmen****	Raschwirksame inhalative Bronchodilatoren**** bei Bedarf; ein oder mehrere langwirksame inhalative Bronchodilatoren*** als Dauertherapie (einzeln oder in Kombination).
Stufe I: FEV1 ≥ 80 % Soll; FEV1/VK < 70 %	
Risikofaktoren vermeiden*, Schutzimpfungen**, rehabilitative Maßnahmen****	Raschwirksame inhalative Bronchodilatoren**** bei Bedarf.

Erläuterungen:

- * Vermeidung inhalativer Schadstoffexposition (insbesondere Tabakrauch).
- ** Impfungen gegen Influenza und Pneumokokken.
- *** Beta-2-Sympathomimetika und/oder Anticholinergika; Medikament der dritten Wahl ist Theophyllin.
- **** Ambulante oder stationäre Rehabilitation und/oder nichtmedikamentöse Maßnahmen wie körperliches Training, Atemphysiotherapie und Patientenschulung.

Abkürzungen:

FEV = Forciertes expiratorisches Volumen-ICS = Inhalative Corticosteroide -VK = Vitalkapazität

Langzeitbehandlung mit Sauerstoff, Heimbeatmung.

Körperliches Training führt bei COPD-Patienten ab mäßigem Schweregrad zur Verbesserung der Lebensqualität und Belastbarkeit und zur Verringerung der Exazerbationsrate. Körperliches Training soll daher Teil der Langzeittherapie sein.

Jeder Patient mit COPD sollte Zugang zu einem strukturierten, evaluierten und zielgruppenspezifischen Schulungsprogramm erhalten und ärztlicherseits regelhaft zur Teilnahme motiviert werden. Nachschulungen nach spätestens zwei Jahren sind sinnvoll.

Hauptziele der Atemphysiotherapie sind eine Erleichterung der erschwerten Atmung in Ruhe und unter Belastung sowie eine Verbesserung der Hustentechnik.

Selbsthilfetechniken bei Atemnot sind vor allem die „atemerleichternden Körperstellungen“ (zum Beispiel Kutschersitz) und die „dozierte Lippenbremse“

Aktive Hustentechniken wie „Huffing“ oder „forcierte Lippenbremse“ und die Anwendung von PEP-Systemen mit oder ohne Oszillation (Cornet, Flutter, PEP-Maske, BATube und andere) sollen das Abhusten erleichtern. Passive krankengymnastische Techniken der Sekretmobilisation (Lagerungsdrainage, Abklopfen) sind begründeten Einzelfällen vorbehalten (zum Beispiel Bronchiektasepatienten).

Unterernährung und ungewollter Gewichtsverlust sind bei COPD-Patienten mit schlechterer Prognose assoziiert. Daher sind die regelmäßige Kontrolle des Körpergewichtsverlaufes und gegebenenfalls Ernährungstherapie angezeigt.

Die Versorgung mit Hilfsmitteln ist gegebenenfalls sicher zu stellen (zum Beispiel Rollator)

In manchen Fällen ist bei der COPD eine Langzeit-Sauerstoff-Behandlung – auch unter häuslichen Bedingungen indiziert.

COPD-Prävention

Prävention spielt bei Verhinderung und Behandlung der COPD eine wesentliche Rolle. Wesentliche Maßnahmen sind: Verzicht auf Tabakrauchen/Raucherentwöhnung, Arbeitsplatzhygiene/Vermeidung berufsbedingter Noxen, Schutzimpfungen (Influenza, Pneumokokken).

Der behandelnde Arzt soll die Rauchgewohnheiten seiner Patienten regelmäßig dokumentieren und bei jedem Patientenkontakt dringend zur Abstinenz raten bzw. weitere Hilfestellungen zur Raucherentwöhnung anbieten (zum Beispiel Informationsmaterialien und medikamentöse Entwöhnungshilfen).

Rehabilitation bei COPD

Bei der Rehabilitation der COPD handelt es sich um ein Komplexangebot zur Beeinflussung von bio-psycho-sozialen Krankheitsfolgen bestehend aus: Tabakentwöhnung, medikamentöser Therapie, körperlichem Training, Patientenschulung, Physiotherapie/ Ergotherapie, Ernährungstherapie, Hilfsmittelversorgung, psychosozialem Support, Sozialmedizin.

Die ambulante oder stationäre pneumologische Rehabilitation soll insbesondere bei COPD-Patienten ab einem mittleren Schweregrad und auch bei höherem Lebensalter durchgeführt werden. Die Reha-Maßnahmen müssen dauerhaft durch weitere ambulante Maßnahmen ergänzt werden, zum Beispiel durch Lungensport.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadressen:
 Prof. Dr. Dr. Günter Ollenschläger;
 Ärztliches Zentrum für Qualität
 in der Medizin (ÄZQ)
 Wegelystraße 3, Herbert-Lewin-Platz
 10623 Berlin
 Tel.: 030 4005-2500,
 Fax.: 030 4005-2555
 E-mail: ollenschlaeger@azq.de

PD Dr. Ina B. Kopp
 Ständige Kommission Leitlinien der AWMF
 c/o Institut für Theoretische Chirurgie,
 Philipps-Universität Marburg
 Baldinger Straße
 35043 Marburg
 Tel.: 06421 2862249,
 Fax: 06421 2868926
 E-Mail:kopp@mail.uni-marburg.de

Wenn Eltern psychisch krank sind ...

Folgen für Kinder, Hilfebedarf und Unterstützungsmöglichkeiten

Im Jahr 2005 wurden nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 1.046.365 PatientInnen mit psychischen- und Verhaltensstörungen (F00-F99) aus einer vollstationären Behandlung entlassen. Allein in Sachsen waren es im gleichen Zeitraum 57.170 Personen, die in Krankenhäusern oder Rehabilitationseinrichtungen wegen psychischer Störungen stationär behandelt wurden (Statistisches Landesamt Sachsen).

Viele dieser Patienten sind Mutter oder Vater. Mehrere Studien in verschiedenen psychiatrischen Kliniken zeigen, dass zwischen 9 Prozent und 30 Prozent der stationär aufgenommenen Patienten und Patientinnen Eltern minderjähriger Kinder sind und die Mehrheit von ihnen mit den Kindern auch zusammenlebt. Da psychische Erkrankungen immer noch mit einem hohen Stigma behaftet sind, sich Betroffene oftmals erst spät in Behandlung begeben und insbesondere Eltern aus Angst vor behördlichen Eingriffen und einer „Wegnahme“ des Kindes Hilfs- und Behandlungsangeboten sehr skeptisch gegenüber stehen ist eine hohe Dunkelziffer betroffener Eltern und Kinder äußerst wahrscheinlich, was gesicherte statistische Angaben über die tatsächliche Anzahl von Kinder psychisch Erkrankter erschwert. Verschiedene Hochrechnungen und Schätzungen weisen eine Zahl von 240.000 (Wagenblass, S. 2001) bis 500.000 (Pretis, M.; Dimova, A. 2004) betroffenen Kindern in der BRD aus. Mütter und Väter mit psychischen Erkrankungen und ihre minderjährigen Kinder sind somit längst keine Randgruppe. Trotzdem blieben die „kleinen Angehörigen“ lange Zeit unbeachtet von den psychiatrischen Versorgungssystemen und gerieten erst in später Folge der Etablierung von Angehörigenarbeit in der Psychiatrie in den Fokus der Aufmerksamkeit.

Kinder sind durch die psychische Krankheit der Eltern stark mitbelastet, und

dies meist nicht erst ab dem Zeitpunkt der ärztlichen Diagnose. Häufig fällt ihr (Mit-)Leiden aber erst auf, wenn sie selbst psychische Störungen entwickeln. Kindliche Belastungen durch eine psychische Erkrankung der Mutter oder des Vaters sind dabei eine Folge der Störung selbst, etwa wenn auf kindliche Bedürfnisse nicht, verzögert oder falsch reagiert wird und Heranwachsende unterversorgt, physisch wie auch emotional vernachlässigt, drangsaliert oder in Wahnhaltungen eingebunden werden. Ihre Nöte resultieren zugleich auch aus den Folgeproblemen, die eine elterliche Erkrankung mit sich bringt. Dazu zählen insbesondere belastete Beziehungen innerhalb und außerhalb der Familie, Arbeitslosigkeit und dadurch bedingte finanzielle und materielle Schwierigkeiten, schlechtere Wohnverhältnisse, Betreuungsdefizite bzw. wechselnde Betreuungen, soziale Isolation und Stigmatisierung. Weitere negative Auswirkungen

für Kinder ergeben sich durch die Tabuisierung der Erkrankung und auferlegte Kommunikationsverbote, Ängste und Desorientierung, Schuld-, Scham- und Verantwortungsgefühle, Zusatzbelastungen (wenn Heranwachsende elterliche Aufgaben übernehmen, die krankheitsbedingt nicht geleistet werden können), Abwertungserlebnisse und Loyalitätskonflikte bei gleichzeitigen Distanzierungsbestrebungen (vgl. Mattejat, F. 1996:22; Schone, R.; Wagenblass, S. 2002:16f.). Jugendliche leiden darüber hinaus häufig unter dem Verlust einer Identifikationsfigur (ebd.). Zudem tragen Kinder psychisch erkrankter Elternteile ein höheres Risiko selbst psychisch zu erkranken (Lenz, A. 2005:16) aufgrund spezifischer genetischer Dispositionen, aber auch widriger und „verwirrender“ Interaktionen und Lebensbedingungen in ihren Familien.

Protektive Faktoren, die das Risiko von Kindern psychisch Erkrankter, selbst

eine Störung zu entwickeln, verringern sind unter anderem:

- eine hohe Problemlösekompetenz, ein starkes Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl,
- eine alters- und entwicklungsge-
mäßige Aufklärung und Information
über die psychische Erkrankung, ihre
Auswirkungen und Behandlung,
- eine sichere, kontinuierliche Bin-
dung an eine Bezugsperson, die
kompensierend wirkt,
- ein weitgehend stabiles Familien-
klima, gute Paarbeziehungen der
Eltern und ein harmonisches, einan-
der zugewandtes Erziehungsklima
mit klaren Verhaltensregeln,
- Krankheitseinsicht und -akzeptanz
seitens des betroffenen Elternteils,
aktive Bewältigungsformen, präven-
tive Maßnahmen zur Rückfallver-
hinderung, eine lebenspraktische
Organisation des familiären Alltags,
einschließlich der Mobilisierung in-
formeller Netzwerkhilfen sowie
- das Vorhandensein tragfähiger per-
sönlicher Beziehungen im erweiter-
ten Familiensystem und familien-
extern, die Rückhalt, Sicherheit und
soziale Unterstützung im Alltag
und in akuten Krisensituationen
bieten (zusammenfassend s.a. Lenz,
A. 2005:17ff).

Hieraus ergeben sich zahlreiche An-
satzpunkte für präventiv orientierte
professionelle Hilfsangebote, die sich
an betroffene Kinder und ihre Fami-
lien richten. Die Ziele der Angehöri-
genarbeit mit minderjährigen Kin-
dern liegen im Wesentlichen in der
Entlastung der Kinder, ihrer Förde-
rung und Stärkung sowie in ihrer
Beteiligung an der Verhütung mög-
licher Rückfälle. Entlastung meint da-
bei die Reduktion von kindlichen
Ängsten, Schuld- und Schamgeföh-

len, die Intervention und Begleitung
in akuten Krisen sowie die Aufklärung
über die psychische Erkrankung. För-
derungsmaßnahmen umfassen ins-
besondere die Stärkung der sozialen
Netzwerke, wobei sich vor allem Be-
ziehungen zu Heranwachsenden in
ähnlicher Lebenssituation als wichti-
ge Ressourcen erwiesen haben, die
Förderung aktiver Bewältigungsstra-
tegien und die Ermutigung individu-
eller Abgrenzung. Beteiligung an der
Rückfallverhütung bezieht sich auf
die Sensibilisierung der Kinder für
Frühwarnzeichen eines Erkrankungs-
ausbruchs, die Übernahme alters- und
entwicklungsgemäßer Verantwortung
sowie die Reduzierung emotionaler
Spannungen (s. a. Lenz, A. 2005:150).
Ansätze in der präventiven und beglei-
tenden Arbeit mit erkrankten Müt-
tern oder Vätern richten sich insbe-
sondere auf die Stärkung der Eltern-
Kind-Beziehung, der elterlichen Er-
ziehungskompetenz und der familiä-
ren Kommunikation, auch über die
Erkrankung. Maßnahmen der Eltern-
arbeit umfassen des weiteren den
Aufbau eines informellen Unterstüt-
zungsnetzes für die betroffenen Per-
sonen und ihre Familie, Hilfe bei der
Strukturierung des Alltags und die
bedarfsgerechte Vermittlung institu-
tioneller Hilfen und sozialrechtlicher
Leistungen. Strategien, die auf die
Stärkung der „selbstreflektiven Funk-
tion“ der Eltern (Deneke, C. 2004)
zielen, tragen dazu bei, dass diese
eigene und kindliche Unterstützungs-
bedürfnisse erkennen, signalisieren
und informelle sowie professionelle
Hilfen eigenständig mobilisieren.

Auch wenn die Wichtigkeit beglei-
tender Hilfen für Kinder psychisch
kranker Eltern übereinstimmend kon-
statiert wird, sind entsprechende

Angebote rar. In Dresden bietet seit
kurzem der Psychosoziale Trägerver-
ein Sachsen e.V. mit dem von Aktion
Mensch finanzierten Kinder- und
Elternprojekt „KiElt“ betroffenen Fa-
milien Unterstützung im Sinne der
oben formulierten Erfordernisse und
Hilfemaßnahmen an. Das Angebot um-
fasst unter anderem eine von sozial-
und heilpädagogischen Fachkräften
betreute, wöchentlich stattfindende
Eltern-Kind-Gruppe, Freizeit- und Grup-
penangebote für Kinder und Jugend-
liche sowie eine Beratungssprechstun-
de für Eltern, Angehörige und andere
interessierte Personen, die mit betrof-
fenen Familien in Berührung kommen
wie Nachbarn, Lehrer und Erzieher.
Aufgrund der Stigmatisierung psy-
chischer Erkrankungen gibt es des
Weiteren die Möglichkeit anonymer
telefonischer Beratungen, die häufig
in Anspruch genommen werden.
Themen der Beratungen sind oftmals
Fragen zur Erziehung, zu Gestaltung
familiärer Beziehungen, zum Umgang
mit Krisen und zu möglichen ambu-
lanten Hilfen. Aus diesem Grund be-
stehen intensive Kooperationen zu
anderen Einrichtungen gemeindepsy-
chiatrischer Versorgung und den „All-
gemeinen Sozialen Diensten“ des Ju-
gendamtes. Als Modellprojekt wird
KiElt durch die Evangelische Fach-
hochschule für Soziale Arbeit in
Dresden wissenschaftlich begleitet.

Kontakt: PTV Sachsen e.V./KiElt,
Wittenberger Str. 9, 01309 Dresden,
Telefon: 0351 44039967,
www.ptv-sachsen.de

Literatur bei der Autorin

Anschrift der Autorin:
Dipl.-Päd. Julia Günther
Psychosozialer Trägerverein Sachsen e.V.
Wittenberger Str. 9
01309 Dresden

Der Arzt und sein ? Medikament

Meine Verordnungen werde ich treffen zu Nutz und Frommem dem Kranken, nach bestem Vermögen und Urteil.

Hippokrates

So lange ist es noch gar nicht her! Der Arzt konnte für einen Kranken per Rezept ein Medikament verordnen, das in der Apotheke eingelöst und – in der Regel – vom Patienten eingenommen wurde. Vordergründig beim Rezeptieren war die Indikation – nicht aber der Preis des Arzneimittels. Mit der Feststellung der Indikation und der daraus resultierenden Verordnung war die Aufgabe des Arztes schon erfüllt.

