

Editorial	Beziehungspflege und Selbstverständnis der Ärzte mittels „Bildern“?	452
Berufspolitik	Medizin und ärztliches Ethos im Jahr 2008	453
	Indikation und Patientenwille	456
	Krankenhausfinanzierung ab 2009	458
	Vergütung von Abschlussgesprächen	459
Gesundheitspolitik	Das Gewebegesetz – ein „last-minute“-Gesetz?	460
	Entwicklung des Gewebegesetzes – Möglichkeiten für die Umsetzung	463
Hygiene aktuell	Standardimpfungen	467
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Datenaustausch zur Fortbildungspflicht	469
	Vernetzung der Ausschüsse	470
	Ablauf von weiteren Übergangsbestimmungen in der Weiterbildungsordnung	471
	Der formbare Körper – Optimierung um welchen Preis?	472
	15 Jahre Perinatal- und Neonatalerhebung in Sachsen (1992 bis 1996)	472
	42. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin	472
	Konzerte und Ausstellungen	473
Mitteilungen der KVS	Der Weg in die eigene Praxis	471
	Ausschreibungen von Vertragsarztsitzen	473
Originalie	Dr. Ludwik Lejzer Zamenhof	474
Leserbriefe	Prof. Dr. H. E. Schröder / Dr. N. Kusch / Prof. Dr. St. Mühlig / Dr. B. Preißer	478
	Impressum	479
Personalia	Prof. Dr. med. habil. Georg Merrem	480
	Nachruf Dr. med. Helmut Knoblauch	482
	Nachruf Prof. Dr. med. Friedrich Kamprad	483
	Nachruf Dipl.-Med. Klaus-Wolfram Karl Schubert	484
	Jubilare im Oktober	485
Buchbesprechung	Klinische Ethikberatung – ein Praxisbuch	485
Kunst und Kultur	Ausstellung: Jana Morgenstern	487
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – November 2008	



Vortragsreihe –
Der formbare Körper
Seite 472



Neurochirurgische Universitätsklinik
Leipzig, Johannisallee
Seite 480



Ausstellung: Jana Morgenstern
Seite 487

Beziehungspflege und Selbstverständnis der Ärzte mittels „Bildern“?



Jeder hat so seine eigenen Vorstellungen, meist in Form von Bildern oder Bildfolgen zu Situationen und zumeist in Abhängigkeit davon, wie wir diese Situationen erfahren haben. Bilder müssen sich unter uns Ärzten nicht unbedingt gleichen, auch nicht, wenn wir an unsere Kammer denken. Die Unterschiede zwischen den geistigen Bildern finde ich interessant, bin ich doch von den Kollegen mit und aus unterschiedlichen Vorstellungen in den Vorstand gewählt worden. Kürzlich fragte ich einen mir befreundeten chirurgischen Kollegen nach seinem Bild von der Ärztekammer auf der Schützenhöhe. Seine Antwort war für mich in der Offenheit schon überraschend:

„Stelle dir vor, weil ich nach meinem täglichen Dienst niemanden in der Kammer mehr erreichen kann, muss ich nach dem Nachtdienst ausgelagt hingehen. Mich empfangen mitten am Tage Ruhe im Gebäude und Kaffeeduft, nicht etwa die erwartete Geschäftigkeit.“

Das erlebe ich, wenn ich den lästigen bürokratischen Aufforderungen nachkomme!“

Meine eigenen Bilder im Zusammenhang mit der Kammerarbeit sind gänzlich anders: Es sind positive und negative Bilder von Erlebnisepisoden, und sie sind ständig in Veränderung begriffen.

Spontan hatte ich im Beisein meines Freundes eine bis in die Stille der Nacht gehende Sitzung des Ausschus-

ses Berufsrecht vor Augen, in der acht Kollegen und zwei Mitarbeiter der Rechtsabteilung und andere Angestellte um einen Tisch herum saßen und teils kontrovers und auch emotional unter Leitung des Ausschussvorsitzenden diskutierten, was sie dem Kammer-Vorstand zu dessen 36. Tagesordnungspunkt – der Beschwerde eines Patienten gegenüber seinem behandelnden Arzt – für die nunmehr bereits dritte Entgegnung als Antwort vorschlagen, vorbereiten und empfehlen sollten. Der Ausschuss arbeitete „sich ab“ an den ständigen Eingaben eines Querulanten, wozu ihn die Vorschriften letztlich zwingen. Aber auch andere Episoden kamen mir bei den Worten meines Freundes sofort vor die Augen: zum Beispiel wurde der bitterböse seitenlange Brief einer Kollegin vorgelegt. Mit eindeutig unkollegialer, unsachlicher – ja eigentlich unverschämter – Wortwahl wurden Mitarbeiter der Kammer durch die Ärztin beschimpft. Es ging um einen Streit bezüglich der Rechtmäßigkeit bestimmter GOÄ-Abrechnungen gegenüber einem Patienten, der die Kammer um Überprüfung der Rechnung gebeten hatte. Die Patientenbeschwerde erwies sich übrigens bei der Detailprüfung als berechtigt. Oder: War es von einer Kollegin richtig und damit rechtmäßig, unter eigenen starken Kopfschmerzen und schon langem Überziehen der Sprechstundenzeit einen Patienten vom Personal abweisen zu lassen, ohne sich selbst zu überzeugen, ob ein Notfall vorlag? Es handelte sich leider um einen Notfall.

So unterschiedliche Bilder können vor unser geistiges Auge treten, wenn wir an die Kammer denken.

Nun hat sich die Kammer selbst ein „Leitbild“ gegeben!

Alle Details zu Wer, Warum und Wie können Sie unter www.slaek.de selbst nachlesen.

Wenn Sie dieses Leitbild der Kammer vor Ihren Augen lebendig werden lassen wollen, bietet es sich an, über die einzelnen Aussagen nachzudenken und dann mit den aufkommenden eigenen Bildern zu vergleichen. Gestatten Sie, dass ich nun noch auf zwei der Details, die mir aufgefallen sind, konkreter eingehe:

Der Eingangssatz des Leitbildes lautet: „Die Sächsische Landesärztekammer ist als Körperschaft öffentlichen Rechts die Berufsvertretung der Ärzte im Freistaat Sachsen. Sie ist durch das Heilberufekammergesetz legitimiert, deren berufsständische, berufspolitische und berufsrechtliche Angelegenheiten selbst zu regeln.“

Wenn Sie sich die PDF-Datei öffnen, dann finden sie als erstes drei kleine Detailaufnahmen unseres Kammergebäudes. Ich hätte als Designer eher Bilder von Menschen eingefügt, die sich mit diesem Leitbild identifizieren wollen. Und was hätten Sie getan? Nach der Kammerversammlung hat sich für mich das Bild der Selbstidentität in einem wesentlichen Detail grundsätzlich verändert:

Im Ergebnis verschiedener Diskussionen hat die Kammerversammlung nämlich mehrere Stunden das Für und Wider der Übernahme der Kreisreform in Sachsen auf die Organisationsstrukturen der ärztlichen Selbstverwaltung beraten. Das in der Gewissheit – korrelierend mit der Vorstellung und dem Selbstverständnis aus unserem Leitbild – dass wir berechtigt sind, diese unsere Angelegenheit selbst zu regeln.

Wir mussten nun aber mit Schmerzen zur Kenntnis nehmen, dass wir mit unserem Leitbildverständnis einer Illusion aufsaßen und das maßgebliche Bild anders aussieht: Unsere Rechtsaufsichtsbehörde, das zuständige Ministerium (Sächsisches Staatsministerium für Soziales) geht in seiner Auslegung von einem Bild der Rechtslage aus, dass wir die Strukturen der neuen Kreise in Sachsen übernehmen müssen.

Wir sollten unsere Vorstellungen zukünftig besser abstimmen.

Bitte helfen Sie den verantwortlichen ehrenamtlich tätigen und angestellten Personen der Kammer, das „Leitbild der Identität“ auch von denkbaren anderen Illusionen zu befreien oder auch Ihre Visionen in das Bild zu bringen, die dem ärztlichen Berufsstand und damit jedem Einzelnen dienen.

Medizin und ärztliches Ethos im Jahr 2008

Zusammenfassung

Wir sind heute mit einem hohen Maß an Unzufriedenheit von Ärzten in und mit ihrem Beruf konfrontiert, wobei vor allem die Dominanz wirtschaftlicher Aspekte, ein Übermaß an Bürokratie sowie ungenügende Aus- und Weiterbildung als Gründe aufgeführt werden. Zentrale Probleme liegen nach meiner Überzeugung in dem überhand nehmenden Ökonomismus sowie in dem Mangel an Zeit und Ruhe. Eine grundsätzliche Neubesinnung in der Medizin erscheint erforderlich, um das ärztliche Ethos zu bewahren. Die Ausbildung in medizinischer Ethik, aber auch in Gesundheitsökonomie ist zu verbessern. Vor allem aber sollten wir uns mehr Zeit und Ruhe nehmen, um uns über die grundsätzliche Motivation zu unserer ärztlichen Tätigkeit klar zu werden. Nicht zuletzt sollten wir häufiger Zivilcourage zeigen, um uns dem vorwiegend ökonomisch geprägten „Zeitgeist“ widersetzen zu können.

Es bedarf sicherlich erst einmal einer Begründung, warum es erforderlich erscheint, sich über die Medizin und speziell über das ärztliche Ethos im Jahr 2008 Gedanken zu machen, denn es ist doch auf den ersten Blick um den ärztlichen Beruf nicht wirklich schlecht bestellt:

- Der Arzt genießt nach wie vor höchstes Ansehen in unserer Gesellschaft.
- Es ist unbestrittenermaßen eine äußerst wertvolle und befriedigende Aufgabe, kranken Menschen zu helfen.
- Trotz einer gewissen Schwankungsbreite bestehen weiterhin überwiegend gute bis sehr gute Verdienstmöglichkeiten.
- Wenn auch nicht immer in der gewünschten unmittelbaren Umgebung, so existieren doch insgesamt bundesweit genügend Arbeitsplätze.
- Und letztendlich werden Ärzte auch in Zukunft immer benötigt.

Vor weiteren Ausführungen sollen nun zunächst einige Definitionen genannt werden.

Definitionen

Laut Brockhaus versteht man unter Ethos (griechisch: Gewohnheit, Sitte) die Eigen-

art der sittlichen Gesinnung eines Einzelnen oder einer Gruppe, die sich unter anderem durch die Hochschätzung bestimmter Werte auszeichnet.

Darauf aufbauend beschreibt das Berufsethos die Haltung eines Menschen in und zu seinem Beruf und stellt somit den allgemeinen Werthintergrund des beruflichen, oft aber auch des außerberuflichen Handelns und Verhaltens dar.

Das ärztliche Standesethos erfuhr seine erste Definition im Eid des Hippokrates, der seit Jahrhunderten als Richtschnur ärztlichen Handelns anerkannt ist.

Eine darauf aufbauende, aber sicherlich zeitgemäßere Version stellt die **Genfer Deklaration** des Weltärztebundes („Genfer Gelöbnis“) dar, die 1948 erstmals verabschiedet und in den folgenden Jahren (zuletzt 2006) mehrfach überarbeitet worden ist:

Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand:

Ich gelobe feierlich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen.

Ich werde meinen Lehrern die Achtung und Dankbarkeit erweisen, die ihnen gebührt.

Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben.

Die Gesundheit meines Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein.

Ich werde die mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod des Patienten hinaus wahren.

Ich werde mit allen meinen Kräften die Ehre und die edle Überlieferung des ärztlichen Berufes aufrechterhalten.

Meine Kolleginnen und Kollegen sollen meine Schwestern und Brüder sein.

Ich werde mich in meinen ärztlichen Pflichten meinem Patienten gegenüber nicht beeinflussen lassen durch Alter, Krankheit oder Behinderung, Konfession, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung oder soziale Stellung.

Ich werde jedem Menschenleben von seinem Beginn an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden. Dies alles verspreche ich feierlich, frei und auf meine Ehre.

Da man doch sicherlich davon ausgehen darf, dass jede Ärztin und jeder Arzt in unserem Lande diese Erklärung unter-

schreiben würde, stellt sich erneut die Frage, warum sich jetzt ein kritischer Beitrag bezüglich des ärztlichen Ethos anschließt.

Unzufriedenheit von Ärzten

Trotz der oben beschriebenen äußerst positiven Ausgangsbedingungen zeigt sich heute ein so hohes Maß an Unzufriedenheit von Ärzten in und mit ihrem Beruf wie wohl noch nie zuvor, wobei verschiedene Gründe aufgeführt werden:

- zu starke Ökonomisierung der Medizin
- Übermaß an Bürokratie
- zu großer Einfluss von Kostenträgern, Verwaltungen etc.
- vielfach nicht mehr adäquate Vergütung
- zu wenig Zeit für die Patienten
- ungenügende Aus- und Weiterbildung.

Die im Jahre 2007 vom Marburger Bund durchgeführte Befragung von Krankenhausärzten weist in die gleiche Richtung: 47 % der Ärzte sind mit den Arbeitsbedingungen im Krankenhaus unzufrieden. 53 % würden lieber heute als morgen im Krankenhaus aufhören. 31 % würden nicht wieder den Arztberuf wählen.

Ursachen

Ich bin trotz dieser bedrückenden Zahlen der festen Überzeugung, dass die überwiegende Mehrzahl der Ärztinnen und Ärzte im Grunde idealistisch eingestellt ist, also über ein ausgeprägtes ärztliches Standesethos im oben genannten Sinne verfügt.

Wo liegen dann aber mögliche Ursachen für die oben aufgezeichneten erschreckenden Tendenzen?

Ich möchte diesbezüglich zwei zentrale Probleme herausheben:

- der **Ökonomismus**, das heißt die Überzeugung, dass sich der Lauf der Welt grundsätzlich nach den Gesetzen der Ökonomie ausrichtet, und dies mittlerweile auch in der Medizin,
- das Problem der **Zeit**.

Ökonomische Aspekte in der Medizin

Es ist meines Erachtens derzeit der größte Fehler in unserem Gesundheitswesen, die Medizin zu einem Wirtschaftszweig entwickeln zu wollen, in dem die gleichen Regeln, Gesetzmäßigkeiten und Ziele existieren wie in allen anderen Wirtschafts- und Finanzbereichen, mit anderen Worten: auch in der Medizin den Profit und das erlösorientierte Handeln an die erste Stelle zu setzen.

Einige Beispiele aus jüngster Zeit belegen, dass die Ökonomisierung der Medizin bereits weit fortgeschritten ist:

- Zukunftsforum Gesundheitswirtschaft Berlin 24.01.2008:
 - wir glauben an die Gesundheitswirtschaft ...
 - die Gesundheitswirtschaft neu denken und leben ...
- Ankündigung der Workshop-Reihe 2008 „Der niedergelassene Arzt als Unternehmer“ einer großen deutschen Bank:
 - Workshop I: „In jeder Praxis sind noch Mäuse versteckt“.
- „Ich bitte darum, Ihre OP-Planung in verstärktem Maße erlösorientiert vorzunehmen.“ (E-Mail der Verwaltung an den Direktor einer Orthopädischen Universitätsklinik)
- Eugen Münch (Vorstandsvorsitzender der Rhön AG) 2004: „Sorge dafür, dass Ethik und Monethik übereinstimmen, dann ergibt sich eine Symphonie“. (Sollte dieses Zitat wirklich stimmen, bleibt nur die Hoffnung, dass es ironisch gemeint war.)

Wir sind heute mit der eigentlich unfassbaren Realität konfrontiert, dass die ärztliche Tätigkeit in der Gestaltung von Diagnostik und Therapie vielfach **primär**

vom daraus erwachsenden wirtschaftlichen Gewinn bestimmt oder abhängig gemacht wird.

Es handelt sich dabei keineswegs um Ausnahmeerscheinungen.

Wir registrieren in Klinik und Praxis allzu oft überflüssige diagnostische und therapeutische Maßnahmen, eine überzogene Behandlung von Befindlichkeitsstörungen und nicht zuletzt zu viele, nicht medizinisch begründbare Krankschreibungen. In Gesprächen unter niedergelassenen Ärzten stehen Scheinzahl, Punktwerte und IGeL-Leistungen oft im Vordergrund. Und auch in der Klinik ist vielfach nicht mehr von Patienten die Rede, sondern vorrangig von DRGs, Relativgewichten, Case-Mix-Index und ökonomisch vertretbarer Verweildauer.

Darüber hinaus besteht nach wie vor – trotz zunehmend wirksamer Restriktionen – eine nicht unbedeutende Einflussnahme der Industrie auf ärztliche Verhaltensweisen.

Erfreulicherweise mehren sich aber auch die Stimmen, die vor dieser verhängnisvollen Entwicklung **warnen**:

Wolfgang Kersting, Philosoph an der Christian-Albrecht-Universität in Kiel, mahnt im Jahre 2007:

„Der Ökonomismus unserer Zeit verwandelt uns in einen Homo oeconomicus, der bei seiner Interessenverfolgung durch keinerlei moralische Überlegungen abgelenkt wird“.

Aus einer bundesweit versandten E-Mail des niedergelassenen Allgemeinarztes Dr. Jan Erik Döllein Anfang 2008 möchte ich zitieren:

„Ärztliche Standestradiationen werden dem reinen Streben nach Ertrag geopfert. Medizinische Verantwortung wird nicht mehr in der Hand von Ärzten, sondern von Konzernen liegen“.

Und aus der bemerkenswerten Eröffnungsrede des Präsidenten Prof. Dr. Hasenpflug anlässlich des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie im Oktober 2007 in Berlin sollen folgende Feststellungen herausgegriffen werden:

- Ärzte sind nicht mehr Hauptakteure im Gesundheitswesen.
- Ärzte sollen Unternehmer werden.
- Der Primat des Patientennutzens ist gefährdet.
- Das Gesundheitswesen darf nicht primär finanzwirtschaftlich ausgerichtet werden.

Nach diesen Anmerkungen zu ökonomischen Aspekten in der Medizin möchte ich – um Missverständnissen vorzubeugen – folgende **Zwischenbemerkungen** machen:

- Selbstverständlich dürfen und müssen heute ökonomische Überlegungen in der Medizin ihren Platz haben.
- Auch die Medizin lebt heute in einer Welt der Ressourcenknappheit und die Ärzte müssen mit dieser Entwicklung umgehen können.
- Ökonomische Aspekte dürfen aber bei der Betreuung der uns anvertrauten Patienten niemals an erster Stelle stehen.
- Hauptmotiv unseres ärztlichen Handelns sollte immer die Sorge und das Bemühen sein, dem kranken Menschen in angemessener Weise zu helfen.

Das Problem der Zeit

Dieser Aspekt mag viele in diesem Zusammenhang überraschen, dennoch liegt hier vielleicht sogar das wesentliche Problem. Nach meinem Eindruck haben wir (besser gesagt: nehmen wir uns) zu wenig Zeit und Ruhe zum Nachdenken.

Zeit, um uns über die grundsätzliche Motivation zu unserer ärztlichen Tätigkeit klar zu werden.

Zeit für Gespräche mit Kollegen und Freunden, die uns vielleicht die Augen öffnen für wichtige Bereiche unseres Lebens, die in der Ausgefülltheit und vielfach hektik des Alltags allzu oft untergehen oder an den Rand gedrängt werden. Wir sollten uns auch mehr Zeit nehmen für Gespräche mit unseren Patienten, und zwar nicht nur vor dem Hintergrund der Diagnostik und Therapie, sondern auch um uns manchmal ein wenig mehr in sie hineinzusetzen.

Dies würde sicherlich auch dazu beitragen, dass wir unsere ärztliche Tätigkeit nicht nur im medizinisch-handwerklichen Sinne verstehen, sondern dass wir durch menschliche Anteilnahme und Einfühlungsvermögen unsere Patienten in ihrer ganzen Persönlichkeit und Betroffenheit wahrnehmen.

Ich bin mir sicher, dass auch wir Ärzte so wieder zu einem tiefen und befriedigenden Selbstverständnis unserer ärztlichen Tätigkeit gelangen könnten.

Beispielhaft möchte ich die Erfahrung mit einem 80-jährigen Patienten (Arztkollege) anführen, der nach einer Endoprothesenimplantation mit nachfolgender Infektion

und vielfältigen internistischen Komplikationen nach Monaten schließlich die Klinik an zwei Unterarmstützen verließ, ohne Gelenk und mit einem um 4 cm verkürzten Bein.

Tägliche Verbandswechsel, Antibiotogramme, Dauerkatheter, Wundrevisionen, Dekubitus und mühselige Immobilisationsversuche prägten den täglichen Kontakt mit ihm, und so waren wir alle voller Erleichterung, ihn nach langer Zeit einigermmaßen gehfähig nach Hause entlassen zu können.

Wenig später übersandte er mir das folgende Gedicht, welches schmerzlich vor Augen führte, wie unzureichend wir unseren Patienten als Menschen mit all seinen Sorgen und Ängsten gesehen haben.

Beinahe 80 – und ein bisschen weise

*Die Hüfte fehlt. Sie ist mir nicht
geblieben.*

*Ich kann kaum laufen, nur mit Bänken
oder Krücke.*

*Da soll man noch das ganze Leben
lieben.*

*So zeigt das Schicksal seine ganze Tücke.
Fünf Monate im Krankenhaus sind viel.
Sie waren keineswegs mein Lebensziel.
Noch wollt ich schaffen, meine Frau
verwöhnen.*

*Nach Feierabend mit den andren klönen.
Dazu auch reisen, andere Länder sehen.
Nicht nur mit Krücken durch die
Wohnung gehen.*

*Das ist vorbei. Was werde ich noch
schaffen?*

*Autistisch, undiszipliniert ist jetzt mein
Denken.*

*Mög' mir doch Gott die rechte Richtung
schenken.*

*Fürs Weiterleben. Und Zufriedenheit
für meine weitere Lebenszeit.*

*Mit meiner Frau, die mich hegt und
betreut.*

Gott hilf mir, dass sie's nicht bereut.

Lösungsvorschläge

Es mag vermessen erscheinen, an dieser Stelle Lösungsvorschläge unterbreiten zu wollen, wo sich doch viel Berufenere mit großer Sachkenntnis dieser Thematik widmen.

Auf der anderen Seite sollte eine Kritik stets auch konstruktiv sein, und so möchte ich **fünf Aspekte** oder Maßnahmen

herausheben, die nach meiner Überzeugung geeignet und darüber hinaus auch dringend geboten wären, um unsere ärztliche Tätigkeit wieder zu ihrem zutiefst idealistischen Ursprung zurückzuführen:

1. Es ist eine grundsätzliche **Neubesinnung** in der Medizin erforderlich, die nicht primär mit ökonomischen Lösungsansätzen, sondern mit Überlegungen zur Ethik in der Medizin beginnt.

Dies gilt in erster Linie für uns Ärzte als die in der Medizin hauptverantwortlichen Handlungspersonen, es sollte aber auch gleichermaßen Richtschnur werden für die nichtärztlichen Leistungsträger, die für eine erfolgreiche und gute Medizin ebenso unverzichtbar sind, also beispielsweise die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Bereich der Pflege, der medizinischen Assistenzberufe und nicht zuletzt auch der Verwaltungen.

2. Wir benötigen eine Verbesserung der ärztlichen Ausbildung in **medizinischer Ethik**, die gleichberechtigtes Hauptfach in der studentischen Lehre werden sollte. Diesbezüglich sind vielerorts hoffnungsvolle Ansätze zu erkennen.

3. Wir benötigen aber auch eine Verbesserung der Ausbildung in **Gesundheitsökonomie**, wobei dies nicht im Widerspruch zu den oben genannten kritischen Äußerungen zur Ökonomisierung in der Medizin steht.

Ich möchte hierzu die Aussage eines Marketing-Beraters zitieren, die wunderbar prägnant lautet:

„Mediziner sollten gerade soviel von Ökonomie verstehen, dass sie mit den hauptverantwortlichen Kaufleuten mitreden können und nicht von ihnen dominiert werden.“

Dieser Satz besitzt meines Erachtens im Übrigen auch in umgekehrter Form Gültigkeit.

4. Wir sollten uns mehr **Zeit und Ruhe** nehmen, um uns über das für uns richtige ärztliche Handeln klar zu werden.

Der Hinweis auf mangelnde Zeit darf eigentlich nicht gelten, denn die Zeit ist für uns da und sollte von uns genutzt werden.

Gerade in einer Zeit der extremen (und wohl noch zunehmenden) Reiz- und Informationsüberflutung brauchen wir mehr denn je die nötige Zeit und Ruhe, das für uns Wesentliche zu erkennen und herauszufinden.

5. Wir sollten häufiger **Zivilcourage** zeigen, um das ärztliche Ethos bewahren zu helfen.

Gegebenenfalls müssen wir hierbei auch einmal oder sogar mehrmals gegen den Strom schwimmen, aber dies ist heute im Vergleich zu vergangenen Zeiten Beileibe doch ohne wirklich existentielles Risiko möglich.

Wir sollten uns mit vereinten Kräften dem vorwiegend ökonomisch geprägten „Zeitgeist“ widersetzen, der letztlich doch auch nur von Menschen bestimmt wird.

Konsequenz und Standfestigkeit im eigenen (nur scheinbar kleinen) Umfeld mag vielleicht wenig spektakulär erscheinen, ist aber wohl auf Dauer der richtige und erfolgversprechende Weg.

