

Editorial	Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen	200
Gesundheitspolitik	Diabetes-Vorsorge in Sachsen	201
Berufspolitik	Bologna-Prozess in Deutschland	202
	Medizinische Versorgungszentren	203
	Konzerthaus für Dresden	208
	Konsensuskonferenz	208
	Einhaltung der Meldepflicht von Krebserkrankungen	209
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Tagesordnung: 19. Sächsischer Ärztetag/ 40. Kammerversammlung	210
	Stellenausschreibung	211
	Veranstaltung für Medizinstudenten	211
	Fortbildung „Geschlechtsspezifische Aspekte der Pharmakotherapie“	212
	Konzerte und Ausstellungen	212
Mitteilungen der Sächsischen Ärzteversorgung	Informationsveranstaltung für Mitglieder der Sächsischen Ärzteversorgung	212
Originalie	Besser denken mit Pillen?	213
	Salutogenese im ärztlichen Handeln	216
	Meldung von Nebenwirkungen aus klinischen Prüfungen	220
	Praktische Relevanz von SUSAR-Meldungen	222
	Impressum	219
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung von Vertragsarztsitzen	223
Tagungsberichte	10. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft der Ärzte für Qualitätsmanagement	224
	Gemeinsame Tagung Hebammen – Ärzte	225
Medizingeschichte	Durch dick und dünn	227
	Die Staatsanstalt für Krankengymnastik und Massage	230
Personalien	Stiftungsprofessur für Prof. Dr. med. habil. Peter Schwarz	233
	Jubilare im Juni	233
Verschiedenes	15 Jahre Giftnotruf	215
	13. Sächsisches Seniorentreffen	235
Kunst und Kultur	Ausstellung: Christine Schlegel – „Traumhafter Streifzug“	236
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – Mai 2009	



Veranstaltung für Medizinstudenten
Seite 211



Gemeinsame Tagung Hebammen – Ärzte
Seite 225



13. Sächsisches Seniorentreffen
Seite 235



Ausstellung Christine Schlegel
Seite 236

Bündnis Gesundheit in Sachsen – Austausch versus Atomisierung



Hat Sie der Zusammenschluss der AOK Sachsen mit der AOK Thüringen zum 01. Januar 2008 verwundert? Bemerkten Sie auch die mittlerweile eingesetzte „Konsolidierung“ in der Zahl der (noch) agierenden gesetzlichen Krankenkassen? Auf Kassenseite spricht man miteinander und untereinander, und verbündet sich rechtzeitig, bevor durch den politisch gewollten Einheitszwang allzu Zaudrige einfach vom GKV-Schachbrett genommen werden. Diese Entwicklung, die in den letzten Monaten schon eine fast nicht mehr übersehbare Progredienz genommen hat, wirft viele neue Fragen auf. Regionale Ansprechpartner in den einzelnen Kassen werden seltener; Änderungen durch neue gesetzlich bestimmte Regelungen, aber auch immer wieder wechselnde „Ansa-gen“ seitens der Kassen stellen alle im sächsischen Gesundheitswesen Beschäftigte immer häufiger einfach vor vollendete Tatsachen. Für den hausärztlichen Arbeitsbereich sei an das leidige Thema Imp fziffern und Erstattung erinnert.

Doch zurück: Wer steht eigentlich hinter dem sächsischen Gesundheitswesen? Das sind 7.500 Ärzte im stationären Bereich, der insgesamt 45.000 Arbeitsplätze in Sachsen umfasst. 6.000 niedergelassene Kollegen sowie 4.700 Zahnärzte, ihrerseits Arbeitgeber für ca. 9.000 Arzt- und Zahnarzthelferinnen sorgen für (noch) wohnortnahe haus- und fachärztliche Versorgung auf hohem

Niveau. 1.400 Apotheker mit ca. 6.000 Angestellten stellen nach Rezepterstellung durch ärztliche Kollegen für die sächsische Bevölkerung Originalpräparate und die staatlich verordnete Generikaquote ständig wechselnder Anbieter bereit. 5.000 Physiotherapeuten und 900 Orthopädieschuhmacher und -techniker mit 6.000 Angestellten sorgen sich um Fortschritte in Rekonvaleszenz und Hilfsmittelversorgung.

In der Regel informiert sich jede Fachgruppe über ihre eigenen Kanäle. Dennoch erfordert der Druck politischer Rahmenbedingungen einen Austausch sowie einen Konsens berufspolitischer Standpunkte. Vor dem Hintergrund des Gesundheitsstrukturgesetzes im Jahre 1999 formierten sich in Deutschland in verschiedenen Bundesländern Bündnisse aus allen Vertretern des regionalen Gesundheitswesens. Die lokalen Aktivitäten wurden über das nationale Bündnis gemeinsam mit der Bundesärztekammer koordiniert. Von den ehemals 13 Bündnissen auf Länderebene zeigt nur die sächsische Initiative bis heute Präsenz. Schaut man auf die am 17.12.1999 (!) konsentierten Forderungen für die sächsischen Patienten, so zeigen diese eine erschreckende aktuelle Brisanz.

„Beibehaltung des Solidarprinzips, aber Neustrukturierung“ (Ob der Gesundheitsfonds hier zu subsumieren ist? Welches Ergebnis wird er den Patienten und uns bringen?).

„Zugang zum Versorgungssystem für alle“ (Ja, für alle gibt es jetzt eine Versicherungspflicht – aber sind schon alle in der Versicherung angekommen?).

„Optimale medizinische Versorgung unter Nutzung des medizinischen Fortschritts und unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit“ (Unter Berücksichtigung des Ist-Zustandes – exemplarisch sei auf die Ausschreibungspflicht für Hilfsmittel für GKV-Versicherte hingewiesen – muss das Wort „optimal“ wohl zumindest 2009 zeitweise gestrichen werden). Drohende und vollzogene Regresse im niedergelassenen Bereich können durchaus als Schattenseite und ein Stück weit auch als Beweis für die

schrift und der Aspekt der Wirtschaftlichkeit nur ein Stück weit zusammenbringen lassen, gewertet werden. Die daraus erwachsene eigentlich notwendige ethische Debatte wird von der Politik besonders im Wahljahr 2009 vermieden.

„Einheitliche Grundsätze für die Krankenversicherungen“ Das Bündnis hat 1999 definitiv keine „Einheitskasse“ gefordert. Wir befinden uns aber auf dem besten Weg dorthin. Bis zum Ziel wird uns allen das Gesundheitswesen als „Markt“ und der „Wettbewerb um Leistung“ mit immer neuen Qualitätssicherungsmaßnahmen als glücklich machend gepriesen. Wer aber schafft dann „Markt und Wettbewerb“ auf Kassenseite?

„Neufassung der Vergütungssysteme“ – Die Zeitungen sind 2009 voll davon, Patentrezepte fehlen weiterhin. Vor der Kulisse der „gierigen Ärzte“ wird von eben jenen Zeitungen und Meinungsmachern gern verschwiegen, dass ca. 30 Prozent nicht vergüteter Leistungen (fehlender Umsatz) ein erwarteter Honorarzuwachs von ca. 15 Prozent (?) gegenüber steht. Die unzähligen unbezahlten Mehrstunden im stationären Bereich müssen mit erwähnt werden.

Information zu aktuellen berufspolitischen Entwicklungen, das ist weiterhin erklärtes Ziel des Bündnisses im 10. Jahr seines Bestehens. Und aus dem Kürzel GKV wird das Kürzel kgV – das kleinste gemeinsame Vielfache – welches alle Partner im Bündnis miteinander verbindet. So geht es weniger um die jeweilige Standespolitik mit all ihren Facetten, sondern um Auswirkungen der aktuellen Gesundheitspolitik auf die sächsischen Gesundheitsberufe. Unter Berücksichtigung bisheriger und künftiger Politik gibt es viel Gesprächsbedarf. Positiver Nebeneffekt: Man lernt sich besser kennen und schätzen. Ein intaktes sächsisches Gesundheitswesen in allen Ebenen setzt nicht nur die gesundheitlichen Aspekte aller hiesigen Patienten durch, es ist auch ein besserer Partner in der Interaktion mit dem drohenden Kas-senkartell.

www.buendnis-gesundheit-sachsen.de.

Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud
Vorstandsmitglied

Diabetes-Vorsorge in Sachsen

Diabetes mellitus (Typ 2) ist eine bekannte, aber immer noch weit unterschätzte Volkskrankheit, die in Deutschland bereits über zehn Millionen Menschen betrifft. Die Risiko-Erkennung ist einfach, eine Vorbeugung leicht, die Behandlung der Krankheit hingegen teuer. Diabetes ist ein gesellschaftliches, menschliches und zunehmend ein volkswirtschaftliches Problem, mit Kosten in zweistelliger Milliardenhöhe.

Die Deutsche Diabetesstiftung (DDS) hat aus diesen Gründen mit wichtigen Partnern, wie Ärzten und Apothekern in diesem Jahr in Sachsen eine Gesundheits- und Vorsorge-Kampagne initiiert, wo das Thema Diabetes schon immer beispielhaft bis vorbildlich behandelt worden ist. Mit der sächsischen Leitlinie für das Metabolische Syndrom und Praxisleitlinien ergibt sich eine flächendeckend gute Versorgung des Diabetes. Bezeichnend für die vielen zielführenden Projekte der sächsischen Gesundheitsziele ist deren Slogan „Bewusst leben.“

Zum Auftakt der medial begleiteten Vorsorge-Woche veranstaltet die DDS

3-stufiges Konzept zur Implementierung: Nationales Präventions-Programm T2DM

1. Frühzeitige Risiko-Erkennung

FINDRISK
oder DRS
oder andere
Instrumente

2. Intervention

zeitlich
begrenzt,
zertifiziert,
evaluiert

3. Kontinuierliche Intervention

regelmäßige
Kontakte,
Qualitäts-
kontrolle

am 23. Mai 2009, zwischen 11 und 17 Uhr, einen DiabetesMARKT auf dem Leipziger Marktplatz.

Aufklärung und Fachberatung leicht gemacht

Das Thema der Großveranstaltung ist dreigeteilt: Was ist Diabetes mellitus, wer ist gefährdet und was kann man dagegen tun? Es werden über 50 Diabetes-Experten zur Information der Besucher bereit stehen: Ärzte aus Klinik und Praxis, Ernährungsberater, Orthopäden, Podologen sowie Unternehmen aus dem Diabetes- und Gesundheitsbereich und andere Fachleute aus der Region. Verschiedene Stände informieren über alle Aspekte der Krankheit und der Vorbeugung im Licht aktueller Erkenntnisse. Man

kann kostenlos Blutzucker, Blutdruck und Blutfette testen lassen.

Sofort-Informationen im Internet

Mit dem FINDRISK-Testbogen (www.diabetes-risiko.de/risikotest.html) kann jeder mit acht Fragen sein persönliches Diabetes-Risiko für die nächsten zehn Jahre online überprüfen. Aber auch Ärzte werden während der Vorsorgewoche ihren Patienten verstärkt den Risikotest empfehlen.

Knut Köhler M.A.
Referent Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Bologna-Prozess in Deutschland

Ein Trojanisches Pferd für das deutsche Hochschulsystem?

Der Deutsche Ärztetag, der Medizinische Fakultätentag und der Juristische Fakultätentag lehnen einen Bachelor-/Masterstudiengang in der Mediziner- respektive in der Juristen-ausbildung ab. Die Bundesärztekammer hält nach wie vor an ihrer Auffassung fest, dass die konsequente Umsetzung der neuen Approbationsordnung an den Medizinischen Fakultäten in Deutschland alle Möglichkeiten bietet, um im Rahmen eines einstufigen Studienganges die notwendigen Reformen unter anderem in Bezug auf Mobilität, Flexibilität und Anrechnung von Studienabschnitten zu realisieren.

Es darf keinen Bruch einer mehr als 800-jährigen Tradition mit einheitlichen und hochwertigen Studiengängen geben, die mit einem Staatsexamen und Berufsqualifikation abschließen!

Ebenso hat der Wissenschaftsrat davon abgeraten, das unausgereifte Bachelor/Mastersystem für die Medizin vorzusehen. Folgerichtig hat auch der 111. Deutsche Ärztetag 2008 die Einführung dieser gestuften Ausbildung für die Medizin abgelehnt und den Erhalt des einheitlichen, hochwertigen Medizinstudiums gefordert. Diese konsequente Studiumsauffassung wird in den einzelnen deutschen Medizinischen Fakultäten bis zum heutigen Tag mit wenigen Ausnahmen vertreten, obwohl durch die Hochschulrektoren- und Kultusminis-

terkonferenzen ein zunehmender Druck entfaltet wird, bisherige Staatsexamens-Studiengänge durch Bachelor- und Master-Curricula zu ersetzen. Hilfreich für die Sondersituation mit Ausnahmestatus der Medizin war deren frühe europäische Harmonisierung mit gegenseitiger Anerkennung, obwohl im Jahre 2003 die Hochschulrektoren- und Kultusministerkonferenz empfahlen, Diplom-Magister und auch Staatsexamens-Studiengänge zügig durch Bachelor- und Master-Curricula zu ersetzen, sollte es dazu „begründete Ausnahmen“ geben.

Für die Medizin fielen diese Begründungen nicht schwer, da eine europäische Harmonisierung mit gegenseitiger Anerkennung der Studienabschlüsse auf der Grundlage einer bindenden Richtlinie (2005/36 EG bzw. 93/16 EWG) bestand. Diese Richtlinie sorgt für Minimalstandards in der europäischen Ärzteausbildung (5.500 Stunden). Ärztevertreter und Hochschulmediziner können derzeit durch Bologna keinen Nutzen erkennen, befürchten aber beim Medizinstudium und bei den Patienten Konfusion und großen Schaden, wenn diese Reform durchgesetzt würde!

Keine guten Erfahrungen wurden mit dem Dr. „light“ gemacht, der als sogenannter „Feldscher“, „Arzthelfer“ oder „Halbarzt“ kein Erfolgsmodell war. Neueste Ergebnisse des vom BMBF 2008 vorgelegten 10. Studiendensurveys belegen, dass es in den Studiengängen, welche Bachelor-/Masterstudiengänge bereits eingeführt haben, zur „Bologna-Ernüchterung“ gekommen ist. Aus den bisher vorliegenden Erfahrungen muss man das Scheitern des Bologna-Prozesses in den wesentlichen Zielstellungen konstatieren:

- hohe Abbruchquote,
- mangelnde wissenschaftliche Qualität,
- gesunkene Mobilität der Studierenden,
- geringe Vergleichbarkeit der Abschlüsse,
- geringe Berufsqualifikation für die Mehrzahl der Bachelor-Absolventen,

- dadurch geringe Chancen auf dem Arbeitsmarkt.

In diesem Zusammenhang fordert die AG Hochschulmedizin und der Deutsche Hochschulverband ein umgehendes Bologna-Moratorium für noch nicht umgestellte Studiengänge, wie Jura und Medizin. Hierfür spricht auch, dass der Bachelor in der Medizin keinen berufsqualifizierenden Abschluss darstellen kann.

Trotz aller Skepsis sind in Deutschland zwei universitäre Einrichtungen dabei, den Studiengang Humanmedizin entsprechend dem Bologna-Prozess zu reformieren. Die Universität Oldenburg/Gronigen will eine „European Medical School“ entwickeln während die Charite vorläufig noch an unausgereiften Vorstellungen eines Modellstudienganges arbeitet.

Außerordentlich bedenklich ist die Tatsache, dass der Hochschulausschuss der Kultusministerkonferenz nunmehr doch Bachelor/Masterstrukturen in der medizinischen Ausbildung einführen möchte und dazu die Gesellschaft für Medizinische Ausbildung beauftragt hat, in Abstimmung mit dem Medizinischen Fakultätentag einen entsprechenden Qualifikationsrahmen hierfür zu erarbeiten.

Als Schlussfolgerung bedarf es deshalb einer breit angelegten Kampagne gegen den „Bologna-Schematismus“ und für den Erhalt der deutschen Hochschul- und Universitätsstandards in Lehre und Forschung zum Wohle der Patienten und damit des Allgemeinwohls. Nachhaltige und präzise Argumentationsketten können besonders im Wahljahr 2009 erfolgreich sein.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

(Statement zur Podiums- und Diskussionsveranstaltung des DHV-Landesverbandes Sachsen am 19. Februar 2009)

Medizinische Versorgungszentren

Welchen Stellenwert besitzen Medizinische Versorgungszentren im Deutschen Gesundheitswesen?

Das Deutsche Gesundheitssystem wird zusehends reformiert. Die einst aus der Historie gewachsenen Strukturen und sektoralen Trennungen verändern sich schrittweise in Richtung einer vernetzten, qualitätsgesicherten und effizienten Patientenversorgung. Als zentrales Element führte hierfür der Gesetzgeber mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) 2004 die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ein (1, 7, 9, 13).

gen geschlossen und niedergelassene Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Physiotherapeuten übernahmen die Versorgung. Für die verbliebenen Polikliniken und Ambulatorien schuf der Gesetzgeber mit dem § 311 SGB V im Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland die rechtliche Grundlage zum Bestandsschutz dieser Einrichtungen. Aus der Abbildung 1 geht hervor, dass es im Dezember 1998 immerhin noch 103 dieser ambulanten Versorgungseinrichtungen gab. Diese beschäftigten über 350 Ärzte stellten mit 1,8% die ambulante Versorgung der östlichen Bundesländer sicher (6, 14, 15).

Die mit dem GMG eingeführten MVZ basieren auf den Ansätzen und



Abb. 1: Anzahl der Einrichtung gem. § 311 SGB V (15)

Die Idee der MVZ geht auf Christoph Wilhelm Hufeland, dem späteren Leibarzt von Friedrich Wilhelm III., zurück. Er gründete 1793 in Jena die erste Poliklinik als eine Einrichtung, in der Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen gemeinsam Patienten in einer Versorgungseinrichtung behandelten. Später wurde diese Idee in den Polikliniken des staatlichen Gesundheitswesens der ehemaligen DDR umgesetzt. In dieser Zeit bezeichnete man eine Poliklinik als eine ambulante Versorgungseinrichtung, die über mindestens 5 fachärztliche und eine zahnärztliche Abteilung, über eine Apotheke und eine Abteilung für physikalische Therapie verfügte. Bei weniger als vier und mindestens zwei medizinischen Fachabteilungen und einer zahnärztlichen Abteilung sprach man von einem Ambulatorium. Im Jahre 1988 gab es in der ehemaligen DDR über 623 Polikliniken. Mit der Wiedervereinigung wurde der größte Teil der ambulanten Versorgungseinrichtun-

gen Erfahrungen dieser Versorgungseinrichtungen, zuzüglich zeitgemäßer und politischer Veränderungen. Sie sichern mittlerweile einen wesentlichen Teil der ambulanten Vertragsärztlichen Versorgung ab.

Entwicklung

Seit der Einführung der rechtlichen Rahmenbedingungen der Medizinischen Versorgungszentren sind mittlerweile 5 Jahre vergangen. In dieser Zeit ist die Zahl der zugelassen MVZ in Gesamtdeutschland bereits auf über 1.152 angestiegen. Betrachtet man die Verteilung zwischen den alten und neuen Bundesländern, so lässt sich erkennen, dass der überwiegende Teil der MVZ in den alten Bundesländern gegründet wurde. Das lässt den Schluss zu, dass es sich hier nicht um „Ostalgie“ handelt.

Betrachtet man die Perspektive der Träger, so sind einerseits mit knapp zwei Drittel die Vertragsärzte und andererseits mit über ein Drittel die

KRIEG UND MEDIZIN

EIN AUSSTELLUNGSPROJEKT VON



DEUTSCHES
HYGIENE-MUSEUM
DRESDEN

wellcome
collection

4. APRIL BIS 9. AUGUST 2009

KOSTENLOSE SONDERFÜHRUNGEN FÜR ÄRZTINNEN UND ÄRZTE
17. JUNI, 14 UHR UND 24. JUNI, 16 UHR

Anmeldung: Sächsische Landesärztekammer
oeffentlichkeitsarbeit@slaek.de Tel.: 0351 8267-161

MENSCHEN IM VISIER

KRIEG UND MEDIZIN IM 20. UND 21. JAHRHUNDERT

VORTRAGSREIHE: WWW.DHMD.DE/VISIER

Eine Kooperation mit dem Militärhistorischen Museum Dresden und der Sächsischen Landesärztekammer, gefördert vom Arbeitskreis selbstständiger Kultur-Institute e.V. – AsKI

VORTRÄGE IM MAI, JEWEILS 19:00 UHR:

RUPERT NEUDECK 5. MAI THOMAS GEBAUER 12. MAI
DIETER RIESENBERGER 26. MAI MONIKA HAUSER 2. JUNI
JE VORTRAG: FZ02



DEUTSCHES HYGIENE-MUSEUM LINGNERPLATZ 1
WWW.DHMD.DE BESUCHERSERVICE 0351 4846-400

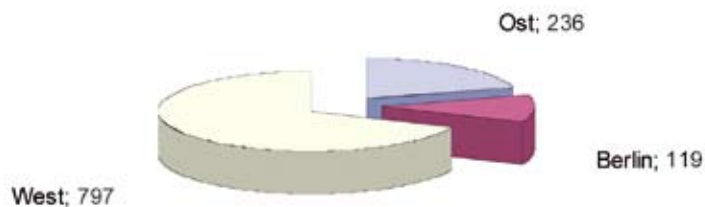


Abb. 2: Verteilung der MVZ in Ost- und Westdeutschland (18)

Krankenhäuser an dieser Entwicklung wesentlich beteiligt. Ein derzeit noch geringer Anteil von 8,0% verteilt sich auf sonstige Träger. Inwieweit die Gruppe der sonstigen Träger in der Zukunft die Verteilungsverhältnisse mitbestimmt, kann derzeit noch nicht abgesehen werden. Bemerkenswert ist bereits, dass

MVZ, so ist die Zahl der durchschnittlich beschäftigten Ärzte vom 3. Quartal 2004 mit damals noch 3,2 Ärzten/MVZ bereits zum 3. Quartal 2008 um durchschnittlich eine weitere Arbeitskraft auf 4,5 Ärzten/MVZ angestiegen. Zudem sind die Ärzte zum überwiegenden Teil im Anstellungsverhältnis beschäftigt (18).

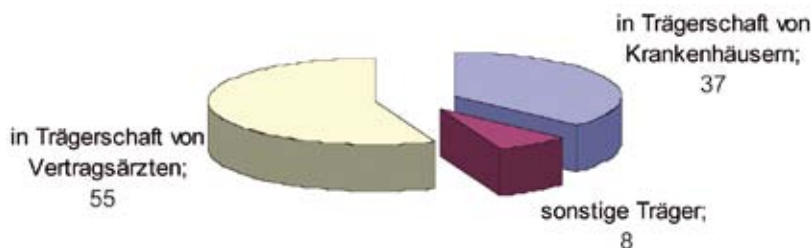


Abb. 3: Träger MVZ; modifiziert nach KBV (19)

deren Anteil im 1. Quartal 2007 noch bei 4,5% lag und dieser mittlerweile im 3. Quartal 2008 auf 8% angewachsen ist. Die folgende Abbildung 4 gibt einen Überblick über die Aufteilung dieser Leistungserbringer im 2. Quartal 2008 und lässt erkennen, dass insbesondere die Leistungserbringer Heilmittel und die Leistungserbringer Hilfsmittel über einen relativ großen Anteil verfügen.

Motive

Stellt sich die Frage, was motiviert die Träger ein MVZ zu gründen. Die Motive der ersten Gründergeneration, und hier insbesondere die der Vertragsärzte, lagen laut einer KBV Umfrage zum überwiegenden Teil in der Verbesserung ihrer Position am Markt, in der Effizienzsteigerung durch beispielsweise einer zentralen Koordinierung von Prozessen (Aufnahme, Untersuchung, Abrechnung und Kontrolle), in der Möglichkeit Ärzte anzustellen sowie in der inter-

disziplinären Zusammenarbeit. Als überwiegende Kooperationspartner kamen die niedergelassenen Vertragsärzte, Krankenhäuser, Physiotherapeuten, Sanitätshäuser und Apotheken in Betracht. Zudem ergab die Umfrage, dass 61 % der MVZ in einem medizinischen Versorgungsschwerpunkt spezialisiert sind. Die Kompetenzen konzentrierten sich insbesondere in den Fachbereichen der Augenheilkunde und Angiologie, der ambulanten Operation, der Labormedizin und Palliativmedizin, Onkologie/Hämatologie sowie Gynäkologie. Zudem entwickelte die Hälfte der Zentren Behandlungspfade, installierte ein eigenes Informationsnetzwerk zwischen den behandelnden Ärzten und 71 % der Befragten arbeiten bereits mit einer gemeinsamen Patientenakte. Diese Umfrageergebnisse sind ein Zeugnis dafür, dass mit den Zusammenschlüssen zu MVZ verbesserte Arbeits- und Behandlungsprozesse angestrebt und umgesetzt werden konnten (20). Die Motive der ersten Gründergeneration werden auch die Motive der zukünftigen Gründer sein.