Diese geradezu „paradiesischen“ Zustände gehören heute leider der Vergangenheit an. Die Feststellung der richtigen Anzeige für den Einsatz eines Medikaments wird fast zur Nebensache, gemessen an dem Aufwand zur Bestimmung des rechten Preises. Eigentlich sollte der Arzt mit den Kosten des Arzneimittels nur wenig zu tun haben; denn dessen Preis wird allein vom Hersteller bestimmt. Auch der Patient als Endverbraucher hat keinen Einfluss auf die Preiskalkulation. Es läge also nahe, bei steigenden Arzneimittelkosten die Ursach zuerst beim Hersteller und nicht beim Arzt zu suchen. Das geschieht aber nicht. Im Gegenteil! Der Gesetzgeber wird nicht müde, Verfehlungen seiner Preispolitik und die damit verbundene Medikamentenkostensteigerung dem Arzt anzulasten. Schon im Jahre 1995 konnte die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen feststellen, dass der Gesetzgeber nicht den Mut gehabt hatte, „... die Pharmaindustrie hinsichtlich ihrer Preisbildung zu überprüfen. Man ging einfach den Weg des geringsten Widerstandes und verordnete den Ärzten ein Pharmabudget“.

Das Pharma- oder Medikamentenbudget verpflichtete den Behandler, bei seinen Verschreibungen eine festgesetzte Richtgröße pro Quartal und Patient einzuhalten.

Die Einengung der Therapiefreiheit bestand dabei zunächst nur in der Festlegung eines allgemeinen Finanzrahmens. Diesem ersten Schritt mußten aber zwangsläufig weitere folgen, solange sich die beiden Partner (Arzt und Pharmahersteller) in dem genannten Spannungsfeld von restriktiven Verschreibungspraxis auf der einen und freier Preisgestaltung auf der anderen Seite befanden.

So stand die nächste Etappe im Zeichen der Trennung der Arzneimittel in Rezeptpflichtige (Rp) – von den Kassen zu erstattende – und Apothekenpflichtige (Ap) – von den Kassen nicht zu erstattende Medikamente (Arzneimittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 91 Abs. 5 SGB V). Dabei durfte das vorgegebene Arzneimittelbudget nur mit rezeptpflichtigen Medikamenten belastet werden. Die apothekenpflichtigen Arzneien hatte der Patient privat zu bezahlen. Damit wurde der Finanzrahmen des Budgets in seiner Größe zwar nicht geändert, konnte aber nur mit einer wesentlich kleineren Anzahl von Medikamenten (den Rezeptpflichtigen) ausgefüllt werden.

Natürlich gab es bei dieser Festlegung der Arzneimittelrichtlinien auch Ausnahmen. Danach konnten „bei schwerwiegenden Krankheiten“ auch apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige, Arzneimittel angewandt werden, wenn sie dem „Therapiestandard“ entsprachen. Hier ging die Einengung der Therapiefreiheit bereits auf die Ebene der Begrifflichkeit über: Nicht mehr der Arzt, sondern ein Ausschuss entschied darüber, wann eine Krankheit als schwerwiegend anzusehen ist und welcher Therapiestandard ihr entspricht.

Der nächste Schritt der Reglementierung befasste sich mit der Kurzzeittherapie. Der Arzt sollte die Tagestherapiekosten senken. Dafür wurde eine Bonus-Malus-Regelung entwickelt. Entsprechend der Erfüllung der Vorgaben konnte der Arzt mit einem Bonus belohnt – oder mit einem Malus bestraft werden. Doch diese Regelung verfehlte infolge ihrer Kompliziertheit die Wirkung und

wurde von dem überlasteten Behandler nicht mehr ernst genommen.

Inzwischen gewann jedoch der Wettbewerb zunehmend an Bedeutung. Obwohl in Deutschland schon hinlänglich praktiziert, musste man den Wettbewerb erneut aus den USA „importieren“. Das Signal des stellvertretenden US-amerikanischen Gesundheitsminister Azar: „Am Ende wird der Wettbewerb siegen“ (2006), blieb nicht ungehört. Das Wettbewerbsstärkungsgesetz – mit seinen katastrophalen Folgen für die ärztliche Therapiefreiheit – war somit vorgeplant. Die in der Folge ausgehandelten Rabattverträge zwischen Pharmabetrieb und Krankenkasse machten das vom Arzt verschriebene Medikament zum Spiel eines Wirtschaftsvertrages. Danach sollte der Apotheker das vom Arzt verordnete Medikament nicht abgeben, wenn ein Rabattvertrag eine Billigeres, Wirkstoffgleiches zum Inhalt hatte. Eine Information des Arztes über diesen Austausch hatte der Gesetzgeber nicht vorgesehen.

Das war in der Tat ein Novum! Entscheidend für die Wahl des Medikaments (bei Wirkstoffgleichheit) war dessen Marktposition. Der Arzt hatte nur noch den Wirkstoff festzulegen. Wichtigstes Kriterium wird das finanzielle Gewicht – der Preis! Damit wird die Therapiehoheit des Mediziners beschädigt – oder schon gebrochen? Das geschieht indessen ganz im Sinne des Gesetzgebers, der seine Verordnungen eher zugunsten des „Gesundheitsmarktes“ als zur Verbesserung der Gesundheit der Bürger trifft. Dazu Frau Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt in der Vorbereitungsphase der Gesundheitsreform: „Wir wollen unser Gesundheitssystem auf eine solide finanzielle Basis stellen“. – Oder Prof. Karl Lauterbach: „Wir haben das Ziel nicht erreicht, nämlich mehr Geld in das System zu bringen“ (21. 12. 2006 – ARD-Nachrichten).

Dieser Forderung, „mehr Geld in das System zu bringen“, kann sich der Mediziner nicht unterordnen, ohne die Interessen seines Patienten und der Solidargemeinschaft schlechthin zu

verletzen. Denn nicht nur in Deutschland ist der Arzt angehalten, bei seinen Verordnungen das Wirtschaftlichkeitsgebot (Sozialgesetzbuch V) mit den Kriterien der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit, ausreichenden Dosierung und eben Wirtschaftlichkeit zu erfüllen. Schwierig wird das bei der Forderung nach der Wirtschaftlichkeit seines Medikamentes. Er kann die Wirtschaftlichkeit seiner Verordnung nicht einschätzen, da ihm dazu die entsprechenden Daten für sein Medikament fehlen: der Preis der Reinsubstanz, der Apothekenverkaufspreis (AVP) und die Preiskalkulation. Noch vor 30 Jahren konnte der Arzt die Wirtschaftlichkeit seiner verordneten Arzneimittel als gegeben voraussetzen. Das Preisverhältnis von Reinsubstanz zum Fertigpräparat bewegte sich in angemessenem Rahmen. Das ist heute nicht mehr der Fall: Dazu ein Beispiel aus dem Bereich der Statine:

Im Jahre 2003 hatte der Patient für die Tagesdosis eines CSE-Hemmers etwa das 100-fache des Rohstoffwertes zu zahlen! Diese „traumhaften Gewinnmargen“ dürften sich bei wei-

teren Präparaten in ähnlichen Größenordnungen bewegen.

Jede Verschreibung eines CSE-Hemmers wurde unter diesen Bedingungen in hohem Maße unwirtschaftlich. Auch das Einschalten des sogenannten freien Wettbewerbes, also das Ausweichen auf die billigen Generika, brachte keine wesentlichen Hilfe; denn diese „...orientieren sich nach jahrelanger Patentfreiheit eher an der 60-Prozent-Marke“.

Somit war es dem Arzt nicht möglich, „sein“ Medikament zu verschreiben. Es würde – nach eigenen Kalkulationen – vielleicht nur das 5 bis 10-fache des Rohstoffpreises kosten. Dafür gibt es in Deutschland keine Chance. In Indien allerdings kosteten im Jahre 2004 zehn Tabletten des teuersten CSE-Hemmers (Atorvastatin = Sortis a 10 mg) nur 0,80 Euro – heute in Deutschland 10,53 Euro!

Ganz allgemein lässt sich sagen: Die Preisbarriere vor dem Medikament ist zu hoch. Wegen der hohen Kosten kann es häufig nicht mehr erworben werden. Es hat in diesem Falle

seinen Sinn verloren; der doch darin besteht, dem Patienten (Leidenden) zu helfen; nicht aber, dem Hersteller einen maximalen Gewinn zu verschaffen.

Wenn daher der Direktor der Medikamentenkampagne von „Ärzte ohne Grenzen“ die Schlussfolgerung zieht: „Was wir brauchen, ist ein komplett neue Strategie des Medikamentenzuganges“, dann ist er mit dieser Forderung, die er zunächst für den Bereich der Dritten Welt aufgestellt hat, längst nicht mehr allein. Sie gilt auch für unseren Raum.

Weshalb sollte der Arzt weiterhin Verordnungen treffen, die seinen Patienten am Ende gar nicht erreichen (Dritte Welt) oder doch nur unter Bedingungen, die er letztlich gar nicht verantworten möchte! Deshalb sollte er aufstehen – wie seine Kollegen von „Ärzte ohne Grenzen“ – um neue Wege für einen Medikamentenzugang zu finden.

Dr. med. Horst Schyra
Markt 8, 01109 Dresden

Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden

Wir möchten Sie für
**Dienstag, den 4. März 2008,
15.00 Uhr,**

zum ersten Treffen in diesem Jahr in den Plenarsaal der Sächsischen Lan-

desärztekammer einladen. Erneut steht ein handwerklich-künstlerisches Thema auf dem Programm. Herr Norbert Kurze berichtet über seine frühere Tätigkeit im sächsischen Orgelbau. Neben einem Vortrag erleben Sie „Orgelstücke zum Anfassen“ und Klangbeispiele sächsischer Orgeln.

Gleichzeitig besteht wieder die Möglichkeit zur Anmeldung für den dies-

jährigen Ausflug am 21. Mai 2008 nach Pirna. Genauere Informationen erhalten Sie bei dieser Veranstaltung. Nach dem Vortrag ist ein gemeinsames Kaffeetrinken im Foyer vorbereitet. Sie sind mit Ihrem Partner/-in herzlich willkommen!

Ihr Seniorenausschuss der
Kreisärztekammer Dresden

Ärztewoche Thüringen

Veranstalter:

Landesärztekammer Thüringen, Kasenärztliche Vereinigung Thüringen, Verband der Leitenden Krankenhausärzte Thüringen

Tagungspräsident:

Prof. Dr. med. Stein,
Jena

Zeit: 2. bis 5. 4. 2008, **Ort:** Weimar

Themen:

Therapie der Depression, Chronische Wunden, Kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes, Akupunktur und Homöopathie, Lebererkrankungen, Harnwegsinfekte, Leitliniengerechte Therapien, IGeL-Leistungen, berufspolitische Veranstaltung „Ein Jahr Gesundheitsreform – ein Resümee“.

Auskunft zum Programm/ Anmeldung:

Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Thüringen
Postfach 100740
07707 Jena
Tel.: 03641 614-142, Fax: 614-149
E-Mail:
kopp.akademie@laek-thueringen.de
www.aerztewoche-thueringen.de

Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf Arztshelfer/ Arztshelferin

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

**Montag, den 19. Mai 2008,
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
Reißiger Straße 46, 08525 Plauen

Regierungsbezirk Dresden

Sächsische Landesärztekammer
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

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

Regierungsbezirk Leipzig

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

Die praktischen Prüfungen werden ab Mitte Juni 2008 durchgeführt. Dazu ergehen gesonderte Einladungen.

I. Zulassung zur Abschlussprüfung

Zur Abschlussprüfung mit Beginn 19. Mai 2008 können regulär zugelassen werden:

1. Auszubildende und Umschüler/innen, deren Ausbildungs- oder Umschulungsverhältnis nicht später als am 31. August 2008 endet.
2. Bewerberinnen/Bewerber, die den Antrag auf eine Wiederholungsprüfung gestellt haben (§ 37 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 2008 endet, können den Antrag auf vorzeitige Zulassung zur Abschlussprüfung stellen.

Gemäß § 45 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. Bewerber/innen ohne vorangegangenes Berufsausbildungsverhältnis, die nachweisen, dass sie mindestens das Eineinhalbfache der Zeit, die als Ausbildungszeit vorgeschrieben ist, in dem Beruf des Arztshelfers/der Arztshelferin tätig gewesen sind (§ 45 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz).

III. Verkürzung der Ausbildungszeit

Gemäß § 8 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz hat die Sächsische Landesärztekammer auf gemeinsamen Antrag des/der Auszubildenden und des/der Auszubildenden die Ausbildungszeit zu kürzen, wenn zu erwarten ist, dass das Ausbildungsziel in der gekürzten Zeit erreicht wird.

Als Maßstäbe für die Einzelfallentscheidung sind festgelegt:

- Ausbildungsende bis spätestens 30. November 2008,

- 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 gemäß § 10 der „Prüfungsordnung für die Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf der Arztshelferinnen“ der Sächsischen Landesärztekammer (veröffentlicht auf unserer Homepage unter www.slaek.de/ Arztshelferinnen) – **bis spätestens zum 7. März 2008** 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 (§ 46 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz).

Die Anmeldeformulare und die Gebührenbescheide für die Prüfungsgebühren erhalten die ausbildenden Ärzte oder in den Fällen von Ziffer I.2. (Wiederholungsprüfung ohne Ausbildungsverlängerung) und II.2. (Externe Prüfung) die Teilnehmerinnen von der Sächsischen Landesärztekammer.

Bestehen Auszubildende/Umschüler vor Ablauf der Ausbildungs-/Umschulungszeit die Abschlussprüfung, so endet das Berufsausbildungs-/Umschulungsverhältnis mit Bekanntgabe des Ergebnisses durch den Prüfungsausschuss (§ 21 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz).

Für Rückfragen stehen wir Ihnen unter Tel. 0351 8267170-171 gern zur Verfügung.

Marina Hartmann
Leitende Sachbearbeiterin
Referat Medizinische Fachangestellte

2,5 Prozent mehr Gehalt für Arzthelferinnen/Medizinische Fachangestellte

Die Tarifpartner AAA für die ärztlichen Arbeitgeber und der Verband medizinischer Fachberufe für die Arbeitnehmerseite einigten sich am 22. November 2007 auf einen linearen Anstieg der Tarifgehälter um 2,5 Prozent. Am 7. Dezember 2007 lief die Einspruchsfrist ab, sodass die neue Tabelle ab 1. Januar 2008 gilt. Gleichzeitig entfällt ab diesem Zeitpunkt der Abschlag Ost in Höhe von 14,75 Prozent. Die Ausbildungsvergütungen werden nicht angehoben.

Zum Aufbau einer betrieblichen Altersversorgung erhalten die Medizinischen Fachangestellten ab 1. März 2008 zukünftig einen zusätzlichen Arbeitgeberbeitrag von 20 Euro (für Vollzeitbeschäftigte und Auszubilden-

de nach der Probezeit, Teilzeitbeschäftigte erhalten 10 Euro). Die Arzthelferin kann sich entscheiden, ob sie auch den Arbeitgeberzuschuss zu den vermögenswirksamen Leistungen (VL) für ihre Altersvorsorge verwenden will. Ab 2015 sollen die VL komplett in die Altersvorsorge überführt sein. Die Tätigkeitsgruppen im Gehaltstarifvertrag sind zukünftig sehr viel stärker an abgeleiteter Fortbildung ausgerichtet, bei entsprechender Leistung wird ein rascherer Aufstieg ermöglicht. Der Manteltarifvertrag wurde nach zehn Jahren in einigen Punkten aktualisiert.

„Die Erhöhung des Gehalts der Arzthelferinnen bzw. Medizinischen Fachangestellten war längst überfällig, damit die Entlohnung – wenngleich immer noch vergleichsweise sehr niedrig – wenigstens etwas mehr ihrer tatsächlichen Verantwortung, ihrem qualitativ hohen Anteil und großen Engagement im Gesundheitswesen entspricht,“ so Erik Bodendieck, Vizepräsident der Sächsischen Landes-

ärztekammer und selbst Allgemeinmediziner mit eigener Praxis. „Als Ärztekammer unterstützen wir diese Aufwertung des medizinischen Fachpersonals in jedem Fall. Aus Sicht insbesondere der ostdeutschen Ärzte ist allerdings problematisch, dass die neue Tarifvereinbarung mit allen Änderungen einer Erhöhung der Gehaltsbelastung von etwa 17 Prozent pro Arzthelferin/Medizinische Fachangestellte entspricht und somit eine deutliche Mehrbelastung pro Praxis bedeutet. Wir vermissen hier eine Honorarangleichung auch für die Ärzte im Osten an das Westniveau.“

Den neuen Tarifvertrag einschließlich der neuen Vergütungen finden Sie auf der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer unter www.slaek.de beim Link „Medizinische Fachangestellte“.

