

<b>Editorial</b>	Verwaltungsreform und die Auswirkungen auf die Ärzteschaft	<b>404</b>
<b>Berufspolitik</b>	Medicina oeconomica – Ärzte gestern und morgen Sächsischen Ärzten droht Insolvenz	<b>405</b> <b>409</b>
<b>Arbeitsmedizin aktuell</b>	Aktuelles aus der Arbeits- und Betriebsmedizin	<b>408</b>
<b>Medizinrecht</b>	Der betreute Patient – Betreuungsrecht – Einwilligungsfähigkeit	<b>410</b>
<b>Verschiedenes</b>	Eigeneinrichtung einer Lehrpraxis der KVS Aufruf zur Publikation von Beiträgen Treffen der Studienjahresabgänger der Leipziger Universität von 1967 Die psychiatrische Anstalt Colditz 1938 – 1939	<b>415</b> <b>415</b> <b>415</b> <b>428</b>
<b>Amtliche Bekanntmachungen</b>	Überwachung nach dem Medizinproduktegesetz in Sachsen – 2007	<b>416</b>
<b>Mitteilungen der Geschäftsstelle</b>	4. Deutsch-polnisches Symposium Arzthelferinnen erhielten Zeugnisse Das Fortbildungszertifikat – Stand der Dinge Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden	<b>419</b> <b>420</b> <b>420</b> <b>420</b>
<b>Mitteilungen der KVS</b>	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	<b>421</b>
<b>Originalie</b>	Intramedulläre Osteosynthesen zur Frakturversorgung an der unteren Extremität  Impressum	<b>422</b>  <b>431</b>
<b>Personalia</b>	Prof. Dr. med. habil. Albrecht Gläser zum 80. Geburtstag Jubilare im September	<b>432</b> <b>433</b>
<b>Medizingeschichte</b>	Kursächsische Hofokulisten	<b>435</b>
<b>Einhefter</b>	Fortbildung in Sachsen – Oktober 2008	



Arzthelferinnen erhielten Zeugnisse  
Seite 420



4. Deutsch-polnisches Symposium  
Seite 419



Originalie  
Seite 422



Kursächsische Hofokulisten  
Seite 435

## Verwaltungsreform und die Auswirkungen auf die Ärzteschaft



Am 1.8.2008 war es soweit. Statt der bisher 22 Kreise und 7 kreisfreien Städte gibt es in Sachsen nur noch 10 Kreise und 3 kreisfreie Städte.

Der Freistaat Sachsen unterliegt genau wie alle anderen Bundesländer einschneidenden demographischen und finanziellen Veränderungen. Die Zahl der Sachsen wird sich von 2006 bis 2020 um ca. 370.000 Einwohner verringern, die Altersstruktur wird sich nach oben verschieben. Die Ansprüche an die Verwaltung und auch an das Gesundheitswesen verändern sich.

Bereits im November 2004 hatten sich die Regierungsparteien für eine Neugestaltung der öffentlichen Verwaltung, die sogenannte Verwaltungsreform, ausgesprochen.

Durch die Verwaltungsreform soll eine moderne, bürgerfreundliche, an die veränderten Rahmenbedingungen angepasste Verwaltung mit einer effizienten Behördenstruktur entstehen.

Die bisher in mehr als 200 Behörden zersplitterte Verwaltung in Sachsen wird gestrafft, indem sie an wenigen Stellen gebündelt wird. Dadurch sollen sich zum einen Verantwortlichkeiten konzentrieren, zum anderen werden transparente Zuständigkeiten und verkürzte Wege erreicht. Verwaltungsvorfahren sollen künftig vereinfacht und Entscheidungen schneller getroffen werden. Mit der Funktionalreform sollen im Freistaat Sachsen die Aufgaben der Verwaltung neu verteilt werden. So sollen beispielsweise Aufgaben unter anderem vom Land auf Kreise und

kreisfreie Städte übertragen werden. Die Verwaltungsdienstleistungen sollen näher an die Bürgerinnen und Bürger heranrücken. Die Kommunen werden in ihrer Selbstverwaltung gestärkt, weil mehr Entscheidungen vor Ort getroffen werden können. Schlankere Strukturen und eine effizientere Aufgabenerfüllung bringen mittelfristig Kosteneinsparungen. Und die kommen auch dem Bürger zugute, zum Beispiel wenn mehr Geld in Schulen und Kindergärten investiert werden kann.

Was heißt das für die Ärzte des Freistaates?

Am ehesten bekommen die Ärzte der Gesundheitsämter dies zu spüren. Hier sind teilweise wesentliche strukturelle Veränderungen erfolgt oder erfolgen noch. Aus zwei, drei oder in einer Region aus vier Gesundheitsämtern wird ein neu strukturiertes Gesundheitsamt entstehen. Die Ämter haben dabei mit allerlei organisatorischen Problemen zu kämpfen. Ist doch die letzte Kreisreform von 1996 einigen Mitarbeitern noch gegenwärtig. Nach der letzten Kreisreform soll sich die Personalintensität um ein Drittel verringert haben. Ähnliche Effekte sind mittelfristig auch von dieser Reform zu erwarten. So können durch die intensive Nutzung der modernen IT-Systeme und des Internets wesentliche Effekte erzielt werden. Und wir alle wünschen uns ja eine schlankere Verwaltung. Dabei nehmen die Aufgaben nicht ab, sondern werden umfangreicher. Im Rahmen der Verwaltungsreformen werden Aufgaben, die bisher zentral bearbeitet wurden, den Kommunen zugeordnet.

Die Aufgaben, die an den 3 Standorten Dresden, Leipzig und Chemnitz bisher ansässigen Ämter für Familie und Soziales, werden auf die 13 Kreise und kreisfreien Städte verteilt. Verteilt kann aber nur werden was noch übrig ist. Viele ärztliche Kollegen haben sich anderweitig beworben oder haben ihren wohlverdienten Ruhestand angetreten. Die neuen Kreise treten damit ein schweres Erbe an. Die bisher schon recht langen Bearbeitungszeiten werden nur mit großer Mühe minimiert werden können. Die eigentlichen Arbeiten der Gesundheitsämter müssen weitergeführt werden und dürfen keine Abstriche erfahren, da wäre, nur um einige der wichtigsten Aufgaben zu

nennen, der Infektionsschutz, der immer und auch außerhalb der Arbeitszeit abgearbeitet werden muss oder die Überwachung der Badegewässer und Trinkwasserversorger um der Entstehung von Infektionen vorzubeugen.

Nichtsdestotrotz ist die Reform eine große Chance, sie bedeutet Neuanfang und Überdenken alter teilweise verkrusteter Verwaltungsabläufe.

Alte, sicher auch liebgewonnene Strukturen müssen aufgegeben werden. Das heißt jedoch nicht, dass die neue Qualität schlechter ist.

Für das Ausreichen der Behinderteneigenschaft zum Beispiel ist es für die Bürger besser, dass sie die ihnen bekannte wohnortnahe Behörde aufsuchen können und dort ihre Anträge auf Anerkennung der Schwerbehinderten- oder Blindeneigenschaft stellen können. Gleichzeitig werden die Durchlaufzeiten verkürzt und es werden weniger Abstimmungen notwendig.

Den Gesundheitsämtern mit ihren drei wesentlichen Säulen, der Hygiene einschließlich dem Infektionsschutz, dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst und der Begutachtungs- und Beratungsdienst bringt die Kreisreform vorerst eine Menge Unruhe und viele organisatorische Probleme, die bewältigt werden müssen. Eine Reduzierung der Arbeit ist trotz Kreisreform nicht zu erwarten, das heißt auch weiterhin wird dringend ärztlicher Nachwuchs in den Ämtern gesucht. In den nächsten fünf Jahren werden 40 Prozent der ohnehin schon wenigen Kollegen, insgesamt sind in Sachsen nur ca. 160 Ärzte und 45 Zahnärzte in den Gesundheitsämtern beschäftigt, in Rente gehen. Die Facharztausbildung zum Facharzt für öffentliches Gesundheitswesen wird stattlich gefördert und von den ausbildungsbefugten Ärzten in den Gesundheitsämtern gern begleitet. Ich kann nur jeden Medizinstudenten oder veränderungswilligen Kollegen ermuntern, sich einmal mit der wirklich vielseitigen und interessanten ärztlichen Arbeit in einem Gesundheitsamt vertraut zu machen.

Wie die Gesundheitsämter in Ihrem Einzugsgebiet erreichbar sind ersehen sie unter [www.gesundheitsinfo-sachsen.de](http://www.gesundheitsinfo-sachsen.de) oder [www.lv-oegd-sachsen.de](http://www.lv-oegd-sachsen.de).

Dipl.-Med. Petra Albrecht  
Vorstandsmitglied

## Medicina oeconomica – Ärzte gestern und morgen



Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus Bergdolt

Der Nukleus der Medizin kreist seit Urzeiten um eine Szene: Ein kranker und deshalb hilfsbedürftiger Mensch sucht kompetente ärztliche Hilfe. Alles andere erscheint im Grunde sekundär und sollte im Idealfall nur dazu beitragen, die Hilfeleistung effektiv und human zu gestalten! In den letzten Jahren spricht man freilich mehr von Ökonomie und Wettbewerb und weniger von Hilfe und Fachkompetenz. Vieles, was den Ärzten ans Herz gewachsen war – mehr Zeit für das Gespräch, mehr diagnostische Möglichkeiten, gewohnte Wege der Therapie (Ärzte unterscheiden sich nun einmal nach Schulen und Temperament!) – wird heute von Politik und Gesellschaft, wie es scheint, nachhaltig in Frage gestellt. Boomende Privatisierungen von Kliniken und ökonomisch akzentuierte Leitlinien gelten als vorbildlich – und damit ein wettbewerbliches Denken, das in diesem Ausmaß in der deutschen Medizin seit den Bismarckschen Sozialgesetzen keine Rolle mehr spielte.

Außerhalb der Medizin gilt das Junktim von Effektivität und Wettbewerb – nicht nur bei konservativen Wirtschaftstheoretikern – längst als ausgemacht. Aber – die Frage brennt vielen Ärzten unter den Nägeln! – auch dort, wo es um Gesundheit und Krankheit, Leben und Tod geht, also um die Primärgüter menschlicher Existenz? Besteht hier nicht eine Art

Tabuzone? Darf man Kranke und Schwache Spielbälle der Marktgesetze werden lassen? Denn die finanziellen Einschnitte der jüngsten Zeit werden marktwirtschaftlich begründet. Viele Vertreter der Heilberufe fürchten zu Recht die Kälte des „Wettbewerbs“, der selten näher definiert wird und dessen Grenzen unklar bleiben. Mitleid, Politikerschelte und Political correctness verstärken die Begriffsverschleierung.

Mit Bismarcks Sozialgesetzen – das ist heute weitgehend vergessen! – wurde der Wettbewerb zunächst nur auf eine höhere, politische Ebene verlagert. Abgesehen davon, dass die von vielen Staaten kopierte Reform zunächst nur einer kleinen Fraktion der Bevölkerung zugute kam und alles andere als eine Massenabsicherung darstellte, war sie nicht ganz so unverdächtig und unschuldig, wie sie manchmal dargestellt wird. Die Berliner Administration brauchte – ähnlich wie im 18. Jahrhundert Ludwig XV. und Friedrich der Große für ihre Heere – gesunde, jüngere Menschen für die boomende Groß- und Schwerindustrie, auf die die Reichsregierung damals setzte. Die Reform, in Wirklichkeit eine komplizierte Sequenz politischer Schachzüge und Kompromisse, stärkte Deutschland, von den erst später greifenden sozialen Konsequenzen abgesehen, auch im wirtschaftlichen und militärischen Wettbewerb. Bemerkenswert ist, wie sehr sie, ähnlich wie die heutige Gesundheitsreform, von einer überhitzten theoretisch-wissenschaftlichen Debatte („Manchestertum“ und „Katheter-sozialismus“ waren charakteristische Vorwürfe) begleitet war. Die Satirezeitschrift Kladderadatsch hatte schon 1872 über „Weltbeglückungstheorien“ gespottet, welche deutsche Politiker damals entwickelten. Protestantisch-kirchliches Engagement, konservativer Staatsozialismus, frühsozialistische Ideen, naturwissenschaftlicher Positivismus, militärische Intentionen und Unternehmerinteressen fanden plötzlich ideologische Berührungspunkte.

Zuvor hatte in der Medizin jahrhundertlang ein mehr oder weniger hartes Marktsystem geherrscht. Nur die Hospize und Armenhäuser, in

denen – entgegen der Vermutung Foucaults – häufig, ja fast regelmäßig auch Ärzte wirkten, sahen bei Bedürftigen kostenlose Behandlungen vor, die allerdings von Pfründen wohlhabender Spitalbewohner sowie durch Stiftungen von außen kompensiert wurden. Die Frage ist natürlich, ob dieses historische Faktum heute ein Argument für den ärztlichen Wettbewerb darstellt. Die Antwort lautet zunächst „nein“. Gemessen an dem, was in Deutschland zu Beginn des 21. Jahrhunderts als medizinische Grundversorgung verstanden wird, herrschte vor den Bismarckschen Reformen pure materielle Not. Das alte Biedermeier-Idyll war tückisch, von den sozialen Mißständen des 17. und 18. Jahrhunderts ganz abgesehen. Bei allen Katastrophen der deutschen Geschichte der letzten 120 Jahren – das Gespür für Ungerechtigkeit hat, natürlich auch reaktiv auf das Dritte Reich, irreversibel zugenommen. Wir können nicht mehr in die Welt der Vergangenheit zurück. Vor 1880 herrschte zwar keine Gängelung auf dem Gesundheitsmarkt, aber die meisten Menschen bekamen, auch wenn sie erkrankten, nie einen Arzt zu Gesicht. Das 19. und 20. Jahrhundert zeichneten sich durch wichtige soziale Reformen aus. Sie können nicht zurückgenommen werden.

Unter dem Schlagwort der Ökonomisierung ist heute vor allem unter Krankenhäusern ein harter Wettbewerb entstanden, den die einen verdammen, die andern aber – darunter auffallend viele Politiker und Politikberater – als der Weisheit letzten Schluss verkaufen. Der Begriff wurde zu einem Zauberwort! Auch hinsichtlich der ambulanten Versorgung, an

der ja künftig wieder mehr die Kliniken partizipieren sollen, werden die Kassen, wie zu erwarten ist, mit einzelnen Ärzten und Kliniken Verträge schließen – zur Förderung des Wettbewerbs, wie man hört. Universitätskliniken und große städtische Häuser – mit unzähligen Arbeitsverträgen des Öffentlichen Dienstes – konkurrieren längst mit Privatketten, die dank einer betriebswirtschaftlich souveränen Mischung von Neugründungen und Übernahmen florierender lukrativer oder mittelfristig Gewinn versprechender Kliniken (auf Ausnahmen wird gerne aus Reklamegründen hingewiesen!) Gewinne erzielen. Sie sind wirtschaftlich den schwerfälligeren staatlichen oder kommunalen Institutionen als Konkurrenzunternehmen (bis hin zur Werbung und Herausstellung gewisser Äußerlichkeiten, die in einer Wellness-Gesellschaft gut ankommen) haushoch überlegen. Die Bewunderung bleibt nicht aus. Nicht nur viele Wirtschaftsfachleute und Freiberufler fragen: Liegt hier nicht die Lösung vor aller Augen? Auch Gutmenschen sind begeistert, und nicht zuletzt passen sich immer mehr Ärzte selbst dem neuen Trend an. In ihrer Berufsordnung hieß es noch 1997: „Dem Arzt ist jegliche Werbung für sich und andere Ärzte untersagt“. Dagegen lautete 2002 die Rostocker Revision: „Dem Arzt sind sachliche Informationen über seine Berufstätigkeit gestattet“. Das wurde sofort extensiv gedeutet. Ein Blick in Zeitungen und Homepages zeigt, dass die Schranken gefallen sind. Ärztliche und zahnärztliche Angeberei, früher eher die Gewohnheit des Scharlatans auf dem Marktplatz – man ist wieder daran gewöhnt! Und das schlimmste ist: Will man da mithalten, muss man als Arzt und Klinik-Unternehmer zunehmend selbst angeben und übertreiben – auch gegen den eigenen Willen. Noch vor zehn Jahren hätte man das neue schrille Marketing nicht für möglich gehalten.

Spricht – ungeachtet eines gewissen Missbrauchs – nicht doch alles für den „Wettbewerb“, den man ja, wie manche vorsichtig sagen, etwas „kontrollieren“ könnte, was dann allerdings irgendwie an die „freiwillige

Wehrpflicht“ erinnert? Hing nicht tatsächlich die ganze Medizin jahrzehntelang planlos am Tropf staatlicher Förderung? War der Punkt des Zusammenbruchs nicht abzusehen? Wer möchte angesichts der im Brustton der Überzeugung vorgebrachten Reformvorschläge noch an den Mathematiker Kurt Goedel, Einsteins Freund, aber auch den Soziologen Niklas Luhmann erinnern, nach denen es einfache, klare Wege (womöglich zu Minimalkosten) schon deshalb nicht geben kann, weil komplexe Systeme keine unanfechtbaren Lösungen zulassen und Prognosen stets – ausnahmslos – Unsicherheitsfaktoren, ja spielerische Elemente enthalten, besonders – und das ist das Paradoxe! – unter Wettbewerbsbedingungen. Dieser Unsicherheitsfaktor, was sichere Steuerung, Prognostik und Transparenz angeht, wird von Planern und Consultants natürlich ungern erwähnt.

In Wirklichkeit werden, ohne dass es ausgesprochen wird, in der aktuellen Gesundheitsplanung alte utilitaristische Gedanken aufgenommen. Staatliche Aufgabe ist es demnach, möglichst vielen Bürgern (wie es vor etwa 200 Jahren die englischen Philosophen Jeremy Bentham und John Stuart Mill gefordert hatten) Glück und Gesundheit zu bescheren, während eine gewisse Minderheit von Alten, Schwerkranken und schlecht Versicherten das Nachsehen hat. Man ahnt, dass manche Schwerkranke, die Pechgruppe des utilitaristischen Grundmodells, aus der Sicht des Kaufmännischen Direktors, aber auch (schlimmer noch) des Chefarztes, dessen Vertragsverlängerung oder Gehaltserhöhung von roten oder schwarzen Zahlen, von großzügiger Behandlung oder – im schlimmsten Fall – der Abweisung von Kranken mit komplizierten Diagnosen, abhängig ist, nicht Idealpatienten eines Krankenhauses sein können.

Glücklich kann ein solcher Arzt auf Dauer allerdings kaum werden. Umfragen unter amerikanischen Ärzten ergaben eindeutig, dass ökonomische Anreize, etwa Kopfpauschalen im Akkord oder sogar wiederholte, erzwungene Teilnahmen an Manager-Kursen (man könnte auch sagen

der ewige Zwang, sich im kompetitiven Wettbewerb zu üben und zu behaupten) mit einer geringeren Arbeitszufriedenheit verbunden sind. Es macht keinen Spaß und nagt nachhaltig am eigenen Ego, wenn man Patienten halbgesund nach Hause schicken muss, nur damit – aus der Binnensicht des Krankenhauses – die Wirtschaftlichkeit der Therapie erhalten bleibt. Nach Auskunft des Villingener Instituts für Ärztegesundheit sind deutsche Mediziner schewergewichtiger, sie rauchen mehr, sterben häufiger am Herzinfarkt und sind stärker selbstmordgefährdet als in allen anderen westlichen Ländern. 20 Prozent greifen zur Zigarette. In den USA (nur zum Vergleich) rauchen drei Prozent, in England etwa jeder zehnte Arzt. Hängt dies nicht auch mit dem neuen Druck, dem zunehmenden Unwohlsein der Mediziner zusammen. 30.000 in Deutschland ausgebildete Ärztinnen und Ärzte sollen inzwischen im Ausland arbeiten. Erschrecken muss auch das Experiment des Münchner Ökonomen Klaus Schmidt. Demnach haben die Menschen – entgegen dem klassischen Modell des allein auf den eigenen Vorteil bedachten „homo oeconomicus“, und zwar kulturunabhängig – eine kollektivistische Ader. In zahlreichen Versuchen stellte sich heraus, dass sie durchaus gerne teilen und mehr an andere abgeben, als sie müssten, einfach weil das zu ihrem Glück beiträgt. Je wettbewerblischer allerdings der Versuch gestaltet wird, desto geringer wird der Altruismus. Im Wettbewerb wird der Mensch offensichtlich hart und mitleidlos. Schon Adam Smith hatte erkannt, dass innerhalb der Familien und unter Freunden andere Gesetze gelten als auf dem Markt (also im Wettbewerb), wo pure Eigennützigkeit vorherrscht (in der „Theorie der ethischen Gefühle“). Zu diesen Ausnahmen, die sich den Marktgesetzen entzogen, gehörten in unserer Ethik-Tradition ursprünglich auch, wenn es um die Ärmern und Ärmsten ging, die Medizin und die Krankenpflege. Nicht ohne Grund gab es in der marktbestimmten alteuropäischen Gesellschaft bestimmte Kautelen, die man vom Mittelalter übernommen

hatte und die allzu große Härten und Ungerechtigkeiten vermeiden sollten. Mehr Wettbewerb! Die Entscheidung ist getroffen. Unsicherheiten und offene Fragen wurden verdrängt. Natürlich ist Wettbewerb dort angezeigt, wo er ethisch problemlos ist erscheint und Reformstaus korrigiert, z.B. in der Ausbildung, in der Forschung –

und auch in bestimmten Bereichen des klinischen Alltags. Ebenso ist ein Wettbewerb willkommen, dem Missstände und Schlendrian zum Opfer fallen. Ein Wettbewerb, der allerdings bestimmte Gruppen von Kranken und Ärzten, ohne dass sie etwas dafür können, benachteiligt und gefährdet, bleibt inakzeptabel. Was

als Fortschritt verkauft wird, könnte sonst leicht einen skandalösen Rückschritt bedeuten.

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus Bergdolt  
Institut für Geschichte und Ethik der Medizin  
Universität zu Köln  
Josef-Stelzmann-Straße 20, 50931 Köln

## Prüfungsgespräch für Rettungsassistenten

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales (SMS) hat unter Mitwirkung des Ausschusses Notfall- und Katastrophenmedizin der Sächsischen Landesärztekammer Empfehlungen zur Durchführung des sogenannten „Notarztgespräches“ für Rettungsassistenten erarbeitet. Die am Ende der Ausbildung notwendigen Abschlussgespräche der Prüflinge sind gemäß § 2 Abs. 2 Satz 2 der Rettungsassistenten-Prüfungsverordnung (RettAsAPrV) erforderlich und sollen die fachliche Eignung des nichtärztlichen Personals im Rettungsdienst feststellen. Bisher stellte es sich als Defizit dar, dass die Durchführung dieser Gespräche durch die von den Regierungspräsidien beauftragten Ärzte und Lehrrettungswachen nicht geregelt war. Die neue Regelung formuliert: „In dem Abschlussgespräch soll festgestellt werden, dass die/der Praktikant/in die für die Berufsausübung wesentlichen Kenntnisse und Fertigkeiten für den praktischen Einsatz erworben und damit gelernt hat, die in der theoretischen Ausbildung angeeigneten Kenntnisse bei der Arbeit anzuwenden“.

Festgelegt ist nunmehr, dass die Prüfung auf der Grundlage von Einsatzberichten aus dem Berichtsheft des/der Praktikanten/Praktikantin zu erfolgen hat. Anhand von zwei auszusuchenden Einsätzen prüft der Arzt/die Ärztin nach den Kriterien, wie sie im Prüfungsprotokoll aufgelistet sind:

- Einsatzplanung/Einsatztaktik/Struktur des Rettungsdienstes,
- Erkennen der Lage,
- notfallmedizinisches Zustandsbild,
- Maßnahmen des Rettungsassistenten,

- Notkompetenz,
- vorbereitende Maßnahmen bis zum Eintreffen des Notarztes,
- Assistenzfähigkeit/Zusammenarbeit mit dem Notarzt,
- technische Rettung/Selbstschutz,
- Herstellen der Transportfähigkeit,
- Transport und Hygiene.

