

Berufspolitik	Aufbruch ins Ungewisse	144
	30. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern	145
	Sponsoring und medizinische Fortbildung	158
	Ein Lichtblick	160
	Lizenz zum Töten ? – Ärzte zwischen Sterbebegleitung und Tod auf Verlangen	162
	Gesundheitspolitik	Das Metabolische Syndrom – Geschichte und Gegenwart
	Lyme-Borreliose	153
Ethik in der Medizin	Klinische Ethikberatung	155
	Impressum	163
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Anzeigepflicht	164
	Ausfahrt der Kreisärztekammer Dresden	164
	Kommission Sucht und Drogen	164
	Zwischenprüfung im Ausbildungsberuf des/der „Medizinischen Fachangestellten“	165
	Konzerte und Ausstellungen	165
	Praxisleitfaden	165
	15. Dresdner Ärzteball	165
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	166
	Tagungsbericht	Spezielle Risiken ärztlichen Handelns
Buchbesprechung	48 Jahre Landarzt in Mittelsachsen	169
Personalia	Herrn Prof. Dr. med. habil. Burkhard Knopf zum 65. Geburtstag	170
	Jubilare im Mai	173
Medizingeschichte	Prof. Dr. med. Hermann Eberhard Friedrich Richter zur 200. Wiederkehr seines Geburtstages	171
Mittelhefter	Fortbildung in Sachsen – Mai 2008	



Tagung der Kreisärztekammern
Seite 145



Das Metabolische Syndrom
Seite 150



Lyme-Borreliose
Seite 154



Prof. Dr. med. Hermann Eberhard
Friedrich Richter
Seite 171

Aufbruch ins Ungewisse

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir empfehlen den nachstehenden Leserbrief Ihrer Aufmerksamkeit. Herr Dr. Hans-Gerhard Kraus aus Essen richtete ihn an das Deutsche Ärzteblatt, das ihn gekürzt im Heft 8 vom 22. Februar 2008 veröffentlicht hat. Kollege Kraus bezieht sich dabei auf den redaktionellen Beitrag des Deutschen Ärzteblatts Heft 1/2 2008, Seite A7, zum AOK-Hausarztvertrag. Diese in jeder Hinsicht sehr basisnahe Darstellung spricht mit erfrischender Offenheit Wahrheiten aus, die wir niemals außer Acht lassen sollten.

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

Dr. med. Klaus Heckemann
Vorstandsvorsitzender der
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen

Dr. med. Hans-Gerhard Kraus
Facharzt für Innere Medizin
Wintgenstraße 23, 45239 Essen

Erlauben Sie bitte einem Fünfzigjährigen, der die Hälfte seines Lebens mit Patienten verbracht hat, zu dem

Vorhaben „AOK Hausarztvertrag“ einige Fragen zu stellen und Kommentare abzugeben.

Ist es noch richtig, dass im Mittelpunkt der Aufgabe, um die sich alle Beteiligten bemühen, ein Mensch steht? Besteht der Kern des Arztberufes darin, diesem Menschen in seiner Einmaligkeit, seiner Prägung, seiner Emotionalität, seinen Ängsten, seinen gefühlten Bedürfnissen zu erkennen und ihn anzunehmen? Wie sollen wir in unserer überbevölkerten, überalterten und säkularisierten Welt einem Menschen, der uns aufsucht, begegnen? Wer darf, kann, soll oder muss letztlich Verantwortung tragen für das, was bei der Lösung unserer Lebensgleichung zu geschehen hat oder zu unterlassen ist? Ist es richtig, dass in unserer angesprochenen Lebensgleichung „Gesundheit“, was immer der Einzelne darunter versteht, ein wichtiger, aber auch nur einer von vielen Faktoren ist, die über unser Lebensglück bestimmend sind? Inwieweit ist Gesundheit überhaupt ein marktfähiges, standardisierbares und verwaltungskonformes Gut? Können wir ein gutes Gewissen haben, wenn wir jedem, der unseren Friseursalon betritt, den gleichen Haarschnitt verpassen? Wer von uns weiß genau, was ein erfülltes Leben ausmacht, wie lange es dauert und was genau dazu gehört?

Es fällt mir außerordentlich schwer vorzustellen, dass die Autoren sol-

cher Vertragsentwürfe, in der Mitte ihres Lebens und ihrer beruflichen Verantwortung stehend, sich im Stillen nicht wünschen, dermaleinst einem Arzt zu begegnen, der sich dann, wenn es die Umstände gebieten, mit seinem Verstand, seiner ganzen Erfahrung und Menschenliebe für sie einsetzt und in aller Stille und Ruhe versucht, genau das zu tun, was so dringend erwünscht und erhofft wird.

Sie, verehrte Mitstreiter auf der Seite der AOK müssen sich darüber im Klaren sein, dass Sie für die von Ihnen verständlicherweise gewünschte Vorgehensweise Ärzte im ursprünglichen Sinne nicht gebrauchen können. Ihre Aufgabenbeschreibung wäre zu erfüllen von einem noch für diese Zwecke zu programmierenden Berufstypus „Verwaltungsmediziner“, dessen seelische Voraussetzungen es erlauben, sich bei der Erfüllung seiner Aufgabe einem rigorosen System zu unterwerfen, das besser als jeder erfahrene Arzt weiß, was in einer gegebenen Situation das Richtige ist.

Verstehen Sie mich nicht falsch. Es geht mir nicht darum, einem fortschrittlichen, auf Effizienz zielenden Verwaltungssystem im Gesundheitswesen, seine Glaubwürdigkeit zu nehmen. Sicherlich gibt es viele Gründe, genau so vorzugehen wie Sie es vorschlagen. Ich gebe allerdings zu bedenken, dass unsere Art Fortschritt zu erkennen stets und in allen Bereichen unseres Lebens immer nur ein Mehr an Technik, Vereinheitlichung und Entpersönlichung bedeutet, zwangsläufig verbunden mit einem Verlust an persönlicher Zuwendung, Verständnis und Respekt. Abschließend möchte ich herzlich darum bitten, dass wir uns alle täglich klarmachen, worum es im Kern bei unserer gemeinsamen Aufgabe geht: In Demut und persönlicher Bescheidenheit einem Menschen begegnen, der uns in Angst, Schmerz oder Not aufsucht und mit Recht erwartet, dass wir uns für ihn in seiner Einzigartigkeit mit allen gegebenen Möglichkeiten einsetzen.

Essen, den 06.01.2008

30. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern

An der Tagung am 8. März 2008 nahmen die Vorsitzenden der Kreisärztekammern, Mitglieder des Vorstandes sowie Mitarbeiter und Gäste teil.

Berichte der Kreisärztekammern

Auf der Tagung ging der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, zuerst auf die Berichte aus den Kreisärztekammern ein. Aus den Übersichten aus dem Jahr 2007 wird die Vielfalt der Vorstandsarbeit deutlich. In den Regionen haben sich aktive Ärzte mit aktuellen berufs- und gesundheitspolitischen Problemen sowie Fragen der kommunalen Ebene beschäftigt. Dazu gehörten die ärztlichen Kooperationsformen, die integrierte Versorgung, der Stand der elektronischen Heilberufe- und Gesundheitskarte sowie der Ärztemangel und die Ärzteabwanderung.

Als durchgehend problematisch wird die Gewinnung von berufspolitisch interessierten Ärzten für die Arbeit in den Kreisärztekammern gesehen. Bezüglich der Kreisreform lässt sich feststellen, dass die meisten Kreisärztekammern das Thema nicht erwähnen, bei den anderen, wo man sich mit einer Neugliederung der Kreisärztekammern befasst hat, wird diese mit Blick auf den Erhalt der regionalen Kontakte meist abgelehnt.

Im Bereich der regional organisierten Fortbildungen lässt sich erfreulicherweise eine Kooperation zwischen Kreisärztekammern und Ärztevereinen oder Ärztestammtischen sowie Qualitätszirkeln feststellen.

Die Fälle ärztlichen Fehlverhaltens waren 2007 in einigen Kreisärztekammern rückläufig. Oftmals haben die Vorsitzenden zuerst immer den Versuch der Vermittlung unternommen. In Görlitz gibt es für diese Probleme sogar eine Ombudsstelle. In den meisten Fällen war fachliches Fehlverhalten nicht Grund der Beschwerde, sondern zumeist Kommunikationsprobleme und Missverständnisse im Rahmen der ärztlichen Versorgung.

In vielen Kreisärztekammern kam es 2007 zu einer Neuorganisation des KV-Bereitschaftsdienstes. In die Umsetzung wurden die Kreisärztekammern meist einbezogen. Allerdings werden Probleme bei der Akutversorgung erwartet.

Prof. Dr. Schulze machte deutlich, wie wichtig die Arbeit der Kreisärztekammern vor Ort ist. Sie sind Teile der Sächsischen Landesärztekammer und ihre Tätigkeit prägt das Bild der Selbstverwaltung maßgeblich mit. Er bot ausdrücklich die Unterstützung der Sächsischen Landesärztekammer bei der Suche nach Referenten und Themen an und wies auf die Paten seitens des Vorstandes hin, die jederzeit Unterstützung geben können.

Gesundheits- und Berufspolitik

Der Präsident ging auf die „scheinbare Ruhe“ in der Gesundheits- und Berufspolitik wegen des Vorwahljahrs in Berlin ein. Dieser Eindruck

täuscht, so Prof. Dr. Schulze, denn es herrscht großer Reformdruck wegen zahlreicher gesundheitspolitischer Baustellen. Dazu gehört die Umsetzung des Gesundheitsfonds, den die Sächsische Landesärztekammer ablehnt, die Krankenhausfinanzierung im Hinblick auf Budget oder (regionale vs. einheitliche) Fallpauschalen mit Fallzahlen sowie der Morbi-RSA (mit indirekten Auswirkungen auf Honorare), der Euro-EBM und die offenen Fragen zur Stammzellforschung, zur Sterbehilfe und zur Patientenverfügung.

Elektronische Gesundheitskarte/elektronischer Arztausweis

Besonders kritisch ging Prof. Dr. Schulze auf die Tests der elektronischen Karten ein. Bisher werden mit erheblicher Zeitverzögerung nur Basistests in Löbau-Zittau durchgeführt (Versichertenstammdaten). Selbst dabei gibt es immer noch technische Probleme. Dennoch wurde im Januar

2008 Sachsen als Bundesland für einen vorgezogenen Basis-Rollout der elektronischen Karten ab Oktober 2008 angefragt. Aufgrund des maßgeblichen Protestes der Sächsischen Landesärztekammer wegen zu befürchtender Umsetzungsschwierigkeiten mit negativen Folgen für Ärzte und Patienten wurde diese Anfrage abgelehnt. Hier zeigt sich einmal mehr, wie wichtig es ist, sich aktiv an neuen Vorhaben zu beteiligen. Nur so ist es möglich, im Interesse der Ärzte Einfluss auf Entscheidungen zu nehmen.

Ärztmangel in Sachsen

Der Ärztemangel in Sachsen hat sich inzwischen trotz steigender Arztzahlen zu einem Flächenproblem entwickelt. Viele der Maßnahmen der Selbstverwaltung greifen nicht effektiv genug. Deshalb sollen alle Maßnahmen zur Gewinnung von Ärzten für eine Tätigkeit in Sachsen koordiniert werden. Eine entsprechende Koordinierungsstelle wird bei der Sächsischen Landesärztekammer errichtet und von den Selbstverwaltungspartnern finanziert. Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen wird zusätzlich eine Kommunikationsplattform „Neue Ärzte braucht das Land“ demnächst ins Netz stellen, um interessierten Mediziner eine erste Übersicht über eine Tätigkeit in der ambulanten und stationären Versorgung zu ermöglichen. Dabei wird es sich aber überwiegend um eine Linksammlung handeln. Zudem wird sich die Sächsische Landesärztekammer im März 2008 wieder an Informationsveranstaltungen in Österreich beteiligen, um Kollegen von dort für Sachsen zu gewinnen.

Inwieweit das Projekt Gemeindegewinnerschwester (AGNES) zu einer Entspannung der Lage in den von Unterversorgung bedrohten Gebieten beitragen kann, lässt sich nach den Worten des Vizepräsidenten, Erik Boden-dieck, noch nicht sagen. Immerhin ist die Finanzierung des Projektes bis zum Jahresende verlängert worden und die Fallzahlen lassen dann eine wissenschaftliche Evaluation zu. Ein erstes wesentliches Ergebnis des Projektes AGNES ist aber die erhöhte Feststellung eines individuellen Pfe-

gebedarfs, weil die eingesetzten Schwestern und Arzthelferinnen in ihren durchschnittlich 24 Minuten Kontakt pro Patient einen solchen zusätzlichen Bedarf erkennen. Ein Arzt kann das in seinen drei Minuten nicht immer. Das dürfte vor allem die Pflegeberufe freuen.

Stationäre Vergütung

In der Vergangenheit haben mehrere Schreiben des Wissenschaftsministeriums und des Sozialministeriums die Sächsische Landesärztekammer bezüglich der stationären Vergütung und Einstufung erreicht. Einheitlicher Tenor der Schreiben: die Vergütung kann wegen geltenden Tarifverträgen nicht angehoben werden und die Einstufung der Ärzte erfolgt nach geltendem Recht.

Positiv muss dagegen ein Brief der Sächsischen Staatsministerin für Soziales, Frau Helma Orosz, an das Bundesgesundheitsministerium gewertet werden. Darin wird Berlin aufgefordert, bei der Umsetzung der Gesundheitsreform keine weiteren Fehler zu machen. Zugleich wird ein direkter Zusammenhang zwischen Versorgungsmangel in Sachsen und der ärztlichen Vergütung hergestellt. Selbst der sächsische Ministerpräsident hat mittlerweile ein Problembewusstsein für die ärztliche Vergütung entwickelt, was sein Besuch in der Region Torgau-Oschatz im Februar 2008 beweist.

Kammerbeitrag

Von besonderem Interesse waren die Ausführungen des Präsidenten zur Senkung des Kammerbeitrages ab 1. 1. 2008: von 0,58 Prozent auf 0,56 Prozent der ärztlichen Einkünfte. Zudem besteht Beitragsfreiheit für Mitglieder im Ruhestand, sofern die Einkünfte aus gelegentlicher ärztlicher Tätigkeit 5.000 EUR im Beitragsjahr nicht überschreiten.

Deutsch-polnisches Symposium

Am Schluss seines Statements wies der Präsident auf das 4. Deutsch-polnische Symposium hin. Dieses wird vom 12. bis 14. September 2008 in Dresden stattfinden. Nach Kreisau, Meißen und Breslau ist das Symposium damit am Ort seiner Entste-

hungsgeschichte angekommen. Zu den Referenten gehören Egon Bahr, Prof. Dr. Scriba, der ehemalige polnische Gesundheitsminister Dr. Wojtyła und Dr. Kloiber vom Weltärztebund sowie deutsche und polnische Fachreferenten zu den Themen Versorgungsforschung, ärztliche Kompetenz, Delegation ärztlicher Leistungen und grenzüberschreitender Rettungsdienst.

Diskussion

Ärztliche Sterbebegleitung

Die deutsche Ärzteschaft hält weiterhin an ihrem strikten „Nein“ zur aktiven Sterbehilfe fest und wertet diese als unärztlich. Aktive Sterbehilfe ist auch deshalb für Ärzte inakzeptabel, weil durch Zulassung gezielter Tötung auf Verlangen Gefahren für Schwerkranke, Behinderte oder alte Menschen entstehen. Ärzte wollen und sollen die Patienten behandeln oder bis zum Tod begleiten. Bei unheilbaren Krankheiten gilt es, Leid zu lindern.

Delegation von ärztlichen Aufgaben auf nichtärztliches Personal.

Die Übertragung originärer ärztlicher Aufgaben an nichtärztliches Personal führt zu unkalkulierten Sicherheitsrisiken für die Patienten und zur wesentlichen Reduzierung der fachärztlichen Leistungsstandards. Diese Form der „Leistungssteigerung im Gesundheitswesen“ führt zu Koordinations-, Kommunikations-, Organisations- und Kontrollfehlern. Vor dem Hintergrund des ökonomischen Drucks auf die Einrichtungen des Gesundheitswesens und des ärztlichen Aufgabengebietes ist eine generelle Festlegung des Umfangs der ärztlichen und nichtärztlichen Tätigkeitsbereiche zur Erlangung der Rechtssicherheit detailliert erforderlich.

Grundsätzlich sind für eine Delegation von ärztlichen Aufgaben an nichtärztliches Personal folgende Voraussetzungen unbedingt notwendig:

- Einwilligung des Patienten.
- Anordnung des Arztes: Dabei muss die zu übertragende Aufgabe inhaltlich genau bestimmt sein und das nichtärztliche Perso-

nal muss zweifelsfrei wissen, welche Maßnahmen es im Einzelfall durchführen soll und darf.

- **Kenntnisse und Fähigkeiten:** Das nichtärztliche Personal und die Pflegekraft müssen die notwendigen Fähigkeiten und Kenntnisse für die durchzuführende Maßnahme besitzen. Dabei genügt nicht der entsprechende Ausbildungsabschluss, sondern vielmehr muss das tatsächliche Wissen und Können vorhanden sein.

Förderung der Versorgungsforschung durch die Bundesärztekammer und den Landesärztekammern

Fundierte Aussagen über die Qualität des deutschen Gesundheitswesens lassen sich nur auf der Basis wissenschaftlicher Untersuchungen des Versorgungsgeschehens unter Alltagsbedingungen treffen. Belastbare Daten, die eine seriöse Beurteilung der Versorgungssituation in Deutschland erlauben, gibt es zu wenig. Die Ärzteschaft fördert deshalb mit einer eigenen Initiative die Versorgungsforschung. Insbesondere die Rahmenbedingung steigender Kosten, stagnierender oder sinkender Einnahmen in einer alternden Gesellschaft mit zunehmendem Anstieg von Multimorbidität und chronischen Krankheiten verursacht dringenden und dauerhaften Handlungsbedarf. Dabei behält die Forderung in Deutschland gesundheitspolitische Priorität, Zugang zu qualitativ hochwertiger Versorgung für die gesamte Bevölkerung zu gewährleisten.

Patienten müssen ihrem Arzt vertrauen können

Die Ärztekammern wehren sich gegen weitere Aushöhlung ärztlicher Schweigepflicht. Grund für die wiederholte Kritik der Landesärztekammern ist die in dem Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vorgesehene Pflicht von Ärzten, den Krankenkassen selbst verschuldete Krankheiten ihrer Patienten zu melden. Auch die Sächsische Landesärztekammer lehnt diesen Gesetzentwurf und das neue Gesetz zur Neuregelung der Telekommunikationsüberwachung, das ebenfalls in das Vertrauensver-

hältnis zwischen Arzt und Patient eingreift, ab. Die Ärzteschaft fordert die Gleichstellung der Ärztinnen und Ärzte mit den privilegierten Berufsgeheimnisträgern, also den Abgeordneten, Strafverteidigern und Seelsorgern auf der höchsten Stufe der Schweigepflicht: Das Arzt-Patientenverhältnis verdient uneingeschränkter Schutz.

Ärzteschaft fordert GOÄ – Reform auf der Grundlage des Konzepts der Bundesärztekammer

Der Deutsche Ärztetag 2007 bekräftigte erneut, dass eine eigenständige „Amtliche Gebührenordnung für Ärzte“ (GOÄ) als Vergütungsgrundlage für ärztliche Leistungen in Praxis und Krankenhaus unverzichtbar ist. Die GOÄ sichert den fairen Interessensausgleich zwischen Arzt und Patient – nämlich eine leistungsgerechte, angemessene Honorierung des Arztes und den Schutz des Patienten vor finanzieller Überforderung (Verbraucherschutz). Die Ärzteschaft fordert die Politik auf, die GOÄ entsprechend ihrem Stellenwert für die Qualität und Finanzierung des Gesundheitswesens sowie die Sicherung und Fortentwicklung des Gesundheitsstandorts Deutschland zügig zu novellieren.

Auswirkung der Kreisgebietsreform auf die Kreisärztekammern aus Sicht der Kreisärztekammern

PD Dr. jur. Dietmar Boerner, Hauptgeschäftsführer der Sächsischen Landesärztekammer

Bereits im Rahmen der 29. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern am 22. September 2007 hatte der Hauptgeschäftsführer über die Kreisgebietsreform und ihre Auswirkungen auf die Kreisärztekammern der Sächsischen Landesärztekammer referiert („Ärzteblatt Sachsen“, Heft 11/2007). Auf der 30. Tagung informierte er nun zunächst über den Stand des Gesetzgebungsverfahrens zur Verwaltungsreform in Sachsen. So hat der Sächsische Landtag am 22. Januar 2008 zunächst die Funktionalreform und damit die Übertragung umfangreicher Aufgaben des Staates auf die Landkreise und kreisfreien Städte sowie die Bündelung

der verbleibenden staatlichen Aufgaben in weniger Behörden beschlossen. Am 23. Januar 2008 wurde die Kreisgebietsreform vom Landtag abschließend beraten und verabschiedet. Diese soll nunmehr am 1. August 2008 in Kraft treten. Mit dieser Reform werden die bisherigen Kreisgebiete neu gegliedert. Die Anzahl der Landkreise wird von 22 auf zehn, die Anzahl der kreisfreien Städte von sieben auf drei reduziert (vgl. Abbildung 1). Gegen die Kreisreform haben einige Städte und Landkreise Rechtsmittel eingelegt. Der Ausgang bleibt abzuwarten.

Vor diesem Hintergrund stellte Dr. Boerner die möglichen Handlungsoptionen der Sächsischen Landesärztekammer im Hinblick auf die künftige Struktur der Kreisärztekammern vor: „Dabei kommt insbesondere eine Übertragung der Gebietsreform auf die Kreisärztekammern und damit eine Neugliederung in 13 Kreisärztekammern in Betracht. Alternativ könnten die derzeit bestehenden 29 Kreisärztekammern beibehalten werden.“ Bislang knüpfte die Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer an die staatliche Kreisgliederung an: Für jeden politischen Kreis und jede kreisfreie Stadt sei eine Kreisärztekammer zu bilden. Auch die Wahlordnung der Sächsischen Landesärztekammer und die Mustergeschäftsordnung für die Kreisärztekammern nähmen auf die politische Gebietsstruktur Bezug.

„Blieben diese Regelungen so bestehen, hätte dies eine Reduzierung der Zahl der Kreisärztekammern von bislang 29 auf künftig 13 zur Folge“, so Dr. Boerner. Keine Auswirkungen hätte dies auf die Kreisärztekammern in Chemnitz, Dresden und Leipzig.