Priv.-Doz. Dr. jur. Dietmar Boerner
Hauptgeschäftsführer der
Sächsischen Landesärztekammer

Aufruf Publikation von Beiträgen

Das Redaktionskollegium „Ärzteblatt Sachsen“ bittet die sächsischen Ärzte praxisbezogene, klinisch relevante medizinisch-wissenschaftliche Beiträge und Übersichten mit diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen, berufspolitische, gesundheitspolitische und medizingeschichtliche Artikel zur Veröffentlichung in unserem Kammerorgan einzureichen.

Auch unsere jungen Mediziner werden gebeten, die Ergebnisse ihrer wissenschaftlichen Tätigkeit im „Ärzteblatt Sachsen“ zu publizieren.

Die Manuskripte sollen in didaktisch klarem, allgemein verständlichem Stil verfasst sein.

Die E-Mail lautet: redaktion@slaek.de Unter <http://www.slaek.de> sind die Autorenhinweise nachzulesen.

Wir freuen uns auf Ihren Beitrag.

Im Namen des Redaktionskollegiums
„Ärzteblatt Sachsen“
Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug

Goldenes Doktorjubiläum

Die Charité ehrt seit vielen Jahren ihre Alumni, die vor 50 Jahren an der Charité promoviert haben, mit der Vergabe einer „Goldenen Doktorurkunde“. In diesem Jahr erfolgt dies zum zweiten Mal im Rahmen eines größeren Festaktes im Konzerthaus

am Gendarmenmarkt in Berlin-Mitte. Infolge der Wirren der Nachkriegs- und Vorwendezeit ist der Kontakt zu so mancher Kollegin/manchem Kollegen leider verloren gegangen. Sollten Sie vor etwa 50 Jahren in Berlin promoviert haben und jemanden kennen, für den das zutrifft, melden Sie sich doch bitte im Promotionsbüro der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Tel.: 030 450576018/016.

Konzerte und Ausstellungen

Sächsische Landesärztekammer Konzerte

Festsaal, So., 2. März 2008, 11.00 Uhr
Junge Matinee

Kammermusik für Streicher und Bläser
Schülerinnen und Schüler des
Sächsischen Landesgymnasiums für
Musik Carl Maria von Weber Dresden

Ausstellungen

Foyer und 4. Etage

Gudrun Brückel – Parallelnatur
bis 16. März 2008

Franziska Kunath

Bilder aus Landschaften
19. März bis 12. Mai 2008
Vernissage: Donnerstag,
20. März 2008, 19.30 Uhr
Einführung: Gabriele Gorgas,
Kulturjournalistin, Dresden

Sächsische Ärzteversorgung

Foyer, bis 30. 4. 2008

Fotoausstellung – Zeitzeugnisse
Rudolf Peperkorn

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

*) Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Allgemeinmedizin können sich auch Fachärzte für Innere Medizin bewerben, wenn sie als Hausarzt tätig sein wollen. Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Innere Medizin (Hausärztlicher Versorgungsbereich) können sich auch Fachärzte für Allgemeinmedizin bewerben. Bitte geben Sie bei der Bewerbung die betreffende Registrierungs-Nummer (Reg.-Nr.) an. Wir weisen außerdem darauf hin, dass sich auch die in den Wartelisten eingetragenen Ärzte bei Interesse um den betreffenden Vertragsarztsitz bewerben müssen.

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz Aue-Schwarzenberg

Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 08/C005
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.02.2008

Plauen-Stadt / Vogtlandkreis

Facharzt für Innere Medizin-hausärztlich*), Reg.-Nr. 08/C006
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.02.2008

Zwickau-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 08/C007

Facharzt für Anästhesiologie

Reg.-Nr. 08/C008

Chemnitzer Land

Facharzt für Neurologie/Psychiatrie
Reg.-Nr. 08/C009

Mittweida

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Reg.-Nr. 08/C010

Plauen-Stadt / Vogtlandkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 08/C011

Annaberg

Praktischer Arzt*), Reg.-Nr. 08/C012

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10.03.2008 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel.: 0371 27 89-406 oder 27 89-403 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden Dresden-Stadt

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Reg.-Nr. 08/D005
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 22.02.2008

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Reg.-Nr. 08/D006
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 22.02.2008

Facharzt für Orthopädie (Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis), Reg.-Nr. 08/D007

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 22.02.2008

Bautzen

Facharzt für Innere Medizin/Hämatologie und Int. Onkologie

Reg.-Nr. 08/D008

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 22.02.2008

Löbau-Zittau

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 08/D009

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 22.02.2008

Sächsische Schweiz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 08/D010

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 22.02.2008

Görlitz-Stadt / Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Reg.-Nr. 08/D011

Löbau-Zittau

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Vertragsarztsitz in Zittau-Stadt

Reg.-Nr. 08/D012

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 08/D013

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Reg.-Nr. 08/D014

Sächsische Schweiz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 08/D015

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 07.03.2008 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: 0351 8828-310, zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 08/L015

Facharzt für Innere Medizin-hausärztlich*) (Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis), Reg.-Nr. 08/L016
Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 08/L017

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Reg.-Nr. 08/L018

Facharzt für Innere Medizin/Endokrinologie -fachärztlich (Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 08/L019

Leipziger Land

Facharzt für Augenheilkunde

Reg.-Nr. 08/L020

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Reg.-Nr. 08/L021

Facharzt für Innere Medizin-hausärztlich*), Reg.-Nr. 08/L022

Delitzsch

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 08/L023

Muldentalkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 08/L024

Döbeln

Facharzt für Augenheilkunde

Reg.-Nr. 08/L025

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

Reg.-Nr. 08/L026

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 14.03.2008 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.: 0341 243 21 54 zu richten.

Abgabe von Vertragsarztsitzen

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

Bezirksgeschäftsstelle Dresden Hoyerswerda-Stadt /

Landkreis Kamenz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Landkreis Kamenz

Praxisabgabe geplant: I/2009

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: 0351 8828-310.

Aus Fehlern lernen

H. Bellée

„Stolpersteine“ des Geburtshelfers vor Schulterdystokie und Plexusläsion des Kindes.

Zusammenfassung

Durch retrospektive Analyse geburts-hilflicher Umstände bei 17 Geburts-verläufen mit kindlicher Armplexus-läsion nach Schulterdystokie werden Ursachen, aber auch Fehlermöglich-keiten gefunden, die im Zusammen-hang mit dem komplizierten Ausgang der Geburt stehen können.

Auffällig ist die hohe Inzidenz vagi-nal-operativer Geburtsbeendigungen (n=9/17), wobei 7/9 Operationen ohne erforderliche standardgemäße Vorbedingungen durchgeführt wur-den und in 6/9 Fällen keine plausible Indikation festzustellen war. In 8/17 Fällen fanden sich fehlerhafte Bemü-hungen zur Entwicklung des Kindes nach Eintritt einer Schulterdystokie. Es werden daraus Schlussfolgerungen zur Vermeidung klinisch relevanter Nervenplexusläsionen im Sinne eines Fehlermanagements gezogen.

Auf dem 108. Deutschen Ärztetag wurde die Entwicklung von Fehler-vermeidungsstrategien als Bestand-teil des Qualitätsmanagements in der Medizin explizit angesprochen.

In Einheit von Daten der Perinatal- und Neonatalerhebung, über die Definition sinnvoller Qualitätsindikatoren können Einzelfallanalysen zur Fehlerbenennung vor Ort zur Ableitung von Vermeidungs-strategien führen. Wünschenswert ist es, kleine alltägliche Missgeschicke mit gutem Ausgang vor schwerwiegenden Folgen zu erfassen, zu analysieren und in der Zukunft über ein elektronisches Meldesystem aufzuarbeiten und zu verallgemeinern. Ein Paradebeispiel eng begrenzten Sachverhalts in der Geburthilfe ist die Schulterdystokie mit der Folge einer Armplexusläsion des Kindes – bei nicht zu unterschätzender haftungsrechtlicher Relevanz.

Sie ist selten im Spektrum möglicher ge-burthilflicher Komplikationen: in Sach-sen innerhalb von fünf Jahren zu 0,075 Prozent, das heisst eine Plexusläsion auf 1.333 Geburten (H. Bellée 1997), aber eine der häufigsten Beschwerdeentität in der Geburtshilfe (19/90 der bei der Gutachterstelle Bayern geklagten Be-schwerden D. Berg et al. 2006).

Nicht von ungefähr ist die Plexuslä-sion immer wieder von Zeit zu Zeit Gegenstand medizinrechtlicher Be-trachtung und von Handlungsemp-fehlungen (Th. Schwenzer et al. 1997), zumal sie meist überraschend auftritt.

Material und Methode

17 Schwangerschafts- und Geburts-verläufe, aus denen Plexusläsionen

der Neugeborenen resultierten, wur-den auf der Grundlage vollständiger Dokumentationen im Auftrag von Schlichtungsstellen und des Medizi-nischen Dienstes der Krankenkassen überregional retrospektiv analysiert. Die Armplexusläsionen waren klinisch relevant, in Einzelfällen war die neuro-chirurgische Versorgung erforderlich.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Einzelfallanalysen sind in Tabelle I so zusammengestellt, dass auch Überschneidungen der Fak-ten augenfällig werden.

Allen 17 Verläufen mit kindlicher Arm-plexusläsion ging die Schulterdysto-kie voraus, wobei in einem Fall einer Hebammengeburt keinerlei Schwie-rigkeiten im Zusammenhang mit der Schulterentwicklung nach Geburt des Kopfes dokumentiert waren (was aber bezweifelt werden muss, da post na-tum ein Plexusabriss offen chirurgisch diagnostiziert wurde). Als auffälligstes Ergebnis präsentiert die Studie, dass in über der Hälfte aller Fälle (9/17) eine vaginal-operative Geburtsbeendigung der Plexusläsion vorausging.

In 7/9 Fällen ist aus den ärztlichen Do-kumentationen zu vermuten, oder si-cher abzuleiten, dass die Vorbedingun-gen zur Vakuumextraktion nicht oder ungenügend erfüllt waren (dazu Stel-lungnahme der DGGG: vaginal-operati-ve Entbindungen aus Beckenmitte, 1999): Kopf über Beckenmitte/ hoher Stand in BM + hintere Hinterhauptslage/+ nicht ausrotiertem Kopf. Oft wurde auch, zum Beispiel in der Folge großer Geburtsge-schwulst auf die Feststellung des Ver-laufs der Pfeilnaht verzichtet, oder auch ein tieferer Stand des Kopfes, als tat-sächlich vorliegend, angenommen. In 6/9 VE war eine Indikation zum Ein-griff nicht gegeben oder nicht nach-vollziehbar: vermeintlich auffälliges fetales Herzfrequenzmuster im CTG (auch ohne Absicherung durch Mik-robrolutanalyse bei noch hochstehen-dem Kopf) – vermeintlicher Geburts-stillstand in der Austreibungsperiode – Geburt in der Belegklinik – Geburt vor der Nacht – „ärztliche Ungeduld“. *Fehlerhaftes Verhalten beim Abschluss der Geburt war in 8/17 Fällen fest-stellbar*

(5/9 Fällen nach VE): übermäßiger Zug am Kopf zur Überwindung von

Tab.: Einzelfallanalysen geburthilflicher Umstände mit kindlicher Armplexusläsion

n=17	Fall-Nr.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Fehlerhaftes Handling bei Abschluss der Geburt	n=8	x		x	x	x					x		x		x	x		
VE ohne/unter ungenügenden Vorbedingungen	n=7		x	x	x		x	x			x	x						
VE ohne ersichtliche und plausible Indikation	n=6			x	x	x	x	x				x						
Bedeutsame Anamnese /Vorbefunde ungenügend berücksichtigt		x	x	x					x									
dabei:																		
Makrosomie nicht / ungenügend berücksichtigt		x	x					x					x					
Hebammengeburt									x							x	x	x
Dokumentationsfehler / -mängel										x	x					x	x	

Schwierigkeiten der Schulterentwicklung, kraftvolle äußere Überdrehung, kraftvolles „Kristellern“ und Zug am Kopf, Unterlassung äußerer Manöver, Oxytocin-Infusion zur Wehenstimulierung bis zur Geburt der fixierten Schultern.

In 5/17 Fällen wurden bedeutsame Vorbefunde und Risiken aus der Anamnese nicht berücksichtigt: Adipositas permagna + fragliches Missverhältnis, Gestationsdiabetes, antenatale sonografische Fehlmessungen und Gewichtsschätzungen (zum Beispiel 4.500 g in 35. Schwangerschaftswoche). In nur vier Fällen wurde die fetale Makrosomie antenatal nicht, oder ungenügend realisiert.

In 4/17 Fällen wurde die Geburt mit (nicht immer dokumentierter) Schulterdystokie ausschliesslich von Hebammen abgeschlossen; auch trotz anwesenden Geburtshelfers, an den die Geburt bei offenkundigen Schwierigkeiten in Überschreitung der Kom-

petenzgrenzen nicht übergeben wurde. Nicht nur in diesen Fällen sind Dokumentationsfehler, oder -mängel nicht zu übersehen.

Neben einer Clavicularfraktur trat eine extreme kindliche Schädeldeformation und eine schwere mütterliche Verletzung im Zusammenhang mit der Lösung der Situation bei Schulterdystokie auf.

Schlussfolgerungen zur Fehlerprävention im Zusammenhang mit Armplexusparesen:

Die vaginal-operative Geburtsbeendigung steht sehr häufig im Zusammenhang mit einer Schulterdystokie; deshalb: vag.-op. Eingriff nur mit plausibler Indikation, niemals Entschluss zur vag. Operation ohne exakte Befunderhebung; daraus: kein vag.-op. Eingriff bei Höhenstand des kindlichen Kopfes über tiefer Beckenmitte. Erforderlichenfalls Bevorzugung der sekundären Schnittentbindung oder

Diskussion der primären Sectio bei Zusammentreffen verschiedener Risikokonstellationen.

Die Piexusläsion ist in den allermeisten Fällen nicht Folge der Schulterdystokie, sondern entsteht im Zusammenhang mit deren Behebung, auch unter Einsatz grossen Kraftaufwands; deshalb: frühe Realisierung einer Schulterdystokie ohne fehlerhaften Zug am Kopf, konsequenter Einsatz gesicherter Manöver zur schonenden Lösung der Schulter, Vermeidung der „äusseren Überdrehung“ bei eingetretener Dystokie/besser frühe Praktizierung direkter Handgriffe zur Lösung der fixierten Schulter.

Sehr hilfreich zur Klärung haftungsrelevanter Ansprüche ist die exakteste Dokumentation.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Dr. med. habil. Heiner Bellée
Hermann-Prell-Straße 6 B, 01324 Dresden

Naturheilkunde und Judentum

9. Medizinhistorisches Kolloquium „Medizin und Judentum“ in Dresden, 9. und 10. Oktober 2007

Mit der naturwissenschaftlichen Orientierung der Medizin seit dem zweiten Drittel des 19. Jahrhunderts galten Naturheilverfahren im Gegensatz zur nun vorherrschenden histologischen, bakteriologischen und biochemischen Forschung mitunter als spekulative, überholte Relikte vergangener Epochen der Medizin; es kam zu einer theoretischen und methodologischen Trennung von „Schulmedizin“ und Naturheilkunde. Gegen Ende des 19. Jahrhunderts erfuhr die Naturheilkunde und Naturheilbewegung jedoch eine qualitativ neue Entwicklung, wo sie zugleich in die sozialpolitisch äusserst aktive Bewegung der „Lebensreform“, als Ausdruck des Unbehagens und der Ablehnung der mit der fortschreitenden Industrialisierung einhergehenden „unnatürlichen“ Lebensweise, einmündete. Die nicht zuletzt hiervon auch beförderte öffentliche Gesundheitspflege und

-aufklärung hatte zwar insbesondere auf die neuen Erkenntnisse der den Einfluss der natürlichen Umwelt auf Gesundheit und Krankheit der Menschen erforschenden naturwissenschaftlich-experimentellen Hygiene zurückgreifen können. Die in ihre Untersuchungen einbezogenen Faktoren wie Boden, Wasser, Luft, Kleidung, Wohnung, Nahrung waren und sind zugleich aber auch wesentlicher Gegenstand der modernen Naturheilkunde, die seit der Jahrhundertwende zunehmend um eine wissenschaftliche Begründung bemüht war und der sich in verstärktem Maße akademisch gebildete Natur-Ärzte annahmen.