Betrachtet man die Entwicklung in Bezug auf die personelle Struktur der

Betrachtet man die Krankenhäuser als Träger MVZ, so wirken hier andere Motive. Aus der Perspektive der Krankenhäuser hat sich in den letzten Jahren auch einiges verändert. Mit der Einführung der ambulanten Operationen (AOP) sowie der Einführung der pauschalen Patientenvergütung durch Diagnosis Related Groups (DRG) hat sich ein Teil der Krankenhausleistungen in den ambulanten Sektor verlagert. Dieser Trend der Leistungsverlagerung hält seit einigen Jahren an und wird durch verbesserte Technologien und Behandlungsmethoden, sowie durch krankenhausinterne Faktoren, wie sinkende Verweildauern oder Konzentrations- und Spezialisierungseffekte weiter verstärkt (2 u. 3). Die MVZ sind in diesem Prozess geeignete ambulante Organisationsformen, an denen sich die Krankenhäuser zum einen wirtschaftlich aber auch gestalterisch beteiligen können. Dass hier ein Interesse besteht, belegt der Anstieg von Krankenhausträgern. Waren im 1. Quartal 2007

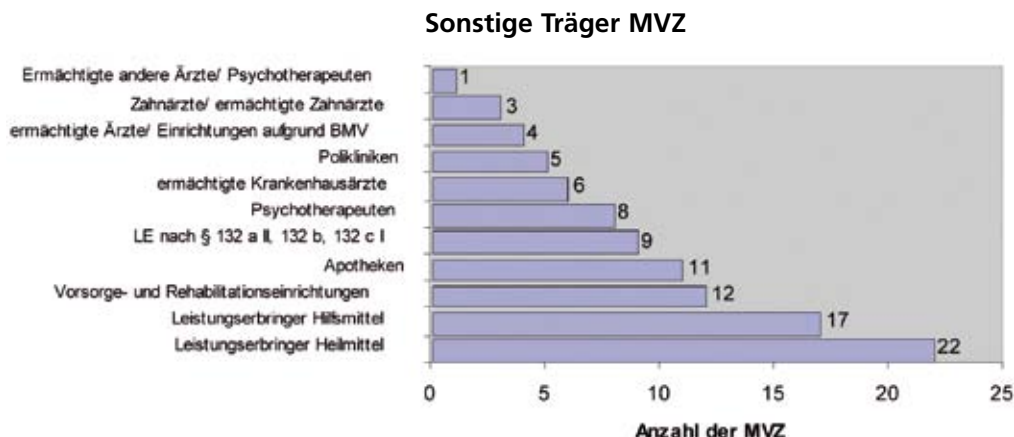


Abb. 4: Übersicht der Anzahl sonstiger Träger MVZ; modifiziert nach KBV (18)

noch 33,1 % so sind im 3. Quartal 2008 bereits 37 % der MVZ in der Trägerschaft von Krankenhäusern (18).

Gestaltungsoptionen

Zur Nutzung der Potentiale MVZ ist es perspektivisch sinnvoll diese an zentralen Orten zu bündeln. Dies kann zum einen durch Zusammenschlüsse oder Kooperationsgemeinschaften mehrerer MVZ erfolgen. Die hieraus resultierenden Vorteile werden ab 2009 durch die „Euro – EBM“ mit der nicht mehr so starren Budgetierung besonders interessant. So macht es Sinn, dass unterschiedliche Fachrichtungen in einem MVZ vertreten sind, die sich gegenseitig Patienten zuweisen (nicht überweisen). Hierbei können die Fachärzte der unterschiedlichen Fachrichtungen jeweils ihre eigene Grundpauschale abrechnen. Neben dem Vorteil für den Patienten des kurzen Weges, verdient das MVZ ab 2009, entgegen einer alten EBM Regelung (Ordinationskomplex), an dem zweiten Arzt-Patienten-Kontakt der internen Zuweisung (23). Dieser Vorteil bedeutet nicht zwangsläufig, dass das MVZ hierdurch höhere Einnahmen erzielen wird, sondern vielmehr, dass man Einnahmeverluste in der Zukunft vermeiden kann.

Wie könnte zukünftig die Landschaft der MVZ aussehen? Es ist zu hinterfragen, wo und wie greifen die MVZ

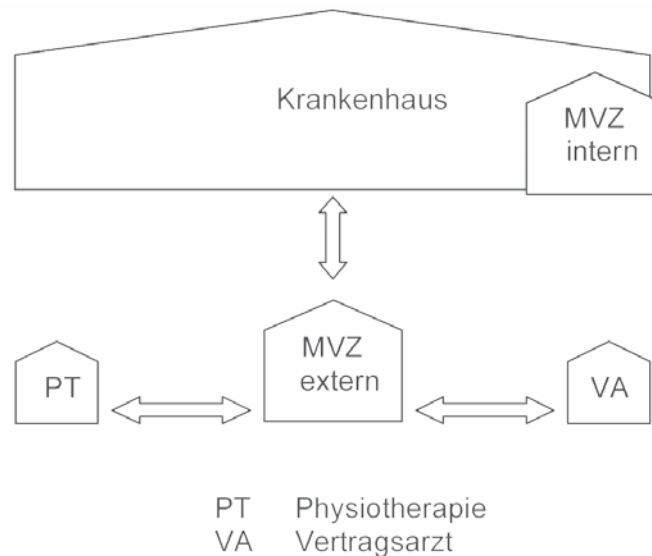


Abb. 5: Standortgestaltung – MVZ aus Krankenhaussicht

auf bestimmte Ressourcen (Medizintechnik, Personal) zu? Dabei ist zu berücksichtigen, dass größtenteils die Ressourcen objektgebunden sind. Ein Krankenhaus bietet aus der Personalperspektive ein geeignetes Umfeld für ein am Krankenhaus angesiedeltes MVZ. Im Gegenzug spricht die wohnortnahe Patientenversorgung für ein in Wohngebieten angesiedeltes MVZ. Aus diesen Ansätzen heraus resultieren die Gestaltungsoptionen der internen, am Krankenhausstandort integrierte MVZ und externen, nicht am Krankenhausstandort integrierten MVZ (Abb. 5).

Interne MVZ

Die Krankenhäuser bieten ein besonders günstiges Umfeld für interne

MVZ. Dafür sprechen unter anderem freie Gebäudeflächen und eine moderne medizintechnische Ausstattung der Krankenhäuser. Die örtliche Nähe ermöglicht zudem eine enge Zusammenarbeit der ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter der Krankenhäuser und der MVZ. Die durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) veranlasste Änderung des § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV schaffte hierfür die rechtliche Grundlage. In diesem Paragraphen heißt es, dass: „... Die Tätigkeit in oder die Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 SGB V oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 111 SGB V mit der Tätigkeit des Vertragsarztes vereinbar. ...“ ist.

Somit können vom Grundsatz her auch die in einem Krankenhaus tätigen Ärzte als „Nebentätigkeit“ in einem MVZ arbeiten und umgekehrt. Mit diesen Regelungen können Personalengpässe bestimmter Fachrichtungen im stationären und ambulanten Sektor durch die enge personelle Zusammenarbeit am Krankenhausstandort teilweise ausgeglichen werden (11, 12).

Neben dem Personal spielt die Objektressource eine gewichtige Rolle für die Entscheidung eines Krankenhauses ein MVZ zu integrieren. Die rückläufige Entwicklung der Bettenauslastung der Krankenhäuser führt dazu, dass freie Objektressourcen einer neuen Nutzung zugeführt werden müssen. Somit ist das interne MVZ als Nutzer dieser Flächen ein geeigneter Partner für das Krankenhaus. Weiterhin können nichtärztliche Leistungserbringer in einem am Krankenhaus ansässigen MVZ integriert werden. Auch Ausgliederungen (outsourcen) von Krankenhausleistungen in die MVZ sind eine Option des jeweiligen Krankenhauses, wenn sich damit Vorteile ohne Qualitätseinbußen generieren lassen (3 u. 22).

Weitere wirtschaftliche Vorteile lassen sich aus der Einbindung des internen MVZ in das vorhandene logistische Versorgungsnetz des Krankenhauses sowie die Verwendung der modernen medizintechnischen Ausstattung erzielen. Zudem ist eine minimale Lagerhaltung durch Lieferungen „just in time“ bei materialaufwendigen Leistungsangeboten des MVZ (Bsp. AOP) eine Alternative. In Engpasssituationen könnte man auf Ressourcen vom KH zurückgreifen und so die medizinische Patientenversorgung absichern. Zudem ist eine optimale Geräteauslastung im Krankenhaus durch die örtliche Zusammenarbeit und den kurzen Wegen im Interesse der Beteiligten. Das interne MVZ eines Krankenhauses trägt somit wesentlich zur integrierten Versorgung der beiden Sektoren bei und bildet dadurch ein wichtiges Glied in der Entwicklung der zukünftigen Krankenhausversorgung (8, 9)

Externe MVZ

Analog zu den internen MVZ bieten die externen MVZ den ambulanten Vertragsärzten in Kooperation mit den Krankenhäusern ebenfalls eine Reihe von Vorteilen. Die MVZ und die Krankenhäuser treten gegenseitig als Imagevertreter auf. Eine Bündelung beider Kompetenzen kann zur Optimierung der Prozesse führen. Die Stärken der Krankenhäuser liegen beispielsweise in der professionellen Führung großer Patienten- und Mitarbeiterströme und bieten ein hohes fachliches Niveau in der Organisation und Verwaltung sowie eine gute technische Ausstattung. Die Ärzte der MVZ sind die Kontaktpersonen der Patienten und besitzen deren Vertrauen, kennen deren Probleme und Befindlichkeiten. Hier kann ein Ausgleich der Stärken beider Seiten unter einer gemeinsam festgelegten Zielstellung stattfinden. Zudem sollte ein externes MVZ durch eine effiziente Objektgestaltung, durch spezialisierte Arbeitsteilung ein gutes und reibungsloses Arbeiten der Ärzte und Schwestern ermöglichen sowie behinderten- und patientenfreundlich gestaltet sein (18 u. 4). Mit der verkehrstechnischen Erschließung in Städten ist es heutzutage vertretbar, wenn die fachübergreifenden externen MVZ sich an bestimmten, zentral für den Patienten und den Versorgungsunternehmen gut erreichbaren Standorten eines Planungsbereichs konzentrieren. In diesem Zusammenhang sind Kooperationen mit anderen Leistungserbringern oder auch MVZ in einem gut durchdachten Gebäudekomplex sinnvoll. Dabei ist zu beachten, dass dieser Komplex eine Größe einnehmen sollte, der für das MVZ wirtschaftlich ist.

Aus diesen Ansätzen und Perspektiven ergeben sich für die Träger MVZ unter anderem folgende Vorteile – die keine abschließende Aufzählung sind:

- verbesserte Arbeits- und Behandlungsprozesse
 - gemeinsame Patientenakte
 - interdisziplinäre Zusammenarbeit
 - Behandlungspfade „clinical pathways“

- verbesserte Position am Markt
- Größenvorteile „economics of scale“
- Effizienzsteigerung durch koordinierte Prozesse
- wirtschaftliche- und gestalterische Beteiligung
- Objektauslastung, verbesserter Informationsaustausch,
- Sicherung des Zuweiserverhaltens
- geringe Lagerkosten durch „just in time“
- Optimierungspotential durch Kompetenzaustausch,
- ein MVZ hat einen Unternehmenswert, der sich veräußern lässt.

Zählt man die Nachteile von MVZ auf, dann ist als erstes anzumerken, dass ein Vorteil des Einen den Nachteil des Anderen in sich birgt. Hier sei nur kurz daraufhingewiesen, dass nicht jeder im Umfeld eines neuen MVZ dessen Gründung unterstützt. So sind evtl. Schwierigkeiten bis zur endgültigen Etablierung des MVZ denkbar (Genehmigungsverfahren, ...). Zudem sind auch Anlaufverluste und Investitionskosten zu tragen. Man sollte also nicht kurzfristig große Gewinne erwarten. Die Personalfrage ist ein zentrales Thema bei MVZ, schließlich verkaufen die Praxisinhaber ihre Sitze oftmals deswegen, weil Sie in naher Zukunft ihren Ruhestand genießen wollen. Frauen hingegen werden irgendwann den Kinderwunsch anstreben und daraufhin eine Auszeit nehmen. Diese Nachteile sind zugleich Risiken und von vorn herein mit einzukalkulieren. Dementsprechend sollte auch die Firmenpolitik eines MVZ reagieren und den Mitarbeitern ein ausgewogenes Arbeitsklima bieten.

Praxisbeispiel – Klinikum Chemnitz gGmbH

Die „Poliklinik GmbH Chemnitz“ konzentriert als Tochtergesellschaft und eigenständiges Gesundheitszentrum des „Klinikum Chemnitz gGmbH“ eine Vielzahl ambulante und stationäre ärztliche und nicht-ärztliche Leistungserbringer in Form von MVZ unter einem Dach. Hierzu zählen insbesondere Haus- und Fachärzte, Physiotherapeuten, Logopäden und Ergotherapeuten. Die „Poli-

„Poliklinik GmbH Chemnitz“ beschäftigt gegenwärtig ca. 183 Mitarbeiter, darunter befinden sich neben Allgemeinmedizinern, Fachärzten der Fachrichtungen Gynäkologie und Geburtshilfe, Gynäkologische Onkologie und Palliativmedizin, HNO-Heilkunde, Augenheilkunde sowie Chirurgie und Innere Medizin. Die ärztlichen Leistungserbringer bilden ein zentrales Element des Gesundheitszentrums und sind durch externe oder interne MVZ fachübergreifend organisiert. Dort werden unter anderem hochspezialisierte Leistungen der Tumorbehandlung von Frauen durch gynäkologische Onkologen durchgeführt. Dies umfasst neben ambulanter Chemo-, Immun-, endokrinen und komplementären Therapien auch die Vor- und Nachsorgeaufgaben. Betreut werden sowohl Patientinnen mit kurativer Zielstellung als auch Frauen mit weit fortgeschrittenen Mammakarzinomen und Gynäkologischen Malignomen. Dabei arbeiten die palliativmedizinisch spezialisierten Gynäkologischen Onkologen eng mit den Palliativ- und Hospizeinrichtungen sowie ambulanten Pflegediensten des gesamten Umlandes zusammen. Nur so gelingt es auch Patienten mit zahlreichen durch die Tumorbehandlung bedingten Beschwerden, über möglichst lange Zeit die Lebensqualität im häuslichen Umfeld zu sichern. Als notwendige Ergänzung dieses Betreuungskonzeptes steht den Patienten vor Ort (internes MVZ) ein Physiotherapeuti-

sches Zentrum zur Verfügung, das zur klassischen Physiotherapie (zum Beispiel manuelle Lymphdrainagen bei tumorbedingten Lymphoedemen) zusätzlich Präventionsleistungen anbietet. Das Gesundheitszentrum nutzt hierbei die betriebswirtschaftlichen, medizinischen und technischen Ressourcen des Klinikums. Eine Angliederung von weiteren Ärzten und Leistungsanbietern ist möglich. Somit legt die „Poliklinik GmbH Chemnitz“ die Grundlage für eine netzwerkartige Versorgung (Klinik, internes MVZ, externes MVZ) in der Gynäkologischen Onkologie und Palliativmedizin. Angestrebt wird eine Fortführung enger kooperativer Beziehungen mit allen in diesem Arbeitsfeld tätigen Praxen und Kliniken. Derartige Versorgungsstrukturen in der Onkologie und Palliativmedizin gewinnen beim Bestreben der Krankenkassen nach Umsetzung von Einkaufsmodellen noch größere Bedeutung (10, 16, 21).

Zusammenfassung

Es lässt sich aus der Anzahl der Gründungen erkennen, dass die Vertragsärzte und Krankenhäuser den sich entwickelnden Stellenwert der MVZ für das Deutsche Gesundheitswesen erkannt haben. Interne und/oder externe MVZ bieten eine gute rechtliche sowie organisatorische Grundlage für eine vernetzte Patientenversorgung besonders in spezialisierten Bereichen wie Onkologie und Palliativmedizin. Das erlaubt für die Zu-

kunft die Sicherstellung einer qualitätsbasierten und wissenschaftlich fundierten medizinischen Betreuung von Prävention über Therapie, Rehabilitation bis zur Nachsorge unter Beachtung wirtschaftlicher Ressourcen. Perspektivisch ist zudem mit einer Professionalisierung dieser MVZ zu rechnen, wenn die beteiligten Versorgungseinrichtungen geeignete Kooperationsmodelle entwickelt haben und diese umsetzen. Auch im Hinblick auf die Entwicklung von Einkaufsmodellen der Gesetzlichen Krankenversicherung ist der Zusammenschluss von Vertragsärzten zu MVZ ein sinnvoller Schritt. So wie Einkaufszentren in jeder größeren Stadt eine Selbstverständlichkeit sind, die zu guten Preisen eine moderne und kundenorientierte Verkaufskultur bieten, werden zukünftig MVZ eine moderne ambulante medizinische Versorgung auf hohem Niveau im Interesse des Patienten zur Verfügung stellen können.

Literatur bei den Verfassern

Anschrift der Verfasser:
Dipl. Kaufmann (FH) André Resaie:
Westfälische Hochschule Zwickau

Prof. Dr. rer. oec. Olaf Preuß
Westfälische Hochschule Zwickau,
Dr.-Friedrichs-Ring 2A, 08056 Zwickau

Prof. Dr. med. Frank Förster
Poliklinik GmbH Chemnitz
Onkologische Schwerpunktpraxis
Flemmingstraße 4, 09116 Chemnitz

Konzerthaus für Dresden

Veröffentlichung in den Dresdner Neuen Nachrichten vom 28.04.2009

Schon länger beschäftigt die Dresdner Öffentlichkeit die Frage, inwieweit der Neubau eines Konzerthauses für die international renommierten Klangkörper Dresdner Philharmonie und Sächsische Staatskapelle einen Fortschritt für das Kulturgesehen der Stadt bedeuten würde. Eine Initiativgruppierung verschiedener Privatpersonen, darunter unser amtierender Präsident der Kammer, Herr Prof. Dr. Jan Schulze sowie der Ehrenpräsident der Kammer, Herr Prof. Dr. Heinz Diettrich, engagiert sich für die Errichtung eines solchen Gebäudes. Von Seiten der Bürgerschaft und auch der Politik gibt es Zustimmung wie Ablehnung. Der Prozess der Meinungsbildung und Entscheidung derartiger Fragen gehört zur Normalität in einer demokratischen Gesellschaft. Transparenz und Information sind ebenso unumgänglich für die Entscheidungsfindung

wie ein fairer Umgang miteinander, auch wenn kontroverse Meinungen aufeinanderprallen.

Insoweit müssen wir an dieser Stelle Form und Inhalt der Äußerungen des Dresdner Finanzbürgermeisters Vorjohann (CDU), nachlesbar in oben genanntem Artikel der DNN, entschieden zurückweisen. Unter anderem werden Ärzte pauschal mit Droghändlern auf eine Stufe gestellt: Das ist einfach unwürdig und verdient allenfalls Beachtung unter dem Aspekt einer strafrechtlichen Würdigung der Ausfälle von Herrn Vorjohann. Auch in der Sache irrt Herr Finanzbürgermeister, wenn er das Engagement der genannten Initiativgruppe als Aktivitäten der Sächsischen Landesärztekammer bezeichnet. Ärzte treten hier nur in besonderem Maße für eine Sache ein, von deren Sinn und Richtigkeit sie überzeugt sind. Die Tatsache, dass es sich um aktive und frühere prominente Amtsträger handelt, kann nichts daran ändern, dass sie einzig als Privatbürger aktiv sind.

Der Anwurf, die sächsischen Ärzte wollten ihre Pensionsgelder rentier-

lich auf Kosten der Allgemeinheit, insbesondere noch der sozial Schwachen, anlegen, geht ebenfalls an der Wirklichkeit vorbei: Wie schon im Ärzteblatt Sachsen, Heft 6/2008, ausgeführt, wurde an den Verwaltungsausschuss der Sächsischen Ärzteversorgung Anfang 2008 eine Anfrage zur Möglichkeit einer Beteiligung an einem Finanzierungskonzept gerichtet. Diese Anfrage wurde im Einklang mit unserer Satzung und den aufsichtsrechtlichen Vorgaben so beantwortet, dass „an ein Investment dieser Art unter anderem hinsichtlich der Sicherheit und Rentabilität die gleichen Ansprüche zu stellen wären, wie an jede andere von uns getätigte Geldanlage“. Ein verantwortungsbewusster Umgang mit den uns anvertrauten Geldern schließt ein anderes Vorgehen aus. Niemand ist autorisiert, einen anderen Sachstand zu verkünden oder in der Weise des Herrn Vorjohann zu kommentieren.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident
Dr. med. Steffen Liebscher, Vorsitzender des
Verwaltungsausschusses

Konsensuskonferenz

Am 22. April 2009 trafen sich in Dresden Vertreter mehrerer Gutachterkommissionen/Schlichtungsstellen der Deutschen Ärztekammern zu einer weiteren Konsensuskonferenz. Konsensuskonferenzen haben die Aufgabe, Bewertungsalgorithmen für

in unserem Begutachtungsmaterial häufig wiederkehrende Sachverhalte zu entwickeln, deren Beurteilung ein methodisch abgesichertes Bewertungskonzept voraussetzt. Konsensuskonferenzen sind somit ein Mittel der internen Qualitätskontrolle mit der Zielstellung, die Bewertungsqualität zu verbessern und zu standardisieren.

der Jahrestagung der Ständigen Kommission „Gutachterkommissionen/Schlichtungsstellen“ der Bundesärztekammer diskutiert werden wird und danach allen Gutachterkommissionen/Schlichtungsstellen der Deutschen Ärztekammern als Arbeitsgrundlage zur Verfügung steht. Die Konferenz hat in sehr konzentrierter Arbeit die gestellte Aufgabe in hoher Qualität erfüllt.

Die Konferenz hat sich mit zwei Fragestellungen befasst:

1. Bewertung perioperativ entstandener Hautläsionen verschiedenster Ursachen (ausgenommen Dekubitalulcerationen).
2. Bewertung der perioperativen Bridging-Therapie bei Elektivoperationen bei langzeitantikoagulierten Patienten.

Neben der sachlichen Problembewältigung werden solche Konferenzen naturgemäß zum intensiven Erfahrungsaustausch genutzt und dienen der besseren Kooperation zwischen den Gutachterkommissionen/Schlichtungsstellen.

Für 2009 ist in Dresden eine weitere Konsensuskonferenz geplant.

Die Konferenz hat zu beiden Problembereichen einen solchen Algorithmus entwickelt, der nochmals auf

Dr. med. Rainer Kluge
Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen der
Sächsischen Landesärztekammer



Teilnehmer der Konsensuskonferenz

Einhaltung der Meldepflicht von Krebserkrankungen

Im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 2/2009, erschien ein Artikel, der die gesetzliche Meldepflicht von Tumorerkrankungen in Sachsen an das Gemeinsame Krebsregister der neuen Bundesländer (GKR) in Berlin zum Inhalt hat. Dort wird richtig festgestellt, dass epidemiologische Register, in diesem Fall das GKR, die Aufgabe haben, bevölkerungsbezogene Aussagen zur Inzidenz und Mortalität zu treffen, sowie Ursachen für Krebshäufungen zu untersuchen und zeitliche Trends aufzuzeigen.

Zur Beurteilung von Ergebnisqualität in der Onkologie jedoch ist eine verlaufs begleitende Dokumentation essentiell. Nur durch die lückenlose Dokumentation eines jeden einzelnen Falles kann in der Summe nachgewiesen werden, wie erfolgreich eine Vorgehensweise zum Beispiel nach Therapiestandards ist und ob sich über mehrere Jahre hinweg Verbesserungen bezüglich der Qualität der Versorgung und des Überlebens nachweisen lassen.

Therapieergebnisse zu belegen sind nur klinische Register in der Lage. Solche wurden in Sachsen von den Tumorzentren Chemnitz, Dresden, Görlitz, Leipzig und Zwickau aufgebaut und seit vielen Jahren geführt und gepflegt.

Die notwendigen Daten über tumor-erkrankte Patienten in den jeweiligen Einzugsgebieten der Tumorzentren entnehmen wir – unter Wahrung des Datenschutzes – aus Tumormeldebögen, Befundberichten, aus Klinikinformationssystemen und Archiven und, um die ohnehin von Bürokratie überhäufteten Kollegen zu entlasten, vielfach auch aus Epikrisen.

Die Betreuung von Tumorpatienten ist heute fast ausschließlich interdisziplinär. Die Erfassung von Diagnostik, Therapien und Daten der Nachsorge, die Zuordnung also von Informationen aus Kliniken und Praxen über viele Jahre hinweg zu jedem Fall erfordert unser volles Engagement.