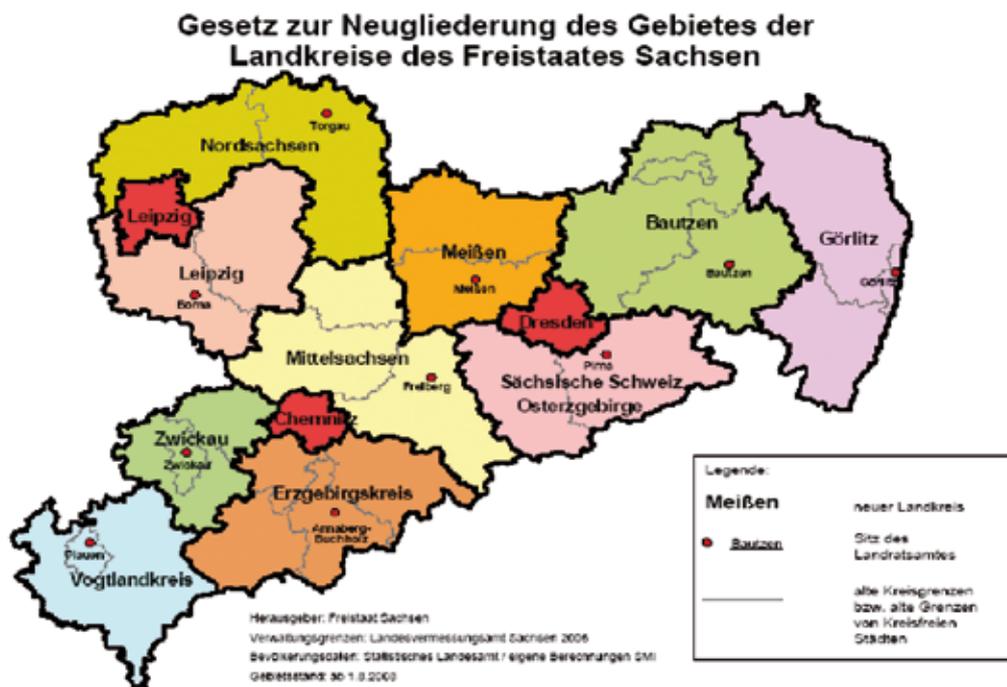


Abbildung 1: Neugliederung der Kreisgebiete ab 1. August 2008

Da diese Städte auch nach der Kreisgebietsreform kreisfrei sein würden, müsste dort weiterhin jeweils eine Kreisärztekammer gebildet werden. Die übrigen Kreisärztekammern würden aufgelöst und zu größeren Gebieten mit größerer Mitgliederstärke zusammengefasst. Hierin können sowohl Vor- als auch Nachteile liegen. So könnte sich eine Erweiterung der Gebietsgrenzen einerseits nachteilig auf die gewachsenen Bindungen unter den Mitgliedern sowie zwischen den Mitgliedern und den Vorständen der Kreiskammern auswirken. Andererseits würden die neuen Kreisärztekammern sowohl über eine gewachsene Finanzkraft verfügen als auch über eine höhere Durchsetzungskraft als regionale ärztliche Interessenvertreter. „Die vergrößerten Kreisärztekammern könnten den neuen Kreisbehörden ‚auf Augenhöhe‘ gegenüber treten“, betonte Dr. Boerner. Wollte man dagegen die bisherigen 29 Kreisärztekammern beibehalten, so müssten Hauptsatzung, Wahlordnung und Mustergeschäftsordnung für die Kreisärztekammern geändert werden. Für diese kleinteilige Gliederung spreche die größere Basisnähe mit der Möglichkeit der effektiveren Betreuung einer überschaubareren Zahl von Mitgliedern. Zudem wären Veranstaltungen der Fort- und Weiterbildung auf Kreisebene in der Regel

auf kürzerem Wege zu erreichen. Als Nachteil dieser Option nannte Dr. Boerner unter anderem die mitunter schwierige Gewinnung von Interessenten für die Vorstandsarbeit. In einzelnen Kreisgebieten sei die Tätigkeit der Kreisärztekammer aus diesem Grund bereits nahezu zum Erliegen gekommen. Nicht zu vernachlässigen sei ferner, dass kleinere Kreisärztekammern im politischen Zusammenwirken mit den neuen Kreisbehörden über eine geringere „Schlagkraft“ verfügten.

Die anschließende Diskussion ergab ein geteiltes Meinungsbild: Ein Teil der Kreisärztekammervorsitzenden sprach sich gegen eine Übertragung der Kreisgebietsreform auf die Kreisärztekammern aus und begründete dies vor allem mit der größeren Anonymität und Basisferne vergrößerter Kreisärztekammern. Überdies würden längere Wege zu den Kreisveranstaltungen zurückzulegen und von den Vorständen erhebliche Mehrarbeit zu leisten sein. Die Befürworter einer Neugliederung der Kreisärztekammern hoben dagegen hervor, dass größere Kreisärztekammern zu einer wirksameren Interessenvertretung gegenüber den neuen Kreisbehörden in der Lage seien. Zudem würden mehr Mitglieder für ehrenamtliche Tätigkeiten zur Verfügung

stehen. Der größere Arbeitsanfall könne durch eine angemessene Verteilung auf mehrere Vorstandsmitglieder und durch die Beschäftigung von Hilfskräften aufgefangen werden.

In einem nächsten Schritt wird sich nun der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer mit der Kreisreform, namentlich mit den verschiedenen Handlungsoptionen und den Stellungnahmen der Kreiskammervorsitzenden befassen. Eine Entscheidung über die künftige Struktur der Kreisärztekammern wird im Rahmen des 18. Sächsischen Ärztetages/der 38. Kammerversammlung am 27./28. Juni 2008 getroffen.

Berufspolitische Zusammenarbeit zwischen Vorstand und Kreisärztekammern

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Die Sächsische Landesärztekammer ist die öffentliche Berufsvertretung für Ärzte. Auf der Grundlage des Heilberufekammergesetzes ist sie legitimiert, ihre berufsständischen, berufspolitischen und berufsrechtlichen Angelegenheiten selbst zu regeln. Die Kreisärztekammern wurden bisher in allen politischen Kreisen und kreisfreien Städten Sachsens als nicht selbstständige Untergliederungen der Sächsischen Landesärztekammer gebildet. Sie unterstehen der Aufsicht der Landesärztekammer. Den Kreisärztekammern sind innerhalb ihres örtlichen Bereiches Aufgaben im Rahmen des Sächsischen Heilberufekammergesetzes zugewiesen. Dazu gehört die Wahrnehmung der beruflichen Belange aller Mitglieder, die Überwachung der Erfüllung der berufsrechtlichen und berufsethischen Pflichten, die Unterstützung der Fort- und Weiterbildung sowie die Vermittlung bei Streitigkeiten unter den Mitgliedern sowie gegenüber Dritten.

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer unterbreitete den Vorsitzenden der Kreisärztekammern konstruktive Vorschläge für eine noch engere Zusammenarbeit zwischen Vorstand und Kreisärztekammern:

- Einbeziehung des Vorstandes – der Vorstandspaten – in die Arbeit der Kreisärztekammern,
- Darstellung von Ergebnissen der Ausschüsse und Arbeitsgruppen der Landesärztekammer,
- Kopplung der aktuellen berufspolitischen mit medizinisch-wissenschaftlichen Themen bei den Vorstandssitzungen und Veranstaltungen der Kreisärztekammern,
- basisnahes Engagement der Mitglieder des Vorstandes und der Geschäftsführer der Sächsischen Landesärztekammer bei den Kreisärztekammern,
- Stärkung der Interaktionen zwischen den Vorständen der Kreisärztekammern und der Landesärztekammer,
- Einbeziehung osteuropäischer ärztlicher Kollegen mit Unterstützung der Sächsischen Landesärztekammer in die Arbeit der Kreisärztekammern,
- Intensivierung der persönlichen Kontakte zu den jüngeren Ärzten und den Ärzten im praktischen Jahr in den einzelnen Kreisärztekammern,
- Einstellung und Verbreitung von Informationen von und über die Kreisärztekammern mittels elektronischer Medien.

Neuorganisation der Sächsischen Seniorentreffen

Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud, Vorstandsmitglied

Seit vielen Jahren organisiert der Landesseniorenausschuss für alle Senioren der Sächsischen Landesärztekammer gemeinsame Veranstaltungen. Aus dem Gedanken einer „Rückkehr“ in den Kammerbereich wurden Vorträge im Kammergebäude gehalten und Ziele in der Umgebung (Frauenkirche Dresden 1997, Schloss Moritzburg 1998, Schloss und Park Pillnitz 1999, Schloss und Museum Schleinitz 2000, Schloss Weesenstein 2001, Städtische Sammlungen Freital-Burgk



Dr. med. Rainer Kobes, Dipl.-Med. Petra Albrecht, PD Dr. jur. Dietmar Boerner
Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze (v. l.)

2002, Tharandt mit Forstbotanischen Garten 2005, Grünes Gewölbe 2006) besucht. In bemerkenswerter Organisationsarbeit erfolgten auch Fahrten zu weiter entfernten Sehenswürdigkeiten wie Schloss Augustusburg 2003, nach Torgau 2004 oder nach Görlitz 2007. Die organisatorische Hauptarbeit lag bei den Bezirksstellen, die den Versand der Einladungen sowie den Eingang und Registrierung der Interessenten bewerkstelligten.

Bereits seit Herbst 2007 existieren umfangreiche Diskussionen im Landesseniorenausschuss durch Einbindung geeigneter und in der bisherigen Zusammenarbeit auf Kreisärztekammerebene positiv aufgefallener Reisebüros zurückzugreifen, und die Bezirksstellen administrativ zu entlasten. Erste Kontakte und Planungen für 2009 laufen bereits.

Genau so spannend verhält sich aber die Frage nach der künftigen Zahl ausfahrtsinteressierter Senioren. Die Sächsische Landesärztekammer zeichnet hierbei von 2002 bis 2005 steigende Ärztezahlen (3601 vs. 6259) im Bereich der Senioren. Neben dem geplanten Rückzug aus dem ärztlichen Berufsleben spielt aber auch Zuzug aus dem gesamten Bundesgebiet (!) eine Rolle.

Momentan reisen ca. 800 interessierte Senioren pro Jahr an vier verschiedenen Terminen mit großer

Resonanz zum ausgewählten Ziel. Ist dieser organisatorische Kraftakt auch in den nächsten Jahren noch zu stemmen?

Vor diesem Hintergrund möchte der Landesseniorenausschuss die künftige Seniorenarbeit neu positionieren. Ziel ist dabei der Erhalt mindestens eines Angebotes an alle Senioren im Freistaat Sachsen. An dieser Stelle sei jedoch auch besonders den vielfältigen parallelen Aktivitäten verschiedener Kreisärztekammern erinnert und gedankt.

Der Landesseniorenausschuss erbitet Hinweise zu Erfahrungen in den Kreisärztekammern und möchten hierzu eine Arbeitsgruppe gründen. Auf der 30. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern wurde hierzu ein Fragebogen in die Kreisärztekammern gegeben. Darin wird gefragt, welche interessierte Kollegen mit persönlicher Erfahrung in der Seniorenarbeit sich an der Diskussion beteiligen möchten? Der Landesseniorenausschuss stellt sich zunächst eine schriftliche Gedankensammlung vor und wird zum späteren Zeitpunkt die Ansätze in persönlichen Treffen vertiefen.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug
Vorsitzender des Redaktionskollegiums
Ärzteblatt Sachsen

Das Metabolische Syndrom – Geschichte und Gegenwart

Die Diskussion um das Für und Wider des Metabolischen Syndroms ist verklungen und das Syndrom weltweit anerkannt. Da ist es lohnend, einen Rückblick zu halten und dabei kurz den Begriff des Syndroms zu erörtern.

Der Begriff η συνδρομή wird im allgemeinen Hippokrates zugeschrieben, da er es verstand, Symptome zu beobachten und als zusammengehörige Vorboten zukünftiger Entwicklung zu erkennen. Im Index zum Corpus Hippocraticum ist aber der Begriff Syndrom nicht zu finden. Vielmehr dürfte der Begriff auf die etwa 100 Jahre später in Alexandria lebenden Empiriker zurückzuführen sein. Auch Galen gebrauchte den Begriff σ σύνδρομος gleichbedeutend mit Krankheitszeichensammlung.

Bis etwa in die Mitte des 17. Jahrhunderts waren Krankheit und Syndrom weitgehend synonym. Erst mit Thomas Sydenham und dem wachsenden naturwissenschaftlichen Verständnis entstand das Bedürfnis, die Ursachen der Krankheiten zu kennen und zu definieren. Dabei trat der Syndrombegriff in den Hintergrund und wurde erst im 18. und 19. Jahrhundert in der französischen medizinischen Literatur wieder benutzt. Man erkannte, dass es nützlich sein könnte, den alten griechischen Terminus wieder aufzunehmen und zwar als eine Bezeichnung für Krankheitserscheinungen, die man nicht zwingend bestimmten Krankheiten zuordnen konnte.

In den 20-er Jahren des vorigen Jahrhunderts ist der Begriff der Syntropie in den Vordergrund gerückt worden. Als Syntropie wurde eine statistisch überzufällige Kombination von Krankheitssymptomen bezeichnet und ein Syntropieindex als Maß der statistischen Wahrscheinlichkeit wurde eingeführt. In der modernen Krankheitslehre wird der Begriff Syndrom aber uneinheitlich gebraucht.

Inzwischen hat sich eine Syndromatologie etabliert, die Syndrome verschiedener Ordnungen (1 – 3) unterscheidet. Ohne auf diese Unterscheidungen im Einzelnen einzugehen ist festzustellen, dass bei allen diesen Syndromen sich ein einheitliches Bild ergibt.

Folgt man dem alten Leitsatz: „Definitio fit per genus proximum et differentias specificas“, so handelt es sich beim Syndrom um eine Krankheitserscheinung bzw. um eine Befindlichkeitsstörung mit einem Zusammentreffen von Fakten, Symptomen usw. in überzufälliger Häufigkeit, wobei aber die Pathogenese und/oder Ätiologie nicht bekannt sind. Dem Begriff haftet gewissermaßen etwas Vorläufiges an, während der Begriff Krankheit also Morbus etwas Endgültiges mit Wissen über Ätiologie, Pathogenese, Klinik und Prognose signalisiert.

Als Beispiele seien einerseits das „Burn out Syndrom“ genannt. Andererseits ist zum Beispiel im August diesen Jahres im Deutschen Ärzteblatt der Ärztemangel als differenziertes Syndrom bezeichnet worden,

Definition des Metabolischen Syndroms

1. Abdominale Adipositas
Taillenumfang
> 102 cm (Männer) bzw.
> 88 cm (Frauen)
2. Hypertriglyceridämie
≥ 1,7 mmol/l (150 mg/dl)
3. HDL-Cholesterol
< 1,0 mmol/l (40 mg/dl)
bei Männern
< 1,3 mmol/l (50 mg/dl)
bei Frauen
4. Blutdruckerhöhung
≥ 130/85 mmHg
5. Hyperglykämie nüchtern
≥ 6,1 mmol/l (110 mg/dl)

Das Metabolische Syndrom liegt vor, wenn mindestens drei der genannten Komponenten vorliegen.

Tabelle 1

wobei die Symptome Abwanderung, schlechte Arbeitsbedingungen in den Kliniken, Folgen des Arbeitszeitgesetzes, Wechsel in andere Berufe usw. zusammentreffen. Per Definitionem ist aber der Ärztemangel kein Syndrom, sondern ein Morbus, eine Krankheit, da die Ätiologie bzw. Pathogenese bekannt sind.

Also nochmals: Das überzufällige Zusammentreffen mehrerer Symptome ohne Kenntnis der Pathogenese und/oder Ätiologie wird als Syndrom bezeichnet.

Die Kritik der American Diabetes Association sowie der European Association fort the Study of Diabetes und des damaligen Präsidenten der Deutschen Diabetesgesellschaft ist nach dem Gesagten unzutreffend. Entweder ist ihnen die klassische Definition unbekannt oder sie haben eine eigene Definition zugrunde gelegt. Die negative Stellungnahme zum Metabolischen Syndrom begründen sie wörtlich: „Solange genauere Erkenntnisse über eine gemeinsame Ursache fehlen, solle man den Ausdruck „Syndrom“ doch bitte unterlassen“. Dagegen sehen wir in dem Sprachgebrauch als „Syndrom“ etwas Fließendes, einen Symptomenkomplex, der uns geradezu auffordert, die nicht oder noch nicht bekannten Ursachen zu erforschen, um dadurch Behandlungsmaßnahmen abzuleiten.



Ernst Ludwig Kirchner, Stehende nackte Mädchen am Ofen, 1908/09, Galerie Neue Meister, Staatliche Kunstsammlungen Dresden, © by Ingeborg & Dr. Wolfgang Henze-Ketterer, Wichtrach/Bern

Und nun zum Metabolischen Syndrom in der Medizingeschichte, das auch als Syndrom X, Wohlstandssyndrom, tödliches Quartet usw. in die Literatur eingegangen ist. Zunächst zum Ursprung des Wortes: Wir verstehen also darunter nach der Definition des National Cholesterol Education Program eine Stoffwechselstörung mit folgender Symptomatik (siehe Tabelle 1):

Betrachtet man die Symptome vom historischen Standpunkt, wird klar, dass man das Syndrom erst seit circa 50 Jahren diagnostizieren kann. Bedenken Sie, dass die serienmäßige Bestimmung des Blutzuckers erst seit circa 70 Jahren mit dem Kolorimeter nach Crecelius-Seifert möglich war, und die RR-Messung im großen Stil ebenfalls erst seit einem Jahrhundert. Schließlich konnten Bestimmungen der Lipide und ihrer Fraktionen ja auch erst seit etwa 50 Jahren erfolgen. Andererseits waren diese Krankheiten wie Diabetes damals selten. Erst in den letzten Jahrzehnten ist ein explosionsartiger Anstieg dieser Erkrankungen mit ihren Folgen am Gefäßsystem festzustellen. Noch nach dem Zweiten Weltkrieg, also Anfang der 50-er Jahre war die pathologisch-anatomische Demonstration eines Herzinfarktes etwas Besonderes.

Nun zur Fettsucht

Schon aus der Altsteinzeit haben wir eine Dokumentation einer allerdings generellen Fettsucht in der sogenannten „Venus von Willendorf“. Wobei Fettsucht in verschiedenen Kulturen und Zeitepochen durchaus nicht immer als Krankheit aufgefasst wurde. Auch in der Neuzeit sehen wir die Adipositas als negatives Attribut moderner westlicher Lebensführung. Besonders die androide Adipositas mit dem Bauchfett ist infolge

der sehr aktiven großen Fettzellen ein Symptom des Metabolischen Syndroms.

Die sächsische Bevölkerung soll im Ländervergleich zu den Deutschen mit dem durchschnittlich höchsten KG zählen.

Das Metabolische Syndrom tritt hier auch offenbar besonders häufig auf. Den frühestens Hinweis einer abdominalen Fettsucht fand ich bei den Wettinern 1191, als sich Dedo, der Bruder Ottos des Reichen, seinen Schmerbauch operieren ließ, um dem Krönungszug Heinrich des VI zu begleiten, was er allerdings mit dem Leben bezahlen musste.

Das Paradebeispiel der Wettiner, der mit großer Wahrscheinlichkeit am Metabolischen Syndrom litt, ist August der Starke. Meist wird er ja in staatsmännischer Pose dargestellt. Wenn man ihm aber näher ins Gesicht schaut, wie auf dem Emailbildnis auf einer Prunkschale von Dinglinger, sieht man doch ein Puppengesicht bei Fettsucht. Er wog über 120 kg bei einer Größe von 176 cm. Allerdings magerte er offenbar infolge Dekompensation des Diabetes mellitus bis auf 70 kg ab. Wahrscheinlich litt er ferner an einer Fettstoffwechselstörung und einem Bluthochdruck. Bekannt ist, dass bei einer Reise nach Polen in Bialystock eine Zehe nekrotisch wurde. Da angeblich die Hofärzte sich nicht trauten, die Zehe zu amputieren, befahl August der Starke seinem Leibbarbier die Zehe abzutragen. Da dieses offenbar ohne große Schmerzen in einem leichten Opiumrausch geschah, spricht das sehr für das Bestehen einer diabetischen Neuropathie. Für die Abtragung bewilligte August der Starke ein Gnadengeschenk von 12.000 Talern. Aber schon damals war Sparen angesagt. Er erhielt von der Rentkammer nur 2.000 Taler. Ein Schelm, wer hier Parallelen



Emailbildnis August des Starken, Ausschnitt aus der Prunkschale mit dem Kämpfenden Herkules, 1712, Gemälde von Georg Friedrich Dinglinger, Grünes Gewölbe, Staatliche Kunstsammlungen Dresden, Foto: Jürgen Karpinski

sieht! Dafür übergab August der Starke die abgeschnittene Zehe in einer Tabakdose seinem Leibbarbier. Dass aber auch im vergangenen Jahrhundert zumindest die Fettsucht häufig in Sachsen anzutreffen war, demonstrieren Bilder der Künstlervereinigung „Brücke“ sowie der „Dresdener Sezession“ wie hier die Darstellung von Kirchner.

Nun zur genetischen Disposition

Zweifellos wirft die Vergangenheit ihre Schatten auf die individuelle Risikokonstellation. Das Auftreten von Herzinfarkten, Schlaganfällen usw. in der Familie stellt einen schwerwiegenden Risikofaktor dar. Für uns Sachsen wird nun aber wieder August der Starke dafür verantwortlich gemacht, dass das Metabolische Syndrom hier besonders häufig auftreten soll. Seine Darstellung als Kraft- und Sexualprotz und als Stammvater der Sachsen hat offenbar dazu beigetragen. Sicher war er ausgiebigen und wohl auch überschwenglichen Genüssen nicht abhold. Dass er aber 365 Kinder gehabt haben soll, ist Legende. Die Zahl wurde von seiner Schwiegermutter, der Schwester Friedrich des Großen, der Marktgräfin Wilhelmine von Bayreuth, in die Welt gesetzt, um sein Ansehen herabzusetzen und ihn moralisch zu verurteilen. Wenn wir auch über eine zahlreiche

Tabelle 2 nach Zimmet u. a.

Who's Syndrome?

- Albrink, M. J.
- Björntop, P.
- Camus, J.
- Crepaldi, G.
- De Fronzo, R. A.
- Ferrannini, E.
- Gries, A.
- Haffner, S.
- Haller, H.
- Hanefeld, M.
- Heidemann, G.
- Jahnke, K.
- Kaffarnik, H.
- Kaplan, N. M.
- Knick, B.
- Mehnert, H.
- Reaven, G. M.
- Standl, E.
- Vague, J.
- Yudkin, J. S.
- Zimmet, P.