In den neuen Festlegungen ist zugleich ein Formblatt für das Prüfungsprotokoll vorgegeben und es werden Hinweise erteilt, wie bei Nichtbestehen des Prüfungsgespräches zu verfahren ist.

Die Festlegungen und das Protokoll werden durch die Regierungspräsi-

dien den zur Abnahme des Abschlussgespräches beauftragten Ärzte sowie den Lehrrettungswachen zur Verfügung gestellt.

Diese neue Regelung ist nachdrücklich zu begrüßen, da sie auch den Ärzten die notwendige Rechtssicherheit bei der Führung der Gespräche gibt. Zu kritisieren ist lediglich, dass es noch immer nicht vorgesehen ist, die verantwortungsvolle Tätigkeit der Prüfer zu vergüten.

Dr. med. Michael Burgkhardt  
Ausschussvorsitzender Notfall- und  
Katastrophenmedizin



## Aktuelles aus der Arbeits- und Betriebsmedizin

Mit dieser neuen Rubrik möchte der Ausschuss Arbeitsmedizin der Sächsischen Landesärztekammer in loser Abfolge über aktuelle Entwicklungen von Gesetzen, Verordnungen, Regelungen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, soweit sie die ärztliche Tätigkeit betreffen, über neue Regelungen im Berufskrankheitenrecht, da jeder Arzt gemäß § 202 SGB VII den begründeten Verdacht auf eine Berufskrankheit anzuzeigen hat, und zu Kooperationen der Arbeits- und Betriebsmedizin mit anderen ärztlichen Fachdisziplinen informieren.

### 1. Lärm- und Vibrations-Arbeitschutzverordnung

Mit der neuen Verordnung werden beim Lärm die in Deutschland seit langem existierenden Grenzwerte europäischen Vorgaben angepasst. Der Arbeitgeber muss Maßnahmen zum aurikulären Lärmschutz seitdem bereits ab einem Beurteilungspegel von mehr als 80 dB (A) ergreifen und der im Lärm tätige Beschäftigte hat unter anderem die ihm zur Verfügung gestellten persönlichen Schutzmaßnahmen bereits ab 85 dB (A) zu benutzen. Vorsorgeuntersuchungen sind entsprechend der mit der Gefahrstoffverordnung 2005 eingeführten Strategie dem Versicherten ab einem Pegel von mehr als 80 dB (A) vor Aufnahme der Tätigkeit und danach in regelmäßigen Abständen anzubieten, ab 85 dB (A) sind sie zu veranlassen und daher eine sogenannte Beschäftigungsvoraussetzung. Am Ende einer Tätigkeit im Lärm werden nunmehr ebenfalls arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt. Zur Durchführung dieser Untersuchungen sind nunmehr ausschließlich Fachärzte für Arbeitsmedizin und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ befugt. Die ehemals in diesem Zusammenhang existierenden Ermächtigungen für Ärzte haben keine Gültigkeit mehr. Die bisherigen Regelungen der Unfallversicherung zum Lärm am Arbeitsplatz sind durch die staatliche Rechtsverordnung abgelöst worden.

Die gleichzeitig mit der Verordnung geregelte Thematik der Teil- oder Ganzkörpervibrationen ist in Deutschland neu geregelt.

### 2. Gefährdungsbeurteilung für Tätigkeiten mit Gefahrstoffen

Technische Regel für Gefahrstoffe (TRGS) 400

Die überarbeitete Regel gibt konkrete Hinweise zu den Anforderungen an die Gefährdungsbeurteilung beim Umgang mit Gefahrstoffen einschließlich des Hinweises, dass der Arbeitgeber insbesondere den Betriebsarzt (nur Facharzt für Arbeitsmedizin oder Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“) an der Gefährdungsbeurteilung zu beteiligen hat, wenn er selbst nicht über die entsprechende Fachkunde verfügt. Die Beachtung der TRGS 400 stellt für den Arbeitgeber insgesamt eine Erleichterung bei der Erstellung der Gefährdungsbeurteilung dar.

### 3. Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege

Technische Regel für Biologische Arbeitsstoffe (TRBA) 250

Mit der Änderung dieser Regel im November 2007, die im Gemeinsamen Ministerialblatt am 14. 2. 2008 veröffentlicht wurde, sind nochmals Präzisierungen in Kraft getreten, die auch für den täglichen Umgang mit biologischen Arbeitsstoffen in der ärztlichen Praxis bedeutsam sind. Schon nach der bisherigen Version sind solche scharfen oder spitzen Arbeitsgeräte einzusetzen, bei deren Benutzung die Beschäftigten vor Verletzungen geschützt werden und eine möglichst geringe Verletzungsgefahr durch solche Instrumente besteht. Als relevante Tätigkeiten sind insbesondere Blutentnahmen und sonstige Punktionen von Körperflüssigkeiten benannt. Nunmehr dürfen hierzu herkömmliche Arbeitsgeräte nur noch dann eingesetzt werden, wenn das Infektionsrisiko vernachlässigbar und zum Beispiel der Infektionsstatus bekannt und insbesondere für HIV, HBV und HCV negativ ist. Dieser Teil der Gefährdungsbeurteilung – an der übrigens der Betriebsarzt gemäß Biostoffverordnung

insgesamt zu beteiligen ist – muss gesondert dokumentiert werden. In der praktischen Anwendung hat dieses zur Folge, dass bei Blutentnahmen und Punktionen herkömmliche Arbeitsgeräte nicht mehr verwendet werden dürfen, weil die Randbedingungen im Routinebetrieb faktisch nicht erfüllbar sind.

### 4. Neue Berufskrankheiten auf dem Verordnungsweg

4.1. Die wissenschaftliche Begründung zu einer neuen Berufskrankheit „Erkrankungen des blutbildenden und lymphatischen Systems durch Benzol“ wurde als Bekanntmachung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) im gemeinsamen Ministerialblatt (2007/49-51, S. 974) veröffentlicht. Der ärztliche Sachverständigenbeirat hat empfohlen, diese Berufskrankheit neu in die Anlage zur Berufskrankheitenverordnung aufzunehmen. Danach wird Benzol grundsätzlich als qualifizierend für alle Erkrankungen des Blutes, des blutbildenden und des lymphatischen Systems betrachtet. Es werden mehrere Belastungsstufen festgelegt:

- extreme Belastungsintensität dabei ist in der Regel eine Exposition von einem Jahr ausreichend. Hierzu gehören beispielsweise Benzolalkylierung und Ethylbenzolherstellung in Chemiebetrieben der DDR.
- hohe Belastungsintensität mit einer Exposition von fünf Jahren. Dies betrifft unter anderem Tätigkeiten im KFZ-Handwerk, bei denen mit Ottokraftstoffen umgegangen wurde, bis 1990.
- mittlere Belastungsintensität mit einer Expositionszeit von zehn Jahren. Hierunter fallen als Tätigkeiten zum Beispiel Laborprüfungen von Kraftstoffen oder Tankwagenfahrer für Ottokraftstoffe bis 1999. Darüber hinaus gibt es weitere Expositionen, bei denen Einzelfallprüfungen erforderlich sind. Prinzipiell anerkennungsfähig sind bei entsprechender Exposition carzinomatöse sowie nicht-carzinomatöse Erkrankungen des Blut- und Lymphsystems. Für das Hodkin-Lymphom (ICD-10: C 81) kann eine Anerkennung als Berufskrankheit in diesem Zusammenhang weiterhin nicht empfohlen werden.

4.2. Die wissenschaftliche Begründung zu einer neuen Berufskrankheit „Lungenkrebs durch das Zusammenwirken von Asbestfaserstaub und polyzyklischen aromatischen Kohlenwasserstoffen“ zeigt auf, dass es einen Zusammenhang zwischen der Wirkung bei diesen K1-Arbeitsstof-

fen gibt, sodass sie im Sinne der synkanzerogenen, mindestens additiven Wirkungssteigerung generell als geeignet befunden werden, Lungenkrebs zu verursachen. Die bei einer Einzelstoffeinwirkung geforderten Dosisgrenzwerte für die beiden Arbeitsstoffe gelten bei deren Zusam-

menwirken nicht. Stattdessen gilt ein Summenwert, der in der Addition beider Bruchteile mindestens eins ergibt.

Ausschuss Arbeitsmedizin  
Dr. med. Giso Schmeißer  
Institut Arbeit und Gesundheit (BGAG) der  
Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung  
Königsbrücker Landstraße 2, 01109 Dresden

## Sächsischen Ärzten droht Insolvenz

In Sachsen haben 272 niedergelassene Ärzte von der zuständigen Prüfstelle Regressandrohungen wegen Richtgrößenüberschreitungen des Budgets im Gesamtumfang von 40 Mill. EUR erhalten. Diese einzigartig hohen Forderungen werden Ärzte in die Insolvenz treiben. Und das, weil sie sich tagtäglich für die Gesundheit ihrer Patienten einsetzen und die individuell besten Medikamente verordnen. Damit ist auch die Schließung weiterer Praxen vorprogrammiert.

Gerade vor dem Hintergrund des Ärztemangels in Sachsen ist das Vorgehen der Prüfstelle nicht nachvollziehbar. Zumal offensichtlich sehr restriktiv mit der Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten und außergewöhnlich teuren und notwendigen Verordnungen für chronisch Kranke umgegangen wurde. Dieses Signal wird sicher nicht dazu führen, junge Ärzte für eine Niederlassung auf dem Lande mit vielen älteren und damit auch stärker zu versorgenden Patienten zu begeistern. Da helfen dann auch keine Förderprogramme. Eine Intervention des Vorgangs über die zuständige amtierende Sozialministerin wurde eingeleitet, wobei keinesfalls schon eine Entwarnung gegeben werden kann.

Die drohende Regressgefahr und Verbitterung unter den Ärzten, gepaart mit erheblicher Verwirrung wegen permanenter Änderungen, führte bereits in der Vergangenheit zu deutlich anderen Verordnungsgewohnheiten mit beginnender Rationierung. Verschiedene Maßnahmen wie Richtgrößen-, Durchschnittsprüfungen, Bonus-Malus etc. waren und sind zusätzliche Fallstricke. Das Prüfverfahren selbst erfolgt neuerdings

offensichtlich mit weniger ärztlichem Sachverstand.

Bei der Anerkennung von Praxisbesonderheiten und außergewöhnlich teuren und notwendigen Verordnungen kam es bereits im Vorprüfverfahren zusätzlich zu erheblichen Erschwernissen. Die Liste der per se anzuerkennenden Praxisbesonderheiten ist nicht sehr lang. Und Praxisbesonderheiten heute zu begründen wird schwierig, da insbesondere ausführliche Erläuterungen notwendig sind, um den Sachbearbeitern in der Prüfstelle klar zu machen, warum und wieso eine Verordnung erfolgte. Die einfache Diagnose reicht eben hier nicht mehr.

Es ist oft die breite Masse der Patienten mit einer breiten Menge an Verordnungen, welche zu höheren Verordnungs-kosten führen. Es ist die Klientel der älteren und multimorbiden Patienten zu betrachten, welche die Medikamentenauswahl nicht zuletzt wegen bestehender Wechselwirkungen schwierig macht. Welches Medikament ist entbehrlich, wenn Ärzte sich nach Leitlinien richten, die auf Krankheiten und nicht auf multimorbide Patienten orientiert sind?

Die jetzt erfolgte rein rechnerische Prüfung ohne ärztlichen Sachverstand führt zu enormen Richtgrößenüberschreitungen von bis zu 900.000 EUR pro Arzt. Die Angst und der Schrecken, die ein solches Vorgehen bereitet, sind verständlich. Zudem ist die Bürokratie für die betroffenen Kollegen erheblich. Stellt man allein das zur Verfügung gestellte Datenmaterial, welches zudem unübersichtlich und mit einfachen EDV-Mitteln nicht verwertbar ist, in Papierseiten dar, so kommen leicht über 1.000 bedruckte A4-Seiten pro Regressverfahren zusammen.

Nicht hilfreich sind da Aufforderungen an betroffene Ärzte, Patienten doch an andere Kollegen zu überweisen – oft ist das bei älteren Patienten nicht möglich, schadet eher als dass es hilft und bringt keine Ersparnis. Ebenso sind die Auswirkungen auf den Honorarbereich nicht abzuschätzen, wenn allein dadurch eine Art „Ringüberweisungsmentalität“ besteht, nur weil das Budget der einzelnen Praxis erschöpft ist.

Erik Bodendieck  
Vizepräsident

## Der betreute Patient – Betreuungsrecht – Einwilligungsfähigkeit

### I. Einleitung

Vor dem medizinischen Eingriff haben die Götter die Einwilligung gesetzt und vor die Einwilligung die Juristen die Aufklärung. So lautet ein etwas sarkastischer Ausspruch in Medizinerkreisen. Die Aussage ist mit der Ergänzung richtig, dass nicht die Götter, sondern gleichfalls die Juristen die Einwilligung verlangt haben<sup>1</sup>. Üblicherweise reduziert sich die rechtliche Problematik der Einwilligung auf die Aufklärung, aber das wird den Problemen in keiner Weise gerecht. Auch die Einwilligung an sich wirft zahlreiche Rechtsprobleme auf, denen im Folgenden nachgegangen werden soll.

Je nach Tätigkeitsgebiet wird der Arzt immer wieder einmal in die Situation geraten, dass er die für einen Eingriff bei einem Patienten notwendige Einwilligung nicht erhält, weil der Patient aus unterschiedlichen Gründen nicht einwilligungsfähig ist. Die Einwilligungsunfähigkeit macht die Einwilligung indessen nicht entbehrlich. Sie ist vielmehr von demjenigen zu erteilen, der an Stelle des Kranken zu entscheiden hat, ob ein Eingriff erfolgen soll. „Das sind entgegen der Meinung mancher Ärzte nicht ohne weiteres die nächsten Angehörigen des willensunfähigen Kranken“<sup>2</sup>. Dieser Satz aus dem Jahre 1958 hat nichts an Aktualität eingebüßt. Zwar unternahmen die Bundesländer in der letzten Legislaturperiode einen dahingehenden Gesetzgebungsvorstoß mit dem Ziel, erhebliche Kosten zu sparen, aber der Bundestag hat diesem Vorhaben seine Zustimmung verweigert.

Fraglich ist, was der Arzt stattdessen zu tun hat. Er hat die gesetzlichen Vertreter zu befragen, die für den Patienten einwilligen dürfen. Da Erwachsene in aller Regel keinen gesetzlichen Vertreter haben, gilt es bei Eilbedürftigkeit im Wege der einstweiligen Anordnung durch den Vormundschaftsrichter einen zumindest

vorläufigen Betreuer bestellen zu lassen oder in Fällen äußerster Dringlichkeit die Entscheidung des Richters selbst nach § 1908 i.V.m. § 1846 BGB einzuholen. Das gelingt bei Vorlage eines entsprechenden ärztlichen Zeugnisses ohne größeren Zeitaufwand, gegebenenfalls durch ein Telefongespräch. Reicht die Zeit zu einer Betreuerbestellung oder einer Eilentscheidung des Vormundschaftsgerichts nicht aus, so hat der Arzt die Behandlung nach dem mutmaßlichen Willen des Betroffenen auszuführen.

### II. Minderjährige

Verhältnismäßig einfach ist die Rechtslage bezüglich der Minderjährigen, die nicht selbst einwilligungsfähig sind. Für sie gibt es immer gesetzliche Vertreter, in aller Regel gemäß § 1626 Abs. 1 BGB die Eltern, deren Einwilligung einzuholen ist. Bei der Einwilligung der Eltern in einen ärztlichen Eingriff bei ihrem Kind handelt es sich um die Ausübung der elterlichen Personensorge, die im Normalfall beiden Elternteilen gemeinsam obliegt. Daher haben auch beide Elternteile gemeinsam in den Heileingriff einzuwilligen.

Von der ausdrücklichen Einwilligung durch beide anwesende Elternteile werden allerdings weithin Ausnahmen zugelassen. Für Geschäfte des Alltags, Besorgungen minderer Bedeutung und für Eil- und Notmaßnahmen kann aufgrund entsprechender elterlicher Aufgabenverteilung die Entscheidungsbefugnis einem Elternteil allein zustehen.

Darüber hinaus kann jeder Elternteil den anderen ermächtigen, im Einzelfall oder in bestimmten Fällen für ihn mitzuhandeln. Diese Ermächtigung kann ausdrücklich oder durch schlüssiges Handeln erfolgen. Der Arzt darf dabei weitgehend darauf vertrauen, dass der anwesende Elternteil auch im Namen des abwesenden handeln und wirksam in eine Heilbehandlung einwilligen darf. Auf eine derartige Ermächtigung darf der Arzt vertrauen, solange ihm keine entgegenstehenden Umstände bekannt sind. Der Arzt ist auch nicht verpflichtet, dem anwesenden Elternteil eine irgend-

wie geartete Ermächtigung des anderen abzuverlangen. Ein solches Vorgehen wäre nicht nur unpraktikabel, sondern widerspräche auch dem Arzt-Patientenverhältnis und der Interessenlage der Eltern.

Das bedeutet im Einzelnen Folgendes: bei der Behandlung leichterer Erkrankungen und Verletzungen darf der Arzt sich – ohne zu fragen – auf die Ermächtigung des erschienenen Elternteils verlassen. In Fällen schwererer Art mit nicht unbedeutenden Risiken hat der Arzt nachzufragen, ob die Ermächtigung des anderen Ehepartners vorliegt. Er darf aber auf die Richtigkeit der mündlichen Auskunft des Erschienenen vertrauen, solange keine Anhaltspunkte für eine wahrheitswidrige Auskunft vorliegen. In dieser Situation kann es angebracht sein, auf den erschienenen Elternteil einzuwirken, er möge den vorgesehenen Eingriff nochmals mit dem Ehegatten besprechen.

Anderes gilt bei schwierigen Entscheidungen über eine Behandlung des Kindes (zum Beispiel schwere Herzoperationen), die mit erheblichen Risiken verbunden ist. Hier darf der Arzt nicht darauf vertrauen, dass der abwesende Elternteil die Einwilligung auf den Ehepartner delegiert hat. Der Arzt hat sich vielmehr Gewissheit darüber zu verschaffen, dass der nicht erschienene Elternteil mit der vorgesehenen Behandlung des Kindes einverstanden ist. Das gilt erst recht, wenn die Behandlung in Gesprächen des Arztes mit beiden Elternteilen festgelegt wurde, und dann im Gespräch mit nur einem grundsätzlich geändert werden soll<sup>3</sup>. Gibt es keine Eltern, willigt an ihrer Stelle ein Vormund ein, der alle Angelegenheiten des Minderjährigen zu besorgen hat. Verweigern die Eltern oder der Vormund einen streng indizierten Eingriff, so ist insoweit ein Pfleger zu bestellen, dem die Einwilligungszuständigkeit zusteht. Die Vormundschaft ersetzt also die rechtliche Stellung der Eltern völlig; die Ergänzungspflegschaft (§ 1909 BGB) ersetzt sie für einzelne Angelegenheiten.

Einwilligungsfähige Minderjährige können selbst in ihre Heilbehandlung einwilligen. Die Einwilligungsfähig-



keit bestimmt sich nicht nach der Geschäftsfähigkeit, die mit dem vollendeten 18. Lebensjahr eintritt, sondern ist unabhängig von einem bestimmten Alter<sup>4</sup>. Darunter wird die Fähigkeit des Patienten verstanden, Bedeutung und Tragweite des Eingriffs zu ermessen und seine Entscheidung danach zu bestimmen.

### III. Betreuung

#### 1. Rechtliche Begründung

Es bleibt zu untersuchen, wer denn gesetzlicher Vertreter für den Volljährigen ist. Wie schon erwähnt, ist ein solcher Vertreter nicht automatisch vorhanden, sondern muss im Bedarfsfall ernannt werden. Das regelt das Betreuungsrecht.

Am 1. Januar 1992 trat das Betreuungsgesetz (BtG) in Kraft und hat Vormundschaft und Gebrechlichkeitspflegerchaft für Volljährige gänzlich abgeschafft und durch die Betreuung ersetzt. Das Betreuungsrecht findet sich allerdings nicht im genannten Betreuungsgesetz, sondern ist im Wesentlichen Bestandteil des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) geworden: §§ 1896 – 1908i BGB.

Die Entmündigung nach altem Recht nahm dem Betroffenen die Geschäftsfähigkeit, entrechtete ihn also, jedenfalls im rechtsgeschäftlichen Bereich, vollständig. Nur sein Vormund konnte für ihn Verträge abschließen. An den genannten Rechtsfolgen setzte die Kritik ein, die zu dieser Reform führte, deren Ziel es war, den Willen des Betroffenen möglichst weitgehend zu berücksichtigen, seine Angelegenheiten also nicht allein nach angeblichen oder wirklichen Sachzwängen zu entscheiden. Ganz konnte das Gesetz indessen nicht auf die Anknüpfung an Sachzwänge verzichten. Das zeigt sich etwa daran, dass der Betreuer die Angelegenheiten des Patienten so zu besorgen hat, „wie es dessen Wohl entspricht“<sup>5</sup>. Weiter heißt es, dass „zum Wohl des Betreuten... auch die Möglichkeit (gehöre), im Rahmen seiner Fähigkeiten sein Leben nach seinen eigenen Wünschen und Vorstellungen zu gestalten“ (§ 1901 Abs. 1 BGB). Dementsprechend darf „ein Betreuer ... nur für Aufgabenkreise bestellt

werden, in denen die Betreuung erforderlich ist“ (§ 1896 Abs. 2 Satz 1 BGB). Abzustellen ist also auf die Notwendigkeit der Betreuung im Einzelfall.

#### 2. Bedeutung für das Medizinrecht

Diese grundsätzlichen Änderungen allein wären für das Arztrecht nicht von besonderer Bedeutung, denn die Geschäftsfähigkeit war schon nach dem früheren Rechtszustand allenfalls für den rechtswirksamen Abschluss des Behandlungsvertrages<sup>6</sup> erheblich. Bezüglich der weit wichtigeren Frage der Einwilligung in den ärztlichen Heileingriff wurde schon seit langem<sup>7</sup> auf die Einwilligungsfähigkeit abgestellt, das heißt auf die Fähigkeit des Patienten, Bedeutung und Tragweite des Eingriffs zu ermessen und seine Entscheidung danach zu bestimmen. Einwilligungsfähig konnte auch schon nach dem alten Rechtszustand ein Entmündigter sein.

Darüber hinaus bedarf es unter bestimmten Voraussetzungen der vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung für die Einwilligung in eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff, für die Einwilligung in eine Sterilisation und für die Unterbringung oder unterbringungsähnliche Maßnahmen. Überwiegend hier, aber auch bei der Betreuerbestellung, liegen die Probleme, die den Gerichten, aber nicht nur ihnen, erhebliche Schwierigkeiten bereiten.

#### 3. Arzt und Betreuungsbedürftiger

Der Arzt und der Betreuungsbedürftige können sich grundsätzlich in zwei Konstellationen begegnen. Der Arzt kann als Gutachter in Betreuungs- oder Unterbringungssachen<sup>8</sup> tätig werden, oder er hat den Betreuungsbedürftigen zu behandeln. Als Gutachter hat er zunächst darüber zu entscheiden, ob „ein Volljähriger auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen“ kann (§ 1896 Abs. 1 BGB). Die Begutachtung in den unterschiedlichen Verfahrensabschnit-

ten (§§ 1896 Abs. 1 BGB, 68 b, 69d Abs. 2 und 3 FGG) soll hier nicht weiter behandelt werden. Im Folgenden geht es also lediglich um die Behandlung Betreuungsbedürftiger oder Betreuer.