Und im Übrigen gibt es mehr Gleichgesinnte als man denkt, die froh wären, wenn sie sich auf einfache und ehrliche Verhaltensweisen besinnen könnten, und die vielleicht nur auf einen kleinen Anstoß von außen warten.

Schlussbemerkung

Der Arzt Doz. Dr. med. habil. Gottfried Hempel hat im Januar 2008 im „Ärztblatt Sachsen“ einen Beitrag mit dem Titel „Ethik im Würgegriff der Ökonomie“ verfasst, und ich möchte abschließend hieraus die folgenden Sätze zitieren, die in ihrer Klarheit ein eindringliches Plädoyer für die Bewahrung des ärztlichen Ethos darstellen:

- Die Medizin muss menschlich sein oder sie wird nicht mehr sein.
- Nicht das Gebot des Marktes, sondern das der Nächstenliebe soll in der Medizin bestimmend sein.
- Wir sind Ärzte und keine Gesundheitshändler.
- Die Kranken sind keine Kunden, sondern Leidende an Körper und Seele, denen wir keine Geschäfte antragen, sondern mit unserer Wissenschaft und Kunst Heilung oder wenigstens Linderung verschaffen wollen.

Prof. Dr. med. habil.
Georg Freiherr von Salis-Soglio
Direktor der Orthopädischen Klinik und
Poliklinik
Universitätsklinikum Leipzig
Liebigstraße 20
04103 Leipzig

Indikation und Patientenwille

Der Gesprächskreis Ethik befasst sich mit Fragen zur Beziehung von Indikationsstellung und Patientenwillen.

In Zusammenhang mit Diskussionen in der Öffentlichkeit zum Thema Indikationen von Magensonden bei Sterbenden und schwerst Demenzkranken hat sich der Ethikgesprächskreis unserer Kammer des Themas angenommen und Thesen zu „Indikation und Patientenwille“ formuliert, die nachfolgend veröffentlicht und zur Diskussion gestellt werden.

Der Gesprächskreis Ethik – nicht zu verwechseln mit der Ethikkommission, die andere Aufgaben zu erledigen hat – wünscht sich einen Diskurs mit Ärztinnen und Ärzten zu Problemen, die sich aus dem ärztlichen Alltag ergeben und gegebenenfalls der ethischen Durchdringung bedürfen. Zu Fragen in Zusammenhang mit dem Phänomen einer zunehmenden Indikationsstellung von Magensonden (es sollen in der Bundesrepublik etwa 140.000 Ernährungssonden jährlich gelegt werden) findet im Frühjahr 2009 eine öffentliche Sitzung des Gesprächskreises statt, zu der ein kompetenter Referent eingeladen wurde und in der einer größeren ärztlichen Öffentlichkeit das Problem näher gebracht werden soll. Wir werden unsere Kolleginnen und Kollegen zu gegebener Zeit näher informieren.

Im Lichte einer Diskussion auf der politischen Ebene zum Patientenverfügungsgesetz und der Tatsache, dass das Rollenverständnis des Arztes und die Selbstverständnisse der Patienten einem stetigen Wandel unterliegen, sind Auseinandersetzungen mit diesen Phänomenen ein Grundanliegen der Ärzteschaft. Der Ethikgesprächskreis der Sächsischen Landesärztekammer möchte hier hilfreich mitwirken.

Thesen zum Thema „Indikation und Patientenwille“

1. „Indikation“ oder „Anzeige“ ist die aus der ärztlichen Diagnostik sich ergebende Veranlassung, ein bestimmtes Heilverfahren in Anwendung zu bringen. Die Indikation umfasst damit alle intellektuellen Prozesse zwischen Wahrnehmung differentialdiagnostischer Erwägung und Bewertung der Situation des Patienten einerseits und den daraus resultierenden Behandlungsangeboten und -notwendigkeiten.

2. Ein wesentlicher Aspekt der Bewertung der Behandlungsbedürfnisse durch den Arzt (in begrenzten Feldern durch andere Heil- und Hilfsberufe) ist ein Krankheitsbegriff, der sich unterschiedlichen Ebenen der menschlichen Existenz zuwenden und dieselben in eine komplexe Betrachtung des Patientenproblems einbeziehen muss. Dieser Krankheitsbegriff hat die biologischen (somatischen), die psychologischen und die sozialen Aspekte des individuellen Gesundheitsproblems einzubeziehen. Dabei kann wirksames Handeln auf allen genannten Daseinsebenen des Menschen möglich und erforderlich sein (biologisch durch körperliche Eingriffe, Pharmakotherapie etc.), psychologisches durch psychotherapeutische Maßnahmen und soziales durch Eingriffe in sozialkontextuelle Bedingungen (zum Beispiel Ehepaartherapie oder Schonplatzregelungen und vieles anderes mehr).

3. Der Arzt trifft die Entscheidung zur Indikation. Für die sich daraus ergebenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen ist der Wille des Patienten – seine Autonomie, die Einsichtsfähigkeit einschließt – von großer Bedeutung. Das Arzt-Patient-Verhältnis ist zwar im Allgemeinen bestimmt durch Sachkenntnis auf der einen Seite und durch Leidenserfahrung auf der anderen Seite. Diese Leidenserfahrung macht den mit Alltagskompetenz versehenen Patienten zu einem gleichberechtigten und in letzter Entscheidung selbst verantwortlichen Partner des Arztes. Ärztli-

ches Handeln geschieht in der Regel mit dem Einverständnis des Patienten.

4. Spezielle Situationen, in denen der Patient seiner Handlungsfähigkeit beraubt ist, erfordern eine einspringende fürsorgliche Aktivität des Arztes. Diese Situationen können juristisch, aber auch ethisch unproblematisch sein, etwa in der Notfallsituation eines bewusstlosen Patienten, in der die Situationsbereinigung allein durch die Fachkompetenz des Arztes nach bestem Wissen und Gewissen erfolgen kann.

5. Höchster ethischer Durchdringung bedürfen aber Situationen besonders in Lebensendphasen, wenn das für erforderlich angesehene Handeln nicht mehr vom Patienten selbst bestimmt werden kann, wenn er einwilligungsunfähig ist und ein Ersatz für die fehlende Einwilligungsfähigkeit in Form eines gesetzlichen Vertreters (zum Beispiel bei Minderjährigen), eines gesetzlichen Betreuers, einer Bevollmächtigung oder einer Patientenverfügung nicht vorliegt. Bleibt im Notfall für die Bestellung eines gesetzlichen Betreuers keine Zeit, müssen gegebenenfalls andere Rechtfertigungsgründe des Handelns herangezogen werden, zum Beispiel die mutmaßliche Einwilligung des Betroffenen.

6. Die vermutlich komplizierteste und mit hoher Ambivalenz versehene Situation ergibt sich, wenn es um die Fragen der Beendigung von lebensverlängernden Maßnahmen (Beatmungsgeräte, Sondenernährung) geht. Bei diesen Konstellationen sind nicht nur die von entscheidungswilligen Angehörigen oder durch eine Patientenverfügung gegebenen Handlungsalternativen maßgeblich, sondern auch die aus der inneren Auseinandersetzung des handelnden Arztes mit dem Problem resultierenden Entscheidungen. Es muss eben auch einer da sein, der am Ende die Geräte ausschaltet.

Entscheidungen dieser Art können durch Teamberatungen befördert werden, liegen aber letztlich allein in

der Beurteilung des verantwortlich Handelnden. Auch institutionelle Strukturen – wie manchmal gefordert – können im Einzelfall nicht weiterhelfen. Das Prinzip der Patientenautonomie muss bei ethischen Erwägungen deshalb besonders hervorgehoben werden, weil der Arztberuf historisch eher paternalistisch geprägt war und weil die deutsche Medizingeschichte durch verbrecherischen Umgang mit sogenanntem „unwerten Leben“ zu besonderer Sensibilität im Umgang mit diesen Fragen verpflichtet.

7. Ein spezielles Kapitel der Beziehung von Indikation und Patientenwille ist die zunehmend zu beobachtende Tendenz, Indikationen zu stellen, die eindeutig wirtschaftlich motiviert sind. Ein ethisch bedenkliches Kapitel sind hierbei viele sogenannte IGEL-Leistungen, die – nicht von der Solidargemeinschaft getragen – dem verordnenden Arzt sofortigen wirtschaftlichen Vorteil bringen. Die Bedenklichkeit geht dabei in verschiedene Richtungen:

- Manche dieser Behandlungsangebote sind irrational und in keiner Weise studiengesichert – sie zu verordnen, bedeutet eigentlich, dem Patienten in seiner Heilserwartung Sand in die Augen zu streuen; selbst wenn man bedenkt, dass durch Placebowirkung und Wirkung der Arztpersönlichkeit Effekte eintreten; zumindest sollte der Arzt den mündigen Patienten über die Möglichkeit der Unmöglichkeit nicht im Unklaren lassen.
- Besonders sorgfältiger Erwägung über das eigene Handeln und den Patientenwillen bedürfen ästhetisch-chirurgische Eingriffe, wenn sie nicht nahe an medizinischer Indikation liegen und verstiegenen Ansprüchen einer von den Medien verbogenen Population genüge leisten sollen. Hier sollten merkantile Interessen nicht die Unsinnigkeit von „Pseudopatienten-Wünschen“ überwuchern. Der Arzt darf nicht „Wunscherfüller“ nach dem Kundenprinzip werden (Dörner 2001). Der „Patient als Kunde“ entspringt einer unternehmensberaterischen Sicht der Arzt-Patienten-

tenbeziehung – sie trifft die Begegnung von Arzt und Patient nur marginal. Das heißt aber auch, dass sich ein Arzt konsequent gegen einen Patientenwunsch stellen kann und in bestimmten Situationen sogar stellen muss (Tötung auf Verlangen – Brustvergrößerung aus Typberatungsgründen, Wunschsectio und vieles anderes mehr).

8. Arztethisch höchst problematisch, aber wirtschaftsethisch zumindest diskussionswürdig, sind die vielfältigen Fragen, die sich aus der bestehenden – wenngleich von der Gesundheitspolitik heruntergespielt – Rationierung medizinischer Leistungen ergeben. Kann zum Beispiel das Alter ein Faktor von Therapieentscheidungen sein? Die Argumente in der Arztethik-Literatur gehen überwiegend davon aus, dass Alter allein kein Kriterium für Entscheidungen gegen eine Therapie sein kann – auch im Sinne der in These 2 vertretenen Ansicht, von den unterschiedlichen Ebenen des Zugangs zu einem Krankheitsproblem.

Ganz allgemein kann festgestellt werden, dass die unter dem Druck von Wirtschaftlichkeitserwägungen zu treffenden ärztlichen und pflegerischen Entscheidungen zur Sparsamkeit, zum Unterlassen von Maßnahmen, der ärztlichen Ethik fremd sind (Disler 2008), wenngleich wirtschaftlicher Umgang mit den Ressourcen zur ärztlichen Grundhaltung gehören sollte.

9. Ärztliche Indikationsstellung – von deren Exaktheit ein Krankheitsverlauf ganz entschieden beeinflusst werden kann – ist ein dialogischer Prozess in den neben ärztlichem Fachverstand, Patientensichten (die je einmaligen Erfahrungen des Patienten mit seiner Krankheit hat den Psychotherapeuten Balint zu der Formulierung geführt, der Patient sei sein bester Facharzt), gesellschaftlicher Konsens und ethische Grundsätze einfließen. Um auf diesem Felde ärztlichen Tuns bestehen zu können, müssen personelle Qualitäten erfüllt sein, die leider in der Ausbildung und Weiterbildung sträflich vernachlässigt werden: Philosophische Grundkenntnisse, Ausbildung im ethischen Diskurs, gesprächstherapeutische Techniken, Empathietraining, Selbsterfahrung und Einsicht in metakommunikative Prozesse.

10. Eine innergesellschaftliche Wertediskussion und gegebenenfalls gesundheitspolitische Vorgaben müssen erreichen, dass Grauzonen auf diesen sensiblen Feldern so klein wie möglich gehalten werden. Zu bedenken ist dabei auch, dass es eine Verpflichtung des Patienten zu Compliance, Auskunftsbereitschaft, Risikovermeidung und eventuell auch Kostenbeteiligung geben muss. In gewisser Weise muss einer Ethik des Arztes auch eine Patientenethik gegenüberstehen.

Für den Gesprächskreis Ethik

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

Krankenhausfinanzierung ab 2009

Wir brauchen ein Aktionsbündnis „Rettung der Krankenhäuser“!

Die Krankenhausfinanzierung ab 2009 (Ende der Konvergenzphase) ist eines der beherrschenden Themen der aktuellen Gesundheitspolitik. Nachdem die Bund-Länder-Verhandlungen vom 2. bis 3. 7. 2008 in Plön über die Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung gescheitert sind, ist ein nachhaltiges Konzept für die Finanzierung der Krankenhäuser nicht in Sicht. Die Bundesärztekammer hat mit ihrem Positionspapier frühzeitig auf das Eckpunktepapier des Bundesgesundheitsministeriums reagiert und die Position der Ärzte zu den dargestellten Problemen und den tatsächlichen Defiziten dargelegt. Wenn die Kliniken nicht endlich auf eine tragfähige Refinanzierung ihrer Kosten vertrauen können, ist die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung mit Krankenhausleistungen massiv gefährdet. Der 111. Deutsche Ärztetag in Ulm und die Sächsische Landesärztekammer haben auch die Forderung aufgestellt, die Krankenhausfinanzierung im Interesse einer flächendeckenden

und qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung auf eine solide, zukunftsfähige Grundlage zu stellen. Von 1936 bis 1972 wurden die Krankenhäuser in Deutschland (West-) allein durch die gesetzlichen Krankenkassen finanziert. Folge war ein desolater Zustand der Krankenhäuser, der den Gesetzgeber veranlasste, das KHG (Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze) zu verabschieden. Mit der Einführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) vom 29. Juni 1972 unterliegen deutsche Krankenhäuser der dualen Finanzierung. Ziel der KH-Finanzierung und des KHG ist gemäß § 1 KHG die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser zur bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung, mit leistungsfähigen und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu sozial tragbaren Pflegesätzen unter Beachtung der Trägervielfalt. Charakteristisch für die duale Finanzierung ist die – Trennung der Kosten in Investitionskosten, die durch die Bundesländer aufgebracht werden und – Kosten, die von den Versicherten (bzw. deren Krankenkassen) zu tragen sind. Basis der Investitionsfinanzierung ist der jeweilige Kranken-

hausplan des Bundeslandes. Zusammen mit den aufgestellten Investitionsprogrammen sichern diese die Finanzierung der Investitionskosten von Krankenhäusern. Die Betriebskosten der Krankenhäuser werden von den Patienten (oder deren Krankenkassen) durch Erlöse aus Pflegesätzen (nach dem Fallpauschalengesetz durch Diagnosis Related Groups – DRGs) getragen.

In den neuen Bundesländern musste die Investitionsfinanzierung nach der Wiedervereinigung grundsätzlich neu geregelt werden, da die Bausubstanz der 1945 übernommenen Krankenhäuser praktisch aufgebraucht war! Nur ganz vereinzelt gab es Neubauten. In der Regel wurden Reparaturen nur bei Gefährdung des Weiterbetriebs durchgeführt („Zuweisung von Handwerksbilanzen“) und moderne Medizintechnik war Mangelware. 1992 wurde im Zuge des Gesundheitsstrukturgesetzes ein gemeinsam und paritätisch von Bund, neuen Bundesländern (einschließlich Berlin) und GKV zu finanzierendes Investitionsprogramm gesetzlich verankert. Dieses beinhaltet ein Gesamtfinanzierungsvolumen von 21 Mrd. DM (1994 bis 2004 bzw. 2014).

In Sachsen konnte so auch unter Einsatz von Mitteln aus dem Solidarpakt eine leistungsfähige Krankenhauslandschaft aufgebaut werden.

Inzwischen ist allerdings festzustellen, dass sich die wirtschaftliche Lage vieler Krankenhäuser in den letzten Jahren trotz intensiver Bemühungen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit nachweislich deutlich verschlechtert hat, da die Potentiale ausgeschöpft sind und die duale Finanzierung der Krankenhäuser in beiden Finanzströmen unzureichend ist:

- Eine ausreichende Refinanzierung der laufenden Kosten durch die jahrelange Budgetdeckelung erfolgt nicht.
- Die Investitionsförderung vor allem in den alten Bundesländern entspricht schon lange nicht mehr der im KHG §9 geforderten Notwendigkeit.

Daten und Fakten:

- Am 31. Dezember 2006 gab es im Freistaat Sachsen 82 Krankenhäuser, drei weniger als im Vorjahr.
- Im Jahresdurchschnitt 2006 standen insgesamt 26.883 Krankenhausbetten zur Verfügung, das waren 718 aufgestellte Betten weniger als im Vorjahr.
- Für die Versorgung von jeweils 100.000 Einwohnern in Sachsen standen durchschnittlich 631 Betten zur Verfügung, 13 Betten weniger als 2005. Damit liegt Sachsen über dem Bundesdurchschnitt von 620 Betten je 100.000 Einwohner.
- 38 Krankenhäuser befanden sich in der Trägerschaft der öffentlichen Hand (davon hatten 16 Häuser einen öffentlich-rechtlichen Träger und 22 einen privatrechtlichen Träger), 16 hatten einen freigemeinnützigen Träger und 28 Krankenhäuser wurden privat geführt.
- Ausgaben 2006 für Personal, Sachmittel, Zinsen und Steuern sowie Ausbildungsstätten 3,1 Milliarden Euro.
- Erhöhung der Brutto-Gesamtkosten in den Krankenhäusern auf rund 101 Millionen € bzw. 3,3 Prozent im Vergleich zum Jahr 2005.
- Kosten pro Behandlungsfall stiegen 2006 um 3,2 Prozent auf durchschnittlich 3.384 Euro.
- Kosten je Berechnungs- und Belegungstag stiegen im gleichen Zeitraum um 6 Prozent auf rund 400 Euro.
- Kosten je behandelten Patienten lagen im Bundesdurchschnitt bei 3.932 Euro; die Kosten je Berechnungs- und Belegungstag bei durchschnittlich 465 Euro.

Quelle: Statistisches Landesamt

Zu fordern ist:

- Die ausreichende Abbildung aller Kosten (dazu gehört insbesondere die ärztliche Aus- und Weiterbildung) in den DRG's mit automatischer Anpassung von Tarifveränderungen und allgemeiner Preisentwicklung (zum Beispiel Energiekosten).
- Zusätzliche Finanzierung von Leistungszuwächsen infolge Morbidität sowie Mehraufwand des medizinischen Fortschritts.
- Der staatliche Sicherstellungsauftrag ist nicht aufzugeben, die Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung muss in der Verantwortung der Länder bleiben. Denn zu den Kernaufgaben eines modernen Sozialstaates zählt der Aufbau und Erhalt einer leistungsfähigen Krankenhausstruktur. Den Bürgerinnen und Bürgern sollen in alle Landesteilen zeitgemäße, medizinisch hochwertige Einrichtungen in zumutbarer Entfernung zur Verfügung stehen. Die Kompetenz für die Krankenhausplanung liegt aus guten Gründen bei den Ländern. Nur der Staat garantiert Unparteilichkeit und Objektivität. Er ist dem Gemeinwohl verpflichtet und verfolgt keine anderweitigen Ziele. Eine ausreichende Krankenhausversorgung ist eine öffentliche Aufgabe. Sie folgt aus der Verantwortung des Staates für die Daseinsvorsorge, die im Sozialstaatsprinzip des Grundgesetzes verankert ist.
- Die vom BMG angestrebte Einschränkung des Kontrahierungszwangs auf bestimmte Leistungskomplexe durch Einzelverträge führt zu einem reinen Preiswettbewerb und ist deshalb abzulehnen. Freigabe der Preise nach unten (Rabattierung) durch Einzelverträge stärkt die Marktmacht der Kassen, würde aber eine Verschlechterung der Versorgungs- und Behandlungsqualität zur Folge haben und für die Patienten erhebliche Einschränkungen des Grundsatzes der freien Kranken-

hauswahl bedeuten. Darüber hinaus gefährdet sie aus ökonomischer Sicht erheblich die Aufrechterhaltung der Notfallversorgung durch ein Krankenhaus ohne Erbringung elektiver Leistungen.

- Zur nachhaltigen wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser ist die Investitionsförderung nach § 9 Absatz 5 KHG so zu gestalten, dass sie die notwendigen Investitionskosten der Krankenhäuser trägt.
- Der 111. Deutsche Ärztetag hat erneut die Durchführung einer entsprechenden zeitnahen Auswertung für die schrittweise Einführung eines Bundesbasisfallwertes gefordert. Eine gemäß Krankenhausfinanzierungsgesetz vorgesehene Begleitforschung steht noch aus.

Die auf Bundesebene versuchte Neuregelung der Krankenhausfinanzierung mit Einengung der Kompetenz der Länder und Stärkung der Position der Krankenkassen durch Einführung eines monistischen Systems, mehr Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern durch Einzelverträge mit den Krankenkassen und Einführung eines Bundesbasisfallwertes ohne eingehende Datenauswertung der vorgesehenen Begleitforschung löst keines dieser Probleme. Solange das BMG diesen Erfordernissen nicht Rechnung trägt, ist ein Aktionsbündnis „Rettung der Krankenhäuser“ erforderlich. Eine **Großdemonstration des Aktionsbündnisses findet am 25. September 2008 in Berlin** statt. Sie sollte von jedem Arzt unterstützt werden, um die befürchteten Einbrüche in der Krankenhausversorgung unserer Patienten zu verhindern!

Dr. med. Eberhard Huschke
Vorsitzender des Ausschusses Krankenhaus
der Sächsischen Landesärztekammer

Vergütung von Abschlussgesprächen

In dem im „Ärzteblatt Sachsen, Heft 8/2008, veröffentlichten Artikel über das Abschlussgespräch für Rettungsassistenten schreibt der Ausschussvorsitzende Notfall- und Katastrophenmedizin, „zu kritisieren ist lediglich, dass es noch immer nicht vorgesehen ist, die verantwortliche Tätigkeit der Prüfer zu vergüten“.

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales weist darauf hin, dass für die Abnahme des Abschlussgespräches im Rahmen der praktischen Tätigkeit der Rettungsassistenten eine Vergütung in Höhe von 12,00 € je Prüfling gewährt werden kann. Anfallende Fahrtkosten können auf der Grundlage des Sächsischen Reisekostengesetzes erstattet werden. Voraussetzung für die Gewährung der Vergütung ist, dass die Abnahme des Abschlussgespräches im Rahmen einer Nebentätigkeit erfolgt. Die Vergütung ist bei der Landesdirektion zu beantragen, die den Notarzt für die Abnahme des Abschlussgespräches beauftragt hat.

Jürgen Hommel
Referatsleiter
Sächsisches Staatsministerium für Soziales

Das Gewebegesetz – ein „last-minute“-Gesetz?

Wohl selten hat ein Fachgesetz so viel Aufsehen erregt wie das am 1. August 2007 in Kraft getretene Gewebegesetz.

Anlass für das umstrittene Gesetzgebungsvorhaben war die Umsetzung der sogenannten „Geweberichtlinie“ 2004/23/EG, die das Europäische Parlament und der Rat der Europäischen Union am 31. März 2004 zur Festlegung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Spende, Beschaffung, Testung, Verarbeitung, Konservierung, Lagerung und Verteilung von menschlichen Geweben und Zellen erlassen hatten. Die Geweberichtlinie hätte eigentlich bis zum 7. April 2006 in deutsches Recht umgesetzt sein müssen. In Deutschland wurde der Umsetzungsprozess jedoch erst zwei Jahre nach Veröffentlichung der Geweberichtlinie kurz vor Ablauf der Umsetzungsfrist sozusagen „last-minute“ eingeleitet. Der durch diese Verzögerung entstandene Zeitdruck kann angesichts des komplexen Richtlinieninhalts nur als inadäquat gewertet werden.