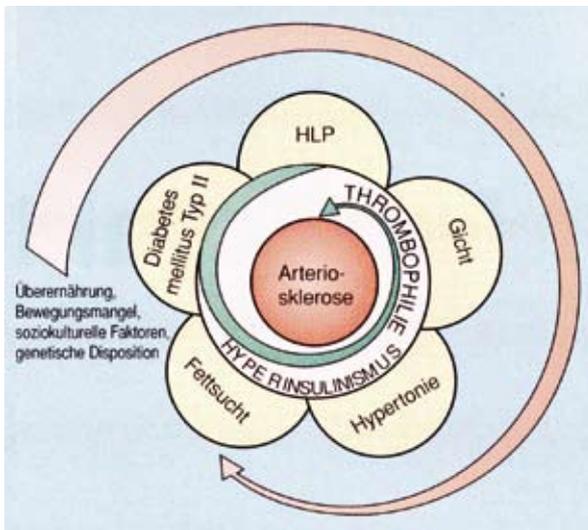


Abbildung 3: nach Hanefeld und W. Leonhardt

Nachkommenschaft nichts Genaues wissen, so hat er selbst neben seinem ehelichen Sohn acht außereheliche Kinder legitimiert.

Für die genetische Disposition müssen wir aber August den Starken nicht allein verantwortlich machen. Zu seiner Zeit und in späteren Jahren waren solche barocke, bachantische Persönlichkeiten keine Seltenheit. So sollen zum Beispiel am Grabe Dinglingers 11 noch lebende Kinder gestanden haben, 14 waren bereits tot. Carl-August von Sachsen – Weimar – Eisenach soll 37 Kinder gehabt haben und Maria Jesepha, die Gemahlin Friedrich-August II., also des Sohnes August des Starken, hatte 15 Kinder, von denen 11 die Kindheit überlebten. Den genetischen Hintergrund abzuklären ist weiterhin Aufgabe der experimentellen und klinischen Medizin. Auch in Dresden wird daran gearbeitet, und die diesjährige Vergabe des Nobelpreises an Genforscher mit ihren Versuchen an den Knock-out-Maus lässt uns hoffen.

Nun zur Beschreibung des Metabolischen Syndroms in der medizinischen wissenschaftlichen Literatur.

Nach meiner Kenntnis war Kußmaul der erste, der 1874 erhöhte Blutfettwerte bei Diabetes feststellte. Bereits 1956 haben Vague und 1964 Albrink eine Verbindung von Risikofaktoren mit der Arteriosklerose beschrieben. 1966 wies Camus auf die Häufung von Diabetes mellitus und Hyperlipämie bei Gicht hin und beschrieb ein Stoffwechsel-Tris-Syndrom. 1967 haben

Jahnke und Gries über „a special metabolic syndrome in certain human beings“ berichtet und wir haben 1973 in einer Arbeit von Haller, Leonhardt, Hanefeld und Fritz erstmalig in Deutschen Schrifttum folgendes ausgeführt: „Wir glauben, dass es berechtigt ist, alle Risikofaktoren mit der konsekutiven Arteriosklerose gemeinsam als Metabolisches Syndrom zusammenzufassen“.

1981 haben dann Hanefeld und Leonhardt als Widmung zu meinem 60. Geburtstag, eine ausführliche Darstellung unserer Auffassung zur erweiterten ätiopathogenetisch determinierten Konzeption des Metabolischen Syndroms gegeben. Nun hat das Metabolische Syndrom viele Väter erhalten. Besonders erwähnen möchte ich nur Reaven, der die Insulinresistenz hervorhob, Björntorp, der die Lipolyse in den Vordergrund rückte sowie Jahnke und Mehnert. Eine Aufzählung der besonders mit dem Metabolischen Syndrom beschäftigten Wissenschaftler verdanken wir Zimmet (siehe Tabelle 2).

Das Metabolische Syndrom hat viele Facetten, je nachdem von welcher Seite man es betrachtet. So haben zum Beispiel Heidelmann und Thiele ein Gichtsyndrom beschrieben, das, sieht man genau hin, ebenfalls alle Risiken des Metabolischen Syndroms beschreibt.

Da dem Begriff Syndrom das Unvollständige, Fließende, das noch nach der Pathogenese Suchende eigen ist, so hat sich auch beim Metabolischen Syndrom einiges durch weitere Erkenntnisse geändert.

Im Vergleich zu dem ursprünglich gezeigten Stern sehen wir in den späteren Darstellungen die Insulinresistenz und Hyperinsulinämie in den Vordergrund rücken.

Schulze und Mitarbeiter bezeichnen das Metabolische Syndrom aufgrund der hohen Revalenz der einzelnen Kriterien für die Entwicklung vasculärer Erkrankungen als „Metabolisch-vasculäres Syndrom“.

Nun ist es aber keineswegs so, dass die Konzeption des Metabolischen Syndroms von allen angenommen wurde. So haben in den vergangenen Jahrzehnten mehrere Nonkonsensus-konferenzen stattgefunden,

in denen im Wesentlichen die Rolle des Cholesterols außer bei Hochrisikopatienten bezweifelt wurde. Auch die Petersberger Gespräche sowie das sogenannte französische Paradoxon nehmen eine kritische Stellung ein. Schließlich waren es wieder die American Diabetes Association und die European Ass. for the Study of Diabetes, die eine negative Stellungnahme zum Metabolischen Syndrom abgaben. Sie führten aus: „Eine gemeinsame Würdigung verschiedener Krankheiten habe keinen Vorteil gegenüber einer Einzelbetrachtung“. Da sind wir nun ganz anderer Meinung. Es kann gar nicht oft und eindringlich genug auf dieses Risikofaktorenbündel hingewiesen werden, denn die erweiterte ätiopathogenetische Konzeption des Metabolischen Syndroms hat eine hervorragende Bedeutung sowohl für die Forschung wie auch für die Praxis in Diagnostik und Therapie sowie für sozialmedizinische Aspekte. Da ca. 20 bis 30 Prozent der Bevölkerung in Deutschland ein Metabolisches Syndrom aufweisen, sind die Kosten für die Folgeerkrankungen am Gefäßsystem enorm und bewegen sich im 2-stelligen Milliardenbereich. Der große Nutzen der Konzeption des Metabolischen Syndroms für die Praxis liegt darin, dass sich ein Ansatz für rationelle Diagnostik und multifaktorielle Therapie ergibt und nicht nur die prädominierende Stoffwechselstörung behandelt werden sollte, sondern alle metabolischen Auslenkungen einschließlich Hypertonie einer komplexen Therapie unterzogen werden müssen. Die Patienten benötigen professionelle Unterstützung, um ihren Lebensstil zu ändern. Das erfordert auch vom Arzt Geduld und ein Einfühlungsvermögen sowie sehr viel menschliche Zuwendung, und damit möchte ich schließen.

Der Arzt-Dichter Hans Carossa hat es formuliert: „Man kann nicht genug Mensch sein, um Arzt zu sein“.

Nach einem Vortrag, gehalten am 8.12.2007 in Dresden-Radebeul, „Was sind Syndrome – das Metabolische Syndrom in der Medizingeschichte“.

Lyme-Borreliose

Anmerkungen und Ergänzungen zum Artikel „Lyme-Borreliose“: Die wichtigsten Fakten“ von Ch. Baerwald und B. R. Ruf, „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 3/2008, Seiten 101 – 104

Die Morbidität der Borreliose wird mit einer Inzidenz in Deutschland von „ca. 22 Erkrankungen auf 100 000 Einwohner pro Jahr“ angegeben. Diese Angabe muss hinterfragt werden: Eine Meldepflicht der Borreliose besteht seit Anfang bis Mitte der 90-iger Jahre nur in den neuen Bundesländern. Im Freistaat Sachsen wurde die Borreliosemeldepflicht, von den Epi-

Meldepflicht der Borreliose:

- nach Infektionsgesetz keine Meldepflicht (daher keine Zahlen für alle Bundesländer)
- nach BSeuchMeldeVO und IfSGMeldeVO (von 1995 bzw 2002) im Freistaat Sachsen meldepflichtig
- auch in den anderen neuen Bundesländern meldepflichtig

Abbildung 1

Falldefinitionen:

- nach Epid. Bull. Nr. 2 vom 11. Januar 2002 sind nur meldepflichtig: **Erythema migrans und frühe Neuroborreliose**
- Klinisches Bild:** „ein sich vergrößernder, rötlicher oder bläulich-roter, rundlicher Fleck mit deutlich abgesetztem Rand“ bzw. „akute schmerzhaft Radikuloneuritis, akute Lähmung von Hirnnerven, Meningitis“

Abbildung 2

Labordiagnostischer Nachweis:

- „lymphozytäre Pleozytose im Liquor, und mindestens eines der folgenden Befunde: erhöhter Liquor-Serum-Antikörper-Index, Erregerisolierung (kulturell) aus Liquor, Nukleinsäurenachweis (z.B. PCR) aus Liquor“
- an das Gesundheitsamt ist zu melden:
 - Erythema migrans (das klinisch Bild genügt)
 - frühe Neuroborreliose (klinisches Bild und Labordiagnose nötig)

Abbildung 3

Tabelle 1

	Kalenderjahr										Gesamt	
	2002		2003		2004		2005		2006		Zahl der Erkr.	Inzidenz/ 100.000 Einw.
	Zahl der Erkr.	Inzidenz/ 100.000 Einw.										
Berlin	69	2,0	103	3,0	163	4,8	226	6,7	172	5,1	733	3,6
Brandenburg	1.466	56,8	1.856	72,3	2.024	78,8	2.306	90,1	2.192	85,9	9.844	64,7
Mecklenburg-Vorpommern	129	7,4	151	8,3	180	10,5	374	21,9	453	26,5	1.287	12,4
Sachsen	1.034	23,8	1.289	29,8	1.464	34,1	1.636	38,3	2.216	51,9	7.639	29,5
Sachsen-Anhalt	314	12,3	329	13,4	381	15,3	477	19,3	531	21,5	2.032	15,4
Thüringen	8	0,3	245	0,3	265	11,3	442	18,9	675	28,8	1.635	11,5
Gesamt	3.020	17,8	3.973	23,5	4.477	26,6	5.461	32,6	6.239	37,3	23.170	27,5

* Epid. Bull. Nr. 38, 21. Sept. 2007

S. Bigl 2008

Tabelle 2

Borreliose in Sachsen von 1995 bis 2007

* Meldepflicht: ab 11.11.1995 lt. SeuchMeldeVO in Sachsen, vorher nur Verlaufsform Meningitis als Komplikation der Borreliose

Jahr	Sachsen		Reg.bez. Chemnitz		Reg.bezirk Dresden		Reg.bezirk Leipzig	
	abs.	E pro 100 000	abs.	E pro 100 000	abs.	E pro 100 000	abs.	E pro 100 000
1992	79	1,7	2	0,11	67	3,7	10	0,86
1993	41	0,88	5	0,29	33	1,8	3	0,26
1994	16	0,34	2	0,12	7	0,39	7	0,62
1995*	31 **	0,67	4	0,23	23	1,3	4	0,35
1996	175	3,8	100	5,9	61	3,5	14	1,3
1997	269	5,9	172	10,1	81	4,6	16	1,4
1998	362	8,0	194	11,5	107	6,1	61	5,5
1999	338	7,5	198	11,9	97	5,6	43	3,9
2000	681	15,2	400	24,2	194	11,2	87	7,9
2001	1.312	29,4	742	45,3	489	28,4	81	7,4
2002	1.303	29,4	557	34,4	652	38,1	94	8,6
2003	1.361	31,0	429	26,7	823	48,5	109	10,0
2004	1.562	35,9	385	24,3	1.074	63,5	109	10,1
2005	1.636	37,9	354	22,6	1.074	64,1	208	19,3
2006	2.219	51,6	408	26,3	1.433	85,9	378	35,2
2007	1.967	46,0	345	22,4	1.369	82,3	253	23,6

** dav. 1 Sterbefall betraf einen 48-jährigen Alkoholiker aus dem Reg.bezirk Dresden - Hospitalisierung mit peripherer Facialisparese, Ataxie und Verdacht auf Enzephalitis - dann Diagnose Neuroborreliose - zunehmender komatöser Zustand - ad exitum

demiologen der Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen (LUA) Sachsen seit 1992 initiiert, am 11. 11. 1995 verfügt (BSeuchMeldeVO bzw. IfSGMeldeVO von 1995 bzw.2002; Sächs. Gesetzu. Verordnungsblatt vom 2. Juli 2002, Nr. 9, S. 187–188). Die gemeldeten Zahlen sind aus den Tabellen 1 und 2 ersichtlich. Im Freistaat Sachsen

betrug danach die gemeldete Inzidenz 2006 51,6 ‰; für den Regierungsbezirk Dresden sogar 85,9 ‰, also fast das 4-fache. Darüber hinaus weiß jeder Epidemiologe, dass dies Minimalwerte sind, da die Meldedisziplin der ärztlichen Kollegen durchaus verbesserungsbedürftig ist und auch eine Kontrolle dieser Ordnungswidrigkeiten (IfSG

Tabelle 3

Klinik der gemeldeten Borreliosen im Freistaat Sachsen 1998 - 2007

Jahr	gesamt	Erythema migrans	frühe Neuroborreliose			Sonstiges	
			Gesamt	Lähmung der Hirnnerven	Mening./Encephal	Radiculoneuritis	Peripheres Nervenparese (Lähmung des N. tibialis)
1998	362	175	26		6	20	169
1999	338	123	65	39	9	75	150
2000	681	420	28	22	6		233
2001	1.312	753	137	73	13	51	422
2002	1.303	1.233	70	31	6	27	
2003	1.361	1.313	46		5	43	
2004	1.562	1.537	25	10	5	10	
2005	1.630	1.602	28	11	7	10	
2006	2.219	2.166	53	22	12	19	
2007	1.967	1.929	38	14	7	17	
01.-02.2008	124	123	1	1			

Die Erfassung erfolgt seit 2002 konsequent nach den Falldefinitionen des FHO, damit erfüllen die Kategorien 'Sonstiges' und ab 2004 'Neuroborreliose ohne Angabe'.

S. Bigl 2008

Tabelle 4

Sensitivität von Kultur und PCR für den Erregernachweis von Borrelien

Probe	Sensitivität
Haut (Erythema migrans, Acrodermatitis)	50-70% mit Kultur oder PCR
Liquor (Akute Neuroborreliose)	10-30% mit Kultur oder PCR
Gelenkflüssigkeit* (Lyme-Arthritis)	50-70% mit PCR (Kultur ist extrem selten positiv)

* höhere Sensitivität mit Synovialbiopsie im Vergleich zu Gelenkflüssigkeit

aus: B. Wilske u. V. Fingerle, Der Mikrobiologe, 15. Jg., 2005, S. 209-220

S. Bigl 2008

§ 73 Abs.1) durch das zuständige Gesundheitsamt nicht stattfindet. Des Weiteren werden seit 2002 nur noch die Frühformen erfasst (siehe Tabelle 3). Für diese existieren Falldefinitionen. „Auf die Erfassung der Spätformen wird (seit 2002) verzichtet, da diese diagnostische Schwierigkeiten bereiten und das Infektionsgeschehen und die Inzidenz der Erkrankung nicht reflektieren. Sie umfassen das Borrelien-Lymphozytom, die Acrodermatitis chronica atrophicans, die chronische Neuroborreliose, die Lyme-Arthritis und die Lyme-Karditis“, so das Robert-Koch-Institut und Epidemiologen der neuen Bundesländer (siehe Literatur 1, S. 352). Abgesehen davon, dass Meldungen von Infektionskrankheiten nicht nur

das „Infektionsgeschehen“ widerzuspiegeln brauchen, sondern in erster Linie auch die Krankheitslast aufzeigen sollen, um gesundheitspolitische Maßnahmen begründen und einleiten zu können, liegen hier die eigentlichen Probleme begründet, die die Vertreter der Selbsthilfegruppen zu Recht anmahnen: Es muss zu einer Verbesserung der Labordiagnostik der Spätformen, insbesondere der Arthritiden in praxi kommen, die dann einer Falldefinition genügen würden. Dazu zählt bei Arthritiden bereits jetzt die routinemäßige Veranlassung einer PCR aus Gelenkflüssigkeit, besser aus Synovialbiopsie in einem qualifiziertem Labor (siehe Tabelle 4: „Sensitivität von Kultur und PCR für den Erregernachweis“ des Referenz-

labors München; Literatur 2.) Der Satz der Autoren „Eine PCR auf Borrelien wird in wissenschaftlichen Studien durchgeführt, hat jedoch für den klinischen Gebrauch noch keine allgemeingültige Bedeutung“, darf eben bei einer erwiesenen Sensitivität von 50 bis 70 Prozent mittels PCR bei Arthritiden so nicht stehen bleiben. Abhilfe könnten qualifizierte „Borreliose-Zentren“ schaffen, die mit Sondervollmachten und -budgetts auszustatten wären und zu deren vordringlichster Aufgabe auch die Mitarbeit bei der Erstellung einer Leitlinie „Borreliose“ nach evidenzbasierten Kriterien gehören könnte.

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl
Ludwigsburgstraße 21, 09114 Chemnitz

Korrektur

Die Legende von Abbildung zwei im Artikel „Lyme-Borreliose: Die wichtigsten Fakten“, „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 3/2008, Seite 102 muss richtig lauten:



... am 2. Zeh des linken Fußes vor (unteres Bild) und vier Wochen nach antibiotischer Therapie (oberes Bild).



Die Redaktion

Klinische Ethikberatung

Medizinisches und pflegerisches Handeln bedarf neben der fachlichen Qualität auch einer moralischen wie rechtlichen Rechtfertigung. Zahl und Komplexität der Handlungsoptionen haben sich mit der Entwicklung vielfältiger medizinischer Techniken enorm erweitert, man denke nur an die Möglichkeiten der Notfall- und Intensivmedizin, an die Fortschritte in der Neonatologie, an eine ambulant durchführbare Beatmung oder Dialysebehandlung und die außerklinische Betreuung von Patienten mit Ernährungssonden und Trachealkanülen. Es verwundert nicht, dass mit steigender Zahl der Wahlmöglichkeiten auch der Bedarf nach Ethik wächst. Fachwissen allein genügt zur Begründung von Entscheidungen in unserer wertpluralen Gesellschaft nicht mehr. Moralische Konsensräume gingen mit dem Ergebnis nicht mehr voraussetzender Einheitlichkeit der Wertvorstellungen verloren. Weil die moralischen Positionen einzelner Personen oder ganzer Gruppen zur Frage nach richtiger oder falscher beziehungsweise guter oder schlechter Handlung heute erheblich voneinander differieren können, ist es Aufgabe angewandter Ethik, diese unterschiedlichen, sich zum Teil ausschließenden moralischen Grundlegungen zu reflektieren und dennoch individuelle und gesellschaftliche Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit zu erzielen.¹

Definition

Klassische Ethikkommissionen sind beauftragt, Stellungnahmen zu Forschungsvorhaben am Menschen (oder am Tier) abzugeben und arbeiten auf gesetzlicher und berufsrechtlicher Grundlage. Klinische Ethikkomitees hingegen beraten im Alltag bei der Behandlung und Pflege von Patienten. In der Regel sollen sie dem Behandelnden eine Hilfestellung in der Entscheidung geben. Sie werden auf Anforderung der Behandler oder der/des Betroffenen tätig und schränken die Verantwortung oder Entscheidungsbefugnis der behandelnden Ärzte und der weiteren, in die Entscheidung einbezogenen Berufsgruppen und die Entscheidungsfreiheit des Patienten nicht ein. Sie können grundsätzlich an Krankenhäusern aber auch in Pflegeeinrichtungen, Institutionen der Behindertenpflege und im ambulanten Bereich gegründet werden.

Historische Entwicklung und aktueller Stand

Am Beispiel der USA lassen sich mehrere Phasen der Entwicklung klinischer Ethikkomitees beschreiben.² Bereits in den 1920er Jahren entstanden in

katholischen Krankenhäusern der USA die „medicomoral committees“. Im Jahr 1949 wurden vom Dachverband der katholischen Krankenhäuser „Ethical and Religious Directives“ veröffentlicht, welche die Gründung gemischter Ethikkomitees anregten, deren Aufgabe es war, die Einhaltung von Normen der katholischen Morallehre insbesondere zu Fragen der Empfängnisverhütung und Abtreibung zu überwachen. Bis etwa Mitte der 1970-er Jahre entwickelten sich weitere Vorstufen der Ethikberatung im Krankenhaus. Dabei markierte das 1962 gegründete Ethikkomitee der Dialyseabteilung am Universitätsklinikum Seattle, Washington, einen wesentlichen Punkt der Diskussion und der Auseinandersetzung. Zu recht kritisiert wurde, dass dieses Komitee bei seinen Entscheidungen um Zulassung zur nur beschränkt verfügbaren Dialysebehandlung unreflektiert eine „weiße Mittelstandsmoral“ vorausgesetzt hatte und somit bestimmte Patientengruppen bevorteilte.³ Einen nächsten Schritt bildete die Auseinandersetzung um das ärztliche Prognosekomitee, welches vom New Jersey Court im Zusammenhang mit dem Urteil im Fall Ann Quinlan (1976) vorgeschlagen wurde. Ende der 1970-er/Anfang der 1980-er Jahre etablierten sich erste Ethik-Komitees in Einrichtungen der Altenpflege nach dem Vorbild der Klinik-Ethik-Komitees.⁴ Nach dem President's Commission Report (1983) wurden die Bemühungen zur Einrichtung klinischer Ethikkomitees intensiviert. In diesem Report wurde erstmals eine Satzung für Ethik-Komitees vorgeschlagen und das Prinzip der Interdisziplinarität betont. Der Report bezog auch Einrichtungen der Langzeitpflege, zunächst auf freiwilliger Basis, in diese Empfehlungen ein. Schließlich war in den letzten Jahren die Ausbildung spezifischer, manchmal sogar rechtsanaloger Kompetenzen dieser Komitees zu beobachten.