Dabei ist eine erhebliche Anzahl von Möglichkeiten zu bedenken. Ein Patient, der keinen Betreuer hat, kommt zum Arzt, der feststellt, dass sein Patient entweder einwilligungsfähig ist, oder nicht. Weiterhin kann für den Patienten ein Vermögens- oder ein Gesundheitsbetreuer bestellt worden sein. Letzterer kann beim Arztbesuch anwesend sein oder nicht.

#### 4. Die Zuständigkeit für die Einwilligung in ärztliche Behandlungsmaßnahmen

a) Patienten, für die kein Betreuer bestellt ist  
Begibt sich ein solcher Patient in ärztliche Behandlung und stellt der Arzt fest, dass er einwilligungsfähig ist, so ergeben sich keinerlei Probleme. Das Vorliegen der Einwilligungsfähigkeit hat der Arzt zu beurteilen<sup>9</sup>. Maßgeblich ist der konkrete Zeitpunkt der Einwilligung. Ob die betroffene Person als einwilligungsfähig anzusehen ist, richtet sich nach Art und Ausmaß der jeweiligen ärztlichen Maßnahme und den vorhersehbaren Konsequenzen. „Je komplexer und risikoreicher die Behandlung, desto höher sind die Anforderungen an die Einwilligungsfähigkeit zu stellen“. „So mag Einwilligungsfähigkeit

fähigkeit beispielsweise bezüglich der Behandlung durch den Zahnarzt vorliegen, demgegenüber für eine Nierensteinoperation zu verneinen sein“.

Faustregeln – wie „Im Zweifel für die Einwilligungsfähigkeit“ – lassen sich nicht wohl bilden. Andererseits dürfen aber auch keine übertriebenen Anforderungen an den Arzt gestellt werden. Spricht aus der Sicht des Arztes nichts für ein Fehlen der Einwilligungsfähigkeit, so kann er ohne weitere Untersuchung davon ausgehen, dass sie vorliegt. Erweist sich später das Gegenteil als richtig, so belastet das den Arzt haftungs- oder strafrechtlich nicht. Eine aus ärztlicher Sicht unvernünftige Behandlungsverweigerung kann ein Indiz für die fehlende Einsichtsfähigkeit sein, muss es aber nicht.

Anderes gilt allerdings, wenn der Patient als Notfall – etwa unfallbedingt – im Zustand der Bewusstlosigkeit eingeliefert wird. In Eilfällen hilft und rechtfertigt die Geschäftsführung ohne Auftrag. Der Arzt hat die Behandlung durchzuführen, die dem mutmaßlichen Willen (Interesse) des Patienten entspricht. Weiteres hat er nicht zu veranlassen: „Nur kurzfristige Einschränkungen führen nicht zur Betreuerbestellung“. Kommt der Patient wieder zu Bewusstsein, ist auch nicht etwa eine nachträgliche Betreuerbestellung nötig. Der Patient kann nun für sich selbst entscheiden.

Bleibt dem Arzt hingegen Zeit, oder wird die Einwilligungsunfähigkeit vermutlich längere Zeit andauern, so hat er beim Vormundschaftsgericht die Bestellung eines Betreuers durch einstweilige Anordnung gemäß § 69f Abs. 1 FGG zu veranlassen. In dieser Situation kann ein Betreuer ausnahmsweise von Amts wegen bestellt werden, weil der Betreuungsbedürftige seinen Willen nicht äußern kann. Persönliche Beziehungen des Betreuers zum Betreuten sind – gleichfalls ausnahmsweise – nicht erforderlich. Dem Betreuer wird gemäß § 1896 Abs. 2 BGB als Aufgabenkreis zugewiesen, die für die konkret anste-

hende Heilbehandlung notwendigen Einwilligungen zu erteilen. Da in diesen Fällen immer „Gefahr im Verzug“ vorliegt, kann die Bestellung ohne Einhaltung von Formalitäten erfolgen. Bleibt die Bewusstlosigkeit bestehen – das Unfallopfer erwacht nicht aus dem Koma – so sind die Verfahrenshandlungen unverzüglich nachzuholen. In dem vielerörterten Fall der Erlanger hirntoten Schwangeren gelang die Betreuerbestellung innerhalb weniger Tage<sup>10</sup>. In großen Vormundschaftsgerichten gelingt das sogar innerhalb von Stunden. Sind medizinische Maßnahmen vor der Betreuerbestellung erforderlich, müssen sie selbstverständlich sogleich durchgeführt werden. Findet sich in der Schnelle kein Betreuer, so kann das Vormundschaftsgericht gemäß den §§ 1908i, 1846 BGB selbst entscheiden.

Weiterhin ist es möglich, dass ein Patient mit einer aktuell nicht notwendig behandlungsbedürftigen Krankheit oder mit einer Erkrankung zum Arzt kommt, deren Behandlung aufschiebbar ist. Stellt der Arzt in dieser Situation fest, dass der Patient nicht einwilligungsfähig ist, so hat er die Behandlung zu unterlassen, weil die Betreuerbestellung im normalen Verfahren möglich ist. Fraglich bleibt allerdings, ob und was gegebenenfalls der Arzt unternehmen soll. Er ist ja möglicherweise der einzige, der die Sachlage richtig beurteilen kann. Die Beratung des Patienten über die Notwendigkeit einer Betreuerbestellung dürfte krankheitsbedingt generell zwecklos sein. Zwar kann das Vormundschaftsgericht nach § 1896 Abs. 1 Satz 1 BGB in dieser Situation von Amts wegen einen Betreuer bestellen, aber es wird ja von sich aus nichts von der Betreuungsbedürftigkeit wissen. Fraglich ist also, ob der Arzt von sich aus das Gericht oder andere Dritte informieren darf oder sogar muss. Die Anforderungen der richtigen Behandlung, der Hilfe für den Patienten, und diejenigen der Schweigepflicht<sup>11</sup> widersprechen sich. Eine Hinweispflicht des Arztes ist zu bejahen, wenn die Betreuung für den Patienten notwendig ist; eine entsprechende Information von An-

gehörigen oder des Gerichts ist nicht als Schweigepflichtverletzung anzusehen<sup>12</sup>. Die Entscheidung des Arztes wird – je nach den Umständen – stark einzelfallbezogen ausfallen.

b) Patienten, für die ein Betreuer bestellt ist.

Kommt ein Patient in ärztliche Behandlung, für den schon ein Betreuer bestellt ist, so sind mehrere Möglichkeiten zu unterscheiden. Ist nur ein Vermögensbetreuer bestellt, so gilt das soeben Gesagte. Ein solcher Betreuer wäre nicht berechtigt, in eine Heilbehandlung einzuwilligen.

Von Bedeutung sind also nur Betreuer mit dem Aufgabenkreis „alle Angelegenheiten des Betreuten“, „Bestimmung der ärztlichen Behandlung“ oder „Einwilligung in eine bestimmte Behandlung“. So kann es etwa ausreichend sein, einen Betreuer zu bestellen, der über die Behandlung einer bestimmten psychischen Erkrankung zu entscheiden hat, wenn der Betreute krankheitsbedingt die Erkrankung und ihre Behandlungsbedürftigkeit nicht erkennen kann, wohl aber in der Lage ist, in die Behandlungen sonstiger Erkrankungen einzuwilligen. Die Zuständigkeit des Betreuers reicht jeweils nur maximal so weit, so weit sie genannt ist. Ist das im Einzelfall unzureichend, so ist die Erweiterung des Aufgabenkreises zu beantragen.

Schwierigkeiten ergeben sich aus der Pflicht des Arztes, auch dann nach der Einwilligungsfähigkeit des Patienten zu forschen, wenn ein Betreuer vorhanden ist. Verfügt der Patient selbst über die Einwilligungsfähigkeit, das heißt über die „Reife und Fähigkeit, die Tragweite des ärztlichen Eingriffs für Körper, Beruf und Lebensglück zu ermessen und danach selbstverantwortlich Entschlüsse zu fassen“, so ist allein seine Willensäußerung (Einwilligung, Verweigerung) rechtlich maßgeblich. Diese Rechtsregel ist zwar im Gesetz nicht positiv ausgedrückt worden<sup>13</sup>, liegt dem Gesetz aber zugrunde<sup>14</sup>.

Fehlt die Einwilligungsfähigkeit, so hat der Arzt die Einwilligung des Betreuers einzuholen, in dessen Auf-

gabenkreis die ärztliche Behandlung fällt. Der Arzt hat den Betreuer gründlich aufzuklären, daneben aber auch den Patienten, soweit das möglich ist.

Darüber hinaus ist § 1904 BGB zu berücksichtigen: „Die Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Ohne die Genehmigung darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist“.

Die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts benötigt der Betreuer; er hat sie einzuholen; sie rechtfertigt seine Einwilligung. Aber der Arzt hat sich letztlich davon zu überzeugen, dass sie vorliegt. Unterlässt er das, so kann dieses Unterlassen nicht ohne Einfluss auf die Wirksamkeit der erteilten Einwilligung sein. Es ist nämlich seine Pflicht, sich von dem Vorliegen aller Rechtfertigungselemente zu überzeugen. Außerdem obliegt ihm gegenüber dem Betreuer eine Beratungspflicht hinsichtlich der Genehmigungsbedürftigkeit im Sinne von § 1904 BGB. Der Betreuer kann in einer solchen Situation aber auch nach § 1837 Abs. 1 BGB die Beratung des Vormundschaftsgerichtes in Anspruch nehmen.

Der Formulierung des § 1904 BGB lässt sich jedoch nicht entnehmen, wie hoch die Schwelle liegt, die eine vormundschaftsgerichtliche Genehmigung nötig macht. Mit anderen Worten: Muss der Betreuer vorsorglich zumindest bei jeder Operation, aber wohl auch bei gewissen Medikationen, um die vormundschaftsgerichtliche Genehmigung nachsuchen?

Für das Beenden lebenserhaltender Maßnahmen ist das Vormundschaftsgericht nur dann anzurufen, wenn Betreuer und Arzt unterschiedlicher

Auffassung sind<sup>15</sup>. Allerdings folgen nicht alle Untergerichte dieser höchstgerichtlichen Rechtsprechung und verlangen auch bei Übereinstimmung zwischen Arzt und Betreuer über das Einstellen der künstlichen Ernährung die vormundschaftliche Genehmigung<sup>16</sup>.

Aus der Wortwahl „begründete Gefahr“ lässt sich ableiten, dass es nicht um subjektive Befürchtungen geht, sondern „um objektive – ernstliche und konkrete – Gefahren“<sup>17</sup>. Damit ist aber noch nicht viel gewonnen. Denn was als Gefahr im Sinne von § 1904 BGB anzusehen ist, bestimmt sich aus zwei Komponenten: zum einen aus der Folge und zum anderen aus dem Grad der Wahrscheinlichkeit, mit der diese Folge eintreten wird. Der zur Stellungnahme aufgeforderte Bundesminister der Justiz beschränkte seine Antwort im Wesentlichen auf die Folgen, das heißt auf die Auslegung des Satzteil „stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet“: „So bedeuten zum Beispiel Risikooperationen, die an herzkranken und aus sonstigen Gründen durch die Operation besonders gefährdeten Patienten vorgenommen werden müssten, eine Lebensgefahr im Sinne der Vorschrift“. Hingegen soll nicht jede Narkose genehmigungspflichtig sein. Die Gesetzesmaterialien nennen zudem noch „schwere nachteilige Nebenwirkungen von Medikamenten“<sup>18</sup>.

Die genannten Beispiele bereiten sicherlich dem Arzt keine Schwierig-

keiten. Für ihn schwer zu beurteilen ist indessen die Frage, welcher Grad der Wahrscheinlichkeit des Eintritts verlangt wird. Schließlich ist „eine Operation eben eine Operation“, und passieren kann immer etwas<sup>19</sup>. Nach der Stellungnahme des Bundesministers der Justiz bedeutet „begründete Gefahr“ mehr als „bloße Gefahr“, aber weniger als „dringende Gefahr“<sup>20</sup>. Auch damit ist wenig gewonnen.

Tatsächlich gibt es deutlich weniger Entscheidungen zu § 1904 BGB als angenommen werden sollte. Es besteht der Verdacht, dass häufig mit der Begründung von der Genehmigung abgesehen wird, weil mit deren Aufschub Gefahr verbunden ist. Die Vorschrift, die „nur aus einem gewissen Misstrauen gegenüber dem unkontrollierten Zusammenwirken von Betreuer und Arzt zu erklären“ ist, ist dieser Aufgabe von daher nicht gewachsen.

#### IV. Vorsorgemöglichkeiten

Was aber können Patienten unternehmen, um für den Fall der eigenen fehlenden Einwilligungsfähigkeit vorzusorgen? Das Betreuungsrecht hält zwei bis drei Möglichkeiten vor, die Vorsorgevollmacht, die Patientenverfügung und die Betreuerverfügung.

##### 1. Vorsorgevollmacht

War die Frage der Zulässigkeit der Vorsorgevollmacht nach der Einführung der Betreuung zunächst noch strittig, hat die erste Reform insoweit Klarheit gebracht. Klarheit bedeutet

nicht, dass wir einen überzeugenden Gesetzestext haben.

Ausgangspunkt für die Zulässigkeit der Vorsorgevollmacht, die vor 1992 in Deutschland jedenfalls verboten war, ist die Subsidiarität der Betreuung. Die Betreuerbestellung ist ultima ratio und nur zulässig, wenn dem Betroffenen nicht auf andere Weise geholfen werden kann. Gemäß § 1896 Abs. 2 BGB darf ein Betreuer „nur für Aufgabenkreise bestellt werden, in denen die Betreuung erforderlich ist. Die Betreuung ist nicht erforderlich, soweit die Angelegenheiten des Volljährigen durch einen Bevollmächtigten... ebenso gut wie durch einen Betreuer besorgt werden können“.

Definiert ist die Vorsorgevollmacht damit aber nicht. Unter Vorsorgevollmacht wird die Bevollmächtigung einer Person mit allen Angelegenheiten oder mit einzelnen Aufgaben verstanden. Problematisch zu entscheiden ist die Frage, ob diese Vorsorgevollmacht erst für den Fall gelten sollte, dass der Betroffene „seine Angelegenheiten nicht mehr selbst besorgen kann“. Für diesen Fall nur ist sie ja gedacht. Dennoch wird allgemein empfohlen, eine unbedingte Vollmacht zu erteilen, weil es sonst schwer feststellbar ist, ob die Bedingung eingetreten ist oder nicht. Allerdings wird das der Arzt vor einer Behandlungsmaßnahme besser feststellen können als zum Beispiel der Kundenberater einer Sparkasse oder einer Bank. Dass die Missbrauchsmöglichkeiten einer unbedingten Vorsorgevollmacht noch größer sind als das Risiko, das jeder Bevollmächtigung innewohnt, liegt auf der Hand.

Die Vorsorgevollmacht muss schriftlich abgefasst sein und die genannten medizinischen Maßnahmen ausdrücklich nennen (§§ 1904 Abs. 2, 1906 Abs. 5). Das gilt sowohl für die Untersuchung des Gesundheitszustandes, für einen Heileingriff oder einen ärztlichen Eingriff (§ 1904 Abs. 1 BGB), als auch für die Unterbringung, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist (§ 1906 Abs. 1 BGB) und für unterbringungsähnliche Maßnahmen (§ 1906 Abs. 4

BGB). In eine Sterilisation darf der Bevollmächtigte nicht einwilligen (§ 1905 BGB). Insoweit ist ein Betreuer erforderlich, der nur für diese Aufgabe bestellt wird.

## 2. Patientenverfügung<sup>21</sup>

Ganz kurz nur möchte ich auf die Patientenverfügung eingehen. Darunter wird eine schriftliche Erklärung mit dem Inhalt, bei einem bestimmten Krankheitsverlauf nicht mehr oder in festgelegter Art und Weise behandelt werden zu wollen, verstanden. Auch dabei handelt es sich um eine andere Hilfe im Sinne von § 1896 Abs. 2 BGB, die der Betreuerbestellung vorgeht.

Als wesentliche Norm für die Patientenverfügung ist § 1901a BGB anzusehen. Diese gesetzgebungstechnisch höchst verunglückte Vorschrift legt leider nicht ausdrücklich fest, dass Patientenverfügungen („ein Schriftstück... in dem jemand für den Fall seiner Betreuung... Wünsche zur Wahrnehmung der Betreuung geäußert hat“) gültig sind, sondern nur inzidenter, indem sie eine Ablieferungspflicht für derartige Schriftstücke statuiert. Die Vorschrift wird durch § 1901 Abs. 2 Satz 2 BGB ergänzt. Demzufolge hat der Betreuer auch den „Wünschen des Betreuten zu entsprechen“, die „der Betreute vor der Bestellung des Betreuers geäußert hat, es sei denn, dass er an diesen Wünschen erkennbar nicht festhalten will“.

Ein Gesetzgebungsentwurf für einen neugefaßten § 1901a BGB brächte größere Gewissheit. Abs. 1 lautet: „Eine Patientenverfügung, in der der Betreute seinen Willen zu Untersuchungen seines Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztlichen Eingriffen für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit geäußert hat, gilt bei Einwilligungsunfähigkeit fort, falls keine konkreten Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass der Betreute die Patientenverfügung widerrufen hat“. Abs. 2 Satz 3 lautet: „Eine vom Betreuten getroffene Entscheidung liegt vor, wenn die Patientenverfügung eine Einwilligung oder Nichteinwilligung in bestimmte Unter-

suchungen des Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe enthält, die auf die konkrete Situation zutrifft“.

Diese Formulierungen geben, ohne Gesetz zu sein, den geltenden Rechtszustand wieder. Störend an dem Entwurf ist die Verknüpfung zwischen Patientenverfügung und Betreuer, denn eigentlich soll ja die Patientenverfügung die Bestellung eines Betreuers überflüssig machen.

## 3. Betreuerverfügung

Unter einer Betreuerverfügung wird eine Verfügung verstanden, in der personelle Wünsche für den Fall geäußert werden, dass man einen Betreuer benötigt. Zentrale Norm ist wiederum § 1901a BGB. Die Vorschrift spricht von einem „Schriftstück... in dem jemand für den Fall seiner Betreuung Vorschläge zur Auswahl des Betreuers geäußert hat“.

## V. Schluss

Zum Schluss seien noch einmal die wesentlichen Punkte zusammengefasst. Die Betreuung entmündigt den Betroffenen nicht, auch wenn der Betreuer sein gesetzlicher Vertreter wird (§ 1902 BGB). Im Rahmen seiner Möglichkeiten bleibt der Betreute selbst entscheidungsbefugt. Im Bereich der Vermögenssorge führt das zu einer unschönen Doppelzuständigkeit zwischen Betreuer und Betreutem. Bei medizinischen Behandlungsmaßnahmen hingegen ist der einwilligungsfähige Betreute allein zuständig.

Die Betreuung ist ultima ratio, soll also nur angewendet werden, wenn es keine anderen Hilfen gibt. Solche andere Hilfen sind die Vorsorgevollmacht und die Patientenverfügung. Bei ihrem Vorliegen verbietet sich insoweit eine Betreuerbestellung. Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung schließen sich nicht aus. Es spricht vielmehr alles dafür, beide Möglichkeiten nebeneinander zu ergreifen. So kann der Bevollmächtigte stärker an die geäußerten Wünsche des Betroffenen gebunden werden. Die geäußerten Wünsche können stärker akzentuiert werden. Abgerundet wird die Vorsorge für

den krankheitsbedingten Verlust der Einwilligungsfähigkeit durch den Vorschlag, eine gewünschte Person zum Betreuer zu bestellen (§ 1897 Abs. 4 BGB). Dabei ist darauf zu achten, dass als Wunschbetreuer und Bevollmächtigter unterschiedliche Personen genannt werden, denn der Wunschbetreuer wird ja nur für den Fall genannt, dass der Bevollmächtigte ausfällt.

Prof. Dr. jur. Bernd Rüdiger Kern  
Universität Leipzig, Juristenfakultät  
Lehrstuhl für Bürgerliches Recht,  
Rechtsgeschichte und Arztrecht  
Burgstraße 27  
04109 Leipzig

#### Literaturverzeichnis

- <sup>1</sup> Entscheidung des Reichsgerichts in Strafsachen vom 31. 5. 1894, RGSt 25, 375.
- <sup>2</sup> BGHZ 29, 46, 51f.
- <sup>3</sup> BGH, MedR 1989, 81.
- <sup>4</sup> Vgl. dazu genauer die Stellungnahme zu Rechtsfragen bei der Behandlung Minderjähriger der AG Medizinrecht der DGGG, in: Frauenarzt 2003, 1109.
- <sup>5</sup> Das entspricht § 1627 BGB, der elterlichen Sorge für den Minderjährigen.
- <sup>6</sup> Vgl. dazu B.-R. Kern, Arzt-, Behandlungsvertrag, in: H.-J. Rieger, Lexikon des Arztrechts, 2. Aufl. 2001, Nr. 335. Konfliktsituationen sind in diesem Bereich auch heute noch denkbar.
- <sup>7</sup> B.-R. Kern/A. Laufs, Die ärztliche Aufklärungspflicht, 1983, S. 32.
- <sup>8</sup> §§ 65 – 69m, 70 – 70n FGG (Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit).
- <sup>9</sup> Jedenfalls in Zweifelfällen empfiehlt sich die Dokumentation der ärztlichen Entscheidung und deren Gründe in der Krankenakte; so auch G. Ukena, MedR 1992, 202 – 205, 203.
- <sup>10</sup> AG Hersbruck, NJW 1992, 3245 = FamRZ 1992, 1471, mit Anmerkung von Schwab = MedR 1993
- <sup>11</sup> Vgl. dazu allgemein B.-R. Kern, Dokumentation und Schweigepflicht, in: B. Gramberg-Danielsen (Hrsg.), Rechtsophthalmologie, 1985, S. 52 – 61, 54.
- <sup>12</sup> Vgl. dazu die deutlich dramatischere Entscheidung des OLG Frankfurt, MDR 1999, 1444.
- <sup>13</sup> Ein entsprechender Antrag der Grünen wurde nicht angenommen: „Der Beistand kann nicht anstelle der/des Beistandsberechtigten in eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff einwilligen, wenn der/die Beistandsberechtigte selbst einwilligen kann“ (BT-Dr. 11/6949, S. 72). Begründet wurde dieser Antrag mit dem Verbot der Zwangsbehandlung.
- <sup>14</sup> So auch Schwab, Das neue Betreuungsrecht. Bericht über die verabschiedete Fassung des Betreuungsgesetzes (BtG), FamRZ 1990, 681 – 693, 686; und M. Coester, Von anonymer Verwaltung zu persönlicher Betreuung - Zur Reform des Vormund- und Pflegschaftsrechts für Volljährige, in Jura 1991, S. 1 – 9, 7 f.
- <sup>15</sup> BGH, FamRZ 2003, 748.
- <sup>16</sup> LG Essen, NJW 2008, 1170.
- <sup>17</sup> Ursprünglich war die Textfassung „wenn zu befürchten ist“ vorgesehen.
- <sup>18</sup> BT-Dr. 11/4528, S. 140.
- <sup>19</sup> BGH, VersR 1980, S. 68, 70, bezüglich einer Blinddarmoperation.
- <sup>20</sup> BT-Dr. 11/6949, S. 73.
- <sup>21</sup> Vgl. dazu auch B.-R. Kern, Sterbehilfe versus Sterbebegleitung. Aus der Sicht eines Juristen, in: Ärzteblatt Sachsen 2002, S. 96 – 100, 204 – 205.