Seit langem stellen wir meldenden Ärzten und Einrichtungen Daten oder Auswertungen aus unseren Registern zur Beantwortung wissenschaftlicher Fragestellungen zur Verfügung. Wir unterstützen gleichfalls die Zertifizierung von organbezogenen Zentren in unseren Einzugsgebieten. Wir übernehmen die Dokumentation interdisziplinärer Tumorboards, an deren Organisation wir zum Teil auch beteiligt sind und vieles anderes mehr.

Im Frühjahr dieses Jahres möchten wir unseren ersten gemeinsamen Bericht zum Mammakarzinom in Sachsen mit Politik und Kostenträgern diskutieren und zeigen, welchen Beitrag Tumorzentren mit ihren klinischen Registern für Leistungstransparenz und Versorgungsforschung in der Onkologie zu leisten im Stande sind.

Bei all unseren Aktivitäten sind wir immer auf die Unterstützung der stationär und ambulant tätigen Kollegen angewiesen. Ohne ihre Informa-

tionen auf direktem Wege zu den Tumorzentren können keine fundierten Aussagen mit klinischem Bezug (zum Beispiel zu Qualitätsindikatoren, Rezidivverhalten, Metastasierung) getroffen werden.

Deshalb möchten wir den Ärzten in Sachsen herzlich danken, die den auch vom GKR favorisierten Meldeweg über die Tumorzentren nutzen und uns klinische Daten ihrer Patienten mitteilen. Die epidemiologisch relevanten Daten werden von uns geprüft und an das GKR weitergesandt, sodass kein zusätzlicher Aufwand für den meldenden Arzt entsteht, er aber trotzdem seiner gesetzlich vorgeschriebenen Meldepflicht nachkommt.

Für die Klinischen Krebsregister der AG
Sächsische Tumorzentren (AST):
Prof. Dr. med. habil. Thomas Herrmann
Sprecher AST

Kontakt
Tumorzentrum Dresden e. V.
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

19. Sächsischer Ärztetag 40. Kammerversammlung am 19./20. 6. 2009

Der 19. Sächsische Ärztetag/40. Kammerversammlung findet am 19. und 20. Juni 2009 im Kammergebäude der Sächsischen Landesärztekammer statt. Die Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer können an den Arbeitstagungen mit Vorlage des Arztausweises als Zuhörer teilnehmen.

Tagesordnung

19. Sächsischer Ärztetag

Freitag, 19. Juni 2009, 14.00 Uhr

1. **Eröffnung des 19. Sächsischen Ärztetages
Feststellung der Beschlussfähigkeit**
Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident
2. **Aktuelle Probleme der Gesundheits- und Berufspolitik**
Bericht: Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident
Ausführliche berufspolitische Aussprache zu
– dem Bericht des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer
– dem Tätigkeitsbericht 2008 der Sächsischen Landesärztekammer
3. **Erweiterung der räumlichen Kapazitäten der Sächsischen Landesärztekammer,**
Bericht: Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident
Dr. Steffen Liebscher, Vorsitzender des Verwaltungsausschusses der Sächsischen Ärzteversorgung
4. **Satzungsänderungen im Zuge der Umstrukturierung der Kreisärztekammern**
 - 4.1. **Änderung der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer**
Bericht: Prof. Dr. Wolfgang Saueremann, Verantwortliches Vorstandsmitglied für Satzungsangelegenheiten
 - 4.2. **Änderung der Muster-geschäftsordnung für die Kreisärztekammern der Sächsischen Landesärztekammer**

Bericht: Prof. Dr. Wolfgang Saueremann, Verantwortliches Vorstandsmitglied für Satzungsangelegenheiten

- 4.3. **Änderung der Ordnung zur Zahlung von Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Tätigkeit sowie von Unterstützungen an die Kreisärztekammern**
Bericht: Dr. Claus Vogel, Vorstandsmitglied, Vorsitzender des Ausschusses Finanzen
5. **Finanzen**
 - 5.1. **Jahresabschlussbilanz 2008**
Bericht: Dr. Claus Vogel, Vorstandsmitglied, Vorsitzender des Ausschusses Finanzen
Dipl.-Kfm. Wulf Frank, Wirtschaftsprüfer, Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Bansbach, Schübel, Brösztel & Partner
 - 5.2. **Entlastung des Vorstandes und der Geschäftsführung für das Jahr 2008**
 - 5.3. **Wahl des Abschlussprüfers für das Jahr 2009**

Abendveranstaltung

Freitag, 19. Juni 2009, 19.30 Uhr

Begrüßung

Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident

Totenehrung

Verleihung der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ 2009 für Verdienste um die sächsische Ärzteschaft

Festvortrag: „Die Kunst der Risikokommunikation“

Referent: Prof. Dr. phil. Gerd Gigerenzer, Direktor des Max-Planck-Institutes für Bildungsforschung, Berlin
Musikalischer Ausklang

40. Kammerversammlung

Sonnabend, 20. Juni 2009, 9.00 Uhr

6. **Begrüßung
Feststellung der Beschlussfähigkeit**
Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident
7. **Beziehung zwischen Patient und Arzt**
Moderation: Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident
Impulsreferate:
 1. **aus Sicht des Arztes**
Referent: Erik Bodendieck, Vizepräsident

2. aus Sicht des Patienten

Referent: Dr. rer. nat. Rainer König, Patientenvertreter
Podiumsdiskussion

8. **Bekanntgabe des Termins der 41. Kammerversammlung**
 9. **Verschiedenes**
-
22. **Erweiterte Kammerversammlung
Sonnabend, 20. Juni 2009, 13.00 Uhr**
 1. **Eröffnung der 22. Erweiterten Kammerversammlung und Feststellung der Beschlussfähigkeit**
Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident
 2. **Tätigkeitsbericht 2008 der Sächsischen Ärzteversorgung**
 - 2.1. **Bericht des Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses**
Bericht: Dr. Steffen Liebscher
 - 2.2. **Bericht des Vorsitzenden des Aufsichtsausschusses**
Bericht: Prof. Dr. Eberhard Keller
 - 2.3. **Jahresabschlussbericht für das Jahr 2008 und Diskussion**
Bericht: Dipl.-Kfm. Wulf Frank, Wirtschaftsprüfer, Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Bansbach, Schübel, Brösztel & Partner GmbH
 - 2.4. **Versicherungsmathematisches Gutachten**
Rentenbemessungsgrundlage und Rentendynamisierung 2010
Bericht: Dipl.-Math. Hans-Jürgen Knecht, Versicherungsmathematiker
 - 2.5. **Entlastung des Verwaltungsausschusses und des Aufsichtsausschusses der Sächsischen Ärzteversorgung für das Jahr 2008**
 3. **Satzungsänderungen**
Bericht: RA Dr. jur. Jochim Thietz-Bartram, juristischer Sachverständiger
 4. **Änderung der „Ordnung zur Erstattung von Reisekosten, Zahlung von Aufwandsentschädigungen und Sitzungsgeld“ der Sächsischen Ärzteversorgung**
Bericht: Dr. Steffen Liebscher, Vorsitzender des Verwaltungsausschusses
 5. **Bekanntgabe des Termins der 23. Erweiterten Kammerversammlung**
 6. **Verschiedenes**

In eigener Sache

Stellenausschreibung

Bei der Sächsischen Landesärztekammer ist im Ärztlichen Geschäftsbereich zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine Stelle

als Ärztin/Arzt als Leiterin/ Leiter des Referats Ethik und Medizinische Sachfragen

zu besetzen.

Die Bewerberin/der Bewerber sollte approbierte Ärztin/approbierter Arzt sein und möglichst über eine Promotion und abgeschlossene Facharztweiterbildung verfügen.

Die Fähigkeit und Bereitschaft zur interdisziplinären und teamorientierten Arbeitsweise wird vorausgesetzt. Wir erwarten Organisationstalent, Flexibilität, serviceorientierte und freundliche Umgangsformen sowie eine hohe kommunikative Kompetenz.

Kenntnisse auf dem Gebiet der Durchführung Klinischer Studien sind von Vorteil.

Ihr Aufgabengebiet umfasst:

- Bearbeitung von medizinisch-fachlichen Fragestellungen z.B. auf den Gebieten der ambulanten und stationären Patientenversorgung, Prävention, Rehabilitation, Transplantation, Palliativmedizin, Ethik.
- Betreuung der zuständigen Ausschüsse, Kommissionen, Arbeitsgruppen.
- Vorbereitung von ärztlichen Informationsveranstaltungen.
- Leitung des Referats mit 4 Mitarbeiterinnen.

Die Vergütung erfolgt nach TV-L.

Für Fragen oder Auskünfte steht Ihnen die Ärztliche Geschäftsführerin, Frau Dr. Bräutigam, unter 0351 8267310 zur Verfügung.

Bitte senden Sie Ihre aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen mit Angabe des frühestmöglichen Eintrittstermins an die Sächsische Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden.

Veranstaltungen für Medizinstudenten

Auch in diesem Jahr finden an den sächsischen Universitätsstandorten Medizinischer Fakultäten Dresden und Leipzig Informationsveranstaltungen für Medizinstudenten der jeweiligen Medizinischen Fakultäten statt. Es werden Berufsperspektiven für junge Ärzte aufgezeigt und Möglichkeiten für eine zukünftige ärztliche Tätigkeit im ambulanten Bereich, im Krankenhaus sowie im Öffentlichen Gesundheitsdienst im Freistaat Sachsen dargestellt.

Am 10. Juni 2009 sind Dresdner Studenten und junge Ärzte ab 16.30 Uhr in das Medizinisch-Theoretische Zentrum der TU Dresden eingeladen. Die Vortragsveranstaltung zeigt verschiedene ärztliche Berufsfelder auf und gibt Informationen über Finanzierungsmöglichkeiten. Außerdem besteht die Möglichkeit zu einem umfassenden Erfahrungsaustausch untereinander und mit Vertretern der Sächsischen Landesärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, der Krankenhausgesellschaft Sachsen und des Landesverbandes Sachsen der Ärzte und Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Verschiedene Krankenhäuser aus dem Freistaat Sachsen präsentieren ihre jeweiligen Einrichtungen und sind mit ärztlichen Vertretern vor Ort. Fragen rund um die ärztliche Weiterbildung beantworten Mitarbeiter aus der Sächsischen Landesärztekammer.



Veranstaltungstag für Leipziger Studenten der Humanmedizin des 4., 5. und 6. Studienjahres ist Mittwoch, der 24. Juni 2009. Hierzu lädt die Kreisärztekammer Leipzig gemeinsam mit Kooperationspartnern die Studierenden in den Hopfenspeicher (Oststraße 38) ab 20.00 Uhr ein. Gesprächspartner sind die Vertreter des Vorstands der Kreisärztekammer Leipzig mit ihrem Vorsitzenden, Prof. Dr. med. habil. Eberhard Keller, der Kassenärztlichen Vereinigung, Bezirksamtsstelle Leipzig, und Mitglieder des Dekanatskollegiums der Medizinischen Fakultät. Bereits am 4. Mai 2009 hielt der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer eine Vorlesung zum Thema „Ärztliche Versorgung in Sachsen“ an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig.

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

Fortbildung Geschlechtsspezifische Aspekte der Pharmakotherapie

Veranstaltung am 24. Juni 2009

Zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit von Ärzten und Apothekern ist die Durchführung einer weiteren gemeinsamen Fortbildungsveranstaltung geplant. Die Sächsische Landesärztekammer und die Sächsische Landesapothekerkammer bieten zum Themenkomplex „Geschlechtsspezifische Aspekte der Pharmakotherapie“ für Ärzte und Apotheker im Gebäude der Sächsischen Landesärztekammer eine Fortbildung an.

Klinische Studien zeigen geschlechtsspezifische Unterschiede in der Wirk-

samkeit von Medikamenten. Die Unterschiede erstrecken sich sowohl auf pharmakokinetische als auch auf pharmakodynamische Ebene. Frauen haben ein 1,5-faches höheres Risiko für unerwünschte Arzneimittelwirkungen.

Die Veranstaltung wird von Prof. Dr. med. habil. Otto Bach, Vorsitzender der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung moderiert.

Ein ärztlicher Referent (Prof. Dr. med. habil. Joachim Fauler, Institut für Klinische Pharmakologie, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden) und eine pharmazeutische Referentin (Frau Elisabeth Thesing-Bleck, Fachapothekerin für Allgemeinpharmazie, Aachen) bewerten den Schwerpunkt aus ihrer jeweiligen Sicht und erläutern praktisch relevante Gesichtspunkte für

die tägliche Arbeit des Arztes und Apothekers. Beleuchtet werden die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Aufnahme, Verteilung, Bio-transformation und Elimination von Arzneistoffen. Beispielhaft wird dabei unter anderem auf die Therapie kardiovaskulärer Erkrankungen, bei Schmerzen, des Diabetes mellitus und auf die Behandlung mit Antibiotika bei Frauen eingegangen.

Termin und Ort:

**Mittwoch, 24. Juni 2009,
18.30 Uhr, Sächsische Landes-
ärztekammer, Schützenhöhe 16,
01099 Dresden, 3 Fortbildungs-
punkte, Anmeldung nicht
erforderlich, Teilnahme kosten-
frei**

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

Informationsver- anstaltung für Mitglie- der der Sächsischen Ärzteversorgung

In der Vergangenheit haben Vertreter der Sächsischen Ärzteversorgung auf Wunsch und Einladung der Kreisärztekammern Vorträge zu verschiedensten Themen rund um das Versorgungswerk gehalten. Um in Zukunft dem Informationsbedarf aller interessierten Ärzte und Tierärzte in Sachsen nachkommen zu können, wird eine eigene Informationsveranstaltung ins Leben gerufen, die durch den Wechsel der Veranstaltungsorte

möglichst vielen Mitgliedern die Möglichkeit der Teilnahme bieten soll. Die Termine und Themen werden rechtzeitig in den zur Verfügung stehenden Medien (Ärzteblatt/Tierärzteblatt, Internet, Mitgliederinformation) bekannt gegeben.

**Die 1. Veranstaltung findet am
13. Mai 2009 um 19.00 Uhr im
Hotel „Schwarzes Roß“ in Sieben-
lehn statt.**

Themen:

1. Die rechtlichen und versicherungsmathematischen Grundlagen der Sächsischen Ärzteversorgung
2. Das Finanzierungsverfahren der Sächsischen Ärzteversorgung

3. Das Beitragssystem der Sächsischen Ärzteversorgung (Pflicht und Gestaltungsmöglichkeiten)
4. Das Leistungssystem der Sächsischen Ärzteversorgung (Anspruch, Berechnung und Höhe)
5. Die Vermögensanlage der Sächsischen Ärzteversorgung

**Wir bitten dringend um eine verbindliche Anmeldung bis zum
11. Mai 2009 per Telefon (0351/
8267-255), per Fax (0351/8267-
252) oder per E-Mail (saev.dresden@
t-online.de).**

Dipl.-Ing. oec. Angela Thalheim
Sächsische Ärzteversorgung
Geschäftsführerin

Konzerte und Ausstellungen

**Sächsische Landesärztekammer
Konzerte**

Festsaal, Sonntag, 7. Juni 2009

11.00 Uhr – Junge Matinee

Klaviermusik von Mozart bis Prokofjew

Mozart: Klaviersonate KV 282, Ravel:

Joux D'ean, Brahms: Klavierstücke op.

118, Prokofjew: Klavierstücke aus dem Ballett „Cinderella“ op. 102

Eun-Young Son, Klasse Prof. Detlef

Kaiser, Hochschule für Musik Carl

Maria von Weber Dresden

Ausstellung

Foyer und 4. Etage

Annelis P. Schenke

Augen-Blicke – Malerei und Grafik

bis 24. Mai 2009

Christine Schlegel

Traumhafter Streifzug

27. Mai bis 12. Juli 2009

Vernissage:

Donnerstag, 28. Mai 2009, 19.30 Uhr

Einführung: Dr. sc. phil. Ingrid Koch,

Kulturjournalistin, Dresden

Besser denken mit Pillen?

Auf der Suche nach der ethischen Bewertung des Neuro-Enhancement

R. Kipke

Neuro-Enhancement ist im Kommen. Mittlerweile steht eine Reihe pharmakologischer Mittel zur Verfügung, die ursprünglich zu therapeutischen Zwecken entwickelt wurden, mit denen sich aber auch kognitive Fähigkeiten und Persönlichkeitsmerkmale steigern lassen oder die zumindest eine solche Verbesserung versprechen. Hier geht es nicht mehr um die Behandlung von Kranken, sondern um die Optimierung von Gesunden: zum Beispiel Methylphenidat (Ritalin) zur Steigerung der Konzentrationsfähigkeit, Modafinil zur Förderung der Vigilanz, Fluoxetin (Fluctin/Prozac) zur Stimmungsaufhellung, Demenzpräparate zur Verbesserung des Gedächtnisses. Der Zugriff zu diesen verschreibungspflichtigen Arzneimitteln macht in Zeiten des Internets keine größeren Schwierigkeiten. Dieses Neuro-Enhancement wirft viele Fragen auf. Aber nicht nur: Was gibt es und was ist möglich? Sondern vor allem auch: Darf man das? Und wollen wir das? Hier drängt sich also die Frage nach der ethischen Bewertung auf. Die ethische Reflexion sollte sich nicht hauptsächlich davon leiten lassen, dass die beabsichtigte Wirkung dieser Mittel oft nicht eintritt, und unerwünschte Nebenwirkungen auftreten. Das ist die heutige Situation. Doch die neurobiologische Forschung schreitet voran, und für pharmazeutische Unternehmen bietet sich ein attraktiver Markt. Es geht also nicht so sehr um die Frage: Wie beurteilen wir die heutige Wirkung solcher Mittel? Sondern: Wie bewerten wir überhaupt die kognitive und emotionale Selbstveränderung von Menschen durch pharmakologische Substanzen? Nicht: Ist Neuro-Enhancement so, wie es bislang funktioniert, begrüßenswert? Sondern: Ist Neuro-Enhancement im Idealfall begrüßenswert? Diese Debatte hat gerade erst begonnen. Trotzdem gibt es bereits eine Vielzahl an Perspektiven und

Argumenten. Im Folgenden seien drei wesentliche Argumentationsfelder beleuchtet.

Veränderung der menschlichen Natur?

Oft kann man in der Diskussion über neue Techniken das Argument hören, sie seien unnatürlich und deshalb abzulehnen. So auch beim Neuro-Enhancement. Die technisch-pharmakologische Verbesserung menschlicher Eigenschaften verändere die menschliche Natur oder entspreche ihr nicht. Doch diese Argumentation ist problematisch. Denn beim Menschen ist es schwierig zu bestimmen, was natürlich und was künstlich ist. Wie der einzelne Mensch ist und was er tut, ist hochgradig von kulturellen Faktoren abhängig. Natur und Kultur greifen wechselseitig ineinander. Und zur menschlichen Natur gehört die Fähigkeit zur Kultur, und zur Kultur gehört auch die Fähigkeit und das Streben danach, sich selbst zu verändern. Die Veränderung der menschli-

chen Natur ist also selbst Teil dieser Natur. Die Argumentation mit dem Begriff der menschlichen Natur und Natürlichkeit ist auch deshalb problematisch, weil wir dauernd die Natur beeinflussen und wir gerade diese Beeinflussung schätzen. Wenn wir Krankheiten bekämpfen, ist das ein Eingriff in die Natur. Medizin ist unnatürlich. Das Prinzip der Natürlichkeit bedeutet uns hierbei nichts, im Gegenteil, gerade den natürlichen Verlauf von Krankheiten wollen wir verhindern. Es ist grundsätzlich so, dass das, was natürlich ist, noch nichts darüber besagt, was wir dürfen oder sollen. Aus Fakten ein Sollen abzuleiten, funktioniert nicht. Die Kritik, dass Neuro-Enhancement unnatürlich sei, steht also auf schwachen Füßen.

Eine ganz andere Argumentation bezieht sich auf die wahrscheinlichen Folgen von Neuro-Enhancement, sowohl für die Gesellschaft als auch für den einzelnen Nutzer. Problematisch dabei ist, dass wir uns bei sol-

chen Folgen, sofern es nicht um unmittelbare somatische Auswirkungen geht, auf zukünftige Entwicklungen beziehen müssen. Die Zukunft kennen wir jedoch nicht. Langfristige Folgen, insbesondere auf gesellschaftlicher Ebene, sind schwer abzuschätzen. Hier lauert die Gefahr, spekulative Szenarien zu entwerfen. Dennoch sind wir darauf angewiesen, die Auswirkungen unserer Taten einzuschätzen, insbesondere bei neuartigen Handlungsoptionen. In der ethischen Bewertung gilt es, den schmalen Grat zwischen der Haltung „wir können nichts über die Zukunft sagen“ und haltlosen Spekulationen über kommende Entwicklungen zu beschreiten.

Folgen für die Gesellschaft

Eine Befürchtung lautet: Neuro-Enhancement wird zu einer zusätzlichen sozialen Ungerechtigkeit führen. Und tatsächlich: Die teuren Mittel zur Verbesserung psychischer Eigenschaften werden sich nur zahlungskräftige Bürger leisten können. Anders als sonstige Luxusartikel ist die Nutzung dieser Neuro-Enhancer mit erheblichen Wettbewerbsvorteilen verbunden. Konzentriertere, leistungsfähigere, ausgeglichene Menschen bekommen auch auf dem Arbeitsmarkt den Vorzug, erhalten größere Aufstiegschancen. Die schon bestehende Chancenungleichheit wird verstärkt. Auch kann man nicht darauf hoffen, dass der Zugang zu solchen Mitteln mit der Zeit von den reicheren Schichten in ärmere Schichten „durchsickert“, denn wenn sie dort ankommen, werden sie veraltet sein und keinen Wettbewerbsvorteil mehr mit sich bringen. Während diese Gefahr für manche ein Grund ist, dem Neuro-Enhancement skeptisch gegenüber zu stehen, fordern andere ein sozialstaatliches Enhancement: Der Staat soll den Zugang zu den Mitteln zu den Enhancement-Mitteln gewährleisten (Gesang, B. 2007). Doch das ist utopisch und gefährlich: Wie soll das finanziert werden? Die Kluft zwischen reichen Ländern und armen Ländern, die sich ein sozialstaatliches Enhancement nicht leisten können, würde sich vergrößern. Noch unrealistischer ist die

Vorstellung, Neuro-Enhancement ließe sich ausschließlich kompensatorisch einsetzen. Demnach sollten nur die von Natur aus ungleich verteilten Begabungen ausgeglichen werden. Neuro-Enhancement, so das Argument, schafft auf diesem Wege keine neue Ungerechtigkeit, sondern mindert die Ungerechtigkeit der natürlichen Lotterie; die weniger Begabten könnten auf das Niveau der Durchschnittsmenschen gehoben werden (Gesang, B. 2007). Doch die nicht unterdurchschnittlich Begabten werden sich kaum mit der Vorenthaltung solcher Mittel zufrieden geben. Zudem würden sich durch die Anhebung des Durchschnitts Personen, die vor der Neuro-Enhancement-Maßnahme über dem Durchschnitt lagen, unterhalb des Durchschnitts befinden, was Forderungen nach weitergehenden Maßnahmen hervorriefe. Es liegt nahe, eher auf das bewährte Mittel zur Behebung von Ungleichheiten setzen: Bildung.

Noch eine andere Entwicklung ist wahrscheinlich, wenn Neuro-Enhancer in großem Umfang genutzt werden. Sofern solche Mittel Wettbewerbsvorteile versprechen, entsteht ein Sog, dem sich kaum jemand entziehen kann. Auch diejenigen, die keine pharmakologische Umgestaltung ihrer Persönlichkeitsmerkmale wünschen, geraten unter Druck, sich an dem „Wettrüsten der Hirne“ zu beteiligen. Andernfalls drohen sie ins Hintertreffen zu geraten. Dieses Szenario entspringt nicht spekulativer Phantasie, sondern ist uns aus bestimmten sozialen Mechanismen vertraut. Wenn einige Akteure innerhalb einer Konkurrenzsituation Wettbewerbsvorteile erlangen, befinden sich die anderen in dem Dilemma, entweder sich ebenfalls solcher Mittel zu bedienen oder Wettbewerbsnachteile in Kauf zu nehmen. Wir kennen das Phänomen aus dem Doping im Hochleistungssport. Allein die Vermutung, dass die anderen sich dopen, setzt jeden, der vorne mit dabei sein will, unter enormen Druck, auch solche Mittel zu nutzen, auch wenn er es eigentlich nicht will (Bette, K.H.; Schimank, U. 2006). Zudem verweisen Erfahrungen mit

der Nutzung des Aufmerksamkeitsförderers Ritalin bei US-amerikanischen Studenten in dieselbe Richtung.