Vorerst nur auf Zufallsfunde begründet, scheint diese Entwicklung nicht zuletzt auch von jüdischen Medizineren getragen worden zu sein, was sich etwa in der Mitbegründung und Etablierung von Naturheilvereinen, Sanatorien und weiteren Institutionen sowie in wissenschaftlichen Publikationen widerspiegelt. Und wenn dieser Eindruck bestätigt werden kann, stellt sich zugleich die Frage nach den Gründen und Motiven, das heißt vor allem nach im Judentum selbst begründeten Ursachen eines die „Heilkraft der Natur“ hervorhebenden heil-

kundlichen Konzeptes, sowie deren (quantitativen und qualitativen) Einfluss auf die moderne Naturheilkunde. Dieser bislang kaum untersuchten Thematik war das vom Institut für Geschichte der Medizin der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus an der TU Dresden in Zusammenarbeit mit der Sächsischen Landesärztekammer organisierte und inhaltlich vorbereitete 9. Medizinhistorische Kolloquium „Medizin und Judentum“ gewidmet. Mit dem in das Tagungsthema einführenden Grußwort des Kammer-Präsidenten, Prof. Jan Schulze, wurde zudem deutlich, dass diese Problematik nicht Gegenstand nur eines kleinen elitären Wissenschaftlerkreises, sondern von aktueller Relevanz in der heutigen modernen Medizin ist.

Um es vorweg zu nehmen, eine definitive Rückführung naturheilkundlicher Intentionen allein oder spezifisch auf das Judentum unter Berücksichtigung seiner religiösen, wissenschaftlichen, sozialen Ausprägung ist wissenschaftshistorisch nicht begründbar. Auch konnte eine Dominanz jüdischer Heilkundiger und Ärzte weder bei der wissenschaftlichen Fundierung noch deren praktischen Ausgestaltung einer

modernen Naturheilkunde nachgewiesen werden. Dennoch – und dies haben die Referenten mit ihren Untersuchungen nachvollziehbar gemacht – ist nicht nur die Mitwirkung, sondern auch die besondere Initiative jüdischer Ärzte unstreitig, und dies vor allem dort, wo die Idee einer naturheilkundlich oder „biologisch“ orientierten Heilkunde eine sozialpolitische Dimension erhalten sollte.

Gesellschaftlichen Einfluss hatten jüdische Ärzte aber auch weit vor der Ausprägung einer eigenständigen Naturheilkunde. Einer der bekanntesten und bedeutendsten Vertreter dürfte Moses Maimonides (1138 bis 1204) gewesen sein. Er hatte sich zeitgemäß auf die arabischen und damit letztlich antiken medizinischen Schriften und Lehren gestützt und dementsprechend auch das Konzept der „Heilkraft der Natur“ vertreten. Doch wandte er sich mit seinen eigenen literarischen Anleitungen, wie dem „Regimen Sanitatis“ und nicht zuletzt in einem Kapitel über persönliche Hygiene seines theologischen Codex „Hilkhot De’ot“, nicht ausschließlich an den Arzt, sondern auch an den gebildeten medizinischen Laien. Und er stellte die Frage, wie „Natur“ wirkt und ob sie bereits als „idealer Arzt“ zu betrachten ist. Da die Natur sich gegen (nicht all zu heftige) Angriffe zu helfen weiß, müsse der Arzt lernen zu beurteilen, ob und wann er seine eigene Hilfe anbieten soll und dementsprechend zunächst die „Natur des Menschen“ begreifen, die „unvermeidlichen“ Ursachen von Gesundheit und Krankheit kennen und auf die spezifische Situation des kranken Menschen beurteilend anwenden. Maimonides stand zwar im Kontext der medizinischen Auffassungen seiner Zeit, besticht aber – wie Prof. Samuel Kottke (Jerusalem) in seinem Vortrag hervorhob – durch Eigenschaften wie der kritischen Wahl der Bezugspunkte, einer klaren Ausdrucksweise und der Autorität eines sachverständigen Fachmannes.

Ähnliche Bedeutung hatten jüdische Ärzte während des gesamten Mittelalters auch im Osmanischen Reich, wie überhaupt in Ländern islamischer Prägung [Doz. Arin Namal (Istanbul)]. Zahlreiche Juden waren Leibärzte der



Dr. med. P. S. Ziegelroth,
Krummhübel, Riesengebirge.

osmanischen Sultane und leisteten mit Übersetzungen und eigenen Werken einen wesentlichen Beitrag zur Entwicklung der osmanischen medizinischen Literatur. Seit dem 16. Jahrhundert verlor sich jedoch deren Einfluss, der nun zunehmend von westeuropäisch geschulten Ärzten übernommen wurde. Gegenüber den nach westlichem Vorbild im Osmanischen Reich gegründeten medizinischen Schulen verhielten sich die Juden offensichtlich eher skeptisch, erst 1846 schrieben sich hier jüdische Studenten ein. Allerdings konnten die Medizinschulen den landesweiten Bedarf an Ärzten gar nicht decken, so dass die traditionelle Heilkunde noch bis zum ausgehenden 19. Jahrhundert überwog und von der Bevölkerung bevorzugt angenommen wurde. Diese „Volksmedizin“ übten vorrangig nichtdiplomierten Ärzte und Heilkundige aus, unter denen die Juden eine besondere Stellung im ärztlichen Dienst einnahmen, zumal sie auch hinsichtlich der Bezahlung sehr bescheiden waren und nach zeitgenössischen Berichten „alles annahmen, was man ihnen gab“. Neben diätetischen Anweisungen bestand das therapeutische Repertoire insbesondere aus Arzneimitteln, die aus ohnehin bekannten Pflanzen gewonnen und nach traditionellen Verfahren und Regeln zubereitet wurden. Bei einer Vielzahl von Krankheiten wurde Hilfe aber nicht nur bei „Volks“-Ärzten gesucht, sondern auch bei Hebammen und heilkundigen Frauen, unter denen gerade auch Jüdinnen einen guten Ruf hatten. Ihnen wurde nachgesagt, zahllose Geheimnisse der Schwangerschaftsverhütung, des Schwangerschaftsabbruches und zur Erlösung aus der Un-

fruchtbarkeit zu kennen oder auch ganz spezifische Erkrankungen behandeln zu können. Tatsächlich resultierten diese Kenntnisse nicht zuletzt aus den in der jüdischen Religionslehre enthaltenen und wissenschaftlich begründeten Vorschriften zu Hygiene und Gesundheit, zu Auswirkung von Lebensweise und sozialer Lage auf eminente Gesundheitsparameter.

In Europa und vor allem in Deutschland um die Jahrhundertwende erlangte die Naturheilbewegung sozusagen eine Blütezeit [Dr. Marina Lierert (Dresden)]. 1872 hatten sich der Zentralverein für Naturheilkunde in Sachsen, 1883 der Deutsche Verein für Naturheilkunde, 1889 schließlich der „Deutsche Bund der Vereine für Gesundheitspflege und arzneilose Heilweise“ gegründet; 1900 waren bereits 776 Vereine, 1912 sogar 899 Vereine in der Naturheilbewegung organisiert, der sich nicht zuletzt auch Ärzte angeschlossen hatten. Als eigener Verein gründete sich 1897 in Berlin der „Ärzteverein für physikalisch-diätetische Therapie (Naturheilkunde)“, dem zunächst acht Ärzte als Gründungsmitglieder angehörten. 1904 zählte der Verein bereits 68 Mitglieder, wovon nachweislich etwa 13 Prozent jüdischer Herkunft waren. Vor allem drei jüdische Ärzte, die schon den Ärzteverein mit ins Leben gerufen und zudem aktiv im Vorstand gewirkt haben, konnten namentlich eruiert und biographisch vorgestellt werden, nämlich Peter Simon Ziegelroth, Emil Simonson sowie Hermann Weyl, der zudem Berliner Stadtverordneter bzw. Landtagsabgeordneter für die USPD (später SPD) sowie Mitglied des Landesgesundheitsrates war. Über die standes-, bildungs- und sozialpolitische sowie wissenschaftliche Vertretung hinaus, waren jüdische Ärzte auch an der Akademisierung der Naturheilkunde nachhaltig beteiligt. Beispiel hierfür ist der Leitende Arzt der Berliner Poliklinik des Ärztevereins für physikalisch-diätetische Therapie Emil Klein (1873 bis 1950), der auf den 1923 neu eingerichteten Lehrstuhl für Naturheillehre und -verfahren an der Universität Jena berufen wurde und bis zu seiner rassistisch motivierten Suspendierung 1933 die Professur inne hatte.

„Naturheilkunde“ wurde allerdings nicht mehr nur in ihrer engen Begriffsbestimmung verstanden. Mit dem Streben nach einer Reform der Individualmedizin zu einer auf die Volksgesundheit im ganzen gerichteten, insbesondere auf Prophylaxe und Anleitung zur gesunden, naturgemäßen Lebensführung konzentrierten, also einer „biologisch denkenden“ Medizin, sollten vor allem sozialhygienische Bestrebungen, eine zunehmende Beschäftigung mit sogenannten Außen-seitermethoden wie Naturheilkunde und Homöopathie, aber auch die Eugenik als entscheidende Lösungswege angesprochen werden.

Noch 1905 war die „Freie Vereinigung biologisch denkender Ärzte“ gegründet worden, die sich 1908 in „Medizinisch-Biologische Gesellschaft“ umbenannte. Organ des Ärztevereins war seit 1920 die Zeitschrift „Biologische Heilkunst“, die sich als Monats-, später Halbmonatsschrift für Psychotherapie, Medizin und Naturheilkraft verstand und letztlich sogar wöchentlich erschien [Doz. Susanne Hahn (Döbeln)]. Zunächst war die „Biologische Heilkunst“ noch fast ausschließlich alternativ/naturheilkundlich orientiert. Eine deutliche und zunehmende Politisierung der Inhalte zeichnete sich erst seit 1927 ab und war vor allem an die jüdischen Autoren Julius Moses (1868 bis 1942) und Friedrich Wolf (1888 bis 1953) gebunden. Von ihnen wurden Themen aufgegriffen, die auch sonst ihr gesundheits- und sozialpolitisches Engagement prägten und die sie auch bereits in anderen Publikationsorganen und eigenen Schriften vertreten hatten. Ein kausaler Zusammenhang zwischen seinem Judentum und seinem letztlich auch von naturheilkundlicher oder alternativ-medizinischer Orientierung geprägten sozialdemokratischen Engagement ist bei Moses nachweisbar, etwa im Rahmen der zu erstreitenden Kurierfreiheit. Bei Wolf sind die Zusammenhänge zwischen Naturheilkunde, politischem Engagement und Judentum eher aus seinem literarischen Schaffen, wie in „Cyankali“ (1929) oder auch „Professor Mamlock“ (1933), ersichtlich. Neben weiteren (nichtjüdischen und jüdischen) Autoren hatten – so die Einschätzung – aber gerade Moses und Wolf die Zeitschrift „Biolo-

gische Heilkunst“ politisch profiliert. Sie nutzten bestehende Verbindungen zwischen der Naturheilkunde und den Bestrebungen zur Verbesserung der Volksgesundheit, um sich hier ein spezielles Publikum für wichtige gesundheitspolitische Themen der Weimarer Republik zu erschließen.

Eine Trennung nach Juden und Nichtjuden wurde aber von der Zeitschrift „Biologische Heilkunst“, wie auch in anderen Bereichen, offenbar nicht gemacht. Ihre Herkunft oder das religiöse Bekenntnis jüdischer Ärzte spielte in der Zeit der Weimarer Republik keine oder eine nur untergeordnete Rolle. Ausschlaggebend, vor allem für die Patienten, waren vielmehr die Persönlichkeit, das fachliche Können und das Sachengagement der Ärzte. Insofern lässt sich auch eine unmittelbare Verbindung von Judentum und medizinisch-konzeptioneller Entwicklung nur schwer nachvollziehen; häufig konnte noch nicht einmal namentlich eine eindeutige Zuordnung zur jüdischen Herkunft stattfinden. Um so erforderlicher sind auch Einzelfallstudien, die überhaupt erst jüdische Ärzte und Heilkundige als Vertreter einer naturheilkundlich bzw. biologisch orientierten Medizin aus- und nachweisen können. Mit Moses Lesser und dessen „Institut für Massage und Urinuntersuchung“ [Dr. Jürgen Nitsche (Chemnitz)] begegnet uns zum Beispiel ein, und zwar einziger, jüdischer Naturheilkundiger in Sachsen, dessen Leben und Wirken bislang unbekannt blieb. Erst in diffiziler Quellenarbeit sind sowohl völlig neue biographische Details ermittelt, als auch – und das vor allem – die nicht zuletzt praktische Wirksamkeit naturheilkundlichen Engagements überzeugend nachvollzogen worden. Anhand einzelner Persönlichkeiten wird zugleich aber auch die Bandbreite der von dem Gedanken einer natürlichen Heilweise motivierten und beeinflussten wissenschaftlichen, praktischen, gesundheitspolitischen Aktivitäten deutlich. Dies widerspiegelt sich etwa darin, dass anhand des Reichsarztregisters unter den Berliner jüdischen Kassenärzten immerhin 15 Ärzte mit eindeutigem Hinweis auf eine alternativmedizinische Orientierung ermittelt werden konnten, häu-

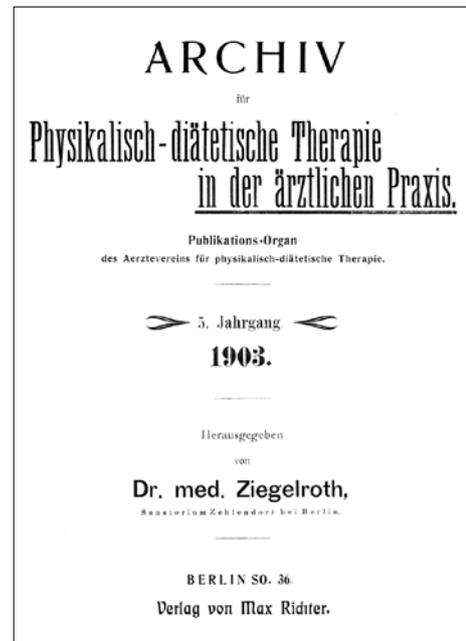


fig unter der Zusatzbezeichnung „Biochemie“, die hier im Sinne einer wissenschaftlich fundierten biologischen Medizin zu verstehen ist [Dr. Rebecca Schwach (Berlin)]. Ludwig Waelsch, Arnold Pick oder Karel Lewith hatten den naturheilkundlichen Gedanken in der Dermatovenerologie, Psychiatrie und bei Untersuchungen motorischer Störungen verfolgt und umgesetzt [Dr. Hana Zákoucká, Doz. Otakar Klein, Dr. Martin Klein (Prag)]. Und selbst die Anthropologie profitierte von dieser Entwicklung, wie das von Walther Riese und Fritz Heine mann ins Leben gerufene Seminar „Übungen zur medizinischen und philosophischen Anthropologie“ bestätigt [Dr. Gerald Kreft, Dr. Ulrich Lilienthal (Frankfurt a.M.)].

Die auf der Dresdener Tagung „Medizin und Judentum“ von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern des In- und Auslandes vorgelegten und diskutierten Forschungsergebnisse werden in der gleichnamigen Schriftenreihe (Herausgabe 2008) publiziert, womit sowohl Interessenten ein erster thematisch zusammenfassender Überblick als auch eine Grundlage und Anregung für weitere, erkenntnisgewinnende wissenschaftliche Untersuchungen auf diesem Gebiet gegeben werden sollen.

32. Interdisziplinäres Forum der Bundesärztekammer

Das diesjährige 32. Interdisziplinäre Forum „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“, der zentrale Fortbildungskongress der Bundesärztekammer, widmete sich in verschiedenen Sitzungen einer breiten Themenpalette: der Schmerztherapie bei Tumorerkrankungen, interdisziplinären Aspekten der bildgebenden Diagnostik, modernen Aspekten der Kontrazeption und Themen aus der Sportmedizin. Besondere Fragestellungen der Arzneitherapie im Kindesalter standen im Mittelpunkt des in den Kongress integrierten Symposiums der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (AkdÄ).