## Eigeneinrichtung einer Lehrpraxis der KVS

Die **Kassenärztliche Vereinigung Sachsen** beabsichtigt, mit Wirkung **ab 5.1.2009** eine Eigeneinrichtung als Lehrpraxis zur Vorbereitung auf eine eigene Niederlassung zu betreiben.

**Wir suchen für diese Praxis einen/ eine Arzt/Ärztin in Vollzeitbeschäftigung für zwei Jahre.**

Sie erfüllen folgende Voraussetzungen:

- Facharzt für Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Innere und Allgemeinmedizin mit dem Wunsch, hausärztlich tätig sein zu wollen,
- Interesse für eine ambulante Tätigkeit im niedergelassenen Bereich,
- Übernahmewunsch einer Praxis nach zwei Jahren.

Ihre aussagefähige Bewerbung richten Sie bitte bis zum 15.9.2008 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, PF 10 06 36, 01076 Dresden.

## Treffen der Studienjahresabgänger der Leipziger Universität von 1967

Hiermit möchte ich an unser traditionelles Treffen am 2. Oktober 2008 erinnern.

Wir treffen uns 16.00 Uhr vor dem Carl-Ludwig-Institut für Physiologie, Liebigstraße 27, zunächst zu einer Führung durch die Räume dieser Einrichtung, bevor es anschließend wieder zu einem gemütlichen Beisammensein in den Auerbachs Keller geht.

Teilnahmemeldungen bitte an:  
Herrn Priv. Doz. Dr. med. Bernd Wiedemann, E-Mail: bernd.wiedemann@arcor.de, Tel.: 0341 2311452, Handy: 0160 92353013 oder Dr. med. Hans-Otto Kluge Tel.: 0871 23184.

## Aufruf zur Publikation von Beiträgen

Das Redaktionskollegium „Ärzteblatt Sachsen“ bittet die sächsischen Ärzte praxisbezogene, klinisch relevante medizinisch-wissenschaftliche Beiträge und Übersichten mit diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen, berufspolitische, gesundheitspolitische und medizingeschichtliche Artikel zur Veröffentlichung in unserem Kammerorgan einzureichen (E-Mail: redaktion@slaek.de).

Die Manuskripte sollen in didaktisch klarem, allgemein verständlichem Stil verfasst sein. Unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de) sind die Autorenhinweise nachzulesen.



## Überwachung nach dem Medizinproduktegesetz in Sachsen – 2007

Im folgenden Beitrag werden die Ergebnisse der Tätigkeit des Sächsischen Landesamtes für Mess- und Eichwesen (SLME) im Rahmen der Zuständigkeiten für das Jahr 2007 im Bereich Medizin dargestellt. Die Überwachungstätigkeiten betreffen den § 4a der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) hinsichtlich der Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen in medizinischen Laboratorien, Praxen niedergelassener Ärzte, Krankenhäusern, Pflegeheimen, bei Pflegediensten und sonstigen Einrichtungen sowie den § 11 MPBetreibV im Zusammenhang mit messtechnischen Kontrollen an Medizinprodukten mit Messfunktion.

### 1. Überwachung der Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen

#### 1.1 Ergebnisse der Überwachung medizinischer Laboratorien

Ab spätestens 2004 mussten alle Laboratorien nach der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (Rili-BÄK) von 2001, die im § 4a MPBetreibV verankert ist, arbeiten.

Durch das Sächsische Landesamt für Mess- und Eichwesen wurde dieser Prozess in den vergangenen Jahren vielfältig praxisnah begleitet. Es stehen einschlägige Informationsblätter, Vorträge und Veröffentlichungen auf den Internetseiten des Landesamtes zur Verfügung. Medizinische Laboratorien, Einrichtungen und Arztpraxen werden telefonisch oder vor Ort beraten.

Die Anzahl der erfassten überwachungspflichtigen Laboratorien (Tabelle 1) hatte sich 2004 durch viele Kleinlaboratorien in Arztpraxen erhöht, die von da ab auch nach der Rili-BÄK 2001 arbeiten mussten. Die Gesamtzahl ist in den Folgejahren wieder leicht gesunken, was besonders mit Schließungen von Laboratorien in kleineren Einrichtungen im Zusammenhang steht. Es ist davon auszugehen, dass noch nicht alle Kleinlaboratorien bekannt und erfasst sind.

Mit einer Überwachungsichte von ca. 20 % der erfassten Laboratorien pro Jahr ist ein Wert erreicht, der einen vertretbaren Kompromiss zwischen der Notwendigkeit und der personellen Ausstattung des SLME darstellt.

Im Jahr 2004 wurde festgestellt, dass die Umstellung auf die Rili-BÄK 2001 vielen Laboratorien größere Probleme bereitete, und nur 28 % der überwachten Laboratorien die Richtlinie mit allen Forderungen voll umgesetzt hatten. Dieser Wert ist in den Folgejahren kontinuierlich gestiegen und entsprach wieder einem langjährigen Durchschnitt bis zur verpflichtenden Anwendung der Rili-BÄK 2001. Leider konnte dieser Trend 2007 nicht fortgesetzt werden.

Auch die positive Entwicklung der letzten Jahre bei der Richtigkeit der überwachten Messgrößen fand keine Fortsetzung. In immerhin sechs von 40 überwachten Laboratorien wurden Messgrößen trotz Überschreitens der vorgegebenen Unrichtigkeit (das heißt schlechter Richtigkeit) entgegen den Vorschriften der Rili-BÄK weiter bestimmt.

Die Präzision der überwachten Messgrößen ist gut. Nur 1 % hatten eine nicht ausreichende Präzision.

2007 konnten zwei von 40 überwachten Laboratorien die pro Quartal und Messgröße geforderten Zertifikate von Ringversuchen nicht vollständig vorweisen. Das bestätigt die gute Entwicklung in diesem Punkt seit 2004.

Tabelle 1: Ergebnisse der Überwachung von medizinischen Laboratorien

	2007	2006	2005	2004	2003
<b>Allgemeine Angaben</b>					
Anzahl der erfassten überwachungspflichtigen Laboratorien (ab 2004 mit Kleinlaboratorien in Arztpraxen)	198	192	199	210	145
Anzahl der Überwachungen	40	23	50	85	70
Rili-BÄK wurde konsequent eingehalten (Lab. in %)*	63	74	66	28	****
<b>Interne Präzisionskontrolle (PK)</b>					
In 6 Laboratorien entsprach die PK <u>nicht</u> in allen Anforderungen der Rili-BÄK. (Lab. in %)*	15	13	20	22	****
Bei 152 kontrollierten überwachungspflichtigen Messgrößen entsprach bei 1 Kontrolle die Präzision nicht immer den Vorgaben der Rili-BÄK. (Messgrößen in %)**	1	5	1	2	***
<b>Interne Richtigkeitskontrolle (RK)</b>					
In 6 Laboratorien entsprach die RK <u>nicht</u> in allen Anforderungen der Rili-BÄK. (Lab. in %)*	15	4	24	26	****
Bei 152 kontrollierten überwachungspflichtigen Messgrößen entsprach bei 6 Kontrollen die Richtigkeit nicht immer den Vorgaben der Rili-BÄK. (Messgrößen in %)**	4	1	3	3	***
<b>Externe Richtigkeitskontrolle (Ringversuche)</b>					
Einzelne Zertifikate fehlten in 2 Laboratorien. (Lab. in %)*	5	0	6	35	****

\* Laboratorien in % der überwachten Laboratorien

\*\* Messgrößen in % der überwachten Messgrößen

\*\*\* keine Erhebung

\*\*\*\* keine Angabe, da in diesem Jahr noch nicht mit der Rili-BÄK 2001 gearbeitet werden musste und somit ein Vergleich zu 2007, 2006, 2005 und 2004 nicht möglich ist

**1.2 Ergebnisse der Überwachung von Krankenhäusern und Rehabilitations-Kliniken, die quantitative laboratoriumsmedizinische Untersuchungen als patientennahe Sofortdiagnostik durchführen**

In 36 Krankenhäusern und Reha-Kliniken wurde die Qualitätssicherung der patientennahen Sofortdiagnostik kontrolliert (Tabelle 2). Es handelt sich in der Regel um Glucose-Bestimmungen. Das Sächsische Landesamt für Mess- und Eichwesen überwacht alle diese Einrichtungen kontinuierlich und hat sie bei ihren Bemühungen zur Umsetzung der Rili-BÄK umfangreich unterstützt. Krankenhäuser und Reha-Kliniken kontrollieren die Qualität mit gutem Ergebnis. Nach einem starken Absinken 2004, wo durch die Umstellung auf die Rili-BÄK 2001 die formalen Erfordernisse nur zu 46 % eingehalten wurden, war 2005 mit 76 % wieder ein Durchschnittswert der Vorjahre erreicht. Dieser stellte sich 2006 und 2007 leider nicht wieder ein, was zeigt, dass auch in Krankenhäusern und Reha-Kliniken diesbezügliche kontinuierliche Überwachungen weiterhin notwendig sind.

**1.3 Ergebnisse der Überwachung von Praxen niedergelassener Ärzte, die quantitative laboratoriumsmedizinische Untersuchungen als patientennahe Sofortdiagnostik durchführen**

Bedingt durch die langjährigen schlechten Ergebnisse bei der Überwachung von Praxen niedergelassener Ärzte, die quantitative laboratoriumsmedizinische Untersuchungen als patientennahe Sofortdiagnostik durchführen, und das Ziel, diese möglichst flächendeckend zu erreichen, wurden seit 2003 weit über 1.000 Arztpraxen im Rahmen von Erstüberwachungen kontrolliert (davon 218 im Jahr 2007, Tabelle 3). Die Anzahl der überwachten Arztpraxen, die gar keine oder eine nicht ausreichende Qualitätssicherung durchgeführt haben, ist nach wie vor sehr hoch (75 %). Diese Arztpraxen mussten in kürzester Frist eine ausreichende Qualitätssicherung nachweisen. Die Ergebnisse beweisen, dass

Tabelle 2: Ergebnisse der Überwachung von Krankenhäusern und Rehabilitations-Kliniken, die quantitative laboratoriumsmedizinische Untersuchungen als patientennahe Sofortdiagnostik durchführen; 2007 im Vergleich zu 2006, 2005, 2004 und 2003

	Anzahl Überwachungen	Qualitätssicherung erfolgt nach Rili-BÄK (Krankenhäuser in %)*		
		ja	z. T.	nein
Krankenhäuser und Reha-Kliniken	<b>36</b>	<b>56</b>	<b>44</b>	<b>0</b>
(2006/2005/2004/2003)	(21/25/44/29)	(62/76/46/69)	(33/24/52/31)	(5/0/2/0)

Tabelle 3: Ergebnisse der Überwachung von Praxen niedergelassener Ärzte, die quantitative laboratoriumsmedizinische Untersuchungen als patientennahe Sofortdiagnostik durchführen; 2007 im Vergleich zu 2006, 2005, 2004 und 2003

	Anzahl Überwachungen	Qualitätssicherung erfolgt nach Rili-BÄK (Arztpraxen in %)*		
		ja	z. T.	nein
Arztpraxen	<b>218</b>	<b>25</b>	<b>37</b>	<b>38</b>
(2006/2005/2004/2003)	(345/272/231/208)	(25/35/35/18)	(40/23/37/31)	(35/42/28/51)

Tabelle 4: Ergebnisse der Überwachung von Pflegeheimen, Rettungsdiensten und sonstigen Einrichtungen, die quantitative laboratoriumsmedizinische Untersuchungen als patientennahe Sofortdiagnostik durchführen; 2007 im Vergleich zu 2006, 2005, 2004 und 2003

	Anzahl Überwachungen	Qualitätssicherung erfolgt nach Rili-BÄK (Einrichtungen in %)*		
		ja	z. T.	nein
Pflegeheime, Rettungsdienste und sonstige Einrichtungen	<b>40</b>	<b>25</b>	<b>55</b>	<b>20</b>
(2006/2005/2004/2003)	(68/79/138/56)	(24/27/11/18)	(47/57/61/41)	(29/16/28/41)

\* Einrichtungen in % der **überwachten** Einrichtungen

gegenüber der derzeitigen Überwachungsdichte keinerlei Abstriche gemacht werden dürfen.

**1.4 Ergebnisse der Überwachung von sonstigen Einrichtungen, die quantitative laboratoriumsmedizinische Untersuchungen als patientennahe Sofortdiagnostik durchführen**

Im Jahr 2007 wurden 40 sonstige Einrichtungen, insbesondere Pflegeheime, bezüglich der Durchführung der Qualitätssicherung der patientennahen Sofortdiagnostik erstmals überwacht (Tabelle 4). Auch in diesem Bereich ist die Anzahl derjenigen Einrichtungen, die gar keine oder eine nicht ausreichende Qualitätssicherung durchführen, nach wie vor viel zu hoch (75 %). Auch diese Einrichtungen mussten binnen kürzester Frist eine ausreichende Qualitätssicherung nachweisen.

Wegen dieser beständig schlechten Ergebnisse werden ab 2008 verstärkt auch ambulante Pflegedienste in die Überwachungen einbezogen.

**1.5 Gesamteinschätzung der Überwachungsergebnisse**

Seit 2004 muss in allen Laboratorien nach der Rili-BÄK 2001 gearbeitet werden. Es ist nicht zu tolerieren, dass bis zu 4 % der (überwachten) Messgrößen länger als zwei Monate keine ausreichende Präzision bzw. Richtigkeit aufweisen und trotzdem weiterhin Patientenwerte bestimmt werden. In der Richtlinie ist eindeutig festgelegt, dass für diesen Fall die Bestimmung der Messgröße solange eingestellt werden muss, bis die Einhaltung der Vorgaben hinsichtlich Präzision und Richtigkeit wieder gewährleistet ist.

Wenn 38 % der Arztpraxen und 20 % der sonstigen Einrichtungen, in denen quantitative laboratoriumsmedizinische Untersuchungen als patientennahe Sofortdiagnostik durchgeführt werden, keine Qualitätssicherung durchführen, ist zu befürchten, dass auch labordiagnostische Befunde mit nicht ausreichender Richtigkeit und/oder Präzision erstellt werden. In diesem Bereich müssen zwingend Gegenmaßnahmen getro-

fen werden, um die Qualitätssicherung nach Rili-BÄK durchzusetzen. Die Überwachungs- und flankierenden Beratungsmaßnahmen des Sächsischen Landesamtes für Mess- und Eichwesen stellen eine wichtige Grundlage für eine Verbesserung der Einhaltung der Qualität laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen dar.

**1.6 Neue Rili-BÄK ab April 2008**

Am 15. Februar 2008 wurde im Deutschen Ärzteblatt die neue Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen veröffentlicht.

Die neue Rili-BÄK beinhaltet die Anforderungen an die Qualitätssicherung aller laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen. Sie umfasst den gesamten Prozess und schließt auch die Prä- und Postanalytik mit ein.

Sie tritt am 1. April 2008 in Kraft und ihre Anforderungen sind binnen 24 Monaten nach In-Kraft-Treten zu erfüllen. Das heißt, für die Dauer von 24 Monaten nach In-Kraft-Treten kann die interne und externe Qualitätssicherung noch nach der Rili-BÄK vom 24. August 2001 durchgeführt werden.

**2. Überwachung des § 11 Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV); Durchführung messtechnischer Kontrollen – MTK**

Medizinprodukte mit Messfunktion müssen innerhalb bestimmter Fristen messtechnisch kontrolliert werden, damit auftretende Fehler rechtzeitig erkannt werden. Das Sächsische Landesamt für Mess- und Eichwesen (SLME) überwacht auch die Erfüllung der gesetzlichen Forderungen zur Durchführung der messtechnischen Kontrollen sowie das Einhalten der Voraussetzungen zur Durchführung messtechnischer Kontrollen durch Personen, die ihre Tätigkeit dem Landesamt angezeigt haben (§ 11 MPBetreibV).

2007 wurden 468 Einrichtungen und Arztpraxen auf Durchführung der messtechnischen Kontrollen über-

Tabelle 5: Überwachte Einrichtungen auf Einhaltung der Fristen der messtechnischen Kontrolle von Medizinprodukten mit Messfunktion; 2007 im Vergleich zu 2006, 2005, 2004 und 2003

Einrichtungen	Krankenhäuser Reha-Kliniken	Arztpraxen	Sonstige	Gesamt
Anzahl	55	330	83	468
(2006/2005/2004/2003)	(40/60/61/50)	(476/448/357/298)	(63/86/83/52)	(579/594/501/400)

Tabelle 6: Überwachte Medizinprodukte mit Messfunktion auf Einhaltung der Fristen der messtechnischen Kontrolle; 2007 im Vergleich zu 2006, 2005, 2004 und 2003

Medizinprodukte mit Messfunktion	Anzahl	Prüffristen eingehalten	Prüffristen nicht eingehalten
zur Bestimmung der Hörfähigkeit	48	48	0
zur Bestimmung von Körpertemperaturen	1.155	1.112	43
zur nicht invasiven Blutdruckmessung	3.244	3.127	117
zur Bestimmung des Augeninnendruckes	70	70	0
Diagnostikdosimeter	19	19	0
Tretkurbelergometer	149	142	7
Sonstige	12	12	0
<b>Gesamt (Anzahl)</b>	<b>4.697</b>	<b>4.530</b>	<b>167</b>
(2006/2005/2004/2003)	(4891/7318/6342/6320)	(4766/7001/6089/5616)	(125/317/253/704)
<b>Gesamt (%)</b>		<b>96</b>	<b>4</b>
(2006/2005/2004/2003)		(97/96/96/89)	(3/4/4/11)

Tabelle 7: Messtechnische Kontrollen durch das SLME

Medizinprodukte mit Messfunktion	Anzahl	Rückgabe <sup>1</sup>
Medizinische Thermometer	82	14 (17 %)
Blutdruckmessgeräte	1.621	117 (7 %)
Tonometer (Bestimmung des Augeninnendruckes)	184	4 (2 %)
<b>Gesamt</b>	<b>1.887</b>	<b>135 (7 %)</b>

<sup>1</sup> Rückgabe = Ablehnung der Messtechnischen Kontrolle (MTK) wegen Fehlern am Medizinprodukt

wacht (Tabelle 5). Von den 4.697 überprüften Messgeräten sind 167 (4 %) nicht rechtzeitig und/oder vorschrittenkonform messtechnisch kontrolliert worden (Tabelle 6). Von diesen Geräten war beim Einsatz am Patienten somit nicht bekannt, ob sie noch die zugelassenen Fehlergrenzen einhalten. In Krankenhäusern fanden sich gelegentlich Verstöße in geringem Ausmaß. Begründet auch durch die ständige Überwachungstätigkeit des SLME und die Einleitung notwendiger Ordnungswidrigkeitenverfahren setzt sich die seit 2004 geringe Anzahl der Fristüberschreitungen bei der Durchführung von messtechnischen Kontrollen auch 2007 fort. Das Ergebnis zeigt die Wichtigkeit unserer Bemühungen auf diesem Kontrollgebiet. Die Einhaltung des § 11 MPBetreibV ist bei den Messgeräten zur Bestimmung der Hörfähigkeit und des Augeninnendruckes zufrieden stellend, erstmalig auch bei Diagnostikdosimetern. Auffällig und unbefriedigend ist seit Jahren die überdurchschnittlich hohe Mängelquote bei Tretkurbelergometern. Auch im Jahr 2007 wurden Personen, welche die Durchführung messtechnischer Kontrollen beim Sächsischen

Landesamt für Mess- und Eichwesen angezeigt haben, auf das Einhalten der Voraussetzungen zu deren Durchführung überwacht. Der Kontakt zu diesen MTK-Diensten ist wichtig, damit sie bei der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben unterstützt werden und keine unkorrekt arbeitenden Prüfdienste auf dem Markt Fuß fassen. Die Mehrzahl der MTK-Dienste ist an einer Zusammenarbeit mit der Eichbehörde sehr interessiert. Neben der Überwachung dieser Personen, die MTK durchführen, werden durch das SLME auch selbst drei Medizinproduktearten mit Messfunktion messtechnisch kontrolliert. Die MPBetreibV ermächtigt die Eichbehörden, neben den MTK-Diensten tätig zu werden, um insbesondere die flächenmäßige Verfügbarkeit der Dienste im Territorium zu gewährleisten (Tabelle 7). Dies ist zum Beispiel bei der Durchführung messtechnischer Kontrollen von Tonometern unverzichtbar. Die messtechnische Kompetenz des Landesamtes leistet somit einen nicht unerheblichen Beitrag zur Einhaltung der Messsicherheit im Gesundheitswesen.

**3. Zusammenfassung und Ausblick**

Die Ergebnisse des Jahres 2007 und der letzten Jahre insgesamt machen deutlich, dass die Überwachungsschwerpunkte richtig gesetzt wurden. Die Überwachungs-dichte kann bei akkreditierten medizinischen Laboratorien und solchen, die vom Sächsischen Landesamt für Mess- und Eichwesen ein Zertifikat für die Einhaltung des § 4a MPBetreibV erhalten haben, beibehalten werden. Bei Arztpraxen und sonstigen medizinischen Einrichtungen ist jedoch eine intensive und umfassende Überwachung dringend erforderlich. Ordnungswidrigkeiten müssen dabei konsequent geahndet werden. Das vorhandene System ist geeignet, die Einhaltung der MPBetreibV zu überwachen.

Sächsisches Landesamt für Mess- und Eichwesen (SLME)  
Eichdirektion  
Dipl.-Physiker Dirk Hentschke  
Fachabteilungsleiter  
Hohe Straße 11, 01069 Dresden  
Tel.: 0351 4780-430, Fax: 0351 4780-499

**4. Deutsch-polnisches Symposium**



Vom 12. bis 14. September 2008 laden die Sächsische Landesärztekammer und die polnische Niederschlesische Ärztekammer interessierte Ärzte zum 4. Deutsch-polnischen Symposium nach Dresden ein. Im Mittel-

punkt dieses Symposiums stehen vor allem europäische gesundheitspolitische Themen sowie grenzüberschreitende Fragen zum Rettungsdienst sowie zur Delegation ärztlicher Leistungen. Zu den Referenten gehören unter anderen Prof. Egon Bahr, Dr. Otmar Kloiber und Prof. Dr. Scriba. Umrahmt wird das Symposium von einem internationalen Festabend.

Der Teilnahmebeitrag pro Person beträgt 100,- EUR. Die Teilnehmerzahl ist begrenzt. Weitere Informati-

onen und Anmeldung unter Telefon: 0351 8267-401 oder per E-Mail: dresden@slaek.de.

Bankverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztekbank eG, Konto-Nr. 0 003 055 299, BLZ 100 906 03

Das Symposium wird als Fortbildungsveranstaltung zertifiziert.

Knut Köhler M.A.  
Referent Gesundheitspolitik  
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit



Der Präsident, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, überreicht die Zeugnisse

## Arzthelferinnen erhielten Zeugnisse

156 Auszubildende und Umschülerinnen sowie 15 externe Prüflinge haben an der Abschlussprüfung zur Arzthelferin im Sommer 2008 in Sachsen teilgenommen. Davon 49 in

Chemnitz, 56 in Dresden, 42 in Leipzig und jeweils 12 in Plauen und Görlitz. Letztmalig fanden in diesem Jahr Prüfungen im Ausbildungsberuf Arzthelferin oder Arzthelfer statt. Ab 2009 werden die Prüflinge nach der seit August 2006 gültigen Ausbildungsverordnung als Medizinische Fachangestellte oder Medizinischer Fachangestellter geprüft.