Folgen für den Einzelnen

Geht es um den einzelnen Nutzer von Neuro-Enhancern, konzentrieren sich manche Autoren auf die Frage, ob die Entscheidung zur Nutzung solcher Mittel selbstbestimmt ist (DeGrazia, D. 2000). Zweifellos eine wichtige Frage, aber wenn sich die ethische Reflexion darauf beschränkt, ist sie einseitig. Denn auch aus einer autonomen Entscheidung können regelmäßig unbeabsichtigte negative Auswirkungen hervorgehen, die in die Bewertung eingehen müssen. So wird beispielsweise befürchtet, dass sich die personale Identität verändert (Schäfer, G; Gross, D, 2008). Doch heute vorhandene Neuro-Enhancer eignen sich wohl kaum dazu, aus einer Person eine andere zu machen. Wahrscheinlich sind vielmehr Auswirkungen auf einzelne Persönlichkeitsmerkmale des Nutzers, die nicht in seinem aufgeklärten Eigeninteresse liegen. Dazu gehört zum einen eine Schwächung des Selbstvertrauens, insofern sich Selbstvertrauen unter anderem aus der Erfahrung selbstbezogener Selbstwirksamkeit speist; aus der Erfahrung, dass man sich aus eigener Kraft, durch eigene Anstrengung ändern kann. Denn diese Erfahrung fällt weg, wenn man die Änderung lediglich einer pharmakologischen Maßnahme verdankt. Zudem ist zu beachten, dass Persönlichkeitsveränderungen, sofern sie nicht pathologisch sind, in aller Regel allmählich verlaufen, insbesondere im Erwachsenenalter. Durch Neuro-Enhancement-Eingriffe hervorgerufene Persönlichkeits-Veränderungen hingegen treten verhältnismäßig plötzlich auf. Hier stellt sich die Frage, ob solche abrupten Veränderungen Probleme bereiten.

Des Weiteren gehen Persönlichkeitsveränderungen in der Regel aus Erfahrungen hervor, zumeist langfristigen Erfahrungen, oder aus einer gezielten langfristigen Arbeit an sich selbst. Ob unabsichtlich oder absichtlich – nicht technisch herbeigeführte

Persönlichkeitsveränderungen sind stets biographisch verankert. Neuro-Enhancement-Eingriffe dagegen sind völlig unvermittelt möglich, aufgrund eines Angebotes, einer Mode, eines unbedachten Entschlusses oder auch aufgrund von sozialem Druck. Auch wenn ich es bin, der die Entscheidung trifft, ist die dadurch bewirkte Veränderung der Persönlichkeit weniger meine eigene.

Schließlich ist an Eigenschaften wie Selbstdisziplin oder Durchhaltevermögen zu denken, die nur durch Mühe und Anstrengung erworben werden können. Der einfache Griff zur Gedächtnis- oder Konzentrationspille umgeht diese eigene Anstrengung. Selbstdisziplin ist auf diesem Wege nicht nötig, wird nicht trainiert und nicht erworben. Dagegen lässt sich einwenden: Neuro-Enhancement und Anstrengung müssten sich nicht ausschließen. Eine fehlende Kultivierung der Selbstdisziplin bei Neuro-Enhancement müsse nicht heißen, dass diese gar nicht geübt und gelernt

wird. Ja, vielleicht könnten Menschen nicht nur parallel zur Einnahme von Neuro-Enhancement-Pillen sich mit voller Kraft engagieren und auch an sich arbeiten und dabei die Fähigkeit der Selbstdisziplin üben, sondern dies sogar durch ihre gesteigerten mentalen Fähigkeiten in höherem Maße tun? (Schöne-Seifert, B. 2006) Doch dieser Einwand unterschätzt die enorme Anziehungskraft einfach zu handhabender technisch-pharmakologischer Mittel und das damit einhergehende Potential zur Verdrängung alternativer Methoden.

Fazit

Neuro-Enhancement macht es schwierig, ein eindeutiges ethisches Urteil zu fällen. Denn hier betreten wir ethisches Neuland, und es handelt sich um die Abschätzung ungewisser Entwicklungen. Insgesamt jedoch sprechen viele Argumente gegen Neuro-Enhancement. Argumente pro Neuro-Enhancement basieren zu einem erheblichen Teil auf unrealistischen Annahmen. Die kriti-

sche Einschätzung hat umso mehr Gewicht, als wir es hier nicht mit zwar riskanten, aber notwendigen Maßnahmen zu tun haben, wie es bei medizinisch indizierten Eingriffen der Fall ist. Es gibt bewährte alternative Methoden, sich auf mentalem Wege zu verändern und seine Fähigkeiten zu verbessern. Und gerade die Anstrengung und Dauer solcher Selbstveränderungsprozesse, die zunächst als Nachteil erscheinen mögen, dürften sich im Vergleich mit Neuro-Enhancement als Vorteil herausstellen. Doch ein fundierter Vergleich zwischen Neuro-Enhancement und diesen klassischen Methoden der mentalen Selbstformung ist bis heute ein Desiderat medizinethischer Forschung.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers

Roland Kipke
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Geschichte der Medizin
Forschungsschwerpunkt Medizinethik
Klingsorstraße 119
12203 Berlin

15 Jahre Giftnotruf

Das Gemeinsame Giftinformationszentrum (GGIZ) für die Länder Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt sowie die Freistaaten Sachsen und Thüringen feierte 15. Geburtstag. Am 1. Januar 1994 wurde der ehemalige Toxikologische Auskunftsdienst Ost nach Erfurt umgeschaltet. Seit der Indienstellung als GIFTNOTRUF ist es 24 Stunden am Tag tätig. Es leistet ohne Unterbrechung durch ärztliche Beratung Hilfe für Laien und unterstützt den Rettungsdienst, Ärzte und Kliniken durch diagnostische und therapeutische Empfehlungen bei der Behandlung von Vergiftungen. Während früher vor allem wegen den Folgen nach dem Konsum von illegalen Drogen angerufen wurden, sind es heute verstärkt Alko-

holvergiftungen. Von ehemals 6.000 Fällen stiegen die Anfragen auf 20.000 Fälle im Jahr 2008. Als größtes Problem der letzten 15 Jahre erwies sich bleiverseuchtes Marihuana, welches 2007 in Leipzig auf dem Markt kam und seitdem 170 schwere Bleivergiftungen zur Folge hatte. Der Leiter des Giftinformationszentrums Dr. Helmut Hentschel betonte in der Festveranstaltung, dass der toxikologische Sachverstand des GGIZ auch durch den öffentlichen Gesundheitsdienst, die Ermittlungsorgane sowie andere Behörden und Institutionen genutzt wird. Ein besonderer Schwerpunkt ist zudem die Unterstützung der Suchtprävention in den beteiligten Ländern. Das GGIZ berät auch Vergiftungsfälle bei Haus- und Nutztieren. Es informiert die Öffentlichkeit über das Vergif-

tungsgeschehen und die Gefährdung der Gesundheit durch den unsachgemäßen Umgang mit Arzneimitteln, chemischen Produkten, Pflanzen, Tieren und durch den Verzehr selbst gesammelter Pilze sowie den Missbrauch von Drogen. Schließlich übernehmen die Mitarbeiter des GGIZ Aufgaben bei der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten, Apothekern und medizinischem Fachpersonal auf klinisch-toxikologischem Gebiet.

Kontakt:

Giftnotruf Erfurt
Nordhäuserstraße 74
99089 Erfurt
www.ggiz-erfurt.de
Telefon 0361 730730

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

Salutogenese im ärztlichen Handeln

H.-M. Rothe

Zusammenfassung

Die Bedeutung der Beziehung zwischen Arzt und Patient hat sich parallel zu allen medizinisch-technischen und pharmakotherapeutischen Fortschritten nicht verringert. Im Gegenteil stellen die veränderten Anforderungen des informierteren und selbstständigeren Patienten höhere Anforderungen an die kommunikativen Fertigkeiten des Arztes. Letztere werden jedoch oft wie selbstverständlich als optimal gegeben vorausgesetzt, bedürfen aber wie andere ärztliche Instrumente oder jede Software auch der Pflege und Weiterentwicklung. Die enormen interpersonellen Anforderungen, die neben den fachlichen und ökonomischen Anforderungen zu bewältigen sind, werden zu wenig gesehen und können dann zu erheblichen Langzeitfolgen führen. Eine Möglichkeit die eigene Resilienz zu fördern ist die kollegiale Reflexion von prototypischen Situationen des ärztlichen Alltags und ihrer kommunikativen und emotionalen Erfordernisse. Die Balintgruppenarbeit kann hierfür einen strukturierten und bewährten Rahmen bieten. Neben der Burn-out-Prophylaxe wird ein wichtiger Beitrag zur Qualitätssicherung in der ärztlichen Praxis geleistet, indem kommunikative Prozesse supervidiert und verbessert werden.

Im Unterschied zu vielen klar profitorientierten Bereichen unserer Gesellschaft fällt es Ärzten in ihrem ärztlichen Tun, in dem zumindest sekundär doch erheblich ökonomische Zwänge berücksichtigt werden müssen, schwer, der Kommunikation mit dem Patienten einen profilierteren Platz zu geben. Während es in vielen Feldern der Wirtschaft gang und gebe ist, zur Umsatzsteigerung Seminare über Kommunikations-techniken zu besuchen, weil man den Wert der Kommunikation selbst in diesem Bereich entdeckt hat, scheint die Medizin sich, obwohl es immer um den Patienten und implizit um die

Kommunikation mit ihm geht, damit schwerer zu tun. Ist es beispielsweise im Bereich der Finanz- und Bankwirtschaft eine Binsenweisheit, dass bei Verkaufsgesprächen nur 30 Prozent an rationalen Gründen und Fakten hängt und Kunden 70 Prozent aus dem Gefühl heraus entscheiden, man den Kunden deshalb bei seinem Gefühl abholen muss, scheinen Ärzte eher – vielleicht dank ihrer naturwissenschaftlichen Ausbildung – einer Utopie von Rationalität und Vernünftigkeit nachzuhängen, die im Alltag Schiffbruch erleidet.

Wenn auch wohl keiner deshalb den ärztlichen Beruf ergriffen hat, um umsatzfördernde Gespräche zu führen, dürfte der prozentuale Anteil von Rationalität und Emotionalität beim Zu-Stande-Kommen einer effizienten Therapie oder ärztlichen Begleitung sich ähnlich zusammensetzen. Jeder Arzt führt im Laufe seines Berufslebens im Durchschnitt 200.000 Patienten-Gespräche. Dem Selbstverständnis vieler Ärzte entspricht es aber eher, eine Naturwissenschaft anzuwenden. Der Vermittlungs- oder Anwendungsprozess bleibt oft im blinden Winkel. Schon der bekannte Medizinhistoriker Heinrich Schipperges warnte vor dem Missverständnis der Medizin als nur angewandter Naturwissenschaft und ordnete die Medizin als Handlungswissenschaft ein.

Medizin eine Handlungswissenschaft – 200.000 Patienten-Gespräche in einen Arztleben

Die für diese Handlungswissenschaft notwendige Kunst der Gesprächsführung wird im Allgemeinen einfach als beim Arzt vorhanden vorausgesetzt oder hat sich im Laufe der Ausbildung nebenbei zur Anwendungsreife zu entwickeln. Manch einer lebt auch mit der Vorstellung, dass ihm diese Fertigkeit bereits in die Wiege gelegt wurde, sonst wäre er ja nicht Arzt geworden. Das anzustrebende Idealbild wird auf vielerlei Weise und aus verschiedenen Gründen gerne in den Rang des schon Faktischen erhoben.

Noch nicht allzu lange und nicht an vielen Orten gehören Kurse zur Gesprächsführung zum Medizinstu-

dium und wird die Kunst der Anamnese Video-kontrolliert und an Modell-Patienten geübt. Die sich mit dem Arzt-Beruf schnell verbindende Vorstellung von umfassender Kompetenz, der zu Folge die Berufswahl Arzt oder Ärztin per se untrennbar mit dem Charisma der Kontakt- und Beziehungsgestaltung sowie der Gesprächsführung verbunden ist, wird so für die jetzige Generation der Medizinstudenten operationalisiert und zu etwas zu Erlernendem und Erlernbarem. Dadurch entsteht auch hier sukzessive ein Klima von Sichweiterentwickeln-können und Neues lernen dürfen, ohne sich blamiert zu fühlen.

Mehr als die Hälfte der ärztlichen Tätigkeit dürfte sich in der Kunst der Beziehungsaufnahme, der Gesprächsführung, des sich Hineinversetzens, des Zwischen-den-Zeilen-lesen-Könnens, des informieren und überzeugen Könnens, der Anteilnahme, aber auch der Konfrontation und konstruktiven Kritik gestalten. All dies erfordert erstaunliche und bewundernswerte interpersonelle Fertigkeiten. All dies ist mit nicht unerheblichen emotionalen und menschlichen Anstrengungen verbunden. Schließlich begleiten Ärzte nicht vorwiegend erfolgreiche Berufssportler von einem Erfolg zum nächsten, sondern kranke Menschen in erheblichen Krisen, chronisch Kranke, Patienten mit erheblichen Anpassungsleistungen und Handicaps in nicht selten sehr schwierigen äußeren sozialen Bedingungen.

Mögen manche der Patienten den Arztbesuch auch als Alibi für nicht wahrgenommene Eigenverantwortung benutzen, den Arzt und unser Sozialsystem mit ihrer „Vollkasko-Mentalität“ strapazieren und ihn mit ihren passiven Erwartungen an die Grenzen seiner Geduld und Toleranz treiben, solidarisieren Ärzte sich andererseits mit anderen, die angesichts der von ihnen wie auch von uns nicht zu verantwortenden und nur wenig oder gar nicht zu verändernden äußeren Umstände (wie Arbeitsmarktsituation, Schicksalsschläge) verzweifeln, dem Alkohol verfallen, chronisch depressiv oder zu notorischen Rentenbewerbern werden. Auch die Gruppe der

„schwierigen“ Patienten, die die Praxis wiederholt und oft kontaktieren, die chronisch somatisierenden Patienten, die auf der rein körperlichen Ebene „nichts Rechtes“ haben, von ihren psychischen und psychosozialen Belastungen aber nicht sprechen können und beim Arzt Gefühle von Hilflosigkeit, Ärger und Verzweiflung hinterlassen können, kosten Zeit und Kraft.

Zu der Perspektive des ärztlichen Erlebens kommt mit Nachdruck die Sicht- und Erlebensweise des Patienten hinzu. Die meisten Patienten haben einen Hausarzt nötig, der sie als Menschen und nicht nur als eine Art Körper-Maschine, die nicht ausreichend funktioniert oder in der einige Teile repariert oder ersetzt werden müssen, sieht. Sie wollen in ihrer Individualität und Subjektivität gesehen werden, aber immer weniger auf eine paternalistische oder autoritäre Weise.

Veränderte Anforderungen an den Arzt

Sie erwarten den Arzt mit Autorität, der eine sichere, professionelle Arzt-Patient-Beziehung gestaltet, der auf Nachfragen und Kritik nicht gekränkt reagiert.

Um die Sicht des Patienten kennen zu lernen, ist es erforderlich zuzuhören. Diese relativ passive, rezeptive Haltung fällt Ärzten schwer. Wie entsprechende Studien belegen unterbrechen Ärzte den Bericht ihrer Patienten durchschnittlich schon nach 18 Sekunden (Symposium der Robert-Bosch-Stiftung: Ärztliches Gesprächsverhalten, Köln, 2000, FAZ 06.12.2000, N3). Die Patienten wollen einen Arzt, der in der Lage ist, alle für ihre Gesundheit relevanten Informationen zu überblicken und zu koordinieren. Sie möchten aber auch einen Berater auf Augenhöhe, der ihre Rechte kennt und sie ihnen erklären kann. In Broschüren von Patientenorganisationen und des Patientenbeauftragten der Bundesregierung wird dies unter der Frage „woran erkennen sie einen guten Arzt?“ pointiert formuliert und als wichtiger Anspruch, den der Patient an den Arzt haben soll, bestätigt.

Zugleich arbeiten Ärzte in einem Gesundheitssystem, in dem ein erheblicher Kostendruck zwingt, zu sparen. Nur an Bürokratie wird wenig gespart. Für Ärzte jedoch hat Kosteneffizienz an erster Stelle zu stehen. Die Tücken eines Gesundheitssystem, das sich ursprünglich zur Versorgung akuter Krankheiten herausgebildet hat, für die Behandlung chronischer Erkrankungen aber nicht optimal strukturiert ist, sind nicht wenige.

Es gehört des Weiteren zur ärztlichen Wirklichkeit, dass etwa 20 Prozent des Tuns evidenzbasiert sind und alles andere eine recht subjektive oder individuelle Handschrift trägt. Aber nicht nur das: selbst da, wo es evidence-gesicherte Behandlungsempfehlungen gibt, werden sie nur zum Teil umgesetzt (Ashraf, T. 2000). Nur die Hälfte der Patienten mit Hochdruck und Hypercholesterinämie werden adäquat behandelt. Selbst Hypertoniker mit hohem kardiovaskulären Risiko lösen in 12 Prozent der Fälle die Rezepte gar nicht erst ein und weniger als 50 Prozent der ausgegebenen Medikamente werden tatsächlich eingenommen (Ashraf, T. 72. American heart congress, 1999 nach Philipp, Th., Verbesserte Compliance – Editorial in: pressure: H. 1 (2000) S. 2).

Auch die Un-„Kultur“ der Beipackzettel spiegelt in ihrer Unverständlichkeit und Fehlakzentuierung für den „Anwender“ etwas von den Aporien dieser Situation. Der Schatten einer nicht primär patientenorientierten Vorgehensweise bekommt hier teils bizarre Konturen (Bundesverband der AOK kritisiert Packungsbeilagen von Arzneimitteln, 03.11.2005. FAZ S. 10).

Das ist in der hausärztlichen Situation nicht anders als in der Inneren Medizin oder in der Psychiatrie. Die Fülle der Neuerungen im Bereich der sogenannten neuroleptischen Atypika mit graduellen Verbesserungen des Nebenwirkungsspektrums und hoch differenten Unterschieden im Einwirkungsprofil auf die Neurotransmitter-Systeme kontrastiert sehr stark zu der fast beiläufig mitgeteilten Zahl von 50 Prozent Therapieerweigerern (sc. nicht – Versagern...).

Die Pharma-Industrie preist die immer wieder graduellen Verbesserungen der neuesten Generation von **ane an, während nach wie vor knapp die Hälfte der gepriesenen Medikamente im Mülleimer landen und damit viel evidenzbasierte Wirkung an der vermeintlichen Unvernünftigkeit des Patienten, der scheinbar nicht compliant ist, verpufft. Wenn man ein zu idealisiertes oder zu naturwissenschaftlich dominiertes Bild einer rationalen Medizin, eines rationalen Patienten und eines rational vorgehenden Arztes hat, kann dies alles schier zum Verzweifeln führen. Viele Ärzte sind entsprechend enttäuscht und frustriert, weil sie ihre ursprünglichen Ideale – auch angesichts der ökonomischen Situation, die den Idealismus nicht immer sonderlich dankt, nicht verwirklichen können.

Die Frage ist, wie Ärzte in einem ungesunden Gesundheitssystem selber gesund bleiben können und das steigende Risiko ein Burn-out-Syndrom oder andere psychosomatische, psychische oder stressmitbedingte körperliche Erkrankungen zu entwickeln, abwenden können. Die Rate an depressiven und Erschöpfungssyndromen, die Suchtgefahr ebenso wie die Suizidalität spielen in der Berufsgruppe der Ärzte eine überdurchschnittliche Rolle.

Enttäuschungen, Frustrationen, Desillusionierungen und Kränkungen sind nicht die Ausnahme. Jeder hat seine individuellen Strategien diese Erfahrungen zu regulieren und zu entschärfen. Ironie, Zynik, Sarkasmus oder sich Einigeln (im mehrfachen Sinne!) auf der einen Seite, Humor, Gottvertrauen, ein Dennoch-und-gerade-trotzdem-Idealismus, der es versteht aus Selbstaufopferung und Altruismus nach dem Motto „Geben ist seliger als nehmen“ doch einen inneren Gewinn zu erleben, auf der anderen Seite.

Salutogenese versus Pathogenese

Antonovsky (1987) hat den so genannten Sence of Coherence als das Bündel von Merkmalen beschrieben, das nach seinen Forschungsergebnissen die meiste Tragweite im Sinne der Gesunderhaltung hat.

Antonovskys Sence of Coherence

Bündel von Merkmalen, das die meiste Wirkkraft im Sinne der Gesunderhaltung hat

Comprehensibility (Verstehbarkeit):

meint, das eine Person im Stande ist, die Umgebung, in der sie lebt, als strukturierte, zu begreifende, vorhersagbare zu erfassen

Manageability (Handhabbarkeit):

Handhabbarkeit, das Gefühl, im Stande zu sein, eine gegebene Situation zu bewältigen und beeinflussen zu können.

Meningfulness (Bedeutsamkeit, Sinnhaftigkeit)

Bedeutsamkeit, Sinnhaftigkeit. Ein Gefühl, ein Glaube, dass es in der gegebenen Situation wichtige Dinge und Werte gibt, die für einen zentral wichtig sind, und für die man sich einsetzt und kämpft.

Die bereits angeschnittenen Charakteristika unserer aktuellen ärztlichen Situation stellen teilweise deutlich gegenläufige, potentiell pathogene Faktoren dar:

Die Einsehbarkeit, Verständlichkeit und Vorhersagbarkeit einerseits, die Fähigkeit die anstehenden Probleme gut handhaben zu können, einen ausreichenden Einfluss zu haben, als auch andererseits die Möglichkeit dem Ganzen einen konkreten und auch tieferen Sinn, eine positive Bedeutung beimessen zu können, sind angesichts der geschilderten Situation teilweise erheblich in Frage gestellt.

Salutogenese und reflektierter Umgang mit der Arzt-Patient-Beziehung

Im Folgenden soll die Funktion der kollegialen Supervision der Arzt-Patient-Beziehung (Balintarbeit) im Sinne der Gesunderhaltung, der auto-iatrogenen Salutogenese anhand der drei Begriffe und Merkmalsbündel thesenhaft dargestellt werden:

These 1: Die real existierende Medizin ist weniger rational als es das Fachbuch- und Kongresswissen wahrhaben möchte.

Emotionale und Beziehungsaspekte gehören unabdingbar zum allgemeinärztlichen Alltag, in dem neben den häufigen frischen Infekten 20 bis 40 Prozent psychisch und psychosomatisch Erkrankte den Arbeitsalltag prägen.

These 2: Es geht nicht um ein Plädoyer für eine neue Irrationalität, son-

dern um die rationale Einbeziehung der notwendigerweise mit bedeutsamen interpersonellen Situationen verbundenen Emotionen in das Grundverständnis von praktischer Medizin als immer schon bio-psycho-sozialer Medizin.

Es gilt sich von dem verkürzten Verständnis von Medizin als schlicht angewandter objektivierender Naturwissenschaft zu befreien, weil es zu reduktionistisch, zu simplifizierend ist, zwar unseren idealen Vorstellungen von Wissenschaftlichkeit entspricht, mit der Empirie aber nicht übereinstimmt. Die Balint-Arbeit nimmt die in diesem Missverständnis sich ausdrückende „Lücke“ in unserem reduktionistischen Modell der Realität unseres Tuns in den Fokus, aber nicht um sie der Beliebigkeit von Subjektivismen zu opfern. Das Subjektive, das Individuelle ist nicht beliebig, sondern konkret und verbindlich.

Die Comprehensibility und damit ihr salutogener Einfluss ist im Grundparadigma einer bio-psycho-sozialen Medizin stärker gegeben als in einem vereinfachten naturwissenschaftlichen Modell.

These 3: Das was die Arzt-Patient-Beziehung qualitativ verbessert, ist zugleich ein Beitrag zur Qualitätssicherung und Kostensenkung, da die Compliance des Patienten in nicht unwesentlichem Maße mit der Güte der Arzt-Patient-Beziehung zusammenhängt.

Die Kommunikation ist dabei entscheidend. Der Arzt selber wirkt wie eine Arznei (Balint, M.: „der Arzt als

Droge“). Jede Information, die der Arzt gibt, wird auf dem Hintergrund der Beziehung des Vertrauens oder der Angst oder des Misstrauens aufgenommen oder abgelehnt. Wenn es um körperliche Störungen oder um Erkrankungen geht, dann ist bei den Betroffenen hintergründig und untergründig viel Angst und Verunsicherung im Spiel. Für Ärzte sind die Themen von Krankheit, chronischem Leiden und Tod quasi Alltag, damit in gewissem Sinn auch alltäglich, so dass Ärzte dazu neigen die Ängste der Patienten nicht mehr wahrzunehmen oder fehlzubewerten.

Die Manageability und damit ihr Einfluss auf die Salutogenese ist wesentlich höher, wenn es dem Arzt gelingt, das Ausmaß und die Bedeutung der Kommunikation, der kommunikativen Prozesse in seinem ärztlichen Alltag nicht als notwendiges Übel oder nebensächliches oder gar störendes Beiwerk, sondern in ihrer zentralen Bedeutung für seine Patienten und sich selbst zu sehen.