Palliativmedizin

Die Frage nach der Qualität der Tumorschmerztherapie und einem eventuell erforderlichen Nachholbedarf in Deutschland beantworteten die Experten mit Zahlen und Fakten: von den 400.000 Tumorerkrankten sind 240.000 von Tumorschmerzen betroffen, die einer pharmakotherapeutischen Behandlung bedürfen. Insbesondere die ambulante Palliativversorgung wird als unzureichend bewertet, lediglich ein Viertel der benötigten 240 ambulanten Palliativdienste existieren in Deutschland. Eindrucksvoll wurde erläutert, dass für die Aufklärung des Tumorpatienten inter- und intrapersonelle Faktoren und Aspekte der situativen Gegebenheiten ausschlaggebend sind.

Bildgebende Diagnostik

Die Erörterung und Diskussion geeigneter Verfahren aus der bildgebenden Diagnostik war geprägt von der Schilderung zahlreicher neuer Möglichkeiten auf diesem Gebiet, die sich aus der rasanten technischen Entwicklung in den letzten Jahren ergibt. Hervorgehoben wurde die Bedeutung der Interdisziplinarität bei der Bewertung der Methoden. Praxisrelevante Beispiele dienten der Erläuterung und Darstellung des Kosten-Nutzen-Aufwandes einzelner Verfahren. So

wurden das MRT und CT als komplementäre Verfahren in der radiologischen Bildgebung des Herzens vorgestellt und erläutert, bei welchen Patienten die Indikation zu einer invasiven Koronarangiographie besteht. Die Experten gaben einen Ausblick in den Möglichkeiten zum Einsatz von PET in der Strahlentherapie, forderten in diesem Zusammenhang aber auch randomisierte Studien zur Beurteilung des Therapieerfolges.

Sportmedizin

Auf die Unvereinbarkeit des Arztberufs mit Doping wurde erneut hingewiesen, ist doch die Erhaltung und die Wiederherstellung der Gesundheit des Patienten oberstes Gebot ärztlichen Handelns. Gravierende Folgen des Einsatzes von Anabolika sind psychische Störungen, Thrombosen, Infertilität, sie können zum plötzlichen Herztod führen. Während beim Erwachsenen nur Aufklärung und Dopingkontrollen hilfreich sein können, muss bei Kindern der präventive Ansatz im Vordergrund stehen. Hierbei kommt der gesamten Gesellschaft eine Bedeutung zu.

Die Bedeutung körperlicher Aktivität bei der Prävention von Erkrankungen ist hinlänglich bekannt. Im Rahmen des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) wurde gezeigt, dass 95 Prozent der Kinder und Jugendlichen Sport treiben, täglich jedoch nur 22 Prozent. Die Studie weist auf Potentiale für die Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter hin. Die Experten waren sich dahingehend einig, dass sport- und bewegungsfördernde Maßnahmen und Programme im Kindes- und Jugendalter zielgruppenspezifisch ausgerichtet sein müssen.

Pädiatrische Arzneitherapie

„Kinder sind keine kleinen Erwachsenen“ so wurde das Symposium von Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig, dem Vorsitzenden der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, eingeleitet. In der Verordnungshäufigkeit von Arzneimitteln haben Kinder und Jugendliche nur einen geringen Anteil (DDD-Anteil 6 Prozent an Gesamtverordnungen der GKV-Versicherten;

DDD- defined daily dose), in speziellen Indikationsgruppen sind hohe Verordnungen zu verzeichnen bei Psychopharmaka (vor allem Methylphenidat), Wachstumshormonen und hormonellen Kontrazeptiva. Bei Kleinkindern sind Verordnungen von Vitaminen (67 DDD/Kopf vs Erw. 4 DDD/Kopf), Rhinologika (37 DDD/Kopf vs Erw. 3,5 DDD/Kopf), Hustenpräparate (16 DDD/Kopf vs Erw. 2,6 DDD/Kopf) und Antibiotika (8 DDD/Kopf vs Erw. 4,7 DDD/Kopf) führend.

Über 50 Prozent der bei Kindern verwendeten Arzneimittel werden ohne Zulassung für eine bestimmte Therapie eingesetzt. Besonders häufig ist dieser Off-label-use im Bereich der Pädiatrischen Intensiv- und Neugeborenenstationen zu verzeichnen. Damit kommt der Arzneimittelsicherheit im Kindesalter eine besondere Bedeutung zu, anhand eines Beispiels wurde die Einrichtung eines anonymen Fehlermeldesystems (Critical Incident Reporting System-CIRS) in Kinderkliniken eindrucksvoll dargestellt.

Die Experten verwiesen darauf, dass nicht nur die Wirkungen und Nebenwirkungsprofil von Arzneimitteln unzureichend untersucht sei, sondern auch häufig Kindern entsprechende Darreichungsformen fehlten. Sie problematisierten das Fehlen von klinischen Prüfungen im Kindes- und Jugendalter, dadurch werden Kindern potentiell wirksame Arzneistoffe vorenthalten. Lichtblick ist eine neue EU-Verordnung (näheres kann hierzu auf der Homepage der Europäischen Arzneimittelbehörde (EMA) nachgelesen werden unter <http://www.ema.europa.eu/htmls/human/paediatrics>), die bei der Zulassung von ausgewählten Arzneimitteln pädiatrische Prüfkonzepte fordert. Damit sollen insbesondere Indikation, Alter, Dosierung, Applikationsweg, Darreichungsform und Kontraindikationen im Kindesalter geprüft werden. Kinder werden damit aber auch Zielgruppe in klinischen Arzneimittelstudien sein.

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

2008 keine elektronische Gesundheitskarte in Sachsen

Im Rollout-Konzept zur elektronischen Gesundheitskarte der gematik, der Gesellschaft zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte, ist vorgesehen, dass in Sachsen als sogenannter „begrenzter Region“ oder „Durchstichregion“ als erstem Land in Deutschland alle Versicherten mit der elektronischen Gesundheitskarte ausgestattet werden sollen. Damit verbunden ist die vorherige Ausstattung aller Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser und Psychotherapeuten in Sachsen mit neuen Lesegeräten und der erforderlichen Anpassung der Primärsysteme. Projektbeginn soll der 1. Oktober 2008 sein.

Die Sächsische Landesärztekammer hat sich bereits Anfang Januar 2008 mit Schreiben an Frau Orosz, Sächsische Staatsministerin für Soziales, an Herrn Professor Dr. Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer und an Herrn Striebel, Vorsitzender der ARGE „SaxMediCard“ (Projektregion Löbau/Zittau) ausdrücklich gegen das Vorhaben positioniert, einen vorgezogenen Rollout der elektronischen Gesundheitskarte in Sachsen durchzuführen.

Der Deutsche Ärztetag in Münster 2007 hat sich entschieden gegen das Projekt „Elektronische Gesundheitskarte“ in der damaligen Form ausgesprochen. Diese in einem Land geplante vorgezogene Ausgabe von elektronischen Gesundheitskarten ist keine Änderung des Projekts im Sinne der Ärzteschaft und des Patientenwohls, sondern ist ein politisch motiviertes Vorhaben ohne Einbeziehung der in erster Linie Betroffenen.

Die sächsischen Ärzte in der Testregion Löbau-Zittau haben sich konstruktiv an der Testung der elektronischen Gesundheitskarte und des elektronischen Heilberufeausweises beteiligt. Dieses Engagement ist mit zusätzlichen Belastungen verbunden und den Kollegen gilt unser Dank.

Von dieser von der Sächsischen Landesärztekammer unterstützten Bereitschaft ausgehend einen Gesamtrollout der elektronischen Gesundheitskarte in Sachsen zu planen, konterkariert diese Bemühungen und wird sich möglicherweise bis in die Testregion negativ auswirken.

Alle in Sachsen Versicherten benötigen zukünftig zwei Karten, da die elektronische Gesundheitskarte ausschließlich von Ärzten und Zahnärzten in Sachsen eingelesen werden kann. Sobald sich ein Versicherter außerhalb Sachsens behandeln lässt, benötigt er die alte Krankenversicherungskarte. Das bedeutet:

- Aufwand für die Versicherten selbst (Vorhalten von zwei Karten),
- Doppelaufwand für die Krankenkassen bei notwendigen Aktualisierungen und bei Verlust,
- für die sächsischen Ärzte und Zahnärzte hohen Erklärungsbedarf gegenüber ihren Patienten,
- Verwechslung der Karten durch Patienten und massive Störungen im Praxisablauf und
- Mehraufwand für Ärzte und Zahnärzte in Grenz- und Tourismusregionen, wenn sächsische Versicherte keine alte Krankenversicherungskarte mehr vorlegen.

Die Durchführung eines reinen Rollouts der elektronischen Gesundheitskarte („neue Karte, neuer Schlitz“) ohne weitere Anwendungen bringt keinerlei medizinischen Nutzen.

Die elektronischen Gesundheitskarten sind bis heute nicht durch alle Testregionen vollumfänglich erprobt und vorliegende Ergebnisse wurden bis heute nicht evaluiert. Es ist strikt abzulehnen, dass Sachsen für dieses schlecht vorbereitete Experiment die Kulisse abgeben soll, auf Kosten von Ärzten und Patienten.

Als Begründung für die Auswahl Sachsens sind im Konzept folgende Faktoren benannt:

- kein Stadtstaat,
- wenig regionsübergreifende Versorgung,

- Erfahrungen in der Testregion Löbau-Zittau.

Dagegen sprechen Faktoren wie die demographische Struktur der niedergelassenen Ärzte in Sachsen mit dem höchsten Anteil an über 60-Jährigen und die älteste Bevölkerungsstruktur deutschlandweit. Die Ankündigung vieler älterer niedergelassener Ärzte, sich elektronischen Umstrukturierungsprozessen nicht mehr unterwerfen zu wollen, muss ernst genommen werden. Der Arztmangel in ländlichen Regionen Sachsens wird sich bei Durchsetzung des vorliegenden Rollout-Konzepts massiv verschärfen und die medizinische Versorgung gefährden.

Im Konzept ist keine Aussage zur Finanzierung der neuen Lesegeräte, der Anpassung der Praxisverwaltungssoftware und vor allem des zusätzlichen Beratungsaufwandes in den Praxen zu finden. Das derzeit geplante Projekt hätte verheerende Folgen für die tägliche Praxis. Möglicherweise wäre damit sogar die Einführung der medizinischen Telematikinfrastruktur insgesamt gefährdet, da aufgrund der nur unzureichend praxistauglichen Lösungen Akzeptanz durch Ärzte und Patienten nicht zu erwarten ist und die potentiellen Chancen des Projektes ungenutzt bleiben.

Die Positionierung von Sächsischer Landesärztekammer, Kassenärztlicher Vereinigung Sachsen und Landeszahnärztekammer Sachsen in einer gemeinsamen Presseerklärung gegen dieses Vorhaben ist ein deutliches Signal an die Politik. Dem Lenkungsgremium der ARGE „SaxMediCard“ liegt eine Anfrage der gematik zur Bereitschaft der Durchführung eines in Sachsen vorgezogenen Rollouts der elektronischen Gesundheitskarte vor. Die fundamentalen Bedenken der Ärzte sollten bei der Entscheidung darüber ernst genommen werden.

„Lizenz zum Töten? – Ärzte zwischen Sterbebegleitung und Tod auf Verlangen“

Einladung zur Podiumsdiskussion

Die Sächsische Landesärztekammer und das Deutsche Hygiene-Museum Dresden laden Ärztinnen und Ärzte, Angehörige anderer Gesundheits- und Pflegeberufe und die interessierte Öffentlichkeit zu einer Podiumsdiskussion mit dem Thema:

„Lizenz zum Töten? – Ärzte zwischen Sterbebegleitung und Tod auf Verlangen“, am 13. März 2008, 19.30 Uhr, in das Deutsche Hygiene-Museum Dresden

ein.

Anlass und Hintergrund der Diskussion sind die Bestrebungen des deutschen Sterbehilfe-Vereins „Dignitate“, der seit Ende letzten Jahres verstärkt für den legalen Suizid mit ärztlicher Begleitung wirbt. In dem Spiegel-Artikel „Facharzt fürs Töten“ kündigte der Mediziner Uwe Christian Arnold, zweiter Vorsitzender des Vereins, am 26. November 2007 an, dass er sobald als möglich mit einem pensionierten Arzt und einem todeswilligen Patienten einen Musterprozess anstrengen will, um gesetzliche Grundlagen für legale ärztliche Sterbehilfe auch in Deutschland zu forcieren.

Die Ärzteschaft dagegen lehnt die Tötung auf Verlangen ausdrücklich ab! Sie setzt stattdessen alle Kraft daran, Palliativmedizin und Schmerztherapie zu stärken und weiter zu entwickeln, um todkranke Menschen bestmöglich auf ihrem letzten Weg

zu versorgen. Trotzdem möchten sich viele Betroffene das Recht auf Selbstbestimmung auch bei dieser letzten Entscheidung im Leben nicht nehmen lassen. In der Praxis sind Mediziner und Patienten in diesem Spannungsfeld zwischen Sterbebegleitung und Tod auf Verlangen oft verunsichert und hilflos. Die Podiumsdiskussion soll alle Betroffenen bei der Auseinandersetzung mit diesem schwierigen und wichtigen Thema unterstützen.

Referenten:

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

Geert Mackenroth
Sächsischer Staatsminister der Justiz

Jochen Bohl
Landesbischof der Evangelisch-Lutherischen Landeskirche Sachsens

Prof. Dr. med. Bettina Schöne-Seifert (eingeladen)
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin der Universität Münster, Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben

Als täglichen Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte hat die Bundesärztekammer Grundsätze und Empfehlungen zur ärztlichen Sterbebegleitung und zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis zusammengestellt und veröffentlicht. Diese finden Sie auf der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer unter www.slaek.de unter dem Punkt „Informationen“.

FZ03

Anja Miesner M.A.
Referentin für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Ärzteblatt Sachsen

ISSN: 0938-8478
Offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer

Herausgeber:

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

Anschrift der Redaktion:

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Telefon 0351 8267-161
Telefax 0351 8267-162
Internet: <http://www.slaek.de>
E-Mail: redaktion@slaek.de

Redaktionskollegium:

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

Redaktionsassistent: Ingrid Hüfner

Grafisches Gestaltungskonzept:

Hans Wiesenhütter, Dresden

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Gruner-Straße 62, 04107 Leipzig
Telefon: 0341 710039-90
Telefax: 0341 710039-99
Internet: www.leipziger-verlagsanstalt.de
E-Mail: info@leipziger-verlagsanstalt.de
Geschäftsführer: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigendisposition: Silke El Gendy-Johne
Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste Nr. 11 vom 1.1.2008 gültig.
Druck: Druckhaus Dresden GmbH,
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

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

Bezugspreise/Abonnementpreise:

Inland: jährlich 93,50 € incl. Versandkosten
Einzelheft: 8,85 € zzgl. Versandkosten 2,00 €

Bestellungen nimmt der Verlag entgegen. Die Kündigung des Abonnements ist mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf des Abonnements möglich und schriftlich an den Verlag zu richten. Die Abonnementgelder werden jährlich im voraus in Rechnung gestellt. Die Leipziger Verlagsanstalt ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranalyse Medizinischer Zeitschriften e.V.

Privatdozent Dr. med. habil. Klaus Poegel zum 70. Geburtstag



Herr Privatdozent Dr. Klaus Poegel wurde am 23. 1. 1943 in Dresden geboren und absolvierte sein Medizinstudium in Berlin und Dresden von 1956 bis 1962. Noch im August 1962 promovierte er zum Doktor der Medizin und begann seine Tätigkeit am Krankenhaus Dresden-Neustadt. Dort habilitierte er sich im Oktober 1982 zu einem Thema über chronische Lebererkrankungen und erhielt 1987 die Lehrbefugnis sowie 1990 die Ernennung zum Privatdozenten durch die damalige Medizinische Akademie „Carl Gustav Carus“ in Dresden.

1969 erlangte er die Facharztanerkennung für Innere Medizin und wurde im gleichen Jahr zum Oberarzt der Medizinischen Klinik ernannt. 1975 Subspezialisierung für Gastroenterologie und Ausbau der gastroenterologischen Abteilung, insbesondere der Endoskopieabteilung im Krankenhaus Dresden-Neustadt.