In Deutschland stellt die Initiative christlicher Krankenhausverbände (1997) einen Meilenstein zur Entwicklung klinischer Ethikkomitees dar. Es wurde zutreffend formuliert: „Ethische Probleme im Krankenhaus entstehen dann, wenn die allgemeinen Grundsätze ärztlichen und pflegerischen Handelns entweder zu unspezifisch sind, als dass man daraus eine konkrete Handlungsstrategie ableiten kann, oder wenn sie miteinander kollidieren ... Ethikkomitees werden sich in einem solche Fall bemühen, nach bestem Wissen und Gewissen im gemeinsamen Diskurs die relativ beste Lösung zu finden. Entscheidungen „ohne Rest“ wird es hier oft nicht geben.“⁵ In der Folge entstanden eine Vielzahl derartiger Komitees in konfessionellen wie auch in nichtkonfessionellen Kliniken.⁶ Ende Okto-

ber 1998 fand in Freiburg erstmals ein Kolloquium zur „Ethik-Beratung in der Medizin“ im deutschsprachigen Raum statt. Damit begann in Deutschland die systematische wissenschaftliche Auseinandersetzung mit diesem Bereich der angewandten klinischen Ethik.⁷ 2005 veröffentlichte die Arbeitsgruppe „Ethikberatung im Krankenhaus“ der Akademie für Ethik in der Medizin ein Curriculum zur Ethikberatung im Krankenhaus.⁸ Einen nächsten Schritt stellte die Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zur „Ethikberatung in der klinischen Medizin“ dar.⁹ In einer aktuellen Umfrage¹⁰ zu Fragen klinischer Ethikberatung unter 2275 deutschen Krankenhäusern antworteten 483 Krankenhäuser (22 Prozent Rücklaufquote), davon gaben 312 überwiegend mittelgroße oder größere Einrichtungen eine existierende oder im Aufbau befindliche Struktur der Ethikberatung an (14 Prozent der Krankenhäuser). Als Gründe für die Etablierung der Ethikberatung wurden in 30 Prozent die Zertifizierung, in 16% ein Impuls des konfessionellen Trägers, in 8 Prozent ein konkreter Konfliktfall und in 5% der Mitarbeiterwunsch beschrieben. In mehr als der Hälfte der Fälle gab die Geschäftsführung der jeweiligen Einrichtung den Anstoß. In den 291 Krankenhäusern, welche Angaben zum Ethikberatungsspektrum machten, wurden in 34 Prozent Einzelfallberatung, Fortbildung und Leitlinienerstellung als gleichbedeutende Aufgaben genannt. Fallberatung und Leitlinienerstellung waren in 18 Prozent der Einrichtungen bedeutsam, in 7 Prozent wurde Fallberatung nur auf Station und in 5 Prozent Fallberatung im Ethikkomitee angegeben, die übrigen Kliniken führten sonstige Aufgaben an oder konnten sich zu den Schwerpunkten der Arbeit ihrer Komitees noch nicht festlegen. Über die Klinikgrenzen hinaus entstand ein trägerweites Ethik-Komitee bei der MTG Malteser Trägergesellschaft.¹¹ Einen weiteren Entwicklungsschritt der Ethikberatung in Deutschland stellte 2006 die erste Gründung eines Ethikkomitees in einem Altenheim dar. Mittlerweile wurden weitere derartige Beratungseinrichtungen gegründet. Im November 2007 entstand ein einrichtungsübergreifendes Ethikkomitee der Marienhaus GmbH. Darüber hinaus wird das Projekt eines verbands- und trägerübergreifenden Netzwerkes der Ethikberatung für die Altenpflegeheime der Stadt Frankfurt am Main umgesetzt.¹² Zwangsläufig folgte die Entwicklung eines entsprechenden Ausbildungs-Curriculums.¹³ Als besondere Schwerpunkte der Arbeit der Ethikberatung in Einrichtungen der stationären Altenpflege lassen sich folgende Themenbereiche charakterisie-

ren: (1) Fragen der cardiopulmonalen Reanimation, (2) Entscheidungen zum Verzicht auf künstliche Beatmung, (3) Einsatz künstlicher Ernährung, (4) Antibiotikabehandlung bei Atemwegs- oder Harnwegsinfekten, (5) Einsatz physischer oder chemischer Zwangsmaßnahmen und (6) Fragen zu offenbar sinnlosen Behandlungsversuchen.¹⁴

Vor dem Hintergrund vieler nationaler Initiativen, beispielhaft wurden hier die USA und die Bundesrepublik Deutschland dargestellt, setzte sich auch die UNESCO mit dieser wichtigen Thematik auf internationaler Ebene auseinander. Mit der „Universal Declaration on Bioethics and Human Rights“ hat sie im Jahre 2005 die Bedeutung der Ethikberatung noch einmal deutlich hervorgehoben, durch Unterzeichnung der Deklaration verpflichten sich die Mitgliedsstaaten zur Unterstützung der Einrichtung von klinischen Ethikkomitees.¹⁵

Gründung

Bei der Gründung von klinischen Ethikkomitees lassen sich zwei grundsätzliche Wege unterscheiden. Als Top-down-Modell wird eine Gründung auf Initiative der Krankenhausleitung oder Unternehmensführung bezeichnet. Dieser Weg bietet den Vorteil, dass die verantwortlichen Stellen auch die notwendigen strukturellen Vorgaben umsetzen können. Er wird häufig im Rahmen von Zertifizierungsvorhaben beschränkt. Nachteilig kann sein, dass der Schritt von den verantwortlichen Leitern oder den Mitarbeitern nur als zwingende Begleiterscheinung der Zertifizierung wahrgenommen wird und somit bei fehlender Akzeptanz keine wesentlichen positiven Effekte erwartet werden können. Beim Bottom-up-Modell hingegen geht die Initiative zur Gründung von engagierten Mitarbeitern also „von unten“ aus. Damit besteht in der Entscheidungsebene hinreichende Aktivität und Sensibilität für die anstehenden Fragen. Allerdings muss auch hier betont werden, dass ein klinisches Ethikkomitee nur dann erfolgreich arbeiten kann, wenn gleichermaßen die Unternehmensleitung und die Mitarbeiter das Projekt unterstützen. Ein häufiger Vorbehalt gegen die Etablierung eines Ethikkomitees scheint die bequeme Auffassung zu sein, dass in der eigenen Einrichtung ohnehin immer schon ethisch vertretbare Entscheidungen getroffen wurden. Auch sei es evident, dass die meisten Entscheidungen ohne die Notwendigkeit der Einbeziehung einer solchen bürokratischen Struktur getroffen werden können. Der bisweilen erhebliche Zeitaufwand wird ebenfalls als Gegenargument ins Diskussionsfeld geführt. Die genannten Positionen sind sicher nachvollziehbar, sie verkennen aber die Notwendigkeit der offenen Ausein-

dersetzung mit unterschiedlichen moralischen Positionen, wie sie naturgemäß bei Mitarbeitern in allen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen vorhandenen sind. Zu den Aufgaben eines klinischen Ethikkomitees gehört es, Raum zu geben, in dem diese unterschiedlichen Auffassungen auch ohne unmittelbaren Entscheidungsdruck offen thematisiert werden können. Unabhängig vom Entstehungsweg kann das klinische Ethikkomitee im Ergebnis zu einer Verbesserung der berufsgruppenübergreifenden Kommunikation und zum Nachdenken über das Leitbild der Einrichtung führen. Damit wirkt es in jedem Fall weiter als nur in der konkreten Einzelfallbeurteilung.

Struktur

In einem klinischen Ethikkomitee soll die Möglichkeit eröffnet werden, durch die Einbeziehung unterschiedlicher persönlicher und beruflicher Perspektiven ein möglichst breites Spektrum der Sichtweisen abzubilden. So gehören häufig neben Ärzten und Pflegenden auch Krankenhausseelsorger, Psychologen, Sozialarbeiter, Krankengymnasten, Juristen, Mitarbeiter der Verwaltung oder der Technik aber auch externe Mitglieder und Patientenforsprecher diesem Komitee an. Die Zahl der Mitglieder ist nicht festgelegt. Empfohlen wird die bewusste Einbeziehung verschiedener Hierarchieebenen (zum Beispiel Assistenzarzt und Chefarzt). Um die Bedeutung im Haus deutlich zu machen, sollte eine Berufung der Mitglieder durch die Krankenhausleitung angestrebt werden. Eine zeitliche Begrenzung der Funktion ist sinnvoll, häufig wird hier von einer Dauer von drei Jahren ausgegangen, wobei eine erneute Berufung nicht ausgeschlossen ist. Das Ethikkomitee bedarf einer Geschäftsordnung oder Satzung und informiert die Klinikleitung und die Klinikmitarbeiter in geeigneter Form über seine Arbeit. Durch die Klinik- oder Unternehmensleitung müssen die entsprechenden Ressourcen für die Tätigkeit zur Verfügung gestellt werden.

Aufgaben

Die Aufgaben eines Ethikkomitees sind vielfältig und können in unterschiedlichen Einrichtungen unterschiedlich gewichtet sein. Ein Schwerpunkt der Tätigkeit kann die Einzelfallberatung sein. Diese kann vom Ethikkomitee insgesamt, durch eine Arbeitsgruppe oder durch einzelne Ethikberater durchgeführt werden. Das letztgenannte Modell findet in Deutschland nur an wenigen Kliniken, insbesondere an Universitätskliniken Anwendung, welche auf spezialisierte oder hauptberufliche Medizinethiker zurückgreifen können. Es bietet den Vorteil der hohen Flexibilität und des geringen Ressourcenbedarfs.

Die Beratung im gesamten Komitee hingegen ist, nicht zuletzt auch abhängig von seiner Größe, zeitlich weniger flexibel und ressourcenverbrauchender. Einen pragmatischen Kompromiss stellt die Beratung durch eine kleinere Arbeitsgruppe des klinischen Ethikkomitees dar. Einen weiteren Schwerpunkt der Arbeit kann die Entwicklung klinischer Leitlinien bilden. Gerade die Erstellung derartiger Leitlinien für ethisch sensible Bereiche kann viele Mitarbeiter im Krankenhaus aber auch Patienten erreichen und so die ethische Auseinandersetzung beflügeln. Ebenfalls von großer Bedeutung ist die Weiter- und Fortbildung auf ethischem Gebiet. Die dabei anwendbaren Formen sind vielfältig. So lassen sich beispielsweise retrospektive Fallbesprechungen in einem „Ethik-Cafe“ als lockerer Gesprächskreis organisieren, ein „Ethik-Tag“ als spezielle Veranstaltung durchführen oder „Ethik-Mappen“ als Materialsammlungen für die Stationen schaffen. Vor diesem Hintergrund leisten Ethikkomitees einen wichtigen Beitrag zur Kultur, Personal-, Organisations- und Qualitätsentwicklung der entsprechenden Institution. Die Diskussion organisationsethischer Fragen wie beispielsweise die Festlegung der Krankenhausstruktur oder die Verteilung der finanziellen Mittel innerhalb der Einrichtung hingegen ist als Aufgabe umstritten, da die Mitglieder der klinischen Ethikkomitees hier oft nur begrenzte Kenntnisse und Erfahrungen und berufliche Zuständigkeit besitzen. Hier müssen andere Formen der Organisations- und Ethikberatung Anwendung finden.

Etablierung der Ethikberatung

Ethikberatung soll grundsätzlich nur auf Anforderung aus dem Behandlungsteam oder vom Patienten oder seinen Angehörigen erfolgen. Die Freiwilligkeit des Beratungsangebotes muss betont werden. Bei der Einbeziehung eines Ethikkomitees muss die Anonymität des Patienten so weit wie möglich gewahrt bleiben. Eine Verschwiegenheitsverpflichtung besteht für alle an der Beratung beteiligten Personen. Das Einverständnis des betroffenen Patienten oder seines Stellvertreters sollte eingeholt werden. Ist dieses Einverständnis aufgrund zeitlicher Hinderungsgründe nicht einzuholen oder weil es kontextuell nicht ratsam ist, kann von der mutmaßlichen Einwilligung des Patienten ausgegangen werden, wenn eine am Wohl des Patienten orientierte Entscheidung zu fällen ist und keine Anzeichen dafür bestehen, dass der Patient eine solche Einzelfallberatung nicht wünschen würde. Sofern möglich sollte eine nachträgliche Information des Patienten oder seines Stellvertreters über die

Fallberatung erfolgen. Das Ergebnis der Beratung darf die Entscheidungsfreiheit des Patienten und die Therapieverantwortung des Arztes nicht beeinträchtigen. Auch die übrigen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen dürfen in ihrer Entscheidungsfreiheit nicht beschnitten werden. Insofern kann man optimale Ethikberatung verstehen als Verbesserung der Analyse des ethischen Problems bei den Beteiligten und als Hilfestellung für die selbstständige Entscheidungsfindung. Das Erstellen eines Ethikvotums sollte nicht Hauptziel der Beratung sein, obwohl gerade dieses Votum oft als eine wichtige Aufgabe angesehen wird. Einerseits scheint es eine Hoffnung der Ratsuchenden zu sein, mit dem Votum eine exkulperierende Antwort in der schwierigen Situation zu erhalten, eine Antwort, welche eigene Last der Entscheidung abnehmen kann. Andererseits scheinen gleichermaßen Befürchtungen zu bestehen, dass durch eben dieses Votum die eigene Entscheidungshoheit unzulässig begrenzt werden könnte. Diesem Dilemma lässt sich begegnen, wenn durch die Moderation des Ethikberaters oder des Komitees die Handelnden zu einer eigenen Entscheidungsfähigkeit gelangen.

Perspektiven

Die Ethikberatung in der Klinik hat positive Auswirkungen auf die ethische Sensibilisierung, die Kommunikationsfähigkeit und die Entscheidungskompetenz der Mitarbeiter im Krankenhaus. Es gibt deutliche Hinweise, dass durch Ethikberatung die Zufriedenheit der Betroffenen steigt.¹⁶ Dennoch bedarf es der weiteren begleitenden Forschung in diesem interdisziplinären Arbeitsgebiet.¹⁷

In den letzten Jahren entwickelten sich in Deutschland an einer Vielzahl von Krankenhäusern und in letzter Zeit auch in Pflegeeinrichtungen die Möglichkeiten der Ethikberatung. Dieser Trend ist erfreulich, stellt doch die Ethikberatung eine Möglichkeit der Unterstützung und Entlastung in schwierigen Entscheidungsprozessen der modernen Medizin dar. Zunehmend wird deutlich, dass auch außerhalb der Klinik in einer Vielzahl von Einrichtungen (zum Beispiel der stationären Altenpflege oder der Behindertenpflege) Beratungsbedarf besteht. Diesen Bedarf melden Pflegenden, aber auch niedergelassene Ärzte, insbesondere Hausärzte zurecht an. Im ambulanten Bereich sind die Formen der Ethikberatung noch unzureichend entwickelt. Erste Ansätze zur Problemlösung sind in verschiedenen Projekten der Altenhilfe zu verzeichnen, ein Ausbildungscurriculum für die Ethikberatung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe wurde erstellt. Dennoch er-

scheint es notwendig, weitere Formen der Beratungsmöglichkeiten zu prüfen. So wäre es prinzipiell vorstellbar, dass das klinische Ethikkomitee eines Krankenhauses seine Kompetenz auch regional zur Verfügung stellt und mit den einweisenden Ärzten und den entsprechenden Pflegeeinrichtungen auch diesbezüglich kooperiert. Dieses Vorgehen lässt sich als sinnvolle regionale Vernetzung verstehen. Ebenfalls denkbar wäre eine Anbindung der Beratung an Strukturen, welche bereits bestehende Organisationsformen (wie KV-Bezirke oder Kreisärztekammern) aufnehmen. Allerdings darf auch der für die Beteiligten daraus resultierende Zeit- und damit Kostenfaktor nicht außer Acht gelassen werden. Zu prüfen ist auch, inwieweit Synergieeffekte mit der angestrebten Verbesserung der palliativen Versorgung zu erzielen sind, sich vielleicht sogar komplexe Projekte ergeben können. Schließlich spielen ja gerade im Bereich der Ethikberatung Konflikte am Lebensende und um Therapieintensität und in der Palliativmedizin kommunikative Entscheidungsprozesse eine wesentliche Rolle.

Was braucht der Ethikberater?

Für welchen der angeführten oder auch nicht angeführten strukturellen Wege der Erweiterung der Möglichkeiten für Ethikberatung man sich auch entscheidet, wesentlich bleibt die fachliche und menschliche Eignung der Berater. Das Kompetenzprofil, welches Reiter-Theil als Orientierungshilfe („Kann“) und nicht als Richtschnur („Muss“) formulierte, beschreibt: 1. Professionelle Kompetenz und Erfahrung im Umgang mit Patienten, 2. Fundierte ethische Kenntnisse, 3. Spezifische medizinethische Kompetenz, 4. Training und Erfahrung in Gesprächsführung, 5. Persönlichkeitsbildung.¹⁸ Dieses Kompetenzprofil spiegelt eher die Fähigkeiten hauptberuflicher Ethikberater, für die Praxisarbeit in der Fläche kann es in der

Tat allenfalls angestrebt werden. Engelhardt stellte den Ethik-Berater dar als (1) juristischen Ratgeber, (2) Risiko-Manager, (3) Konfliktschlichter, (4) Informationsquelle und (5) als Ethiker.¹⁹ Bei aller Vielfalt der Anforderungen und Aufgaben, welche Grundkompetenzen sind von Mitglieder von klinischen Ethikkomitees und von Ethikberatern mindestens zu erwarten? Einerseits braucht der Ethikberater Klarheit über unterschiedliche moralische Positionen und die Fähigkeit zur ethischen Auseinandersetzung. Niklas Luhmann warnte die Moral vor der Ethik und stellte fest, dass die Ethik (leider, Anmerkung des Autors) nicht allzu oft die kritische Reflexion der Moral sei, sondern deren Ideologisierung. Zwangsläufig forderte er, wer mit moralischer Praxis beispielsweise als Ethik-Berater konfrontiert ist, muss den Prozess der Reflexion der Moral selbst schon begonnen und damit also ein distanzierteres Verhältnis zur Moral entwickelt haben. „Distanz ist die einzige Möglichkeit, eine Perspektive zu entwickeln.“²⁰ Jedoch, Distanz allein genügt nicht, Illhardt hält die Fähigkeit zum Kompromiss für die andere wesentliche Kompetenz, die Ethikberatung benötigt, „weil er die einzige Möglichkeit ist, ethische Überlegungen in die Praxis umzusetzen.“²¹ Somit wären letztendlich einerseits die Fähigkeit zur kritischen Reflexion der Moral und andererseits die Fähigkeit zum Kompromiss als wichtigste Kernkompetenzen für Ethikberater namhaft zu machen, egal ob bei individueller Beratung oder im Komitee, ob im stationären oder im ambulanten Bereich.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. Frank Oehmichen

Klinik Bavaria

An der Wolfsschlucht 1 – 2

01731 Kreischka

<http://www.ethikkomitee.org>

Sponsoring und medizinische Fortbildung

Was ist vernünftig und was ist vertretbar?

Die öffentlichen Medien bringen regelmäßig meist plakativ, nicht selten gegen die Ärzteschaft gerichtet, Berichte über Vorteilsnahme, Bestechung und unsaubere Beziehungen zwischen der Pharmaindustrie, der medizinischen Geräteindustrie und den Ärzten. Der Leser erinnert sich sicher an den sog. Herzklappen-skandal, an vermeintliche Absprachen zwischen einzelnen Orthopäden und orthopädischen Werkstätten oder jüngst an einen Bericht im Stern über eine Fortbildungsveranstaltung, die eher eine Gourmetreise mit durchaus luxuriösen Teilaspekten zu sein schien.

Problematisch war dabei, dass eine Landesärztekammer, die offenbar über die realen Verhältnisse hinweggetäuscht worden war, aus Sicht des Artikelverfassers opulente Fortbildungspunkte gleichsam für gutes Essen zugestanden hatte.

Wer sich mit ärztlicher Fortbildung befasst und diese betreibt, ist immer zugleich mit Fragen eines Sponsoring befasst, da Fortbildung Geld kostet; und er muss bei einer vernünftigen Finanzierung auch Möglichkeiten einer angemessenen Unterstützung, auch durch private Geldgeber, mit in seine Erwägungen einbeziehen.

Die Frage lautet, wie eine Zusammenarbeit mit der Industrie gestaltet werden kann, ohne in die Grauzone unübersichtlicher Beeinflussung des ärztlichen Handelns oder gar auf die Ebene von Bestechung und Vorteilsnahme abzusinken.

Auf der einen Seite steht die Industrieausstellung eines wissenschaftlichen Kongresses, bei der zwischen den Ausstellern und den Inhalten des Kongresses kein Bezug herstellbar ist und das Motiv der Industrie zur materiellen Unterstützung darin bestehen mag, auf eine große Zahl von Fachkollegen zu treffen, denen auf diese Weise Produkte vorgestellt werden. Auf bescheideneren Niveau spielt

sich andererseits der Ärztestamm-tisch ab, für den ein Firmenrepräsentant einen Referenten finanziert, ohne inhaltlichen Bezug zu seinem Stand, den er möglicherweise vor dem Veranstaltungsraum aufgebaut hat.

Solche Vorgehensweisen sind durch die Berufsordnung und das Strafgesetzbuch abgedeckt, wenn das Sponsoring transparent erfolgt, der Sponsor Form und Inhalt der Fortbildungsmaßnahme nicht beeinflusst, die Referenten ihre Verbindungen zur Industrie offen legen, der wissenschaftliche Leiter von Fortbildungsveranstaltungen die Produktneutralität sicherstellt und kommerzielle Ausstellungen im zeitlichen und räumlichen Zusammenhang mit Fortbildungsmaßnahmen weder Konzeption noch Durchführung der eigentlichen Fortbildungsmaßnahme beeinflussen.

Auf der anderen Seite stehen Beschaffungsentscheidungen von Großgeräten und medizinischen Behandlungsmitteln, die ggf. durch Bestechung Einzelner zustande kommen. Dies führt in das Feld der Korruption, für die natürlich die öffentliche Hand als größter Investor Deutschlands besonders gefährdet ist. „Wo viel Geld fließt, ist die Korruption nicht weit.“ (Behördenspiegel 12, 2007). In einem Interview mit W. Schauensteiner wird in diesem Journal davon ausgegangen, dass die Korruption im öffentlichen Dienst zwar zurück geht, 2006 seien 970 Fälle durch das BKA bearbeitet worden, dass aber die Sensibilität der Mitarbeiter gestärkt werden müsse und im Grunde ein Meldesystem zur weiteren Korruptionsbekämpfung hergehöre; man könne das – wie bei der Deutschen Bahn – durch ein Ombudsmann-System praktizieren.

Die Sächsische Staatsregierung hat in der Verwaltungsvorschrift zur Korruptionsvorbeugung in der staatlichen Verwaltung des Freistaates Sachsen vom 21.05.2002 dezidiert auf diese Sensibilisierung der Behördenangestellten hingewiesen (Sächsisches Amtsblatt vom 13.06.2002). Das geschützte Rechtsgut ist die Lauterkeit des Öffentlichen Dienstes.

Um zur Beziehung von Ärzten zur Industrie zurückzukommen, sind denkbare Konfliktfelder persönliche Zuwendungen, Finanzierung von Studien wissenschaftlicher Natur (nicht zu verwechseln mit den nicht ganz unproblematischen Anwendungsstudien in den niedergelassenen Praxen, bei denen sich ein materieller Gewinn für den Arzt mit der Notwendigkeit ergibt, ein bestimmtes Präparat zu verordnen, um es in einer „wissenschaftlichen Studie“ zu überprüfen), Finanzierung von Kongressteilnahmen und Überlassung von Geräten.