Kernpunkte der Kritik an dem als Artikelgesetz mit Änderungen insbesondere im Arzneimittelgesetz (AMG), Transplantationsgesetz (TPG) und Transfusionsgesetz (TFG) konzipierten Entwurf betrafen zum einen die arzneimittelrechtliche Ausrichtung der Umsetzung, speziell auch im Bereich der Fortpflanzungsmedizin, zum anderen die unzureichenden Regelungen der Schnittstellen zur Organtransplantation und damit zum Transplantationsgesetz, insbesondere im Hinblick auf eine drohende Kommerzialisierung der Gewebemedizin (vergleiche unter anderem Stellungnahme der Bundesärztekammer vom 24. 1. 2007). Neben den betroffenen Fachkreisen kritisierte auch der Bundesrat unter inhaltlich maßgeblicher Mitinitiative des Freistaates Sachsen den Regierungsentwurf und empfahl, „den Gesetzesentwurf zur Umsetzung der Geweberichtlinie im weiteren Gesetzgebungsverfahren grundlegend zu

überarbeiten, insbesondere auch mit dem Ziel eines eigenständigen Gesetzes außerhalb arzneimittelrechtlicher Vorschriften“ (vgl. BT-Drs. 543/06 (B)). Nicht zuletzt unter dem Eindruck der weitgehend übereinstimmenden Darstellung zu den Fragen und Problemen durch die betroffenen Fachkreise während der Anhörung vor dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages am 7. März 2007 wurden in letzter Minute wesentliche Nachbesserungen am Regierungsentwurf durch Intervention einzelner Bundestagsabgeordneter vorgenommen. Das überarbeitete Gewebegesetz ist am 1. August 2007 in Kraft getreten. Zur Umsetzung der Durchführungsrichtlinien 2006/17/EG und 2006/86/EG zur Geweberichtlinie 2004/23/EG sind mittlerweile zwei Verordnungen, nämlich die Änderungsverordnung zur Arzneimittel- und Wirkstoffherstellungsverordnung (AMWHV) sowie die sog. TPG-Gewebe-Verordnung nach § 16a TPG in Kraft getreten. Im Folgenden sollen die aus Sicht der Ärzteschaft wesentlichen Regelungen des Gewebegesetzes skizziert und – wo möglich – bewertet werden:

Bis zum Schluss haben sich neben den Bundesländern und den betroffenen Fachkreisen insbesondere die Landesärztekammern und die Bundesärztekammer für eine praxisnahe und sachadäquate Umsetzung der Geweberichtlinie eingesetzt. Dieses große Engagement der Ärzteschaft ist nicht zuletzt durch die Aufgabenzuweisung im TPG begründet; die Bundesärztekammer als Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammern ist demnach gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen (bzw. dem Spitzenverband Bund) Auftraggeber gemäß der Verträge mit der Deutschen Stiftung Organtransplantation als Koordinierungsstelle und der Stiftung Eurotransplant als Vermittlungsstelle. Darüber hinaus stellt die Bundesärztekammer gemäß § 16 TPG den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft bei Organen, unter anderem zur Aufnahme auf die Warteliste und zur Organalloka-

tion, in Richtlinien fest. Auch hat die Bundesärztekammer in der Vergangenheit diverse Richtlinien für die Gewebemedizin erarbeitet, die in der Fachwelt auf positive Resonanz gestoßen sind.

Vor diesem Hintergrund ist verständlich, dass bei der Umsetzung der Geweberichtlinie insbesondere die Regelungen an der Schnittstelle von Organtransplantation und Gewebemedizin im Fokus der Ärzteschaft lagen. Durch das Gewebegesetz entfällt nun die bisherige Subsumierung „menschlicher Organe, Organteile oder Gewebe“ gemäß § 1 Abs. 1 Satz 1 TPG alter Fassung unter dem Oberbegriff „Organe“. Stattdessen wird nun zwischen Organen gemäß § 1a Nr. 1 TPG und Gewebe gemäß § 1a Nr. 4 TPG differenziert. Dadurch wurde eine regelungssystematische Schnittstelle zwischen der Gewebemedizin und der Organtransplantation geschaffen.

Allerdings werden durch das Gewebegesetz wesentliche Fragen und Probleme an der Schnittstelle zwischen der Gewebemedizin und der Organtransplantation keiner klaren und praktikablen Regelung zugeführt. So ist beispielsweise der Prozess der Organspende gesetzlich geregelt, die Zuständigkeiten bei der Gewebespende wurden hingegen weitgehend ungeregelt gelassen. Insbesondere das Nebeneinander von altruistischer Organspende und einer unter bestimmten Umständen kommerzialisierbaren Gewebemedizin tragen zur Verunsicherung in der Praxis bei. Strittig ist beispielsweise, über welche Details der Verwendung und der möglichen Kommerzialisierbarkeit ein potentieller Gewebespende- oder dessen Angehörige aufzuklären sind.

Die Gewebeentnahme bei postmortalen Organspendern ist – gemessen an der Gesamtzahl von Gewebeentnahmen – zwar von untergeordneter Bedeutung. Allerdings zeigt sich bei näherer Betrachtung, dass bestimmte Gewebe wie Leberzellen nur von hirntoten Spendern gewonnen werden können; andere Gewebe wie

Augenhornhäute sind durch die bei Organspendern durchgeführte HLA-Typisierungen medizinisch von großer Bedeutung. Nicht zuletzt durch die vielen Parallelitäten der Organ- und der Gewebespende könnte ein negatives Image der Gewebespende in der Bevölkerung einen direkten Einfluss auf die Spendebereitschaft sowohl für Organe als auch für Gewebe haben. Zusammengenommen ist dieser eher kleine Teilbereich der Transplantationsmedizin daher von großer Bedeutung sowohl für die Organtransplantation als auch für die Gewebemedizin. Entsprechend ist die Verankerung des Vorranges der Organspende vor der Gewebespende als zentraler Punkt im Transplantationsrecht zu werten.

Während das TPG den alleinigen gesetzlichen Regelungsrahmen für den Umgang mit Organen zur Transplantation darstellt, findet das AMG – was rechtspolitisch nach wie vor als in Europa einzigartige Umsetzung der Geweberichtlinie 2004/23/EG kritisiert wird – weitreichend Anwendung auf den Umgang mit menschlichen Zellen und Geweben. Die Änderungen im Transplantationsgesetz (insbesondere aus §§ 1 und 1a TPG) und im Arzneimittelgesetz (insbesondere aus § 3 Nr. 3 AMG, § 4 Abs. 30 AMG und § 4a Satz 1 Nr. 4 AMG) haben zur Folge, dass zur Anwendung im oder am menschlichen Körper eingesetzte Zellen und Gewebe – mit Ausnahme von Keimzellen, Embryonen und solchen Geweben, die innerhalb ein und desselben chirurgischen Eingriffs einer Person entnommen werden, um auf diese rückübertragen zu werden – ebenso wie Blutzubereitungen Arzneimittel sind. Diese regelungssystematische Einordnung hat diverse Konsequenzen für die Praxis, die hier nur im Ansatz skizziert werden können. So ist – bedingt durch die undifferenzierte arzneimittelrechtliche Unterstellung – für die Gewinnung von Gewebe und die damit verbundenen Laboruntersuchungen eine Erlaubnis nach § 20b AMG notwendig. In der Folge unterscheidet das Arzneimittelrecht für die weiteren Schritte zwischen der Herstellungser-

laubnis nach § 13 AMG und der Erlaubnis nach § 20c AMG. Einer Herstellungserlaubnis nach § 13 AMG bedarf „eine Einrichtung, die Gewebe oder Gewebesubereitungen, die mit industriellen Verfahren be- oder verarbeitet werden oder deren wesentliche Be- oder Verarbeitungsverfahren in der Europäischen Union nicht hinreichend bekannt sind, be- oder verarbeiten, konservieren, lagern oder in den Verkehr bringen will“. Einer Erlaubnis für die Be- oder Verarbeitung, Konservierung, Lagerung oder das Inverkehrbringen von Gewebe oder Gewebesubereitungen nach § 20c AMG bedarf „eine Einrichtung, die Gewebe oder Gewebesubereitungen, die nicht mit industriellen Verfahren be- oder verarbeitet werden und deren wesentliche Be- oder Verarbeitungsverfahren in der Europäischen Union hinreichend bekannt sind, be- oder verarbeiten, konservieren, lagern oder in den Verkehr bringen will“. Zuständig für die Erteilung der Erlaubnisse nach §§ 20b und 20c AMG sind die Landesbehörden.

Sollen Gewebe, die gemäß § 4 Abs. 30 AMG als Gewebesubereitungen definiert sind, in den Verkehr gebracht werden, unterliegen sie gemäß § 21 AMG der Zulassungspflicht für Fertigarzneimittel. Eine Ausnahmeregelung stellt das Genehmigungsverfahren nach § 21a AMG dar. Dieses ist für solche Gewebesubereitungen einschlägig, deren Be- oder Verarbeitungsverfahren von § 20c AMG erfasst werden. Die Ausnahmerege-

lung erfasst daher zum einen Gewebesubereitungen, die nicht mit industriellen Verfahren be- oder verarbeitet werden und deren wesentliche Be- oder Verarbeitungsverfahren in der EU hinreichend bekannt und deren Wirkungen und Nebenwirkungen aus dem wissenschaftlichen Erkenntnismaterial ersichtlich sind. Von besonderer Bedeutung ist, dass gemäß § 21 AMG zugelassene Gewebesubereitungen vom Handelsverbot gemäß § 17 TPG ausgenommen und damit kommerzialisierbar sind. Sowohl die Zulassung gemäß § 21 AMG als auch die Genehmigung von Gewebesubereitungen gemäß § 21a AMG werden vom Paul-Ehrlich-Institut als zuständiger Bundesoberbehörde erteilt.

Die im Arzneimittelgesetz und im Transplantationsgesetz sowie in den entsprechenden Rechtsverordnungen (TPG-Gewebeverordnung und Arzneimittel- und Wirkstoffherstellungsverordnung) verankerten Dokumentations- und Meldepflichten sind zu beachten. Dieses Nebeneinander von gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen führt zum Teil zu parallelen Meldeverpflichtungen und damit zu einem erheblichen Mehraufwand in der Praxis. Aufgrund ihrer Praxisferne ebenfalls problematisch bewertet wird die Aufnahme von Vorschriften über die Einfuhr-erlaubnis und die Qualitätszertifikate für Gewebe und bekannte Gewebesubereitungen gemäß § 72b AMG (siehe auch A. Pannenbecker, „Rechtsrahmen für Blutstammzellen“ [zu

beziehen über DKMS Stiftung Leben Spenden, Kressbach 1, 72072 Tübingen])

Durch das Gewebegesetz wurden Verordnungsermächtigungen für das BMG zum Festlegen von Anforderungen an Qualität und Sicherheit der Entnahme von Geweben und deren Übertragung (§ 16a TPG) und zum Festlegen von Anforderungen an die Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen (§ 12 TFG) gesetzlich verankert. Diese Einschränkung der Richtlinienkompetenz der ärztlichen Selbstverwaltung ist nicht nur fachlich, sondern auch regelungssystematisch nicht nachvollziehbar. Aufgrund der fachlichen Nähe zum Regelungsgegenstand können Richtlinien für die genannten Bereiche per se am besten durch die Ärzteschaft selbst festgelegt werden. Die Integrationskraft der Bundesärztekammer ermöglicht die optimale Einbeziehung der medizinischen Fachkreise und dadurch eine möglichst große Identifikation mit den Richtlinieninhalten. Gegenüber dem flexiblen Instrument der Richtlinienerstellung durch die betroffenen Fachkreise selber lassen starre gesetzliche Regelungen eine Verzögerung oder schlimmstenfalls gar Hemmung der fachlichen Weiterentwicklung befürchten. Darüber hinaus kommt den Richtlinien nach dem Willen des Gesetzgebers ein besonderes Gewicht zu. So veranlasste die nationale und internationale Anerkennung der Hämotherapie-Richtlinien den Gesetzgeber, mit dem 1. TFG-ÄndG vom 10. Februar 2005 in § 12 Abs. 1 S. 3 und § 18 Abs. 1 S. 3 TFG eine Verpflichtung zur Veröffentlichung der Richtlinien im Bundesanzeiger durch das Paul-Ehrlich-Institut als zuständige Bundesoberbehörde einzuführen. Hierdurch soll der amtliche Charakter der

Richtlinien verdeutlicht werden. Darüber hinaus hat das BMG die Übertragung der Richtlinienkompetenz auf die Bundesärztekammer in der Vergangenheit stets positiv bewertet. So trat das BMG einer im Jahr 2005 geäußerten grundsätzlichen Kritik an der Übertragung der Richtlinienkompetenz auf die Bundesärztekammer aus europarechtlichen Erwägungen entschieden entgegen. Dabei wurde seitens des Ministeriums ausdrücklich betont, dass die Erarbeitung von Richtlinien durch die Bundesärztekammer im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut eine hohe Flexibilität ermögliche, „um den sich rasch ändernden wissenschaftlichen Erkenntnissen und möglichen Sofortmaßnahmen in Risikosituationen gerecht zu werden“. Auch seien die Hämotherapie-Richtlinien der Europäischen Kommission zur Notifizierung vorgelegt worden, die „unter der Maßgabe der Verstärkung des amtlichen Charakters der Richtlinien (...) keine grundsätzlichen Anmerkungen zu der Form der Umsetzung in Richtlinien gemacht“ habe.

Die unter anderem in den Bereichen Organtransplantation, Gewebemedizin sowie Blutprodukte und Hämotherapie bewährte Übertragung der Richtlinienkompetenz an die ärztliche Selbstverwaltung ermöglicht die Einhaltung der verfassungsrechtlich garantierten Zuständigkeiten. Denn in der Richtlinienerstellung wird die fachliche Kompetenz und die gesundheitspolitische Verantwortung der Ärzteschaft zusammengeführt. Dieses Zusammenspiel von Staat und Selbstverwaltung ist nicht zuletzt die Grundlage für den Ausgleich zwischen politischem Willen und fachlicher Kompetenz und damit ein wesentlicher Grundstein für ein demokratisches Gesundheitswesen.

Die entgegen der Empfehlungen der betroffenen Fachkreise verfolgte undifferenzierte arzneimittelrechtliche Umsetzung der Geweberichtlinie stellt innerhalb der EU einen einzigartigen Sonderweg dar. Durch die „last-minute“-Umsetzung der Geweberichtlinie in Deutschland, die sich nicht an der Regelungssystematik der EU orientiert, sind neben den beschriebenen Schwierigkeiten auch Folgeprobleme vorprogrammiert: So lässt die von der EU-Kommission vorgesehene Verbindung der Regelungen für Zellen und Gewebe mit der angekündigten EU-Richtlinie zu Qualität und Sicherheit für die Organspende und -transplantation befürchten, dass eigentlich im deutschen Transplantationsrecht anzusiedelnde Regelungsinhalte wie beispielsweise das Vigilanzsystem für Organe aufgrund der Regelungsparallelität zum Gewebevigilanzsystem zukünftig in das deutsche Arzneimittelrecht integriert werden könnten. Eine konsequente Weiterverfolgung des undifferenzierten arzneimittelrechtlichen Ansatzes durch den deutschen Gesetzgeber, beispielsweise bei der Umsetzung einer europäischen Richtlinie zur Organspende und -transplantation, könnte damit letztlich zu einer Verschiebung wesentlicher Regelungsinhalte des Transplantationsrechts in das Arzneimittelrecht und schlimmstenfalls zur Auflösung des Transplantationsrechts führen.

Dr. Wiebke Pühler
Referentin

Bundesärztekammer, Dezernat VI
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Prof. Dr. med. habil. Gerhard Ehninger
Medizinische Klinik und Poliklinik I
Universitätsklinikum
Fetscherstr. 74
01307 Dresden

Entwicklung des Gewebegesetzes – Möglichkeiten für die Umsetzung

Zusammenfassung

Sehr viel wurde in den vergangenen Monaten über die Lasten, weniger über die Chancen einer neuen Gesetzgebung für den Umgang mit Geweben diskutiert. Diese Unsicherheit beruhte auf der Furcht, dass bewährte Systeme – in diesem Fall Gewebereinrichtungen – nach dem Gesetz nicht mehr genügend leistungsfähig seien. In diesem Artikel wird versucht, die Problematik, die sich in den vergangenen Monaten um das Gewebegesetz entspannte, näher zu beschreiben und am Beispiel des Gewebes Augenhornhaut die „neue“ und „alte“ Situation zu beschreiben. Auch wird versucht, die mit der Gesetzgebung verbundene zum Teil verwirrende Terminologie und die Anforderungen der Gesetzgebung zu erläutern.

Einleitung

Die Gewinnung, Aufbewahrung und Verteilung von Organen und Geweben orientierte sich in der Vergangenheit vornehmlich am Transplantationsgesetz (TPG), das seit 1997 in Kraft ist und an Rahmenrichtlinien, die von Fachgesellschaften u.a. auch in Kooperation mit der Bundesärztekammer erstellt wurden. Mit der Gestaltung einer EU-Richtlinie zur Festlegung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards im Umgang mit menschlichen Zellen Geweben (2004/23/EG) erhielt das Bundesgesundheitsministerium (BMG) die Aufgabe, die EU-Richtlinie in deutsches Gesetz umzusetzen. Die Chancen einer EU-weiten Regelung zur Gewebe- und Zelltransplantation wurden in der Erarbeitung länderübergreifend gleicher Standards gesehen, was zunächst auch sehr sinnvoll erschien. Eine besondere Herausforderung dabei war die Beantwortung ethischer Fragen sowie die Einarbeitung der Vielfalt von Geweben in die Rechtsgrundlagen der EU. Die EU darf nach Artikel 152 Abs. 4 Buchstabe a des EG-Vertrages für die

Gewinnung und Verwendung aller Gewebe und Zellen, auch Blut und Blutprodukte, Standards und Maßnahmen festlegen. Einzelstaatliche Regelungen über die Spende oder medizinische Verwendung bleiben nach Artikel 152 Absatz 5 von dieser Regelung jedoch unberührt. Nach der EU-Vorgabe hatte das BMG dann einen entsprechenden Referententwurf vorgelegt, der bei Klinikern, Gewebebanken und bei der Bundesärztekammer auf Kritik traf. So war in dem Regierungsentwurf der Umgang mit menschlichen Zellen und Geweben zu großen Teilen den Anforderungen des Arzneimittelgesetzes unterstellt worden. Gefürchtet wurde, dass eine gewerbliche und kommerzielle Nutzung von Zellen und Geweben rasant zunehmen würde, da es für Arzneimittel kein Handelsverbot gibt.

Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Gewebegesetz

Am 24. 01. 2007 nahm die Bundesärztekammer Stellung zu dem Regierungsentwurf (BT-Drs.16/3146), der die EU-Geweberichtlinie in die Gesetzgebung umsetzen sollte. An dem Entwurf wurde kritisiert, dass man sich durch eine undifferenzierte Unterstellung aller Zellen und Gewebe unter das Arzneimittelgesetz innerhalb der EU isolieren und enorme bürokratische Hürden aufgebaut werden würden. Problematisch gesehen wurden die notwendigen Herstellungserlaubnisse und Zulassungen für die Abgabe von Geweben an Dritte, die erstellt werden müssten, ganz zu schweigen von den daraus entstehenden Kosten, für die noch keine Regelung gefunden wurde und die dann die Solidargemeinschaft belasten würde. Zusammenfassend sah man die Gefahr einer unnötigen Bevormundung ärztlicher Selbstverwaltung, eine Gefährdung bewährter Patientenversorgung im Bereich der Gewebetransplantation und die Einführung einer unnötigen „Staatsmedizin“, welche die Entwicklungschancen für die Gewebetransplantation behindern könnte. Es wurde auch als eine große Gefahr gesehen, eine nicht-gewerbliche Organtransplantation (ausdrücklich so geregelt

im Transplantationsgesetz von 1997) neben einer neu entstehenden „gewinnorientierten“ Gewebespende bestehen zu lassen. Wie sollten sich in dieses wahrscheinlich konkurrierende Geschehen die Transplantationszentren zukünftig -vor allem auch ethisch basiert- einfügen? Weiterhin wurden viele undifferenzierte Begriffsbestimmungen z.B. bei Keimzellen und hämatopoetischen Stammzellen in dem Regierungsentwurf gesehen und kritisiert.

Vor allem wurde auch die Frage aufgeworfen, warum Gewebe, welches nicht bearbeitet wird, sondern lediglich bis zur Transplantation aufbewahrt wird, grundsätzlich ein Arzneimittel werden sollte? Verwiesen wurde hier insbesondere auf Herzklappen, große Gefäße und Augenhornhäute. Das AMG sei hier die falsche Basis für eine durch die EU Richtlinie geforderte Qualitätssicherung. Konsequenterweise müsste man dann auch die Organe dem AMG unterstellen. Warum sollten Systeme die sich in der Praxis bewährt hatten durch übertriebene regulatorische Vorgaben gefährdet werden?

Ist es sinnvoll, dass Zellen und Gewebe Arzneimittel sind? – Beispiel Augenhornhaut

Die von der Bundesärztekammer gefürchtete „Überbürokratisierung“ von etablierten Prozessen wird im folgenden Kapitel am Beispiel der Gewebespende der Augenhornhaut verdeutlicht. Die Einführung neuer Regelungen ruft häufig Kritik hervor, mit dem Hinweis, dass oftmals zuwenig Fachexpertise bei Entscheidungen oder Gesetzesentwürfen einbezogen wird. So war es letztlich auch

bei der Entstehung des Gewebegesetzes. Nun ist andererseits aber auch nicht alles Bewährte besser und es macht daher Sinn „Alt“ und „Neu“ gegenüber zu stellen, um Vor- und Nachteile erkennen zu können, gerade wenn es sich um Entscheidungen handelt, die die Patientenversorgung betreffen. Wie gestaltete sich die Gewinnung und Verteilung von Geweben vor der Diskussion zum Gewebegesetz? Die Gewebespende hat sich in Deutschland nach den Anforderungen der jeweiligen Fachgebiete entwickelt. Den einzelnen Fachbereichen war es überlassen, die Gewebespende und -Verteilung in weiten Teilen selbst zu gestalten. Als Beispiel sei die Entwicklung der Spende, Gewinnung und Bewahrung von Hornhäuten des menschlichen Auges zur Hornhauttransplantation genannt, die die Autorin über 17 Jahre aktiv als Leiterin einer Hornhautbank verfolgt hat. Die chirurgischen Techniken der Hornhauttransplantation entwickelte sich ab Mitte der 80er Jahre europaweit rasant und so erkannte man auch den Bedarf, die Hornhautspende im Sinne einer besseren Patientenversorgung zu regeln. Erfolgte die Gewebespende zu Beginn eher individuell für einzelne betroffene Patienten, so erkannte man bald, dass eine Aufbewahrung (Gewebeconservierung) der Spenderhornhäute einen Zeit- und Qualitätsgewinn brachte. Es entstanden insbesondere an den Universitäts-Augenkliniken so genannte Hornhautbanken, in denen eine Lagerung von Spenderhornhäuten bis zu vier Wochen ermöglicht und damit der Eingriff der Transplantation für Chirurgen und Patienten planbarer wurde. Trotz einer deutschland- und europaweiten Vernetzung der Hornhautbanken basierte die Versorgung im Wesentlichen weiterhin auf einer Eigenversorgung der jeweiligen Kliniken, was von Kritikern auch als „Kleinstaaterie“ bezeichnet wird. Organisationen wie Bio Implant Services (BIS), Niederlande erkannten die aus dieser Selbstversorgung entstehenden Problematiken, zumal die Hornhauttransplantation mit den Jahren zunehmend zu einem Routineeingriff wurde, der auch außerhalb von uni-

versitären Einrichtungen durchgeführt wurde. So wurde ein Teil der Verteilung von Spenderhornhäuten – vornehmlich gewebetypisierte – Transplantate für Deutschland länderübergreifend zentralisiert über BIS vorgenommen. Mit den Rahmenrichtlinien der BÄK für Hornhautbanken und dem Transplantationsgesetz wurde zusätzlich eine Grundlage für die Qualität der Spende und die Aufbewahrung geschaffen. Die Augenhornhaut war im Transplantationsgesetz von 1997 den Organen gleichgestellt. Eine Kommerzialisierung der Spende und Verteilung war ausgeschlossen. Gegenüber anderen Geweben war somit für die Augenhornhaut im Vergleich ein sehr gutes und vorbildliches System für Kliniken, Operateure und Patienten in Europa geschaffen worden. Damit bestand etwas „Alt-Bewährtes“, welches durch die Neuregelungen der EU-Gesetzgebung zu zerfallen drohte. Zu hoch erschienen die Anforderungen an Bürokratie und Kosten, aber auch an die geforderten Laborgegebenheiten, sollte die Augenhornhaut einem Arzneimittel gleich gestellt werden. Warum auch sollte ein lediglich bis zur Transplantation aufbewahrtes Gewebe ein Arzneimittel sein?

Chancen der neuen Gesetzgebung

Dieses alt bewährte System gut etablierter Hornhautbanken (in Deutschland existieren ca. 26) trägt allerdings zukünftigen Anforderungen an eine verbesserte Gewebeverteilung nicht Rechnung und auch finden sich für andere Gewebe, wie z.B. Knorpel und Knochen keine derartig gereiften Gewebekbank-Netzwerke. Häufig noch sind Gewebekbanken den Anwendern gar nicht bekannt oder zugänglich. Aus dieser Problematik heraus wurde bereits in den vergangenen Jahren Gewebe wie Knorpel, Knochen, Dura etc. von Firmen kommerziell angeboten und sind damit prinzipiell einem Handel ausgesetzt. Dieses ist eine Situation, die in der Spende und Verteilung von Geweben eigentlich unerwünscht ist.

Welche Chancen bietet nun aber ein „neues“ Gesetz gerade um die Spende- und Verteilungsproblematik zu verbessern und

Gewebe zugänglicher zu machen? Auch im System der existierenden Hornhautbanken war trotz aller Funktionstüchtigkeit fest zu stellen, dass das Verteilungsproblem z.B. innerhalb Deutschlands nicht endgültig gelöst war. So besteht weiterhin u.a. dadurch ein Mangel an Spenderhornhäuten. Dieses wurde auch von der Deutschen Gesellschaft für Organspende (DSO) erkannt, die vor einigen Jahren die gemeinnützige Tochtergesellschaft für Gewebe (DSO-G) ausgründete, die sich speziell auch um die Verteilung von Augenhornhäuten in Deutschland bemühte. Nach der Trennung von DSO und DSO-G während der Zeit der neuen Gesetzesentwicklung wurde nun eine aus der DSO-G hervorgegangene gemeinnützige Gesellschaft, die gemeinnützige Gesellschaft für Gewebetransplantation (DGFG) gegründet, die insbesondere in Ostdeutschland die Spende und Verteilung von Geweben, zunächst vorrangig von Spenderhornhäuten, aber auch Knorpeln, Knochen und Gefäßen regeln wird. Welchen Vorteil bietet dieses gegenüber der Selbstverwaltung der einzelnen Banken?