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, überreichte in einer Feierstunde am 9. 7. 2008 in der Sächsischen Landesärztekammer die Prüfungszeugnisse und Arzthelferinnen- und Arzthelferbriefe. Am Tag zuvor erhielten Arzthelferinnen und Arzthelfer im Beruflichen Schulzentrum Leipzig aus den Händen von Dr. med. Claus Vogel, Vorstandsmitglied der Sächsischen Landesärztekammer, und im Beruflichen Schulzentrum Chemnitz von Dr. med. Steffen Liebscher,

Marina Hartmann  
Leitende Sachbearbeiterin  
Referat Medizinische Fachangestellte

## Das Fortbildungszertifikat – Stand der Dinge

Die sächsischen Ärztinnen und Ärzte wurden – unter anderem mehrfach im „Ärzteblatt Sachsen“ – auf die Fortbildungsverpflichtung und das Erfordernis, ein Fortbildungszertifikat zu erwerben, hingewiesen. Gemäß § 95 d des SGB V, bezogen auf Vertragsärzte, und § 137 SGB V (aktualisiert in einer Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses – in Kraft getreten am 1. 1. 2006 –) bezogen auf Fachärzte in Krankenhäusern ist ein Fortbildungszertifikat über die Landesärztekammern zu

erwerben. Die Stichtage für die beiden Berufsgruppen unterscheiden sich. Die Vertragsärzte müssen diesen Fortbildungsnachweis erstmals bis 30. 6. 2009 bei der Kassenärztlichen Vereinigung führen. Bei den angestellten Fachärzten in Kliniken ist der Nachweis erst 2011 notwendig.

Der nächstliegende Termin 2009 veranlasst uns, über den Stand der Dinge zu berichten und damit die Empfehlung zu verbinden, den Nachweis kurzfristig zu erbringen und sich über den eigenen Punktestand (ohne Schwierigkeiten online) zu informieren (wie bekannt 250 Punkte in fünf Jahren).

Vorstandsmitglied der Sächsischen Landesärztekammer, ihre Prüfungszeugnisse. Insgesamt haben 142 Prüflinge mit der bestandenen Abschlussprüfung den Berufsabschluss erreicht.

Wie bereits in den vergangenen Jahren haben bereits fast alle Arzthelferinnen und Arzthelfer einen Arbeitsvertrag in ihrer Ausbildungspraxis oder einer anderen Praxis abschließen können oder kurzfristig in Aussicht. Durch die positive Übernahmequote konnten die bei der Sächsischen Landesärztekammer angezeigten freien Stellenangebote aus den Arztpraxen nur zum Teil vermittelt werden. Im Hinblick auf den Geburtenrückgang sollte zur Sicherung des Fachkräftenachwuchses in den Arztpraxen verstärkt ausgebildet werden.

Derzeit haben in Sachsen 2.900 Ärzte das dann gültige Zertifikat erworben. Etwa 3.200 Vertragsärzte stehen noch aus, wobei zurzeit von Tag zu Tag mehr Anträge eingehen. Die Sächsische Landesärztekammer bittet die betroffenen Kolleginnen und Kollegen, der Angelegenheit weiterhin die notwendige Aufmerksamkeit zu widmen. Fragen und Antworten zu diesem Themenkomplex sind auch im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 12/2005, sowie über unsere Homepage einsehbar.

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

## Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden

Wir möchten Sie hiermit zur nächsten Veranstaltung am **Dienstag, dem 2. September 2008, 15.00 Uhr**, einladen. Diesmal steht ein Termin außerhalb des Kammergebäudes auf dem Programm.

**Thema und Treffpunkt ist das neue Gebäude der Sächsischen Landesbibliothek- Staats- und Universitätsbibliothek Dresden (SLUB)**, das Sie in einer Führung kennen lernen werden. Gleichzeitig erfahren Sie interessante historische Hintergründe der Sammlungen, die bis auf das Jahr 1565 zurückgehen. Die Bibliothek befindet sich im Gelände der Technischen Universität;

Zellescher Weg 18, 01069 Dresden. Aus organisatorischen Gründen bitten wir um Erscheinen bereits kurz vor 15.00 Uhr.

Sie sind mit Ihrem Partner/Partnerin herzlich eingeladen!

Ihr Seniorenausschuss  
der Kreisärztekammer Dresden



## 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 Kinder- und Jugendmedizin  
Reg.-Nr. 08/C037  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.08.2008

#### Mittlerer Erzgebirgskreis

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
Reg.-Nr. 08/C038  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.08.2008

#### Chemnitzer Land

Praktischer Arzt\*)  
Reg.-Nr. 08/C039  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.08.2008

Schriftliche Bewerbungen sind 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

#### Görlitz-Stadt / Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Augenheilkunde  
Reg.-Nr. 08/D050  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.08.2008

#### Löbau-Zittau

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 08/D051  
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
Reg.-Nr. 08/D052

#### Meißen

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
Reg.-Nr. 08/D053  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.08.2008

#### Hoyerswerda-Stadt / Kamenz

Facharzt für Augenheilkunde  
Reg.-Nr. 08/D054  
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
Reg.-Nr. 08/D055  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.08.2008

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10.09.2008 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 8828-310, zu richten.

### Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

#### Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 08/L074  
Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 08/L075  
Facharzt für Innere Medizin-hausärztlich\*)  
Reg.-Nr. 08/L076  
Facharzt für Radiologie  
Teil einer Gemeinschaftspraxis  
Reg.-Nr. 08/L082

### Leipziger Land

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 08/L077  
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie  
Reg.-Nr. 08/L078

### Muldentalkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 08/L079  
Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 08/L081

### Delitzsch

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 08/L080

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 12.09.2008 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\*)  
Dresden-Laubegast  
Praxisabgabe geplant: 1.4.2009

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: sofort  
Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.: (0341) 243 21 54.

# Intramedulläre Osteosynthesen zur Frakturversorgung an der unteren Extremität

Th. Hohaus, Ph. Bula, F. Bonnaire

## Einführung

„Der Gedanke, in die Markhöhle eines gebrochenen Knochens Fremdkörper einzuführen, um so eine Heilung in guter Stellung zu erzielen, ist nicht neu. Metalldrähte und Stifte sowie Elfenbeinbolzen wurden dazu benutzt. Ohne Freilegung der Bruchstücke und die damit unvermeidlich verbundene Gefahr der Infektion war das Einlegen dieser Fremdkörper nicht möglich.

Das Wesentliche an dem Küntscher'schen Verfahren ist in erster Linie das Einführen des Fremdkörpers an einer bruchfernen Stelle. Es unterscheidet sich hierin grundsätzlich von den bisher üblichen Verfahren blutiger Knochenbruchbehandlung...“.

Dies sind die einführenden Worte von A. W. Fischer zu Küntscher's „Technik der Marknagelung“ aus dem Jahr 1945<sup>10</sup>.

Küntscher hatte das Konzept der Schenkelhalsnagelung von Smith-Petersen weiterentwickelt und auf die Anwendung am Röhrenknochen ausgedehnt.

Heute stellen intramedulläre Osteosynthesen sicher die häufigste Versorgungsform diaphysärer Frakturen der unteren Extremitäten dar.

Handelte es sich ursprünglich um Marknägel, bei denen das Ziel der Stabilisierung der Fraktur durch die Verklebung des v-förmig geschnittenen Implantates in der Markhöhle und die daraus resultierende Reibung erreicht werden sollte, so haben Unfallchirurgen heute ein breites Spektrum hochspezialisierter Nagelmodelle zur Auswahl, die zudem vielseitig einsetzbar sind. Moderne Nagelgenerationen können zum Beispiel bei Schaftfrakturen am Femur ante- oder retrograd eingesetzt werden.

Dadurch konnten die ursprünglichen Indikationen erweitert werden, auch wurde die Anwenderfreundlichkeit deutlich verbessert. Die Entwicklung schreitet weiter voran.

## Technische Grundlagen

Der ursprüngliche Küntscher- oder Marknagel stellte eine geschlitzte Spannhülse dar<sup>5</sup>. Nach Einschlagen in den vorgebohrten Markraum kam es durch radiale und longitudinale Verspannung zur Fixierung der Fragmente. Interfragmentäre Kompression war nur bei axialer Belastung realisierbar und setzte geeignete Frakturformen im mittleren Schaftdrittel voraus. Torsionsdeformationen waren zu vernachlässigen.

Die erste wesentliche Weiterentwicklung des Küntscher-Nagels stellte das Einführen von Löchern im Nagel selbst zum Aufnehmen von Bolzen zur Verriegelung dar.

### Formen der intramedullären Stabilisierung<sup>8</sup>:

- Stabilisierung durch alleinige Verklebung ohne Verriegelung  
*Beispiel:* Küntscher Nagelung.
- Stabilisierung durch Verklebung und zusätzliche Verriegelung  
*Beispiel:* AO – Universalnagel.
- Stabilisierung ohne Verklebung, Aufbohrung, Verriegelung  
*Beispiel:* Lottes – Nail.
- Stabilisierung ohne Verklebung und ohne Aufbohrung, aber mit Verriegelung  
*Beispiel:* Unaufgebohrter Nagel.

Beim Verriegelungsnagel nach Grosse-Kempf nimmt das Implantat an den Verriegelungspunkten Druck- und Torsionskräfte auf, die überbüchtete Frakturzone ist nur geringen Kräften ausgesetzt. Durch das Aufbohren der Markhöhle kann zudem die Kontaktfläche zwischen Knochen und Implantat vergrößert und dabei die mechanische Festigkeit gesteigert werden. Ein weiterer Stabilitätsgewinn resultiert hierbei aus der Vergrößerung des Implantatdurchmessers. Durch diese Entwicklung kam es zu einer wesentlichen Entwick-

lung des Indikationsspektrums. Auch Frakturen im metaphysären Bereich von Femur und Tibia konnten nun mittels intramedullärer Osteosynthesen versorgt werden.

Parallel entwickelte sich ein Bedarf an dünneren Implantaten, dazu wurde auf das geschlitzte Profil verzichtet, woraus eine Erhöhung der Torsionssteifigkeit resultierte. Die aus dem kleineren Durchmesser resultierende verminderte Belastbarkeit wurde durch alternative Materialien (Titanlegierungen) sowie auch solide Implantate ausgeglichen. Diese brachten zwar nicht den gewünschten mechanischen Vorteil, hatten jedoch biologische Vorteile, da die nicht notwendige Aufbohrung und das fehlende Lumen des Implantates die Infektionsanfälligkeit der Osteosynthese reduzierte<sup>12</sup>. Die fehlende Kanülierung erschwerte andererseits die Implantation des Nagels, da Führungsdrähte nicht verwendet werden konnten.

Erst später wurde auch die Kanülierung ungebohrter Implantate eingeführt.

In den letzten Jahren wurden Änderungen im Nageldesign vorgenommen, die auch winkelstabile Verbindungen zwischen Bolzen und Nagel ermöglichen. Dadurch und durch die inzwischen weit an die Nagelenden gerückten Verriegelungsoptionen konnte das Indikationsspektrum wesentlich erweitert werden.

Das anfänglich empfohlene weite Aufbohren des Markraumes zur Erhöhung der Stabilität hat sich als nicht notwendig erwiesen. Durch den Verzicht auf das Aufbohren konnte auch die Rate der durch den Bohrvorgang bedingten Nebenwirkungen reduziert werden.

Moderne intramedulläre Implantate können als kanülierte Nägel bei entsprechend kleinem Durchmesser sowohl ungebohrt als auch gebohrt eingebracht werden (s. Abb. 1, S. 423).

## Biologische Grundlagen

Die Auswahl eines geeigneten intramedullären Osteosyntheseverfahrens muss die individuelle vaskuläre Situation berücksichtigen.

Die kortikale Durchblutung wird über drei Wege aufrechterhalten:



Abb. 1: Geschlossene Tibiafraktur AO 42 C 1: Ungebohrte antegrade Tibianagelung primär

- intramedulläre Versorgung,
- epimetaphysäre Versorgung,
- periostale Gefäße.

Durch das Aufbohren des Markraumes wird die intramedulläre Durchblutung gestört. Eine Reparatur erfolgt letztlich über die vorhandene periostale Versorgung<sup>5</sup>. Ist diese verletzungsbedingt oder iatrogen gestört, können schwerwiegende trophische Störungen die Folge sein. Daraus folgt, dass die Auswahl des Osteosyntheseverfahrens bei maximal möglicher Stabilität eine minimale Schädigung der Durchblutung hervorrufen sollte. Nach den Prinzipien der AO beinhaltet die Marknagelung eine innere Schienung der Diaphyse, die zu einer relativen Stabilität im Bruchbereich führt. Die Frakturheilung erfolgt über Kallusbildung.

Neben den Veränderungen unmittelbar am betroffenen Knochen kommt es zu systemischen Auswirkungen beim Verletzten. Sie sind durch die Einschwemmung von Knochenmark in die venöse Blutbahn bedingt. Diese werden insbesondere durch die entstehenden intramedullären Druckerhöhungen beim Aufbohren und Einbringen des Implantates in den Markraum hervorgerufen. Wenda et al. fanden Drücke zwischen 420 und 1510 mm Hg beim Aufbohrvorgang am Femur 21. Interessanterweise lagen die resultierenden Drücke beim Einbringen des eigentlichen Implantates wesentlich darunter (140 – 210 mm Hg). Wenda et al. konnten auch embolische Ereignisse von Knochenmarksubstanz nachweisen. Embolische Ereignisse wurden von zahlreichen Chirurgen beschrieben 16. Mül-

ler et al. fanden bei Untersuchungen im Modell, dass die Druckveränderungen insbesondere durch die Eigenschaften der flexiblen Bohrwelle bestimmt werden 13. Des Weiteren spielt die Geschwindigkeit des Bohrvorganges eine entscheidende Rolle.

Die daraus folgenden ungünstigen Auswirkungen wie die Entwicklung eines ARDS (Adult Respiratory Distress Syndrom) muss der Operateur insbesondere bei akut oder chronisch beeinträchtigter Lungenfunktion berücksichtigen (Polytrauma, Lungenkontusion etc.).

### Indikationen

Der ursprüngliche Küntscher – Nagel war auf Grund seiner biomechanischen Eigenschaften ausschließlich geeignet für die Versorgung einfacher Schaftfrakturen. Durch das Aufbohren des Markraumes konnten sowohl die Kontaktfläche Knochen-Implantat als auch der einzusetzenden Implantatdurchmesser vergrößert und damit die Stabilität der Osteosynthese erhöht werden. Eine Erweiterung des Indikationspektrums wurde durch den Einsatz verriegelbarer Marknägel erreicht. Dadurch konnten komplexere, aber auch mehr proximal oder distal gelegene Frakturen mit intramedullären Osteosynthesen versorgt werden (s. Abb. 2). Moderne Implantate weisen in der Regel drei Verriegelungsoptionen an beiden Nagelenden auf, auch

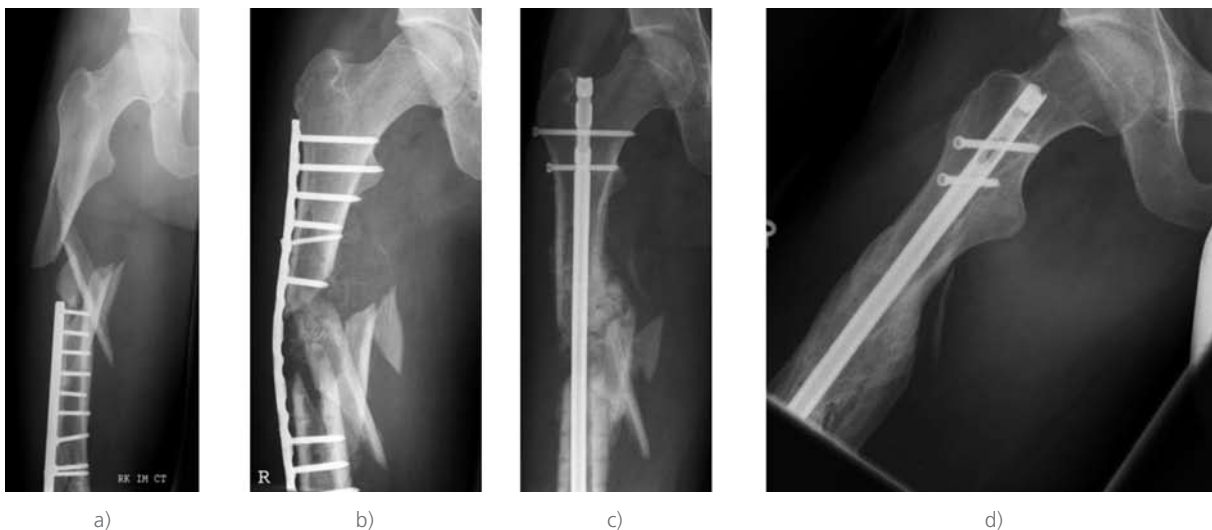


Abb. 2: Sekundäre Versorgung einer geschlossenen komplexen Femurschaftfraktur AO 32 C1.3 bei Z. n. distaler Femurfraktur und Winkelplattenosteosynthese mit einliegendem Implantat (a) präoperativ; b) LCP-Versagen; c) Statischer Verriegelungsnagel; d) Konsolidierung)



Abb. 3: Distale Tibiafraktur AO 42 A 1

winkelstabile Verriegelungsmöglichkeiten stehen bereits zur Verfügung. Nach den Empfehlungen der „AO / ASIF – Long Bone Expert Group“ können an der Tibia alle AO 42 A – C Frakturen mit Verriegelungsnägeln stabilisiert werden<sup>9</sup>. Diese Empfehlung wird sowohl für geschlossene als auch offene Frakturen ausgesprochen, wenn auch bei letzteren ein deutlich erhöhtes Infektionsrisiko besteht und eine sehr genaue Abwägung der Indikation durch den Operateur erfolgen sollte. Dieses Indikationsspektrum lässt sich nach unserer Erfahrung auch auf das Femur (AO 32 A – C) übertragen, wobei durch den Einsatz spezieller Implantate auch AO 31 A 1 – 3 Frakturen mit intramedullären Implantaten (dann mit Schenkelhalskomponente) versorgt werden können. Auswahl des Implantates und Anzahl der ausge-

fürten Verriegelungen sind dabei dem Operateur nach jeweils individueller Entscheidung überlassen, dies betrifft auch die Überschreitung dieser Indikationen. Je weiter metaphysär die Fraktur lokalisiert ist, umso kompletter sollte die Montage sein, das heißt die Möglichkeiten der Verriegelung sollten dann ausgeschöpft werden (s. Abb. 3). Beim Mehrfachverletzten und polytraumatisierten Patienten werden aus Gründen der systemischen Auswirkungen durch Knochenmarkemboli und deren kardiopulmonaler Belastung die Indikationen für eine Marknagelung vor allem bei Femurfrakturen strenger gestellt. Ein relevantes Thoraxtrauma stellt beim Polytraumatisierten mit einem ISS > 24 ein Risiko dar für die Ausbildung eines ARDS mit nachfolgender Ausbildung eines Multiorganversagens<sup>15</sup>.

### Unaufgebohrte vs. gebohrte Implantation

Die Entwicklung der verschiedenen Nagelmodelle hat in den letzten Jahren dazu geführt, dass in aller Regel das gleiche Implantat sowohl ungebohrt als auch gebohrt eingebracht werden kann. Moderne Implantate sind in der Regel kanüliert. Solide Nägel wiesen keinen mechanischen Vorteil gegenüber kanülierten Modellen auf. Allerdings ist das Risiko einer Infektion durch den fehlenden „Totraum“ im Nagel vermindert<sup>12</sup>.

In vergleichenden Studien gebohrte vs. ungebohrte Technik bei der Versorgung geschlossener Tibiaschaftfrakturen konnte gezeigt werden, dass das Risiko einer Frakturheilungsstörung bei ungebohrter Technik höher einzuschätzen ist, s. Tab. 1, S. 426. Ebenso konnte bestätigt werden, dass die ungebohrte Implantation keinen Vorteil hinsichtlich einer evtl. Infektion besitzt<sup>1,3,7,11</sup>. Ähnliche Ergebnisse fanden sich nach offenen Frakturen des Tibiaschaftes: es gab keine Vorteile eines Verfahrens hinsichtlich Frakturheilungsstörung, Reoperationsrate und Infektion. Allerdings findet sich ein Implantatversagen häufiger bei ungebohrten Nägeln.

Dies gilt wohl auch für Femurschaftfrakturen (s. Abb. 4). Tornetta et al. fanden im Rahmen einer prospektiv – randomisierten Studie bei 81 Patienten vermehrt technische Probleme im Rahmen der Osteosynthese beim ungebohrten Vorgehen<sup>20</sup>. Keine Unter-



Abb. 4: Femurschaftfraktur AO 32 B 3.2: Gebohrte antegrade Femurnagelung





Abb. 5: II.gradig offene Tibiafraktur AO 42 C 2.2: primäre ungebohrte Tibianagelung



Abb. 6: II.gradig offene Tibiafraktur AO 42 C 1: Zweizeitige, ungebohrte Verriegelungsnagelung



Abb. 7: Einzeitige Versorgung von Femur- und Tibiafraktur über einen medianen, infrapatellaren Zugang

schiede fanden sich hinsichtlich Operationszeit, postoperativem Transfusionsbedarf und Heilungszeit.

Auf die systemische Problematik des Bohrvorganges wurde bereits hingewiesen. Die Rate embolischer Ereignisse ist jedoch relativ niedrig und kann durch angepasstes Verhalten des Operateurs beeinflusst werden.

#### Negative Faktoren beim Einsatz des Markraumbohrers sind:<sup>13</sup>

- stumpfer Bohrer,
- enger Markraum,
- hohe Vortriebsgeschwindigkeit,
- großer Bohrwelldurchmesser.

Damit sollte sich letztlich die Art der Implantation ausschließlich nach der Art der Fraktur und den individuellen Bedingungen des jeweiligen Verletzten richten.

Um die negativen Auswirkungen einer aufgebohrten Implantation zu vermeiden, sollte in folgenden Fällen eine ungebohrte Verriegelungsnagelung vorgenommen werden (s. Abb. 5):

- höhergradige offene Frakturen (Grad 2 und 3 nach Gustilo),
- Kompartmentsyndrom,
- Mehrfachverletzung, Polytrauma (insbesondere Thoraxtrauma/Lungenkontusion),
- schweres Schädel-Hirn-Trauma
- PAVK.

Selbstverständlich stehen in diesen Situationen auch alternative Stabilisierungsverfahren zur Auswahl, insbesondere die externe Fixation als passagere oder definitive Versorgung. Im Gegensatz dazu ist bei einfachen Frakturen, insbesondere in Schaftmitte oder bei Heilungsstörungen (interne Spongiosaplastik) eine gebohrte Technik zu bevorzugen, da hier die Vorteile der höheren Primärstabilität besonders vorteilhaft genutzt werden kann.

#### Offene Frakturen

Offene Frakturen erfordern eine sorgfältige Operationsvorbereitung und -ausführung. Dies trifft besonders auf eine geplante intramedulläre Osteosynthese zu, aber auch auf das Weichteilmanagement. Erst- und zweitgradig offene Frakturen nach



Gustilo können mit Verriegelungsnägeln stabilisiert werden, wenn eine zeitnahe Weichteildeckung möglich ist. Zudem sollten zusätzliche Risikofaktoren ausgeschlossen sein (PAVK, Diabetes mellitus). In diesen Fällen ist eine ungebohrte Implantation vorzuziehen<sup>17</sup>. Bei höhergradig offenen Frakturen kann auch zweizeitig vorgegangen werden, dies gilt jeweils auch für den polytraumatisierten Patienten, insbesondere mit drohendem oder manifesten adult respiratory distress syndrome (ARDS)<sup>15,16</sup>. Nach primärer Stabilisierung mittels Fixateur kann auf eine intramedulläre Osteosynthese gewechselt werden, wenn eine ausreichende Stabilisierung der lokalen und Allgemeinsituation eingetreten ist<sup>4</sup>. Empfohlen wird, eine Wechseloperation unter Antibiotikaschutz (single shot perioperativ) vorzunehmen. Dieser sollte an der Tibia innerhalb von 10 Tagen erfolgen, um eine Infektion über die Eintrittsstellen der Schanz-Schrauben zu vermeiden. Bei längerem Belassen empfiehlt sich ein Intervall mit Gipsimmobilisation bis zum Abheilen der Eintrittsstellen<sup>6</sup> (s. Abb. 6).