Persönliche Zuwendungen: Hierbei ist der etwas blumige Begriff der „sozialadäquaten“ Leistung eingeführt. Sozialadäquat wären kleine Geschenke zu Festlichkeiten (Kugelschreiber, Kalender, Bonbonnieren, etc.) oder etwa ein Abendessen im Anschluss an eine wissenschaftliche Veranstaltung. Das Heilmittelwerbegesetz hat allerdings in § 7 strengere Regeln – die auch den niedergelassenen Arzt einbeziehen – gefasst, sodass verbotswidrige Zuwendungen mit bis zu 25.000,00 EUR bestraft werden können. Mithin sind Fortbildungsveranstaltungen – wie jüngst in der Presse dargestellt –, bei denen mindestens eine Stunde firmenbezogene Fortbildung stattfindet, die mit einem festlichen Abendessen und am nächsten Tag mit einer Spree-waldbootsfahrt – Hotelübernachtung selbstverständlich eingeschlossen – endet, eine absolute Übertretung eines an sich vernünftigen Regelwerks. Die Pharmaindustrie selbst hat Handlungsempfehlungen veröffentlicht, die Derartiges untersagen.

Was die Finanzierung von Kongressreisen angeht, so sind im Grunde die gleichen Kriterien zu betrachten. Getragen von einer Förderungsberbereitschaft, die solche Reisen überhaupt erst für viele Ärzte ermöglicht, ist – vernünftige Motive zugrunde gelegt – dagegen nichts einzuwenden. Der Kongress und dessen Vermittlung von Wissen muss im Mittelpunkt stehen, keinesfalls eine um ihn herum formierte Lustreise mit der Ehefrau (Ehemann).

Komplizierter ist das Feld der Drittmittelbeschaffung im Rahmen institutionalisierter wissenschaftlicher Arbeiten. Da es in diesem Artikel um die Beziehung Sponsoring und Fortbildung geht, wird das Thema nicht weiter erörtert.

Es kommt bei der Betrachtung der Verhältnisse auf Ausgewogenheit, Fingerspitzengefühl und nüchterne Abgrenzung vom Illegitimen an.

Man könnte natürlich die Schlüpfrigkeit der Materie völlig vermeiden, schliesse man sich den Anregungen einer Kommission des American Board of Internal Medicine und des Institute of Medicine AS Profession der New Yorker Columbia Universität an, die klipp und klar fordert: Geschenke, Essenseinladungen und Reisekosten sind nicht erlaubt. Ärzte sollen keine Medikamentenmuster annehmen. Die Unterstützung zertifizierter Weiter- und Fortbildung ist verboten. Beratungs- und Vortragshonorare bedürfen einsehbarer vertraglicher Regelungen. Industriegelder sollen nicht an einzelne Wissenschaftler, sondern an die Universität fließen (Dt. Ärzteblatt 104/45 b. 2625).

Derartige strenge, im Grunde vernünftige Regelungen sind in der Praxis auch aus Gründen ebenso vernünftiger Erwägungen nicht durchzuhalten. Es muss eben nur einer sich immer wieder offenbarenden Markt radikalität einzelner Firmen ein von ethischen Grundsätzen getragenes Verhalten entgegengesetzt werden. Wo man es sich leisten kann, verzichtet man auf Unterstützung. Die Sächsische Landesärztekammer selbst setzt sich regelmäßig mit diesem Thema – auch in unserem „Ärzteblatt Sachsen“ – auseinander. Fortbildungsveranstaltungen, die die Kammer selbst organisiert, kommen schon längere Zeit ohne jegliche Fremdfinanzierung aus, weil unter anderem für die Fortbildung vom Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer Mittel bereit gestellt werden, weil sich aus Gebühren für die Anerkennung von Veranstaltungen und dergleichen Einnahmen erzielen

lassen und vor allem, weil realistische Kalkulationen von Teilnehmergebühren und Honorar- und Sachaufwendungen (mit einem deutlichen Zug zu „östlicher Bescheidenheit“) Unabhängigkeit garantieren.

Der AOK-Bundesverband hat eine rechtsvergleichende Untersuchung zu Regelungen des Sponsorings von Fortbildung unterschiedlicher europäischer Länder in Auftrag gegeben. Der Bericht liegt jetzt vor. Es ergibt sich daraus, dass in allen geprüften Ländern eine gewisse Vagheit der Aussagen eben auch die Ambivalenz der Betrachtung der Dinge ausdrückt. Deutschland gehört dabei nicht zu den Ländern, die durch Überregulierung versuchen, das Problem in den Griff zu bekommen. Den ärztlichen Selbstverwaltungen wird ein hoher Stellenwert in der Regelung der Angelegenheiten zugesprochen. Es wird praktisch in allen Ländern, wie auch bei uns auf das Trennungsprinzip (Zuwendung an Mitarbeiter streng getrennt von Beschaffungsentscheidungen, z. B. in Kliniken), das Transparenzprinzip (Offenlegung von Zuwendungen), das Dokumentationsprinzip und das Äquivalenzprinzip (angemessenes Verhältnis von Leistung und Gegenleistung) abgestellt. Die Autoren schlagen allerdings vor, dass das Heilmittelwerberecht in Deutschland stärker an europäisches Recht angepasst werden und die Sponsoringfrage in diesem Zusammenhang vertieft aufgenommen werden sollte.

Der rechtliche Rahmen, in dem wir uns auf dem Gebiet von Fortbildung und Sponsoring bewegen, wird durch das schon zitierte Heilmittelwerberecht, das Strafrecht (§ 331 StGB Vorteilsnahme, § 333 StGB Vorteilsgewährung, § 332 StGB Bestechlichkeit und § 334 StGB Bestechung) sowie die Berufsordnung abgesteckt. Die Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 24.06.1998 in der Fassung der Änderungssatzung vom 23.11.2007, §§ 32 und 33, insbesondere § 33 Abs. 4 bestimmt: „Die Annahme von geldwerten Vorteilen in angemessener Höhe für die Teilnahme an wissenschaftlichen Fortbildungsveranstaltungen ist

nicht berufswidrig. Der Vorteil ist unangemessen, wenn er die Kosten der Teilnahme (notwendige Reisekosten, Tagungsgebühren) des Arztes an der Fortbildungsveranstaltung übersteigt oder der Zweck der Fortbildung nicht im Vordergrund steht.“

Verwiesen wird zudem auf § 35 der Berufsordnung: „Werden Art, Inhalt und Präsentation von Fortbildungsveranstaltungen allein von einem ärztlichen Veranstalter bestimmt, so ist die Annahme von Beiträgen Dritter (Sponsoring) für Veranstaltungskosten in angemessenem Umfang erlaubt. Beziehungen zum Sponsor sind bei der Ankündigung und Durchführung offen darzulegen.“

Die Pharmazeutische Industrie gibt riesige Summen für ihre Marketingstrategien aus, in den USA 21 Milliarden Dollar im Jahr. Sie richten sich zu 90 % an Ärztinnen und Ärzte. Dass dahinter Wirtschaftsinteressen stehen, darf wohl als real (durchaus auch als legitim) angesehen werden. Wie die Ärzte damit umgehen und dies vernünftig nutzen, ohne ihren Ehrenkodex und ihre medizinethischen Prinzipien zu verletzen, ist die entscheidende Frage. Wir sollten uns als Ärzte weiter damit auseinandersetzen.

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach
Vorsitzender des Sächsischen Akademie für
ärztliche Fort- und Weiterbildung

Ein Lichtblick

Ein Lichtblick für die ambulante ärztliche Versorgungssituation im Landkreis Torgau-Oschatz?

Ministerpräsident Professor Dr. Georg Milbradt und Sozialministerin Helma Orosz informierten sich am 01. Februar 2008 vor Ort über die hausärztliche Versorgungssituation im Landkreis Torgau-Oschatz. In ihrer Begleitung befanden sich zahlreiche Journalisten regionaler und überregionaler Medien des Landes und des Bundes. Insgesamt sah das Programm vier thematisch unterschiedlich unteretzte Stationen vor:

- eine in Praxisnachfolge übernommene hausärztlich-internistische Praxis in Oschatz, deren Gründung mit Fördermitteln des Landesausschusses unterstützt wurde,
- eine Pressekonferenz mit dem Ministerpräsidenten, der Sozialministerin, Vertretern der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen sowie dem Beauftragten des Landrates für die ambulante ärztliche Versorgung und zugleich Vertreters der Ärzteschaft des Landkreises Torgau-Oschatz,
- eine fallzahlstarke hausärztliche Praxis in Torgau, wo sich die „gefühlte“ Unterversorgung am meisten bemerkbar macht und die tatsächlich drohende, das heißt ein Versorgungsgrad unter 75 Prozent, unmittelbar bevorsteht. Anwesend war hier auch ein Vertreter der Fachärzte, für die ein unmittelbarer Zusammenhang zur prekären hausärztlichen Versorgungssituation gesehen werden muss,
- eine weitere hausärztliche Praxis in Torgau, wo die psychische Belastung der Kollegen erwähnt wurde, hauptsächlich aber das Patenschaftsprogramm der Selbständigen Abteilung Allgemeinmedizin der Universität Leipzig im Mittelpunkt stand.

Die ansässigen niedergelassenen Ärzte sind sehr dankbar für das Interesse des Ministerpräsidenten für die ambulante medizinische Versorgung und damit für die schwierige Situa-

tion, in der sich derzeit Ärzte und Patienten befinden. Mit ihrem Besuch haben er und Frau Sozialministerin Orosz deutlich gemacht, dass es ihnen unbedingt auch wichtig ist, mit den Ärzten der Basisversorgung direkt ins Gespräch zu kommen, Meinungsäußerungen „ungeschminkt“ zu hören, sich ein realistisches Bild zu machen und Einfluss zu nehmen auf Lösungsmaßnahmen. Weitere Kontakte und Zusammenwirken wurden zugesagt.

Die finanziellen Fördermaßnahmen des Landesausschusses haben sich positiv ausgewirkt, wie mehrere Praxisübernahmen und -neugründungen der letzten Jahre beweisen. Allerdings ist einzuschätzen, dass sie für den Landkreis Torgau-Oschatz insgesamt nicht mehr ausreichen – der hohe Altersdurchschnitt der Hausärzte sowie der zunehmende Anteil über 60- und über 65-jähriger Ärzte bei nach wie vor nicht ausreichendem Interesse junger Fachärzte für Allgemeinmedizin, sich im ländlichen Bereich niederzulassen oder sich überhaupt niederzulassen, wirken hier erfolgbegrenzend.

Der erste Besuch bei dem 41-jährigen Facharzt für Innere Medizin, Michael Putzmann, der eine Vorgängerpraxis in Oschatz übernahm, konnte dies nur Dank der durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen beschlossenen Investitionsförderung. Zwar konnte er damit nicht alle Investitionen decken, ohne die Förderung allerdings hätte der vorher im Oschatzer Krankenhaus arbeitende Internist sich auf keinen Fall für den Schritt in die Niederlassung entschieden. Schon so empfindet er den Druck der Verschuldung als sehr belastend. Ohne finanzielle Unterstützung, so schätzt er ein, wäre der Druck aber für ihn und seine Familie so hoch gewesen, dass er dies nicht hätte verantworten wollen. Nicht völlig transparent war für ihn zum Zeitpunkt seiner Niederlassung außerdem die Tatsache, dass er trotz großen Patientenzuspruchs niemals eine Honorarsteigerung über den sächsischen Durchschnitt hinaus erreichen kann. Er kann sich jetzt entscheiden zwischen Schließung der Praxis nach zwei Monaten, also dann, wenn er

die Budgetgrenze des Honorars erreicht hat oder unentgeltlichem und für die Praxis unwirtschaftlichem Weiterarbeiten. Zunächst hat er sich für die zweite Variante entschieden, einfach deshalb, weil er zum Zeitpunkt des Besuches noch nicht seinen ersten Honorarbescheid in den Händen hatte.

Eine völlig andere Situation zeigt sich in der Praxis des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. med. Bernhard Zirm in der Kreisstadt Torgau. Er arbeitet in einer ehemaligen DDR-Plattenbausiedlung, versorgt Patienten aus der Stadt und aus mehreren umliegenden Dörfern – durchschnittlich 130 bis 160 Patienten am Tag, es waren sogar schon 190. Das Ärztehaus, in dem er seine Praxis hat, beherbergt außerdem drei Zahnärzte, einen Zahntechniker, einen Gynäkologen und eine Apotheke. Früher haben drei Hausärzte hier gearbeitet, zeitweise auch vier – jetzt stehen zwei Praxen leer. Es ist den beiden altershalber ausgeschiedenen Allgemeinmedizinerinnen trotz mehrjährigen Bemühens nicht gelungen, ihre Nachfolge zu sichern. Ein zwei Jahre tätiger Kollege verstarb Anfang des Jahres 2007, ein polnischer Kollege machte kurzfristig im November 2007 einen Rückzieher, nachdem er bereits die Zulassung erhalten hatte. Ihm erschien die deutsche Bürokratie so übermächtig, dass er den Mut verlor.

Gleichfalls in der Praxis anwesend war Herr Dipl.-Med. Carsten Neustadt, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, als Vertreter der niedergelassenen Fachärzte. Ganz deutlich brachte er zum Ausdruck, dass die Bedarfsplanung nicht mehr zeitgemäß und der veränderten demografischen Situation entspricht und dass die prekäre hausärztliche Versorgungssituation auf den niedergelassenen Facharztsektor „durchschlägt“. Verstärkt wird dies durch viele, aus seiner Sicht häufig überflüssige, Überweisungen der Hausärzte nur zur Verordnung von Medikamenten, wofür die alleinige Ursache in der Arzneimittelbudgetierung zu suchen ist. Für den Landkreis Torgau-Oschatz, der im Dreiländereck liegt, kommt hinzu, dass zu 30 bis 40 Prozent der

Patienten in den Facharztpraxen aus den Ländern Brandenburg und Sachsen-Anhalt kommen.

Auch die Torgauer Fachärztin für Allgemeinmedizin, Dipl.-Med. Petra Hönigschmid, schildert den durch die Hausärzte im Raum Torgau nicht mehr zu bewältigenden Patientenandrang und damit in Verbindung stehende dramatische Szenen mit Weinanfällen und Wutausbrüchen, wenn Patienten zwar eine Notfallversorgung erhalten, nicht aber in eine dauernde hausärztliche Betreuung aufgenommen werden können. Hauptthema bildete aber das Patenschaftsprogramm für Studenten der Selbständigen Abteilung Allgemeinmedizin der Universität Leipzig. Herr Prof. Dr. med. Hagen Sandholzer und Frau Dipl.-Med. Hönigschmid erläuterten, wie mit diesem Programm hausärztliche Lehrpraxen und Medizinstudenten eine Patenschaft eingehen, die vom ersten Semester bis zur Beendigung des Medizinstudiums reicht, und von der die berechtigte Hoffnung ausgeht, sowohl die Entscheidung der jungen Leute für das Fachgebiet Allgemeinmedizin als auch für den ländlichen Raum zu fördern. Inzwischen ist der erste Durchgang des Blockpraktikums von Erstsemestlern in 20 hausärztlichen Praxen des Landkreises Torgau-Oschatz mit großer positiver Resonanz auf beiden Seiten – Studenten und Lehrärzten – gelaufen. Ob dadurch eine Verbesserung der hausärztlichen Versorgungssituation zu verzeichnen sein wird, kann allerdings erst mittelfristig evaluiert werden.

Zwischen den Praxisbesuchen lag eine Gesprächsrunde – der Ministerpräsident hatte maßgebliche Vertreter der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, einen Vertreter der Ärzteschaft des Landkreises Torgau-Oschatz und Journalisten eingeladen. Es waren neben der speziellen regionalen Situation vor allem Probleme der ambulanten medizinischen Versorgung in Sachsen, aber auch in der ganzen Bundesrepublik, die im Mittelpunkt der Diskussion standen. Dazu zählten zum Beispiel die veränderte soziodemografische Situation in Deutsch-

land mit einem höheren Altersdurchschnitt von Patienten und Ärzten sowie die damit verbundene zunehmende Multimorbidität, unzureichende Honorierung besonders der Ärzte in den neuen Bundesländern, zusätzlich belastende Budget- und Regresszwänge, die veraltete und auf Basis ärztlicher Überversorgung entstandene, aber immer noch gültige Bedarfsplanungsrichtlinie, die übermächtig gewordene Bürokratie und weitere Niederlassungshindernisse.

Aus Sicht der Kreisärztekammer Torgau-Oschatz und der Kommunalpolitiker des Landkreises können nur Veränderungen auf Bundesebene, die auch die Durchsetzung des Gesundheitsfonds einschließen, das grundsätzliche Problem des künftig sich weiter verschärfenden, besonders den ambulanten Sektor und den ländlichen Raum betreffenden, Ärztemangels stoppen. Parallel dazu ist es aber auf Landesebene dringend erforderlich, die Erhöhung der für die ambulante ärztliche Versorgung zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln auf das Niveau der alten Bundesländer anzuheben – welches ein Zynismus und welche eine Arroganz gegenüber den Menschen der neuen Bundesländer, den Anteil von 80 Prozent seit der Wiedervereinigung beibehalten zu haben.

Anschrift der Verfasser:
Priv.-Doz. Dr. med. habil. Peter Friedrich
Arzt im Ruhestand
Beauftragter des Landrates für die ambulante
medizinische Versorgung im Landkreis
Torgau-Oschatz

Dr. med. Bernhard Zirm
Facharzt für Allgemeinmedizin,
Stellvertretender Vorsitzender der
Kreisärztekammer Torgau-Oschatz

Vorankündigung

Die Sächsische Wissenschaftliche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde in Kooperation mit der Akademie für Fort- und Weiterbildung der Sächsischen Landesärztekammer bietet für **Assistenzärzte in Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie** eine Fortbildungsveranstaltung an:

**Termin: 24.10.2008 ab 15.00 Uhr
25.10.2008 9.00 bis 14.00 Uhr**

Themen:

- Sächsisches PsychKG (Dr. med. Barth, Chemnitz)
- Komplementäre bzw. extramurale Angebote psychiatrischer Versorgung (Prof. Dr. med. habil. Kallert, Leipzig)
- PsychPV, Qualitätskriterien der Betreuung – DRG in der Psychiatrie (Dr. med. Härtel, Wiesen)
- Gutachterliche und juristische Gesichtspunkte bei der Patientenführung (Prof. Dr. med. habil. Felber, Dresden)
- Liaison- und Konsiliarpsychiatrie (n.n.)
- Allgemeine und spezielle Psychopathologie (n.n.).

Die Veranstaltung findet im Albert-Fromme-Saal der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden statt.

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. med. habil. Felber
Dr. med. Barth

Interessenten bitten wir, sich in der Sächsischen Landesärztekammer, Referat Fortbildung, bei Frau Treuter (Tel.: 0351 8267-325) bzw. unter fortbildung@slaek.de zu melden.

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

Am 13. März 2008 veranstaltete die Sächsische Landesärztekammer gemeinsam mit dem Deutschen Hygiene-Museum Dresden eine Podiumsdiskussion zum Thema „Lizenz zum Töten? – Ärzte zwischen Sterbebegleitung und Tod auf Verlangen“. Anlass und Hintergrund war die Ankündigung des deutschen Sterbehilfe-Vereins Dignitate sobald als möglich mit einem pensionierten Arzt und einem todeswilligen Patienten einen Musterprozess anzustrengen, um den ärztlich begleiteten Suizid auf diesem Weg auch in Deutschland zu legalisieren. Die darauf folgende mediale Diskussion um einen ärztlich begleitenden Suizid wurde durch zwei Faktoren befördert: Die Kommerzialisierung des Sterbens in Form des Todesmittels gegen Entgelt und die Verunsicherung der Patienten, am Lebensende hilflos Apparaten und Ärzten ausgeliefert zu sein.

Ein Recht auf den schnellen Tod

In der Podiumsdiskussion ging es um die Reichweite der im Grundgesetz verankerten Selbstbestimmung und die Aufgabe der Ärzte. Je nach Auslegung kann Selbstbestimmung das Recht auf Leben und auch das Recht auf den Tod umfassen. Diese Ansicht vertrat Prof. Dr. theol. Hartmut Kreß von der Evangelisch-Theologischen Fakultät der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn. Insbesondere die moderne Medizin erzeuge immer öfter Grenzfälle von menschlichem Leiden, bei denen ein schneller Tod vom Patienten gewünscht würde. Diesem Wunsch sollten Ärzte in Deutschland nachkommen dürfen. „Die Intensivmedizin hat das Lebensende fundamental verändert.“, so Prof. Kreß. Dadurch hätten die Menschen Angst vor einem langsamen Tod. Ein assistierter Suizid sollte deshalb durchdacht werden. Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, sieht dagegen die Rolle des Arztes auch in seiner historischen Entwick-



Landesbischof Jochen Bohl, Justizminister Geert Mackenroth, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. Jan Schulze, Moderatorin Alexandra Gerlach, Prof. Dr. theol. Hartmut Kreß, Dr. phil. Svenja Flaßpöhler (v.l.)

lung anders. „Der Arzt ist kein Todesengel. Ein assistierter Suizid ist ein Dammbuch in der ärztlichen Profession.“ Ärztliche Aufgabe sei das Helfen und Heilen, die Förderung von Gesundheit sowie der Lebensschutz. Eine aktive Sterbehilfe müsse aus dieser Sicht konsequent abgelehnt werden. Vielmehr bedürfe es klarer Regelungen für eine Patientenverfügung und deren Reichweite. Ärzte stünden wegen ungeklärter Fragen heute zwischen ihrem Heilaufrag, dem Willen der Patienten und strafrechtlichen Konsequenzen sowie den Ansprüchen von Angehörigen. Doch genauso wie ein Arzt ein Neugeborenes beim „auf die Welt kommen“ begleite, so obliege es ihm, einen Sterbenden in den Tod zu begleiten. Dazu gehöre aber nicht, ihn zu töten.

Juristische Grenzen

Dies wäre juristisch auch strafbar, so Geert Mackenroth, Sächsischer Staatsminister der Justiz. Und wäre eine Tötung auf Verlangen zulässig, läge die Gefahr des Missbrauchs auf der Hand. Zudem nehme dadurch das Schreckensbild eines „sozialverträglichen Frühversterbens“ Gestalt an. Nach derzeitiger Rechtslage ist dagegen die Beihilfe zum Suizid nicht strafbar. Allerdings komme dem Arzt nach dem Strafgesetzbuch eine Garantenstellung zu, die ihn verpflichte, erste Hilfe zu leisten. Etwas anderes dagegen wäre die Ablehnung der Behandlung. Dazu müsse aber der Patient bei Bewusstsein oder im Besitz einer qualifizierten Patientenverfügung sein. „Gerade die meist nur unzureichend abge-

fasten Patientenverfügungen oder die Unsicherheiten bei Verwandten erzeugten oftmals die juristisch und menschlich problematischen Fälle, welche dann leider vor einem Vormundschaftsgericht landen“. Minister Mackenroth sieht die Gerichte und den Gesetzgeber in Bezug auf die Fragen des Lebensendes aber eher in einer untergeordneten Rolle. Aus seiner Sicht sind diese Probleme juristisch nicht abschließend zu lösen. „Der Tod ist nicht normierbar“, so der Minister. Bei der Patientenverfügung komme es dem Gesetzgeber nur zu, einen verlässlichen, breiten rechtlichen Rahmen für Ärzte und Patienten zu schaffen. Es müsse vielmehr über Patientenverfügungen aufgeklärt und in den Familien über das Lebensende gesprochen werden. Und nur eine gesellschaftliche Diskussion über den Umgang mit Sterbenden könne bei dem zu erwartenden demografischen Wandel die zunehmenden ethischen Grenzfälle klären helfen.