Schließen sich die Hornhautbanken einem solchen System an, so besteht prinzipiell die Möglichkeit voneinander zu profitieren und „altbewährtes“ mit den Anforderungen der neuen Gesetzgebung neu zu gestalten. So besteht die Möglichkeit, die einzelnen Prozesse der Gewebespende besser und professioneller zu organisieren und damit die Patientenversorgung professioneller und besser zu gestalten gerade für Kliniken ohne eigene Gewebekbanken. Die aus Kliniken heraus noch in Eigenständigkeit arbeitenden Gewebekbanken werden den Anforderungen des neuen Gewebegesetzes an die Spende- und Verteilungsprozesse auf Dauer zeitlich, personell und wirtschaftlich nicht alle gerecht werden können. Dieses im Einzelfall zu erkennen kann zu einer zukunftsgerichteten Neugestaltung eines Gewebenetzen führen.

Die Gesellschafter der Anfang 2008 neu gegründeten DGFG sind die Universitätskliniken Dresden, Leipzig und die Medizinische Hochschule Hanno-

ver. Zurzeit schließen sich andere Kliniken diesem Netzwerk vornehmlich in Ostdeutschland an u.a. das Klinikum Chemnitz gGmbH. Aus diesem u.a. an universitäre Strukturen gebundenes Gewebenetzwerk ergibt sich perspektivisch auch die Möglichkeit, Methoden zur Gewebekonservierung weiter zu entwickeln und die enormen Fortschritte im wissenschaftlichen Bereich des Tissue-Engineering mit zu gestalten und zukünftig Ergebnisse hieraus in die Patientenversorgung zu übertragen (siehe auch weiter unten).

Das Gewebegesetz

Die vorgenannte zusammengefasste Stellungnahme der BÄK zusammen mit denen anderer Fachgesellschaften führte zu einer Überarbeitung des Regierungsentwurfs, der dann in einer endgültigen Gesetzgebung resultierte. Dabei konnte allerdings nicht verhindert werden, dass die Gewebe dem Arzneimittelgesetz unterstellt wurden. Es konnte aber erreicht werden, dass für die „klassischen“ Gewebe und deren Aufbewahrung vereinfachte Genehmigungsverfahren beschlossen wurden. Die wesentlichen Merkmale des Gewebegesetzes werden hier auszugswise skizziert. Das Gewebegesetz wurde in überarbeiteter Form am 24.05.07 vom Deutschen Bundestag verabschiedet und erhielt am 06.07.07 das Votum des Bundesrats. Das Gesetz ist seit 01.08.07 in Kraft (www.bundesgesetzblatt.de).

Das Gewebegesetz orientiert sich am Arzneimittelgesetz (AMG), Transplantationsgesetz (TPG) und Transfusionsgesetz. Im Gewebegesetz wird der Gewebebegriff wie folgt definiert: Gewebe sind alle aus Zellen bestehenden Bestandteile des menschlichen Körpers, die keine Organe sind, inklusive einzelne Zellen. Herausgenommen wurden Blut und Blutbestandteile sowie Blutstammzellen. Beispiele für Gewebe sind Stammzellen, Inselzellen, Leberzellen, Keimzellen, Talg aus Haarwurzeln, dendritische Zellen, Herzklappen, Augenhornhäute, Dura Mater, Knochen, Knorpel, Sehnen, Faszien, Bänder, Blutgefäße, Amnion, Haut. Zu den Geweben zählen auch Operations-

reste, Obduktions- und Sektionsreste. Werden Gewebe verarbeitet (Gewebezubereitung), so handelt es sich um Arzneimittel, die Gewebe im Sinne §1a Nr. 4 TPG sind oder aus solchen hergestellt wurden. Beispiele: Herzklappen, Augenhornhäute, Tissue engierte Gewebe u.a..

Der Diskussion um unnötige, die gängige Praxis beeinträchtigende Maßnahmen wurde bei der Umsetzung des Gesetzes Rechnung getragen, indem alle Gewebereinrichtungen vereinfachte Genehmigungen für die jeweiligen Gewebe im Sinne des Arzneimittelgesetzes stellen dürfen. Damit wurde gewährleistet, dass alle bisherigen Gewebereinrichtungen zunächst einmal in alt bewährter Weise weiter arbeiten können, so dass das befürchtete „Gewebebanksterben“ bisher ausblieb. Damit gab es wesentliche Neuerungen im AMG. Der Anwendungsbereich wurde erweitert und es wurden vereinfachte Vorschriften für bekannte (klassische) Gewebezubereitung vorgesehen. So sieht das Gewebegesetz zur Erleichterung der Prozesse Übergangsvorschriften vor, die eine Bestandswahrung ermöglichen. So konnten Gewebereinrichtungen oder Kliniken einen Antrag auf Erlaubnis zur Weiterführung bisheriger Arbeiten entsprechende Anträge (bis 01.10.07) stellen sowie Anträge für Genehmigung der Gewebezubereitung (bis zum 01.02.08). Anträge auf Zulassung zum Inverkehrbringen konnten noch bis zum 30.09.07 gestellt werden. Eine Erweiterung des Anwendungsbereiches des AMG sieht auch

vor, dass Gewebe einbezogen werden, die unter fachlicher Verantwortung eines Arztes innerhalb einer Institution entnommen, be- oder verarbeitet und angewendet werden. Auch hier sind Beispiele die Augenhornhäute und Keimzellen zur unterstützenden Befruchtung. Ein wesentlicher Aspekt des Gewebegesetzes ist die Vorrangigkeit der Organspende vor der Gewebespende, ein Grund, weshalb es zu einer Neugründung der DGFG und damit zu einer Trennung der Zuständigkeiten von Organen und Geweben kam.

Entnahme von Geweben

Ein wesentlicher Aspekt der Gesetzgebung ist die Regelung der Gewebespende.

Das TPG von 1997 hat durch Einbeziehung der Angehörigen in den Spendeprozess und damit der Verpflichtung, das Persönlichkeitsrecht der Angehörigen zu beachten, dazu geführt, dass sich die Zahl der Organ- und Gewebespenden deutlich verringerte, so dass heute wieder nach alternativen Möglichkeiten zur Erhöhung der Spenderzahlen gesucht wird. In der Diskussion sind derzeit die Lebendspende, postmortale Sozialpflicht, Widerspruchslösung (wie ursprünglich in Ostdeutschland zu Zeiten der DDR), Pflichtentscheidung, Motivationslösung, Club der Organspender.

Weiterhin besteht nach dem Transplantationsgesetz ein Gewebehandelsverbot (§17, Abs, 1 TPG), aber die Neuregelung lässt eine angemessenen Entschädigung bei Spendern

zu. Nach dem neuen Gewebegesetz ist neben einer behördliche Erlaubnis für Gewinnung, Testung, Lagerung, Identifizierung und den Transport von Gewebe zur Verwendung am Menschen auch die Beschäftigung von qualifiziertem Personal in Gewebebanken notwendig. Gefordert ist eine ausgebildete Person mit zweijähriger Berufserfahrung, welche nach dem Stand der „Guten Fachlichen Praxis (GFP)“ arbeitet. Bereits in weiser Voraussicht hatten sich viele Gewebebanken hierauf eingestellt und so genannte SOPs (Standard Operation Procedures) für jeden erforderlichen Handgriff im Umgang mit dem jeweiligen Gewebe geschrieben, die jetzt gesetzlich gefordert sind. Die Gewebeaufbewahrung erfolgt in Laborräumen der Reinraum Klasse A (Laminar Flow) in mind. Klasse D, d.h. es muss nicht wie bei der Herstellung eines Arzneimittels in Hochreinhäusern gearbeitet werden, die in ihrer Unterhaltung sehr kostenintensiv sind und regional und überregional nur selten zur Verfügung stehen. Die Gewebebanken verpflichten sich nach dem Gesetz zur Dokumentensicherung und Rückverfolgung alle Daten 30 Jahre lang aufzubewahren.

Inverkehrbringen von Geweben

Der Begriff des „Inverkehrbringens“ von Gewebe beinhaltet, dass die Gewebebanken oder Kliniken für die Abgabe und Verteilung von Geweben Genehmigungsvorschrift für nicht industrielle, bekannte Verfahren, zum Beispiel Handhabung von Herzklappen, Augenhornhäute beantragen müssen (s. oben). Dieses gilt auch für Blutprodukte. Um einen einheitlichen Standard zu gewährleisten, regelt das Gesetz auch die Einfuhr von Geweben und Zellen aus Drittstaaten durch Erlaubnis- und Zertifizierungsvorschriften. Ein hoher Aufwand an Bürokratie konnte damit nicht verhindert werden.

Chancen für die Entwicklung der Gewebespende durch die neue Gesetzgebung

So sehr auch die neue Gesetzgebung in Kritik kam, umso mehr sollten die hieraus entstehenden Chancen er-

kannt und genutzt werden. Auch wenn für gut etablierte Gewebebanken die bürokratischen Hürden hoch geworden sind, so eint das Gesetz möglicherweise die bisher z.T. wenig miteinander kooperierenden Gewebebanken. Dieses war verständlich, da über Jahre die Eigenversorgung in transplantierenden Einrichtung im Vordergrund stand. Für eine flächendeckende Versorgung reicht dieses aber nicht aus. Auch ist denkbar, dass durch die Erstellung von Protokollen zur guten Fachlichen und Medizinischen Praxis „gewebeübergreifend“ profitiert wird und sich somit ein Potenzial für eine raschere Weiterentwicklung in einem Netzwerk ergibt. Diese Möglichkeiten hat es definitiv in den vergangenen Jahren nicht ergeben. Auch hier sei am Beispiel der Augenhornhaut genannt, dass es zwar über Jahre bewährte Aufbewahrungsmethoden gab, allerdings entsprechen diese bei genauer Betrachtung nicht mehr den Anforderungen einer sich inzwischen sehr weit entwickelten biomedizinischen Technologie. Die neue Gesetzgebung und die geforderte Offenlegung aller Prozesse können zur einer solchen Weiterentwicklung beitragen, allein schon deshalb, weil informativer Austausch notwendig wird und die kritisierte „Kleinstateerei“ ein Ende hat und ängstliche Bewahrungsmentalität ist nicht mehr zeitgemäß ist. Dennoch bleibt kritisch zu sehen, dass die Hürden durch die Gewebegesetzgebung in Deutschland im Europa-Vergleich sehr hoch gesetzt wurden.

Konsequenzen für die Klinische Praxis

Für die tägliche Praxis in den Kliniken bleibt die Situation allerdings momentan noch unübersichtlich. Vieles bleibt zunächst beim Alten. Für Kliniken, die nicht über Gewebebanken verfügen ist es allerdings momentan schwieriger geworden, Gewebe zur Transplantation zu beziehen. Diese Situation muss sich rasch ändern. Die DGFG hat sich dieser Problematik angenommen, in dem sie Sorge tragen wird, Herstellungserlaubnisse für Gewebe zu erstellen, um diese den Anwendern wieder ausreichend zur

Verfügung stellen zu können. Hinzu kommt die Organisation von Fortbildungsveranstaltungen in den am Netzwerk beteiligten Kliniken, um die Ärzte bei der Spendergewinnung zu unterstützen, bzw. Teile der Prozesse zu übernehmen.

Auch wenn der Gesetzgeber prinzipiell im Gegensatz zur Verteilung bei Organen keine zentralisierte Verteilung mit dem Argument des fehlenden Mangels an Gewebe vorsieht, würde eine partielle Zentralisierung (wie durch die DGFG vorgeschlagen), zum Beispiel bei der Einwerbung und Verteilung der Spende, helfen. Innerhalb eines solchen Netzen können lange bestehende Banken bestehen bleiben oder sogar ausgebaut werden. Unter den zurzeit steigenden klinischen Anforderungen ist es kaum denkbar, dass die Spende weiterhin wie bisher mit hierfür nicht geschultem Personal – meist mit den jüngsten Assistenzärzten in Kliniken – aufrechterhalten werden kann.

Auch zwingt das Gewebegesetz dazu, dass über Prozesse nachgedacht wird, die bisher wenig beachtet wurden. Wie wird in Zukunft geregelt, ob menschliches Gewebe der Forschung zugeführt werden kann? Da an den Standorten Dresden, Leipzig und Hannover das „Tissue Engineering“, also das Bearbeiten von Zellen und Geweben zur Herstellung von Transplantaten oder Gewebekonstrukten wissenschaftlich angesiedelt ist, müssen auch Wege bereitet werden, die den Forschern den Zugang zu menschlichem Gewebe auf der Gesetzesgrundlage ermöglichen. Die nun durch die Gesetzgebung notwendige Beschäftigung mit dem Thema birgt die Chance, dass hierdurch sowohl Kliniker (für eine zukünftig bessere Versorgung ihrer Patienten) als auch Grundlagenwissenschaftler (für mehr klinische Forschung) gemeinsam mobilisiert werden und die Entwicklung des Tissue Engineering befördern.

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. med. Katrin Engelmann
Klinikum Chemnitz gGmbH
Augenklinik
Flemmingstraße 2
09116 Chemnitz

Hygiene aktuell

Neu: Überwachung der Atemfrequenz bei der Grundimmunisierung (Standardimpfungen) von ehemaligen Frühgeborenen (<28 Schwangerschaftswochen) empfohlen.

Die europäische Zulassungsbehörde für Impfstoffe, die „European Agency for Evaluation of Medical Products“ (EMA), hat zu Beginn des Jahres 2008 folgendes empfohlen:

„Das potentielle Risiko von Apnoen und die Notwendigkeit einer Überwachung der Atmung über 48 bis 72 Stunden sollte im Rahmen der Grundimmunisierung von sehr unreifen Frühgeborenen (geboren vor der vollendeten 28. Schwangerschaftswoche – SSW) in Betracht gezogen werden. Dies gilt insbesondere für diejenigen, die in der Vorgeschichte Zeichen einer unreifen Atmung gezeigt haben“ (1).

In Folge dieser Empfehlung haben die Impfstoffproduzenten die Fachinformationen für die DTPa-basierten Kombinationsimpfstoffe (Infanrix, DTPa-IPV+HIB, Infanrix-hexa, Pentavac), für Prevenar und die Rotavirusimpfstoffe (Rotarix und RotaTeq) geändert und diesen Passus fast wörtlich unter 4.4 ihrer Fachinformationen „Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen bei der Anwendung“ aufgenommen. Bei Prevenar zum Beispiel heißt es in der Fachinformation, Stand Juni 2008: „Das mögliche Risiko von Apnoen und die Notwendigkeit einer 48 bis 72 Stunden langen respiratorischen Überwachung sollte erwogen werden, wenn die Grundimmunisierung an extrem Frühgeborene (geboren in oder vor der 28. Schwangerschaftswoche) und insbesondere an solche mit anamnestisch unreifen Atemwegen verabreicht wird. Da der Nutzen der Impfung in dieser Kindergruppe hoch ist, sollte die Impfung nicht vorenthalten oder verschoben werden“ (2).

Bisherige Verfahrensweise und Bewertung:

Frühgeborene Kinder haben ein erhöhtes Risiko für schwere Infekti-

onskrankheiten. Der Grund liegt im noch unreifen Immunsystem. Deshalb sollen auch Frühgeborene zu einem möglichst frühen Zeitpunkt einen sicheren Schutz vor Infektionskrankheiten durch Applikation geeigneter Impfstoffe erhalten. Frühgeborene sollten ihrem chronologischen Alter entsprechend geimpft werden. In den STIKO-Empfehlungen vom Juli 2008 heißt es:

„Frühgeborene sollten unabhängig von ihrem Reifealter und aktuellem Gewicht entsprechend dem Impfalter geimpft werden“ (3). Eine Reduzierung der Impfdosis erfolgt nicht. Weitere spezielle Einzelheiten sind in der Tabelle aufgeführt. Zahlreiche Untersuchungen in der Vergangenheit haben gezeigt, dass bei Frühgeborenen nicht mehr Nebenwirkungen nach Standardimpfungen auftreten als bei Reifgeborenen (4) im Gegenteil, die bekannten Impfreaktionen nach Applikation Pertussisantigen enthaltener Impfstoffe wie Rötung, Schmerzen an der Einstichstelle oder Schläfrigkeit traten bei Frühgeborenen seltener auf (5). Da nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) §6 (1)3. schon der Verdacht auf atypische Impfverläufe in ganz Deutschland seit 1.1.2001 meldepflichtig ist, liegen

entsprechende Analysen der zuständigen Behörden (Paul-Ehrlich-Institut – PEI und Robert-Koch-Institut – RKI) vor (6,7,8,9). Diesbezügliche Analysen aus dem Freistaat Sachsen 1990 bis 2005 und ein Vergleich mit 1970 bis 1990 wurden 2007 veröffentlicht (10).

In allen diesen Arbeiten wurde bisher keine erhöhte Rate atypischer Impfverläufe oder gar Todesfälle (SIDS) von Frühgeborenen im Vergleich zu Reifgeborenen festgestellt.

Die erste Impfung bei diesen Frühgeborenen soll zukünftig in den neonatologischen Einrichtungen der Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin verabreicht werden, wo eine Überwachung der Kinder für 72 Stunden post vaccinationem gewährleistet ist. Wie aber wird gegenwärtig in Sachsen verfahren?

Daten über Impfungen dieser Frühgeborenen (<28. SSW) konnten durch Befragung der drei neonatologischen Zentren in Sachsen (Chemnitz, Leipzig und Dresden) in Erfahrung gebracht werden (13): Anzahl der < 28. SSW geborenen und aus den Kinderkliniken Sachsens nach Hause entlassenen Kinder 2005 79, 2006 94,

Impfung Frühgeborener

- Standardimpfungen (T, D, Pa, HIB, IPV, Pneumokokken, Rotaviren) unabhängig vom Geburtsgewicht und Gestationsalter zeitgerecht applizieren (= ab 3. Lebensmonat = nach vollendetem 2. Lebensmonat)
 - bei < 1000 g Geburtsgewicht Abstand zwischen den Injektionen evtl. auf 6 Wochen erhöhen
- mit HBV-Impfung (bei HBs-Ag neg. Mutter) warten, bis Frühgeborenes 2000 g erreicht hat oder Serokonversion prüfen
- HBV-Impfung Frühgeborener < 2000 g HBs-Ag positiver Mütter:
 - aktive Impfung bei Gewicht => 2000 g (z.B. bei Entlassung)
 - evtl. simultan mit 1. aktiven Impfung 2. passive Impfung (Zeitspanne von Geburt = 1. passive Impfung 1 – 2 Monate)
 - weiteres Vorgehen, wie monovalente Impfung Reifgeborener
 - Anti-HBs-Kontrolle und HBs-Ag Bestimmung nach 6 Mon.
- Zusätzliche Indikationsimpfungen für Frühgeborene (FG) sinnvoll:
 - Influenza: ab 6. Lebensmonat, insbesondere für FG mit Bronchopulmonaler Dysplasie, Herzfehler; Kontaktpersonen impfen!
 - Meningitis C: Impfung schon im Säuglingsalter! (in Sachsen Standardimpfalter)
- „Schutzschild“: Impfstatus der Kontaktpersonen (Eltern, Geschwister, Großeltern u.a.)

2007 80; in Chemnitz werden diese Kinder vor Entlassung bisher generell nicht geimpft, in Dresden etwa nur zu 50 Prozent, in Leipzig zu 100 Prozent aber nur einen Tag noch danach stationär überwacht.

Die meisten der nachfolgenden Impfdosen (zweite und dritte Impfung) der Grundimmunisierung wurden bisher ambulant verabreicht.

Was ist zu tun? Erhebliche Verunsicherungen der ambulant tätigen Kinderärzte sind die logische Folge, zumal auch in den neusten Veröffentlichungen des RKI vom 1.8.2008 („Neuerungen in den aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am RKI vom Juli 2008“) (11) darauf in keiner Weise eingegangen worden ist. Im „Kinder- und Jugendarzt“: vom Juli ist diesbezüglich zu lesen: „Was tun? Die Kommission für Infektionskrankheiten und Impffragen der DAKJ wird Ihnen in Bälde eine Stellungnahme liefern“. Diese liegt nun vor.

Empfehlungen der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin: (1)

- „Bei sehr unreifen Frühgeborenen (geboren vor der vollendeten 28. Schwangerschaftswoche) die erste Impfdosis DTPa-HepB-IPV-Hib- und Pneumokokken-Konjugat-Impfstoff ab dem Alter von zwei Monaten unabhängig von Zeichen einer unreifen Atmung in der Vorgeschichte noch während des stationären Aufenthaltes unter Überwachung der Atmung (und gegebenenfalls Herzfrequenz) zu verabreichen, wie dies in vielen Einrichtungen bereits gängige Praxis ist.
- Sofern nach der 1. Impfung keine Apnoen und/oder Bradykardien auftreten und das Kind zum Zeitpunkt der 2. Impfung klinisch unauffällig ist, diese wie üblich ambulant zu verabreichen (dieses Vorgehen wird durch die oben genannte Studie von Jequier et al (15) unterstützt).
- Sofern nach der 1. Impfung erstmals oder erneut Apnoen und/

oder Bradykardien auftreten, zur 2. Impfung eine adäquate Überwachung der Atmung (und gegebenenfalls Herzfrequenz) für 48 bis 72 Stunden sicherzustellen, vorzugsweise im Rahmen einer vorübergehenden Hospitalisation (auch dieses Vorgehen wird durch die oben genannte Studie von Jequier et al (15) unterstützt).

- Sofern nach der 2. Impfung keine Apnoen und/oder Bradykardien auftreten und das Kind zum Zeitpunkt der 3. Impfung klinisch unauffällig ist, diese wieder wie üblich ambulant zu verabreichen (in Analogie zum Vorgehen bei der 2. Dosis).
- Sofern nach der 2. Impfung erstmals oder erneut Apnoen und/oder Bradykardien auftreten, zur 3. Impfung eine adäquate Überwachung der Atmung (und gegebenenfalls Herzfrequenz) für 48 bis 72 Stunden sicherzustellen, vorzugsweise im Rahmen einer vorübergehenden Hospitalisation (in Analogie zum Vorgehen bei der 2. Dosis)“.

Als Datenlage wird unter anderem ausgeführt: „Das Auftreten von Apnoen (Atempausen von mindestens 20 Sekunden Dauer) und/oder Bradykardien (Abfall der Herzfrequenz < 80/Minute) im zeitlichen Zusammenhang zu Impfungen ist bei Frühgeborenen in der Literatur gut dokumentiert... Als stärkster Risikofaktor für das Auftreten von Apnoen innerhalb von 48 bis 72 Stunden nach einer Impfung gilt das Auftreten von mehr als einer Apnoe in den der Impfung vorausgehenden 24 Stunden... Inwieweit postnatale Apnoen kausal durch die Impfung(en) verursacht sind, ist unklar, da in den bisherigen Studien keine Kontrollpatienten enthalten waren...“

Folgende Probleme bleiben offen:

1. Wie ist zu verfahren, wenn stationär nicht alle Erstimpfungen der Grundimmunisierung der empfohlenen Standardimpfungen durchgeführt worden sind, das Frühgeborene aber ambulant symptomfrei ist. Ein Beispiel wäre die Rotavirusimpfung, die bisher in Deutschland nur in Sach-

sen generell empfohlen worden ist.

2. Die dringende Aufforderung an die neonatologischen Zentren, klar zu entscheiden, ob die 2. und/oder 3. Impfung der Grundimmunisierung ambulant (ohne Monitorüberwachung) durchgeführt werden kann oder nicht und dies bei Entlassung schriftlich den Eltern für den Kinderarzt mitzugeben.

3. Auch bisher gab es Risikokinder, die zur Impfung stationär eingewiesen worden sind, auch solche, die nach der 28. SSW geboren worden waren. Ist auch in diesen Fällen grundsätzlich jede erste Impfung aller Standardimpfungen stationär durchzuführen?

Beispiele: Frühgeborene mit einem Gestationsalter älter als 28. vollendete SSW, aber in der Anamnese ein bedeutsames Apnoe-Bradykardie-Syndrom, zur Entlassung symptomfrei; oder aber zum Zeitpunkt der Entlassung noch ein behandlungsbedürftiges Apnoe-Bradykardie-Syndrom (Amiophyllin oral, Coffein oral) oder eine relevante Bronchopulmonale Dysplasie? (Diuretika oral, eventuell häusliche Sauerstofftherapie notwendig).

4. Wie soll bei der RSV-Prophylaxe extrem unreifer Frühgeborener (passive Immunisierung mit Palivizumab) vorgegangen werden? Auch hierbei wurde in der Literatur über ein gehäuftes Auftreten von Apnoen berichtet.

5. Auf elektronische Anfrage bei den Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen, die als Gäste regelmäßig an den SIKO-Sitzungen teilnehmen (AOK Plus, VdAK), hinsichtlich der Finanzierung der stationären Impfung und des dreitägigen Beobachtungsaufenthaltes in einer geeigneten Klinik, war nichts bekannt, das Problem offenbar neu. Auch steht die Regelung der Abrechnung der Impfstoffkosten bei stationärer Impfung aus. Beides wurde seitens der SIKO bei den GKK angemaht.