Am 1. 10. 1985 wurde er zum Leiter der II. Medizinischen Klinik am nunmehrigen Bezirkskrankenhaus Dresden-Neustadt berufen und im gleichen Jahr zum stellvertretenden Ärztlichen Direktor gewählt. 1990 bis 1992 nach der Wende Berufung als „politisch Unbelasteter“ zum Ärztlichen Direktor und weiter bis 1996 stellvertretenden Ärztlicher Direktor. Nach Ausscheiden des in den Ruhestand tretenden Chefarztes der I. Medizinischen Klinik und jetzt erfolgter Neuorganisation wurde er am 1. 1. 1995 zum Leiter der nunmehr einheitlichen Medizinischen Klinik Dresden-Neustadt, Standort Industriestraße, ernannt.

Diese große internistische Klinik mit 180 Betten leitete er bis zur Verabschiedung in den Ruhestand 2003.

In den genannten Jahren setzte er seine wissenschaftliche Tätigkeit und Mitarbeit in zahlreichen wissenschaftlichen und ärztlichen Gremien fort, die zum Beispiel 2006 mit der Ehrenmitgliedschaft der Sächsischen Gesellschaft für Innere Medizin, in deren Vorstand er mehrere Jahre mitarbeitete, anerkannt wurde. Diese Auszeichnung würdigte auch sein Engagement für die ärztliche Weiter- und Fortbildung, zum Beispiel als Leiter der „Dresdner Ärztlichen Fortbildung“, der Mitgestaltung der Kongresse der Sächsischen Gesellschaft für Innere Medizin und hier insbesondere die Leitung des Fortbildungsprogramms für ärztliches und nichtärztliches Personal. Mit seiner Tätigkeit setzte er sich immer für die Bewahrung der einheitlichen Inneren Medizin trotz Förderung der Spezialisierung in den Schwerpunktdisziplinen der Inneren Medizin ein. Dadurch gelang es auch, die große Medizinische Klinik des Krankenhauses Dresden-Neustadt am

Standort Industriestraße als Einheit zu erhalten. Besonders lag ihm in den letzten Jahren seiner Tätigkeit der Ausbau der Geriatrie als eigenständiger, aber auch interdisziplinärer Schwerpunkt in der Inneren Medizin am Herzen, der mit der Einrichtung einer geriatrischen Rehabilitationsklinik in Verbindung mit einer akutgeriatrischen Station am Krankenhaus Dresden-Neustadt im sogenannten Modellprojekt für die geriatrische Versorgung im Freistaat Sachsen verwirklicht werden konnte.

Hervorzuheben ist seine Gradlinigkeit sowohl in fachlichen als auch menschlichen Dingen, die ihm auch in schwierigen Zeiten stets Anerkennung im Kollegium und darüber hinaus verschaffte. Als Internist der „alten Schule“ ließ er es sich bis zum Ende seiner Dienstzeit nicht nehmen, einmal pro Woche alle 9 Stationen seiner Klinik persönlich zu visitieren und beteiligte sich bis weit über das 60. Lebensjahr hinaus an den anstrengenden Klinikbereitschaftsdiensten inklusive des endoskopischen Notfallbereitschaftsdienstes.

Wir wünschen unserem ehemaligen Chefarzt für seinen weiteren Lebensabschnitt alles Gute, insbesondere Bewahrung der Gesundheit und Vitalität sowie seine Sportlichkeit (besonders Tennis und Wintersport), um den Ruhestand auch mit seiner Familie genießen zu können.

Im Namen aller Mitarbeiter der Medizinischen Klinik des Städtischen Krankenhauses Dresden-Neustadt

Prof. Dr. med. habil. Tobias Lohmann
Chefarzt der Medizinischen Klinik
des Städtischen Krankenhauses
Dresden-Neustadt

Prof. Dr. med. habil. Hildebrand Kunath zum 65. Geburtstag



Am 24. Januar 2008 wurde Prof. Dr. med. Hildebrand Kunath 65 Jahre. Als Inhaber der Professur für Medizinische Informatik und Biometrie und Direktor des gleichnamigen Institutes sowohl an der Medizinischen Akademie Carl Gustav Carus Dresden als auch der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden prägte er über 22 Jahre nicht nur dieses medizinische Fachgebiet in der Hochschuleinrichtung und der Region, sondern weit darüber hinaus. Der Facharzt für Sozialhygiene (1973) mit der Liebe zu Zahlen und ihrer Verarbeitung wandte sich an der Friedrich-Schiller-Universität Jena frühzeitig der Medizinischen Informatik zu. Mit seinen Mitarbeitern, Mathematikern, Epidemiologen, Ärzten, Informatikern, Technikern arbeitete Prof. Kunath in Dresden auf den Gebieten der Telemedizin, Pflegeinformatik, klinischen Epidemiologie, Versorgungsforschung, insbesondere bei chronischen Krankheiten, wie Diabetes mellitus, Krebs, Schlaganfall, entwickelte klinische Register, engagierte sich im Forschungsverbund Public Health Sachsen und Sachsen-Anhalt. Viele Forschergruppen in Sachsen und darüber hinaus arbeiteten gern mit Prof. Kunath und seinen Mitarbeitern zusammen, weil sie sich auf eine hohe Qualität der Forschungsarbeit, Verlässlichkeit und Kollegialität stützen konnten. Er ließ sich von

den vielen Interessensgruppen mit unterschiedlichen Zielstellungen in diesem kompetitiven Feld der Wissenschaft, Wirtschaft und Politik nicht beeinflussen, sondern vertraute seinem fachlichen Wissen und seiner umfangreichen Erfahrung.

Es ist beeindruckend, mit welcher Akribie Prof. Kunath Lehre, Weiter- und Fortbildung vorbereitete. Mit dem DIPOL „Evidenzbasierte Medizin“, dessen Sprecher er ist, wurden neue Wege im klinischen Studienabschnitt gegangen. Ohne sein immer währendes Engagement wäre der Studiengang Public Health an der Medizinischen Fakultät in Dresden kaum denkbar. In vielen Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen und -kursen der Sächsischen Landesärztekammer war und ist er tätig, so auch in der Leitung des Kurses „Ärztliches Qualitätsmanagement“.

Sein breites fachliches Wirkungsfeld spiegelt auch die Vielzahl von Funktionen in den unterschiedlichen Gremien des Bundes und Sachsens wieder. Seit 1993 ist er Leiter des klinischen Krebsregisters am Tumorzentrum Dresden e. V. Methodisch und inhaltlich unterstützte er die Arbeitsgruppe Perinatalogie der Sächsischen Landesärztekammer, die Fachkommissionen Brustkrebs und Diabetes mellitus der Sächsischen Landesärztekammer, er wurde als externer Koordinator des Teilzieles Brustkrebs im Rahmen der „Plattform Gesundheitsziele Sachsen“ durch das Staatsministerium für Gesundheit ernannt. Prof. Kunath wurde in die Ständige Kommission Versorgungsforschung des wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer 2004 berufen. Es gibt wenig Mediziner, die sich mit einer solchen Sachkenntnis in der Nutzung moderner Medien bewegen. So ist es auch nicht verwunderlich, dass er im Ausschuss Telematik der Bundesärztekammer, im wissenschaftlichen Beirat des Projektes SaxTeleMed beim Sächsischen Staatsministerium für Soziales von 1999 bis 2003, in der Arbeitsgruppe Multimedia der Sächsischen Landesärztekammer zur Mitarbeit herangezogen wurde. Auch im Lenkungsausschuss Qualitätssicherung bei der Sächsischen Landesärztekammer ist medi-

zinische Informatik und damit Prof. Kunath gefordert. Die aktive und fundierte Berufspolitik der Ärzte in Sachsen, in der er sich als Hochschul-lehrer mit ganzer Person eingebracht hat, wäre auf den genannten Gebieten kaum denkbar.

Herr Prof. Kunath ist einer der wenigen Hochschullehrer in Sachsen, der die Kammerarbeit aktiv mitgestaltet und sie zu seinem persönlichen Anliegen macht.

Der Präsident und der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer danken ihm ausdrücklich dafür.

Auch in der wissenschaftlichen Gesellschaft war Prof. Kunath ständig aktiv. Seit 1990 engagierte er sich im Ausschuss Medizinische Informatik, als Mitglied der Zertifikatskommission Medizinische Informatik in der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS). Er ist Vorstandsmitglied des Berufsverbandes Medizinische Informatiker. Von 1998 bis 2002 war er Präsident der Association pour la Promotion de l'Informatique de Santé, Bern.

Aufgrund seiner erfolgreichen Tätigkeit in der Wissenschaft und den verschiedenen Gremien erhielt Prof. Kunath 1998 den Richard-Merten-Preis und 2005 die Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille der Sächsischen Landesärztekammer. Seit Gründung 1991 ist er im Vorstand der Akademie für Gesundheit in Sachsen, die sich regionalen Gesundheitsforschungsprojekten und unter anderem der Verbreitung der Diabetes-Leitlinien gewidmet hat.

65 Jahre ist ein akademischer Einschnitt. Seine Familie und insbesondere die Enkel in Kleina/Thüringen erwarten ihn nun öfters zu Hause. Die vielen Nutzer seiner speziellen ärztlich fundierten Fachkenntnisse hoffen und vertrauen auch auf sein weiteres Mitwirken bei der Gestaltung der Informatik in der Medizin. Deshalb wünschen wir Prof. Dr. Hildebrand Kunath das Beste zum Geburtstag Gesundheit, persönliches Wohlergehen, Schaffenskraft und eine weitere erfolgreiche fachliche Zukunft.

Prof. Dr. med. habil. Klaus Scheuch
Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

Unsere Jubilare im März wir gratulieren

60 Jahre

02. 03. Dr. med. Gryga, Marlene
04205 Miltitz
10. 03. Prof. Dr. med. habil.
Linderer, Thomas
09127 Chemnitz
11. 03. Böhme, Marion
09423 Gelenau
14. 03. Dr. med. Seeber, Hans-Joachim
09603 Großschirma
16. 03. Dr. med. Fiedler, Reinhard
04779 Wermsdorf
17. 03. Stahr, Claudia
01324 Dresden
22. 03. Dipl.-Med. Geißler, Ursula
01816 Bad Gottleuba
25. 03. Dr. med. Eßmann, Sylvia
01326 Dresden
26. 03. Dr. med. Neidhardt, Charlotte
13351 Berlin

65 Jahre

01. 03. Dr. med. Müller, Ulrich-Georg
09629 Reinsberg
01. 03. Dr. med. Richter, Stefan
04178 Leipzig
02. 03. Klemm, Ortwin
01328 Dresde
09117 Chemnitz
03. 03. Meinhardt, Renate
04420 Markranstädt
04. 03. Dr. med. Böttcher, Eva
04289 Leipzig
04. 03. Dr. med. Heilmann, Werner
04299 Leipzig
04. 03. Dr. med. Zegula, Tilla
09119 Chemnitz
05. 03. Dr. med. Heinrich, Brigitte
04720 Döbeln
05. 03. Dr. med. Sommergruber, Dierk
08058 Zwickau
05. 03. Dipl.-Med. Vodel, Peter
08248 Klingenthal
07. 03. Dr. med. Hadlich, Hedda
02727 Neugersdorf
07. 03. Seifert, Hans-Peter
09130 Chemnitz
08. 03. Dr. med. Gatzweiler, Christian
01219 Dresden
08. 03. Hannowski, Monika
04288 Leipzig
09. 03. Dr. med. Ficker, Ute
01324 Dresden
09. 03. Dr. med. Grüning, Christina
01324 Dresden
10. 03. Dr. med. Bergmann, Lothar
04289 Leipzig

10. 03. Dr. med. Erler, Gerold
09126 Chemnitz
10. 03. Prof. Dr. med. habil.
Knopf, Burkhard
08432 Steinpleis/Sa.
10. 03. Körner, Leonore
02625 Bautzen
10. 03. Dr. med. Müller, Gisela
04159 Leipzig
10. 03. Walter, Harald
01855 Sebnitz
11. 03. Dr. med. Horn, Pia
08485 Lengenfeld
11. 03. Dr. med. Taubert, Harald
04451 Panitzsch
11. 03. Dr. med. Wetzels, Christian
09117 Chemnitz
11. 03. Winkler, Gerlinde
09557 Flöha
12. 03. Dr. med. Degenkolb, Dietrich
09128 Chemnitz/Kleinolbersdorf
12. 03. Dr. med. Kleindienst, Roland
09306 Zettlitz
13. 03. Dr. med. Dekan, Hans-Joachim
01594 Seerhausen
13. 03. Dr. med. habil. Fröhner, Gudrun
04416 Markkleeberg
13. 03. Münch, Karin
08499 Mylau
13. 03. Dr. med. Paul, Sigrid
09127 Chemnitz
13. 03. Dr. med. Wadewitz, Ilse
04319 Leipzig
14. 03. Dr. med. Barthel, Dietmar
09247 Röhrsdorf
14. 03. Dr. med. Volkmar, Werner
08523 Plauen
16. 03. Geißler, Hedda
01109 Dresden
17. 03. Dr. med. Güttler, Jörg
01844 Neustadt
17. 03. Dr. med. Paris, Eva-Maria
08468 Reichenbach
17. 03. Dr. med. Röhrborn, Sibylle
08359 Breitenbrunn
OT Erlabrunn
18. 03. Dr. med. Forberg, Gudrun
04416 Markkleeberg
18. 03. Grapow, Henner
09114 Chemnitz
18. 03. Dr. med. Sismuth, Brigitte
08062 Zwickau
18. 03. Dr. med. Werner, Hartmut
01307 Dresden
19. 03. Dr. med. Brede, Ursula
08223 Falkenstein
19. 03. Dipl.-Med. Haluany, Karin
04509 Priester
19. 03. Dr. med. Hendel, Gerold
08349 Erlabrunn
19. 03. Mieske, Rüdiger
02906 Niesky
21. 03. Dr. med. Geißler, Ulrich
01109 Dresden

21. 03. Dr. med. Zienert, Margareta
02977 Hoyerswerda
22. 03. Dr. med. Rengshausen, Ute
01099 Dresden
23. 03. Dr. med. Rauhut, Elke
02689 Sohland
24. 03. Knauer, Hagen
04288 Leipzig
25. 03. Dr. med. Eggert, Hartmut
01728 Possendorf
26. 03. Dr. med. Ritter, Uwe
09224 Grüna
27. 03. Dr. med. Kästner-Gedat, Adelheid
09123 Chemnitz
28. 03. Dr. med. Hentzschel, Ute
04207 Leipzig
28. 03. Dr. med. Schilter, Reinhard
01824 Königstein
30. 03. Dr. med. Frank, Helmut
04758 Borna
30. 03. Dr. med. Krause, Wolfgang
04683 Naunhof
30. 03. Dr. med. Petzold, Margarete
01465 Langebrück
30. 03. Dr. med. Rosenthal, Peter
08527 Neundorf
31. 03. Dr. med. Frenkel, Heinrich
04279 Leipzig
31. 03. Dr. med. Hentzschel, Rosemarie
01187 Dresden
31. 03. Dr. med. Kuhn, Jürgen
02943 Weißwasser
31. 03. Dr. med. Rendenbach, Ulrich
37115 Duderstadt

70 Jahre

01. 03. Dr. med. Groß, Siegfried
08115 Lichtentanne
01. 03. Dr. med. Just, Peter
04703 Leisnig
01. 03. Dr. med. Lehnert, Klaus
01109 Dresden
01. 03. Dr. med. von der Linde, Joachim
02991 Lauta
01. 03. Dr. med. Ludwig, Volkmar
08066 Zwickau
02. 03. Dr. med. Fiedler, Friedrich
09128 Chemnitz
03. 03. Dr. med. Jahn, Peter
04668 Grimma
03. 03. Dr. med. Meier, Bruno
01809 Heidenau
04. 03. Dr. med. Süß, Erika
04821 Waldsteinberg
05. 03. Dr. med. Bergan, Jürgen
02625 Bautzen
05. 03. Dr. med. Winkler, Waltraut
04779 Wermsdorf
06. 03. Dr. med. Werndl, Ulrike
04279 Leipzig
07. 03. Müller, Dorothea
09569 Oederan
08. 03. Kunze, Renate
09128 Chemnitz