Über das Sterben reden

„Früher war das Sterben ein Bestandteil des Lebens. Heute ist das Sterben an den Rand des Lebens gedrängt worden“, so Jochen Bohl, Landesbischof der Evangelisch-Lutherischen Landeskirche Sachsens. Zum Ausdruck komme dies durch die Zunahme anonymer Bestattungen und die Tatsache, dass ca. 90 Prozent aller Menschen in Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen sterben, statt zuhause in der Familie. „Das Leben ist ein Geschenk Gottes, deshalb darf man es sich nicht nehmen

oder einen anderen um Hilfe dazu bitten.“ Grenzsituationen des Lebens seien mit Gesetzen nicht zu lösen. Dies müsse eine Gesellschaft aushalten. Auch bestimmte Euthanasie-Konzepte, die in den Niederlanden und in der Schweiz verfolgt werden, sind mit der unbedingten Hochachtung des Lebens im christlichen Glauben unvereinbar. Eine deutlichere Ablehnung zum assistierten Suizid konnte es an diesem Abend nicht geben.

Betreuung statt Sterbehilfe

Es blieb aber die Frage nach dem Umgang mit Patienten, die wegen einer unheilbaren Krankheit unbedingt sterben möchten. Dazu kristallisierten sich in der weiteren Diskussion zwei Positionen heraus. Die erste Position, vertreten von Frau Dr. phil. Svenja Flaßpöhler, Philosophin und freie Autorin aus Berlin, sieht ein modifiziertes Modell der schweizerischen Sterbehilfe als Lösung, wo Ärzte den „Schierlingsbecher“ ans Bett stellen dürfen. Der Patient müsse bei Bewusstsein, urteilsfähig und autonom sein. Sein Leiden oder seine Situation müsse dauerhaft sowie zweifelsfrei ausweglos sein. Ist dies der Fall, sollte der Arzt keine Garantenstellung mehr innehaben und der begleitete Suizid für ihn straffrei sein. Die andere, überwiegende Position, sieht in einem Ausbau der palliativmedizinischen Versorgung eine Lösung für unheilbar kranke Menschen mit dem Wunsch nach einem schnellen Tod. Denn auf den Palliativstationen äußerten die Patienten den Wunsch zu sterben nur am ersten Tag. Nach einer Zeit der intensiven Betreuung und Aufklärung käme dieser Wunsch nie wieder. Und um die Situation der Patienten zu verbessern, müsse die palliativmedizinische Versorgung in Deutschland stärker ausgebaut werden. Die Hospizarbeit und die palliativmedizinische Versorgung sind die humanen Mittel zur Umsetzung des Patientenwillens in der Leidens- und Sterbensphase. Prof. Schulze möchte zudem eine stärkere Verankerung der Palliativmedizin in der medizinischen Aus-, Weiter- und Fortbildung. Palliativmedizin solle auch prüfungsrelevant werden.

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“.

Vertrauen in den Arzt

Wichtig sei auch immer das Vertrauen zueinander. Eine politisch geschürte Misstrauenskultur in der Medizin schade vor allem den Patienten. Landesbischof Bohl: „Der Arzt und sein Gewissen war zu allen Zeiten der Maßstab für Entscheidungen. Und wenn eine von Vertrauen geprägte Arzt-Patienten-Beziehung besteht, dann gilt dieser Maßstab weiterhin. Ich habe größtes Vertrauen in die Arbeit und die Entscheidungsfähigkeit der Ärzte und in den medizinischen Fortschritt. Die Vorstellung in unserer Gesellschaft von einem leidensfreien Sterben ist einfach falsch.“ Auch Minister Mackenroth sieht sich eher als Partner der Ärzte. Auch er vertraue der ärztlichen Tätigkeit und möchte einen entsprechenden juristischen Rahmen schaffen, damit Ärzte in ihren Entscheidungen gestärkt werden.

Fazit

Die Patienten möchten sich das Recht auf Selbstbestimmung auch am Lebensende nicht nehmen lassen. Die Ärzteschaft hingegen muss die Tötung auf Verlangen ablehnen. Unkenntnis und Kommerzialisierung führen zu einer Misstrauenskultur. Nur intensive Gespräche und eine öffentlich geführte Diskussion über medizinischen Fortschritt, über Grenzfälle des Lebens und das Lebensende in einer immer älter werdenden Gesellschaft können zu mehr Sachlichkeit in der Debatte führen. Eine rechtliche Normierung der Grenzfälle am Lebensende ist nicht möglich.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug
Knut Köhler M.A.
Referent 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 Lesermanagement Medizinischer Zeitschriften e.V.

Anzeigepflicht

Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist neben der stationären und ambulanten Versorgung die dritte Säule des Gesundheitswesens. Er erfüllt überwachende, vorsorgende und fürsorgende Aufgaben.

Die Aufgaben sowie die Struktur des Öffentlichen Gesundheitsdiensts sind im „Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Freistaat Sachsen“ (SächsGDG) aus dem Jahr 1991 festgelegt. So haben Gesundheitsämter der Städte und Landkreise den Auftrag (§10), die Berufsausübung der Angehörigen der ärztlichen und nichtärztlichen Berufe des Gesundheitswesens auf ihre Rechtmäßigkeit zu überprüfen.

Dazu haben alle niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte den Beginn und die Beendigung einer selbständigen Berufsausübung unverzüglich dem für den Ort der Niederlassung zuständigen Gesundheitsamt anzuzeigen. In der Anzeige des Beginns der Berufsausübung ist die Anschrift der Niederlassung anzugeben und die Berechtigung zur Ausübung des Berufs und zur Führung der Berufsbezeichnung nachzuweisen. Anzuzeigen sind auch nachträgliche Änderungen der Adressen oder der Änderung des Familiennamens. Diese Meldung muss unabhängig von der Meldung bei der Sächsischen Landesärztekammer und der Kassenzärztlichen Vereinigung Sachsen erfolgen.

Leider erfolgt in Sachsen die Meldung durch die Kolleginnen und Kollegen derzeit sehr unzureichend, sodass die Gesundheitsämter vor Ort nicht immer aktuell aussagefähig sind. Defizite werden immer dann festgestellt, wenn potentielle Patienten nach Niederlassungen im zuständigen Gesundheitsamt anfragen oder das Gesundheitsamt Rückfragen zu Patienten hat.

Im Sinne einer guten Zusammenarbeit bitten die Ämter, bisher nicht erfolgte Meldungen unverzüglich nachzuholen. Nach §14 des SächsGDG müssen Verstöße, das heißt wer

die vorgeschriebene Anzeige nicht, nicht rechtzeitig, nicht vollständig oder nicht richtig erstattet, geahndet werden.

Eine Liste über die zuständigen Gesundheitsämter kann über die Homepage des Sächsischen Staatsministerium für Soziales unter <http://www.sms.sachsen.de> in der Rubrik abgerufen werden.

Dipl.-Med. Petra Albrecht
Vorstandsmitglied der
Sächsischen Landesärztekammer,
Vorsitzende des Ausschusses
„Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst“
der Sächsischen Landesärztekammer“

Ausfahrt der Kreisärztekammer Dresden

Wie angekündigt, findet am

Mittwoch, dem 21. Mai 2008

die diesjährige Ausfahrt der Kreisärztekammer Dresden statt. Wir möchten im Folgenden das Programm nochmals bekannt geben und bitten Sie, Ihre Teilnahmegebühr von 20 EUR/Person vorab bis zum 20.4.2008 unter Benutzung des Zahlscheins zu überweisen.

Die Ausfahrt führt dieses Jahr nach Pirna. Abfahrt ist 8.00 Uhr an der Sächsischen Landesärztekammer oder 8.30 Uhr am Postplatz. Eine Stadtführung in Gruppen, der Besuch des Stadtmuseums sowie abschließend der Marienkirche sollen das Interesse für einen eventuellen späteren, individuellen Besuch von Pirna wecken. Nach dem gemeinsamen Essen im Brauhaus „Zum Giesser“ besuchen wir den Barockgarten Großsedlitz. Mit einem gemeinsamen Kaffeetrinken klingt der Nachmittag aus.

Sie sind mit Ihrem Partner/Partnerin herzlich willkommen!

Ihr Seniorenausschuss der
Kreisärztekammer Dresden

Kommission Sucht und Drogen (KSD)

Am 27. 2. 2008 trat in der Sächsischen Landesärztekammer erstmals die vom Präsidenten und dem Vorstand neu berufene Kommission Sucht und Drogen zusammen. Sie setzt sich aus folgenden Mitgliedern zusammen:

Herr Prof. Dr. med. habil. Otto Bach, Leipzig
Herr Erik Bodendieck, Wurzen
Frau Dr. med. Kathrin Bräutigam, Dresden
Herr Prof. Dr. med. habil. Joachim Fauler, Dresden
Herr Dr. jur. Alexander Gruner, Dresden
Herr Tobias Hückel, Dresden
Herr Ass. jur. Michael Kratz, Dresden
Herr Dr. med. Andreas Prokop, Döbeln
Herr Dr. med. Mario Wernado, Leipzig
den Vorsitz nimmt Dr. med. Frank Härtel, Wiesen, ein.

Zur konstituierenden Sitzung verständigten sich die Mitglieder über die aktuellen Notwendigkeiten, die rechtlichen Grundlagen und die weiteren Vorgehensweisen bezogen auf angemessenes ärztliches Handeln in der Suchtkrankenversorgung.

Festgestellt musste werden, dass sich im Freistaat Sachsen, insbesondere aber in der Leipziger Region, nicht nur zweifelhaft, sondern auch unzulässige Verordnungen von Benzodiazepinen bei der Behandlung von Drogenabhängigen zeigen. Diese Verfahrensweisen sind zu verändern. Die Kommission wird im Zusammenwirken mit anderen Gremien der Sächsischen Landesärztekammer sowie in Zusammenarbeit mit den Partnern im Gesundheitswesen Lösungswege für eine qualitativ hochwertige Behandlung Suchtkranker auf der Grundlage der gesetzlichen Gegebenheiten suchen. Über die weitere Arbeit der Kommission wird es in Zukunft noch Veröffentlichungen geben.

Dr. med. Frank Härtel
Vorsitzender KSD

Zwischenprüfung im Ausbildungsberuf des/der „Medizinischen Fachangestellten“

Die Sächsische Landesärztekammer führt die oben genannte nächste Zwischenprüfung an folgendem Termin durch:

**Montag, den 30. Juni 2008,
8.00 – 10.00 Uhr**

Folgende Prüfungsorte für die Zwischenprüfung wurden festgelegt:

Regierungsbezirk Chemnitz

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

Teilnehmer/innen an der Zwischenprüfung sind Auszubildende des zweiten Ausbildungsjahres und Umschüler/innen, die in diese Fachklassen integriert sind.

Anmeldeformulare und Gebührenbescheide für die Prüfungsgebühren erhalten alle Ausbilder von der Sächsischen Landesärztekammer. Die Anmeldung zur Zwischenprüfung hat bis zum **31. Mai 2008** zu erfolgen.

Die Freistellung zur Zwischenprüfung umfasst nur den Zeitraum der Prüfung (§ 15 Berufsbildungsgesetz). Die Auszubildenden und Umschüler/innen gehen anschließend wieder in die Arztpraxis oder zum Unterricht.

Auszubildende, deren 18. Lebensjahr zum Ende des ersten Ausbildungsjahres noch nicht vollendet war, sind verpflichtet, eine ärztliche Bescheinigung über die erste Nachuntersuchung nach § 33 Jugendarbeitsschutzgesetz spätestens am Tage der Anmeldung zur Zwischenprüfung bei der Sächsischen Landesärztekammer vorzulegen, soweit dies noch nicht erfolgt ist. Anderenfalls ist die Eintragung des Berufsausbildungsvertrages des/der Auszubildenden aus dem Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse nach § 35 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz zu löschen.

Die Teilnahme an der Zwischenprüfung ist nach dem Berufsbildungsgesetz und der Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten eine der Zulassungsvoraussetzungen für die Teilnahme an der Abschlussprüfung.

Marina Hartmann
Leitende Sachbearbeiterin
Referat Medizinische Fachangestellte

Praxisleitfaden

Die Arbeitsgruppe „Nachsorge in der Rehabilitation“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) hat einen neuen „Praxisleitfaden: Strategien zur Sicherung der Nachhaltigkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ erarbeitet.

Dieser Praxisleitfaden gibt Hilfestellung, wie die Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolges schon vor der Rehabilitationseinrichtung aus vorbereitet werden kann. Der Leitfaden wendet sich in erster Linie an die Mitglieder des Reha-Teams in Rehabilitationseinrichtungen sowie an die betroffenen Rehabilitanden selbst. Angesprochen werden auch niedergelassene Ärzte, die nach der Rehabilitation für die Weiterbehandlung zuständig sind.

Er steht auch als farbige PDF-Datei im Internet unter www.bar-frankfurt.de zum Download zur Verfügung.

Sächsisches Staatsministerium für Soziales
Dr. Bonz, Abteilungsleiter
Alberstraße 10, 01097 Dresden

15. Dresdner Ärzteball

Die Kreisärztekammer Dresden erlaubt sich einzuladen zum

**15. Dresdner Ärzteball
am 30. August 2008
um 19.00 Uhr in die
Orangerie Schloss Pillnitz**

Um Kartenreservierung wird höflich gebeten bei Frau Riedel,
Sächsische Landesärztekammer, Postfach 10 04 65, 01074 Dresden, Tel.: 0351 8267131, Fax: 0351 8267132, E-Mail: kaek-dd@slaek.de.

Der Preis der Balkarte beträgt: 65,00 EUR für Mitglieder der Kreisärztekammer Dresden, 80,00 EUR für Nichtmitglieder.

Kreisärztekammer Dresden

Konzerte und Ausstellungen

Sächsische Landesärztekammer Konzerte

**Festsaal, Sonntag, 4. Mai 2008
11.00 Uhr**

Junge Matinee
Johannes Brahms – Der Virtuose
Studierende der Hochschule für Musik
Carl Maria von Weber
Konzeption und Moderation
Prof. Dr. Michael Heinemann

Ausstellungen

Foyer und 4. Etage

Franziska Kunath
Bilder aus Landschaften
bis 12. Mai 2008

Prof. Wolfgang Hänsch
Malerei und Grafik
14. Mai bis 13. Juli 2008
Vernissage: Donnerstag, 15. Mai 2008,
19.30 Uhr

Sächsische Ärzteversorgung

Foyer

Rudolf Peperkorn
Fotoausstellung
Zeitzeugnisse
bis 30. April 2008

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

Chemnitz-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 08/C020
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.04.2008

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 08/C021

Chemnitzer Land

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 08/C022
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.04.2008

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 08/C023
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Reg.-Nr. 08/C024

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.04.2008

Aue-Schwarzenberg

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 08/C025

Freiberg

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 08/C026
Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 08.05.2008 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 Augenheilkunde
Reg.-Nr. 08/D022
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 08/D023

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Reg.-Nr. 08/D024

Facharzt für Innere Medizin/Endokrinologie
Reg.-Nr. 08/D025

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.04.2008

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 08/D026

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.04.2008

Facharzt für Innere Medizin/Hämatologie und Int. Onkologie
Reg.-Nr. 08/D032

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.04.2008

Löbau-Zittau

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 08/D027

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.04.2008

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 08/D028

Facharzt für Orthopädie
Reg.-Nr. 08/D029

Meißen

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Reg.-Nr. 08/D030

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.04.2008

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.04.2008

Weißeritzkreis

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 08/D031

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.04.2008

Riesa-Großenhain

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 08/D033

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 09.05.2008 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 8828-310, zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Leipzig-Stadt

Facharzt für Innere Medizin-hausärztlich*)
Reg.-Nr. 08/L036

Facharzt für Anästhesiologie
Teil einer Gemeinschaftspraxis
Reg.-Nr. 08/L037

Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 08/L038

Facharzt für Innere Medizin/Pneumologie
Reg.-Nr. 08/L039

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 02.05.2008

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 08/L040

Delitzsch

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 08/L041

Facharzt für Frauenheilkunde
Reg.-Nr. 08/L042

Muldentalkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 08/L043

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Teil einer Gemeinschaftspraxis
Reg.-Nr. 08/L044

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 16.05.2008 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

Dresden-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Praxisabgabe geplant: 2009

Tel. privat 035201/70042

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Praxisabgabe geplant: ab 2009

Tel. privat 0351/4714466

Facharzt für Innere Medizin-hausärztlich*)

Praxisabgabe geplant: 2008

Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin

Praxisabgabe geplant: 1.10.2008

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

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Torgau-Oschatz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: 2008

Döbeln

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: Anfang 2009
Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.: (0341) 243 21 54.

Spezielle Risiken ärztlichen Handelns

Auf dem 36. Symposium für Juristen und Ärzte der Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen referierten und diskutierten am 22. und 23. Februar 2008 in Berlin juristische und medizinische Experten über folgende Problemfelder:

- Behandlungsrisiko in der Medizin,
- Häufigkeit des ärztlichen Behandlungsfehlers,
- besondere Einflüsse auf das medizinische Risikopotenzial,
- spezielle Medizinfelder,
- Risiken beim Umgang mit Arzneimitteln,
- Wege zur Prävention von Behandlungsfehlern.

Auch bei dieser Tagung war wieder ein ausgewogenes Zahlenverhältnis zwischen Ärzten und Juristen Garant für konstruktive Diskussionen auf gleicher Augenhöhe zwischen den Fachvertretern.

Risiken ärztlichen Handelns fallen am ehesten bei den operativen Fachrichtungen ins Auge und dominieren die Behandlungsfehlerstatistiken. Behandlungsfehler in den konservativen medizinischen Fachgebieten werden nicht zu schnell identifiziert. In der Psychotherapie und der „Alternativ- und Komplementärmedizin“ wird Risikolosigkeit suggeriert, kann jedoch nicht bestätigt werden. Durch die gedeckelten Arzneimittelbudgets und durch die mit der „Off-Label-Use“-Problematik verbundenen Zulassungsbegrenzungen neuer Medikamente hat das Risikopotenzial der Pharmakotherapie für Arzt und Patient in jüngster Zeit weiter zugenommen. Unter „Off-Label-Use“ versteht man die Anwendung eines zugelassenen Arzneimittels außerhalb der von den nationalen und europäischen Zulassungsbehörden genehmigten Anwendungsgebiete.

Grundsatzreferate befassten sich mit der Risikoabschätzung aus statistischer Betrachtung und der Arzthaftung aus juristischer Sicht, ergänzt durch Behandlungsfehlerstatistiken.

Die Vorträge über den gegenwärtigen Stand der ärztlichen Qualitätssicherung und der Behandlungsfehlerprävention verdeutlichten, in welchem Umfang die Ärzteschaft zur Senkung des ärztlichen Risikopotenzials in jüngster Zeit tätig ist.

Bereits beim ärztlichen Aufklärungsgespräch kann es bei der Risikoabschätzung zu gravierenden Fehlinterpretationen kommen. Herr Prof. Dr. phil. Gerd Gigerenzer, Max Planck Institut Berlin, sprach von Zahlenblindheit vieler Ärzte. Mit der Risikoangabe als Häufungen und nicht als Verhältniszahlen sei der Arzt bei seinen Kalkulationen „auf der sicheren Seite“.

Nach Beurteilung von Herrn Prof. Gigerenzer sind die meisten Patienten systematisch falsch informiert über die Vor- und Nachteile der Krebsfrüherkennung (Mammografie, PSA-Test). Die möglichen Vorteile des Mammografie-Screenings werden weit überschätzt, da diese meist in verwirrender Form kommuniziert werden, nämlich als relative Risikoreduktion „Screening reduziert die Brustkrebssterblichkeit um 25 Prozent“. Nur ein Prozent der Deutschen versteht, dass diese 25 Prozent im Klartext (absolute Risikoreduktion) etwa „1 in 1000“ bedeutet. Die meisten Ärzte seien daher gewissermaßen zahlenblind. Aufgrund ihrer mangelnden Ausbildung in Risikokommunikation seien sie kaum in der Lage, Risiken zu verstehen und den Patienten zu erklären. Nach Meinung von Herrn Prof. Gigerenzer hat diese kollektive Verwirrung eine Lösung: transparente Risikokommunikation.

Herr Prof. Dr. jur. Hans-Ludwig Schreiber, Institut für Kriminalwissenschaften der Universität Göttingen, maß in seinem Referat über den haftungsrechtlichen Rahmen der ärztlichen Behandlungsfehler dem ausführlichen und gewissenhaften Aufklärungsgespräch zur Minderung des ärztlichen Risikos hohe Bedeutung bei. Arzthaftung ist keine Gefährdungshaftung. Der Arzt haftet grundsätzlich nicht für die Gefahren und Risiken seiner Tätigkeit, sondern nur

nach Vertrag und unerlaubter Handlung für verschuldete, durch objektive Sorgfaltspflichtverletzung eingetretene Schäden. Als Prinzip gilt, dass der Arzt nur wenn er gegen den medizinischen Standard verstoßen hat, gegen das, was ein durchschnittlich qualifizierter Arzt nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Praxis seiner Zeit zu leisten hat, muss er den daraus entstandenen Schaden ersetzen. Herr Prof. Dr. Schreiber setzte sich mit den Formeln für die erforderliche Aufklärung auseinander. Die Aufklärung ist das Mittel, das Risiko des Fehlschlagens der Behandlung, wenn es nicht schuldhaft ist, auf den Patienten zu übertragen und den Arzt zu entlasten. So erfolgt Risikoaufklärung nicht nur zum Schutze des Patienten, sondern auch im Interesse des Arztes.

Zur Frage der Häufigkeit vermuteter und verifizierter ärztlicher Behandlungsfehler wurde aus unterschiedlichen Berufsperspektiven – aus Sicht der Schlichtungsstelle, des Gerichtsmediziners, des Strafrechtlers, des Haftpflichtversicherers und des MDK – Stellung bezogen. Von spektakulären Behandlungsfehlern – Amputation der falschen Extremität, Entfernung des nicht erkrankten Organs (Niere), ENUKLEATION eines gesunden Auges – wurde berichtet. Über die Gesamtzahl der Behandlungsfehler liegen für die Bundesrepublik Deutschland keine verlässlichen Angaben vor, noch viel weniger für fehlerbedingte Gesundheitsschäden.