Auch wenn der Autor die Einführung dieser generellen Verfahrensweise quasi durch die Hintertür bei allen

Frühgeborenen < 28 SSW als übereilten Schritt, weil ohne jedes geregelte Management bezeichnen muss, zumal keinerlei evidenzbasierte Daten vorgelegt worden sind, **fordert die Sächsische Impfkommision (SIKO) aus juristischen Gründen alle Ärzte, die Frühgeborene < 28. SSW impfen, hiermit auf, die Empfehlungen der DAKJ zu beachten.**

Zur Abwendung möglicher negativer Folgen solcher unkoordinierten Aktionen (Senkung der Durchimmunisierungsraten und Verschiebung des optimalen Impfalters nach oben bei Frühgeborenen, Diskriminierung der Impfpflichtigen allgemein bei Impfskeptikern und -gegnern) bittet die Sächsische Impfkommision alle Impfärzte, ihr bekanntes und anerkanntes

Engagement in der Sache zum Wohle der uns anvertrauten Patienten noch zu verstärken.

Literatur beim Verfasser

Der volle Wortlaut Lit.1: www.DAKJ.de

Autor und Korrespondenzadresse:

Sächsische Impfkommision

Vorsitzender: Prof. Dr. med. habil.

Siegwart Bigl

Ludwigsburgstraße 21, 09114 Chemnitz

Tel.: 0371 3360422, E-Mail: siegwart@bigl.de

Datenaustausch zur Fortbildungspflicht

Sächsische Landesärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung Sachsen beschließen Datenaustausch zum Fortbildungsnachweis ihrer Mitglieder gemäß § 95d SGB V

Entsprechend den Vorgaben des § 95d SGB V haben Vertragsärzte und -psychotherapeuten die Verpflichtung, sich in dem Umfang fachlich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Fortentwicklung der zur Berufsausübung in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist. Der Gesetzgeber führt in § 95d Abs. 3 SGB V hierzu weiter aus, dass der Vertragsarzt bzw. -psychotherapeut dafür alle fünf Jahre gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung den Nachweis zu erbringen hat, dass er in dem zurückliegenden Fünfjahreszeitraum seiner Fortbildungspflicht nach § 95d Abs. 1 SGB V nachgekommen ist. Maßstab hierfür ist der Erwerb von 250 Fortbildungspunkten innerhalb der genannten Frist.

Für Vertragsärzte und -psychotherapeuten, die bereits am 30. Juni 2004 zugelassen gewesen sind, ist ein solcher Nachweis damit erstmals zum 30. Juni 2009 zu erbringen. Der Ge-

setzgeber hat mit seiner Festlegung im SGB V zugleich verfügt, dass die Kassenärztliche Vereinigung verpflichtet ist, gegebenenfalls Honorarkürzungen in gestufter Form vorzunehmen, wenn der entsprechende Nachweis über das Erreichen von 250 Punkten nicht oder nicht vollständig erbracht wird. Diese Regelung gilt für alle zugelassenen, ermächtigten und in medizinischen Versorgungszentren oder bei einem Vertragsarzt oder -psychotherapeuten angestellten Ärzte, Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Grundlage des Fortbildungsnachweises ist das Fortbildungszertifikat der Landesärztekammern.

Die Sächsische Landesärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen haben jetzt auf der Grundlage eines allgemeinen Datenabgleiches, der auch die beiden Einrichtungen zu übermittelnden Meldedaten erfasst, vereinbart, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen zum 1. Stichtag und zukünftig in regelmäßigen Abständen von der Sächsischen Landesärztekammer eine arztbezogene Information darüber erhält, ob der oben genannte Nachweis durch den sächsischen Vertragsarzt zum jeweiligen Stichtag erbracht wurde und wie sich der punktemäßige Stand des Fortbildungskontos

zum jeweiligen Stichtag darstellt. Damit entfällt für die sächsischen Vertragsärzte die (getrennte) zusätzliche Nachweisführung über die absolvierten Fortbildungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen.

Die von Sächsischer Landesärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung Sachsen geschlossene Vereinbarung trägt somit dem Servicegedanken, dem beide ärztlichen Körperschaften ihren Mitgliedern gegenüber nachhaltig verpflichtet sind, Rechnung.

Wir weisen mit dieser Information nochmals auf den Stichtag 30.6.2009 hin und möchten Sie gleichzeitig bitten – falls Sie noch nicht über ein gültiges Fortbildungszertifikat verfügen – die Ihnen vorliegenden Fortbildungsnachweise zu sichten. Mit Erreichen der geforderten 250 Punkte innerhalb des Fünfjahreszeitraums kann das Zertifikat bei der Sächsischen Landesärztekammer beantragt werden. Einzelbescheinigungen, die noch nicht im Punktekonto erfasst wurden, sind bei Antragstellung des Fortbildungszertifikates mit geltend zu machen. Für die Antragstellung hält die Sächsische Landesärztekammer entsprechende Antragsformulare sowie ergänzende Informationen auf ihren Internetseiten bereit (www.slaek.de).

Vernetzung der Ausschüsse

Bericht von der gemeinsamen Sitzung des Ausschusses Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie und des Ausschusses Krankenhaus

Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer hatte auf seiner Klausurtagung im September 2007 beschlossen, die Zusammenarbeit der Ausschüsse zu vertiefen und die Kooperation weiter zu fördern. Dieses Vorhaben wurde auf der Klausurtagung der Ausschussvorsitzenden am 28. Mai 2008 von den anwesenden Vorsitzenden der Ausschüsse außerordentlich begrüßt. Neben der Erarbeitung von gemeinsamen Schwerpunktthemen wurden als Instrumente für die Kooperation gemeinsame Beratungen und die Durchführung gemeinsamer Informations- und Fortbildungsveranstaltungen diskutiert (vergleiche „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 7/2008).

Für eine gemeinsame Sitzung trafen sich zur Erörterung des umfangreichen Themas „Qualitätsberichte“ die Mitglieder des Ausschusses Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie und des Ausschusses Krankenhauses der Sächsischen Landesärztekammer am 9. Juli 2008. Die Vorsitzenden der Ausschüsse Frau Dr. med. habil. Maria Eberlein-Gonska und Dr. med. Eberhard Huschke führten in die Thematik ein.

Krankenhäuser sind gesetzlich ab 2005 (für 2004) gemäß § 137 SGB V verpflichtet, aller zwei Jahre Qualitätsberichte zu veröffentlichen. Der Qualitätsbericht enthält Angaben zum Spektrum und Anzahl der Leistungen sowie dem Stand der Qualitätssicherung aller Krankenhäuser. Er wird im Internet veröffentlicht und soll Grundlage für die Empfehlungen von einweisenden Ärzten sowie Kostenträgern sein. Bereits im Jahr 2003 haben die Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft unter

Beteiligung der Bundesärztekammer und des Deutschen Pflegerates in einer Vereinbarung Inhalt und Umfang der Qualitätsberichte festgelegt. Ziele des Qualitätsberichts umfassen „... 1. Information und Entscheidungshilfe für Versicherte und Patienten im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung, 2. eine Orientierungshilfe bei der Einweisung und Weiterbetreuung der Patienten insbesondere für Vertragsärzte und Krankenkassen, 3. die Möglichkeit für die Krankenhäuser, ihre Leistungen nach Art, Anzahl und Qualität nach außen transparent und sichtbar darzustellen...“ (Quelle: Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V über Inhalt und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser – Vereinbarung zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser vom 17. Oktober 2006, zuletzt geändert am 21. Juni 2007).

Frau Dr. med. habil. Eberlein-Gonska schlussfolgerte in ihrem Vortrag, der unter dem Titel „Darlegung von Qualität – Marketing und Qualitätsmanagement – ein Widerspruch?“ stand, dass Krankenhäuser nachhaltig mit Patienten und den einweisenden Ärzten kommunizieren und auf marktschreierische Aktionen verzichten sollten. Eine Studie für das Uniklinikum Dresden hatte gezeigt, dass für Patienten das Fachwissen der Ärzte mit Abstand das wichtigste Kriterium bei der Beurteilung von Krankenhäusern ist. So reicht eine gute medizinische Qualifikation allein heute nicht mehr aus, um im Wettbewerb (nach innen und außen) zu bestehen, das heißt Patienten zu gewinnen und langfristig zu binden sowie Mitarbeiter zu motivieren und zu rekrutieren. Im Vordergrund steht, Qualität zu liefern und diese auch entsprechend zu kommunizieren. Qualitätsberichte stellen hierfür ein geeignetes Mittel dar.

Dr. med. Eberhard Huschke begrüßte die Veröffentlichung von Qualitäts-

daten in den strukturierten Qualitätsberichten und hob hervor, dass die Inhalte der Qualitätsberichte zunehmend in den Mittelpunkt des Interesses einer großen Öffentlichkeit gelangt seien. Hierzu gehört zum Beispiel die Veröffentlichung eines sächsischen Krankenhausführers. Hierbei ist anzumerken, dass die Bewertung von Krankenhäusern (ausschließlich) nach invasiven Verfahren erfolgte, die „sprechende“ Medizin unberücksichtigt blieb. Es gestaltet sich sehr schwierig, das Informationsbedürfnis der Patienten sinnvoll und valide zu erfüllen.

Die unterschiedlichen Zielgruppen des Qualitätsberichts stellen hohe Anforderungen an die Gestaltung des Berichts, da diese (Ärzte, Patienten, Krankenkassen, Selbsthilfegruppen) naturgemäß unterschiedliche Termini verwenden. Für den einweisenden Arzt, so waren sich die anwesenden Ausschussmitglieder in der nachfolgenden Diskussion einig, enthält der Qualitätsbericht wichtige Hinweise zum Beispiel über Leistungsbereiche einer stationären Einrichtung. Kritisiert wurde die Lesbarkeit der Berichte, insofern könnte der Arzt seine Patienten bei der Interpretation der in den Qualitätsberichten enthaltenden Fakten und Daten unterstützen. Die Bundesärztekammer bietet einen Leitfaden zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichte. Die Teilnehmer sahen insbesondere hinsichtlich des Umgangs mit den Qualitätsberichten weiteren Informationsbedarf.

Für das Jahr 2009 (voraussichtlich am 26. März 2009) ist eine Informations- und Fortbildungsveranstaltung zum Thema Qualitätsberichte vorgesehen.

Die strukturierten Qualitätsberichte sind über die Homepages der einzelnen Krankenhäuser abrufbar.

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

Ablauf von weiteren Übergangsbestimmungen in der Weiterbildungsordnung

Hinweise auf befristete Übergangsregelungen:

- für die Anerkennung von Schwerpunkten und Zusatzbezeichnungen nach der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 08. November 1993 sowie
- für Anerkennungen neuer eingeführter Arztbezeichnungen nach der derzeit gültigen Weiterbildungsordnung vom 26. November 2005.

Die neue Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 26. November 2005 ist zum 01.01.2006 in Kraft getreten.

Der Weiterbildungsausschuss möchte auf die Frist zur Beantragung der Anerkennung von Schwerpunkten

und Zusatzbezeichnungen auf Grundlage der bisher gültigen Weiterbildungsordnung vom 08. November 1993 hinweisen.

Gemäß § 20 Abs. 5 und 6 der neuen Weiterbildungsordnung können Kammermitglieder, die sich bei Inkrafttreten dieser Weiterbildungsordnung nach Facharztanerkennung in einer Weiterbildung zum Schwerpunkt oder in einem Bereich (Zusatzbezeichnung) befinden, diese innerhalb einer Frist von drei Jahren nach den Bestimmungen der bisher gültigen Weiterbildungsordnung abschließen und die Zulassung zur Prüfung beantragen.

Danach kann die Anerkennung für Schwerpunkte und Zusatzbezeichnungen nach den Bestimmungen der bisher gültigen Weiterbildungsordnung nur noch bis zum 31. 12. 2008 beantragt und erteilt werden.

Nach § 20 Abs. 8 letzter Absatz der neuen Weiterbildungsordnung kön-

nen Anträge auf Anerkennungen von Arztbezeichnungen, die neu in diese Weiterbildungsordnung aufgenommen wurden, im Rahmen von Übergangsbestimmungen ebenfalls nur innerhalb einer Frist von drei Jahren gestellt werden. Anträge im Rahmen der Übergangsregelungen können daher nur bis 31.12.2008 berücksichtigt werden.

Für alle Anträge, die nach dieser Frist eingehen, muss grundsätzlich die reguläre Weiterbildung entsprechend den Forderungen der neuen Weiterbildungsordnung nachgewiesen werden.

Die bisher gültige und die neue Weiterbildungsordnung können auf der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer unter <http://www.slaek.de> in der Rubrik Weiterbildung eingesehen werden.

Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler
Vorsitzender des Ausschusses Weiterbildung
der Sächsischen Landesärztekammer

Der Weg in die eigene Praxis

Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden und die Deutsche Apotheker- und Ärztekammer, Filiale Dresden veranstalten gemeinsam ein Seminar für Praxisgründer

DER WEG IN DIE EIGENE PRAXIS – Planung – Zulassungsrecht und Investitionen – Kooperationsmöglichkeiten

Das Seminar will niederlassungswilligen Ärzten die notwendigen Kenntnisse über die wirtschaftlichen und rechtlichen Anforderungen des „Wirtschaftsunternehmens Arztpraxis“ vermitteln.

Themenschwerpunkte:

- Voraussetzungen einer Niederlassung

- Was kommt, was bleibt: aktuelle Tendenzen im Gesundheitswesen
- Praxisübernahme und Praxisneugründung – Welche Möglichkeiten bestehen heute noch?
- Formen ärztlicher Zusammenarbeit, Moderne Zeiten, nichts ist wie es war
- Neues Vertragsarztrecht 2007 (VÄndG)
- Der „neue“ angestellte Arzt
- Neue Versorgungsformen
 - Überörtlichkeit und Filialbildung
 - Anstellung von Ärzten und weiteren Gestaltungsmöglichkeiten
- Verträge in der Praxis – ein Muss!
- Praxisräume: Mieten oder Kaufen?
- Familienrechtliche Absicherung: Ehevertrag
- Der angemessene Kaufpreis einer Arztpraxis
- Steuerliche Aspekte

Das Seminar findet statt am **5. November 2008, von 16.00 bis 20.00 Uhr** im Hause der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden.

Die Teilnahmegebühr beträgt **70 EURO**.

Anmeldungen sind bitte bis zum 20. Oktober 2008 zu richten an die

Kassenärztliche Vereinigung
Sachsen
Bezirksgeschäftsstelle Dresden
Abt. Sicherstellung
PF 10 06 41, 01076 Dresden
(FAX: 0351 8828-199,
E-Mail: si@kvs-dresden.de)
Telefonische Rückfragen bitte unter
0351 8828-315

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen

Der formbare Körper – Optimierung um welchen Preis?



Diskussions- und Vortragsreihe im Deutschen Hygiene-Museum

Möglichkeiten, den Körper nach den eigenen Wünschen und Schönheitsvorstellungen zu gestalten, wurden schon immer genutzt. Doch mit den heutigen medizinischen und pharmakologischen Entwicklungen und neuen Formen körperlichen Trainings sind Vielfalt und Zugänglichkeit für körperliche Veränderungen und Leistungssteigerungen erheblich gewachsen. Doping, Hirndoping oder Bodytuning sind nur einige der Schlagworte, die in diesem Zusammenhang Hochkonjunktur haben. In einer Veranstaltungsreihe zu diesem Themenbereich des Deutschen Hygiene-Museums und der Sächsischen Landesärztekammer beschäftigen sich die Referenten aus historischem, medizinischem, soziologischem und künstlerischem Blickwinkel mit aktuellen Entwicklungen der Körperoptimierung und fragen nach deren Möglichkeiten und Risiken, den Motiven der Einzelnen sowie nach gesellschaftlichen Ursachen und Wirkungen.

Themen und Termine:

10. September 2008, 19 Uhr

Kraft und Muskeln – Doping im Leistungs- und Breitensport

Friedemann Schmidt, Präsident der Sächsischen Landesapothekerkammer; Prof. Dr. Rudhard Klaus Müller, ehemaliger Leiter des Instituts für Dopinganalytik Kreischa, Vorstandsmitglied der Nationalen Anti-Doping-Agentur

17. September 2008, 19 Uhr

Besser denken mit Pillen: Was ist möglich und wie weit dürfen wir gehen?

Prof. Dr. Vjera Holthoff, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl

Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden;
Roland Kipke, Institut für Geschichte der Medizin, Charite Universitätsmedizin Berlin

24. September 2008, 19 Uhr

Der formbare Körper: Schönheit zwischen Hoffnungen, Ängsten und Interessen

Prof. em. Dr. Ursula Pfäfflin, Professorin für Theologie und Genderstudien, Evangelische Hochschule für Soziale Arbeit Dresden;

Dr. Steffen Handstein, Chefarzt der Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Brustchirurgie, Städtisches Klinikum Görlitz gGmbH

1. Oktober 2008, 19.00 Uhr

Leibeigenes Paradies? Der Körper als das intime Territorium unserer Freuden und Schrecken

Der Schriftsteller Georg Klein im Gespräch mit Prof. Dr. Peter Joraschky, Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden

In diesem ungewöhnlichen Veranstaltungsformat liest der mit dem Ingeborg-Bachmann-Preis ausgezeichnete Autor Georg Klein zunächst einige Passagen aus seinem Roman „Sünde Güte Blitz“, 2007. Anschließend führt er mit dem Dresdner Psychotherapeuten Prof. Peter Joraschky ein Gespräch über die leiblichen und seelischen Potentiale unseres Körpers.

Ort: Deutsches Hygiene-Museum, Martha-Fraenkel-Saal

Die Veranstaltungen werden durch die Sächsische Landesärztekammer als zertifizierte Ärztefortbildung mit je zwei Punkten anerkannt.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug
Vorsitzender des Redaktionskollegiums
„Ärztblatt Sachsen“

15 Jahre Perinatal- und Neonatalerhebung in Sachsen (1992 bis 1996)

Die Sicherung der Qualität ärztlichen Handelns ist fester Bestandteil der ärztlichen Berufsausübung. Zum 15-jährigen Jubiläum der Perinatal- und Neonatalerhebung in Sachsen wurden die Entwicklung und die wichtigsten Ergebnisse seit Beginn der Erhebung im Jahr 1992 in einer Festschrift vorgelegt.

Sie ist ein Beleg für das engagierte, ergebnisorientierte Zusammenwirken von Haupt- und Ehrenamtlern im Bereich der Geburtshilfe und Neonatologie.

Gegenwärtig beteiligen sich 49 geburtshilfliche Einrichtungen und 34 neonatologischen Kliniken und Abteilungen an dem Qualitätsmanagement-Projekt in Sachsen.

Diese Broschüre kann schriftlich an Sächsische Landesärztekammer, Referat Projektgeschäftsstelle oder per E-Mail unter: quali@slaek.de angefordert werden.

Dipl.-Med. Annette Kaiser
Leiterin Projektgeschäftsstelle

42. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)

„Allgemeinmedizin: Basis für ein solides Gesundheitswesen“

25. bis 27. September 2008

Tagungsort: Campus Benjamin Franklin der Charité, Hindenburgdamm 30, 12200 Berlin. Das ausführliche Tagungsprogramm ist auf der Homepage der DEGAM (www.degam.de) verfügbar.

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 Neurologie und Psychiatrie

Reg.-Nr. 08/C040
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.09.2008

Facharzt für Augenheilkunde

Reg.-Nr. 08/C041

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin (Vertragsarztsitz einer Berufsausübungsgemeinschaft)

Reg.-Nr. 08/C042

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 08/C043

Annaberg

Praktischer Arzt*)

Reg.-Nr. 08/C044

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Augenheilkunde

Reg.-Nr. 08/C045

Freiberg

Facharzt für Urologie

Reg.-Nr. 08/C046

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 08.10.2008 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel.: (0371) 27 89-406 oder 27 89-403 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden Bautzen

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 08/D056

Meißen

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Reg.-Nr. 08/D057

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10.10.2008 an die Kassenärzt-

liche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 8828-310, zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 08/L083

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 08/L084

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 08/L085

Facharzt für Augenheilkunde

Reg.-Nr. 08/L086

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

(Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 08/L087

Facharzt für Nervenheilkunde

Reg.-Nr. 08/L088

Muldentalkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 08/L089

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 08/L090

Torgau-Oschatz

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 08/091

Delitzsch

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 08/L092

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10.10.2008 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.: (0341) 243 21 54 zu richten.

Konzerte und Ausstellungen

Sächsische Landesärztekammer Konzerte

Festsaal, Sonntag, 5. Oktober 2008

11.00 Uhr – Junge Matinee

Klaviermusik – Solo- und

Kammermusik

Schülerinnen und Schüler des

Sächsischen Landesgymnasiums für

Musik Carl Maria von Weber Dresden

Ausstellung Foyer und 4. Etage

Jana Morgenstern –

„Korund“

17.9.2008 bis 16.11.2008

Vernissage: Donnerstag,

18. September 2008, 19.30 Uhr

Einführung: Dr. sc. phil. Ingrid Koch,

Kulturjournalistin, Dresden

Sächsische Ärzteversorgung Ausstellung

2. Etage

Beate Bilkenroth

Malerei – „WBS 70“

17.9.2008 bis 31.3.2009

Vernissage: Mittwoch,

17. September 2008, 19.00 Uhr

Foyer der Sächsischen Ärzteversorgung

Dr. Ludwik Lejzer Zamenhof – Augenarzt und Pionier der Völkerverständigung

H.-J. Gräfe

Zusammenfassung:

Seit Menschengedenken besteht der Wunsch, Sprachgrenzen zu überwinden und eine gemeinsame Sprache zu beherrschen.

Dr. Ludwik Lejzer Zamenhof (1859 bis 1917), ein polnischer Augenarzt jüdischen Glaubensbekenntnisses, hat es geschafft 1878 ESPERANTO als Plansprache zu entwickeln, die diesem Wunsche Rechnung trägt. Der Lebensweg und der Kampf für seine Idee sowie das Schicksal seiner Familie wird ohne Anspruch auf Vollständigkeit aufgezeigt. Im Zeitalter der Globalisierung kann von der Idee Zamenhofs profitiert werden. Es gibt bereits eine erhebliche Anzahl von Menschen weltweit, die mit Esperanto kommunizieren können. Das humanistische Bemühen von Dr. Ludwik Zamenhof sollte zur friedlichen Verständigung wegweisend sein.

Schlüsselwörter:

Dr. Ludwik Zamenhof, Augenarzt, Plansprachen, Esperanto, Völkerverständigung.

Ludwik Lejzer (Lazarus) Zamenhof wurde am 15. Dezember 1859 in der polnischen Stadt Bialystok geboren. Damals gehörte diese Stadt zum Russischen Reich. Die Stadt Bialystok war zu jener Zeit eine ethnisch gemischte Stadt. Angesiedelt waren Polen, Weißrussen, Deutsche und vor allem jiddisch sprechende Juden. Bialystok war somit ein Sammelbecken verschiedener Kulturen. Die größte Gruppe der Menschen, etwa 60 Prozent, wurde durch die Juden gebildet. Somit wurde das Leben in dieser Stadt von vielen Sprachen geprägt. Das Jiddische wurde von den Händlern und Kaufleuten gesprochen. Polnisch war die Sprache der Bürger. Die deutsche Sprache hörte man vorzugsweise durch die Hand-

werker. Litauisch war die Sprache der Bauern, die den Markt belebten. Russisch wurde von den Beamten und vom Militär gesprochen. Es war die Sprache der Herrschenden und galt damit als offizielle Verkehrssprache. Russisch war auch die Muttersprache von Ludwik.

Die verschiedenen Nationalitäten hatten demzufolge ihre eigenen Religionen. Die Juden gingen in die Synagoge, die Polen in die katholische Kirche, die Deutschen in die evangelische Kirche und die Russen gingen in die orthodoxe Kirche. Der junge heranwachsende Ludwik Zamenhof hatte dadurch in seiner Kindheit und Jugend zu erleben, wie sich die Völkergruppen untereinander missverstanden, wie sie untereinander stritten und es immer und immer wieder zu Auseinandersetzungen, auch tätlichen, zwischen den einzelnen Völkergruppen kam.

Ludwik Zamenhof lebte in einer intellektuellen Familie. Sein Vater Mordechaj (Markus) war wie sein Großvater von der jüdischen Aufklärungsbewegung Halaska beeinflusst. Die Familie suchte Anschluss an die europäische Kultur und an das Land, in dem sie lebten. Markus Zamenhof unterschied sich menschlich und charakterlich als Atheist und Russe von seiner religiöseren und jiddisch sprechenden Frau Rozalia. Er war als Lehrer für die Sprachen Deutsch und Französisch beschäftigt und er verfasste auch Lehrmaterialien. Er arbeitete in einer Sprachschule, war Schulspektor und zensierte für das strenge Zarenreich. Er erhielt den Titel eines Staatsrates.

Der junge Lejzer (Lazarus) legte sich nach damaligem Brauch auch einen nichtjüdischen Vornamen, also Ludwik, zu.