08. 03. Dr. med. Opitz, Evelinde
09111 Chemnitz
08. 03. Schwarzkopf, Dietrich
09380 Thalheim
08. 03. Dr. med. Stelzner, Manfred
08115 Lichtentanne
09. 03. Dr. med. Wiemer, Gerhard
01468 Moritzburg
10. 03. Dr. med. Kirbach, Manfred
09117 Chemnitz
11. 03. Dr. med. Marx, Thea
04720 Döbeln
15. 03. Dr. med. Brauer, Gisela
04317 Leipzig
15. 03. Dr. med. Dietrich, Christa
04347 Leipzig
15. 03. Prof. Dr. med. habil.
Loebe, Frank-Michael
08058 Zwickau
15. 03. Dr. med. Nalewski, Helga
04319 Leipzig
16. 03. Dr. med. Graetz, Helga
01796 Pirna
16. 03. Dr. med. Schlobach da Costa, Peter
01728 Bannewitz
17. 03. Prof. Dr. med.
Heidenreich, Johannes
04808 Wurzen
18. 03. Behrendt, Ortrud
02906 Niesky
19. 03. Dr. med. Günther, Uwe
08228 Rodewisch
20. 03. Dr. med. Hüttner, Bernd
09603 Großschirma
20. 03. Dr. med. Jäger, Adelheid
04329 Leipzig
20. 03. Dr. med. Sandig, Werner
09456 Annaberg-Buchholz
24. 03. Dr. med. Hasek, Pavel
09116 Chemnitz
24. 03. Dr. med. Jentsch, Sigrid
01328 Dresden
26. 03. Löffler, Manfred
08340 Schwarzenberg
27. 03. Dr. med. Reuter, Horst
08538 Weischlitz
29. 03. Dr. med. Gabler, Ute
04207 Leipzig
30. 03. Dr. med. Preuß, Eberhard
01705 Freital
31. 03. Dr. med. Puhlfürst, Henry
08056 Zwickau
- 75 Jahre**
01. 03. Dr. med. Weinert, Klaus
01219 Dresden
05. 03. Dr. med. Fischer, Peter
02957 Krauschwitz
05. 03. Kümmel, Siegfried
01561 Priestewitz
11. 03. Prof. Dr. med. habil.
Hartig, Wolfgang
04157 Leipzig
12. 03. Dr. med. Freudewald, Berthold
08340 Schwarzenberg
13. 03. Dr. med. Gärtner, Lothar
02956 Rietschen
13. 03. Dr. med. Dr. rer. nat.
Muschner, Konrad
01705 Freital/Pesterwitz
15. 03. Dr. med. Gruner, Wolfgang
08371 Glauchau
15. 03. Prof. Dr. med. habil.
Weißbach, Gerhard
01277 Dresden
16. 03. Dr. med. Friedrich, Wolfgang
08301 Schlema
16. 03. Dr. med. Ramminger, Manfred
08280 Aue
20. 03. Dr. med. Rauer, Eleonore
01157 Dresden
25. 03. Dr. med. Kramer-Schmidt,
Barbara-Esther
02794 Leutersdorf
25. 03. Dr. med. Kühne, Joachim
09526 Pfaffroda
- 80 Jahre**
02. 03. Hettwer, Elisabeth
01587 Riesa
17. 03. Dr. med. Müller, Ilse
01445 Radebeul
24. 03. Dr. med. Tscharncke, Gudrun
01069 Dresden
- 81 Jahre**
05. 03. Prof. Dr. med. habil.
Graupner, Klaus
01157 Dresden
13. 03. Dr. med. Wildemann, Lucie
04158 Leipzig
18. 03. Dr. med. Patzelt, Friedrich
04318 Leipzig
18. 03. Dr. med. Philippson, Ursula
04299 Leipzig
19. 03. Steinmann, Erna
04328 Leipzig
25. 03. Dr. med. Steglich, Barbara
02625 Bautzen
29. 03. Dr. med. Braun, Günter
08359 Breitenbrunn
- 82 Jahre**
28. 03. Dr. med. Albert, Karl
08228 Rodewisch
- 83 Jahre**
15. 03. Dr. med. Dörfelt, Ilse
09394 Hohndorf
30. 03. Dr. med. Bergner, Hilda
01099 Dresden
- 84 Jahre**
05. 03. Dr. med. Trepte, Herbert
01689 Weinböhlen
09. 03. Dr. med. Liebert, Helga
04451 Borsdorf OT Panitzsch
17. 03. Dr. med. Dieke, Marianne
04107 Leipzig
18. 03. Dr. med. Nawka, Maria
02627 Radibor
19. 03. Dr. med. Steudtner, Gerd
01217 Dresden
24. 03. Prof. Dr. med. habil.
Pfeiffer, Joachim
04155 Leipzig
27. 03. Eisner, Ingeborg
04103 Leipzig
- 85 Jahre**
08. 03. Dr. med. Viertel, Johanna
09484 Oberwiesenthal
09. 03. Dr. med. Müller-Stephann, Herbert
08349 Erlabrunn
- 86 Jahre**
03. 03. Dr. med. Eichfeld, Werner
04277 Leipzig
10. 03. Prof. Dr. med. habil. Rösner, Klaus
08058 Zwickau
18. 03. Dr. med. Kluppack, Harry
04229 Leipzig
- 87 Jahre**
02. 03. Prof. Dr. med. habil.
Aresin, Lykke
04299 Leipzig
06. 03. Dr. med. Janke, Günther
08056 Zwickau
11. 03. Dr. med. Hansch, Ursula
04275 Leipzig
11. 03. Dr. med. Nartschik, Clemens
04157 Leipzig
18. 03. Dr. med. Kemmer, Carl-Heinz
02742 Neusalza-Spremberg
- 88 Jahre**
15. 03. Dr. med. Heil, Gerhard
08056 Zwickau
- 90 Jahre**
10. 03. Dr. med. Peißker, Elisabeth
04277 Leipzig
15. 03. Prof. em. Dr. med. habil.
Holtorff, Joachim
01326 Dresden
31. 03. Dr. sc. med. Cordes,
Christoph 04651 Bad Lausick
- 92 Jahre**
27. 03. Dr. med. Topalow, Stefan
04105 Leipzig
- 98 Jahre**
20. 03. Dr. med. Geuder, Hans
01259 Dresden

Nachruf für Dr. med. Heinrich John



Herr Dr. med. Heinrich John ist nach langer schwerer Krankheit am 24.10.2007 im 83. Lebensjahr verstorben. Bevölkerung und Ärzteschaft in Bautzen haben in großer Trauer vom langjährigen Chefarzt der HNO-Klinik des vormaligen Kreiskrankenhauses Abschied genommen. Er bleibt Patienten und Kollegen als großer Arzt in steter Erinnerung.

Heinrich John ist am 07.08.1925 in Bautzen als Sohn des Altphilologen Studienrat Martin John und seiner Ehefrau, der Konzertsängerin und Hausfrau Katharina John, geboren worden. Er hat in Bautzen Kindheits- und frühe Jugendjahre verbracht und 1943 die Schule mit dem Reifevermerk beendet. Er wurde 1943 zum Sanitätsdienst eingezogen als die Schlacht um Stalingrad verloren und die Bombardierung deutscher Groß- und Industriestädte in vollem Gange war. Als er 1945 heimkehrte, hatten ihn die Kriegsgräuel aus allen Jugendträumen gerissen. Das Elternhaus lag in Trümmern, denn Bautzen musste 1945 in auswegloser Lage der anstürmenden Roten Armee trotzen und büßte mit schweren Zerstörungen.

Dennoch glücklich, weil sinnlosem Töten entronnen, begann er 1945 mit

jugendlichem Elan die Arbeit als Krankenpflegehelfer im Operationssaal der Städtischen Krankenanstalt und erwarb 1946 nebenbei das Reifezeugnis. Der Krieg hatte ihn gelehrt, dass alle militärischen Auseinandersetzungen sinnlos und menschenverachtend sind. Im humanistischen Elternhaus galt die christliche Nächstenliebe, deshalb entschloss er sich, Arzt zu werden. Er studierte von 1948 bis 1954 Medizin an der Universität in Leipzig und beendete das Studium mit der Promotion zum Doctor medicinae. Zeisigwald- und Küchwaldkrankenhaus in Karl-Marx-Stadt und Krankenhaus Wurzen waren seine ersten praktischen Schritte. 1956 begann er die Ausbildung in der HNO-Klinik der Karl-Marx-Universität Leipzig, die er 1959 mit dem Facharzt abschloss. Von 1959 bis 1962 war er in der HNO-Klinik des Universitätsklinikums Greifswald tätig. Er stieg rasch zum Oberarzt auf und begab sich nach fundierten Berufserfahrungen zurück in seine Vaterstadt.

Am 01.04.1962 wurde er im Alter von 36 Jahren zum Chefarzt der noch zu etablierenden HNO-Abteilung am Kreiskrankenhaus Bautzen berufen. Gleichzeitig kümmerte er sich um den Aufbau einer poliklinischen HNO-Abteilung in der Muckestraße. Am 17.11.1962 konnte die HNO-Klinik mit 27 Betten ihre Pforten öffnen.

Heinrich John hat als Chefarzt von 1962 bis 1990 eine kolossale Arbeit geleistet. Er versah die gesamte Notfall- und Grundversorgung im HNO-Bereich und sicherte die fachärztlichen Konsultationen in den übrigen Abteilungen des Kreiskrankenhauses. Gemeinsam mit den Ärzten der Chirurgischen Klinik versorgte er Unfallverletzungen im Gesichts- und HNO-Bereich und unterstützte Zahnärzte bei der operativen Behandlung von Zahn- und Kieferkrankheiten.

Arztsein hieß für ihn einfühlsame Zuwendung, persönliche Anteilnahme, vorbehaltlose Menschenliebe und uneigennützigem Hilfsbereitschaft. Er lebte nach Grundprinzipien, die heute als

antiquiert gelten, weil sie einem Gesundheitsbetrieb im Wege sind, der sich nur an den Gewinnen ausrichten will.

Ausbildungsassistenten für HNO, Pädiatrie oder Allgemeinmedizin packten mit zu und er spornte sie durch sein Vorbild zu intensiver Arbeit an. Doch zuweilen war er auch wochen- oder monatelang ohne helfende Assistenten. Bei den Bereitschaftsdiensten unterstützte ihn der ambulante Fachkollege Dr. Schneider nach Kräften. Geübte Schwestern assistierten bei den Operationen, wenn kein zweiter Arzt im Hause war. Sein Klinikalltag hatte zehn, zwölf oder mehr Stunden. Die Zeit war knapp für Gedankenaustausch mit anderen Kollegen, Fortbildungsbesuche in anderen Kliniken, Zeitschriftenstudium oder für die Familie. Er hat trotzdem alle Aufgaben mustergültig bewältigt und seine umfassenden Erfahrungen uneigennützig an sein Team weitergegeben.

Er hat sich weder im Hitlerreich noch im real existierenden Sozialismus in politische Intrigen verwickeln lassen. Persönliche Vorteile hat er nie gesucht. Ihm galt der Arztberuf als unkündbarer Dienst am leidenden Menschen. Er hat die ärztlichen Fortbildungen in der Region kaum versäumt und durch universellen Kenntnisreichtum belebt.

Eine schwere Krankheit trübte seine letzten Jahre, doch sie konnte ihn nicht niederbeugen. Geborgenheit innerhalb der Familie und tiefe Religiosität haben ihm Kraft gegeben. Aufrecht und diszipliniert ist er bis zuletzt durchs Leben gegangen. In ihm war ein Glaube lebendig, der Gott nicht als Personifizierung, sondern als das Unbegreifliche sah, das uns aber desto energischer gebietet, miteinander so umzugehen, wie es humane Gesinnung erheischt.

Gottfried Hempel, weiland Ärztlicher Direktor
des Klinikums Bautzen-Bischofswerda
Thomas Raue, Chefarzt der HNO-Klinik
Bautzen an den Oberlausitz-Kliniken gGmbH

Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Peter Wunderlich



Am 20. Dezember 2007 ist Herr Professor Dr. Peter Wunderlich, emeritierter C3-Professor für Pädiatrische Pulmologie an der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden nach langer schwerer Krankheit im Alter von 72 Jahren verstorben.

Die ehemaligen Mitarbeiter der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin sowie zahlreiche Kolleginnen und Kollegen innerhalb des Universitätsklinikums wie auch in der niedergelassenen Ärzteschaft trauern um einen Arzt, der sich fast 40 Jahre lang mit hoher Fachkompetenz, Wissenschaftlichkeit und Intensität für die Betreuung kranker Kinder, die Durchführung von Forschungsvorhaben und in ganz besonderem Maße für die studentische Ausbildung eingesetzt hat.

Hatten wir zum Zeitpunkt seiner Emeritierung noch die Hoffnung, dass die heimtückische Erkrankung weitgehend unter Kontrolle ist, so brachten die dann folgenden Jahre für Herrn Wunderlich noch viele kritische und bedrohliche Belastungen, die er mit bewundernswerter Klarheit, Tapferkeit und Konsequenz bis zum Ende getragen hat. Erleichtert wurde ihm dies durch den tapferen Beistand und die verständnisvolle Hilfe seiner Ehefrau sowie der übrigen Familie. Für die Behandlung seiner Krankheit wusste er sich stets in kundigen Händen,

die alle Möglichkeiten der modernen Medizin ausschöpften.

Prof. Wunderlich wurde am 8. 5. 1935 in Rostock/Mecklenburg als Sohn eines Lungenfacharztes und erstes von fünf Geschwistern geboren. Nach dem Abitur im Jahr 1953 in Heringsdorf/Usedom absolvierte er das Medizinstudium von 1953 bis 1958 in Greifswald und Dresden.

Nach ärztlicher Tätigkeit an verschiedenen Kliniken der Universität Rostock begann er am 1. 10. 1961 unter Professor Dr. G.-O. Harnapp an der damaligen Medizinischen Akademie Dresden die Ausbildung zum Facharzt für Kinderheilkunde. Bereits vier Jahre nach deren Beendigung legte er nach intensiver und zielstrebigem wissenschaftlicher Tätigkeit seine Habilitationsschrift vor, wurde aber erst 1978 zum Hochschuldozenten berufen.

1982 übernahm Herr Wunderlich aus den Händen von Professor Dietzsch die Leitung der Abteilung Bronchopneumologie der Kinderklinik und wurde 1984 zum a. o. Professor berufen. Die „Wende“ brachte zwar die verdiente Anerkennung in Form der Berufung auf die C3-Professur, hielt aber eine neue Herausforderung bereit. Auf Grund seiner besonderen didaktischen Fähigkeiten und des beispielhaften Engagements in der studentischen Ausbildung wurde er zum Prorektor für Bildung (1991 bis 1993) bzw. zum kommissarischen Studiendekan ernannt. Seine langjährigen Erfahrungen auf dem Gebiet der akademischen Lehre konnte er auch als Vorsitzender des Ausschusses „Ärztliche Ausbildung“ in die Arbeit der Sächsischen Landesärztekammer einbringen.

Für den Kliniker und Wissenschaftler Wunderlich waren die Erkrankungen der kindlichen Atemwege und der Lunge Zeit seines Lebens das zentrale Arbeitsthema. Das fand seinen Niederschlag in zahlreichen Publikationen, von denen nur die Monografien „Asthma bronchiale“ und „Mukoviszidose“ genannt werden sollen, an denen er wesentlich als Mitautor beteiligt war. Bei aller Spezialisierung

hat Herr Wunderlich aber stets den Überblick über das Gesamtgebiet Pädiatrie behalten, wovon auch sein Buch „Differentialdiagnostik von Kinderkrankheiten“ (3. Auflage 1997, zusammen mit M. Gahr) sowie mehrere Beiträge in Facharzt-Lehrbüchern Zeugnis ablegen.

Sein besonderes „medizinisches Hobby“ war die Geschichte der Medizin. Ihm verdanken wir eine Vielzahl von Abhandlungen nicht nur zur Entwicklung der Kinderheilkunde allgemein und natürlich speziell in Dresden, sondern auch zum Wachsen und Gedeihen der Medizinischen Akademie Dresden. Er hat damit auch Bleibendes als Chronist geschaffen.

Große Verdienste hat er sich auch um die Wiederbelebung und Pflege der Schlossmann-Tradition erworben, die gerade für Dresden mit Gründung der ersten Kinderpoliklinik Deutschlands so bedeutsam ist.