Die Bundesärztekammer nimmt nach Aussage von Herrn Prof. Dr. med. Walter Schaffartzik, Unfallkrankenhaus Berlin, an, dass Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen in Deutschland etwa ein Viertel aller vermuteten Arzthaftungsfälle bearbeiten. Im Jahr 2006 haben die Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen 12634 Behandlungsfehlerwürfe bearbeitet. 3211 Würfe der Patienten bezogen sich auf die Durchführung einer operativen Therapie. Weitere Informationen über die Ergebnisse der Schlichtungsstellen finden Sie unter www.baek.de. Die Begutachtung strafrechtlich rele-

vanter Behandlungsfehlervorwürfe, insbesondere in Fällen mit letalem Verlauf, erfolgt nach wie vor konzentriert in der Rechtsmedizin, da bei Todesfällen zunächst durch die Obduktion Grundleiden und Todesursache objektiv abzuklären sind und erst auf dieser Basis differenziert zur Frage eines Behandlungsfehlers und seiner Kausalität für den Todeseintritt Stellung genommen werden kann. Nach den Angaben von Herrn Prof. Dr. med. Burkhard Madea, Institut für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Bonn, war Anlass des staatsanwaltlichen Ermittlungsverfahrens mit Anordnung einer gerichtlichen Obduktion in der Regel die Qualifikation der Todesart als nicht geklärt oder nicht natürlich in der Todesbescheinigung. Zwischen klinisch in der Todesbescheinigung dokumentierten und autoptisch objektiv festgestellten Todesursache bestehen auch in Zeiten einer zunehmend verfeinerten apparativen Diagnostik nach wie vor erhebliche Diskrepanzen. Herr Prof. Dr. Madea empfahl allen Ärzten in Klinik und Praxis bei unerwarteten Todesfällen in Zusammenhang mit ärztlichen Maßnahmen im eigenen Interesse eine behördliche Todesursachenklärung anzustreben.

Das Organisationsverschulden hat an Bedeutung gewonnen. Herr Dr. jur. Christoph Jansen, Vorsitzender des Prüfungsausschusses zum Fachanwalt für Medizinrecht der Rechtsanwaltskammer Düsseldorf, erläuterte Gerichtsurteile im Zusammenhang mit Organisationsproblemen im Krankenhaus. Der Hinweis auf Personal-mangel ist beispielsweise keine Entschuldigung für Personenschäden, notfalls sind Operationsräume oder Stationen zu schließen. Der Facharztstandard ist „rund um die Uhr“ zu gewährleisten. Kein Operationseinsatz eines Arztes und des Operationspersonals bei Übermüdung nach vorgegangenem Nachtdienst. Erforderlich ist eine zeitnahe Information über therapeutische Konsequenzen aus der Krankenhausbehandlung an den nachbehandelnden Arzt.

Auch bei der Delegation ärztlicher Verantwortung auf nicht ärztliches Personal und beim Umgang mit Medizingeräten ohne entsprechende

Fachkunde kann es zu einer Steigerung des ärztlichen Risikopotenzials kommen.

Grundsätzlich nicht delegationsfähig sind nach Dienstvertragsrecht und unter Berücksichtigung der gemeinsamen Auffassungen der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer über die Anforderungen an die persönliche Leistungserbringung Verrichtungen, die wegen ihrer Schwierigkeiten, ihrer Gefährlichkeit oder wegen der Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen ärztliches Fachwissen voraussetzen und deshalb vom Arzt persönlich, also eigenständig durchzuführen sind. Hierzu zählen nach Meinung von Herrn Dr. jur. Albrecht Wienke, Köln, insbesondere alle operativen Eingriffe, schwierige Injektionen, Infusionen und Blutabnahmen sowie die ärztlichen Untersuchungen, Diagnostik und die ärztliche Beratung des Patienten.

Zwischenfälle beim Einsatz von Medizingeräten werden zu 70 Prozent nach Angaben von Herrn Prof. Dr. med. Wolfgang Friesdorf, Technische Universität Berlin, auf menschliches Versagen zurückgeführt: unsachgemäßer Einsatz von Medizingeräten, Fehler in der Handhabung, in der Bedienung, in der Überwachung und im Service. Die Ergonomie (Arbeitswissenschaft) stellt Modelle und Methoden zur Verfügung, um auch in komplexen Arbeitssystemen den fehlerhaften Umgang mit Medizingeräten zu minimieren und ein Höchstmaß an Sicherheit zu gewähren.

Patienten, die einen Behandlungsfehler vermuten, können die Behandlung durch verschiedene Institutionen kostenlos überprüfen lassen. Neben den Gutachterkommissionen/Schlichtungsstellen der Ärztekammern wird seit der Verabschiedung des Gesundheitsreformgesetzes vom 20. 12. 1988 zunehmend der Medizinische Dienst der Krankenversicherung in Anspruch genommen. Herr Prof. Dr. med. Ralf Lemke, Leiter der bundesweiten MDK Arbeitsgruppe „Forum MedJur“, berichtete, dass im Jahr 2006 von der MDK-Gemeinschaft bundesweit 13687 Begutachtungsaufträge bearbeitet wurden. Zu beachten ist, dass Begutachtungsaufträge ausschließlich durch gesetzliche Kranken-/Pflegekassen erteilt werden können, Patienten und Patientenanwälte sind nicht antragsberechtigt.

aufträge ausschließlich durch gesetzliche Kranken-/Pflegekassen erteilt werden können, Patienten und Patientenanwälte sind nicht antragsberechtigt.

Die zunehmende staatliche Reglementierung auf dem Gebiet der Arzneimittelverordnung unter dem Einfluss ökonomischer Zwänge ist ebenfalls nicht frei von Risiken.

Die Ärzteschaft ist weiterhin umfassend bemüht, mithilfe ärztlicher Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Gefährdungsminderung im Gesundheitswesen beizutragen.

Einen „Aktionsplan 2008/2009 zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit“ hat das Bundesministerium für Gesundheit auf dem 2. Kongress für Patientensicherheit bei medikamentöser Therapie vorgestellt. Trotz eines guten Standes der Arzneimitteltherapiesicherheit treten auch in Deutschland bei der medikamentösen Behandlung unerwünschte Arzneimittelwirkungen auf, die vermeidbar wären. Das Bundesministerium für Gesundheit unterstützt deshalb nachdrücklich die Anstrengungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und des Aktionsbündnisses Arzneimittelsicherheit, die Arzneimitteltherapie sicherer zu machen. Schwerpunkte des Aktionsplanes sind nach Darstellung von Herrn Prof. Dr. med. Bruno Müller-Oerlinghausen, Ordentliches Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft:

- eine bessere Sicherheitskultur für Arzneimitteltherapiesicherheit in Fachkreisen zu etablieren und dabei Patienten einzubeziehen,
- die Informationen über Arzneimittel zu verbessern,
- die Entwicklung und der Einsatz von Strategien zur Risikovermeidung bei der Anwendung von Arzneimitteln,
- die Förderung der Forschung auf dem Gebiet der Arzneimitteltherapiesicherheit.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug
Vorsitzender des Redaktionskollegiums
„Ärzteblatt Sachsen“
Dr. jur. Alexander Gruner
Leiter der Rechtsabteilung

48 Jahre Landarzt in Mittelsachsen

Nun hat Dr. Helmut Knoblauch endlich nachgegeben und einen vielfach an ihn gerichteten Wunsch erfüllt. Der Allgemeinmediziner und Schriftsteller-Arzt, Vorsitzender der Landesgruppe Sachsen im Bundesverband Deutscher Schriftsteller-Ärzte, lässt sein bisheriges reiches Arztleben an dem interessierten Leser vorüberziehen. Es sind Memoiren einer außergewöhnlichen Persönlichkeit aus dem Teil unseres Landes, der nach langem Irrweg schließlich zum größeren Deutschland zurückgeführt hat. „Ich will hierbleiben und nicht rübermachen“. Das war sein fester Entschluss, nachdem er, geboren 1926 und im behüteten Elternhaus aufgewachsen, seine Jugend im Nationalsozialismus verbrachte hatte, verführt von einer Ideologie, die er so recht nicht einordnen konnte. Seine Jugendzeit war reich an Streichen im Freundeskreis, ehe er über die Stationen als Luftwaffenhelfer und im Reichsarbeitsdienst in das Inferno des Zweiten Weltkriegs hineingerissen wurde. Er schildert das für ihn „furchtbare Erleben an vorderster Front“, deren Zusammenbruch ihn schließlich heil nach Hause entlässt. Der Leser erfährt die Nöte nach dem verlorenen Krieg und mit welcher Energie der Heimkehrer nach dem Abschluss der Schule sein Medizinstudium im Sozialismus beginnt. Einprägsam führt er durch die Wirren und entbehrungsreiche erste Nachkriegszeit und lässt uns neben sich Platz nehmen an der Verwirklichung seines Zieles, Arzt zu werden, praktizierender Arzt, „am liebsten auf dem Lande“.

Wer Helmut Knoblauch in seiner Eigenschaft als erfolgreichen und beachtenswerten Literaten kennt,

legt seinen Ersten Band nur aus der Hand, um gleich nach dem Zweiten zu greifen. Dem „Früh krümmt sich, was ein Landarzt werden will“ folgt sein „Landarztbericht“, dem eine eingehende Begründung, warum gerade diese Berufssparte ihn reizt, vorausgeht. Seinen akademischen Lehrern, alle bekannte Größen in der Medizin, ist voller Hochachtung vor ihnen ein gebührender Platz in seinem Zweiten Band gewidmet.

Mit Spannung verfolgt man seine Jungarztlaufbahn, die ihn seinem Ziel, einmal ganz vorne in der Medizin dem Menschen im Alltag zu begegnen, näher bringt. Schließlich landet er, systembedingt, als Leiter eines Landarztambulatoriums, in dem er seine organisatorischen und rein ärztlichen Fähigkeiten ausüben und ausleben kann. Es ist einleuchtend, dass die im Gesundheitswesen der „Deutschen Demokratischen Republik“ auf ihn aufmerksam wurden und ihn dank seiner außergewöhnlichen und vielseitigen Fähigkeiten für das System einzunehmen versuchten. Diesen Absichten hielt er stand. Lediglich die Funktion eines stellvertretenden Kreisarztes schien ihm geeignet, anderen Versuchungen zu widerstehen. Der Leser erhält dann tiefe Einblicke in die Beziehungen zwischen den Mitmenschen in ihren körperlichen und seelischen Nöten und ihren Ärzten, letztlich Hilfsanker in einem ungeliebten Regime. Helmut Knoblauch muss sich hin und wieder vor staatlichen Stellen verantworten und weiß, dass Stasi-Spitzel auf ihn angesetzt sind. Oft hat der Arzt aus Leidenschaft, der hoch gebildete im hippokratischen Sinne wirkende Bürger eines ungeliebten deutschen Teilstaates darüber nachgedacht, ob ihm sein sehnlichster Wunsch noch zu Lebzeiten erfüllt würde, als Arzt in einem gesamtdeutschen Staat zu leben und zu wirken. Es sind jetzt 15

Jahre her, seitdem er auch seinem Hobby nachgehen kann und in seiner ihm eigenen offenen Sprache und viel beachtet in der Familie deutscher Schriftsteller-Ärzte aufgeht. Wir haben ihn oft gefragt, wie es denn „drüben“ wirklich war, das Patienten-Arzt-Verhältnis, haben Polikliniken abgelehnt und das notwendige persönliche Verhältnis zwischen Patient und Arzt in den Vordergrund gestellt. „Wir haben das schon hingekriegt“, war seine Antwort, und viele, die sein ärztliches Wirken kannten, haben uns das bestätigt.

Für ihn ganz selbstverständlich war sein Einblicknehmen in seine Stasi-Akte. Er reichte mir einen Zettel, auf dem es heisst (Auszug aus der Akte):

„Dr. K. kenne ich seit etwa 10 Jahren und bin recht gut mit ihm ausgekommen.“

Dr. K. ist ein schlauer ausgekochter Fuchs, ein ausgezeichnete Organisator und Statistiker...

...man muss ihm rühmend nachsagen, dass er sein Landambulatorium bestens organisiert hat, ebenso wie sämtliche Gemeindegewerkschaften, die dem Landambulatorium unterstehen...

...ich konnte mich vom tadellosen Funktionieren sämtlicher Stellen überzeugen.“

Helmut Knoblauch gebührt Dank für sein geschlossenes Werk der Zeitgeschichte, für seine Offenheit und Genauigkeit, mit der er all das benennt und anspricht, was den ärztlichen Berufsstand im Allgemeinen und hier im Besonderen angeht. Seinem Werk wünsche ich die verdiente Aufmerksamkeit und Verbreitung.

Prof. Dr. med. Horst Joachim Rheindorf
Präsident des Bundesverbandes Deutscher
Schriftsteller-Ärzte

Prof. Dr. med. habil. Burkhard Knopf zum 65. Geburtstag



Am 10.3.2008 feierte Herr Prof. Dr. Knopf seinen 65. Geburtstag.

Geboren 1943 in Neuhaus am Rennweg, verbrachte er seine Kindheit und Jugend in Thüringen. Nach dem Abitur begann er 1961 mit dem Studium der Humanmedizin an der Martin-Luther-Universität Halle. Er erhielt 1968 die Approbation als Arzt. Sein Wunsch, eine Facharztausbildung zum Internisten zu beginnen, ging nicht in Erfüllung. Er begann im Oktober 1968 die Weiterbildung zum Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten an der Universitäts-Hautklinik in Jena. Noch im gleichen Jahr promovierte er zu einem urologisch-onkologischen Thema.

Schon in der Zeit der Facharztausbildung veröffentlichte Herr Prof. Knopf erste wissenschaftliche Arbeiten zu antinukleären Faktoren. Dieses Interesse an immunologischen Themen hat ihn nie wieder losgelassen, er ist auch heute ein gern konsultierter Spezialist bei immunologisch-dermatologischen Fragestellungen.

1973 erhielt Burkhard Knopf die Anerkennung als Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten, 1974 erfolgte die Oberarzt-Ernenennung an der Universitäts-Hautklinik Jena. Diese Stellung, dann auch als 1. Oberarzt und Vertreter des Chefs, sollte er bis 1994 beibehalten.

Vom Oktober 1975 bis März 1976 absolvierte er ein Zusatzstudium an der Universitäts-Hautklinik in Szeged/

Ungarn, um sich auf dem Gebiet der Dermatoimmunologie fortzubilden.

1980 verteidigte Prof. Dr. Knopf seine Promotion B zum „Dr. sc. med.“ erfolgreich auf dem Gebiet der Dermatologie und Venerologie. Damit verbunden war der Erhalt der Lehrbefugnis „Facultas docendi“ für das Fachgebiet der Haut- und Geschlechtskrankheiten.

1981 wurde er zum Hochschuldozenten und 1986 zum außerordentlichen Professor an der Friedrich-Schiller-Universität berufen.

In den 80-er Jahren widmete er sich neben allergologisch-berufsdermatologischen Fragen der Psoriasis und hier besonders die Psoriasis Arthritis. Das Buch „Psoriasis und Gelenkerkrankungen“ wurde im Gustav-Fischer-Verlag mit den Co-Autoren U. Wolina und G. Hein herausgegeben.

Herr Prof. Dr. Knopf hielt mehr als 300 Vorträge, sein wissenschaftliches Werk umfasst mehr als 200 Veröffentlichungen. Er war zu universitären Zeiten ein bei den Studenten beliebter Hochschullehrer, der sich damals, wie auch heute, um eine sehr lebensnahe Ausbildung bemüht.

Unter seiner Leitung wurden 35 Dissertationen und eine Habilitationsarbeit erfolgreich abgeschlossen.

Im Jahr 1994 übernahm Burkhard Knopf, nach 26 Jahren Universität Jena, die Hautklinik am Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau. Unter seiner chefürztlichen Leitung entstand in sehr kurzer Zeit eine gut eingerichtete, voll funktionsfähige Klinik mit 35 Betten. Die Laborbereiche Mykologie/Andrologie, Immunologie und Allergologie wurden ausgebaut. Durch Neuanschaffung von Geräten wurde die Lichtabteilung auf den neusten technischen Stand gebracht, die Sonografie, phlebologische Diagnostik und Lasertherapie wurde etabliert. Er setzte sich für die Erweiterung der operativen Therapiemöglichkeiten der Hautklinik ein und legte besonderen Wert auf entzündliche Dermatosen, Autoimmunerkrankheiten und die Dermatoonkologie. Über die Grenzen Zwickaus hinaus bekannt ist das von ihm aufgebaute Melanomdispensaire.

Er pflegte seit Beginn seiner chefürztlichen Tätigkeit sehr kollegiale und freundschaftliche Kontakte zu den niedergelassenen Dermatologen, sodass Zwickau zu einem gern in Anspruch genommenen Konsultationspunkt wurde.

2004 erfolgte unter Leitung von Herrn Prof. Dr. Knopf der Umzug aus der „Wald“ Klinik in die neue Hautklinik im zentralen Klinikum mit deutlich besseren Lebens- und Arbeitsbedingungen für Patienten und Personal.

Aber nicht nur in Zwickau, sondern auch über dessen Grenzen hinaus hat sich Prof. Dr. Knopf engagiert. Er ist Vorstandsmitglied der Sächsischen Dermatologischen Gesellschaft, war bis 2007 Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer und ist seit 1994 Gutachter in Haftpflichtfragen sowie seit 2007 Mitarbeiter im Sachverständigenrat der Gutachterstelle der Sächsischen Landesärztekammer. Gleichfalls arbeitet er im Vorstand des Südwestsächsischen Tumorzentrums mit.

B. Knopf ist Mitglied nationaler und internationaler Fachgesellschaften, unter anderem der Deutsch-ungarischen Gesellschaft.

Herr Prof. Knopf ist ein streitbarer Geist, der nie gewillt scheint, sich gerade vorhandener Meinungen anzupassen. Er fordert von sich und seinen Mitarbeitern, die Dinge kritisch zu hinterfragen. Seine Patienten, Schüler und Kollegen sind dankbar für sein mitreißendes Engagement, seine Kompetenz und vor allem für seine Menschlichkeit und Kollegialität im Umgang mit den Kollegen.

Wir wünschen unserem Lehrer alles Gute, weiterhin beste Gesundheit und viel Freude mit Ehefrau, Kindern und Enkelkindern sowie Entspannung und Erholung in seinem geliebten Wandergebiet Südtirol.

Dr. med. Dirk Mechtel
Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau gGmbH
Karl-Keil-Straße 35
08060 Zwickau

Prof. Dr. med. Hermann Eberhard Friedrich Richter (1808 – 1876)

1. Teil

Im Jahre 1990, im Jahre des Untergangs der DDR, fanden sich sächsische Ärzte zusammen, um eine demokratische Ärzteorganisation, eine Ärztekammer zu gründen, um Mitbestimmung in Fragen der Gesundheitspolitik und die Selbstverwaltung der Ärzteschaft wahrnehmen zu können.

Zunächst orientierten sie sich an Aufbau und Funktion der Ärztekammern der alten Bundesländer. Beim Studium der Geschichte von Ärzteverbänden entdeckten damals der Gründungspräsident der neuen Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Heinz Diettrich, und der jetzige Präsident, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, mit freudigen Erstaunen, dass Sachsen bereits im 19. Jahrhundert in der Bewegung demokratischer Ärzteverbände eine Vorreiterrolle eingenommen hatte und der Gründungsvater des Deutschen Ärztevereinsbundes, gegründet 1873 beim Ersten Deutschen Ärztetag in Wiesbaden, ein Dresdner war, nämlich Prof. Dr. Hermann Eberhard Friedrich Richter.

In unserem „Ärztblatt Sachsen“, Sonderheft zum 96. Deutschen Ärztetag 1993 in Dresden, berichtete Jan Schulze im Aufsatz „Zur Geschichte und Entwicklung Ärztlicher Standesorganisationen in Sachsen“ (S. 8 bis 12) ausführlich darüber und speziell über Richter. Im Jahre 1996 beschloss die Sächsische Landesärztekammer die Stiftung einer Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille, die für Verdienste für die sächsische Ärzteschaft vergeben wird. Die 200ste Wiederkehr des Geburtstages des Namensgebers der Auszeichnung sei Anlass, einen kurzen Abriss seines Lebenswerkes vorzustellen.

Hermann Eberhard Friedrich Richter, geboren 14. Mai 1808, entstammte einer Leipziger Kaufmannsfamilie. Er besuchte zunächst, wohl auch für den väterlichen Beruf bestimmt, eine private kaufmännische Lehranstalt,

die mit ihrem Unterrichtsprofil, Naturwissenschaften, lebenden Sprachen, Sport und praktischen Übungen uns sehr modern anmutet.

Als er sich mit einigen Schulkameraden für ein späteres Medizinstudium entschied, war ein Schulwechsel nötig. Für ein solches Studium war das Abitur eines klassischen Gymnasiums erforderlich. Er kam in die Tertia des Leipziger Nicolaigymnasiums, wo er eine „dumpfe, scholastische Atmosphäre“ vorfand. Aus diesem Kontrasterlebnis leitet sich das Motiv für die später immer wieder vom ihm geforderte Gymnasialreform her. 1826 ließ er sich in Leipzig für das Medizinstudium immatrikulieren, das er jedoch nach zwei Jahren, trotz „rühmlichst bestandenen Baccalaureatsexamen“, abbrechen musste. Die Eltern waren inzwischen verarmt und konnten ihm keine Unterstützung mehr geben. Hilfe und Unterkommen fand er beim Privatdozenten und späteren Medizinprofessor Albert Braune (1799 bis 1848), der ihn in sein Haus aufnahm. Er assistierte ihm bei Vorlesungen, verfasste Repetitorien in Botanik und Pharmazie und half ihm in der Armenpraxis mit. Eine ähnliche Stellung, als Famulus, hatte er anschließend noch 1830 bis 1834 in Dresden beim königlichen Hofarzt Prof. H. L. Francke (1785 bis 1853). Während dieser Studienjahre bearbeitete H. E. Richter botanische Themen: So gab er zusammen mit seinem Studienfreunde G.T. Klett (1805 bis 1827) eine „Flora der phanerogamischen Gewächse der Umgegend von Leipzig“ (Leipzig 1830) heraus. 1835 bis 1840 erschienen noch in mehreren Lieferungen noch Richters kritische Neubearbeitung von Linne's Pflanzentaxonomie (Caroli Linnaei Systema plantarum .. editio critica, Leipzig 1835 bis 1840) – beide Werke brachten ihm früh den Ruf eines gelehrten Botanikers ein. Nun, erst 1834, konnte Richter sein Rigorosum in Leipzig ablegen und seine Dissertation (mit dem Titel: De via analytica in cognitione medica) vorlegen. Durch diesen verzögerten Studienablauf hatte er aber bei hochgebildeten Medizinern wertvolle Lehrjahre erfahren sowie auch Erfahrungen im



Rietschel, O. Bildnis: Prof. Dr. med. Hermann Eberhard Friedrich Richter, Städtische Galerie Dresden, Foto: Deutsche Fotothek, SLUB Dresden

akademischen Lehrbetrieb erworben. H. E. Richter ließ sich 1834 in Dresden als Arzt nieder.