These 4: Ähnlich wie medizinische Instrumente, ärztliches Fachwissen und selbst die Praxissoftware der Pflege und der Updates bedürfen, benötigt auch das Hauptinstrument, die Kommunikations-Fähigkeit, das ärztliche Mitsein mit den Patienten entsprechende Wartung, Pflege und Auffrischung

Das ärztliche Tun hat einige Achilles-Fersen. Auch Ärzte sind kränkbar, verletzbar, verwundbar. Ihr Tun ist längst nicht immer von Erfolg gekrönt. Zu oft sind Ärzte tief mit dem Modell des Heilers von akuten Erkrankungen identifiziert und erleben eine unwillkürliche Kränkung ihres Ideals, wenn sie chronisch Erkrankte „nur“ begleiten und den Tod nicht abwenden können. Wer ist nicht auch kränkbar, wenn er sich alle erdenkliche Mühe der Welt gegeben hat und der Patient trotzdem unzufrieden ist, Vorwürfe und Kritik äußert? Wer heißt innerlich den Internet-informierten Patienten herzlich als Partner der gemeinsamen Bemühungen immer willkommen? Wen macht es glücklich zu erfahren, dass sich Frau X. oder Herr Y. natürlich noch eine second opinion eingeholt haben?

These 5: Balint-Gruppenarbeit stellt eine wertvolle Methode dar, die hilft in den eigenen kommunikativen und ärztlich-menschlichen Fertigkeiten vital zu bleiben und den notwendigerweise entstehenden interpersonellen Stress immer wieder mittels kollegialer Supervision zu reflektieren und zu reduzieren. Mehr Verständnis für die interpersonale und emotionale Ebene fördert die ärztliche Resilienz, genau so wie die Erfahrung wechselseitiger kollegialer Solidarität in Form des Sich-Hineinversetzens und Beratens.

These 6: Balint-Gruppenarbeit ist damit auch eine wertvolle Möglichkeit der Burnout-Prophylaxe, Psychohygiene und Qualitätssicherung.

Die Meaningfulness, das Gefühl der Sinnhaftigkeit und Werthaftigkeit des ärztlichen Tuns tritt deutlicher hervor, wenn zusammen mit Kollegen wieder die ärztliche Grundsituation in ihren besonders auch emotionalen und menschlichen Aspekten in den Blick kommt und reflektiert werden kann. Auch Ärzte sind „nur“ Menschen, auch wenn der archetypische Abglanz des prototypischen, großen Heilers in ihrer Rolle mit-schwingt.

Aber was es heißt in einer bestimmten Situation das Bestmögliche im Kontakt zum Patienten zu verwirklichen, klärt sich nur, wenn Ärzte mit der Begrenztheit ihrer Patienten, mit den Begrenztheiten der Kommunikation mit diesen Patienten und nicht zuletzt mit den Grenzen ihrer eigenen Möglichkeiten als Ärzte, als Menschen, hinlänglich versöhnt sind. Burn out im engeren Sinne (Freudenberger 1974) beginnt typischer Weise nicht in äußeren Notzeiten, sondern beginnt allmählich, nach und nach bei der täglichen Arbeit.

Echte Erfüllung in der Arbeit ist der beste Schutz vor Burn out. Die Diskrepanz zwischen den subjektiven Handlungsmotiven und der sachlichen Aufgabenstellung ist eine wesentlich Ursache, die ein burn out heraufziehen lassen kann. Wenn die Arbeit ihren „Eigenwert“ verliert und nur mehr zum Zweck oder Mittel zum Zweck wird, ist das, was ärztli-

che Arbeit ausmacht oder ausmachen kann, im Kern entwertet und wendet sich dann gegen die Ausübenden selbst. Wer sich gestattet, ohne innere Zustimmung zum Inhalt seiner Tätigkeit zu arbeiten, wird eine tiefgehende Verfremdung und Entfremdung mit burn out im Gefolge kaum abwenden können. Wenn der Eigenwert des Tuns nicht mehr gesehen und erlebt wird, dann muss sich zwangsläufig eine Entleerung ergeben.

In den vielfältigen kleinen Situationen des ärztlichen Alltags sind Ärzte auch mit ihrer Person tief involviert, weil die ärztliche Grundidentifikation und damit auch das, was den Spaß am Beruf erhalten oder rauben kann, mit berührt ist. Diese Grundidentifikation von impliziten aber realitätsverzerrenden Erwartungen und Vorstellungen zu befreien ist eine die Tätigkeit enorm entlastende Funktion der Balintgruppen-Arbeit.

Der Arzt und Friedensnobelpreisträger Bernhard Lown, dessen Einteilung der ventrikulären Rhythmusstörungen noch mehr bekannt ist als seine Erfindung des Kardio-Defibrillators, zieht folgendes Fazit seiner jahrzehntelangen ärztlichen Tätigkeit: „Ich bin davon überzeugt, dass ein Zuhören, das über die Hauptklage hinausreicht, der wirksamste, schnellste und kostengünstigste Weg ist, um zum Kern der meisten medizinischen Probleme vorzudringen“ (Lown, B. Die verlorene Kunst des Heilens. 2002).

Nur wenn es möglich bleibt in einem lebendigen Dialog mit den begegnenden Menschen und Patienten zu bleiben, bleibt auch der Arzt in seinem Tun gesund. Die Balintgruppenarbeit kann dazu beitragen diese – anspruchsvolle – Dialogfähigkeit zu erhalten.

Literatur beim Verfasser

Dr. med. Hans-Martin Rothe
Klinik und Tagesklinik für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie
Städtisches Klinikum Görlitz gGmbH
Girbigsdorfer Str. 1 – 3
02828 Görlitz
www.psychosomatik-goerlitz.de

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

vom 1.1.2009 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 97,00 € incl. Versandkosten

Einzelheft: 9,20 € zzgl. Versandkosten 2,50 €

Bestellungen nimmt der Verlag entgegen. Die Kündigung des Abonnements ist mit einer Frist von zwei Monaten zum Ablauf des Abonnements möglich und schriftlich an den Verlag zu richten. Die Abonnementsgelder werden jährlich im voraus in Rechnung gestellt.

Die Leipziger Verlagsanstalt ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranalyse Medizinischer Zeitschriften e.V.

Meldung von Nebenwirkungen aus klinischen Prüfungen

St. Trillenberg, E. A. Mueller, J. Siegert, W. Kirch

Um die Sicherheit der Studienteilnehmer zu erhöhen, besteht in Deutschland eine Pflicht des Sponsors einer klinischen Studie, Nebenwirkungen aus klinischen Prüfungen an die zuständigen Überwachungsbehörden, die federführende Ethikkommission und an die an der Studie beteiligten Prüfärzte zu melden. Die zuständigen Überwachungsbehörden in Deutschland sind das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) oder das Paul-Ehrlich-Institut (PEI). In diesem Beitrag werden die wesentlichen Grundlagen dieser Meldepflicht von Nebenwirkungen aus klinischen Studien zusammengefasst und die gegenwärtige Situation in Deutschland beschrieben.

Rechtsgrundlagen

Auf europäischer Ebene wird das Nebenwirkungsmeldeverfahren von Prüfpräparaten in der klinischen Prüfung gesondert von dem Meldeverfahren von Nebenwirkungen bereits zugelassener Arzneimittel betrachtet.

Das Europäische Parlament und der Rat definieren die Meldepflichten von Nebenwirkungen aus klinischen Studien in der EU-Richtlinie 2001/20/EG „zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedsstaaten über die Anwendung der Guten Klinischen Praxis bei der Durchführung von klinischen Prüfungen mit Humanarzneimitteln“, mit der Aufforderung an die einzelnen Mitgliedsstaaten, diese Richtlinie in nationales Recht umzusetzen. In Deutschland erfolgte im August 2004 die Umsetzung dieser Richtlinie in Bezug auf die Meldeverpflichtungen von Nebenwirkungen nahezu wortgleich mit den §§ 12 und 13 der Verordnung über die Anwendung der Guten Klinischen Praxis bei der Durchführung von klinischen Prüfungen mit Arzneimitteln am Menschen (GCP-Verordnung).

Die europäischen Rahmenbedingungen für die Meldeverpflichtungen von Nebenwirkungen aus dem weltweiten Vertrieb bereits zugelassener Arzneimittel und aus der Fachliteratur sind der EU-Richtlinie 2001/83/EG und EU-Verordnung Nr. 726/2004 zu entnehmen. Die Vorgaben der EU-Richtlinie bezüglich dieser Meldepflicht wurden im Rahmen der 12. AMG-Novelle vom Juli 2004 mit dem § 63b Arzneimittelgesetz (AMG) in deutsches Recht umgesetzt. Die oben genannte Verordnung bedarf keiner nationalen Umsetzung, da diese unmittelbar geltendes Recht ist.

Begriffsbestimmung gemäß GCP-Verordnung (siehe Tabelle 1)

Meldeverpflichtungen in einer klinischen Prüfung nach GCP-Verordnung

Verantwortlichkeiten des Prüfers:

Gemäß § 12 GCP-Verordnung ist der Prüfer verpflichtet, den Sponsor unverzüglich über jedes schwerwiegende unerwünschte Ereignis zu informieren. Ausgenommen sind Ereignisse, über die laut Prüfplan nicht unverzüglich berichtet werden muss. Weiterhin hat der Prüfer unerwünschte Ereignisse, die im Prüfplan für die Bewertung der klinischen Prüfung als entscheidend bezeichnet sind, dem Sponsor innerhalb der im Prüfplan vereinbarten Fristen anzuzeigen.

Verantwortlichkeiten des Sponsors:

§ 13 GCP-Verordnung definiert die Meldeverpflichtungen des Sponsors einer klinischen Prüfung. Der Sponsor ist verpflichtet, jeden ihm bekannt gewordenen Verdachtsfall einer schwerwiegenden und zugleich unerwarteten Nebenwirkung und andere Risiken nach § 13 Abs. 4 GCP-Verordnung an die zuständigen Überwachungsbehörden aller an der Studie beteiligten Mitgliedsstaaten der EU und des europäischen Wirtschaftsraumes, an die federführende Ethikkommission und an alle an der Studie beteiligten Prüfärzte zu melden. Ein Verdachtsfall einer schwerwiegenden und zugleich unerwarteten Nebenwirkung wird im deutschen als auch englischen Sprachgebrauch als SUSAR (Suspected Unexpected Serious Adverse Reaction) bezeichnet.

Im Hinblick auf klinische Prüfungen mit bereits zugelassenen Arzneimitteln (zum Beispiel zur Indikationserweiterung) schließt § 13 GCP-Verordnung gemäß Interpretation durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) auch SUSARs aus dem Spontanmeldesystem und der Fachliteratur ein [Sträter, B.; Wachenhausen, H., 2007]. In der GCP-Verordnung wird weder danach unterschieden, ob die Nebenwirkung in der Europäischen Union oder einem Drittstaat aufgetreten ist,

Tabelle 1: Begriffsbestimmung nach GCP-Verordnung

Begriff	Definition
Unerwünschtes Ereignis	ist jedes nachteilige Vorkommnis, das einer betroffenen Person widerfährt, der ein Prüfpräparat verabreicht wurde, und das nicht notwendigerweise in ursächlichem Zusammenhang mit dieser Behandlung steht.
Nebenwirkung	ist jede nachteilige und unbeabsichtigte Reaktion auf ein Prüfpräparat, unabhängig von dessen Dosierung.
Schwerwiegendes Ereignis / Schwerwiegende Nebenwirkung	ist jedes unerwünschte Ereignis oder jede Nebenwirkung, das oder die tödlich oder lebensbedrohend ist, eine stationäre Behandlung oder deren Verlängerung erforderlich macht oder zu bleibender oder schwerwiegender Behinderung oder Invalidität führt oder eine kongenitale Anomalie oder einen Geburtsfehler zur Folge hat.
Unerwartete Nebenwirkung	ist eine Nebenwirkung, die nach Art oder Schweregrad nicht mit der vorliegenden Information über das Prüfpräparat übereinstimmt.

noch ob die Nebenwirkung aus einer klinischen Studie oder aus dem weltweiten Vertrieb des bereits zugelassenen Arzneimittels stammt. Die GCP-Verordnung fordert die Mitteilung aller dem Sponsor bekannt gewordenen SUSARs.

Des Weiteren hat der Sponsor, während der Dauer der Prüfung einmal jährlich einen Bericht über die Sicherheit der Prüfungsteilnehmer zu erstellen. Dieser Bericht schließt eine Liste aller Verdachtsfälle schwerwiegender Nebenwirkungen ein und muss der federführenden Ethikkommission sowie den zuständigen Überwachungsbehörden aller an der Studie beteiligten Mitgliedsstaaten der Europäischen Union und des europäischen Wirtschaftsraumes vorgelegt werden.

Zeitvorgaben:

Gemäß GCP-Verordnung muss der Sponsor SUSARs und andere Risiken nach § 13 Abs. 4 unverzüglich, spätestens aber innerhalb von 15 Tagen nach Bekanntwerden melden.

SUSARs und andere Risiken, die zu einem Todesfall geführt haben oder lebensbedrohlich sind, hat der Sponsor unverzüglich, spätestens aber innerhalb von sieben Tagen nach Bekanntwerden zu melden. Fehlen die und für die Bewertung dieser SUSARs relevante Informationen müssen innerhalb von höchstens acht weiteren Tagen übermittelt werden.

Meldeverpflichtungen in einer klinischen Studie nach § 63b AMG

Nach § 63b AMG muss der Zulassungsinhaber eines Arzneimittels Berichte über schwerwiegende Nebenwirkungen aus dem weltweiten Vertrieb des Arzneimittels und aus der Fachliteratur an die zuständigen Zulassungsbehörden melden. Nebenwirkungen aus klinischen Studien mit bereits zugelassenen Arzneimitteln sind nach § 63b AMG ebenfalls meldepflichtig. Im Vergleich zur GCP-Verordnung bezieht sich das AMG ausschließlich auf die Meldepflicht von Nebenwirkungen von bereits zugelassenen Arzneimitteln und differenziert die Meldepflicht gegenüber den Zulassungsbehörden hinsichtlich des Landes, in dem die Nebenwirkung aufgetreten ist.

Gegenwärtige Situation und Ausblick

Die Ethikkommissionen und Überwachungsbehörden in Deutschland werden derzeit mit SUSARs überhäuft. Es geht soweit, dass Nebenwirkungsmeldungen ohne Kommentar kartonweise an die Ethikkommissionen geschickt werden [Hopf, G., 2006]. Im Folgenden soll auf zwei wesentliche Ursachen für die derzeitige Meldeflut eingegangen werden:

- Die SUSAR-Definition wird teilweise nicht beachtet. Gemäß § 13 GCP-Verordnung sind nur schwerwiegende und zugleich nicht in der Produktinformation beschriebene Nebenwirkungen meldepflichtig (Tabelle 1). Diese Einschränkung bleibt leider oft unbeachtet.
- Die nationale Umsetzung der europäischen Rahmenbedingungen dehnt die Mitteilungspflicht auf alle SUSARs aus, einschließlich denen aus klinischen Studien und dem Spontanmeldesystem bereits zugelassener Arzneimittel. Besonders die Menge an eingehenden SUSARs aus dem Spontanmeldesystem erschwert der Ethikkommission das Erkennen von sicherheitsrelevanten SUSARs, also solchen mit Warnfunktion.

Die von der Europäischen Kommission erstellte ausführliche Anleitung für die Erstellung, Prüfung und Vorlage der Berichte über unerwünschte Ereignisse/Nebenwirkungen („Detailed Guidance on the collection, verification and presentation of adverse reaction reports arising from clinical trials on medicinal products for human use“) konkretisiert die Meldeverpflichtungen des Prüfers/Sponsors von Ereignissen/Nebenwirkungen in klinischen Studien. Im Gegensatz zur GCP-Verordnung wird in dieser Leitlinie die Meldepflicht differenziert

- nach SUSARs, die innerhalb oder außerhalb der Studie aufgetreten sind,
- nach dem Zulassungsstatus des Prüfpräparates,
- danach, ob der Sponsor der klinischen Studie gleichzeitig auch Zulassungsinhaber des Prüfpräparates ist, sofern bereits eine Zulassung existiert und

- nach dem Adressat der SUSAR-Meldung.

Eine Umsetzung dieser Leitlinie in deutsches Recht ist noch nicht erfolgt. Es würde aber einen wichtigen Beitrag leisten, die Meldeverpflichtungen von Nebenwirkungen aus klinischen Studien in Deutschland zu konkretisieren und eine „Alles-an-alle“-Verteilung unterbinden.

Die oben beschriebene Flut an vermeintlichen SUSAR-Meldungen birgt die Gefahr, dass echte potentielle Arzneimittelrisiken nicht erkannt werden, da besonders von den Ethikkommissionen unter Beachtung der personellen Ressourcen und bescheidenen Auswertungsmöglichkeiten die Meldungen nicht zu bearbeiten sind [Sträter, B.; Wachenhausen, H., 2007]. Ziel sollte es sein, dass sich die Einzelfallanzeige auf SUSARs mit Warnfunktion begrenzt. Einer Anzeige sollte eine fundierte medizinische Bewertung des unerwünschten Ereignisses hinsichtlich des Schweregrades, des Bekanntheitsgrades und des kausalen Zusammenhanges zwischen dem Ereignis und Prüfmittel vorausgehen. Nur die SUSARs, die vermutlich ein echtes Sicherheitsrisiko darstellen, sollten unverzüglich entsprechend der GCP-Verordnung als Einzelfall gemeldet werden. Weiterhin sollte die Anzeige statistisch relevanter Beobachtungen, zum Beispiel eine Erhöhung der Häufigkeit erwarteter schwerwiegender Nebenwirkungen, nicht als Einzelfall erfolgen. Eine tabellarische Auflistung dieser Nebenwirkungen unter Angabe der Patientenexposition, die eine Schlussfolgerung über das Sicherheitsrisiko des Prüfmittels ermöglicht, erscheint wesentlich sinnvoller.

Somit könnten die Ethikkommissionen und Überwachungsbehörden wieder einer ihrer Pflichten nachkommen, eine sicherheitsorientierte Überwachung einzelner Studien zum Schutz der Patienten durchzuführen.

Korrespondenzadresse:

Stefanie Trillenberger
Institut für Klinische Pharmakologie
Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus,
Technische Universität Dresden
Fiedlerstraße 27, 01307 Dresden
E-Mail: stefanie-trillenberger@gmx.de

Praktische Relevanz von SUSAR-Meldungen

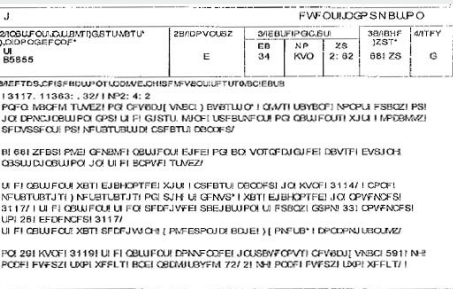
Beispiele aus dem Posteingang einer Ethikkommission

J. Siegert, W. Kirch

Im vorangegangenen Artikel [Trillen-berg et al] wird auf die zugrundeliegenden Rechtsvorschriften und Definitionen der SUSAR-Anzeige eingegangen und dessen gegenwärtige Situation beschrieben. Um einen Eindruck dieser Problematik zu vermitteln, sind nachfolgend einige SUSAR-Beispiele aus dem Posteingang unserer Ethikkommission aufgeführt. Die Ethikkommissionen und Überwachungsbehörden erhalten eine Vielzahl von Berichten, die die Anforderungen an eine SUSAR-Meldung oder an eine neue erforderliche Risiko/Nutzenbewertung hinsichtlich der SUSAR-Definition nicht erfüllen. Solche fehlerhaften Meldungen tragen beachtlich zur Arbeitsbelastung der Ethikkommissionen bei und führen so zu einem „Rauschen“, was die Erkennung wesentlicher Meldungen, die ein kurzfristiges Handeln erfordern, deutlich erschweren. Die Mehrzahl der eingehenden SUSAR Meldungen als Einzelfall ist sachlich nicht gerechtfertigt. In vielen Fällen ist ohne eine zusammenfassende Bewertung der beobachteten Nebenwirkungen und Ereignisse in der Verum- und Kontrollgruppe eine sinnvolle Beurteilung des Einzelfalles nicht möglich.

Es kann nur an die Pharmazeutischen Unternehmen appelliert werden, die bei Ihnen eingehenden Meldungen nach den gesetzlichen Definitionen eines SUSARs zu beurteilen und nicht alle eingehenden Meldungen ungefiltert weiter zu verteilen. Auch wäre es hilfreich, wenn auf der Seite der meldenden Prüfarzte der Zusammenhang zwischen Grunderkrankung und Ereignis stärker reflektiert würde.

Korrespondenzadresse:
Dr. med. Joachim Siegert
Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus,
Technische Universität Dresden
Ethikkommission
Fiedlerstraße 27, 01307 Dresden
E-Mail: joachim.siegert@mailbox.tu-dresden.de

Fall	Inhalt der SUSAR-Meldung	Bewertung der Meldung
1	Bei einem Patienten mit multiplem Myelom unter Therapie mit Bortezomib traten Schmerzen und das Gefühl der Taubheit auf.	Zum einen erklärt das multiple Myelom die beiden Symptome hinreichend. Knochenschmerzen und Neuropathien sind wohlbekannte Symptome der Grunderkrankung. Zum anderen sind diese Symptome auch bekannte Nebenwirkungen (NW) von Bortezomib. → kein SUSAR
2	Ein Patient mit multiplem Myelom unter Therapie mit Bortezomib entwickelt eine Infektion und verminderte Thrombozytenzahl.	Das multiple Myelom mit der konsekutiven Verdrängung der gesunden Knochenmarkszellen erklärt beide Reaktionen hinreichend. Das Auftreten von Infektionen und hämatologischer Toxizität sind aber auch bekannte NW von Bortezomib. → kein SUSAR
3	Ein Patient mit multiplem Myelom und Diabetes mellitus entwickelt unter Therapie mit Bortezomib ein Emysem nach einem grippalen Infekt und Komedikation mit Dexamethason.	Die Grunderkrankungen zusammen mit der zusätzlichen Kortikoidgabe erklären einerseits eine erhöhte Infektanfälligkeit hinreichend. Andererseits ist das Auftreten von Infektionen eine bekannte NW von Bortezomib. → kein SUSAR
4	Ein 79-jähriger Patient bekommt zur Vermeidung von weiteren Schlaganfällen bei bekannten Embolien Dabigatran und ASS. Er entwickelt jetzt eine Magenblutung.	Das Auftreten von Magenblutungen ist für eine Kombination von gerinnungshemmenden Medikamenten nicht unerwartet, und ist als NW für Dabigatran in der entsprechenden Produktinformation bereits beschrieben. → kein SUSAR
5	Ein Patient verstarb durch Kammerflimmern nach vorausgegangener Verschlechterung der Nierenfunktion und einer bestehenden Herzinsuffizienz. Die Entblindung der Studienmedikation zeigte, dass der Patient kein Prüfpräparat bekommen hatte, sondern der Kontrollgruppe zugeordnet war.	Es handelt sich in diesem Fall sicher um kein SUSAR bezüglich des Prüfpräparates, für das der SUSAR gemeldet wurde. → kein SUSAR
6		Dieser zu vermutende SUSAR Bericht ist offensichtlich auf dem Weg vom Prüfarzt zum Sponsor und weiter zur Ethikkommission Opfer eines elektronischen Fehlers geworden. Die Meldung gelangte so in den Posteingang der Ethikkommission. Man kann zwar noch vermuten, dass es sich um ein CIOMS Formular handelt, eine medizinische Bewertung ist hier allerdings nicht möglich. Eine Anzeige ist absolut nutzlos. → kein SUSAR

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 Chemnitzer Land

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Reg.-Nr. 09/C030

Mittweida

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 09/C031

Annaberg

Facharzt für Innere Medizin-hausärztlich*)
Reg.-Nr. 09/C032

Zwickau-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 09/C033

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 09/C034
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 27.05.2009

Zwickauer Land

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Reg.-Nr. 09/C035
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 27.05.2009

Freiberg

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 09/C036

Stollberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 09/C037

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10.06.2009 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel.: (0371) 27 89-406 oder 27 89-403 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden Dresden-Stadt

Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 09/D024
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 22.05.2009

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Reg.-Nr. 09/D029
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 22.05.2009

Bautzen

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 09/D025
Facharzt für Chirurgie
Reg.-Nr. 09/D026

Löbau-Zittau

Facharzt für Orthopädie
Reg.-Nr. 09/D027

Meißen

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 09/D028

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10.06.2009 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 8828-310, zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 09/L024
Facharzt für Innere Medizin-hausärztlich*)
Teil einer Gemeinschaftspraxis
Reg.-Nr. 09/L025
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 09/L026
Facharzt für Radiologie
Teil einer Gemeinschaftspraxis
Reg.-Nr. 09/L027
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 28.05.2009

Muldentalkreis

Facharzt für HNO-Heilkunde
Teil einer Gemeinschaftspraxis
Reg.-Nr. 09/L028

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 12.06.2009 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.: (0341) 243 21 54 zu richten.