Die Jahre nach der Emeritierung erlaubten leider nicht den ihm zu diesem Anlass gewünschten großen Aktionsradius, um ausgedehnte Wanderungen zu unternehmen oder alte „Bergfreundschaften“ zur Tatra oder anderen Gebirgen zu erneuern. Er widmete sich den vielen kleineren Dingen des Lebens und trachtete danach, sich jeden Tag an etwas neuem Schönen zu erfreuen. Sein immer gehegtes starkes Interesse an – auch moderner – Kunst ließ ihn selbst zum Malwerkzeug greifen, um Farb- sowie Formspiele zu gestalten. Es entstanden eigene Gedichte und im Lesekreis unter Freunden kamen ausgewählte Partien aus Werken der Lieblingsschriftsteller zum Vortrag.

Ein bewusst und mit Disziplin gestaltetes, erfolgreiches Leben ist zu Ende gegangen. Wir verneigen uns vor unserem ehemaligen Kollegen Prof. Dr. Peter Wunderlich und werden ihm stets ein ehrendes Gedenken bewahren. Unser Mitgefühl gilt seiner Ehefrau und der Familie.

Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Leupold
Prof. Dr. med. habil. Manfred Gahr

Die Lehrsammlung am Institut für Anatomie der Universität Leipzig

S. Löffler, C. Feja, K. Spanel-Borowski

Geschichte und Erbe von His und Spalteholz

Kernsatz

Jahrelang gehütete, aber bisher nicht öffentliche Schätze aus dem Institut für Anatomie Leipzig finden den Weg zu ihrem (Fach-)Publikum

Zusammenfassung:

Trotz ihrer langen Tradition konnte die Anatomische Sammlung in Leipzig erst 2001 dem Fachpublikum wieder zugänglich gemacht werden. Die Namen His und Spalteholz sind untrennbar mit den wertvollen Originalpräparaten verbunden.

Medizinische Sammlungen haben häufig eine lange und interessante Geschichte. Bis in das 17. Jahrhundert war bei Ausstellungsobjekten der Universitäten schwer ein wissenschaftlicher Anspruch zu erkennen. Man sammelte bevorzugt Fehlbildungen, Anomalien und Varietäten in „Kuriositätenkabinetten“. Im 18. Jahrhundert entwickelte sich ein wissenschaftliches Interesse an der Herstellung makroskopischer Präparate. Verschiedene Techniken ermöglichten das Hervorheben spezieller Strukturen. Davon profitierte auch die europaweit berühmte anatomische Sammlung der Universität Leipzig, die unter Wilhelm His ihre Blüte erreichte. Er war von 1872 bis 1904 Direktor des Instituts für Anatomie und leitete den Aufbau des Hauses, das zur damaligen Zeit als sehr zweckmäßig und großzügig galt, an seinem heutigen Standort.

Leider wurde ein wesentlicher Teil wertvoller Exponate beim Bombenangriff auf Leipzig am 4. Dezember 1943 zerstört. Wenige Stücke konnten aus den Trümmern des Instituts gerettet und in einem Magazin gelagert werden. Diese Schätze sollten der Grundstock für die neu eingerich-

tete Leipziger Lehrsammlung im Dienst der studentischen Ausbildung werden, wie es Kurt Alverdes (1896 bis 1959), Rolf Bertolini (1927 bis 2006) und Gerald Leutert (1929 bis 1999) als Institutsleiter vergeblich umzusetzen versuchten. Wegen der räumlichen Enge bei jährlich steigenden Studentenzahlen konnte kein separater Ausstellungsraum in dem nach dem Krieg von Kurt Alverdes neu erbauten Institut gefunden werden.

Als nach der politischen Wende 1989 die Studentenzahl sank, sah die neue Direktorin, Katharina Spanel-Borowski (Amtsantritt Mai 1997), die räumliche Gestaltungsmöglichkeit, und ein ehemaliger Präpariersaal wurde zum Ausstellungsraum umgestaltet. Alle Beteiligten des Projektes „Sammlung“ waren Autodidakten in der musealen Präsentation, verbunden durch die Freude am lang ersehnten Wieder-

aufbau der Anatomischen Sammlung. Bei der Auswahl der Objekte wurde auf eine ästhetische Darstellung der anatomischen Strukturen Wert gelegt, ergänzt durch Zeichnungen und Modelle, die dem Betrachter das Verständnis erleichtern sollten.

Die Teilgebiete der Anatomie sind überschaubar, informativ und sachorientiert zusammengefasst. Dem Wirken von His, dessen Forschungsgebiete die Histologie und Embryologie waren (Ahrendt, T. et al.; 2006), wurde eine separate Vitrine gewidmet. Er entwickelte beispielsweise die „Wachsplattentechnik“ zur dreidimensionalen Rekonstruktion von Embryonen. Mikroskopische Schnitte sehr junger Entwicklungsstadien zeichnete His auf Wachsplatten. Die jeweiligen Umriss wurden ausgeschnitten und in der entsprechenden Reihenfolge miteinander verschmolzen.

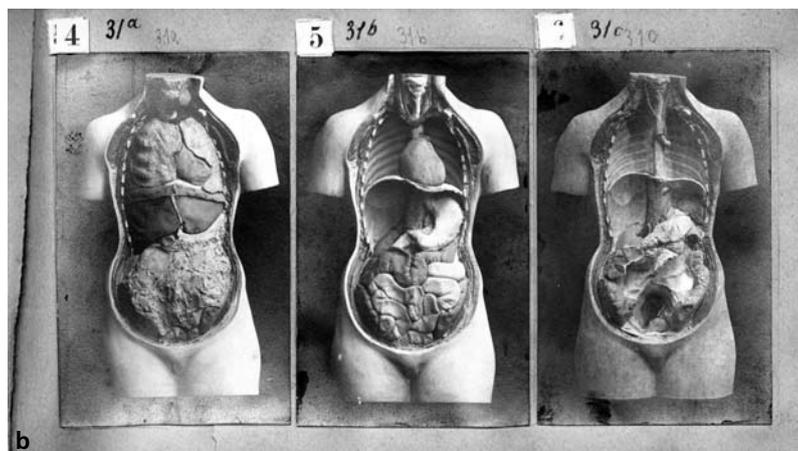


Abb. 1:
a Blick in die Lehrsammlung mit His-Steger-Gipsmodellen,
b Katalog (1900) der His-Steger-Gipsmodelle



Abb. 2:
 a Einweihung des Bachdenkmals von C. Seffner 1908
 b Vitrine mit der Schädelrekonstruktion Johann Sebastian Bachs durch His und Seffner 1906 sowie einem Bach-Bildnis von Elias Gottlob Haußmann aus dem Jahre 1716

Um den Studierenden mit neuem Anschauungsmaterial das Lernen zu erleichtern, arbeitete er auf dem Gebiet der topographischen Anatomie eng mit dem Leipziger Gipsmodellleur Franz Steger (1845 bis 1938) zusammen. Von mit Chromsäure fixierten Präparaten entstanden ganze Serien von Gipsabgüssen (Abb. 1), angefangen von der Oberflächenanatomie bis in die Tiefe der Siten, die durch ihre topographische Genauigkeit und naturnahe Koloration auch den heutigen Sammlungsbesucher bestechen. Repliken der His-Steger-Gipsmodelle konnten weltweit per Katalog bestellt werden und zeugen von einem gesunden Geschäftssinn der Hersteller. Besondere Verdienste hat sich His durch die Identifikation der Gebeine von Johann Sebastian Bach im Auftrag des Rates der Stadt Leipzig erworben, als 1894 Umbettungsarbeiten auf dem alten Johannisfriedhof notwendig wurden. Dort

war Johann Sebastian Bach (1685 bis 1750) sehr bescheiden, ohne einen Grabstein, beerdigt worden. His entwickelte eine Methode, die noch nach 1980 in der Rechtsmedizin zur Gesichtsrekonstruktion von Schädeln unbekannter Herkunft genutzt wurde. Er legte über die Gesichter von Männern, die im gleichen Alter wie Bach verstorben waren, ein dichtes Raster einzelner Messpunkte. An jedem dieser Punkte wurden die Dicke des Weichteilgewebes gemessen und die jeweiligen Mittelwerte errechnet (His, W.; 1895). Der Bildhauer Carl Ludwig Seffner (1861 bis 1932) verwendete sie zur Modellierung des Gesichts auf dem zu identifizierenden Schädel, wobei die große Ähnlichkeit mit einem der vier bekannten Bach-Portraits auffällt (Abb. 2).

In unserer Sammlung ist ein Gipsabguss dieser Gesichtsrekonstruktion ausgestellt. Das Bachdenkmal am

Thomaskirchhof, ebenfalls von Seffner geschaffen, ist nach diesem Modell gestaltet.

Ein weiterer bekannter Anatom hinterließ in Leipzig seine Spuren. Werner Spalteholz (1861 bis 1940) begann 1885, direkt nach dem Medizinstudium, seine Tätigkeit am Leipziger Institut. Bis zu seiner Emeritierung 1929 war er dem Haus treu, viele Jahre als Prosektor. Ihn faszinierte der Gedanke, tiefe Gefäßverläufe in Organen sichtbar machen zu können, ohne die darüber liegenden Strukturen zu zerstören. Im Ergebnis langer Versuchsreihen entstanden transparente Präparate auf der Grundlage eines identischen Lichtbrechungsindex' von Gewebe und Lösungsmittel. Farbige Massen, die in das Gefäßsystem injiziert werden, ermöglichen deren plastische Darstellung (Hahn, S.; Hartmann, K.; Kaplusch, S.; 1997).

Diese spezielle Form des Hineinschauens in topographische Gebiete sorgte nicht nur in der Fachwelt für Aufsehen. Spalteholz meldete sein Verfahren als Reichspatent an. Karl August Lingner, Fabrikant des Mundwassers „Odo!“, hatte die Idee und die finanziellen Mittel zu einer Gesundheitsausstellung, die alle Bevölkerungsschichten ansprechen und informieren sollte. Einer der Hauptorganisatoren der für die 1911 geplanten Ausstellung im Dresdner Hygiene-Museum war Dr. Ingelfinger, der den Kontakt zu Spalteholz aufnahm, um dessen Präparate für diese Exposition zu gewinnen. Mit 5 Mill. Besuchern wurde sie ein großer Erfolg, und das eingespielte Geld trug zum Grundstock für das später gebaute Hygiene-Museum bei. Spalteholz engagierte sich im wissenschaftlichen Beirat und im Verwaltungsrat der Lingner-Stiftung. Die Idee, auch dem Laien Bau und Funktion des menschlichen Körpers anschaulich zu vermitteln, gipfelte in der Entwicklung des „Gläsernen Menschen“ (Abb. 3), der Mittelpunkt vieler Ausstellungen war.

Wir sind sehr froh, in unserer Sammlung noch drei Original-Spalteholzpräparate zu haben, die mit hoher Präzision und viel präparatorischem

Geschick von ihm selbst in Leipzig angefertigt wurden. Einer der Glanzpunkte der Anatomischen Sammlung bleibt die aufgehellte Schädelbasis, in der das Felsenbein, der härteste Knochen des menschlichen Körpers, so transparent gemacht wurde, dass ein Blick auf das darin liegende Innenohr möglich ist. Die Schnecke des Innenohres wurde zur Verbesserung des Kontrasts mit Wood'schem Metall ausgegossen. Ein ca. 10fach vergrößertes Gipsmodell der Schädelbasis, ebenfalls aus der Produktion des Hygienemuseums, findet zur Demonstration der Schädelbasis auch heute noch den Weg in die Vorlesung und stellt den Bezug zum Originalpräparat her.

Die historischen Präparate sind Zeitzeugen einer Epoche, in der man sich mit größter Akribie und einem enormen Zeitaufwand der Darstellung anatomischer Strukturen widmete. Moderne Techniken wie die Plastination bieten sehr gute Möglichkeiten, Anschauungsmaterial für die Ausbildung zu schaffen. Die Objekte, wie sie auch in unserem Institut hergestellt werden, sind fast wartungsfrei, aussagekräftig und können sehr ästhetisch wirken. Der Präparator Gunther von Hagens präsentiert seine Ganzkörperplastinate in zum Teil extremen Stellungen und personifiziert sie durch die Verwendung von Glasaugen. Bei dem Betrachter lösen sie Faszination oder Abscheu aus, eine Darstellungs-

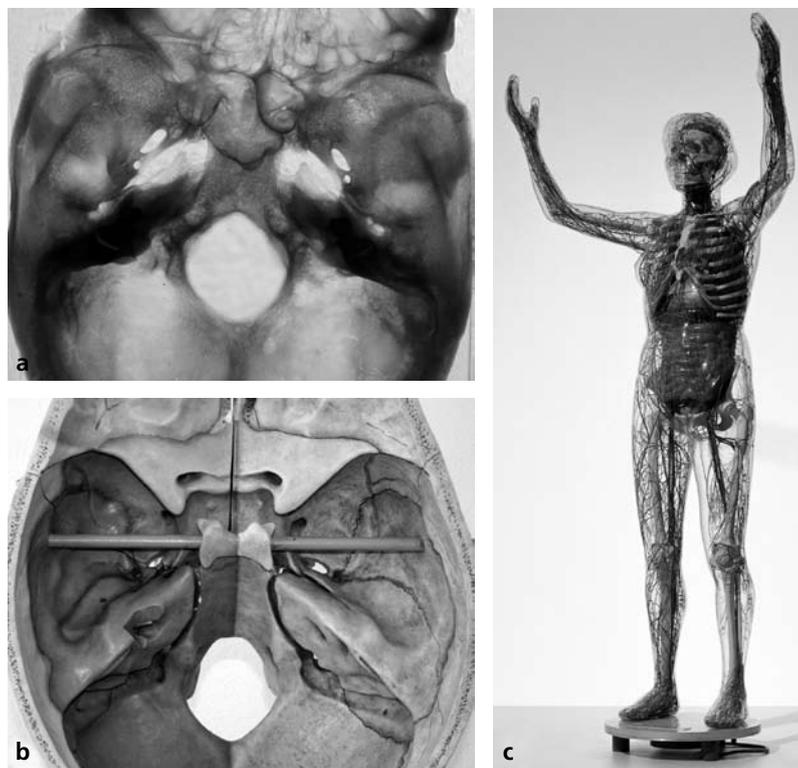


Abb. 3: a Schädelbasis, aufgehellte Schädelbasis, b Modell Schädelbasis, c „Gläserner Mensch“, Stiftung Deutsches Hygienemuseum, Foto: Werner Lieberknecht

weise, die unserer Ansicht nach einen sachlichen Zugang verwehrt und die leider ansonsten gute Technik bei Fachkollegen in Misskredit gebracht hat.

Für die große Gruppe der mittleren medizinischen Berufe in der Ausbildung stellt ein Besuch unserer Sammlung eine große Bereicherung dar,

weil hier die erlernte Theorie durch das Betrachten von nativen Präparaten vervollkommen wird. 3000 Leipziger nutzten in den vergangenen Jahren zur Leipziger Museumsnacht ebenfalls die Gelegenheit zum Sammlungsbesuch. Unsere Mitarbeiter mussten sehr viele medizinische Fragen an Hand der ausgestellten Präparate beantworten. Im Vordergrund steht dabei der Informationsbedarf über Untersuchungen und Operationen, denen sich die Besucher selbst oder deren Angehörigen unterziehen mussten oder noch müssen. Zur Erklärung ziehen wir auch im Zeitalter des Computers gern die anschaulichen Präparate und Modelle heran, die wir His und Spalteholz (Abb. 4) verdanken.

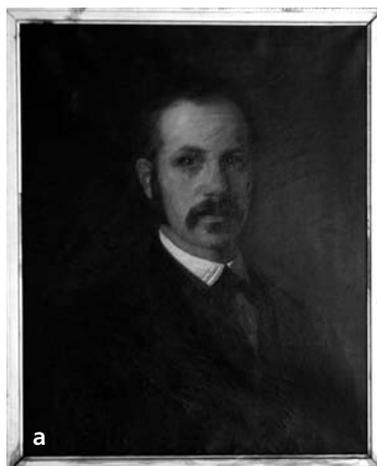


Abb. 4 Erinnerungen an zwei große Anatomen im heutigen Institut: a Jugendbildnis von Wilhelm His b Demonstration anatomischer Präparate durch Werner Spalteholz im Hörsaal, historische Fotografie

Korrespondierender Autor:
Dr. med. Sabine Löffler
Universität Leipzig,
Institut für Anatomie,
Liebigstraße 13, 04103 Leipzig
Tel.: 0341 9722083, E-Mail:
Sabine.Loeffler@medizin.uni-leipzig.de