Zuerst besuchte er die Schule in Bialystok, nach dem Umzug der Eltern nach Warschau ab 1874 das Gymnasium in Warschau. Nach dem Abitur studierte er Medizin, zuerst in Moskau und später, nach antijüdischen Pogromen in Rußland, weiter in Warschau.

Schon als Kind interessierte sich Ludwik, geprägt durch seinen Vater, für fremde Sprachen. Die bevorzugte Sprache des Vaters war Russisch, die der Mutter Jiddisch. Von seiner Umgebung dürfte Ludwik Polnisch gelernt haben. In der Schule lernte er Deutsch, Französisch, Englisch und die klassischen Sprachen Latein und Griechisch. Außerdem hat er Hebräisch beherrscht, denn er hat später das Alte Testament in die von ihm entwickelte Plansprache Esperanto übersetzt.

Der von frühester Kindheit an bestehende Traum von Ludwik Zamenhof bestand darin, vor allem durch seine Erfahrungen aus der Kindheit und Jugendzeit, eine leicht zu erlernende Sprache, die hilfreich die zerstrittenen Menschen und Völkergruppen einen könnte, zu schaffen.

Ludwiks erster Versuch, eine neue und völkerverständigende Sprache zu schaffen, war die heute nur noch teilweise überlieferte „Lingwe Uniwersale“, in der er mit seinen Freunden zu seinem 18. Geburtstag ein Lied sang und sich verständigte.

Zamenhof war aber nicht der erste Mensch, der die Idee für eine universale Sprache entwickelte. Im Rahmen der Menschheitsgeschichte gab es immer und immer wieder Leute, die daran dachten, mit einer einheitlichen Sprache eine Völkerverständigung herbeizuführen.

Die frühesten Sprachkreationen waren wahrscheinlich Geheimsprachen, die erstmals im antiken Griechenland belegt sind.

Als älteste konstruierte Sprache mit bekanntem Autor wird oft die „Lingua ignota“ genannt, die im 12. Jahrhundert von Hildegard von Bingen geprägt wurde. Allerdings konnte diese Sprache keine eigene Grammatik aufweisen und sie verfügt über ein Vokabular von höchstens 1000 Wörtern. Bereits Bacon, Descartes, Leibniz und andere Aufklärer schlugen philosophisch intendierte Universalsprachen vor.

Die seit dem Spätmittelalter bezeugte Sprache der Bettler und Gauner in Deutschland – das Rotwelsch –

gehört wie Argot aus Frankreich zu den Geheimsprachen. Selbst „Zwillingssprachen“, die zwischen Zwillingen beziehungsweise Geschwistern eine häufig anzutreffende Kommunikationsform darstellen, gehören zu den Geheimsprachen, da sie außer den Geschwistern, die sie erfunden haben, meist kein anderer verstehen kann.

Die konstruierten Sprachen oder künstlichen Sprachen sind Lautäußerungen beziehungsweise Sprachformen, die von einer Person oder von einer Gruppe aus verschiedenen Gründen und zu verschiedenen Zwecken neu entwickelt wurden. Diese stehen im Gegensatz zu den natürlichen Sprachen. Neben den fiktionalen Sprachen und Geheimsprachen kennt man die Plansprachen.

Als Plansprachen bezeichnet man jene konstruierten Sprachen, die für zwischenmenschliche Kommunikation geschaffen wurden.

Am häufigsten ist das Ziel der Plansprachen eine internationale Verständigung zu erreichen. Daher spricht man auch von Welthilfssprachen. Von diesen sind ESPERANTO (Zamenhof 1878) und dessen Ableger, sogenannte Esperantiden, wie IDO (Louis de Beaufront 1907) und INTERLINGUA (Alexander Gode 1951) als Beispiele zu nennen. Bekannte Vorgänger des Esperanto waren das musikalische SOLRESOL, das ab 1817 vom französischen Musiklehrer Francois Sudre entwickelt wurde, und das 1880 vorgestellte VOLAPÜK von Priester Johann Martin Schleyer. Keine der Welthilfssprachen konnte bisher eine solche weltweite Verbreitung finden wie zum Beispiel Esperanto, um als eine allgemeine Verkehrssprache (Lingua Franca) Verwendung zu haben. Von den natürlichen Sprachen ist das Englische gegenwärtig auf dem Siegeszug.

Kehren wir nun zurück zu Zamenhof mit seiner Idee zur Lingua uniwersale. Um Konflikte lösen zu können, müssten sich Menschen unmittelbar verstehen und verständigen können. Aber in welcher Sprache sollte das geschehen? Zamenhof war es klar, dass die Lösung nur in der Anwen-

dung einer neutralen Sprache liegen könnte. Diese müsste jedoch leicht erlernbar sein. Voraussetzung war, dass jeder seine Muttersprache behalten konnte aber zusätzlich die neutrale Sprache beherrscht. Dieser Gedanke, den Menschen eine gemeinsame Sprache zu geben, ließ den jungen Zamenhof nicht mehr los.

Im Jahr 1878 bestand er mit Erfolg das Abitur und gleichzeitig lag seine erste Fassung des Esperanto vor, die er Lingua uniwersale nannte.

Im Jahr 1879 begann Ludwik Zamenhof das Studium der Medizin in Moskau. Nach der Rückkehr aus Moskau musste er feststellen, dass sein Vater alle seine Manuskripte, die Arbeit vieler Jahre, verbrannt hatte. Zamenhofs Vater war in Ungnade gefallen und hatte aus Angst vor Repressalien diesen Schritt getan in Folge der vorgegangenen Judenprogrome. Daraufhin machte sich Ludwik Zamenhof erneut ans Werk und er verbesserte seine Idee. Im Jahre 1885 war er mit seinem Sprachentwurf fertig. Gern hätte er seine Idee in Buchform veröffentlicht, aber es fehlten ihm die materiellen Voraussetzungen dazu. Er setzte sein Medizinstudium in Warschau fort. Sein besonderes Interesse galt dabei der Augenheilkunde. Später spezialisierte er sich in diesem Fachgebiet unter anderem in Wien. Im Winter 1886/87 lernte er Klara Silbernik aus Kaunas kennen. Sie war die Tochter eines wohlhabenden Seifenfabrikanten.

Der künftige Schwiegervater unterstützte weitsichtig das Vorhaben einer Veröffentlichung. Die erste Ausgabe seines Buches war für die russisch und polnisch sprechende Bevölkerung gedacht. Sie erschien am 26. Juli 1887. Veröffentlichungen in verschiedenen anderen Sprachen folgten. Der deutsche Titel lautete „Internationale Sprache“. Die Ausgabe enthielt ein Vorwort, eine kurze Grammatik, ein Vokabular, 927 Wortstämme und einige Textbeispiele. Als Verfasser setzte er den Namen „Dr. Esperanto“ (ein Hoffender) als Synonym ein, denn Zamenhof fürchtete um seinen Ruf als Arzt. Die Wirkung

des Projektes blieb abzuwarten. Nach anfänglich zaghaften Reaktionen war der Durchbruch bald nicht mehr aufzuhalten. Es bürgerte sich jetzt das Pseudonym Esperanto als Name der Sprache ein.

Inzwischen erfolgte die Heirat von Klara und Ludwik am 9. August im Jahre 1887. Mit Klara hatte er drei Kinder, Adam (1888 bis 1940), Sofia (1889 bis 1942) und Lidia (1904 bis 1942). Besonders die heranwachsende Lidia begeisterte sich bald selbst für Esperanto und sie lehrte später die Sprache und verbreitete sie auf Reisen durch Europa und Amerika.

Zamenhof selbst als Augenarzt hatte lange Zeit zu kämpfen, um sich eine sichere wirtschaftliche Existenz in der Medizin aufzubauen. Um die Jahrhundertwende gelang es ihm endlich sich zu festigen.

Neben seiner Profession als Arzt galt die meiste Zeit seinem Ideal der völkerverständigenden Sprache Esperanto. Die Sprache hatte immer mehr Erfolg. Nun bildeten sich in vielen Ländern lokale Gruppen. Wichtige Gesellschaften unterstützten die Sprache und auch bedeutende Gelehrte schlossen sich ihr an.

Es gelang Zamenhof die Zeitschrift „La Esperantisto“ und auch jährliche Adressbücher herauszugeben. Das Volapük des deutschen Geistlichen Johann Martin Schleyer (1831 bis 1912) aus Süddeutschland, das von ihm um 1880 als Plansprache entwickelt wurde, stand in Konkurrenz zum Esperanto. Der schnelle Niedergang von Volapük durch Streitigkeiten seiner Anhänger brachte den Esperantisten Zuwachs.

Um 1900 fasste Esperanto nach dem Russischen Reich auch in Schweden und in Westeuropa Fuß. Als zweite Geburtsstunde des Esperanto ist der erste Weltkongress im Jahre 1905 im französischen Boulogne-sur-Mer zu sehen. Fast 700 Menschen aus 20 Ländern trafen sich und sie verstanden sich mittels Esperanto mit dem ersten Wort. Hier einigte man sich unter anderem auf eine verbindliche Sprachform – das „Fundamento de Esperanto“. Das Esperanto-Alphabet

kennt 28 Buchstaben. Das Fundament besteht aus 16 grammatischen Regeln, einem Wörterbuch mit Wortstämmen und einem Textkorpus als sprachliches Modell. Diese normative Grundlage verhindert willkürliche Änderungen der Sprache, gibt aber gleichzeitig den Weg frei für weitere Entwicklungen. Eine Kommunikationsfähigkeit in Esperanto kann somit schnell erlangt werden. Unter günstigen Voraussetzungen bedarf es nur weniger Wochen Lernzeit, um mündlich und schriftlich kommunizieren zu können. Esperanto gehört damit keinem Land oder Volk. Es bevorzugt keine Kultur und es benachteiligt keine Kultur. Es gehört allen Menschen, die es sprechen, und es schlägt Brücken von einer Kultur zur anderen.

1905 hatte somit die neutrale internationale Sprache Esperanto ihre erste Bewährungsprobe bestanden. Bis zum Ausbruch des Ersten Weltkrieges wurden Ortsgruppen und Landesverbände auf allen Kontinenten von Esperantisten gegründet. Zamenhof lies sich seine Sprache nicht patentieren. Dies befreite ihn von der persönlichen Verantwortung für seine Sprache, die nun endgültig unabhängig von ihm wurde.

Zamenhof war noch von einer anderen Idee begeistert, nicht nur von einer neutralen Sprache, sondern auch von einer neutralen Weltanschauung. Somit war er dem Zeitgeist weit voraus.

Nachdem nun Esperanto selbständig war, veröffentlichte er seine Vorstellungen zuerst als „Hillelismus“ 1906, benannt nach dem vorchristlichen jüdischen Gelehrten namens Hillel (30v.Chr. bis 9n.Chr.). Bekannt wurde das Gedankengut unter der Esperanto-Bezeichnung Homaranismo. In Übersetzung bedeutet die Vokabel Lehre von der Menschheit. Die Menschheitslehre stellte eine Bekenntnis zur Völkerverständigung und religiösen Toleranz auf der Basis von gemeinsamen Grundsätzen dar. Homaranismo konnte allerdings keine wesentliche Bereicherung bringen, da sich die Menschen entweder als

Humanisten sehen und Humanismus leben oder sich konträr verhalten. Zamenhof, der mit Erfolg in seiner Augenarztpraxis in Warschau tätig war, erlebte den Kriegsausbruch des Ersten Weltkrieges in Köln, als er auf dem Wege von Warschau nach Paris war. Es sollte der 10. Weltkongress in Paris stattfinden. Dieser war aber nun durch die weltpolitische Krise nicht möglich geworden. Über einen Umweg durch Skandinavien kehrte Zamenhof nach Polen zurück. Zamenhof litt an den Folgen einer Herz- und Atemwegserkrankung. Er arbeitet dennoch an einer Esperanto-Bibelübersetzung. Weiterhin verfasste er eine Denkschrift an die Diplomaten, die bei Friedensverhandlungen die Rechte der Minderheiten beachten sollten. Noch während des Krieges verstarb Ludwik Zamenhof nur 57-jährig, gesundheitlich stark angeschlagen, in Warschau am 17. April 1917 offenbar an Herzversagen. Er praktizierte bis dahin als Augenarzt. Eine große Menschenmenge gab Zamenhof das letzte Geleit. Er wurde auf dem jüdischen Friedhof in Warschau bestattet. Nicht nur Anhänger des Esperanto trauerten um ihn, sondern vor allem auch seine Patienten, nicht zuletzt viele der Armen aus der jüdischen Bevölkerung.

Man erinnerte sich an ihn als einen bescheidenen, menschenfreundlichen jedoch schüchternen Mann. Er war sehr idealistisch und angenehm im Umgang. Er hat es in seinem Leben trotzdem geschickt verstanden, sich nicht von seiner Anhängerschaft instrumentalisiert zu lassen.

Auch die Geschwister und Kinder Zamenhofs lernten Esperanto und verbreiteten diese Sprache. Nach seinem Tode war sein Sohn Adam oft gern gesehener Ehrengast zu Esperanto-Kongressen. Adam Zamenhof war wie sein Vater Augenarzt und er übernahm die Praxis von seinem Vater gemeinsam mit seiner Ehefrau Wanda, geb. Frenkel (1893 bis 1954), die auch Augenärztin war.

Adam Zamenhof war ein fähiger Augenchirurg, der als einer der ersten in Europa komplizierte Glaukomoperationen durchführte sowie wichtige Beiträge zur Augenheilkunde

leistete. Adam und Wanda Zamenhof hatten einen Sohn, Louis-Christophe.

Die beiden Schwestern von Adam waren nicht verheiratet. Sophia war ebenfalls Ärztin und Lydia hatte Jura studiert. Alle drei Kinder Ludwik Zamenhofs waren Esperantisten.

Nach dem Ersten Weltkrieg erstarkte die Esperantobewegung, wurde aber immer durch die Politik im Auge behalten. Mit der Machtergreifung der Nationalsozialisten wurde insbesondere in Deutschland und in den anektierten Gebieten wegen der völkischen Ansicht Esperanto unterdrückt. Auch in der damaligen Sowjetunion wurde unter Stalin die Esperantobewegung bekämpft. Es gab viele menschliche Opfer nur wegen der Umsetzung einer humanistischen und völkerverständigenden Idee.

1939 wurde Polen okkupiert und das Haus der Familie Dr. Zamenhof, im Warschauer Ghetto gelegen, wurde völlig zerstört. Die Nachkommen Zamenhofs als Juden und Esperantisten waren besonders gefährdet. Adam Zamenhof, der als Oberarzt im Jüdischen Krankenhaus beschäftigt war, wurde 1940 direkt vom OP-Tisch von der SS weggeholt und auf einem Exekutierplatz in Warschau erschossen. Sophia und Lydia wurden aus dem Ghetto nach Treblinka gebracht, ebenso die Schwester von Ludwik Zamenhof, Ida Zimmermann, und 1942 ermordet. Wanda Zamenhof gelang die Flucht vom Transport mit ihrem damals 14-jährigen Sohn. Sie konnten sich verstecken und Louis wurde von einer christlichen polnischen Familie unter deren Namen aufgenommen und überlebte. Wanda kam 1954 bei einem Unfall ums Leben. Louis-Christophe Zaleski-Zamenhof ging ins Ausland, wo er als erfolgreicher Ingenieur arbeitete.

Nach dem Zweiten Weltkrieg gab es immer noch Länder, in denen Esperanto unterdrückt wurde. Erst nach Stalins Tod 1953 konnten die Verbände dort nach und nach ihre Arbeit wieder aufnehmen. Esperanto hatte in der Zeit der Verfolgung der Esperantisten unter Hitler und Stalin auch den Beinamen „die gefährliche Sprache“.

In der ehemaligen DDR war von 1949 bis 1965 die Bildung von Esperanto-Vereinigungen untersagt. Erst 1965 gelang es, einen Zentralen Arbeitskreis Esperanto im Rahmen des Kulturbundes einzurichten.

Nach 1989 gewann die weltweite Esperantobewegung einen neuen Aufschwung. Esperanto hat heute auch den Beinamen „das neue Latein in der Kirche“. Am 3. April 1994 sprach Papst Johannes Paul II seinen Ostergruß vor dem Segen „urbi et orbi“ auch auf Esperanto. Inzwischen wird Esperanto in allen 5 Kontinenten mit Mitgliedern aus 117 Ländern praktiziert. Eine genaue Angabe, wie viele Menschen inzwischen Esperanto sprechen und leben, ist nicht bekannt, aber es wird mit einer über sechsstelligen Zahl gerechnet.

Inzwischen hat sich Esperanto weltweit so etabliert, sodass auch Radiosendungen in Esperanto erfolgen, Zeitschriften erscheinen, Bücher in Esperanto gedruckt werden, Theaterstücke in Esperanto aufgeführt werden und Esperantisten gemeinsam musizieren.

Viele Esperantosprecher sind in Ortsgruppen und Landesverbänden und unter dem Dach des Welt-Esperantobundes (UEA) organisiert.

Adressenverzeichnisse, wie das jährliche „JARLIBRO“, liefern die gewünschten Kontakte, neuerdings gleich mit Internetadressen.

Da der Wortschatz des Esperanto zu etwa 60 Prozent aus romanischen Sprachen stammt, wie Latein, Spanisch oder Italienisch, viele Vokabeln sind auch aus dem Englischen, Französischen und dem Deutschen entlehnt, ist die Nutzung universal leicht und möglich.

Ludwik Zamenhof sagte 1888 über Esperanto: „Ich will nicht der Schöpfer der Sprache sein, sondern nur der Initiator“.

Selbst wenn der Name Zamenhof außerhalb der Esperantogemeinschaft vielleicht nur relativ wenig bekannt ist, hat er aber Eingang in fast alle Lexika gefunden und als Ehrung für sein kulturelles Lebenswerk zielt der Name Straßen und Plätze in aller Welt. Nicht zuletzt sei auf das Esperanto-Museum in Wien verwiesen. Es wurde 1927 von Hofrat Hugo Steiner als „Internationales Esperanto-Museum“ mit der Sammlung für Plansprachen gegründet und 1928 an der Österreichischen Nationalbibliothek eingerichtet. Das Museum befindet sich heute in der

Wiener Innenstadt und es erinnert an die große menschliche Leistung von Ludwik Zamenhof.

Er hat von der Jugendzeit an kontinuierlich eine große Leistung für die Menschheit der gesamten Welt erbracht. In bescheidener Weise ist er aufgetreten und er hat aus seiner Leistung kein Kapital geschlagen.

Aus ärztlicher Sicht sollte er uns als weitsichtiger Augenarzt und Philologe humanistischer Prägung in vorbildhafter Erinnerung bleiben und unser Handeln als Ärzte ohne Vorbehalte beeinflussen. Heute, in der Zeit der Globalisierung, wissen wir, um wieviele Jahre er uns voraus war. Esperanto birgt nach wie vor die große Chance für Europa und die Welt in sich, Sprachbarrieren abzubauen und uns gleichberechtigt zu verständigen und die kulturelle und religiöse Vielfalt unter Beibehaltung der eigenen Muttersprache zu ermöglichen.

Literatur beim Verfasser

Dr. med. Hans-Joachim Gräfe
Im Kirschgarten Nr. 10
04655 Kohren-Sahlis

Seniorentreffen der Kreisärztekammer Kamenz 2008

Im Mai 2008 fand – wie in jedem Jahr – unser Seniorentreffen statt.

Wie immer bestens organisiert von Frau Dr. Dagmar Dietrich, vormals Amtsärztin in Kamenz, und ihrem Ehemann. Diesmal trafen wir uns im „Bibelgarten“ am Barockschloss Oberlichtenau bei Pulsnitz. Dort ist vom Christlichen Verein Oberlichtenau, besonders vom Ehepaar Förster, am Park des Barockschlosses der Bibelgarten errichtet worden – wozu man nur herzlich gratulieren kann.

Auch wer nicht christlich oder anderweitig konfessionell gebunden ist, kann nur mit Hochachtung von dem kulturhistorischen Wert sprechen.

Die Geschichte des Judentums – entsprechend dem Alten Testament – wird in Bildern, Bauten und Infotafeln dargestellt. Tenne, Schafstall, Wein- oder Ölkelterei, Altar, Wachturm, Kreuze (als Hinrichtungsstätten), Felsengrab und nicht zuletzt eine nach Originalen errichtete Byzantinische Basilika werden als Bauten gezeigt.

Nach dem Rundgang (etwa 1,5 Stunden) trafen wir uns in einem historischen Weinkeller zum „Biblischen Mahl“, wo wir jiddisch essen und trinken konnten, unter anderem „koscheren Wein“ – was selbst informierte nicht wussten, dass es so etwas gibt.

Der Nachmittag (vorher gemütliches Kaffeetrinken), die Besichtigung des Bibelgartens, die vielen kollegialen

Gespräche und der frühe Abend im Weinkeller, waren für alle der zahlreich erschienen Senioren ein Erlebnis, wofür wir herzlich Dank sagen.

Dank an Frau Dr. Dietrich, Familie Förster und der Kreisärztekammer Kamenz mit dem Vorsitzenden, Herrn Dr. Schultze, der in der Regel die Senioren immer persönlich begrüßt.

Wir hoffen, dass auch 2009 wieder eine ähnliche Veranstaltung durchgeführt wird.

Danke!

Dr. med. Adolf Scholz
Drosselweg 16
01900 Kleinröhrsdorf

Ärztmangel

An den Präsidenten der
Sächsischen Landesärztekammer,
Herrn Prof. Dr. med. habil.
Jan Schulze
7. 5. 2008

Sehr geehrter Herr Schulze,

fast täglich wird in den verschiedenen Medien und in unserer Standespresse über den Mangel an Ärzten berichtet. Ich frage mich dann immer, wie ernst ist dieser Ärztemangel wirklich.

Eine Reserve zur vorübergehenden Überbrückung der Engpässe wird kaum in Anspruch genommen, das sind die noch geistig und körperlich rüstigen Ruheständler, die noch dazu mit Freude ärztlich tätig sind.

Nach dem Urteil des Bundessozialgerichtes endet mit dem 68. Lebensjahr die Kassenärztztätigkeit und die Kassenärztlichen Vereinigungen setzen diese Regelungen auch strikt um.

Leidtragende sind die unterversorgten Patienten. Leidtragende sind aber auch die jungen Ärzte, die sicher von der klinischen Erfahrung der „Alten Hasen“ profitieren würden. Dies ist meiner Meinung nach besonders wichtig, da eine fundierte klinische Ausbildung während des Medizinstudiums und in der Facharztweiterbildung zunehmend zu kurz kommt. Für die Besetzung von Lehrstühlen spielen die Anzahl von Forschungsprojekten, die Impact-Faktoren und Drittmittelinwerbungen eine größere Rolle als die klinische fundierte Ausbildung der Lehrenden.

Ich sehe aber auch noch einen anderen Fakt. Gerade für die Betreuung älterer Menschen würden ältere Kolleginnen und Kollegen besonders geeignet sein, da sie sich besser in die Sorgen und Nöte alter Patienten einfühlen können. Das Urteil des Bundessozialgerichtes ist in meinen Augen auch eine klare Altersdiskriminierung, obwohl betont wird, dass dies nicht der Fall sei.

Warum darf ein Arzt Privatpatienten weiter behandeln und warum dürfen

Ärzte im Osten aufgrund der 20 Jahre Regelung über das 68. Lebensjahr hinaus arbeiten?

Ist man in diesen Fällen also doch nicht senil?

Sollte es nicht doch einige Ärzte geben, die durchaus nach dem 68. Lebensjahr eine Kassenarztztätigkeit ausüben können?

Das eigentliche Problem liegt in den Zugangsbeschränkungen und den Punktmengenvolumina, so dass sich in meinen Augen eine klare Planwirtschaft (wie in der alten DDR) entwickelt hat. Die Begrenzungen sind auch der wahre Grund für längere Wartezeiten von Kassenpatienten und für die Zweiklassenmedizin.

Ich haben gelernt, dass in einem kapitalistisch orientierten System das freie Spiel der Kräfte herrscht. Wo bleibt das auf dem Gebiet des Gesundheitsmarktes?

Auch im stationären Bereich werden in steigender Anzahl Privatkliniken aus den Krankenhäusern ausgegliedert, in denen wesentlich lukrativer Selbstzahler und Privatpatienten behandelt werden können.

Nach 40 Jahren ärztlicher Tätigkeit als Rheumatologe, der überwiegend Kassenpatienten und nicht nur Privatpatienten behandelt hat, werde ich nun zu einer Zweiklassenmedizin gezwungen, da ich nur noch Selbstzahler und Privatversicherte Patienten behandeln kann.

Lieber Herr Schulze, ich würde mich freuen, wenn auf dem Deutschen Ärztetag in Ulm auch das Problem der Altersbegrenzung der ärztlichen Tätigkeit thematisiert wird.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. em. Dr. med. Hans-Egbert Schröder

Raucherambulanz in Chemnitz

13. 7. 2008

Verhaltenspsychologie zur Raucherentwöhnung als Monotherapie unzureichend

Sehr geehrter Herr Prof. Mühlig, die klinischen Studien zur Verhaltensanalyse international (ERS, ATS) liegen in den letzten Jahren aus pneumologischer Sichtweise von unter 35

Prozent Effizienz als erschreckende Ergebnisse vor. Selbst bei dieser vorübergehenden Erfolgsrate sind nach über einem Jahr die Studienteilnehmer rückfällig und der Anteil der Nichtraucher verschwindend gering. Als klinischer Prüfartz und Teilnehmer an der Studie vor Markteinführung von Bupropion sowie aus meiner Praxistätigkeit als Lungenarzt, kann ich nur davor warnen, Verhaltenspsychologie als einziges probates Mittel gegen einen geringen Obulus von 200 Euro in 10 Behandlungswochen anzubieten

(Der Durchschnittsraucher benötigt in dieser Zeit 70 Schachteln Zigaretten à 5,00 Euro also 350,00 Euro!)