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Landesgeschäftsstelle

Qualität schlägt Brücken

10. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft der Ärzte für Qualitätsmanagement (DGÄQ e. V.)

Qualität, Kosten, Patientenzufriedenheit und Personal – seit vielen Jahren sind dies einige der Schlüsselworte im ambulanten wie stationären Gesundheitswesen. Die damit verbundenen Fragen und Probleme werden in den östlichen Bundesländern besonders problematisch erlebt, sodass sich die DGÄQ entschlossen hat, zu ihrem 10. Jahreskongress am 10. und 11. Oktober 2008 nach Görlitz einzuladen.

Die Veranstaltung widmete sich vier Themenbereichen:

1. Qualitätssicherung beim Einsatz von Hilfskräften für unbesetzte Stellen in der Pflege.
2. Zunehmender Einfluss von finanziell orientierter Steuerung in Krankenhäusern, wobei Qualitätskennziffern immer weniger beachtet werden.
3. Die Globalisierung im Gesundheitswesen führt zu Wanderungsbewegungen von medizinischen Fachkräften.
4. Der Arztberuf wird zunehmend unattraktiv – warum?

Herr PD Dr. med. Andreas Scholz vom Marburger Bund referierte über eine Mitglieder-Befragung. Die Rücklaufquote der Fragebögen war mit 23 Prozent hoch. In den Antworten berichteten 41 Prozent der ÄrztInnen von 60 Wochenarbeitsstunden und mehr mit hohem Anteil an Verwaltungsaufwand und oftmals ungeklärter Vergütung von Überstunden. Letztlich sind 53 Prozent der Befragten mit ihrer Tätigkeit unzufrieden und 71 Prozent sehen keine Vereinbarkeit des Berufes mit der Familie. 53 Prozent halten eine Beendigung der Tätigkeit im Krankenhaus für möglich. Zwar bietet bekanntlich jede Krise auch Möglichkeiten, aber die Diskussion zum Vortrag zeigte, dass eine fehlende ärztliche Kraft erst nach zwölfjähriger Ausbildung ersetzt werden kann. Tarifwerke, wie die des Marburger Bundes, können diese Probleme nur teilweise „reparieren“.

Herr Dr. med. Gregor Viethen, Vorstandsvorsitzender der DGÄQ, stellte ein Verfahren zur Messung von Arbeitsbelastungen im Krankenhaus vor. Dieses System geht von standardisierten Interviews und von Belastungstagebüchern aus. Es versucht, aus subjektiven Berichten und objektiven Parametern Kennzahlen zu entwickeln, die zur Steuerung der Personalplanung einer Einrichtung verwendbar sein könnten.

Frau Silvia Raffel, Referentin für ambulante Pflege beim Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), berichtete, dass die Personalschlüssel in der Pflege seit 1997 zurückgehen. Da sich die Krankenhausvergütung von einem retrospektiven (Selbstkostendeckungsprinzip) zu einem prospektiven leistungsgerechten Finanzierungskonzept (G-DRG) wandelt, wird der Pflegeaufwand nicht mehr adäquat und leistungsgerecht abgebildet. Erste Studien zeigen, dass bei einem hohen Quotienten von Patientenzahlen zu Pflegekräften die Sterblichkeit deutlich zunimmt. Es wird vorgeschlagen, Pflege-Qualitätsstandards einzuführen und Investitionen in Bildungsmaßnahmen in den Kliniken zu fördern, um dem Trend eines Krankenhauses ohne ausreichende Qualifizierung der Pflege zu begegnen.

Zwei Vorträge befassten sich mit der Nachhaltigkeit und der Zukunft von Qualitätsmanagement-Systemen in Krankenhäusern. Frau Dr. med. Britta Brien, Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB) an der Parkklinik Weibensee, wies in ihrem umfassend systematisierenden Vortrag auf den Grad der Durchdringung einer Einrichtung mit Qualitätsmanagement (QM) und die kontinuierliche Verbesserung der Prozesse hin. Oft wird eine Mehrbelastung durch QM-Maßnahmen subjektiv empfunden, der man nur mit guter Kommunikationskultur und einem modernen Führungsstil begegnen kann. Die Implementierung von klinischen Behandlungspfaden könne helfen, Effizienzreserven auszuschöpfen.

Herr Dipl.-oec. Andreas Gensch, Vorstandsmitglied der DGÄQ, berichtet, dass sich zunehmend mehr Kranken-

häuser dem Wettbewerb von Transparenz und Qualität stellen. Erfreulicherweise werden Qualitätsindikatoren zunehmend aus Routinedaten erhoben, sodass keine aufwendigen zusätzlichen Erfassungen nötig sind. Den Anfang bildet die bundesweite Initiative Qualitätsmedizin (IQM), der bislang 117 Krankenhäuser beigetreten sind. Es zeigt sich ein Trend hin zu „Pay for Performance“.

Weitere Vorträge befassten sich mit den Möglichkeiten im klinischen Risikomanagement. Frau Dr. med. Maria Cartes, QMB Universitätsklinikum Hannover, stellte in einem sehr enthusiastischen Workshop die Werkzeuge und den Weg zur Einführung eines CIRS-Systems dar. Umsetzungsmöglichkeiten und auch Grenzen im ambulanten Bereich wurden von Dr. med. Wolfram Oettler, Praxis für Gefäßmedizin Görlitz, berichtet.

Insgesamt brachte der Kongress sehr viel „Handwerkszeug“, Hintergrundinformationen und Kontaktmöglichkeiten. So wurden Hinweise zum Aufbau und Gestaltung eines DIN-ISO-orientierten QM-System gegeben und ein PC-Tool für Patientenbefragungen, das ein Benchmarking ermöglicht, vorgestellt.

Der Vorstand der DGÄQ schätzte den Kongress als sehr gelungen ein. Sowohl für leitende Ärzte als auch Personalverantwortliche fanden sich viele wertvolle Informationen. Es wundert daher, dass die Teilnehmerzahl sehr gering war und nahezu ausschließlich aus dem stationären Bereich stammte.

Der nächste Jahreskongress der DGÄQ wird in Berlin stattfinden. Weitere Informationen zu der Gesellschaft und ihren Zielen sind unter www.dgaeq.de zu finden.

Dr. med. Wolfram Oettler
1. Stellvertretender Vorsitzender der DGÄQ
Praxis für Gefäßmedizin
Am Hirschwinkel 6
02826 Görlitz
Telefon 035 81 / 31 60 26
Telefax 035 81 / 31 60 27
info@ol-gefaesspraxis.de

Gemeinsame Tagung Hebammen – Ärzte

Dritte Gemeinsame Tagung der Arbeitsgruppe Perinatalogie/Neonatalogie und der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung mit dem Sächsischen Hebammenverband e.V.

Für eine gute Betreuung während der Schwangerschaft, unter und nach der Geburt sowie in den ersten Lebenswochen der Neugeborenen ist eine gute Zusammenarbeit zwischen Hebammen und Ärzten unabdingbar.

In diesem Sinne fand am 27. Januar 2009 auch die diesjährige, von 78 klinisch und außerklinisch tätigen Hebammen und Ärzten gut besuchte und von Dr. med. habil. Reinhold Tiller moderierte Veranstaltung im Plenarsaal der Ärztekammer statt.

Nach der Begrüßung der Teilnehmer durch die Ärztliche Geschäftsführerin der Sächsischen Landesärztekammer, Frau Dr. med. Katrin Bräutigam, und die Vorsitzende des Sächsischen Hebammenverbandes, Frau Grit Kretschmar-Zimmer, begann das wissenschaftliche Programm.

Im ersten Vortrag referierte Prof. Dr. med. habil. Holger Stepan (Leipzig) über peripartale Blutungskomplikationen, die mit einem hohen fetalen und mütterlichen Risiko einhergehen und für 20 bis 30 Prozent der mütterlichen Sterbefälle verantwortlich sind.

Vor allem anamnestische Risikofaktoren wie Plazenta praevia, familiäre oder mütterliche Blutungsübel, vorausgegangene schwere Blutungen, Küretagen oder Sectiones müssen vorgeburtlich den Hebammen und Ärzten bekannt sein.

Die häufigsten Blutungsursachen sind die Uterusatonie, die Plazenta praevia und die vorzeitige Plazentalösung. Besonders gefürchtet sind Gerinnungsstörungen.

Praxisnah wurden die klinischen Symptome des akuten Blutverlustes, die erforderlichen manuellen, medikamentösen und operativen Maßnahmen dargestellt, um diese schweren Komplikationen adäquat und schnell zu beherrschen.



Teilnehmer der Tagung

Frau Prof. Dr. med. habil. Eva Robel-Tillig (Leipzig) sprach über die Erstversorgung von Neugeborenen durch Hebammen. Fast jedes 10. Neugeborene bedarf nach der Geburt aktiver Maßnahmen zur Verbesserung oder Wiederherstellung vitaler Funktionen. Jeder Kreißsaal muss über eine zusätzliche Wärmezufuhr für das Kind verfügen, und es ist unbedingt zu sichern, dass der postnatale Wärmeverlust so gering wie möglich gehalten wird. Bei hohem Wärmeverlust ist das Risiko einer kardiopulmonalen Adaptationsstörung vervierfacht! Pulmonale Anpassungsprobleme müssen frühzeitig aufgrund typischer Symptome erkannt und behandelt werden. Dazu ist erforderlich, dass dem Kind eine Atemhilfe durch Anlage von CPAP oder pharyngealer Beatmung gewährleistet werden kann. Diese Techniken müssen prinzipiell beherrscht und geschult werden. Ebenso ist es unbedingt zu fordern, dass bis zum Eintreffen eines Pädiaters oder Notarztes eine manuelle kardiale Wiederbelebung mittels Herz-Druckmassage durch die Hebamme durchgeführt wird.

Frau Tschernko, ehemalige Leiterin der Dresdner Hebammenschule, stellte dann Gegenwart und Zukunft der Hebammenausbildung in Sachsen und in Deutschland vor. Zurzeit kommen auf einen Ausbildungsplatz 80 Bewerber. Bundeseinheitliche Ausbildungsrichtlinien existieren nicht. 70 Prozent der Bewerber verfügen über das Abitur und eine universitäre Bildung zumindest der Ausbildungshebammen zu fordern. An der Fachhochschule Osnabrück wurde im Herbst 2008 der bundesweit einmalige Präsenz-Studiengang Bachelor of Science in Midwifery gestartet. Damit

können sich auch in Deutschland Hebammen im eigenen Beruf akademisch qualifizieren.

Ein weiterer Komplex befasste sich mit dem Alkohol- und Drogenmissbrauch in der Schwangerschaft und den Folgen für das Neugeborene. Frau Dr. med. Gabriele Kamin und Herr Dr. med. Jürgen Dinger (beide Dresden) zeigten an Zahlen, Fakten und einzelnen Kasuistiken, dass die Betreuung und Behandlung alkohol- und drogenabhängiger Mütter ein fachübergreifendes Problem darstellt, in das Ärzte verschiedenster Fachrichtungen, Sozialarbeiter und Hebammen gleichermaßen einbezogen werden müssen. Nur so können die sozialen und gesundheitlichen Folgen für Mutter und Kind gering gehalten werden.

Alkoholkonsum in der Schwangerschaft führt zum fetalen Alkoholsyndrom (FAS). Es ist die häufigste nicht genetisch bedingte Fehlbildung. Eine Schwellendosis ist nicht bekannt. Seine Gesamtinzidenz liegt vermutlich in Deutschland bei 1: 100. Leitsymptome sind morphologische Auffälligkeiten mit charakteristischer Facies mit schmalem Lippenrot, verkürztem Nasenrücken, Mikrozephalie, organische Fehlbildungen, prä- und postnatale Wachstumsstörungen, geistige Behinderungen und psychische Störungen.

Neugeborene, deren Mütter während der Schwangerschaft Heroin, Methadon oder andere Opiate eingenommen haben, werden fast immer nach der Geburt mit einer schweren, behandlungsbedürftigen Entzugssymptomatik auffällig, die sich unter anderem in Form von ständigem schrillen Schreien, Myoklonien, Schwitzen, Fieber, Erbrechen und durchfälligen Stühlen äußern. Neu-

geborene drogenabhängiger Mütter sollten grundsätzlich während der ersten Lebensstage in einer Kinderklinik überwacht und behandelt werden.

Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl (langjähriger Vorsitzender der Sächsischen Impfkommision) stellte dann anschließend die Entwicklung des Impfwesens von der erstmalig durchgeführten Pockenimpfung bis zu den heute empfohlenen Schutzimpfungen dar. Dem kommt besondere Bedeutung zu, da Kenntnisse über

Schutzimpfungen während der Ausbildung zur Hebamme generell nicht vermittelt werden und auch im Sächsischen Hebammengesetz nicht gefordert sind.

An zahlreichen Beispielen konnte auf die Erfolge von Schutzimpfungen verwiesen werden. Aber zu niedrige Immunisierungsraten führten in den letzten Jahren in einigen Regionen der Bundesrepublik Deutschland zum gehäuften Auftreten von Masern. Auch Mitarbeiter in Gesundheitseinrichtungen müssen über einen aus-

reichenden Impfschutz verfügen, um sich selbst, Neugeborene und junge Säuglinge besonders auch vor Pertussiserkrankungen zu schützen. Das gilt gleichermaßen für Hebammen, Schwestern und Ärzte.

Auf Grund der guten Resonanz unter den Teilnehmern sollte diese Veranstaltung auch zukünftig fortgeführt werden.

Dr. med. habil. Reinhold Tiller
Vorsitzender der Arbeitsgruppe
Perinatalogie/Neonatalogie

Forschungsförderung und Reisestipendien

Die Mitteldeutsche Gesellschaft für Frauenheilkunde und Geburtshilfe hat beschlossen, Forschungsvorhaben und Reisestipendien für Ärzte und Wissenschaftler jeweils bis zu 20.000 EUR finanziell zu unterstützen. Anträge können aus Frauenkliniken in Thüringen, Sachsen-Anhalt

und Sachsen gestellt werden. Dabei kann es sich um wissenschaftliche Arbeiten (Promotionen, Magisterarbeiten, Diplomarbeiten oder wissenschaftliche Studien) handeln. Die Reisestipendien sind für die punktuelle Wissenserweiterung auf speziellen Gebieten der Gynäkologie und Geburtshilfe vorgesehen. Die Beurteilung der Anträge obliegt dem Vorstand und dem Beirat der MGFG.

Weitere Informationen:

Mitteldeutsche Gesellschaft für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Vorsitzender
Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Distler
Universitätsfrauenklinik Dresden
Fetscherstraße 74,
01307 Dresden
E-Mail:Frauenklinik@
uniklinikum-dresden.de

Hufeland-Preis

Frau Dr. med. Claudia Walther, Oberärztin an der Klinik für Innere Medizin/Kardiologie am Herzzentrum Leipzig, und Herr PD Dr. rer. nat. Volker Adams, Forschungsleiter der Klinik für Innere Medizin/Kardiologie am Herzzentrum Leipzig, wurden mit

dem Hufeland-Preis 2009 ausgezeichnet.

Sie erhielten den mit 20.000 EUR dotierten Preis für ein wegweisendes Präventionsprojekt zur Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit bei Schulkindern im Hinblick auf das atherogene Risiko („Gesundheitsprojekt Schule“). Der von der Deutschen

Ärzteversicherung AG, Köln, gestiftete und von der Bundesärztekammer und der Bundeszahnärztekammer, beide Berlin, sowie der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V., Bonn, mitgetragene Preis hat das Ziel, die Präventionsmedizin in Deutschland zu fördern.

Absolvententreffen in Dresden

Staatsexamen 1959 – also vor 50 Jahren – an der Medizinischen Akademie Carl Gustav Carus Dresden

Im November 2009 ist ein Treffen der damals 178 Absolventen angedacht. Bis jetzt konnten reichlich 100 Adressen ermittelt werden. Besonders

schwierig ist die Suche für die 89 Absolventinnen, die erwartungsgemäß überwiegend ihren Namen geändert haben.

Wer bislang noch nicht angesprochen wurde und/oder eventuell weitere Absolventen benennen kann, teile dazu bitte umgehend mit:

Namen, Vornamen und gegebenenfalls Titel und Geburtsnamen sowie Adresse und Telefonnummer.

Diese Angaben können übermittelt werden per E-Mail an: dr.b.seidel@web.de oder per Fax oder Telefon (Telefonbox/Anrufbeantworter) an 03212 1046788 oder claus.seebacher@gmx.de. Wir hoffen, Ihr meldet Euch und gebt den Aufruf an Euch bekannte Absolventen weiter.

In Namen der Organisationsgruppe Dr.
Barbara S. geb. Liscovius

Durch dick und dünn

Körperdarstellungen in Kunst und Geschichte

Ein Grundprinzip, das sich durch die Jahrtausende der Geschichte hindurch zieht, ist die Gleichsetzung von Gesundheit und Harmonie und von Krankheit mit Disharmonie, also Störungen des Gleichgewichts. In der griechisch-römischen Antike hat sich über verschiedene Vorstufen die Humoralpathologie oder Säftelehre entwickelt, die circa 2000 Jahre ihre Gültigkeit in unterschiedlicher Ausformung behauptet hat. Die ausgeglichene Mischung der Hauptsäfte Blut, Schleim, schwarze und gelbe Galle ging mit der Gesundheit einher. Die hohe Überzeugungskraft dieser Lehre kam durch die Zuordnung der Säfte zu den Organen, den Temperamenten, den Elementen, Tageszeiten, Jahreszeiten, sodass der Mensch in seinem Mikrokosmos mit dem ihn umgebenden Makrokosmos verbunden war. Die Aufgabe der Medizin bestand in den verschiedenen Epochen darin, Störungen dieser harmonischen Mischung der Säfte zu beseitigen und damit die Ausgeglichenheit wieder herzustellen.

In Parallele zu diesem inneren Gleichgewicht stand die Vorstellung der äußeren Schönheit des Menschen, die bestimmte Bedingungen erfüllen musste. Seit der Antike beruht Schönheit auf dem Zusammentreffen von Reinheit, Symmetrie, Koordination und funktioneller Struktur. Reinheit meint die Eigenschaften der Oberflächen. Sie müssen glatt, sauber sein. Jede Unebenheit – Vertiefung, Erhabenheit, Entzündung, Verfärbung – beeinträchtigt die Integrität. Die makellose Reinheit der Oberfläche gehört zum attraktiven Aussehen der Jugend, die heute zum Mythos hochstilisiert wird. Gewiss ist die Symmetrie eine Grundbedingung, jedoch darf es keine mathematisch absolute Symmetrie sein. Kleine, dezente Asymmetrien (das Höherstehen der linken Augenbraue und der linken Lippenkommissur bei Leonardos Mona Lisa) beweisen den biologischen Charakter, dürfen jedoch ein gewisses Maß nicht überschreiten.

Das wichtigste Schönheitselement ist die Koordination, das Verhältnis der Teile zueinander, das Miteinander von Höhen, Breiten und Längen. Zwischen den einzelnen Teilen muss eine solche Ausgewogenheit bestehen, dass kein Element weggelassen oder hinzugefügt werden kann. Demgemäß muss jeder Teil eine genau definierte Form und Abmessung besitzen. Die funktionelle Struktur ist auf ihr Ziel gerichtet und behält nur das notwendigste, zur Funktion unentbehrliche Material. Sowohl der griechische Philosoph Aristoteles als auch der griechisch-römische Arzt Galen vertraten das Prinzip der Zweckgerichtetheit, der Teleologie. Jede natürliche Form hat einen präzisen Zweck, der ihrer Funktion entspricht.

Bildnerische Darstellungen des Menschen mussten die genannten Bedingungen erfüllen, wenn sie die Vorstellungen der Zeit von Schönheit widerspiegeln wollten. Es entstand eine Geometrie der Schönheit, denn das Verhältnis der einzelnen Bauteile des Körpers wurde durch Proportionsysteme bestimmt, in denen Hilfslinien und Winkelmaße das erforderliche Miteinander definierten. Hierzu seien einzelne Beispiele aus verschiedenen Kulturepochen angeführt.

Auf der Reliefdarstellung des ägyptischen Königs Narmer (um 3000 v. Chr.) begegnet uns erstmals ein Kanon zur Gestaltung der menschlichen Figur. Die Konstruktion der Figur erfolgt mittels einer senkrecht durch den Körper führenden Mittelachse, die von sechs waagerechten Linien in unterschiedlichen Abschnitten unterteilt wird.

In der griechischen Antike war es Pythagoras, der für die Natur und die Kunst erkannte, dass Messwerte und ihr festes Verhältnis zueinander eine Voraussetzung für Schönheit sind. Der „Speerträger“ des griechischen Bildhauers Polyklet ist aus einer festen Proportionslehre heraus geschaffen. Er demonstriert die oben genannte Forderung nach der Koordination, also der Verbindung der Einzelglieder mit der Gesamtfunktion des Körpers. Als wirkungsmächtiger Baumeister und Kunsttheoretiker muss hier Vitruv (geb. um 84 v. Chr.)

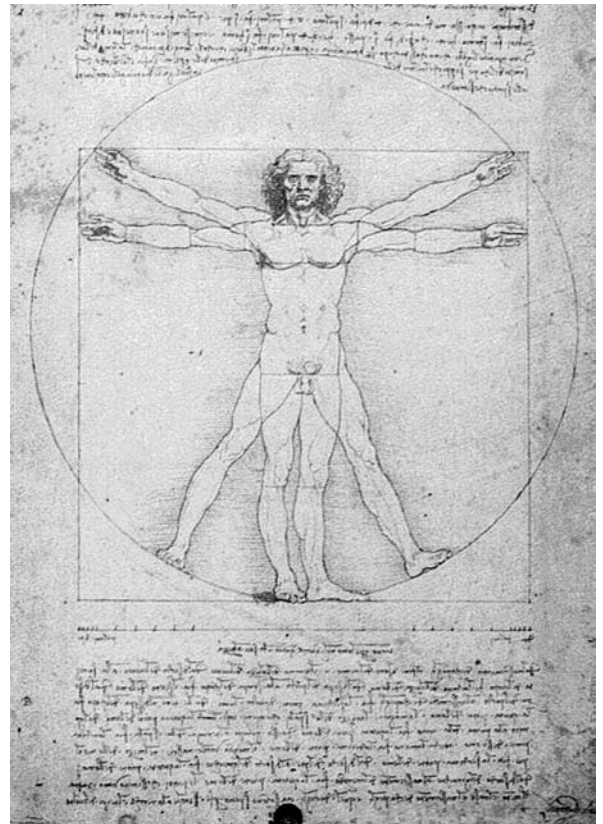


Abb. 1: Leonardo da Vinci: Der Mensch des Vitruv
Archiv Institut für Geschichte der Medizin

genannt werden, da seine Lehren für die großen Meister der Renaissance maßgebend waren. Vitruvs „De architectura“ wurde zwischen 22 und 14 v. Chr. geschrieben. Wenn auch die Architektur im Mittelpunkt steht, lesen wir von Vitruvs Angaben zum menschlichen Körper. Es ist wiederum eine Aufteilung in verschiedene Abschnitte, die in einem festen Verhältnis zueinander stehen. Hierher stammt das Maß des Kopfes, der 1/8 des Ganzen einnimmt.

Die Verbindung von Proportionslehre und Architektur mit Geometrie wurde Mitte des 15. Jahrhunderts wieder aufgegriffen. Wir begegnen in verschiedenen Schriften einer Neuorientierung der Architektur und der menschlichen Anatomie. Wir wissen von dem in seiner Vielseitigkeit unübertroffenen Leonardo da Vinci (1452 bis 1519), dass er ungefähr 30 medizinische Sektionen durchgeführt hat, um seine anatomischen Kenntnisse zu vervollkommen. Diese waren die Grundlagen für seine Lehre von den Proportionen. Eine seiner berühmtesten Zeichnungen zu diesem Thema ist „Der Mensch des Vitruv“.