1837 war an der Dresdner Chirurgisch-Medizinischen Akademie ein Lehrstuhl vakant geworden. Prof. F. A. v. Ammon (1791 bis 1861) hatte eine Leibarztstelle am königlichen Hofe übernommen. Für diese Professur wurde der nun 29-jährige Richter nach einem Auswahlverfahren berufen. Eindruck hatten seine rhetorische Klarheit, seine Veröffentlichungen und wohl auch die Fürsprache seiner bisherigen Gönner gemacht. Er übernahm den Lehrstuhl für „theoretische Heilkunde“ und die Leitung der inneren Poliklinik. Die damalige Dresdner Akademie war, nach heutigen Begriffen, eine Art Fachschule, die „Ärzte zweiter Klasse“ für den Armeedienst und das Land sowie medizinische Hilfskräfte, Hebammen und ähnliches auszubilden hatte. Zu diesem Zweck war sie recht großzügig ausgerüstet, dass sie den Neid mancher medizinischer Fakultäten erregen konnte. Es gab zehn Lehrstühle, die oft von namhaften Fachleuten besetzt waren. Zu nennen sind hier C. G. Carus (1789 bis 1869), L. Choulant (1791 bis 1861), F. A. v. Ammon (1799 bis 1861) und B. W. Seiler (1779 bis 1843). Man hatte eine chirurgische und eine innere Klinik von je 20 Betten, eine geburts-hilfliche Abteilung, einen botanischen Garten usw. Die Institute befanden sich im Kurländer Palais (dessen Wiederaufbau nach der Zerstörung 1945 zurzeit im Gange ist), und in dessen Nachbarschaft.

Für die Aufnahme der „Zöglinge“ wurde kein klassisches Abitur verlangt, auch war die Ausbildung zum Arzt 2. Klasse kürzer, wesentlich billiger als ein akademisches Studium auf einer Universität. Die Ausbildung zum Militärarzt, die unser Dichter Friedrich Schiller (1759 bis 1805) an der Karlsschule in Stuttgart erfahren hatte, mag ähnlich der in Dresden gewesen sein. Die Ausbildung von Ärzten verschiedener niederer Klassen wurde zunehmend als obsolet angesehen, deshalb wurde die Dresdner Akademie im Zuge der Medizinalreform 1864 auch aufgelöst. Die Durchdringung der überlieferten Medizin durch die sich stürmisch entwickelnden Naturwissenschaften machte in den 30-iger und 40-iger Jahren große Fortschritte, die Medizin löste sich allmählich von der Naturphilosophie. Von bestimmendem Einfluss waren unter anderen der Berliner Physiologe Johannes Müller (1801 bis 1858) und die sogenannte „Jüngere Wiener Schule“ mit dem Pathologen C. v. Rokitsanski (1804 bis 1878) und dem Kliniker J. Skoda (1805 bis 1881). Richter besuchte einige Male die Wiener Fakultät und beschreibt sie begeistert, als „die Stätte, von der Licht ausgeht.“ Als der Jüngste im Dresdner Professorenkollegium wurde er der entschiedenste Verfechter der neuen Medizin.

In Sachsen galt das alteingeführte „Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie“ von L. Choulant (1. – 3. Aufl. Leipzig 1831/1838), Richter übernahm seine Überarbeitung und Neuherausgabe. Es wurde ein völlig neues Lehrbuch, das die Lehren der Jüngeren Wiener Schule, für die praktische Medizin aufgearbeitet, darstellte. Es wurde so etwas wie ein Standardlehrbuch der neueren Medizin, das zum Beispiel auch in Wien für die Ausbildung empfohlen wurde. Die erste Auflage erschien, noch unter dem Titel „Choulants Lehrbuch, neubearbeitet von H. E. Richter“ in zwei Bänden 1845/46, drei weitere jeweils neubearbeitete Auflagen erschienen, jetzt nur noch unter dem Namen H. E. Richter 1853, 1855/56 und 1860.

Eine systematisch anzuwendende physikalische Diagnostik wurde gelehrt, wie überhaupt eine didaktische Straffheit das Werk durchzieht: „Man schärfte dem angehenden Kliniker die ideale Form des Krankenexamens ein!“ – so nannte man Anamnese, Status und Epikrise.

In der Wiener Schule kam die Therapie zunächst wenig zum Zuge. Ja, man zweifelte im Sinne des „therapeutischen Nihilismus“ an der Möglichkeit, Krankheiten, deren Endstadien man auf dem Sektionstisch sah, therapeutisch beeinflussen zu können. Richter sah diesen Mangel, betonte immer wieder, dass das Helfen die wichtigste ärztliche Aufgabe sei: Die Fragen der Therapie wurden für ihn das große Thema. Die Therapie müsse als selbstständige Wissenschaft ausgebildet werden. Die phänomenologische Betrachtung der Naturheilung sei der Schlüssel zur Therapie. Da zu seiner Zeit eine kausale Therapie nur selten möglich war, zeigte er auf, dass 50 bis 70 Prozent der Heilerfolge durch „Funktionspflege“ des Organismus erzielt werden könnten, und die meisten bekannten und üblichen Heilmittel nur eine symptomatische Wirkung zeigten. Systematische Studien über Therapiemethoden werden gefordert – moderne Gedanken, die noch 100 Jahre später aktuell sein sollten. Seine Therapie besteht vor allem in diätetischen Empfehlungen, medizinischer Gymnastik, Licht- und Sonnenbädern, thermischen Anwendungen, Lagerung usw., während die damals bekannten Pharmaka sehr kritisch gesehen wurden. Sein „Bericht über Fortschritte der allgemeinen Therapie und Pharmakologie 1841 bis 1843“ (Bd. 8. Encykl. ges. Med., Leipzig 1844) und seine sechsmalige Herausgabe von Sächsischen Arzneiaschenbüchern (1842 bis 1871) zeigen ihn als Kenner der therapeutischen Möglichkeiten seiner Zeit.

Eine Zusammenfassung seines Therapiethemas bietet dann noch das „Organon der physiologischen Therapie“ (Leipzig 1850), das auch in niederländischer (1851) und polnischer Sprache (1856) Verbreitung fand.

1834 gründete Richter mit den jungen Ärzten Robert Küttner (1809 bis 1886), Otto Kohlschütter (1807 bis 1853) und (dem späteren Chefchirurgen im Krankenhaus Friedrichstadt) Eduard Zeis (1807 bis 1868) eine Poliklinische Kinderheilstätte, die erste dieser Art in Sachsen. Dieses Kollegium bildete 1842 mit weiteren Ärzten den Ärztlichen Verein zu Dresden, der die Keimzelle ärztlicher Standesorganisationen in Sachsen wurde. Zunächst wollte man nur durch freundschaftliche Annäherung ein kollegiales Verhältnis schaffen. Bald diskutierte man Fragen der Medizinalreform und nahm die Forderung nach Mitbestimmung der Ärzteschaft in allen Fragen des Medizinalwesens ins Programm auf.

Es ist die Zeit des „Vormärz“, da in allen Bereichen das Recht auf Mitbestimmung eingefordert wurde. Revolutionäre Gedanken, dass man sich nicht mehr durch einen Obrigkeitsstaat regieren lassen wollte, verbreiteten sich durch die sich schnell entwickelnden Kommunikationsmöglichkeiten, Tagespresse, Telegraph, Eisenbahnen, überall. Die ärztlichen Vereine, inzwischen hatte sich auch ein Leipziger Ärzteverein gebildet, sind im Zusammenhang mit den Demokratiebestrebungen dieser Zeit zu sehen. Auch in anderen Ländern des Deutschen Bundes, so in Preußen, mit R. Virchow (1821 bis 1902) und R. Leubuscher (1821 bis 1861), bildeten sich ärztliche Reformvereine.

Von einer Reise 1844 nach Dänemark und Schweden brachte Richter die Erfahrung mit, dass dort Ärzteverbände ein Mitspracherecht in Medizinalfragen im Staate ausübten. Diese Erfahrungen flossen in die Meinungsbildung und Forderungen des Dresdner Ärztlichen Vereins ein, die Richter mehrfach publizierte.

Ein einheitlicher ärztlicher Stand wurde gefordert, was die Abschaffung der Ärzte 2. Klasse und der Wundärzte und letztlich auch die Schließung der Dresdner Chirurgisch-Medizinischen Akademie beinhaltete, man forderte die öffentliche Ausschreibung aller Stellen der Medizinalverwaltung und das Mitspracherecht der in Ärztevereinen organisierten Ärzteschaft in allen Medizinalfragen

bei der Staatsregierung. Besonders der letzte Punkt, das Mitspracherecht der organisierten Ärzteschaft, war die Forderung Richters, die er immer wieder kompromisslos vertreten sollte. Von diesen Vereinen wurde nun 1848/49 ein „Medizinisches Reformblatt für Sachsen“ herausgegeben. Jetzt konnte man damit zu einem ersten Sächsischen Ärztlichen Vereinstag nach Dresden einladen, der im Stadtverordnetensaal am 20. August 1848 stattfand. Über 100 Ärzte aus Sachsen kamen zusammen, man diskutierte und bekannte sich zu den oben angeführten Forderungen und wählte einen fünfköpfigen ständigen „Ausschuss Sächsischer Ärzte“. Dem Ausschuss gehörten neben H. E. Richter der uns schon von der Kinderpoliklinik bekannte R. Küttner und der Bezirksarzt C. O. Seidenschnur (1818 bis 1850) an. Dieser erste Sächsische Ärztetag am 20. August 1848 könnte man als ein Gründungsdatum einer Sächsischen Ärztekammer sehen, auch wenn die geforderte Anerkennung von der Sächsischen Staatsregierung noch verweigert wurde. Auf seiner Schwedenreise 1844 hatte Richter auch das Gymnastische Zentralinstitut von Prof. P. H. Ling (1776 bis 1861) in Stockholm kennen gelernt. Diese schwedische Gymnastik war bis dahin weitgehend unbekannt und Richter publizierte darüber mehr-

fach. Er erkannte ihre große Bedeutung für Prophylaxe und Therapie. Dieses Thema brachte ihn in Kontakt mit der Turnbewegung, die in den 40-er Jahren großen Aufschwung nahm. In den Turnvereinen, die meist eine demokratische Geselligkeit pflegten, trat er oft auf. Seine dort gehaltenen Vorträge, zum Beispiel „Über weibliche Schönheit vom Turnärztlichen Standpunkte“, „Über ein Heilmittel, das man aber nicht zu Hause haben kann“ (Wandern), „Über Volksbewaffnungsfrage“ zeigen ihn als Volksredner mit Humor, dem auch die „medizinische Volksbelehrung“ wichtig war.

Gemeinsam mit seinem Freunde, dem Alphilologen und Kreuzschullehrer Dr. H. Köchly (1815 bis 1876) gründete Richter 1846 den Dresdner Gymnasialverein. In diesem Verein leitete Richter die Sektion für Turnen, Reisen und Naturwissenschaften. Er hielt aber die damaligen Gymnasien nicht für reformfähig. Er forderte den Ausbau von Realgymnasien, die auch als Vorbildung für künftige Mediziner zugelassen werden sollten. Dass er für die Einführung von Leibesübungen in allen Schulen eintrat, versteht sich fast von selbst. In der Akademie wurden Richters Tätigkeiten seit 1844 erweitert, da er Vorlesungen des älteren Prof. L. Choulant übernahm. Zwischen bei-

den, die letztlich verschiedenen Medizinepochen verkörperten, kam es zu erheblichen fachlichen, aber auch politischen und persönlichen Differenzen. Diese verhinderten auch die Weiterbeschäftigung von Richter nach dem Jahre 1851 an der Akademie.

1848 ließ sich Prof. Richter zum Dresdner Stadtverordneten wählen. Seine vielfältigen Aktivitäten und seine Arbeitsleistung in diesen Jahren sind erstaunlich, er war in Dresden in den Revolutionsjahren ein sehr populärer Mann.

Aus dem Jahre 1849 stammen auch die beiden Bildnisse, die wir von ihm kennen. Das eine (Abb. 1) ist ein Ölbild des Malers Otto Rietschel (1822 bis 1887), ein Brustbild, mit Vollbart, auf dem H. E. Richter den Betrachter selbstbewusst anblickt. Es befindet sich in der Städtischen Galerie Dresden. Das andere ist eine Lithographie von Georg Weinhold (1813 bis 1880), die ihn sitzend darstellt. Dem Bild ist ein Motto beigefügt, das Richters Bestrebungen umschreibt: „Die Heilkunde verjüngt sich heutzutage durch Naturforschung und Volksvernunfft, um dereinst eine neue höhere Stellung zu dem gesamten Staatsleben einzunehmen“.

Teil 2 folgt im „Ärztblatt Sachsen“, Heft 5/2008.

Dr. med. Götz-Michael Richter
Radeberger Straße 13, 01471 Radeburg

Unsere Jubilare im Mai – wir gratulieren!

60 Jahre

- 05.05. Berger, Christl
08349 Johanngeorgenstadt
- 05.05. Dr. med. Teichmann, Albrecht
04299 Leipzig
- 09.05. Dipl.-Med. Scheithauer, Rainer
09390 Meinersdorf
- 10.05. Müller, Renate
08340 Schwarzenberg
- 11.05. Dipl.-Med. Böhm, Wolf-Rüdiger
01219 Dresden
- 12.05. Prof. Dr. med. von Salis-Soglio, Georg
04229 Leipzig
- 12.05. Doz. Dr. med. habil. Schindler, Christof
04105 Leipzig
- 13.05. Dr. med. Ulbrich, Brigitte
09123 Chemnitz
- 31.05. Dr. med. Köhler, Erhard
01662 Meißen

65 Jahre

- 01.05. Dr. med. Zenkel, Christina
01069 Dresden
- 02.05. Dr. med. Gebbert, Antje
02827 Görlitz
- 03.05. Dr. med. Braha, Barbara
09600 Niederschöna
- 04.05. Dr. med. Löbel, Albrecht
09113 Chemnitz
- 04.05. Dr. med. Reimer, Günter
04779 Wermisdorf
- 05.05. Dr. med. Roßmann, Karin
01917 Kamenz
- 06.05. Dr. med. Griebisch, Giselher
04109 Leipzig
- 06.05. Dr. med. Wende, Klaus
01662 Meißen
- 09.05. Dr. med. Aschermann, Götz
04229 Leipzig
- 09.05. Dr. med. Paul, Stefan
09117 Chemnitz
- 10.05. Dr. med. Köllner, Lutz
04741 Roßwein
- 11.05. Dr. med. Kurze, Gunter
04720 Großweitzschen

- 11.05. Modelmog, Ingeborg
02894 Vierkirchen
- 11.05. Dr. med. Skorsetz, Ingrid
09127 Chemnitz
- 12.05. Dipl.-Med. Danneberg, Gudrun
04288 Leipzig
- 13.05. Dr. med. Berger, Karin
01824 Kurort Gohrisch
- 13.05. Dr. med. Drubig, Jochen
01662 Meißen
- 13.05. Koppelt, Ingrid
02923 Horka
- 14.05. Wirsam, Dietmar
08485 Lengenfeld
- 15.05. Dr. med. Konnegen, Veronika
01277 Dresden
- 15.05. Dr. med. Schlosser, Hjalmar
08645 Bad Elster
- 17.05. Dr. med. Deten, Sieglinde
04288 Leipzig
- 18.05. Dr. med. Piehler, Uwe
08060 Zwickau
- 18.05. Dr. med. Walden, Ingrid
01471 Radeburg
- 19.05. Dr. med. Schaub, Maike
04539 Groitzsch

- 20.05. Dr. med. Orth, Stefan
09244 Lichtenau
- 23.05. Dr. med. Gerber, Wolfgang
02739 Eibau
- 24.05. Kröger, Birgit
02794 Spitzkunnersdorf
- 24.05. Prof. Dr. med. Mücke, Jürgen
04107 Leipzig
- 25.05. Dr. med. Hadlich, Gerold
02727 Neugersdorf
- 25.05. Dipl.-Med. Wagler, Antje
01900 Großröhrsdorf
- 26.05. Dr. med. Männel, Astrid
09127 Chemnitz
- 27.05. Dr. med. Naumann, Uta
04451 Borsdorf
- 29.05. Dr. med. Arnold, Regina
04229 Leipzig
- 29.05. Dr. med. Hellwing, Peter
09634 Siebenlehn
- 29.05. Luther, Peter
09599 Freiberg
- 31.05. Dr. med. Frank, Manfred
08606 Oelsnitz
- 70 Jahre**
- 02.05. Dr. med. Schlegel, Friedrich
08265 Erlbach
- 03.05. Dr. med. Richter, Eberhard
01309 Dresden
- 06.05. Dr. med. Otto, Karl
09236 Claußnitz
- 06.05. Dr. med. Schwenk, Karin
08541 Plauen
- 07.05. Dr. med. Kreyß, Hannelore
04774 Dahlen
- 07.05. Dr. med. Vieweg, Karlheinz
09518 Großrückerswalde
- 08.05. Dr. med. Pietzsch, Sigrid
01809 Heidenau
- 08.05. Wehner, Margita
01129 Dresden
- 08.05. Dr. med. Wunderlich, Barbara
04643 Geithain
- 10.05. Dr. med. Gräber, Siegfried
01844 Neustadt
- 10.05. Hartenstein, Werner
04654 Frohburg
- 10.05. Dr. med. Schuldt, Hans-Jochen
09575 Eppendorf /
Kleinhartmannsdorf
- 12.05. Dr. med. Endesfelder, Helga
09114 Chemnitz
- 12.05. Dr. med. Hallbauer, Hermann
09224 Grüna
- 12.05. Dr. med. Stalke, Liane
02625 Bautzen
- 14.05. Dr. med. Freidt, Bernd
01906 Burkau
- 14.05. Dr. med. Neumann, Anni
04159 Leipzig
- 15.05. Dr. med. Lorenz, Dieter
08371 Glauchau
- 15.05. Spannemann, Gisela
09212 Limbach-Oberfrohna
- 16.05. Dr. med. Passauer, Ingrid
01307 Dresden
- 17.05. Dr. med. Schulz, Karin
04318 Leipzig
- 20.05. Dr. med. Moser, Ilse
08548 Syrau
- 22.05. Beckert, Roland
01796 Pirna
- 24.05. Neubert, Henry
01157 Dresden
- 26.05. Dr. med. Brandhoff, Christa
08301 Schlema
- 26.05. Dr. med. Fleischer, Brigitte
02826 Görlitz
- 27.05. Dr. med. Doss, Brigitte
08058 Zwickau
- 27.05. Dr. med. Rucker, Gisela
01728 Bannewitz
- 29.05. Dr. med. Büttner, Bärbel
01662 Meißen
- 30.05. Dr. med. Köhler, Eberhard
04159 Leipzig
(Lützschena-Stahmeln)
- 31.05. Dr. med. Gutberlett, Ilse
04129 Leipzig
- 75 Jahre**
- 01.05. Dr. med. Schäke, Waltraud
02827 Görlitz
- 04.05. Prof. Dr. med. habil.
Hörmann, Dieter
04103 Leipzig
- 04.05. Meichsner, Johanna
08060 Zwickau
- 06.05. Dr. med. Lohnke, Udo
02977 Hoyerswerda
- 06.05. Winkelmann, Ilse
08209 Auerbach
- 08.05. Dr. med. Dorok, Hans
08141 Reinsdorf
- 09.05. Dr. med. Schneider, Günter
04289 Leipzig
- 11.05. Günnel, Wolfgang
08428 Langenbernsdorf
- 11.05. Dr. med. Hornig, Gerhard
04552 Borna
- 11.05. Dr. med. Kleine-Natrop, Erika
01326 Dresden
- 16.05. Dr. med. Zschornack, Peter
01920 Crostwitz
- 16.05. Dr. med. Zwingenberger, Gerta
09496 Marienberg
- 20.05. Dr. med. Mesewinkel, Wiltrud
02827 Görlitz
- 22.05. Dr. med. Holfert, Gisela
01705 Freital
- 24.05. Dr. med. Ziemer, Hanna
04416 Markleeberg
- 28.05. Vogel, Erika
01067 Dresden
- 31.05. Dr. med. Bündgen, Ursula
04157 Leipzig
- 80 Jahre**
- 09.05. Dr. med. Zipper, Ursula
02826 Görlitz
- 10.05. Doz. Dr. med. habil. Strobel, Hardy
04416 Markleeberg
- 11.05. Dr. med. dent.
Majunke, Hannelore
08396 Waldenburg
- 30.05. Dr. med. Krabisch, Ruth
09217 Burgstädt
- 31.05. Dr. med. Focker, Karl
01217 Dresden
- 81 Jahre**
- 03.05. Dr. med. Wiesner, Waltraud
01324 Dresden
- 12.05. Dr. med. Aust, Margot
01157 Dresden
- 12.05. Dr. med. Klemm, Kurt
08371 Glauchau
- 19.05. Dr. med. Rothermundt,
Annemarie
01705 Freital
- 29.05. Dr. med. Schietzelt, Heinz
01279 Dresden
- 82 Jahre**
- 02.05. Prof. Dr. med. habil.
Fleißner, Horst
04299 Leipzig
- 21.05. Prof. Dr. med. habil.
Schmidt, Helga
04279 Leipzig
- 83 Jahre**
- 08.05. Prof. em. Dr. med. habil.
Walther, Heinz
04317 Leipzig
- 24.05. Dr. med. Burkhardt, Edith
09122 Chemnitz
- 84 Jahre**
- 07.05. Dr. med. Arendt, Maja
04109 Leipzig
- 19.05. Dr. med. Tischer, Hans-Christian
02943 Weißwasser
- 30.05. Dr. med. Halaris, Hildegard
02826 Görlitz
- 85 Jahre**
- 05.05. Dr. med. Görner, Liselotte
01809 Dohna
- 22.05. Lossnitzer, Gerhard
09116 Chemnitz
- 30.05. Dr. med. habil. Popp, Wolfgang
09130 Chemnitz
- 86 Jahre**
- 10.05. Dr. med. Jahr, Klaus
01662 Meißen
- 16.05. Dr. med. Trefftz, Friederike
01099 Dresden
- 20.05. Dr. med. Rangs, Erika
08685 Bad Elster
- 87 Jahre**
- 14.05. Dr. med. Seyffarth, Annemarie
01796 Pirna
- 15.05. Dr. med. Roßberg, Christa
09648 Mittweida
- 30.05. Dr. med. Schwandt, Roland
01558 Großenhain
- 31.05. Dr. med. Neumann,
Johann-Gottfried
01156 Dresden
- 89 Jahre**
- 04.05. Dr. med. Viererbl, Adda
01326 Dresden
- 09.05. Dr. med. Schumann, Adelheid
04808 Dornreichenbach
- 23.05. Dr. med. Mährlein, Wolfgang
09366 Stollberg
- 90 Jahre**
- 30.05. Dr. med. von Gebhardi, Eberhard
08523 Plauen
- 96 Jahre**
- 10.05. Dr. med. Nauer, Dorothea
02826 Görlitz