Da Sie, wie ich annehme, Ihrer medizinischen Aufklärungspflicht bei bekannter Studienlage beim Einsatz der kombinierten Behandlungsmethoden nachkommen, sehe ich wie in Ihrem Artikel im „Ärzteblatt Sachsen“, 7/2008, angeführt, hier die große Chance von Medizinern und Psychologischen Psychotherapeuten gemeinsam an dem Suchtproblem zu arbeiten.

Bei „Chantix“ dürfte es sich nach meiner Auffassung um einen Druckfehler handeln, ich bitte um Richtigstellung.

Als weitere Maßnahme empfehle ich bei den Patienten mit der Diagnose F 17.0 ff. nach ICD 10 (german version.) Die Verordnung von Sport im Sinne des Lungensportes, welches anteilig auch von den Krankenversicherungen getragen wird, sehe ich als sehr hilfreiche Ergänzung.

Beim Finden von Lungensportgruppen in der Region bin ich Ihnen gern behilflich.

Ergänzend zum Sport als Training und auch zur Überwindung der Nikotinsucht als Sucht vom Herointyp empfehle ich Sport als Alternative zum Rauchen (Lit.: Bredenkamp, A.; Hamm, M.; Beier, J. Trainiere erfolgreich – Fitness Contur Verlag 2008). In dem vom Unterzeichner verfassten Artikel zur Raucherentwöhnung und Sport bei Rauchern und Erkrankten mit Raucherbronchitis/Raucherlunge in e.g. Buch wird der Sport als Sucht-

praevention/Sekundärpraevention als weitere Therapieoption herausgearbeitet.

Für weitere Rückfragen stehe ich Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. med. Norbert. Kusch
Internist/Pneumologe
Chemnitz/Sa.
Vorsitzender der 1. Sächsischen
Nichtraucherverbandes

28. 7. 2008

Sehr geehrter Herr Dr. Kusch, haben Sie recht herzlichen Dank für Ihre wertvollen Hinweise und erlauben Sie mir dazu folgende Anmerkungen: Das Konzept der Raucherambulanz Chemnitz basiert auf der aktuellen Evidenzlage zur Tabakentwöhnung und wird dieser kontinuierlich und konsequent angepasst. Speziell für die PatientInnen mit Atemwegserkrankungen gilt es tatsächlich, einige Besonderheiten in der Therapie zu beachten, die wir, wie Sie sicherlich wissen, durch mehrere Fachgesellschaften (unter anderem Deutsche Gesellschaft für Pneumologie – DGP und Deutsche Gesellschaft für Psychologie – DGPs) erst kürzlich im Rahmen einer „S3-Leitlinie zur Tabakentwöhnung bei COPD“ herausgearbeitet und aktuell publiziert haben (Pneumologie 2008; 62: 255–272). Die Raucherambulanz Chemnitz beschränkt die Tabakentwöhnung dementsprechend keineswegs auf eine verhaltenstherapeutische Monotherapie, sondern bezieht das gesamte Spektrum der medikamentösen Optionen nach individueller Indikation explizit mit ein. Für den Einsatz der medikamentösen Maßnahmen sind wir auf die enge Kooperation mit den behandelnden Haus- und Fachärzten angewiesen und streben ausdrücklich eine verstärkte Zusammenarbeit mit möglichst vielen niedergelassenen Ärzten sowie den Kliniken der Region an. Insofern freue ich mich über Ihr

freundliches Angebot, insbesondere auch in Bezug auf die Kontaktbahnung zu regionalen Lungensportgruppen! Unsere Kursgebühren sind äußerst knapp auf Kostendeckung kalkuliert, als universitäre Einrichtung werden hier keinerlei Gewinne erwirtschaftet. Die Kursgebühren sind offenbar durch eine psychologische Akzeptanzbarriere auf Seiten der Nutzer nach oben begrenzt, das heißt sehr viele Raucher sind unserer Erfahrung nach nicht bereit, mehr als die 200 Euro zu investieren.

Mit den besten Grüßen

Prof. Dr. Stephan Mühlig

Erste geglückte Lebertransplantation

17. 7. 2008

Sehr verehrte Damen und Herren, als ziemlich langjährige Mitarbeiterin (1974) der Chirurgischen Klinik des Universitätsklinikums Dresden darf ich Sie auf einen winzigen Schönheitsfehler hinweisen.

In der Laudatio für Herrn Prof. Dr. Renger, „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 7/2008, Seite 382, wurde die erste geglückte Lebertransplantation erwähnt. Diese fand aber nicht 1978, sondern bereits am 6. 3. 1977 statt. Ich hatte an diesem Sonntag Klinikdienst, und es war auch für mich als junge Assistentin ein großartiger Moment, miterleben zu dürfen, dass sich die jahrelange Arbeit und Mühe – wir alle waren ja irgendwie eingebunden – nun gelohnt hatte.

Ich freue mich, dass Herr Prof. Dr. Renger auf ein solch erfülltes Leben zurückblicken kann.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Birgit PreiBer, Klinik und Poliklinik
VTG des Universitätsklinikums Dresden

Ärzteblatt Sachsen

ISSN: 0938-8478

Offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer

Herausgeber:

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

Anschrift der Redaktion:

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

Redaktionskollegium:

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

Redaktionsassistent: Ingrid Hüfner

Grafisches Gestaltungskonzept:

Hans Wiesenhütter, Dresden

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb:

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

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

Bezugspreise/Abonnementpreise:

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

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

Prof. Dr. med. habil. Georg Merrem (1908 bis 1971)



Am 21. 9. 2008 jährt sich der Geburtstag von Georg Merrem zum 100. Mal. In Königsberg (Pr.) als Sohn des Generaloberarztes Dr. Karl Merrem geboren und mit drei Geschwistern aufgewachsen, kam er in Danzig in die Schule, absolvierte aber das Gymnasium schon in Berlin (Abitur 1927). Während seine beiden Brüder Juristen wurden, folgte Georg dem väterlichen Berufsweg und begann sein Medizinstudium 1927 in Tübingen, um bald (1928) nach Berlin zu wechseln. Er hatte bedeutende Lehrer wie Bier, Sauerbruch, v. Bergmann, Stoeckel, Rössle und viele andere. Das medizinische Staatsexamen legte er 1932 mit „sehr gutem“ Erfolg ab. Nach Ableistung der Medizinalpraktikantenzeit am Hedwigs-Krankenhaus begann seine entscheidende Ausbildungsphase im Augusta-Hospital, in dem Fedor Krause gewirkt hatte. Die Nachfolger Krauses waren Emil Heymann und Carl Max Behrend. Hier kam Merrem zum ersten Male mit der Neurochirurgie in Kontakt, ein Ereignis, das ihn nie wieder los ließ.

1933 wurde Merrem mit einer Arbeit über „Die Behandlung der multiplen Sklerose mit Germanin (Bayer 205)“, betreut von Emil Heymann, zum Dr. med. promoviert. 1938 hatte Merrem die Anerkennung als Facharzt für Chirurgie verbunden mit dem Hinweis „Spezialkenntnisse in der Neurochirurgie“ erhalten.

Mit Beginn des Krieges wurde Merrem in einem Sanitätsbataillon eingesetzt, wobei sehr bald die Behandlung von Verletzungen des Hirns, Rückenmarks und peripherer Nerven in den Vordergrund trat. Diese hirnchirurgischen Gruppen unterstanden Wilhelm Tönnis (Luftwaffe) und Herbert Peiper (Heer). Tönnis hatte sicherlich den größten Einfluss auf Merrems Feldtätigkeit. Merrem wurde Hauptchirurg und Leiter einer Hirnchirurgengruppe an Kriegslazaretten. Die längste Zeit war Merrems Lazarett in Hertogenbosch (NL).

Nach dem Krieg versuchte Herbert Peiper, inzwischen Ordinarius für Chirurgie in Mainz, Merrem als Oberarzt nach Mainz zu holen. Dies scheiterte an den schon damals knappen Budgets der Kliniken.

Als Merrem von Doz. Dr. Sprung, Direktor der Chirurgischen Klinik Dresden-Johannstadt (der heutigen Universitätsklinik) eine Oberarztstelle angeboten erhielt, sagte er zu und begann seine Tätigkeit am 15. 6. 1947 als Oberarzt und Sprungs Vertreter. Die allgemeinchirurgische Arbeit (500 Betten!) ließ ihm keine Möglichkeit, neurochirurgisch tätig zu werden. So blieb nur die Wahl, die Neurochirurgie aufzugeben oder einen geeigneteren Arbeitsplatz zu finden.

Da die Kontakte mit Tönnis, Peiper und anderen Neurochirurgen nie abgerissen waren, erfuhr Merrem, dass der Leipziger Hirnforscher und damalige Direktor der Universitäts-Nervenlinik, Prof. Dr. Richard Arwed Pfeifer, nachdrücklich eine Neurochirurgie in Leipzig einrichten wollte. So bekam die Neurochirurgie als Abteilung der Nervenlinik ihr erstes Domizil in der Emilienstraße 30. Allerdings waren die Arbeitsbedingungen schwierig. So mussten, da kein Fahrstuhl vorhanden war, die Patienten zum und vom Operationsaal eine enge Treppe hinuntergetragen werden. In dieser Ära vor Einführung der Intubationsnarkose wurden alle Eingriffe, selbst bei Kleinkindern, in Lokalanästhesie unter gelegentlicher Zugabe von Barbituraten,

durchgeführt. Dies erscheint heute unglaublich, und über die damit verbundene Problematik muss man wohl keine Worte verlieren.

1950 legte Merrem seine Habilitationsschrift „Die Chirurgie des Ventrikelsystems als Ergebnis histo-pathologischer Beobachtungen und neurochirurgischer Erfahrungen“ der Fakultät vor. Gutachter waren Uebermuth, Buzello und R. A. Pfeifer.

Bis 1950 war Merrem einziger Operateur der Klinik. Ab Oktober 1950 und ab 1. 1. 1951 standen ihm Dr. Hans-Günther Niebeling und Dr. Friedrich Weickmann zur Seite, letzterer der spätere Direktor der Neurochirurgischen Klinik in Berlin-Buch. Bald wurden die Räumlichkeiten in der Emilienstraße den Anforderungen nicht mehr gerecht. 1952 war der Umzug in die Johannisallee 34 die Folge. Dieses Haus war bis 1937 die Privatklinik des berühmten Chirurgen und Leipziger Ordinarius Erwin Payr. Die Neurochirurgie trennte sich von der Nervenlinik und wurde eigenständige Universitätsklinik, für Jahre die einzige in Ostdeutschland! Mit H.-G. Niebeling stand Merrem ein organisatorisches Talent zur Verfügung, dem die Leipziger Klinik viel verdankt. Die Klinik entwickelte sich rasch zu einer angesehenen Facheinrichtung. Viele Neurochirurgen, später oft selbst Ordinarien, waren Merrems Schüler und lernten bei ihm ihr „Handwerk“: Weickmann, Niebeling, Hübner, Krumbholz, Fried, Dietrich, Goldhahn, Skrzypczak, Kretschmer und Schöche. Daneben konnten zahlreiche Neurologen und Orthopäden in oft mehrjähriger Tätigkeit an der Klinik Erfahrungen im Fach Neurochirurgie sammeln. Es war Merrems Anliegen, allen seinen neurochirurgischen Mitarbeitern eine subtile neurologische Ausbildung zukommen zu lassen, denn die Neurologie hatte stets einen bestimmten Platz in der Diagnostik. Man darf nicht außer acht lassen, dass zu dieser Zeit CT und MRT nicht bekannt waren. Angiographie und Pneumenzephalographie oder Ventrikulographie waren neben dem EEG die einzigen diagnostischen Verfahren. Des-



Meerems Grab, Südfriedhof Leipzig

halb hatten eine intensive Anamneseerhebung und exakte neurologische Untersuchung einen derart hohen Stellenwert. Es war immer wieder überraschend, zu welcher genauen Ergebnissen diese beiden Aspekte führten!

Merrems nationales und internationales Ansehen wuchs. Von 1959 bis 1961 war er Dekan der Medizinischen Fakultät der Leipziger Universität. In dieser Zeit entstand auch sein „Lehrbuch der Neurochirurgie“. Neben dem Direktorat in Leipzig war Merrem in den 50-er Jahren auch für Halle kommissarisch tätig. Von 1960 bis 1962 bekleidete er das Amt des 2. Vorsitzenden (1. Vorsitzender war Tönnis) der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie und war seit 1969 ihr Ehrenmitglied. Durch die Isolierung aufgrund der politischen Situation wurde die Gründung einer „Gesellschaft für Neurochirurgie in der DDR“, deren erster Vorsitzender er war, notwendig. Der Mauerbau machte auch für Merrem das Reisen in das „nichtsozialistische“ Ausland unmöglich. So konnte er die Fedor-Krause-Medaille, die ihm 1969 verliehen wurde, nicht persönlich in Empfang nehmen, sondern diese wurde seinem Zwillingsbruder Hans übergeben. Das Referat zum Thema „Die parasagittalen Meningiome. Zum Gedächtnis des Begründers der Deutschen Neurochirurgie Professor Fedor Krause 1857 bis 1937“ wurde von einem seiner Freunde, Prof. Dr.

Peter Röttgen, Ordinarius für Neurochirurgie in Bonn, verlesen. Die mit der Ehrung verbundene Medaille erreichte Georg Merrem erst im Folgejahr. Den Festvortrag konnte Georg Merrem auch noch vor der Sächsischen Akademie der Wissenschaften in Leipzig halten, die bereits 1960 Merrem zum ordentlichen Mitglied ernannt hatte. Auch der Akademie der Wissenschaften in Berlin gehörte er an. 1960 erhielt er die Hufeland-Medaille, 1961 wurde ihm die Auszeichnung „Verdienter Arzt des Volkes“ verliehen.

Gezeichnet von schwerer Krankheit, die Familie ahnte etwas, war aber bewusst nicht informiert worden, musste Merrem der zunehmenden Einschränkung seiner körperlichen Belastbarkeit Tribut zollen. Wie bei Merrem üblich, wurden persönliche Beschwerden getragen, aber nicht über sie gesprochen, immer nach dem Grundsatz „persönliche Krankheit ist Belästigung anderer“.

Am 8. Juli 1971 verstarb Georg Merrem in seiner Klinik. Am 13. Juli wurde er beigesetzt. Seinen westdeutschen Freunden und Kollegen, die zahlreich an der Trauerfeier teilnehmen wollten, wurde die Einreise verweigert. Prof. Kuhlendahl, damals 1. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie in Düsseldorf, schrieb am 11. Juli 1971 einen Brief an den Rektor der Universität, in dem er die tiefe Trauer aller deutschen Neurochirurgen mitteilte, ihn

auf den großen Verlust hinwies und abschließend bemerkte: „Mit tiefer Bestürzung haben wir erfahren, dass auch am offenen Grabe die politische Entscheidung nicht zurückzustehen bereit ist und dass es uns verwehrt wurde, dem Toten, mit dem viele von uns eine über mehr als 40 Jahre dauernde aufrichtige Freundschaft verbindet, die letzte Ehre zu erweisen“.

Die Trauerfeier war ein eindrucksvoller Beweis für die Beliebtheit und Bekanntheit des Verstorbenen. Groß war die Zahl seiner Schüler, Mitarbeiter, Freunde und auch Patienten, die ihm das letzte Geleit gaben. In der Trauerrede ging Prof. Matzen, Ordinarius für Orthopädie in Leipzig und geistiger Freund, auf die menschlichen Werte Merrems ein: „Bei Studenten und Fakultätskollegen genoss er wegen der Lauterkeit seiner Gesinnung und der Unbestechlichkeit seines Urteils hohes Ansehen. Er war kein Mann großer Worte und vertrat die Meinung, dass sich der Arzt in seinem Handeln zu bewähren habe. Den beruflichen Moralisten und Weltverbesserern misstraute er. Er hat sein Leben unbestechlich und mutig zueinander gelebt und gelitten“. Das Grab Merrems befindet sich auf dem Leipziger Südfriedhof. Hier liegt er zusammen mit seiner Ehefrau und seinem nur wenige Jahre nach ihm verstorbenen Sohn Bernd.

Merrem war ein hervorragender Lehrer, ein warmherziger Mensch und ein bedeutender Vertreter unseres Fachgebietes Neurochirurgie. Nie hat er sich dem politischen System gebeugt, sondern aufrecht und mutig seine Meinung vertreten. Nicht zuletzt war ihm dies aufgrund seines hohen Ansehens möglich. Die Erinnerung an ihn, wie an viele andere, wachzuhalten, ist für Neurochirurgen, insbesondere aber für seine Schüler, eine Verpflichtung! Folgen wir Hans Sachs, wenn dieser sagt: „Ehrt Eure großen Meister, dann bannt Ihr gute Geister“.

Prof. Dr. med. habil. Jörg Skrzypczak,
Leipzig

Nachruf für Dr. med. Helmut Knoblauch



Am 27. Juli 2008 ist Herr Dr. med. Helmut Knoblauch, Facharzt für Allgemeinmedizin, im Alter von 81 Jahren verstorben.

Herr Dr. med. Helmut Knoblauch studierte an der Medizinischen Fakultät Leipzig und kam nach Ausbildung im Gesundheitswesen der Wismut AG am 15. Januar 1959 als Facharzt für Allgemeinmedizin in die Stadt Geringswalde. Hier arbeitete er bis zum 29. Dezember 1990 als leitender Arzt des Landambulatoriums. Unter seiner Leitung wurde das Landambulatorium Geringswalde über die Bezirksgrenzen hinaus bekannt. Dieses Landambulatorium wurde als „Einrichtung des vorbildlichen Gesundheitsschutzes auf dem Lande“ und mehrfach als beste Impfeinrichtung des Bezirkes ausgezeichnet. Vor der politischen Wende wirkte Herr Dr. Knoblauch mehrere Jahre als Vorsitzender der Facharztprüfungskommission für Allgemeinmedizin beim Rat des Bezirkes. Herr Dr. Knoblauch war Gründungs- und Vorstandsmitglied der Gesellschaft für Allgemeinmedizin der DDR und leitete die Sektion Arbeitsmethodik. Für seine hervorragende ärztliche Tätigkeit wurde er mit der Hufeland-Medaille in Gold ausgezeichnet.

Von 1990 bis Dezember 2006 arbeitete Herr Dr. Knoblauch in einer Gemeinschaftspraxis. Er war somit bis zu seinem 80. Lebensjahr als Arzt aktiv tätig.

Sein vor der politischen Wende bereits bestehender hoher Bekanntheitsgrad als fachlich kompetenter Landarzt verlieh ihm eine hohe Akzeptanz und Glaubwürdigkeit, nicht nur bei seinen Patienten sondern auch bei seinen sächsischen Kollegen.

Herr Dr. Knoblauch war Gründungsmitglied der Sächsischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und des Sächsischen Hausärzterverbandes.

Von 1990 bis 1995 war Herr Dr. Knoblauch Mitglied der Kammerversammlung und Mitglied des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer. Er engagierte sich neben seiner Tätigkeit im Vorstand im Ausschuss „Versorgungswerk“ der Sächsischen Landesärztekammer für die Gründung eines berufsständischen Versorgungswerkes der Ärzte Sachsens, war Vorsitzender dieses Ausschusses und an der Erarbeitung der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung maßgeblich beteiligt. Er hat eine Vielzahl von Informationsveranstaltungen für die sächsischen Ärzte im Vorfeld der Gründung des Versorgungswerkes organisiert und die Ärzte von den Vorteilen eines eigenständigen Versorgungswerkes überzeugen können. Obwohl Herr Dr. Knoblauch selbst altersbedingt von den Vorteilen der Sächsischen Altersversorgung nicht mehr profitieren konnte, arbeitete er im Verwaltungsausschuss bis zum Juni 2000 aktiv mit. Seine verbindliche und humorvolle Art hat sich bei den Mitgliedern des Verwaltungsausschusses fest eingeprägt.

Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer beschloss 1996 Herrn Dr. Knoblauch für seine her-

ausragenden Verdienste beim Aufbau der Sächsischen Ärzteversorgung die Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille zu verleihen.

Von 1992 bis 1996 war Herr Dr. Knoblauch Mitglied der Sächsischen Akademie für ärztliche Fortbildung, von 1993 bis 2006 Mitglied des Ausschusses Senioren der Sächsischen Landesärztekammer, von 1995 bis 1999 Mitglied des Ausschusses Weiterbildung der Sächsischen Landesärztekammer und von 2005 bis 2008 Vorsitzender der Kreisärztekammer Mittweida.

Seit 1999 war Dr. Knoblauch Mitglied des Bundesverbandes Deutscher Schriftsteller-Ärzte und leitete seit 2001 die Landesgruppe Sachsen, mit der er jährlich zahlreiche Schriftstellerlesungen durchführte.

Die sächsische Ärzteschaft wird den Verstorbenen in guter Erinnerung behalten und ihm ein ehrendes Andenken bewahren.

Prof. Dr. med. habil. Schulze, Präsident
Erik Bodendieck, Vizepräsident

Erratum

Durch eine Fehleingabe im Register der Sächsischen Landesärztekammer erschien Herr Dr. med. Bernd Winter aus Leipzig auf der Liste der verstorbenen Kammermitglieder im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 7/2008. Für dieses Versehen möchten wir uns ausdrücklich entschuldigen. Richtig dagegen ist, dass Herr Dr. med. Bernd Winter aus Chemnitz verstorben ist.

Die Redaktion

Nachruf für Prof. em. Dr. med. habil. Friedrich Kamrad



Am 24. Juli 2008 verstarb nach schwerer Krankheit Friedrich Kamrad, bis 2004 Ordinarius für Strahlentherapie und Direktor der Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie am Universitätsklinikum Leipzig.

In Leipzig geboren und aufgewachsen blieb Friedrich Kamrad seiner Heimatstadt Zeit seines Lebens treu. Hier begann er 1957 das Studium der Humanmedizin, promovierte 1966 bei Prof. Dr. Rothe und absolvierte die Facharztausbildung an der damaligen Radiologischen Klinik der Universität unter seinem akademischen Lehrer, Prof. Dr. Wilhelm Oelßner.

Der Facharztanerkennung 1970 folgte die Tätigkeit als wissenschaftlicher Assistent in der Strahlentherapie. Dabei standen strahlenbiologische Fragestellungen im Mittelpunkt, die in enger Zusammenarbeit mit Onkologischen Forschungsinstituten der Akademie der Wissenschaften der UdSSR bearbeitet wurden. Die während seiner Auslandsaufenthalte geknüpften Beziehungen haben bis heute Bestand. So erhalten junge Ärzte und Wissenschaftler aus Osteuropa an Sächsischen Universitätskliniken im Rahmen von Studienaufenthalten die Möglichkeit, ihr radioonkologisches Fachwissen zu erweitern.

Die Ernennung zum Oberarzt in der Abteilung Strahlentherapie erfolgte 1978. Im Jahre 1984 erhielt er die *Facultas docendi* nach erfolgreicher Habilitation, wurde jedoch erst im

Jahr der politischen Wende 1989 zum Dozenten für Strahlentherapie berufen. 1992 erhielt er den Ruf auf die C3-Professur und 1995 den Ruf auf die C4-Professur für den Lehrstuhl für Strahlentherapie, der mit der Ernennung zum Direktor der Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie der Universität Leipzig verbunden war. Seitdem hat er Neugestaltung und Umstrukturierung der Einrichtung zu einer modernen und technisch exzellent ausgestatteten Klinik für Radioonkologie bis zu seiner Emeritierung entscheidend mit vorangetrieben. Ein harmonisches Arbeitsklima, basierend auf gegenseitigem Respekt und kollegialem Miteinander war für ihn immer die Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung der Patienten, für eine umfassende Ausbildung junger Kollegen und für ein kreatives Umfeld in der Forschung. Sein großes Engagement galt der interdisziplinären onkologischen Betreuung von Patienten; er leitete über mehrere Jahre das universitäre Tumorzentrum. Ehrenmitgliedschaften in der Ungarischen Gesellschaft für Radioonkologie (1995), der Ungarischen Krebsgesellschaft (1996), die Verleihung des Krompecher Preises (1995), die Kongresspräsidentschaft des 3. Jahreskongresses der DEGRO (1997) und die Aufnahme (2000) als Mitglied und später die Ernennung zum Senator der Deutschen Akademie der Naturforscher und Ärzte LEOPOLDINA, die jüngst zur Nationalen Akademie der Wissenschaften ernannt wurde, waren weitere Meilensteine in seinem wissenschaftlichen Leben. Durch aktive Mitarbeit in der DKG als Leiter des Arbeitskreises Klinische Krebsforschung der ARO, Vorstandsmitglied der AG Deutscher Tumorzentren und der SRG, als Redaktionsmitglied onkologischer Fachzeitschriften, als Mitglied der Zertifizierungskommission Hochdosistherapie sowie der Prüfungskommission Strahlentherapie und Fachkunde und schließlich auch als Mandatsträger der Sächsischen Landesärztekammer war er stets um das klinische, wissenschaftliche und berufspolitische Vorkommen seines Fachgebietes bemüht. In der AG „Neufassung der

Richtlinie Strahlenschutz in der Medizin“ im Bundesministerium für Umwelt und Reaktorsicherheit wirkte er an der Novellierung der Strahlenschutzverordnung mit.