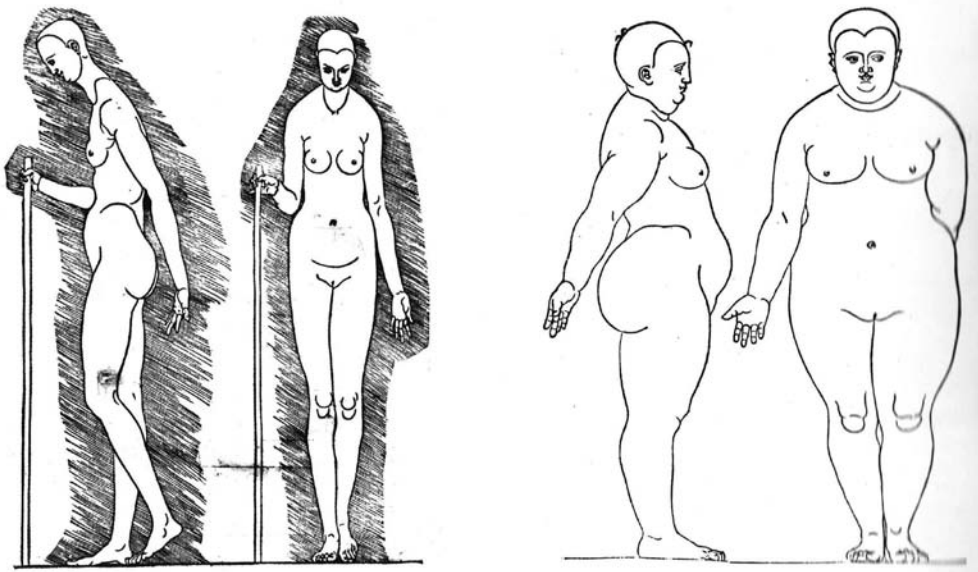


Abb. 2: Albrecht Dürer: Figuren aus der Proportionslehre, 1528; Archiv Institut für Geschichte der Medizin

Albrecht Dürers (1471 bis 1528) Proportionslehre von 1528 schöpfte aus zwei Quellen: wiederum aus dem Proportionskanon des Vitruv und den Eindrücken seiner zweiten Italienreise 1505 bis 1507, bei der die Erforschung der Gesetzmäßigkeit menschlicher Proportionen im Mittelpunkt stand. In der Frühphase suchte er das Schönheitsideal mit „Zirkel und Richtscheit“ (Lineal) in geometrischer Konstruktion zu erreichen. Der italienische Einfluss führte zu einem arithmetischen Verfahren, in dem der Körper in Bruchzahlen aufgeteilt wurde, um ein Ganzes zu erreichen. Dürers Proportionslehre, an der er 30 Jahre lang gearbeitet hatte, erschien 1528, sechs Monate nach seinem Tod. Er schuf mit diesem Werk als erster abendländischer Künstler ein Lehrbuch für Künstler, in dem die Schönheit des menschlichen Körpers in einem wissenschaftlich fundierten System definiert wurde.

Im Gefolge der Künstler schuf der in Brüssel geborene Andreas Vesal (1514 bis 1564) als Ergebnis seiner anatomischen Studien in Padua 1543 sein epochales Werk „De humani corporis fabrica“.

Es entsprach dem Geist der Renaissance, dass die Künstler den Menschen in seiner Ganzheit zu erfassen suchten. Das betraf sowohl die Suche nach Vollkommenheit und Schönheit als auch die Akzeptanz des Menschen in der Vielfalt seiner Gestalt.

Hierzu gehörten die Darstellung von Übergewicht und Untergewicht, des Alters und von Varianten der Physiognomie. Albrecht Dürer wandelte sein ideales Proportionschema zu fast mager-süchtigen jungen Frauen und zu übergewichtigen Frauen ab. In seinen Holzschnitten aus den Badehäusern erleben wir neben den Idealfiguren eine Vielzahl adipöser und sichtbar gealterter Körper.

Die Renaissance bringt uns das Alter bis hin zu extremen Ausprägungen in seiner Realität nahe. Eines der berühmtesten Monumente hierzu ist Dürers Bild seiner Mutter, die er 1514 circa zwei Monate vor ihrem absehbaren Tod in krankheitsbedingter Kachexie gezeichnet hat. Bei aller Härte der Realität bleibt die Liebe des Sohnes zu seiner Mutter spürbar.

In der Physiognomik geht es um den Rückschluss von körperlichen Attributen des Menschen auf seinen moralischen und intellektuellen Charakter. Leonardo zeichnete eine Vielzahl von Varietäten des menschlichen Gesichts bis hin zu extrem ungewöhnlichen, aber eben realen Profilbildern. Er definierte in seinen Kommentaren die Zuordnung von äußerlichen Veränderungen zu inneren Eigenschaften des Menschen. Albrecht Dürer hat ebenfalls im Gegensatz zu der anfänglichen Suche nach idealer Schönheit in seinen späteren Studien aus dem Erlebnis der Realität heraus unterschiedliche Typenmuster

und Charaktere dargestellt. In seinen „Zehn Profilköpfen“ von 1513 geht er vom klassischen Profil aus und ändert dieses in überzogene Varianten bis an die Grenze der Karikatur.

Dem gestellten Thema entsprechend sollen noch zwei Beispiele erläutert werden, um die theoretischen Grundlagen zu veranschaulichen: die körperlichen Entwicklungen bei dem sächsisch-polnischen König August II. und der Kaiserin Elisabeth von Österreich-Ungarn.

Leben und Krankheit August des Starken (1670 bis 1733) lassen sich auf Grund der Quellen so gut rekonstruieren, dass wir die Entwicklung eines metabolischen Syndroms, wie wir heute die Kombination von Übergewicht, Diabetes und Durchblutungsstörungen bezeichnen, nachzeichnen können. Neben der von den Leibärzten beklagten „größten Unordnung im Essen und Trinken, Schlafen und Wachen“ sind aus der Vorgeschichte eine schwere Quetschung der zweiten Zehe links (1679 bei einem Reitunfall), Magen- und Darmkoliken (1694 und 1695) und zunehmende Schmerzen im linken Fuß (1720er Jahre) hervorzuheben. 1726 verschlechterte sich die Entzündung des linken Fußes so, dass er während einer Reise nach Warschau im Schloss Bialystock Station machen musste, da er vor Schmerzen nicht weiterreisen konnte. Es war eine Gangrän der 2. Zehe links mit ausgebreiteter Vereiterung des gesamten Vorfußes entstanden. Der zuständige Leibbarbier Johann Friedrich Weiss (1682 bis 1760) entschloss sich in der Neujahrsnacht von 1726 auf 1727 die Zehe abzusetzen. Es kam in den folgenden Wochen zur Erholung des Königs, obwohl er in seiner Beweglichkeit oft immer wieder durch die Durchblutungsstörungen der Beine eingeschränkt war. Wir hören später immer wieder vom Fußleiden des Königs, welches der Behandlung bedurfte. Da es eine Gewichtstabelle des Königs gibt, wissen wir, dass sein Körpergewicht vom Beginn 1727 (Phase der schmerzhaften Gangrän mit langsamer Erholung) von 140 Pfund (bei einer Größe von 1,76 m) auf 211 Pfund am Ende des Jahres 1729 zunahm. Das metabolische Syndrom

entwickelte sich immer stärker. Oft genug konnte August der Starke nicht mehr selbst laufen, sondern musste getragen werden. Während seiner letzten Reise von Dresden nach Warschau scheint er in ein diabetisches Koma geraten zu sein, an dem er am 2. Februar 1733 in Warschau verstarb. Kaiserin Elisabeth von Österreich-Ungarn (1837 bis 1898) hatte für sich das gegenteilige Modell als Ziel und Inhalt ihres Lebens erwählt. Sie hatte ihr Leben einer kultvollen Pflege der Schönheit ihres Körpers, einbeschlossen des Kults um ihre langen Haare, gewidmet. Sie wollte extrem schlank und sportlich sein, bis sich ihre Haltung zu einer Neurose entwickelte. Mit der Eheschließung 1854 wurde Elisabeth ihrer Freiheit im doppelten Sinn beraubt. Sie musste sich dem Hofzeremoniell unterziehen und lebte in einer von ihr nicht erwünschten Ehe. Sie zog sich zunehmend vom Hof zurück und lebte ganz und gar ihrer eigenen Freiheit. Auf diesem Weg legte sie ihre am Hof erzwungene Demut ab und wurde selbstbewusst bis extrem egozentrisch. Sie bestand auf einem Körpergewicht von 50 kg bei einer Größe von 1,72 m. Ihre Ernährung glich mehr einer ständigen Hungerkur als regelmäßigem Essen. Hungertage wechselten ab mit Saft-

tagen, Obsttagen mit reinen Milchtagen oder Molkenkuren. Zu Mittag aß sie häufig lediglich wenige Löffel gepressten Fleischsaftes oder als weiteres Beispiel eine Mixtur von vier bis fünf Weißeiern, vermischt mit Salz. Die Hungerkuren führten durch den Eiweißmangel mehrfach zu Hungerödemen, die ärztlicher Behandlung bedurften. Sie schnürte ihre Taille in einer täglich einstündigen Prozedur, um das Maß von 50 cm zu behalten. Körperpflege und Diäten waren mit Wandern und Turnen verbunden, um ihren Körper zu stählen. In jedem ihrer Schlösser hatte Elisabeth eigene Turnsäle mit Ringen, Barren, Keulen, Hanteln, Sprungseilen und Sprossenwand. Sie unternahm täglich mehrstündige Spaziergänge und Wanderungen in hohem Tempo über weite Strecken. Zudem war die Kaiserin eine begeisterte und trainierte Reiterin und Schwimmerin. Sie übte sich intensiv im Fechten. Seit 1880 war Sissis Tag zwischen den einzelnen Sportarten exakt aufgeteilt: Am Morgen Gymnastik, dann Fechten, danach sechs Stunden Lauf zu Fuß oder weite Ritte in den Bergen oder in der Ebene. Die Verbindung von ständigem Hungern, bzw. extremen Ernährungsmodellen und exzessiver Bewegung führten zur ausschließlichen Beschäftigung mit sich selbst und

verstärkte ihren Narzissmus. Sie hatte einen Mythos ihrer Schönheit aufgebaut, den sie mit zunehmendem Alter zu erhalten suchte. Für die Pflege von Haut und Haar gibt es eine Vielzahl von Rezepten, deren Zusammensetzung in den Archiven der Wiener Hofapotheke erhalten sind. Manche Substanzen wie Olivenbäder, Wollfett von Schafen, Bienenwachs und Sesam-Öl zur Hautpflege haben sich bis heute erhalten. Die Kaiserin legte „Spezialmixturen“ auf oder nutzte nächtliche Gesichtsmasken mit Erdbeeren oder rohem Kalbfleisch. Sie ging im Alter überwiegend verschleiert, damit die Alterungserscheinungen nicht sichtbar wurden und ließ sich nicht mehr fotografieren. Vollkommen menschenscheu versteckte sie sich vor der Öffentlichkeit. Das Attentat im September 1898 in Genf beendete ein durch Extreme bestimmtes Leben im Alter von 61 Jahren.

So begegnen wir im Lebensstil der Kaiserin Elisabeth den Strategien der Gegenwart mit Wellness, Jogging, Anti-Age, Kosmetik, Industrie, Haarkult und vielen weiteren Fragwürdigkeiten, die vom Lebenszentrum wegführen.

Prof. Dr. med. habil. Albrecht Scholz
Institut für Geschichte der Medizin
Löschnerstraße 18, 01309 Dresden

Dirk van Bekkum Award 2009

Herr Prof. Dr. med. habil. Martin Bornhäuser wurde im Rahmen der Jahrestagung der European Group for Blood and Marrow Transplantation (EMT) in Göteborg mit dem Dirk van Bekkum Award 2009 ausgezeichnet. Prof. Dr. Bornhäuser, der seit 1995 am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden eine Stiftungsprofessur der DKMS Deutsche Knochenmarkspendeteil innehat, erhielt den Preis für eine an der Dresdner Transplantationsseinheit durchgeführte Studie. Diese beschäftigt sich mit dem Einsatz von spezifischen Immunzellen nach Transplantation bei Patienten mit chronischer myeloischer Leukämie.

Preis für beste Promotionsarbeit

Frau Dr. Iris Eke, Mitglied der Nachwuchsforschungsgruppe „Biologisches und Molekulares Targeting“ des OncoRay in Dresden, wird für die beste Promotionsarbeit im Fachbereich Medizin von der Technischen Universität München, an der sie promovierte, ausgezeichnet. Frau Dr. Eke erhält den mit 1.500 EUR dotierten Preis für ihre Promotionsarbeit, die als erste der Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radiologische Onkologie des Klinikums rechts der Isar überhaupt, mit Summa cum laude bewertet wurde.

Karl-Ludwig-Neuhaus-Forschungspreis

Mit einem Festakt anlässlich der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie wurde an Herrn Dr. Ingo Eitel, Assistenzarzt in der Klinik für Innere Medizin/Kardiologie am Herzzentrum Leipzig, am 16.4.2009 der Karl-Ludwig-Neuhaus-Forschungspreis verliehen. Er erhielt die mit 10.000 EUR dotierte Auszeichnung für seine Forschungsarbeit zum Thema: „Verhinderter Myokardinfarkt nach Primärer Koronarintervention“.

Die Staatsanstalt für Krankengymnastik und Massage

Zur Vorgeschichte und Entwicklung der ersten staatlichen Krankengymnastikschule in Deutschland

Am 2. Juni 1919 wurde in Dresden die „Staatsanstalt für Krankengymnastik und Massage“ gegründet, die erste deutsche staatliche Krankengymnastikschule. Zur Behandlung der vielen Kriegsversehrten sollten nun Frauen in „schwedischer Gymnastik“ und Massage ausgebildet werden, die auch die Behandlung von Kindern und Jugendlichen übernahmen. Als der sächsische Landtag die Gründung des Institutes beschloss, war aber in Dresden selbst schon eine lange Tradition heilgymnastischer Behandlung zu verzeichnen. Diese wurde sowohl von unvorgeordneten Ärzten, wie auch von medizinischen Laien getragen. Bereits in der Antike wurden gymnastische Übungen und Massagen nicht nur zur Gesunderhaltung des Körpers, sondern auch zur Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit eingesetzt. Dieses Wissen ging in Westeuropa während des Mittelalters verloren und wurde erst in der Neuzeit von so hervorragenden Ärzten wie Ambroise Paré (1517 bis 1590), dem „Vater der französischen Chirurgie“, Francis Glisson (1597 bis 1677) und Francis Fuller (1670 bis 1706) wieder propagiert, der den Begriff „medizinische Gymnastik“ prägte. Der Hallenser Medizinprofessor Friedrich Hoffmann (1660 bis 1742) – noch heute bekannt wegen der von ihm erfundenen Hoffmannstropfen – legte ebenfalls großen Wert auf Gymnastik und Massage. Zu Beginn des 19. Jahrhunderts wurden von führenden Orthopäden gymnastische Übungen zur Behandlung von Rückgratverkrümmungen eingesetzt. Ebenso große Bedeutung für die Entwicklung der Orthopädie in Deutschland hatten die zumeist von medizinischen Laien geführten „orthopädischen Institute“. Das erste seiner Art in Deutschland wurde 1816 von Johann Georg Heine (1770

bis 1838) eröffnet. Heines Neffe Jacob Heine (1800 bis 1879) studierte aber Medizin und begründete nach einer Lehrzeit bei seinem Onkel 1829 ein orthopädisches Institut in Canstatt, in dem er wahrscheinlich als erster in Deutschland auch orthopädische Gymnastik einsetzte.

Wiederum ein medizinischer Laie, der Fechtlehrer Johann Adolf Ludwig Werner (1794 bis 1866), versuchte als erster in Deutschland eine spezielle medizinische Gymnastik zu etablieren. Er war Soldat und verdiente seit 1818 in Dresden und später in Leipzig als Fechtlehrer seinen Lebensunterhalt. Ab 1830 arbeitete er als Lehrer für Gymnastik an Dresdner Schulen. Er befasste sich sowohl mit der pädagogischen Gymnastik als auch mit der Heilgymnastik, wozu er 1834 die Monographie „Das Ganze der Gymnastik“ und 1838 sein Buch „Medicinische Gymnastik“ publizierte. Leider verkannten maßgebliche Kreise in Sachsen noch den Wert und die Effizienz dieser Behandlungsmethoden und entsprachen nicht Werners Wunsch nach einer staatlichen Anstellung. Deshalb ging er 1839 nach Dessau, wo er im herzoglichen Auftrag eine gymnastische Akademie und Normalschule errichtete und an verschiedenen Schulen und militärischen Einrichtungen Gymnastikunterricht erteilte. Werner entwickelte seine Akademie zu einer „gymnastisch-orthopädischen Heilanstalt“, an der er mehrwöchige bis mehrmonatige Kuren zur Korrektur von Verkrümmungen des Rückgrats und der Extremitäten durchführte.

In Deutschland dominierte seinerzeit die Gymnastik in der Pädagogik, wie von Johann Christoph Friedrich GutsMuths (1759 bis 1839) angeregt, oder dessen Erweiterung zu Beginn des 19. Jahrhunderts zum „vaterländischen Turnen“ durch Friedrich Ludwig Jahn (1778 bis 1852). Diese fortschrittliche, einer gesunden Lebensführung verpflichtete Form des Sports galt international als vorbildlich und regte unter anderem auch die Entwicklung der sogenannten „schwedischen Gymnastik“ an. Diese war aber im Gegensatz dazu eine

Heilgymnastik, deren Begründer Pehr Henrik Ling (1776 bis 1839) ebenfalls Sprach-, Fecht- und Gymnastikunterricht erteilte. Er erarbeitete anfangs des 19. Jahrhunderts unter Berücksichtigung anatomischer und physiologischer Erkenntnisse eine eigenständige Form der Heilgymnastik. Anders als ein Vierteljahrhundert später die Sachsen erkannte die schwedische Regierung den Wert der Heilgymnastik für die Volksgesundheit und ordnete 1814 in Stockholm die Gründung des „königlichen gymnastischen Central-Instituts“ an, das Ling bis zu seinem Tode 1839 leitete. Das Central-Institut bestand aus einer pädagogischen, einer militärischen und einer medizinischen Abteilung, an der in Kursen bis zu drei Jahren Männer und Frauen zu „Gymnastikinstruktoren“, „Gymnastiklehrern“ oder „Gymnastikdirektoren“ ausgebildet wurden. Sie verfügten also bereits damals über eine staatliche Anerkennung und arbeiteten später in den Schulen, der Armee und Marine Schwedens. Ling führte in die Heilgymnastik Übungen gegen (menschlichen) Widerstand ein, bevorzugte aber sogenannte „passive Übungen“, wie Streichungen, Knetungen, Klopfungen. Das Institut wurde in den folgenden Jahrzehnten international bekannt und zum Ausgangspunkt für die Einführung der Heilgymnastik in vielen europäischen Staaten. Sie blieb aber im 19. Jahrhundert vor allem in Deutschland nicht unumstritten.

Es war wiederum ein Dresdener Arzt, der als einer der ersten in Deutschland über das schwedische Turnen publizierte. Hermann Eberhard Friedrich Richter (1808 bis 1876), ein eifriger Verfechter der naturwissenschaftlich orientierten Medizin, spä-

¹ Hermann Eberhard Friedrich Richter: Die schwedische nationale und medicinische Gymnastik. Dresden, Leipzig: Arnoldische Buchhandlung, 1845, S. 2.

² Ebenda, S. 17

³ Ebenda, S. 35f.

⁴ Noyan Dinçkal: Medikomechanik. Technikgeschichte 74 (2007) H. 3, S. 243.

ter Gründer des Ärztevereinsbundes, hatte gelegentlich einer Schwedenreise 1844 das Stockholmer Institut aufgesucht, um „die Methoden selbst durch Anschauung kennen zu lernen“.¹ Während eines Vortrages in der „Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden“ im darauffolgenden Jahr zog er das Fazit, dass die schwedische Gymnastik „ebensowohl vernünftig physiologisch begründet, als in hohem Grade zeitgemäß“ sei.² Nach einem Vergleich der schwedischen und der deutschen Verhältnisse rief er dazu auf, für „die gute Sache der deutschen Volksbildung durch in einander greifende Körper- und Geistes-Cultur, das Emporblühen einer vernünftigen, auf physiologische Erfahrungsgesetze gegründeten deutschen Turnkunst für Gesunde und Kranke“ die Stimme zu erheben und mit gutem Beispiel voranzugehen.³ Trotz vielfältiger anderweitiger Verpflichtungen und Interessen – Richter war Professor an der Chirurgisch-medicinischen Akademie und beteiligte sich am Aufstand im Mai 1949, wofür er wegen Hochverrats angeklagt und von der Professur suspendiert wurde – versuchte er weiterhin, das pädagogische und medizinische Turnen in Dresden voranzutreiben. So war er sowohl 1848 maßgeblich am Entwurf der Grundzüge zur Errichtung einer sächsischen Turnlehrerbildungsanstalt, als auch 1853 an der vom Turnlehrer Eichhorn in Dresden eingerichteten Anstalt für schwedische Heilgymnastik beteiligt. In seinen Publikationen insbesondere in den fünfziger Jahren propagierte Richter die Heilgymnastik, nicht ohne kritisch auf deren Umsetzung in Deutschland einzugehen. Es ging der schwedischen Gymnastik wie so vielen Behandlungsmethoden: Zunächst wurden zu hohe Erwartungen geschürt, die dann nicht erfüllt werden konnten. Wenn auch in den folgenden Jahrzehnten in orthopädischen Instituten die medizinische Gymnastik weiterhin angewandt wurde, fehlte es doch an einer wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dieser Methode. Sie galt als „undeutsch“ und wurde wegen ihrer veralteten theoretischen Grundlagen und ihrer

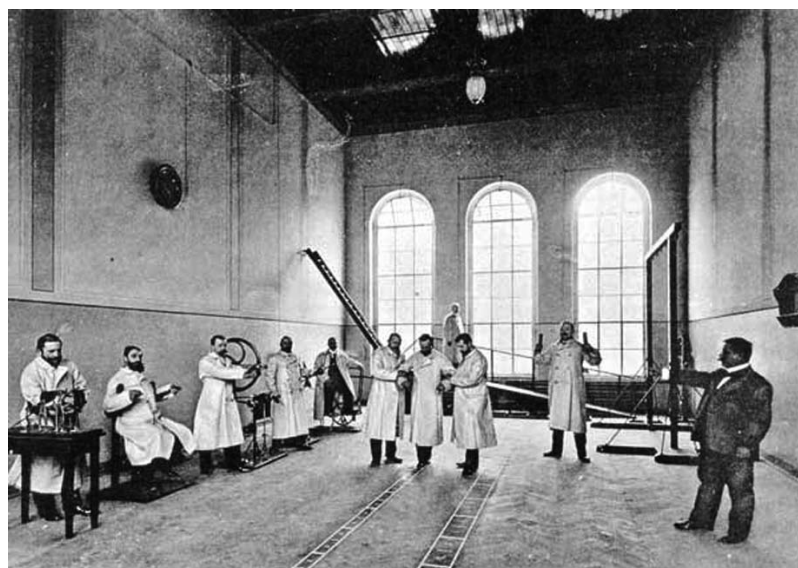


In der „Herrenmassage“ von Lahmann's Sanatorium „Weißer Hirsch“ wurden neben manuellen heilgymnastischen Verfahren auch „Zanderapparate“ eingesetzt.

Begründung durch einen medizinischen Laien von deutschen Ärzten heftig abgelehnt. Der Leipziger Arzt Daniel Gottlob Moritz Schreber (1808 bis 1861) wollte ausdrücklich eine „deutsche Gymnastik“ kreieren, die aus rein aktiven Bewegungen bestand. Damit wurde die schwedische Heilgymnastik in eine Außenseiterrolle gedrängt. Aber die Naturheilkunde integrierte sie dann in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts in ihre Behandlungsmethoden. Es war wiederum der in Dresden als Naturheilpraktiker tätige Herausgeber der Zeitschrift „Naturarzt“, Gustav Wolbold (1823 bis 1888), der zu ihrer weiten Verbreitung beitrug.

Gerade der Dresdener Raum, der sich mit seinen Sanatorien auf dem Weißen Hirsch und in der Oberlößnitz zu einem Zentrum der Naturheilkunde entwickelte, war zugleich die Wiege der Naturheilmovement, die sich seit den 1860er Jahren von Sachsen aus zu einer großen Reformbewegung entfaltete. Damit war auch das Naturheilverfahren medizinische Gymnastik in weiten Kreisen der sächsischen Bevölkerung akzeptiert.