**Zugang: antegrad vs. retrograd**

Der jeweilig zu wählende Zugang richtet sich nach Lokalisation und Ausdehnung der Fraktur. Unabhängig



Abb. 8: Geschlossene Femurschaftfraktur bei Osteoporose AO 32 B 1.3: Ungebohrte retrograde Femurnagelung

von der Lokalisation soll er so klein als möglich gehalten werden. Die Inzision sollte in Verlängerung des Markraumes und nicht zu nah am Knochen liegen. So können auch Blutverlust und bei kleinerer Insertion am Knochen die Rate heterotoper Ossifikationen gemindert werden. Standard ist ein proximaler Zugang am Femur ebenso wie an der Tibia. Jedoch kann am Femur auch eine retrograde Insertion des Implantates sinnvoll sein. Dies gilt zunächst bei distal gelegenen Frakturen der Klassifikation AO 33 A 1 – 3, aber auch bei Kombination einer Femurschaftfraktur mit einer begleitenden Tibiafraktur (s. Abb. 7). In diesen Fällen ist es vorteilhaft, über eine mediane, infrapatellare Inzision beide Frakturen zu stabilisieren. Dadurch wird die Lagerung vereinfacht und die Operationszeit durch Einsparung eines Zuganges optimiert. Weitere empfohlene Indikationen können beidseitige Verletzungen,

Frakturen am Acetabulum, Adipositas, begleitende Schwangerschaften oder Mehrfachverletzungen sein<sup>14,18</sup>. Chan et al. untersuchten 77 Patienten mit Femurschaftfrakturen. Sie fanden eine signifikant kürzere Heilungszeit bei retrogradem Zugang zur Nagelinsertion<sup>2</sup>. Keine Unterschiede fanden sie jedoch hinsichtlich Knieschmerz, Schwellung, Funktion und postoperativen Achsverhältnissen. Die Autoren empfehlen den retrograden Zugang (s. Abb. 8).

Dabei sollte auf eine Minimierung des Zuganges am Kniegelenk geachtet werden. Schandelmaier et al. konnten zeigen, dass das Knievermögen postoperativ nicht nur von der ossären Nagelinsertion, sondern auch von der Länge der Inzision abhängt<sup>19</sup>.

**Verriegelung**

Nach dem Übergang vom einfachen Marknagel zum Verriegelungsnagel ist es heute bei den Nagelmodellen der letzten Generation möglich, trotz Besetzen proximaler und distaler Verriegelungsbolzen eine dynamische Fixierung zu erreichen. Diese kann sowohl bei der primären Nagelosteosynthese als auch sekundär im Rahmen einer Dynamisierung, das heißt des selektiven Entfernens statischer Bolzen erreicht werden, ohne dabei eine Sicherung der Rotation der Fragmente aufzuheben. Es werden generell zwei Bolzen je Hauptfragment empfohlen.

Standardzugänge		
Femur	antegrad	Linie Tr. Major – lateraler Femurkondylus, nach proximal ca. 10 – 15 cm verlängert
	retrograd	median durch Lig. Patellae, in Verlängerung der Markhöhle
Tibia	antegrad	wie oben, jedoch etwas proximaler gelegen (Patellaspitze)

Tab. 1: Vergleich Ergebnisse gebohrte / ungebohrte Implantation<sup>1,3,7,11</sup>

Evidenzgrad	Kriterium	Zahl der Studien	Patienten	Gebohrte Implantation	Ungebohrte Implantation	Empfehlung
I – II	Pseudarthrose	4	n = 374 23 % männlich, 36 Jahre median	5 % (n = 9/193)	11% (n = 20/181)	Gebohrte Implantation
I – II	Infektion	4	n = 374 23 % männlich, 36 Jahre median	2,1 %	2,2 %	Kein Unterschied

Wenn immer möglich, sollte die primär dynamische Verriegelung angestrebt werden<sup>9</sup>. Eine sekundäre Dynamisierung wird man in Abhängigkeit vom Fortschritt der Konsolidierung nach etwa sechs bis acht Wochen vornehmen.

Am insertionsnahen Nagelende ist es möglich, die Verriegelungsbolzen mit Hilfe des Zielgerätes zu platzieren. Am insertionsfernen Nagelende dagegen muß eine Verriegelung in Freihandtechnik vorgenommen werden, meist mit Hilfe des strahlendurchlässigen Winkelgetriebes – verbunden mit einer erhöhten Strahlenbelastung des Operateurs.

### Ergebnisse

Intramedulläre Osteosynthesen stellen ein standardisiertes Verfahren zur Versorgung geschlossener, aber auch offener Frakturen an den unteren Extremitäten dar. Dabei ist das Pseudarthrose-Risiko bei offenen mehrfragmentären Frakturen, insbesondere an der Tibia, nicht zu verachten. Die Wahrscheinlichkeit für Heilungsstörungen ist bei ungebohrter Implantation höher zu bewerten. Unabhängig ist hingegen das Infektionsrisiko von der Form der Nagelimplantation. Auf ein übermäßiges Aufbohren sollte allerdings verzichtet werden.

Ein Implantatversagen ist vorwiegend bei unaufgebohrter Technik zu erwarten. Vergleicht man die Risiken einer ausschließlich externen Fixation mit denen einer ungebohrten Verriegelungsnagelung bei offenen Frakturen, so überwiegen deutlich die Vorteile der intramedullären Technik (s. Tab. 1 – 3).

### Zusammenfassung

Die AO Prinzipien werden heute wie folgt beschrieben:

- geeignete Reposition,
- geeignete Stabilisierung,
- Erhaltung der Vaskularität,
- schmerzfreie Frühmobilisation.

Diese Forderungen können sämtlich mit einer intramedullären Osteosynthese bei geeigneter Indikation erfüllt werden.

Die Anwenderfreundlichkeit der modernen Nagelgeneration ist hoch, ebenso die Sicherheit bei der Anwen-

Tab. 2: Vergleich Ergebnisse Gebohrte vs. ungebohrte Implantation bei offenen Frakturen

Evidenzgrad	Kriterium	Zahl der Studien	Patienten	Gebohrte Implantation	Ungebohrte Implantation	Empfehlung
I – II	Pseudarthrose	2	n = 132 16 % weiblich, 36 Jahre median	Keine Angabe	Keine Angabe	Keine
I – II	Reoperation	2	n = 132 16 % weiblich, 36 Jahre median	Keine Angabe	Keine Angabe	Keine
I – II	Tiefe Infektion	2	n = 132 16 % weiblich, 36 Jahre median	k. A.	k. A.	Keine
I – II	Implantatversagen	2	n = 132 16 % weiblich, 36 Jahre median	k. A.	k. A.	Gebohrte Implantation

Tab. 3: Vergleich Ergebnisse Intramedulläre Osteosynthesen vs. Fixateur externe

Evidenzgrad	Kriterium	Zahl der Studien	Patienten	Ungebohrter Nagel	Fixateur externe	Empfehlung
I – II	Pseudarthrose	5	n = 396 22 % weiblich, 35 Jahre median	15,7 % (n = 34/216)	24 % (n = 43/180)	Ungebohrter Nagel
I – II	Verzögerte Heilung	5	n = 396 22 % weiblich, 35 Jahre median	13,0 % (n = 28/216)	33,3 % (n = 60/180)	Ungebohrter Nagel
I – II	Reoperation	5	n = 396 22 % weiblich, 35 Jahre median	20 % (n = 43/216)	37 % (n = 67/180)	Ungebohrter Nagel
I – II	Tiefe Infektion	5	n = 396 22 % weiblich, 35 Jahre median	10,2 % (n = 22/216)	16,1 % (n = 29/180)	keine
I – II	Oberflächliche Infektion	5	n = 396 22 % weiblich, 35 Jahre median	6,0 % (n = 13/216)	42,2 % (n = 76/180)	keine

dung der Systeme. Die zu erwartenden Ergebnisse sprechen bei geeigneter Fraktur für eine gebohrte Verriegelungsnagelung mit mäßigem Aufbohren, im Verlauf sollte nach sechs bis acht Wochen eine Dynamisierung des Nagels geprüft werden.

Literatur bei den Verfassern  
Anschrift der Verfasser  
Dr. med. Thomas Hohaus  
Dr. med. Philipp Bula  
Prof. Dr. med. Felix Bonnaire  
Klinik für Unfall-, Wiederherstellungs- und  
Handchirurgie  
Städtisches Klinikum Dresden-Friedrichstadt  
Friedrichstraße 41, 01067 Dresden

## Die psychiatrische Anstalt Colditz 1938 bis 1939

Die Zeit des Nationalsozialismus gehört heute zu den historischen Themen, die umfangreich aufgearbeitet werden. Auch zur Medizingeschichte liegen zahlreiche Publikationen vor. Gleichwohl gibt es auch 63 Jahre nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges weiße Flecken auf der historischen Landkarte. Zu diesen gehören die Verbrechen der Zwangssterilisation und der so genannten Euthanasie, die zwar allgemein bekannt sind, jedoch in ihrer regionalen Dimension und lokalen Bedeutung noch nicht aufgearbeitet wurden. So liegen in den Archiven Unterlagen, die bisher kaum Aufmerksamkeit auf sich gezogen haben. Geht man davon aus, dass Geschichtswissen nicht nur für Historikern, Politiker und interessierte Laien, sondern für alle Menschen – besonders für die junge Generation – in einer demokratischen Gesellschaft wichtig ist, so wird man gerade der regionalen und lokalen Geschichte eine besondere Bedeutung zumessen müssen, da sie abstraktes Geschichtswissen anschaulich macht.

Der folgende Beitrag zeigt am Beispiel der psychiatrischen Anstalt Colditz, zu welchen weiterführenden Einsichten die regional und lokal orientierte Aufarbeitung des Themas führen kann. In einem Projekt haben sich Religionsschüler des Clara-Wieck-Gymnasiums Zwickau über eine längere Zeit mit dem Thema beschäftigt und dafür Quellen aus den Sächsischen Staatsarchiven in Chemnitz, Leipzig und Dresden, aus dem Bundesarchiv in Berlin, aus Standesämtern, Pfarrämtern, Krankenhäusern und Friedhöfen ausgewertet. Aus diesem Projekt erwuchs die Wanderausstellung „Sterilisation und Euthanasie während des Nationalsozialismus“. Der Verfasser hat als Theologe, Religionslehrer und Patientenforscher bewusst die Form einer Ausstellung benutzt, damit möglichst viele Menschen an das Verbrechen erinnert werden und sich damit auseinandersetzen. Mediziner, Therapeuten, Juristen, Soziologen

oder Historiker werden die Krankenakten sicher anders lesen, auswerten und damit in die Öffentlichkeit gehen. Seit 2005 konnte die Ausstellung an 17 verschiedene Orte Deutschlands gebracht und öffentlich gezeigt werden.

Unter den Euthanasieopfern der T4-Aktion, die als Krankenakten im Bundesarchiv Berlin erhalten geblieben sind, waren auch etliche Zwickauer Einwohner. Die Bezeichnung T4 war der Deckname für die Tiergartenstraße 4 in Berlin, wo sich die Zentrale der Euthanasieaktion befand. Sie wurde dort eingerichtet, nachdem Hitler den Erlass des „Gnadentodes“, der auf den 1. September 1939 datiert wurde, unterzeichnet hatte. Aus den aufgefundenen Akten konnte entnommen werden, dass einige Zwickauer als Patienten in der Anstalt Colditz untergebracht waren. Die Unterbringung der westsächsischen Patienten in den Landesanstalten Wiesen, Untergöltzsch oder Zschadraß waren bekannt und werden auch so in der einschlägigen Fachliteratur aufgeführt. Dagegen steht die Anstalt Colditz noch nicht im Focus der Forschung. So wurde begonnen, da im Sommer 2007 die Ausstellung auf dem Schloss Colditz gezeigt werden sollte, nach dieser Geschichte zu recherchieren. Das Ergebnis war, im Schloss Colditz befand sich in den Jahren 1938 bis 1939 eine psychiatrische Landes-Heil- und Pflegeanstalt. Diese historische Tatsache wurde dokumentiert und in die bestehende Euthanasieausstellung der Schüler aufgenommen.

### Heutige Bürgermeinungen zur damaligen Colditzer Schlossnutzung

Für die beiden Jahre enthält die Colditzer Stadtchronik keine konkreten Angaben einer Nutzung des Schlosses. Ebenso befinden sich weder im Stadtarchiv noch im Schlossmuseum Unterlagen aus dieser Zeit. Es wurde eine kleine Befragung der Colditzer Bevölkerung, die Hans-Jürgen Mann durchführte, nach der damaligen Schlossnutzung vorgenommen. Einige Meinungen werden stichwortartig ohne Namensnennung wiedergegeben:

- 1924 wurde die Anstalt geschlossen, weil katastrophale Voraussetzungen bestanden wie große Bettensäle, Trockenklo, kaum Waschmöglichkeiten, Räumlichkeiten kalt, feucht und im Winter kaum beheizbar.
- Ende der 1930er Jahre gab es keine Pflegeanstalt.
- Was im Schloss in den Jahren 1938/39 war, weiß ich nicht.
- Man spricht nicht darüber, was dort war – auch ich nicht.
- Ich bin alt und behindert, kann ihnen nicht helfen, mir war nichts bekannt.
- Ich war damals jung, habe nichts davon gewusst.
- Wer vom Schloss oben was sagte, war dran.
- Viele Ältere leben nicht mehr und ich kenne auch keinen, der etwas sagen würde.
- Erst später habe ich erfahren, was da los war: Schloss war KZ, dann Lager für gefangene Offiziere.
- Der Heimatverein hat auch keine Informationen.
- Auch in der Familie wird nicht darüber gesprochen.
- Meine Frau ist aus Colditz, die weiß auch nichts.
- Ich würde diesbezüglich auch niemanden ansprechen.
- Angehörige oder Hinterbliebene sprechen auch nicht.
- So wie ich die Colditzer kenne, die halten sich sehr bedeckt.
- Es gibt niemanden in der Stadt, der etwas weiß oder reden wird.
- Colditz war doch eine Nazihochburg.
- Es sollte mich sehr wundern, wenn sie jemanden finden, der etwas sagt.
- Colditzer haben lange gebraucht, um zu begreifen, was passiert war und Einige haben es jetzt noch nicht begriffen.
- Ich habe von der Ausstellung aus der Presse erfahren, wenn ich sie mir angeschaut habe, vielleicht fällt mir dann wieder was ein.

Es scheint, diese Geschichte wurde bewusst verdrängt und vergessen, weil sicherlich etliche Colditzer in der Anstalt ihren Arbeitsplatz hatten und auch wussten, was da geschah. Nur das Sterberegister des Standesamtes

Colditz, die Krankenblätter der verstorbenen Patienten im Sächsischen Staatsarchiv Leipzig und die erhalten gebliebenen Dokumente des Bundesarchivs belegen, dass im Schloss psychisch kranke Menschen untergebracht und einer Unterversorgung ausgesetzt waren. Dieser historische Tatbestand wurde bereits in der Dissertation von Ariane Hölzer „Die Behandlung psychisch Kranker und geistig Behinderter in der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Zschadraß während der nationalsozialistischen Diktatur“ erörtert.

### Psychiatrie in Colditz

Das Colditzer Schloss diente bereits seit dem Jahr 1829 als eine Landesversorgungsanstalt für unheilbar Geisteskranke, bis sie 1924 geschlossen werden musste. Die Zimmer, Krankensäle und sanitären Einrichtungen wiesen unzumutbare Mängel auf. Das Schloss wurde jedoch weiterhin als Landeskorrekptionsanstalt, Schutzhaftlager oder Reichsarbeitslager genutzt. Anfang Januar 1938 wurde das Schloss erneut als Anstalt für psychisch Kranke eröffnet. Wahrscheinlich sind dafür auch keine baulichen Veränderungen vorgenommen worden. Ariane Hölzer hat in ihrer Dissertation herausgearbeitet, dass die Leitung und Verwaltung der Landesanstalt Zschadraß unterstanden. Der Anstaltsdirektor war Dr. Max Alwin Liebers, der zugleich Beisitzer des Erbgesundheitsgerichtes Leipzig war. Dr. Friedrich Schaefer wurde von der Anstalt Zschadraß zum Dienst nach Colditz abgestellt.

Eine Statistik aus dem Sächsischen Hauptstaatsarchiv, die der Leiter der Gedenkstätte Pirna-Sonnenstein Dr. Boris Böhm übermittelte, belegt die Colditzer Patientenzahlen:

Monat und Jahr	Patientenzahl
Januar 1938	noch nicht aufgeführt
Januar 1939	366
Mai 1939	360
Juni 1939	362
August 1939	388
September 1939	381
Oktober 1939	143
November 1939	nicht mehr aufgeführt

Die Erfassung der Krankenbestände erfolgte immer zu Monatsbeginn (nicht vollständig).

Sofort nach Ausbruch des Zweiten Weltkrieges 1939 wurden die Patienten verlegt und im Schloss ist ein alliiertes Offizier-Kriegsgefangenenlager mit der Bezeichnung Oflag IVc eingerichtet worden.

Im Sächsischen Staatsarchiv Leipzig sind 83 Colditzer Patientenakten aus den beiden Jahren erhalten geblieben. Darin wurde festgehalten, dass während dieser Zeit 76 Patienten starben, ein Patient in eine andere Anstalt verlegt wurde und 6 Patienten entlassen wurden. Diese Sterbefälle sind mit dem Sterberegister des Standesamtes Colditz verglichen worden. Dort waren insgesamt 83 Sterbefälle von Colditzer Patienten eingetragen, also 7 Akten befanden sich nicht im Staatsarchiv. Von den 83 Verstorbenen waren 28 Patienten im Alter von 13 bis 25 Lebensjahren. Diese Recherchen und Dokumentationen nahmen Doris Weise, Cornelia Sommerfeld und Hans-Jürgen Mann vor.

Wahrscheinlich wurden am 3. Januar 1938 die ersten Patienten in die Landes-Heil- und Pflegeanstalt gebracht. Dieses Aufnahmedatum wurde in den Patientenakten gefunden. Die Anstalt diente zur Entlastung der übrigen sächsischen Landesanstalten, um größtenteils besonders schwere Langzeitpatienten unterzubringen und zu verwahren. Die Lebensbedingungen, die medizinische Versorgung, die hygienischen und sanitären Einrichtungen, die pflegerische Betreuung und die Ernährung der Kranken waren nach den Recherchen von Ariane Hölzer katastrophal. Dieses wurde noch durch eine Verordnung vom sächsischen Ministerium des Inneren (Mdl) vom 13. April 1938 begünstigt. Alle Landesanstalten wurden zur Anwendung einer stark fett- und fleischreduzierten Sonderkost, die als Brei für ca. 50 Prozent der hinfälligen Patienten ausgegeben wurde, verpflichtet. Der Anstaltsdirektor Dr. Liebers schilderte in seinem Jahresbericht des Jahres 1938, wie er die Minimalernährung noch

weiter reduzierte und sich damit an die Spitze der sächsischen Landesanstalten brachte. Man kann von einer „Colditzer Sonderkost“ sprechen.

Im Jahresbericht steht unter der Rubrik „Beköstigung“:

„Zur Verfügung stehen täglich 0,54 RM in der unteren Klasse. Aufgewendet wurden dagegen täglich durchschnittlich 0,4874 RM in der unteren Klasse. Mit den zugeteilten Mitteln ist nur durch Beschränkung der Tagesrationen und der mengenmäßigen Zuteilung einzelner Beköstigungsgegenstände, so zum Beispiel von Fleisch, Butter, Wurst usw. und durch Einführung einer Suppenkost für ungefähr 180 Kranke auszukommen gewesen“.

Und unter der Rubrik „Krankenbehandlung“ beklagte Dr. Liebers den „besondere(n) Übelstand“, „daß die Idioten durch die ungünstigen räumlichen Verhältnisse [...] äußerst wenig an die frische Luft kommen können. Es hat sich auch herausgestellt, dass von den zur Zeit bisher erfolgten Todesfällen beziehungsweise (!) Sektionen 16 schwerste Veränderungen der Lungen gezeigt haben. [...] Selbstverständlich ist diese negative Auslese unter den Idioten durch die Tuberkulose an und für sich, da es sich doch um lebensunwertes Leben handelt, nicht zu bedauern. Man muß aber auch an das gesamte Pflegepersonal denken und diese ganzen Fragen von diesem Gesichtspunkt aus betrachten und regeln“.

Die Folgen der Mangelernährung der Colditzer Sonderkost führten zur Erhöhung der Infektanfälligkeit, zur Verminderung der Widerstandskraft bei körperlichen Krankheiten und zur Erhöhung der Sterblichkeit. Anhand zahlreicher Hinweise in den Krankenakten scheinen kaum therapeutische Maßnahmen vorgenommen worden zu sein. Auch fanden beispielsweise ursprünglich täglich durchgeführte Temperatur- und Pulsmessungen meist nur noch monatlich oder im Krankheitsfalle statt. Die pflegerische Betreuung war bestimmt von einem repressiven Charakter im Umgang mit den Patienten. Viele Patienten litten an Furunkulose, Durchfall, Er-



Landesanstalt	Patientenzahl in den Sonnenstein-Akten	Patientenzahl in den Bundesarchiv-Akten	Patientenzahl, die vor 28.6.1940 in eine „andere Anstalt“ kamen
Arnsdorf	42	40	1
Großschweidnitz	31	17	
Zschadraß	22	8	5
Waldheim	2	13	12
Hubertusburg	keine Unterlagen		
<b>Gesamt</b>	97	78	18

brechen und Ödeme. Kranke wurden in Isolierzimmer weggesperrt oder in Zwangsjacken (Westen) gesteckt. Einige Patienten galten als „Material“ für die Rassenforschungen.

Weiterhin halten die Krankenakten fest, dass sich Patienten gegenseitig das Essen wegnahmen, allen Schmutz, Unrat, Müll, Gras, Holz, Asche, Kot, Draht, Knöpfe, Frösche, Bettwäsche oder Kleidungsstücke aßen. Dieses Verhalten war für das Personal der Beleg dafür, dass diese Menschen nur „Idioten“ waren. Dafür wurden sie extra bestraft. Nirgends wurde erwähnt, dass dieses Verhalten eine Folge des ständig bestehenden Hungers sein könnte. Zusätzlich wurde mitunter Rizinusöl verabreicht, um wahrscheinlich in der Nacht den Stuhlgang auszuschließen, damit das Personal Ruhe und keine Arbeit hatte.

Im Sterberegister Colditz sind die Todesursachen mit angegeben. Die Haupttodesursachen waren Marasmus und Tbc. Gewöhnlich wurden die Sektionen in Zschadraß durchgeführt und entsprechende Leichenbe-

funde erstellt. Mitunter wurden die Sektionsberichte sowie die Gehirne und Rückenmarke in Formalin fixiert ans Kaiser-Wilhelm-Institut nach München zum Psychiater Prof. Erich Rüdin geschickt. Die verstorbenen Patienten wurden größtenteils auf dem Anstaltsfriedhof Zschadraß beigesetzt. Der Grab-Liegeplan blieb nicht erhalten. Die Namen der 83 verstorbenen Patienten sind im Colditzer Opferbuch, das seit dem Sommer 2007 in der Euthanasieausstellung ausliegt, aufgenommen worden. Sie werden somit geehrt und gewürdigt.