Nach seiner Pensionierung übernahm Friedrich Kamrad neue Aufgaben. Der Aufbau und später die Leitung der Kommission Strahlentherapie der Ärztlichen Stelle in Sachsen setzten Maßstäbe für das gesamte Bundesgebiet. Folgerichtig wurde er zum Sprecher der Strahlentherapeuten der Ärztlichen Stellen bei der Bundesärztekammer gewählt. Darüber hinaus initiierte er einen bilateralen Vertrag mit der Cho Ray Universität Ho-Chi-Minh-Stadt der Republik Vietnam über Zusammenarbeit in Forschung und Ausbildung auf dem Gebiet der Radiologischen Wissenschaften. Er hat mit bewundernswerter Souveränität diese Aufgaben, so lange es seine Gesundheit ihm erlaubte, geordnet und an Kollegen und Freunde übergeben.

Einen Teil seiner knapp bemessenen Freizeit widmete er dem Besuch von Konzerten mit seiner Frau Hannelore, oft auch gemeinsam mit Freunden. Die Möglichkeit, den bis dahin verschlossenen Teil der Welt kennen zu lernen, war für ihn eine ganz wichtige Errungenschaft der politischen Veränderungen in diesem Teil des Landes. Ebenso dankbar war er für die Möglichkeiten und Chancen der fachlichen Weiterbildung auf internationalen Kongressen, die er oft und regelmäßig nutzte.

Wir trauern um einen hervorragenden Arzt, Wissenschaftler und akademischen Lehrer, für den im Umgang mit Patienten und Kollegen immer zuerst der Mensch im Mittelpunkt stand. Wir trauern um einen Freund, an dessen feinsinnigen Humor, Menschlichkeit und absolute Zuverlässigkeit alle, die ihn näher kennenlernen durften, immer dankbar denken werden. Die Erinnerung an ihn wird uns helfen, diesen Geist auch in unserer zukünftigen Tätigkeit in Klinik, Ausbildung und Forschung wach zu halten.

Guido Hildebrandt, Ulrich Wolf

Nachruf für Dipl.-Med. Klaus-Wolfram Karl Schubert



*Die Blätter fallen, fallen wie von weit,
als welken in den Himmeln ferne
Gärten;
sie fallen mit verneinender Gebärde.*

*Und in den Nächten fällt die
schwere Erde aus allen Sternen
in die Einsamkeit.*

*Wir alle fallen. Diese Hand da fällt.
Und sieh dir andre an: es ist in allen.*

*Und doch ist Einer, welcher dieses
Fallen unendlich sanft in seinen
Händen hält.*

(Rainer Maria Rilke)

Herr Klaus-Wolfram Karl Schubert wurde am 26. 1. 1945 in Görlitz geboren.

Nach dem Besuch der Erweiterten Oberschule Görlitz begann Herr Schubert 1963 das Studium für Humanmedizin bis zum Physikum an der Humboldt-Universität Berlin. Danach beendete er 1970 das Studium an der Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“ in Dresden mit dem Diplom. Noch im gleichen Jahr wurde Herr Schubert Assistenzarzt in der Kinderklinik der Medizinischen Akademie Dresden bis 1972. In dieser Zeit erfolgte auch eine Ausbildung in der Anästhesie. Vom Dezember 1972 bis 1974 absolvierte er den Militärdienst und war nachfolgend bis 1976 als Assistenzarzt im Stadtambulatorium Roßwein tätig. Im gleichen Jahr wurde er Facharzt für Allgemeinmedizin, 1979 Oberarzt und stellvertretender Ärztlicher Leiter im Stadtambulatorium Roßwein.

Am 1. April 1990 eröffnete Herr Schubert seine Praxis für Allgemeinmedizin in Roßwein. Nach dem verheerenden Hochwasser der Mulde im August 2002 musste die zerstörte Praxis wieder völlig neu aufgebaut werden. Im Oktober 2003 wurde sie vergrößert und es entstand eine Gemeinschaftspraxis, in der ab Beginn des Jahres 2006 noch ein dritter Kollege mitarbeitete.

Herr Schubert hat seine ärztliche Tätigkeit als Allgemeinmediziner im Einzugsgebiet der Stadt Roßwein als besonders geschätzter Arzt und Kollege ausgeübt. Hier hat er auch mit der Unterstützung der Stadt Roßwein und der Freiwilligen Feuerwehr

als Fahrbereitschaft ein – in seiner Struktur vermutlich einmaliges – ambulantes ärztliches Bereitschaftssystem aufgebaut.

Zum Nutzen seiner Patienten entwickelte er ein vorbildliches Netzwerk interdisziplinärer Zusammenarbeit zwischen den stationären und ambulanten Bereichen.

Seine bescheidene und sich selbst zurücknehmende Umgangsart kam Patienten mit komplexen Erkrankungen zugute, bei denen die Versorgung zwischen unterschiedlichen Fachdisziplinen koordiniert werden musste. Möglicherweise war das liebevolle Einfühlungsvermögen die ganz entscheidende Voraussetzung für das konsistente und bewundernswerte Engagement als Arzt. Er war für seine Patienten Hausarzt im klassischen Sinn – mit Leib und Seele.

Herr Klaus-Wolfram Karl Schubert verstarb im Wissen um seine unheilbare Erkrankung am 29. Juli 2008 im Alter von 63 Jahren unter der Obhut seiner Familie. Das ihm nahe Rilke-Gedicht wurde von den Angehörigen dem Nachruf angefügt.

Die Ärzte der Region und darüber hinaus all diejenigen, die ihn kennen und mit ihm zusammen gearbeitet haben, werden ihn als einen vorbildlichen, kompetenten, stets kollegialen und den Patienten zugewandten Menschen, Arzt und Kollegen in Erinnerung behalten.

Prof. Dr. med. Ulrich Stölzel, Chemnitz
Dr. med. Lutz Liebscher, Döbeln

„Klinische Ethikberatung – ein Praxisbuch“

Dörris, Neitzke, Simon, Vollmann
(Herausgeber)

w. Kohlhammer Stuttgart 2008, ISBN
978-3-17-019841-8

Ethischer Diskurs, Ethikberatung gewinnt in dem Maße an Bedeutung, wie die hohen Ansprüche an die ärztliche Versorgung, die in Mitteleuropa, insbesondere in Deutschland, gestellt werden, an Grenzen stößt, die mit der Finanzierbarkeit immer kostspieligerer Therapie- und Diagnostikmöglichkeiten einhergehen. Der Grundsatz, allen das Bestmögliche anbieten zu müssen und die Tatsache, dass epidemiologische Entwicklungen – u. a. als Folge der Entwicklung einer modernen Medizin – zu Finanzierbarkeitsgrenzen führen, erscheint schwer realisierbar. Das Wort von der Rationierung, von der Begrenzung der Leistung des Gesundheitswesens steht im Raum. Kann Rationalisierung das Problem lösen? Müssen zunehmend betriebswirtschaftliche Erwägungen die ärztlichen Entscheidungen bestimmen? Mit diesen und ähnlichen Fragen gewinnen ethische Erwägungen immer mehr Gewicht. Klinische Ethikkomitees können als Beratungsgremien Wege aus schwierigen Entscheidungssituationen weisen.

Von der Praxis der klinischen Ethikberatung berichtet dieses Buch; es setzt sich mit dem strukturierten Umgang

mit Ethikfragen im Krankenhaus, mit Fallbesprechung, Ethikleitlinien und Fragen der Fortbildung zu ethischen Fragen auseinander.

In einem Eingangsartikel berichtet Dörris über die Notwendigkeit von Ethikberatung im Krankenhaus; viele organisatorischen, finanziellen, rechtlichen und Beziehungsprobleme müssen nicht selten in ethischen Fragestellungen enden. Hier finden die Ethikkomitees (wohl zu unterscheiden von den gesetzlich vorgeschriebenen Ethikkommissionen) ihren Platz. Die Autorin gibt einen Überblick über vorhandene Ethikkomitees in Deutschland.

Die Praxis der klinischen Ethikberatung wird von den Autoren Neitzke und Richter differenziert geschildert, wobei die Themenvielfalt der Materie deutlich wird und eine erhöhte Sensibilität gegenüber derartigen Fragen gefordert und Eingang der Fragen in die Aus-, Weiter- und Fortbildung angemahnt wird. Der Fallbesprechung und unterschiedlichen Strukturen im Umgang mit Ethikberatung im Krankenhaus widmen sich diese Beiträge im Weiteren.

Weitere Kapitel sind theoretischen Aspekten der Medizinethik, theologischen Erwägungen zum Thema, der Darstellung von Implementierungsprozessen von Ethikkomitees in unterschiedlichen Einrichtungen, deren Qualitätssicherung und juristischen Fragen gewidmet. In einem speziellen Kapitel zur Organisationsethik geht der Autor Dinge auf das nicht ganz unproblematische Feld der

unterschiedlichen Organisationsebenen medizinischer Institutionen ein. Hierbei geht es auch um Hierarchiefragen, Kommunikationsstile in der Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Sichtweisen auf ein ethisches Problem. „In einer pluralen Gesellschaft gibt es keine eindeutigen und kollektiv getragenen Wahrheiten und Sicherheiten“ meint der Autor und schlussfolgert daraus, dass der Beratungsaspekt im Vordergrund stehen muss. Auch der Widerspruch in der Diskussion bedarf eines sinnvollen Managements und moderativer Fähigkeiten der Verantwortlichen.

Der Qualitätssicherung und Evaluation von Ethikberatung wendet sich der Autor Simon zu. Eine Einführung in ein Curriculum Ethikberatung schließt das Buch ab.

Die Schrift ist für den an der klinischen Ethikberatung Interessierten außerordentlich lesenswert, die Gesamtproblematik einfindendes Werk, das auch dadurch gewinnt, dass die einzelnen Kapitel aufeinander abgestimmt erscheinen und die Hauptautoren an mehreren Kapiteln beteiligt sind und so eine bemerkenswerte Geschlossenheit erreicht wird.

Die Herausgeber weisen das Werk als „Praxisbuch“ aus. Diese Intention wird voll erfüllt. Sollten Kliniken in Erwägung ziehen, ein Ethikkomitee zu installieren, finden sie in dieser Schrift einen guten Wegweiser.

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

Unsere Jubilare im Oktober – wir gratulieren!

60 Jahre

- 02.10. Dr. med. Kriesche, Christine
09244 Lichtenau
07.10. Becker, Andreas
04319 Leipzig
08.10. Wanka, Birgit
08064 Zwickau
10.10. Mygunova, Yelizaveta
04179 Leipzig

- 12.10. Dipl.-Med. Kölbl, Klaus
09405 Zschopau
19.10. Dr. med. Kascherus, Jürgen
01833 Langenwolmsdorf
21.10. Dederer, Olga
01069 Dresden
21.10. Dipl.-Med.
Weihermüller, Claudia
08468 Reichenbach
23.10. Dr. med. Gneupel, Ulrich
08523 Plauen
23.10. Mandsfeld, Detlef
02953 Gablenz
25.10. Dipl.-Med. Bauer, Adelheid
01277 Dresden

- 25.10. Dipl.-Med. Müller, Gabriele
01723 Kesselsdorf
26.10. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Zenker, Hans-Joachim
01309 Dresden
27.10. Pusch, Ingrid
01069 Dresden

65 Jahre

- 29.10. Dr. med. Klaus, Hannelore
01796 Pirna
01.10. Dr. med. Brandt, Rolf
02829 Markersdorf
02.10. Dr. med. Freude, Wolfgang
01844 Neustadt

- 02.10. Dr. med. Schneider, Elke
09125 Chemnitz
- 02.10. Vrecar, Beate
08228 Rodewisch
- 03.10. MUDr. Ponesicky, Jan
01816 Bad Gottleuba
- 06.10. Dr. med. Protzmann, Barbara
01640 Coswig-Sörnnewitz
- 07.10. Dr. med. Strauß, Angelika
04277 Leipzig
- 07.10. Dr. med. Tröger, Günter
08328 Stützengrün
- 08.10. Kaminski, Gert
04720 Döbeln
- 08.10. Dr. med. Rädler, Anna
04179 Leipzig
- 09.10. Dr. med. Wild, Hans-Christoph
01069 Dresden
- 10.10. Dr. med. Becker, Gisela
04509 Delitzsch
- 10.10. Dr. med. Männel, Holger
08645 Bad Elster
- 10.10. Neuber, Helga
09128 Chemnitz
- 12.10. Dr. med. Ebersbach, Werner
09306 Rochlitz
- 13.10. Dipl.-Med. Paufler, Gertrud
08280 Aue
- 13.10. Dipl.-Med. Schreiber, Christa
01662 Meißen
- 14.10. Dr. med. Krasselt, Johannes
09648 Mittweida
- 15.10. Dr. med. Bunde, Sabine
08239 Bergen
- 16.10. Dr. med. Engelhardt, Gisela
04288 Leipzig
- 16.10. Dr. med. Höfs, Monika
02943 Weißwasser
- 16.10. Kummer, Waltraud
01099 Dresden
- 17.10. doctor medicinae universae/
Medizinische Universität
Budapest Lenk, Siegfried
01561 Schönfeld
- 18.10. Dr. med. Heidenreich, Kurt-Dieter
09111 Chemnitz
- 18.10. Dr. med. König, Elke
04229 Leipzig
- 18.10. Dr. med. Kupke, Ursula
09114 Chemnitz
- 18.10. Dr. med. Marx, Frigga
01129 Dresden
- 18.10. Dr. med. Rosenkranz, Hannelore
01454 Wachau
- 18.10. Dr. med. Selle, Barbara
04451 Borsdorf
- 18.10. Dr. med. Wende, Werner
08060 Zwickau
- 20.10. Hegewald, Erika
01097 Dresden
- 20.10. Dr. med. Irmischer, Heide
08371 Glauchau
- 21.10. Dr. med. Mihan, Gisela
02747 Herrnhut
- 21.10. Dr. med. habil. Pittasch, Dieter
04105 Leipzig
- 21.10. Weise, Marion
04356 Leipzig
- 22.10. Dr. med. Purath, Wilfried
01127 Dresden
- 24.10. Dr. med. Al-Zand, Khalil
09241 Mühlau
- 24.10. Dr. med. Flohrer, Manuel
04442 Zwenkau
- 24.10. Dr. med. Kitzler, Heinz
01705 Freital
- 25.10. Dr. med. Löbl, Heinz
09131 Chemnitz
- 25.10. Schulze, Wilfried
02681 Kirschau
- 25.10. Dr. med. Schwittay, Eberhard
04571 Rötha
- 26.10. Prof. Dr. med. habil. Wagner, Armin
04275 Leipzig
- 27.10. Dr. med. Müller, Hagen
01855 Sebnitz
- 28.10. Dr. med. Friedrich, Sigrid
01734 Rabenau
- 28.10. Prof. Dr. med. habil. Schneider, Dietmar
04316 Leipzig
- 29.10. Dr. med. Kaltschmidt, Gitta
02977 Hoyerswerda
- 30.10. Prof. Dr. med. habil. Weller, Joachim
01728 Bannewitz
- 31.10. Hierse, Bernd
04229 Leipzig
- 70 Jahre**
- 03.10. Dr. med. Schmole, Gerhard
04159 Leipzig
- 05.10. Dr. med. Nistel, Wolf-Dieter
09130 Chemnitz
- 06.10. Oertel, Rudolf
09126 Chemnitz
- 07.10. Prof. Dr. sc. med. Wild, Lina
04109 Leipzig
- 07.10. Wysujack, Edith
01445 Radebeul
- 08.10. Dr. med. Bachmann, Klaus
09243 Niederfrohna
- 08.10. Dr. med. Binder, Erika
04178 Leipzig
- 08.10. Dr. med. Hüttner, Christel
09603 Großschirma
- 10.10. Dr. med. Greiner, Christel
04129 Leipzig
- 10.10. Dr. med. Sopke, Edith
08209 Auerbach
- 10.10. Zetzsche, Ingeborg
09430 Drebach
- 11.10. Dr. med. Handel, Jürgen
01445 Radebeul
- 12.10. Dr. med. Fuchs, Peter
01662 Meißen
- 12.10. Dr. med. habil. Müller, Christa
04277 Leipzig
- 18.10. Henschel, Wilfried
09125 Chemnitz
- 20.10. Dr. med. Kittlick, Jutta
04279 Leipzig
- 23.10. Leschke, Sieglinde
04720 Mochau
- 23.10. Dr. med. Murad, Hassan
08280 Aue
- 24.10. Dr. med. Doernbrack, Rolf
01069 Dresden
- 24.10. Dr. med. Lommatzsch, Irmgard
04178 Leipzig
- 24.10. Dr. med. Oder, Dorothea
08523 Plauen
- 29.10. Drahonovsky, Renate
02929 Rothenburg
- 30.10. Dr. med. Kretzschmar, Gertraude
01156 Dresden
- 75 Jahre**
- 02.10. Dr. med. Müller, Hermann
09131 Chemnitz
- 02.10. Dr. med. Scharfe, Erika
04838 Eilenburg
- 02.10. Dr. med. Unger, Gisela
01109 Dresden
- 05.10. Dr. med. Lenk, Sigrid
01279 Dresden
- 10.10. Lehmann, Annemarie
04683 Naunhof
- 10.10. Dr. med. Wolf, Christine
04279 Leipzig
- 10.10. Dr. med. Wünsche, Annemarie
01257 Dresden
- 12.10. Dr. med. Göhre, Hartmut
08258 Markneukirchen
- 13.10. Prof. Dr. med. habil. Köhler, Klaus
01326 Dresden
- 13.10. Neubert, Dieter
01844 Neustadt
- 14.10. Dr. med. Weinrich, Reinhilde
04107 Leipzig
- 15.10. Dr. med. Oelsner, Irene
04107 Leipzig
- 21.10. Dr. med. Grosser, Helmut
09120 Chemnitz
- 24.10. Dr. med. Mohnke, Evemaria
04347 Leipzig
- 26.10. Dr. med. Mehlhorn, Roland
08321 Zschorlau
- 29.10. Prof. Dr. med. habil. Waurick, Siegfried
04668 Großbothen
- 30.10. Bickhardt, Gertraud
01157 Dresden
- 30.10. Dr. med. Jänicke, Klaus
04288 Leipzig
- 80 Jahre**
- 09.10. Bartsch, Elfriede
04862 Mockrehna
- 19.10. Dr. med. Zocher, Erwin
04509 Delitzsch
- 21.10. Dr. med. Schmidt, Lothar
04442 Zwenkau
- 24.10. Junker, Eleonore
04416 Markkleeberg

25.10. Dr. med. Trinckauf,
Hans-Heinrich
01326 Dresden

81 Jahre

01.10. Wiehe, Barbara
09435 Scharfenstein
03.10. Jurisch, Else
02763 Zittau
04.10. Dr. med. Haumann, Johann
01259 Dresden
11.10. Dr. med. Baudrexel, Alfred
01445 Radebeul
18.10. Dr. med. Böhme, Horst
04425 Taucha
26.10. Donev, Dimitar
02943 Weißwasser
29.10. Dr. med. Leue, Johanna
02929 Rothenburg

82 Jahre

08.10. Dr. med. Walther, Gerhard
08209 Auerbach
18.10. Dr. med. Bredow,
Hans-Joachim
04880 Dommitzsch
21.10. Dr. med. Otto, Elisabeth
04103 Leipzig
21.10. Dr. med. Zieboltz, Anita
04105 Leipzig
22.10. Dr. med.
Schumann, Alexander
08396 Oberwiera

24.10. Dr. med. Mayerhofer, Sigrid
04178 Leipzig
26.10. Dr. med. Haustein, Hasso
09465 Neudorf
29.10. Dr. med. Kunad, Theodor
08209 Auerbach

84 Jahre

07.10. Dr. med.
Starzinski, Hans-Joachim
04155 Leipzig
18.10. Dr. med. Huth, Christa
04229 Leipzig
28.10. Dr. med. Bog, Rudolf
09456 Annaberg-Buchholz

85 Jahre

04.10. Prof. em. Dr. med. habil.
Ludewig, Reinhard
04357 Leipzig
20.10. Dr. med. Schieck, Ilse
04103 Leipzig

86 Jahre

22.10. Doz. Dr. med. habil.
Trautmann, Ilse
04109 Leipzig

87 Jahre

12.10. Dr. med. Bulirsch, Karl
04579 Espenhain
13.10. Prof. Dr. med. habil.
Schlegel, Lotte
04539 Groitzsch

88 Jahre

09.10. Dr. med.
Berndt, Klaus-Dietrich
09117 Chemnitz
23.10. Dr. med. Klötzer, Editha
08062 Zwickau
25.10. Dr. med. Jentsch, Ingeborg
02736 Oppach

90 Jahre

29.10. Dr. med. Genserowski, Fritz
04849 Bad Dübau
29.10. Dr. med. Seidler, Gerhard
74861 Neudenu

91 Jahre

02.10. Dr. med. Schmidt, Hellmut
04347 Leipzig
05.10. Dr. med. Schneider, Elisabeth
02730 Ebersbach

92 Jahre

22.10. Dr. med. Wagner, Karl
08058 Zwickau

93 Jahre

17.10. Dr. med. Olsen, Hedwig
02906 Niesky
18.10. Dr. med. Bühl, Rudolf
04249 Leipzig

**Jana Morgenstern
„Korund“**

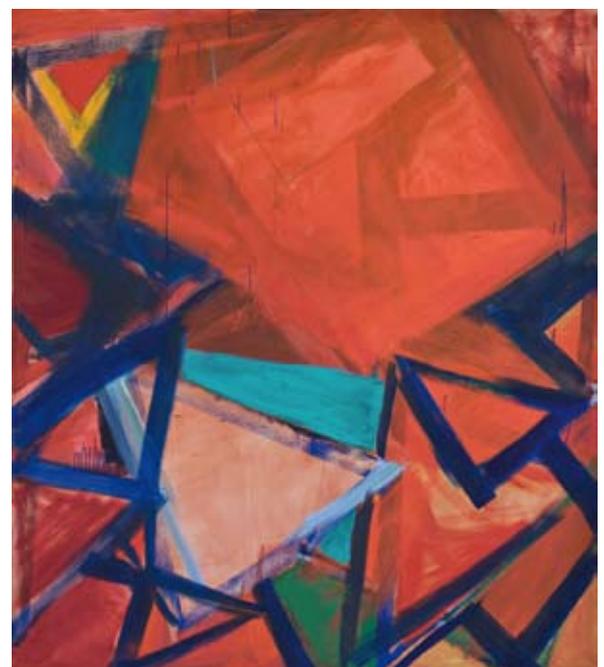
Chaos und Ordnung sind für die Bilder Jana Morgensterns (Jahrgang 1967) gleichermaßen charakteristisch. Spontan wirkende, oft halbtransparente Pinselzüge ziehen sich ebenso über die Leinwand, wie aus dem Hintergrund mit Bedacht gesetzte Linien aufscheinen, die das Bildgerüst bilden. Dahinein setzt die Künstlerin verschiedentlich Kreise, Zeilen, Pfeile, Farbfelder, aber auch aus der Natur abgeleitete Formen. So verbinden sich geometrisierte Formerfindungen mit Zeichen und Motiven, die ihren Ursprung im alltäglichen Leben haben und die für Jana Morgenstern wohl von besonderer Bedeutung sind. Nicht selten entstammen Letztere Fauna und Flora, wobei sich der Bogen von abstrahierten Blütenformen über Steine bis hin zu stilisierten Bäumen spannt. In den teils farbinintensiven Bildern zeigen sich ganz eigene malerische Welten, die nichts mitteilen wollen und deren Poesie für sich steht.

Die aus dem Erzgebirge stammende Künstlerin studierte in Dresden zunächst Kunsterziehung/Deutsch (1985 bis 1990), um sich danach an der Hochschule für Bildende Künste der Malerei zu widmen (1990 bis 1996). Daran schloss sie zwischen 1996 und 1998 noch ein Meister-schülerstudium bei dem über die Elbmetropole hinaus bekannten Maler und Grafiker Max Uhlig an. Seit 1998 freiberuflich in Dresden wirkend, konnte sie dank einiger Stipendien unter anderem auch in den USA (1999) sowie in Mazedonien (2005) Erfahrungen sammeln. Personal- und Gruppenausstellungen führten sie außer in deutsche Galerien und Museen – darunter das Kupferstich-Kabinett der Staatlichen Kunstsammlungen Dresden und das Museum Morsbroich Leverkusen – nach Brüssel, Ohio, Riga und Sydney.

Dr. sc. phil. Ingrid Koch

Ausstellung im Foyer und der 4. Etage der Sächsischen Landesärztekammer vom 17. September

bis 16. November 2008, Montag bis Freitag 9.00 bis 18.00 Uhr, Vernissage 18. September 2008, 19.30 Uhr.



Jana Morgenstern, 08 – 13 Acryl, Öl auf Leinwand, 2008, 180 x 160 cm