Seit den 1880er Jahren wurde die medizinische Gymnastik wiederum von der Schulmedizin verstärkt genutzt. Einerseits führte die Bismarcksche Sozialgesetzgebung dazu, dass



Im 1901 eröffneten Stadt Krankenhaus Dresden-Johannstadt konnte ein nach modernsten Gesichtspunkten eingerichteter „Zander-Saal“ für die Behandlung der Patienten genutzt werden.

größere Bevölkerungskreise überhaupt medizinische Betreuung in Anspruch nehmen konnten und seitens der Kassen auch ein Interesse daran bestand, möglichst die Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit ihrer Mitglieder zu erreichen. Andererseits setzte sich die Massage, wie sie der niederländische Arzt Johann Georg Mezger (1838 bis 1909) 1870 in Bonn demonstrierte, in Deutschland durch, obwohl ihre Ähnlichkeit mit der schwedischen Gymnastik unverkennbar war. Von besonderer Bedeutung war aber die Einführung der mechanischen Heilgymnastik, die vom schwedischen Arzt Gustav Zander (1835 bis 1929) entwickelt worden war. Diese technisierte Heilgymnastik sollte „eine Standardisierung der Bewegungsabläufe sowie ihre Regelmäßigkeit und Gleichmäßigkeit“ gewährleisten. Die schematisierten Bewegungsabläufe konnten vom Arzt gleich einem Medikament verschrieben werden. Die Betreuung der Behandlung in den „Zandersälen“ lag in den Händen der Ärzte, was wiederum ihre Stellung gegenüber den „Kurpfuschern“ stärken sollte. Vor dem Ersten Weltkrieg entwickelte sich das „Zandern“ zu einer sowohl von der Naturheilkunde als auch von der Schulmedizin anerkannten Behandlungsform, die auch „als eine wissenschaftlich abgesicherte und technisch-rationale Form [galt], sich dem bürgerlichen Ideal einer anmutigen Haltung zu nähern“.⁴

Während des Krieges verschob sich der Focus von der Erhaltung der Gesundheit hin zur Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit bei individuell ganz unterschiedlichen Behin-

derungen, worauf der ausgebildete Krankengymnast flexibler reagieren konnte als die Zanderapparate, die zudem nur in ungenügender Anzahl zur Verfügung standen.

Diese Erfahrungen regten Willem Ernst Smitt (1862 bis 1922), einen Schüler des Stockholmer Zentralinstituts für Schwedische Heilgymnastik und sächsischen Generalarzt, dazu an, seit 1916 in seiner privaten Praxis fast 300 Gymnastikschwestern in der schwedischen Gymnastik und Massage auszubilden, „um durch manuelle Massage und Bewegungsübungen die versteiften Gelenke, die geschwächte Muskulatur und die gelähmten Nervenbahnen zu heilen oder zu bessern.“⁵ Der Erfolg war ein so beeindruckender, dass der Landtag die Gründung der Staatsanstalt für Krankengymnastik und Massage in der Wielandstraße 2 in Dresden beschloss. 105 Jahre nach der Gründung der Stockholmer Gymnastikschule diente diese Einrichtung wiederum als Vorbild für das sächsische Institut, allerdings wurde es an die deutschen Verhältnisse angepasst. Denn hier wurden ausschließlich Krankengymnasten ausgebildet, da die Heranziehung von Turnlehrern an anderen Instituten bereits geregelt war. Aber auch Ärzte konnten sich nun in Dresden fortbilden, ebenso Masseure und Masseusen. Die Lehrzeit der Krankengymnastinnen dauerte zwei Jahre und umfasste neben der praktischen Ausbildung in Krankengymnastik, Massage und allen physikalischen Heilmethoden (Hydro-, Balneo-, Wärme-, elektrische Therapie, Diathermie, Lichtbehandlung) eine fundierte theoretische Schulung. Bis 1930 konnten 241 Schülerinnen

die Lehrgänge der Staatsanstalt mit Erfolg beenden und fanden Anstellung sowohl in Krankenhäusern, als auch in Pflegeeinrichtungen, im ambulanten Bereich und in Kureinrichtungen. Die Staatsanstalt, die im Januar 1922 in das Taschenbergpalais umgezogen war, diente zugleich als Heilanstalt für ambulante Kranke. Dies kam wiederum der praxisnahen Ausbildung der Schülerinnen zugute, die zudem auch außerhalb des Institutes ausgleichende und vorbeugende Gymnastikkurse zu halten hatten, besonders aber mit „Schauhilfsturnen“ und orthopädischem Turnen vielen Dresdnerinnen und Dresdenern im Gedächtnis geblieben sind. 1941 zog die Schule samt Mobiliar nach Leipzig und wurde dort der Universität angeschlossen. Als 1952 am Stadt Krankenhaus Dresden-Johannstadt (heute Universitätsklinikum) in Anknüpfung an die Vorkriegstradition erneut die Ausbildung von Krankengymnastinnen in Angriff genommen wurde, fanden nun auch solche Dresdener Entwicklungen wie der Ausdruckstanz einer Mary Wigman Eingang in den neuen Lehrplan. Hier entstanden nun aus den unterschiedlichsten internationalen, aber auch regionalen Einflüssen neue Formen der Physiotherapie, die bis in die Gegenwart hineinwirken.

Literatur beim Verfasser
Dr. Marina Lienert
Institut für Geschichte der Medizin
der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus
der TU Dresden
Fetscherstraße 74
01307 Dresden

⁵ Lufft: Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten in der Landeshauptstadt Dresden. Düsseldorf [1930], S. 11.

Stiftungsprofessur für Prof. Dr. med. habil. Peter Schwarz



Prof. Dr. med. habil. Peter Schwarz wurde am 7. April 2009 als Europas erster Professor für Prävention und Versorgung des Diabetes am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus in Dresden feierlich in sein Amt eingeführt. Mit der neu eingerichteten Stiftungsprofessur kann die Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden ihren Forschungsschwer-

punkt zu Prävention und Therapie des Diabetes mellitus und des Metabolischen Syndroms weiter ausbauen. Zu den Aufgaben der Professur gehört es auch, die Erkenntnisse durch regelmäßige und aktive Beteiligung an der Lehre und in der Weiterbildung innerhalb des Fachgebietes Innere Medizin in der Medizinischen Fakultät zu vermitteln.

Ein wesentlicher Bestandteil des Arbeitsbereiches Diabetes sind die in Dresden bereits heute europaweit beachteten Schulungs- und Forschungsprogramme zum Thema Prävention und Versorgung des Diabetes. Dresden gilt damit als präventivmedizinisch-diabetologisches Zentrum in Deutschland wie auch in Europa. Prof. Dr. Schwarz konnte zudem eine Europäische Initiative zur Diabetesprävention mit dem im Juni 2007 gestarteten Diabetes-Präventions-Projekt IMAGE (Development and Implementation of a European Guideline and Training Standards for Diabetes Prevention) ins Leben rufen. Dies ist eine der größten Public Health-Initiativen der Europäischen Union. Sie hat die Entwicklung von europäischen medizinischen Leitlinien und Qualitätsstandards in der

Diabetes-Prävention zum Ziel. Dresden erhielt den Zuschlag für dieses Vorhaben unter anderem auch für die vorhandenen exzellenten Versorgungsstrukturen für Diabetespatienten. 2010 wird der Diabetes-Weltkongress in Dresden stattfinden.

Prof. Dr. Peter Schwarz wurde in Thüringen geboren und absolvierte sein Medizinstudium in Dresden. Nach einer Forschungstätigkeit in den USA kam Prof. Dr. Schwarz an die TU Dresden zurück und arbeitete bei Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze. Der international anerkannte Diabetes-Experte koordiniert die Deutsche Arbeitsgruppe „Diabetesprävention“ und ist Mitglied des wissenschaftlichen Beirates des Diabetes-Präventions-Forum (DPF) der Internationalen Diabetesgesellschaft in der Europäischen Union (IDF-EUROPE).

Kontakt:

Medizinische Fakultät und
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
Medizinische Klinik und Poliklinik III
Prof. Dr. med. habil. Peter Schwarz
Tel. 0351/ 4 58 27 15
E-Mail: peter.schwarz@uniklinikum-dresden.de
<http://mk3.uniklinikum-dresden.de/>

Knut Köhler M.A.

Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Unsere Jubilare im Juni 2009 – wir gratulieren!

60 Jahre

- 01.06. Dr. med. Rentsch, Johannes
02827 Görlitz
- 01.06. Dr. med. Weber, Marcela
04420 Markranstädt
- 04.06. Hofmann, Monika
09618 Brand-Erbisdorf
- 06.06. Müller, Karl-Heinz
04159 Leipzig
- 06.06. Dr. med. Richter, Olaf
01219 Dresden
- 06.06. Schoppel, Monika
09439 Amtsberg
- 10.06. Dipl.-Med. Kuttner, Dietmar
02763 Zittau
- 10.06. Dr. med. Neumann, Thomas
04229 Leipzig
- 11.06. MUDr. Drahozal, Lubomir
08529 Plauen
- 12.06. Dr. med. Martin, Dietrich
08058 Zwickau

- 13.06. Dipl.-Med. Kampczyk, Monika
08280 Aue
- 19.06. Dr. med. Ernst, Hans Ulrich
04849 Bad Dübén
- 20.06. Dr. med. Arab, Mohamed Taysir
04177 Leipzig
- 21.06. Hübschmann, Helmi
08297 Zwönitz
- 21.06. Dipl.-Med. Kästner, Monika
08209 Rebesgrün
- 22.06. Dr. med. Mehlhorn, Ulrich
01109 Dresden
- 23.06. Dr. med. Schindler, Christa
04207 Leipzig
- 26.06. Dr. med. Scharfe, Vera
01471 Berbisdorf
- 27.06. Dr. med. Berbalk, Anneliese
04229 Leipzig
- 28.06. Prof. (Univ. Riga) Dr. med. habil. Döring, Karli
09126 Chemnitz
- 29.06. Dr. med. habil. Beer, Lothar
01309 Dresden

65 Jahre

- 01.06. Börner, Detlef
04509 Löbnitz

- 01.06. Dr. med. Zich, Paul
09130 Chemnitz
- 02.06. Dr. med. Pröhl, Ingrid
08209 Vogelsgrün
- 03.06. Dr. med. Geipel, Manfred
08066 Zwickau
- 06.06. Dr. med. Ermer, Thomas
04838 Eilenburg
- 06.06. Dr. med. Nachtigal, Beate
04279 Leipzig
- 09.06. Dipl.-Med. Evers, Margit
04416 Markkleeberg
- 09.06. Dr. med. Götz, Ute
04451 Zweenfurth
- 10.06. Dr. med. Großlaub, Dirk
01465 Langebrück
- 11.06. Dr. med. Antoni, Christine
01257 Dresden
- 12.06. Dr. med. Ernst, Annerose
04159 Leipzig
- 19.06. Heilmann, Peter
08468 Reichenbach
- 19.06. Dr. med. habil. Kittel, Jens
08228 Rodewisch
- 19.06. Dr. med. Werner, Hartmut
95138 Bad Steben
- 21.06. Hoffmann, Gisela
09380 Thalheim

- 22.06. Dr. med. Wachter, Lutz
01259 Dresden
- 23.06. Dr. med. Claußnitzer, Dietmar
09496 Marienberg
- 25.06. Dipl.-Med. Uhlemann, Dietmar
09217 Burgstädt
- 26.06. Dr. med. Schröder, Hartmut
08349 Erlabrunn
- 26.06. Uhlmann, Bärbel
09113 Chemnitz
- 28.06. Dipl.-Med. Heß, Gerlinde
04509 Delitzsch
- 28.06. Dr. med. Sage, Siegfried
01445 Radebeul
- 29.06. Dr. med. Oesen, Ute
09114 Chemnitz
- 70 Jahre**
- 01.06. Dr. med. Berger, Peter
04289 Leipzig
- 02.06. Dr. med. Furkert, Bodo
04880 Dommitzsch
- 04.06. Dr. med. habil.
Sandig, Klaus-Rainer
04107 Leipzig
- 06.06. Helbig, Regine
08312 Lauter
- 07.06. Dr. med. Liebold, Hildegard
08258 Markneukirchen
- 08.06. Dipl.-Med. Kaplonek, Werner
01069 Dresden
- 08.06. Dr. med. Müller, Dietmar
09306 Wechselburg
- 08.06. Schäker, Annerose
04105 Leipzig
- 09.06. Alt, Dietmar
09306 Rochlitz
- 09.06. Haas, Rosemarie
01445 Radebeul
- 09.06. Dr. med. List, Bärbel
01587 Riesa
- 10.06. Dr. med. Herrfurth, Reinhold
02708 Löbau
- 10.06. Kretschmar, Dietmar
09128 Euba
- 11.06. Dr. med. Banse, Gudrun
01705 Pesterwitz
- 11.06. Dr. med. Varga, Julika
01896 Pulsnitz
- 13.06. Dr. med. Christoph, Dieter
02763 Zittau
- 14.06. Dr. med. Fischer, Ursula
09557 Flöha
- 16.06. Sachsenröder, Karla
04838 Eilenburg
- 17.06. Dr. med. Dieck, Helga
04316 Leipzig
- 17.06. Dr. med. Witt, Ute
01307 Dresden
- 18.06. Dr. med. Jäger, Bärbel
01689 Weinböhla
- 18.06. Kleefeldt, Jürgen
01936 Königsbrück
- 20.06. Weber, Hiltrud
04838 Mörtitz
- 21.06. Dr. med. Winkler, Barbara
02708 Löbau
- 22.06. Dr. med. Thiele, Heide
01809 Heidenau
- 23.06. Dr. med. Drubig, Rosemarie
01662 Meißen
- 23.06. Dr. med. Riemer, Karin
09600 Oberschöna
- 23.06. Dr. med. Seifert, Gerald
09577 Niederwiesa
- 30.06. Dr. med. Gocht, Wolfgang
02779 Hainewalde
- 75 Jahre**
- 01.06. Dr. med. Heinrich, Roland
09212 Limbach-Oberfrohna
- 04.06. Dr. med. Munde, Barbara
01309 Dresden
- 05.06. Dr. med. Vietor, Friedhelm
01109 Dresden
- 06.06. Dr. med. Müller, Hildegard
01067 Dresden
- 06.06. Dr. med. Schmoranzner-
Schwenke, Hermine
04157 Leipzig
- 08.06. Dr. med. Leutert, Hannelore
01744 Dippoldiswalde
- 11.06. Dr. med. Kandler, Gisela
01109 Dresden
- 12.06. Dr. med. Zschornack, Martin
01920 Räckelwitz
- 15.06. Prof. Dr. med. habil.
Tauchnitz, Christian
04299 Leipzig
- 16.06. Dr. med. Gabel, Hanna
09350 Lichtenstein
- 17.06. Dreilich, Siegfried
04463 Großpösna
- 22.06. Dr. med. Scharch, Brigitte
08523 Plauen
- 23.06. Prof. Dr. med. habil.
Justus, Jakob
01326 Dresden
- 23.06. Dr. med. Oesen, Luise-Maria
09380 Thalheim
- 24.06. Prof. Dr. med. habil.
Schubert, Wolfgang
01324 Dresden
- 29.06. Dr. med. Günther, Ursula
01737 Tharandt
- 80 Jahre**
- 07.06. Dr. med. Hildebrandt, Ernst
01309 Dresden
- 22.06. Dr. med. Fuchs, Johannes
09127 Chemnitz
- 81 Jahre**
- 24.06. Dr. med. Donath, Alexander
04509 Delitzsch
- 82 Jahre**
- 03.06. Dr. med. Plath, Ingeborg
04107 Leipzig
- 05.06. Dr. med. Naumann, Renate
09131 Chemnitz
- 08.06. Dr. med. Spindler, Eva-Maria
01762 Hartmannsdorf
- 23.06. Dr. med. Töppich, Eckart
01454 Ullersdorf
- 25.06. Dr. med. habil.
Wilde, Johannes
04357 Leipzig
- 27.06. Dr. med. Lotze, Horst
01217 Dresden
- 28.06. Dr. med. Preibisch-
Effenberger, Rosemarie
01309 Dresden
- 83 Jahre**
- 01.06. Dr. med. Schmieden, Karl-Heinz
08525 Plauen
- 10.06. Dr. med. Behn, Peter
04275 Leipzig
- 84 Jahre**
- 01.06. Dr. med. Burkhardt, Volkmar
09122 Chemnitz
- 10.06. Dr. med. Böttrich, Heinz
09113 Chemnitz
- 14.06. Dr. med. Drogula, Karl-Heinz
04720 Döbeln
- 17.06. Dr. med. Wolff, Ludwig
01129 Dresden
- 85 Jahre**
- 03.06. Dr. med. Geyer, Eva
09244 Lichtenau b. Chemnitz
- 08.06. Dr. med. Mederacke,
Frank-Dietmar
01662 Meißen
- 25.06. Dr. med. Kirsch, Marija
09526 Olbernhau
- 25.06. Dr. med. Meyer-Nitzschke,
Rosemarie
04552 Borna
- 87 Jahre**
- 01.06. Dr. med. Berge, Helga
04105 Leipzig
- 89 Jahre**
- 12.06. Dr. med. Scholze, Siegfried
01877 Bischofswerda
- 20.06. Prof. Dr. med. habil.
Trenckmann, Heinz
04109 Leipzig
- 90 Jahre**
- 24.06. Dr. med. Ochernal, Annaliese
01309 Dresden
- 91 Jahre**
- 03.06. Dr. med. Schreckenbach,
Gerhard
04552 Borna
- 29.06. Dr. med. Sobtzick, Ernst
08060 Zwickau
- 94 Jahre**
- 20.06. Dr. med. Parisius, Ullrich
04860 Torgau

13. Sächsisches Seniorentreffen

In den vergangenen Jahren waren die Ausfahrten der ärztlichen Senioren herausragenden kulturhistorischen Sehenswürdigkeiten oder Ereignissen, wie zum Beispiel Schloss Augustusburg und der Sächsischen Landesausstellung „Macht und Glaube“ in Torgau gewidmet. Das 13. Sächsische Seniorentreffen stand hingegen unter dem thematischen Schwerpunkt „Gesundheit“. Eingeladen waren ca. 2.000 ältere ärztliche Senioren, von denen 600 der Einladung verteilt auf die traditionellen vier Termine gefolgt sind. Zielort der Ausfahrt war das Sächsische Staatsbad Elster.

Der Ausschuss Senioren ging bei der Wahl des Themas von der Überlegung aus, die Kollegen über die Initiative der Sächsischen Landesärztekammer zu informieren, neben den mit dem Koalitionsvertrag im Jahr 2004 im Freistaat Sachsen vereinbarten fünf Gesundheitszielen ein sechstes „Aktives Altern – Altern in Gesundheit, Autonomie und Mitverantwortlichkeit“ zu implementieren und sie in späteren Arbeitsschritten für eine Mitwirkung in diesem Prozess zu gewinnen.

Die Busse mit den Gästen trafen am Vormittag in Bad Elster ein. Sie wurden von Mitarbeitern der Vogtland-



Bad Elster

klinik in Empfang genommen und zu einer Führung durch die Klinik geleitet. Sie ist eine von 6 Rehabilitationseinrichtungen in Bad Elster. Zu DDR-Zeiten errichtet, präsentiert sie sich als großer Komplex, in dem ständig bis zu 520 Patienten weilen (davon etwa 20 Prozent aus den Altbundesländern), die im Tagesgeschäft zu ihren Behandlungen gehen oder gebracht werden. Es gibt schöne Orte zum Verweilen im Haus, ansprechende, zweckmäßig eingerichtete Zimmer und freundliches Personal. Die ärztlichen Gäste besichtigten die Therapieräume und waren von der großzügigen Raumgestaltung zum

Beispiel in der Ergotherapie oder den Eingangshallen beeindruckt. Nach der Klinikbesichtigung folgten Vorträge in modernen Räumlichkeiten, die den Schwerpunkt „Gesundheit“ besonders unterstreichen sollten. Mitarbeiterinnen des Deutschen Institutes für Gesundheitsforschung gaben kompetent Erläuterungen zum Stand der Erarbeitung des eingangs erwähnten Gesundheitszieles „Aktives Altern“. Unter Schirmherrschaft des Sächsischen Staatsministeriums für Gesundheit, wissenschaftlicher Begleitung durch das Institut und Moderation durch die Kammer ist die Zielentwicklung nun aus dem Initiativstadium in einen staatlich gewollten Prozess eingetreten, in dem auch ärztliche Senioren letztlich eingebunden sein und mitreden sollten. Es folgten Vorträge zu Indikationen und Verfahrensweisen für Rehabilitationsmaßnahmen in Bad Elster.

Ein vorzügliches Mittagessen mit vogtländischer Küche stärkte die Gäste für das Nachmittagsprogramm. Es wurde eröffnet mit einem kurzen Besuch und einer Einführung im König Albert Theater. Seine Geschichte beginnt im Jahr 1914. In den vergangenen Jahren wurde es umfassend renoviert. Schirmherr des Theaters ist Alexander Prinz von Sachsen. Aufgrund des hervorragenden ganzjährigen Spielplanes ist es zu einer bedeutenden Veranstal-



Bad Elster

tungsstätte der Region Vogtland avanciert. Es folgte eine Führung durch das Albertbad. In dem im Jugendstil erbauten und aufwändig renovierten Haus wurde in einem ersten Trakt Wissenswertes über Moorbehandlungen demonstriert und Informationen über die Vor- und Nachbereitung des wichtigen Rohstoffes Moor gegeben. In einem zweiten Trakt wurde der Wellnessbereich vorgeführt, der in stilvollem Ambiente allen Sinnen Ansprechendes bot. Am Ende der Führung stand die Verkostung der Heilquellen, wovon reichlich Gebrauch gemacht wurde.

Nebenbei bekamen die Teilnehmer der Ausfahrt einen kleinen Eindruck vom Kurort Bad Elster. Er schmiegt sich zwischen bewaldete Hügel. Im Tal schlängeln sich kleine Bäche, die in die Weiße Elster münden. Die Luft ist herrlich sauber und würzig. Der Ort hat nur ca. 4.000 Einwohner, verfügt aber über 2.400 Übernachtungsbetten, in denen im Jahr um 40.000 Übernachtungsgäste logieren. Der Ortskern gruppiert sich um das Kurhaus, das König Albert Theater und das Albertbad. Die Heilquellen, insbesondere die Moritzquelle, wurden bereits 1669 vom Plauener Stadtphysikus Georg Leisner erwähnt.

Bad Elster ist eines der ältesten und schönsten deutschen Moorbäder. Berühmtester Gast war im Jahr 1795 Johann Wolfgang von Goethe. Geschmackvolle kleine Geschäfte laden ein, ein Souvenir aus dem „gesunden“, gediegenen Ort mitzunehmen.

Das Kaffeetrinken im Badecafé mit einem Kurkonzert und den immer wieder gewünschten und gepflegten interkollegialen Gesprächen beendeten das Tagesprogramm, bevor die Busse zur Heimfahrt bestiegen wurden.

Dr. med. Ute Göbel
Rosentalgasse 19, 04105 Leipzig

Christine Schlegel – „Traumhafter Streifzug“



„...zu M.G. Lorca, Die Zigeunerromenzen“, Öl auf Leinwand

Die Künstlerin hatte wohl immer „einen Koffer“ in Dresden. Als Christine Schlegel (Jahrgang 1950) im Jahr 1986 die DDR verließ, geschah dies aus Not. Sie war wie viele andere auch an eine psychische Grenze

gekommen, die ihr ein weiteres Wirken unter den gegebenen Verhältnissen unmöglich machte. Die aus einem Künstlerhaushalt Stammende suchte schon früh nach einem eigenen Weg. Nachdem sie zunächst eine Lehre als Dekorateurin absolvierte und das Abendstudium an der Hochschule für Bildende Künste Dresden abschloss, konnte sie schließlich doch ein Direktstudium der Malerei/Grafik (1973 bis 1978) aufnehmen. Künstlerische Orientierungspunkte fand sie allerdings eher bei jenen, die außerhalb oder am Rande des offiziellen DDR-Kunstbetriebes standen: von den Älteren Willy Wolff und Hans Jüchser, von den Jüngeren Peter Graf, Strawalde, Penck.

Hatte sie mit feinen, an der Dresdner Malerei geschulten Bildern begonnen, so wurde ihre Handschrift zunehmend expressiver, zeigte surreale Züge. Zudem eroberte sie sich andere Ausdrucksformen, schuf Objekte, Collagen, Freilandinstallationen, beteiligte sich an – eigentlich verbotenen – Künstlerzeitschriften, beschäftigte sich mit Film und Performance. Sie gehörte zu jener Szene im Osten, die in neue künstlerische Bereiche

vorstieß und dabei Fragen individueller und gesellschaftlicher Existenz berührte, deren Benennung nicht gewollt war.

Im Jahr 2000 kehrte die Künstlerin endgültig nach Dresden zurück, baute sich auf dem geerbten elterlichen Grundstück ein Atelier aus. Seitdem ist sie vor Ort auch wieder verstärkt mit ihrer Kunst präsent. Heute, im Lichte neuer Erfahrungen, gestaltet sich der Gestus ihrer Malerei weniger expressiv und in großer farblicher Delikatesse. Verschiedentlich erinnern streifenförmige „Irritationen“ an die Collagen früherer Jahre, während die Gesamtstimmung oft surreal-träumerische Züge trägt, die auch etwas Wehmut ausstrahlen kann. Zugleich zeigen sich die bildnerischen Resultate ihres „Traumhaften Streifzugs“ ebenso häufig voller Ironie.

Dr. sc. phil. Ingrid Koch

Ausstellung im Foyer und der 4. Etage der Sächsischen Landesärztekammer vom 27. Mai bis 12. Juli 2009, Montag bis Freitag 9.00 bis 18.00 Uhr, Vernissage: 28. Mai 2009