Im Oktober 1939 wurden die Patienten aus kriegstechnischen Gründen in andere Anstalten verlegt. Dabei sind die Krankenakten mitgegeben worden. Nachweislich wurden später 97 ehemalige Colditzer Patienten in Pirna-Sonnenstein vergast. Die Vergasung begann jedoch erst am 28. Juni 1940. Es ist daher anzunehmen, dass zwischen Oktober 1939 bis Juni 1940 die Ermordung der sächsischen Patienten in Brandenburg durchgeführt wurde. Der freie Mitarbeiter in der Gedenkstätte Pirna-Sonnenstein Hans-Henry Herbig vermutet, dass auch direkte Transporte von Colditz oder auch über Zschadraß zur Vergasung nach Brandenburg durchgeführt wurden. Dafür gibt es noch keine offiziellen Belege.

Aber als Indizien für diese Theorie konnte Folgendes recherchiert werden. Im Bundesarchiv Berlin sind 78 Krankenakten von ehemaligen Colditzer Patienten erhalten geblieben. Aus diesen Unterlagen geht hervor, dass 18 Patienten vor dem 28. Juni 1940 in eine „andere Anstalt“ verlegt wurden. Diese Formulierung und das genaue Datum wurden stets in das Krankenblatt eingetragen, wenn die Patienten zur Vergasung abtrans-

portiert wurden. Deshalb wird diese letzte Eintragung als das Sterbedatum angesehen, auch wenn die standesamtlich erstellte Sterbeurkunde ein späteres Datum angibt. Die Akten belegen noch, dass vor dem 28. Juni 1940 Colditzer Patienten auch von Arnsdorf und Waldheim in eine „andere Anstalt“ verlegt und im Anschluss wahrscheinlich in Brandenburg vergast wurden.

Das letzte Sterbedatum eines Patienten im Colditzer Standesamt war der 2. Oktober 1939. So kann angenommen werden, dass in den nächsten Tagen die Anstalt leer geräumt war. Anhand der Akten soll eine Übersicht verdeutlichen, in welche Anstalten die Colditzer Patienten im Oktober 1939 verlegt wurden:

Die erhalten gebliebenen Akten von Pirna-Sonnenstein und aus dem Bundesarchiv sind nicht identisch. Es kann aufgrund der Aktenlage nicht genau angegeben werden, wohin die restlichen ca. 200 Colditzer Patienten verlegt wurden und wann und wo ihre Ermordung geschah. Es liegen auch keine weiteren Angaben vor, wie sich die Colditzer Hungerkost nach der Verlegung ausgewirkt hat.

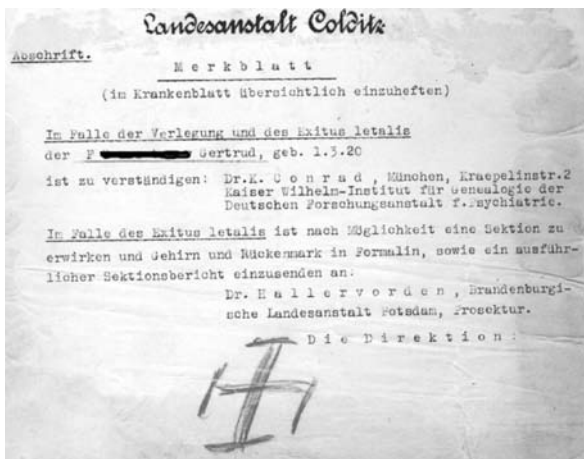
### Vier Kurzbiografien von verstorbenen Patienten

*Helmut D.*

Er wurde am 4. Februar 1921 in Chemnitz geboren. Sein Grundleiden war eine Geisteskrankheit (Idiotie). Er wurde am 22. August 1938 vom Katharinenhof in Großhennersdorf nach Colditz „zugeführt“. Er starb am 9. Februar 1939. Die Todesursache wurde mit „allgem. Marasmus“ angegeben. Sein Gewicht betrug 16,5 kg.

*Josef F.*

Er wurde am 25. Dezember 1910 in Machowa (Galizien) geboren und kam als Kind mit seinen Eltern nach Zwickau. Sein Glaubensbekenntnis wurde als „mosaisch“ (jüdisch) angegeben. Er war in den Anstalten Großhennersdorf, Zschadraß und Arnsdorf, bis er am 3. Januar 1938 nach Colditz verlegt wurde. Am 23. April



Auf dem Aktendeckel des Krankenblatts von Charlotte E. war dieses Blatt, das bereits in der Landesanstalt Arnsdorf geschrieben wurde, aufgeklebt. (Vorlage und Repro: SächsStA-L, 20048, Landesanstalt Colditz, Nr. 325.)



1938 wurde der Vater brieflich von der Anstaltsdirektion unterrichtet, dass sich der gesundheitliche Zustand verschlechtert habe und mit einem tragischen Ausgang gerechnet werden muss. Am 24. April teilte der Vater sofort mit, dass nach dem Ableben seines Sohnes keine Sektion vorzunehmen ist. Am nächsten Tag starb sein Sohn. Die Todesursachen waren Marasmus und Herzschwäche. Eine Sektion wurde nicht durchgeführt. Der Leichnam wurde nach Zwickau überführt.

**Gertrud F.**

Sie wurde am 1. März 1920 in Engsdorf geboren. Seit dem 2. Lebensjahr litt sie unter epileptischen Anfällen. Sie war in den Anstalten Großhennersdorf und Arnsdorf, bis sie am 13. Januar 1938 nach Colditz verlegt wurde. Gertrud ist am 26. Januar 1939 mit einem Gewicht von 31,5 kg verstorben. Die klinische Todesursache war Lungentuberkulose. Bei der Sektion wurden Gehirn und Rückenmark „in toto fixiert“.

**Charlotte E.**

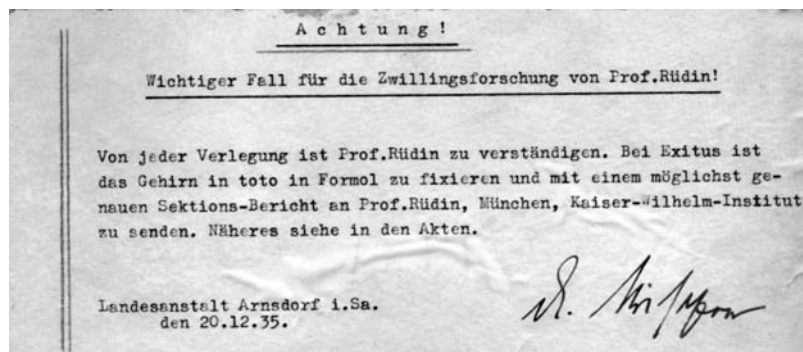
Sie wurde am 13. Januar 1920 in Dresden geboren. Von der Anstalt Arnsdorf wurde sie am 13. Januar 1938 „nach Colditz überführt“. Sie verstarb am 24. Januar 1938 im Zusammenhang eines epileptischen Anfalls. Da sie ein Zwillingsskind war, war ihr Fall für die Rassenforschung von besonderem Interesse. Eine Sektion wurde durchgeführt. Im Leichenbestattungsschein wurden als Grundleiden „Geisteskrankheit“ und als Begleiterkrankung „Epilepsie“ angegeben.

**Kurzbiografie des Anstaltsdirektors Dr. Max Alwin Liebers**

- 1879 geboren in Chemnitz
- 1898 – Medizinstudium in Leipzig
- 1903
- 1904 Beginn als Anstaltsarzt an der Landesanstalt Leipzig-Dösen
- 1925 stellvertretender Direktor an der Landesanstalt Hochweitzschen
- 1929 Berufung zum Direktor der Landesanstalt Zschadraß
- 1937 NSDAP-Mitgliedschaft
- 1938 – Leitung der wiedereröffneten
- 1939 Landesanstalt Colditz
- 1941 Stabsarzt im Reserve-Lazarett Zschadraß
- 1943 Beförderung zum Oberstabsarzt
- 1944 Leitung der psychiatrischen Abteilung des Stadt-Krankenhauses Plauen
- 1945 Ruhestand
- 1956 verstorben in Leipzig.

Ariane Hölzer schilderte Dr. Liebers als „gesetzes- und obrigkeitstreue(n)“ Anstaltsdirektor, der „sich vorbehaltlos an die Weisungen des Mdl hielt und mit besonderem Eifer an deren Umsetzung arbeitete.“ Es scheint, er hat durch seine „Colditzer Sonderkost“ in einer Art vorausweisendem Gehorsam bereits vor dem Erlass Hitlers bestimmten Patienten den „Gnadentod“ gewährt.

Dr. theol. Edmund Käbisch  
Hölderlinstr. 8, 08056 Zwickau  
Webseite: euthanasie-ausstellung.de



Auf dem Aktendeckel des Krankenblattes von Gertrud F. war dieses Merkblatt aufgeklebt. (Vorlage und Repro: SächsStA-L, 20048, Landesanstalt Colditz, Nr. 156.)

**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](mailto: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](http://www.leipziger-verlagsanstalt.de)  
E-Mail: [info@leipziger-verlagsanstalt.de](mailto:info@leipziger-verlagsanstalt.de)  
Geschäftsführer: Dr. Rainer Stumpe  
Anzeigendisposition: Silke El Gendy-Johne  
Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste Nr. 11 vom 1.1.2008 gültig.  
Druck: Druckhaus Dresden GmbH,  
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

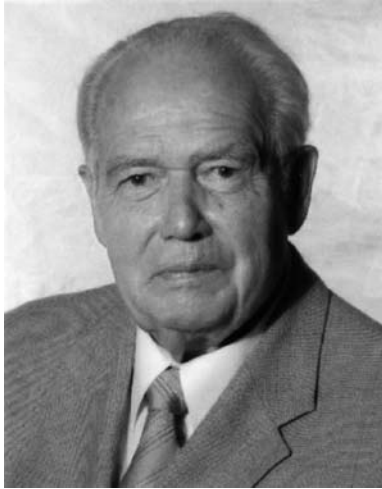
Manuskripte bitte nur an die Redaktion, Postanschrift: Postfach 10 04 65, 01074 Dresden senden. Für unverlangt eingereichte Manuskripte wird keine Verantwortung übernommen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt, Nachdruck ist nur mit schriftlicher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

**Bezugspreise/Abonnementpreise:**

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

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

## Prof. Dr. med. habil. Albrecht Gläser zum 80. Geburtstag



Albrecht Gläser wurde am 27. 7. 1928 in Chemnitz geboren. Er verlebte Kindheit und Jugend in Westsachsen. Trotz Unterbrechung seiner Gymnasialausbildung durch einen Lufthelfereinsatz am Kriegsende wuchs er in einem Elternhaus auf, das ihm eine tiefe humanistische Ausbildung vermittelte. Nach dem Abitur studierte er von 1947 bis 1953 in Leipzig Medizin und promovierte sich im April 1953. Nach dem anschließenden Pflichtjahr absolvierte er ein Jahr Innere Medizin sowie 1.5 Jahre Pathologie. Danach trat er unter dem Direktor Prof. Dr. Dr. h.c. Herbert Uebermuth im Januar 1953 in die Chirurgische Universitätsklinik ein. In Herbert Uebermuth, dem jüngsten und letzten Schüler des großen Payr, fand er seinen wichtigsten Lehrer und Förderer. Er erhielt unter Uebermuth eine breit gefächerte und fundierte chirurgische Ausbildung, die damals noch die Traumatologie und die Urologie einschloss. Die Chirurgische Universitätsklinik verfügte über ein eigenes histologisches Labor, in dem alle Operationspräparate einschließlich der intraoperativen Schnellschnitte befundet wurden. Bei steter Beratung durch das Pathologische Institut war Albrecht Gläser von 1958 bis 1968 verantwortlicher Leiter dieses Labors. Diese Kombination bildete das Fundament seiner wissenschaftlichen Arbeit, der Beschäftigung mit der klinischen Pathologie

der Geschwülste, die sich unter anderem in fünf Monographien niederschlug. Nach seiner Facharztanerkennung für Chirurgie avancierte Albrecht Gläser rasch 1960 zum Oberarzt, habilitierte sich 1961 und wurde Dozent. Von 1962 bis zum Ausscheiden aus der Leipziger Chirurgischen Universitätsklinik 1983 war er 1. Oberarzt und einziger Chefstellvertreter. Die Berufung zum Professor mit Lehrauftrag erfolgte 1966, zum ordentlichen Professor für Chirurgie 1969. Mehrere Berufungen als Chef an andere Universitätsklinken scheiterten, da der hierfür zur Bedingung gemachte Parteieintritt von Gläser abgelehnt wurde. Trotz Parteilosigkeit erfolgte 1983 endlich die Berufung zum Direktor der Chirurgischen Klinik der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, die noch alle Subdisziplinen als Abteilungen unter einem Dach vereinigte. Hier erlebte er die Wende und seine Neuberufung nach neuem Recht. Ende 1994 schied Albrecht Gläser altersbedingt durch Emeritierung aus dem Chirurgedienst aus.

Albrecht Gläser war ein leidenschaftlicher Operateur. Unter genauer Beachtung anatomischer Strukturen und strenger Berücksichtigung des pathologisch-anatomischen Befundes führte er die Operationen – für seine Assistenten und Mitarbeiter gleichzeitig Lehroperationen – durch. Basierend auf seiner breit gefächerten operativ-technischen Ausbildung führte er Anfang der 60-ziger Jahre mit der Wippleschen Operation die moderne Pankreaschirurgie erfolgreich in das Repertoire der Leipziger Klinik ein. Etwas später folgten die Hemipelvektomie und die erste Eviszeration des kleinen Beckens mit Neoblase und Anus praeter. Er arbeitete ständig an der Vervollständigung der Krebsoperationen im Kopfhalsbereich, im und am Thorax, an der Mamma, der Schilddrüse, am oberen und unteren Gastrointestinaltrakt und an den Weichteilen. Neben einer Vielzahl von Publikationen in Fachzeitschriften erschienen die Ergebnisse seiner hierzu sehr intensiven Arbeiten auch als Monographie. Die Interdisziplinarität der Tumordiagnostik und -behandlung frühzeitig

klar erkennend, gründete er in Leipzig Ende der 60-ziger Jahre die interdisziplinäre „Arbeitsgemeinschaft klinische Onkologie“. Ziel war die Standardisierung der Diagnostik und Therapie von Patienten mit Geschwulsterkrankungen. Für 11 Tumorerkrankungen wurden damals unter seiner Federführung Diagnostik- und Therapiestandards formuliert und auf wöchentlichen Veranstaltungen der Akademie für ärztliche Fortbildungen diskutiert und verbreitet. Die Chirurgische Klinik in Leipzig wurde so unter seinem Einfluss zu einem überregionalen Zentrum für Onkologie. Mit gleich großem Elan entwickelte er nach Übernahme des Direktorates der Chirurgischen Klinik der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg auch diese Klinik zu solch einem Zentrum.

Trotz der hohen zeitlichen Adsorption durch administrative Aufgaben und der umfangreichen klinischen Arbeit umfasste das wissenschaftliche Werk Gläser 112 Publikationen und 312 Vorträge, 5 allein von ihm verfasste Monographien (4 Bände „Klinische Pathologie der Geschwülste“, und „Krebsoperationen“) und weitere zahlreiche Beiträge in Lehrbüchern und Monographien sowie Arztbiographien, die seinem bescheidenen Charakter entsprechend hier nicht aufgelistet werden sollen. Er betreute weit über 100 Doktoranden und Diplomanden, 8 Mitarbeiter habilitierten sich unter seiner Leitung. Er war Mitherausgeber mehrerer medizinischer Fachzeitschriften und gehörte deren Beirat an. Albrecht Gläser war Mitglied zahlreicher chirurgischer und onkologischer Fachgesellschaften, so unter anderem seit 1958 der Deutschen Gesellschaft der Naturforscher und Ärzte, seit 1959 der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Seit ihrer Gründung 1968 war er im Vorstand der Gesellschaft für Geschwulstbekämpfung der DDR, deren Vorsitzender er von 1981 bis 1987 war, tätig. Außerdem gehörte er der European Association for Cancer Research an. Mehrere regionale Chirurgen- und Krebsgesellschaften wählten ihn nach langjähriger Tätigkeit als Vorsitzender zum Ehrenmitglied. 1984 erhob ihn die „Sächsische Aka-

demie der Wissenschaften“ in Würdigung seiner Leistungen auf dem Gebiet der Krebstherapie zu ihrem Mitglied.

Albrecht Gläser war als einziger Professor niemals im Vorstand der Gesellschaft für Chirurgie der DDR. So brachte die politische Wende in Deutschland die späte, aber ver-

diente Würdigung für Albrecht Gläser. Er wurde als einziger Ostdeutscher von 1990 bis 1993 in das Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie sowie von 1990 bis 1994 in den Vorstand der Deutschen Krebsgesellschaft kooptiert.

Albrecht Gläser war nicht nur ein unbeugsamer Mensch, mitfühlender Arzt und hervorragender Chirurg. Er

war im Besonderen auch ein akademischer Lehrer mit menschlicher Wärme und seltener Großzügigkeit, die viele von uns bewegte und prägte. Vielen Dank! Herzlichen Glückwunsch ad multos annos!

Manfred Schönfelder, Leipzig  
Peter Würfl, Ulm

## Unsere Jubilare im September – wir gratulieren!

### 60 Jahre

- 01. 09. Dr. med. Knauthe, Matthias  
09599 Freiberg
- 02. 09. Dr. med. Härtig, Heidi  
08301 Schlemma
- 11. 09. Dr. med. Oberländer, Roselore  
04159 Leipzig
- 12. 09. Bachmann, Heidemarie  
08527 Plauen
- 13. 09. Ludwig, Stephan  
09212 Limbach-Oberfrohna
- 13. 09. Dr. med. Sedner, Sieglinde  
09350 Lichtenstein
- 16. 09. Briem, Elisabeth  
01069 Dresden
- 17. 09. Dr. med. Ritschel, Bernd  
01809 Dohna
- 19. 09. Dr. med. Kluttig, Hans-Jürgen  
02763 Zittau
- 23. 09. Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Weber, Hansjörg  
01662 Meißen
- 25. 09. Dr. med. Anstadt, Maria  
08523 Plauen
- 25. 09. Dipl.-Med. Hennig, Christina  
09127 Chemnitz
- 27. 09. Dipl.-Med.  
Sommer, Hannelore  
08056 Zwickau
- 28. 09. Dipl.-Med. Remoli, Gabriele  
04157 Leipzig
- 29. 09. Bessonowa, Gita  
04347 Leipzig

### 65 Jahre

- 01. 09. Dipl.-Med. Hartenstein, Klaus  
02763 Bertsdorf
- 02. 09. Dipl.-Med. Kimmel, Gisela  
01814 Bad Schandau
- 03. 09. Dr. med. Göhler, Gisela  
01309 Dresden

- 05. 09. Dr. med. Große, Egon  
09405 Zschopau
- 05. 09. Dr. med. Werner, Gerlinde  
04827 Machern
- 06. 09. Dipl.-Med. Huhn, Maria  
01189 Dresden
- 06. 09. dr. med. univ. Lenk, Ursula  
01561 Schönfeld
- 06. 09. Dr. med. Schlegel, Detlef  
01728 Bannewitz
- 06. 09. Schültke, Ursula  
09128 Chemnitz
- 07. 09. Dr. med. Siebert, Maria  
01587 Riesa
- 09. 09. Dr. med. Strauß, Wolfram  
04277 Leipzig
- 10. 09. Dr. med. Harksel, Britta  
04860 Torgau
- 11. 09. Dr. med.  
Buschnakowski, Christoph  
04668 Grimma
- 11. 09. Dr. med. Teubner, Stefan  
01454 Radeberg
- 12. 09. Dr. med. Auerbach, Dorrit  
09353 Oberlungwitz
- 12. 09. Prof. Dr. med. habil.  
Gross, Peter  
01309 Dresden
- 12. 09. Schiefer, Thea  
08340 Schwarzenberg
- 12. 09. Dr. med. Tautz, Barbara  
01827 Graupa
- 13. 09. Dipl.-Med. Siegmund, Uwe  
08112 Wilkau-Haßlau
- 14. 09. Dr. sc. med. Hering, Christian  
01796 Pirna
- 14. 09. Lommatzsch, Horst  
08060 Zwickau
- 14. 09. Dr. med.  
Schaumberg, Reinhard  
09376 Oelsnitz
- 17. 09. Dr. med. Sieber, Hannelore  
09456 Annaberg-Buchholz
- 18. 09. Dr. med. Wetzstein, Anita  
01279 Dresden
- 19. 09. Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Herrmann, Ulf  
01445 Radebeul
- 19. 09. Dipl.-Med. Korb, Hans-Günter  
04157 Leipzig
- 19. 09. Dr. med. Leidner, Michael  
08645 Bad Elster
- 19. 09. Dr. med. Lohs, Joachim  
09127 Chemnitz
- 19. 09. Prof. Dr. med. habil.  
Plöttner, Günter  
04155 Leipzig
- 20. 09. Prof. Dr. med. habil.  
Schmidt, Frank  
04155 Leipzig
- 21. 09. Dr. med. Vogel, Wolfgang  
04539 Groitzsch
- 23. 09. Dr. med. Oehlert, Ralf  
01326 Dresden
- 25. 09. Dr. med. Schneider, Christine  
04746 Hartha
- 25. 09. Dr. med. Seewald, Inge  
04209 Leipzig
- 26. 09. Dr. med. Lobeck, Gunhild  
01326 Dresden
- 26. 09. Sturm, Ulrike  
09125 Chemnitz
- 28. 09. Enge, Ingrid  
01458 Ottendorf-Okrilla
- 28. 09. Dr. med. Kadler, Wilfried  
04774 Dahlen
- 28. 09. Prof. Dr. sc. med.  
Saueremann, Wolfgang  
01129 Dresden
- 30. 09. Dr. med. Kluge, Jutta  
04668 Grimma
- 30. 09. Schneider, Petra  
02977 Hoyerswerda
- 30. 09. Dr. med. Stephan, Dietrich  
08248 Klingenthal

### 70 Jahre

- 04. 09. Prof. Dr. med. habil.  
Heidrich, Lothar  
04463 Großpösna

06. 09. von Großmann, Anke  
08058 Zwickau
06. 09. Dr. med. Hüls, Günter  
02763 Zittau
06. 09. Simowa, Gertrud  
01558 Großenhain
08. 09. Dr. med. Günther, Eva-Maria  
01594 Heyda
09. 09. Dr. med. Herold, Karl-Heinz  
08525 Plauen
09. 09. Dr. med. Pochodzaj, Klaus  
08359 Breitenbrunn
10. 09. Dr. med. Kallauch, Günter  
02708 Niedercunnersdorf
11. 09. Dr. med. Lerchner, Nelly  
04416 Markkleeberg
13. 09. Dr. med.  
Boxberger, Klaus Dieter  
04288 Leipzig
16. 09. Löhnert, Ursel  
01454 Radeberg
16. 09. Dr. med. Mehlhorn, Jürgen  
09366 Niederdorf
16. 09. Stöber, Eva-Maria  
04736 Waldheim
21. 09. Dr. med. Ohrt, Gabriele  
04463 Großpösna
22. 09. Doz. Dr. med. habil.  
Kadner, Peter  
04178 Leipzig
22. 09. Dr. med. König, Wolfgang  
01855 Sebnitz
22. 09. Dr. med. Uhlig, Ingrid  
09130 Chemnitz
24. 09. Neßmann, Marianne  
04442 Zwenkau
24. 09. Dipl.-Med. Päßler, Edda  
09116 Chemnitz
25. 09. Dr. med. habil. Altmann, Ernst  
01328 Dresden
25. 09. Dr. med. Beyrich, Roselore  
04158 Leipzig
27. 09. Dr. med. Gärtner, Anita  
01328 Dresden
28. 09. Dr. med. Friedrich, Johannes  
01324 Dresden
28. 09. Stein, Günter  
01728 Rippian
29. 09. Dr. med. Stolzenburg, Ulrich  
01728 Possendorf
30. 09. Dr. med. Hausmann, Christine  
01239 Dresden
30. 09. Reuter, Wolfgang  
08432 Steinpleis/Werdau
- 75 Jahre**
01. 09. Dr. med. Meier, Gudrun  
01326 Dresden
08. 09. Dr. med.  
Gutsmuths, Frank-Jörg  
04158 Leipzig
08. 09. Dr. med. Schindler, Ludwig  
09496 Marienberg
09. 09. Dr. med. Gräbner, Anny  
09350 Lichtenstein
13. 09. Dr. med. Kösser, Christa  
04277 Leipzig
14. 09. Dr. med. Eisengarten, Klaus  
01259 Dresden
19. 09. Dr. med. Heimann, Günter  
08058 Zwickau
27. 09. Prof. Dr. med. habil.  
Raue, Wolfgang  
04299 Leipzig
29. 09. Dr. med. Klemm, Brigitte  
02694 Pließkowitz
30. 09. Dr. med. Hellmessen, Ute  
04651 Bad Lausick
- 80 Jahre**
06. 09. Doz. Dr. med. habil.  
Schleusing, Gottfried  
04416 Markkleeberg
15. 09. Dr. med. Roick, Waltraud  
09465 Sehma
22. 09. Dr. med. habil. Bürkmann, Inge  
04159 Leipzig
22. 09. Prof. Dr. med. habil. Dr. paed.  
Israel, Siegfried  
04105 Leipzig
- 81 Jahre**
28. 09. Dr. med. Junghändel, Ruth  
01067 Dresden
28. 09. Dr.-medic Naumann, Ladislaus  
04103 Leipzig
- 82 Jahre**
03. 09. Dr. med. Grimm, Hans  
04157 Leipzig
- 83 Jahre**
23. 09. Dr. med. Böttger, Wolfgang  
08062 Zwickau
- 84 Jahre**
04. 09. Dr. med. Linke, Ursula  
09127 Chemnitz
10. 09. Grandin, Gisela  
01324 Dresden
26. 09. Dr. med. Simon, Eva-Maria  
01825 Liebstadt-OT Döbra
- 85 Jahre**
16. 09. Dr. med. habil.  
Woratz, Günter  
09456 Annaberg-Buchholz
22. 09. Dr. med. univ. Schmidt,  
Gert-Peter  
01109 Dresden
28. 09. Prof. em. Dr. med. habil.  
Oeken, Friedrich-Wilhelm  
04229 Leipzig
- 87 Jahre**
05. 09. Dr. med. Olbrich, Hildegund  
02625 Bautzen
06. 09. Dr. med. Spielmann, Volker  
04316 Leipzig
20. 09. Prof. Dr. med. habil.  
Lange, Ehrig  
01067 Dresden
- 88 Jahre**
12. 09. Dr. med. Zacharias, Horst  
01187 Dresden
- 89 Jahre**
06. 09. Dr. med. Fronius, Ingrid  
01187 Dresden
12. 09. Dr. med. Hisek, Ludwig  
01239 Dresden
19. 09. Dr. med. Nicolai, Margarete  
09599 Freiberg
23. 09. Dr. med. Woratz, Ursula  
09456 Annaberg-Buchholz
- 93 Jahre**
16. 09. Dr. med. Meixner, Alfred  
01816 Bad Gottleuba
- 99 Jahre**
30. 09. Dr. med. Pastor, Herbert  
01737 Tharandt



## Kursächsische Hofokulisten

### Zwei berühmte kursächsische Hofokulisten zu Dresden: Georg Bartisch (1535 – 1607) und Joannis Virgilius Casaamata (1741 – 1807)

Sachsens Hauptstadt Dresden besitzt wie kaum eine andere Stadt in Deutschland eine bedeutende ophtho-medizinhistorische Vergangenheit. Auf 2007 fielen das 400. Todesjahr des ersten, Georg Bartisch (1535 bis 1607), und das 200. Todesjahr des letzten kursächsischen Hofokulisten, Joannis Virgilius Casaamata (1741 bis 1807).

Bartisch wurde in Gräfenhain nahe Königsbrück nordöstlich von Dresden geboren. Von dem kleinen Ort Gräfenhain stammen auch die Vorfahren des berühmtesten deutschen Augenarztes im 19. Jahrhundert: Albrecht von Graefe (1828 bis 1870). Aus dem einfachen Wundarztstand hervorgegangen, begann Georg Bartisch zunächst bei seinem Vater in Königsbrück die Bader- und Wundarzt Ausbildung, um diese als Zwölfjähriger bei Mattäus Fuchs in Wittenberg fortzuführen. Danach war er bei Abraham Mayscheider in Schönwaldt bei Brünn tätig, wo er seine handwerkliche, nicht akademische Ausbildung mit einer Prüfung abschloss (9, 10).

Bartisch war fast 50 Jahre als Okulist, Wundarzt, Bruch- und Steinschneider tätig (Abb. 1). Sein Itinerar erstreckte sich vorwiegend auf das damalige Sachsen sowie das habsburgische Böhmen und Schlesien. Seine Reisen führte er nachweislich nördlich bis Magdeburg, westlich bis Erfurt, östlich bis Breslau und südlich bis Prag durch. In Wien ist Bartisch ebenfalls gewesen, er erhielt aber in der habsburgischen Metropole keine Prüfungszulassung und kein Privileg (oder eine sogenannte Kundschaft), um seine Kuren (Operationen) durchführen zu können. Von 1564 bis 1572 hatte er seinen Wohnsitz in Döbeln, danach wurde er in Altdresden, dem heutigen Dresdner Stadtteil Neustadt, ansässig (6).

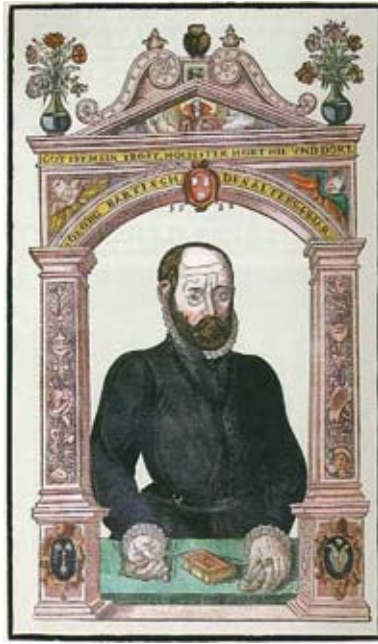


Abb. 1: Georg Bartisch (1535 – 1607) im 48. Lebensjahr. In der rechten Hand eine Starnadel des Okulisten und am linken Zeigefinger ein Klappmesser des Schnittarztes. (Aus: Handbuch der ges. Augenheilkunde. Hrsg. v. TH SAEHMISCH. 2. Aufl. 13 Bd.: § 320, Tafel I zu S. 332. HIRSCHBERG J: Geschichte der Augenheilkunde der Neuzeit. Engelmann, Leipzig 1908 (im Besitz des Autors)

Bereits als 23-Jähriger wurde er ab 1558 in Dresden als „erster Churfürstlicher Hofoculist“ geführt (6), vom Kurfürsten August (1526 bis 1586) erhielt er ein jährliches Gehalt von 114 Gulden und 6 Groschen, das sind nach heutigem Wert 2.280 Euro.

Welcher Art sind nun die Verdienste von Georg Bartisch?

Schon 1575 befasste sich Bartisch als Autor mit dem Blasensteinschnitt. Mit dem Manuskript „Kunstbuch, darinnen ist der ganze gründliche vollkommene rechte gewisse Bericht, Unterweisung und Lehr des harten reissenden schmerzhaften peinlichen Blasensteines...“ fand er aber keinen Verleger. Erst 1893 stieß der Breslauer Augenarzt H. Cohn in der Königlich öffentlichen Bibliothek Dresden auf diese Handschrift, welche dann 1904 in Berlin erstmals gedruckt wurde (1, 3). Bartischs Erfahrungen beruhen auf über 400 Blasenstein-Operationen.

1583 erschien dann das deutschsprachige opus magnum von Georg Bartisch: „Ophthalmuleia – Das ist

Augendienst“. Da er keinen Verleger fand, hat er dieses Buch selbst bei Matthes Stöckel in Dresden drucken lassen. „Der Augendienst“ enthält neben einem barocken Titelblatt 272 Doppelseiten (etwas größer als das heutige DIN A 4-Format), einem 21-seitigen Vorwort, 15 Seiten Register und 30 Seiten Erfolgsbescheinigungen auch 90 Holzschnitte und sogar zwei Schichtklapptafeln zur Anatomie des Gehirns und des Auges. Diese Holzschnitte sollen bis auf zwei Tafeln von Bartisch selbst stammen. Die Medizingeschichte verzeichnet damit den Beginn der medizinischen Abbildung in der Augenheilkunde und das erste Lehrbuch der Augenheilkunde in deutscher Sprache (14).

Dieses Handbuch für ein damals noch nicht selbständiges Fach repräsentierte den vollen Wissensstand im 16. Jahrhundert, fand eine weite Verbreitung, wurde 1584 in Frankfurt/Main nochmals neu herausgebracht. Einhundert Jahre später (1684) erschien das „aller Oculisten Vademecum“ nochmals als Neuauflage (14). In einem Allgemeinen Teil zu Anatomie und Physiologie des Auges, als die Linse noch als sehendes Organ galt, wird letztere schon etwas mehr irisnah dargestellt. Der Spezielle Teil beschäftigt sich mit Erkrankungen des Auges sowie seines Bewegungs- und Schutzapparates.

Bartisch geht auf die medikamentöse (über 600 Rezepturen mit Hinweisen zur Anwendung) und operative Therapie (Kuren) ein. Er legte großen Wert auf die Instrumentenkunde, gab dazu selbst neue Operationsinstrumente (Eviscerationslöffel) und Operationsmethoden an. So wurde von ihm wohl bei einem Augentumor-Patienten eine Enukektion oder Evisceration des Bulbus erstmals durchgeführt.

Schwerpunkte lagen bei Bartisch in Sorgfalt der Anamnese, Untersuchung, Prognose, Operation und besonders in der Nachbehandlung: „... (Kurpfuscher) ...nehmen die Leute auf und stechen sie am (grauen) Star auf dem Markte im Wind und Luft



vor jedermann/lassen sie also davon gehen wie die Saue vom Troge. Aber solches heißt nicht am Star gestochen/sondern die Augen ausgestochen“ (2). Wer den Patienten vorzeitig verlässt und abreist (Krankenhäuser gab es in den damaligen Städten noch keine, MJ), sei ein Betrüger oder Scharlatan. Die Star-Operation erfolgte damals noch wegen anatomischer Unkenntnis als Reklination der Linse mit einer Star-nadel in den Glaskörper. Dieser „Starstich“ war mit zahlreichen Komplikationen behaftet. Viele dieser so behandelten Patienten erblindeten am Sekundärglaukom.

Das einzige handkolorierte Dedikationsexemplar der ersten Ausgabe überreichte Bartisch dem Kurfürsten August und erhielt dafür ein Gnadengeschenk von 25 Gulden (15), etwa 500 Euro. Dieses Exemplar befindet sich in der Sächsischen Landesbibliothek Dresden. Selbst ein nicht koloriertes Original stellt heute eine bibliophile Kostbarkeit mit einem Wert von 40.000 Euro dar!

Georg Bartisch mit seiner 50-jährigen Praxistätigkeit als Okulist und Wundarzt war der Prototyp eines tüchtigen Chirurgen mit einem hohen sittlich-ärztlichen Verhalten. Er legte großen Wert auf eine scharfe Abgrenzung zur Kurpfuscherei. Heute wissen wir, dass Bartisch als Nicht-Akademiker einen gewissen literarischen Ehrgeiz besaß und auf seine Reputation achtete. Das bekräftigen seine Erfolgsbeglaubigungen in der „Ophthalmoduleia“. Zwischen 1568 bis 1583 weisen 107 Zeugnisse von 59 verschiedenen Behörden auf über gelungene (Augen-)Kuren hin (14).

Von Julius Hirschberg (1843 bis 1925), dem bedeutendsten Geschichtsschreiber der Augenheilkunde, wird Bartisch wie folgt charakterisiert: Obwohl Bartisch als Bürger seiner Zeit auch dem Aberglauben frönte und den Gebrauch der Brille ablehnte, war er ein guter Beobachter, geschickter Operateur und redlicher Wundarzt (8). Zitierte Bibelstellen in seinem Hauptwerk belegen, dass er lutherischer Christ war.

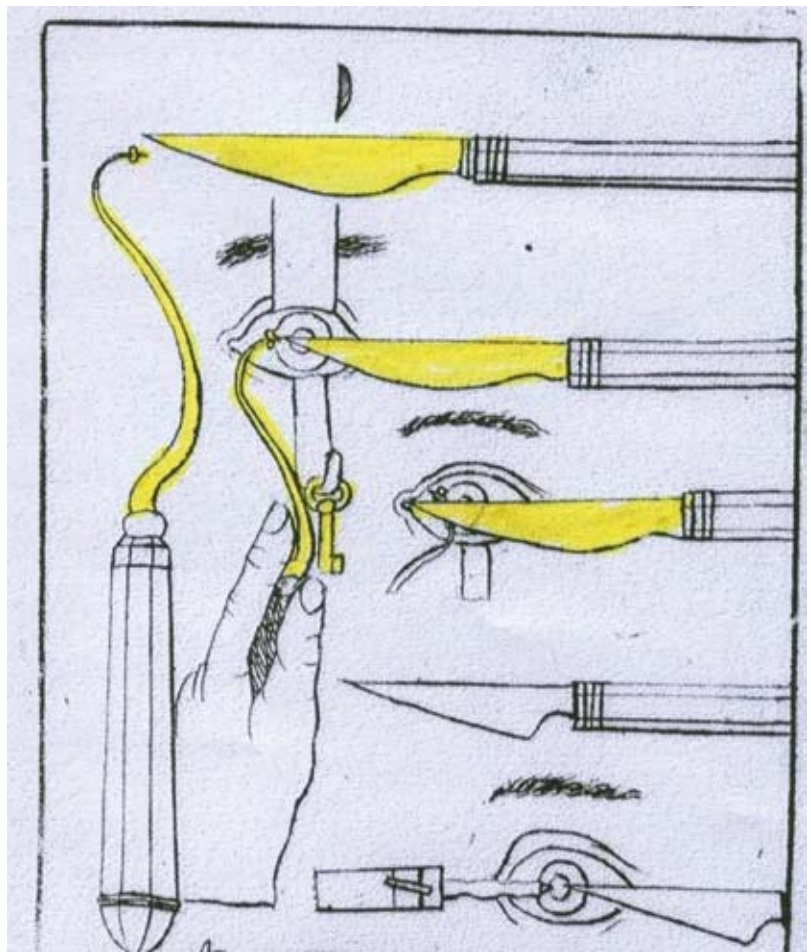


Abb. 2: Starmesser und 2 Sequenzen des Hornhautschnittes der Cataract-Op. bei Casaamata im oberen Teil (weitere Erklärung im Text). (Aus: FELLER C G., Med. Diss., 1782). Mit freundlicher Genehmigung der Universitätsbibliothek Göttingen.

Die Stadt Königsbrück ehrte Bartisch 2007 anlässlich seines 400. Todesjahres in einem öffentlichen Gedenken an der Bartisch-Stele in Gräfenhain. Im Jahre 2008 wäre seine 450-jährige Berufung zum „ersten Churfürstlichen Hofokulisten“ zu würdigen...

Eine schillernde Figur ist der letzte kursächsische Hofokulist Dr. Joannis Virgilius Casaamata, geboren 1741 in Quero am Piave (Venetien). Seine Promotion zum Doktor der Medizin und Chirurgie erfolgte in Padua, somit war er als Akademiker kein Wundarzt. 1779 wurde er vom Kurfürsten Friedrich August III., dem späteren Sachsenkönig Friedrich August I. (1750 bis 1827) zum Sächsischen Hofokulisten ernannt. Von diesem erhielt Casaamata die Erlaubnis, seine Itinerar noch auf zwei Jahre auszudehnen. So war er fünfmal in Berlin (zuletzt 1788), in meck-

lenburgischen Städten sowie in Frankfurt/Oder und Leipzig (7).

1782 erfolgte die Niederlassung von Casaamata in der Großen Frauengasse (damals an der Ecke zum Altmarkt) in der Residenzstadt Dresden. Da er in seiner Wohnung erstmals auch Patienten im Krankenbett „stationär“ behandelte, galt diese Einrichtung als erste Augenklinik in Deutschland. Schon 1783 gab er zusätzlich Augenheilkundlichen Unterricht am Dresdner Collegium medicochirurgicum, welches 1748 gegründet wurde (12).

1786 heiratete er Victoria Camerata, Tochter des italienischen Professors für Kupferstichkunst, Joseph Camerata, in Dresden (11, 12). Trotz eines berühmten Kupferstechers als Schwiegervater ließ sich im Dresdner Kupferstichkabinett kein Porträt von J. V. Casaamata finden.

Genauere Beschreibungen zur Cataract-Operation von Casaamata befinden sich in zwei zeitgenössischen Dissertationen.

Christian Gotthold Feller (1755 bis 1788) war 1779 in Leipzig bei Star-Operationen der Okulisten Casaamata und Simon (Frankreich) anwesend. Fellers Dissertation „De Methodis suffusionem oculorum curandi a Casaamata et Simone cultis“ erschien 1782 in Leipzig, ist wie damals üblich in Latein, umfasst 29 Seiten mit zwei Abbildungen, auf die wir noch eingehen werden. Ab 1783 war Feller Stadtarzt in Bautzen und gilt als Pionier des Ballonfluges in Sachsen (5, 10). In Jena promovierte 1796 der aus der Schweiz stammende Rudolf Abraham Schiferli (1775 bis 1837) mit seiner Dissertation „De cataracta“, 106 Seiten, ohne Abbildungen. Da diese Arbeit einen guten Anklang fand, legte er 1797 gleich noch die in Jena und Leipzig verlegte „Theoretisch praktische Abhandlung über den grauen Starr“, mit 112 Seiten in deutscher Sprache (beachte: Starr! MJ) nach (13). In dieser Publikation befindet sich die wertvolle Aussage zum Beginn der Implantation einer künstlichen Augenlinse bei der Cataract-Operation.

R. A. Schiferli wurde später in Bern Professor für Chirurgie und Gynäkologie und ist nie als Augenoperateur in Erscheinung getreten.

Zum besseren Verständnis dieser medizinhistorischen Studie sei angemerkt, dass durch die vom Franzosen Jaques Daviel (1696 bis 1762) im Jahre 1750 angegebene Starausziehung (extra-kapsuläre Starextraktion) ein kompletter Wandel bei Behandlung der Linsentrübung eingetreten ist. Die vordere Augenkammer wurde mittels eines Starmessers durch einen Hornhautschnitt, damals noch mit Schnittführung nach unten, ebenso die vordere Linsenkapsel eröffnet sowie Linsenkern und -rinde herausgequetscht. Die hintere Linsenkapsel bleibt – wie auch heute für die Intraokularlinsen-Implantation essentiell – im Auge bestehen.

So führt die grafisch aufgearbeitete Abbildung in Fellers Dissertation (Abb. 2) zu einem besseren Verständnis (5).

Während Okulist und Patient auf drei Tischen sitzen, hält der Patient den Patienten und mit einem Haken das Oberlid, am Unterlid hängt ein Haken mit einem Schlüssel. Der Operateur fixiert den Augapfel kontrapunktologisch mit einem Spieß. Die korneale Schnittführung (hier an einem linken Auge) ist von lateral nach medial und dann nach unten. Im unteren Drittel der Abb. 2 sind Starmesser und das Verfahren nach Simon angegeben.

Was ist nun erwähnenswert bei der Cataract-Operation nach Casaamata? Eine Lokalanästhesie gab es noch nicht, verkrampfte aber der Patient vorher, wurde die Operation abgesetzt. Praeoperativ führte Casaamata einen Aderlass durch, heute legt man eine Flexüle. Es wird ihm eine ausgezeichnete manuelle Geschicklichkeit nachgesagt. Casaamata benutzte ein modifiziertes Starmesser nach Johann Friedrich Lobstein (1736 bis 1789, Straßburg) und operierte stets extrakapsulär. Allerdings hielt Casaamata den Austritt von Glaskörper während der Operation für unschädlich (13), damit irrt er.

Kommen wir nun aber zum eigentlichen historischen Knackpunkt der intraokularen Linsenimplantation im Schaffen von Casaamata. Nach Wolfgang Münchow (1923 bis 1986) erstreckt sich die Geschichte der intraokularen Korrektur der Aphakie über zwei Säkula (11, 12).

Daviel hatte 1750 die Starextraktion eingeführt, dem Engländer Harold Ridley (1906 bis 2001) ist es gelungen, 1949 die erste Intraokularlinse aus Plexiglas zu implantieren. Die Priorität der Idee hatte wahrscheinlich der aus Italien stammende Okulist Felice Tadini 1765 in Warschau. Er zeigte einem deutschen Professor in einer Schachtel kleine Glaslinsen, die Tadini bei seinen nächsten Operationen einzusetzen gedenke. Daraufhin wurde er verlacht. Zur gleichen Zeit hat sich auch der Lebenskünstler der Rokokozeit Giacomo Casanova de Seingalt (1725 bis 1798) in Warschau aufgehalten. 1768 trafen sich beide in Barcelona wieder. Casanova saß erneut im Gefängnis, wo besagter Tadini als Wachsoldat diente, da er in

Spanien kein Diplom als Okulist vorweisen konnte. Casanova erkundigte sich nun nach dem Erfolg der Einpflanzung einer solchen Glaslinse, die aber Tadini in praxi nie durchgeführt hatte (4, 11).

Wie Münchow mitteilt, berichtete Casanova in seinen Memoiren, die erst 30 Jahre nach seinem Tode veröffentlicht wurden, dass Casanova öfters in Dresden zu Besuch war. Wie viele italienische Künstler, so hielten sich Casanovas Mutter als Schauspielerin und seine beiden jüngeren Brüder als Maler in Sachsens Hauptstadt auf. Bei einem solchen Familientreffen war gewiss auch eine „italienische“ Begegnung mit Casaamata dabei. So erfuhr er wahrscheinlich von Casanova den Gedankengang Tadinis zur Glaslinsenimplantation und setzte ihn vermutlich 1795 in Dresden in die Tat um (4, 11, 12).

Diese erste, wenn auch missglückte, Glaslinsenimplantation wird in dem schon erwähnten Büchlein von Schiferli (1797) folgendermaßen beschrieben: „Es ist bekannt, daß durch die Operation das Gesicht (= die Sehschärfe, MJ) nicht so hergestellt werde, wie es in seinem gesunden Zustande war, weil die Linse dabey verlohren geht, diesen Verlust zu ersetzen, hat Casaamata den Versuch gemacht, eine gläserne Linse durch die Wunde der Hornhaut ins Auge zu bringen. Er merkte aber, daß diese gläserne Linse nicht anstatt der natürlichen dienen könne, da bey dem Versuch das Glas sogleich auf den Boden des Auges fiel“ (13). Danach vergingen nochmals über 150 Jahre bis zur ersten erfolgreichen Implantation.

Der verdienstvolle Casaamata starb am 13. 11. 1807 in Dresden und war dadurch auch für ein Jahr der erste „königliche sächsische Hofoculist“, denn Sachsen wurde 1806 Königreich.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:  
PD Dr. med. habil. Manfred Jähne, F.E.B.O.  
Klinikum Chemnitz gGmbH, Augenklinik  
Flemmingstraße 2,  
09099 Chemnitz