

Editorial	20 Jahre revolutionärer Herbst Erinnerung an den 9. November 1989	560 561
Berufspolitik	Erinnerungen an den Beginn der demokratischen Erneuerung der Universität Leipzig ab 1989 Das sächsische Gesundheitsziel „Aktives Altern“	562 565
Gesundheitspolitik	Nutzen und Grenzen von wissenschaftlichen Leitlinien	567
Ethik in der Medizin	Ich klage an – Diskussion zum Film Leserbrief von Christian Müller	568 570
Recht und Medizin	Rechtsfragen um die ärztliche Schweigepflicht Checkliste zur Einwilligungsfähigkeit	571 573
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Seniorentreffen der KÄK Dresden Konzerte und Ausstellungen Gesetzliche Fortbildungsverpflichtung für Fachärzte im Krankenhaus	572 572 585
Leserbriefe	Der manipulierte Arzt – Dr. Horst Schyra Neuregelungen der ärztlichen Leichenschau – Dr. Matthias Schumann/Dr. Heinrich Günther Antwortbrief Prof. Dr. Dreßler	574 576 577
Originalien	Nuckelflaschenkaries Trophoblasttumorregister der AG für Gynäkologische Onkologie	580 584
	Impressum	585
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung von Vertragsarztsitzen	586
Personalia	Prof. Dr. med. habil. Joachim Schauer zum 70. Geburtstag Jubilare im Dezember 2009 Nachruf für Herrn Dipl.-Math. Hans-Jürgen Knecht	587 588 592
Buchbesprechung	Orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung	589
Medizingeschichte	Johann Georg I. – Kurfürst von Sachsen	590
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – Januar 2010	



20 Jahre revolutionärer Herbst
Seite 560



Nuckelflaschenkaries
Seite 580



Buchbesprechung Orthopädisch-
unfallchirurgische Begutachtung
Seite 589



Ausstellung Michael Freudenberg
Seite 579

20 Jahre revolutionärer Herbst

„Die Erinnerung ist eine mysteriöse Macht und bildet den Menschen um.

Wer das, was schlimm war, vergisst, wird böse, wer das, was gut war, vergisst, wird dumm.“

Erich Kästner



20 Jahre friedliche Revolution im Herbst 1989 – in diesem November 2009 begegnen wir allen möglichen Gedenkvarianten, die Medien sind voll von Erlebnisberichten, historischen Abrissen, Reminiszenzen – und dies ist diesen Ereignissen angemessen, gerade in einer Zeit, die geprägt ist von globalen Wirtschafts-, Finanz- und Umweltkrisen, von Resignation und vom Mangel an Visionen und Utopien.

Ich halte dieses Erinnern für unbedingt notwendig. Zum einen für diejenigen, die diese Zeit erlebt haben, um sich die gravierenden Ereignisse wieder ins Gedächtnis zu rufen, um sich an die Stimmung jener Monate zu erinnern, und auch, um manche nostalgischen Gefühle wachzurufen – oder zu relativieren.

Zum anderen aber halte ich dieses Erinnern mit dem Abstand, den 20 Jahre inzwischen zulassen, aus historischen Gründen für wichtig, um auch einer neuen Generation ein wenig von der Aufbruchs-Atmosphäre 1989 zu vermitteln. Immerhin ist die jetzige Physikums-Generation

erst nach dem Umbruch 1989 geboren und kennt die damaligen Ereignisse nur noch als Eintrag im Geschichtsbuch.

Erinnern wir uns zum Beispiel daran

- wie schwierig es vor 1989 war, zum Medizinstudium zugelassen zu werden, als Parteibuch, Verpflichtung als Soldat etc. entscheidender waren als persönliche Eignung und schulische Leistungen und welche Anpassungen an das System damit einhergingen,
- wie oft in den Krankenhäusern und Polikliniken der Mangel verwaltet werden musste,
- wie immer mehr Ärzte das Land verließen,
- wie die Medizinstudenten in Leipzig und Berlin (wo die Dresdner damals ihr Physikum absolvierten) sich in die Sommersemesterferien 1989 verabschiedeten und sich fragten, wen man wohl zum neuen Studienjahr nicht mehr wiedersehen würde...

Erinnern wir uns daran,

- wie der Widerstand gegen das engstirnige, restriktive System stärker wurde und wie sich Ärzte und Medizinstudenten daran beteiligten,
- wie Ärzte und Studenten in den kritischen Oktobertagen 1989 überall im Land ihre Nischen verließen und zu Protagonisten der Protestbewegung wurden,
- wie sich Ärzte in Sachsen zusammenschlossen, um ihre eigene Standesvertretung, ihren eigenen unabhängigen Verband zu gründen.

Erinnern wir uns

- an die Aufbruchstimmung des 89er Oktobers, als – nur scheinbar plötzlich – zementierte Strukturen und Personalien bröckelten,
- als die Bürger sich tatsächlich überall im Lande in Bewegung setzten, um etwas in Bewegung zu bringen,
- an das Gemeinschaftsgefühl und den Geist, den stickigen Mief jahrzehntelanger Misswirtschaft und den täglich spürbaren Nebel vertreiben zu können.

Erinnern wir uns an den Fall der Mauer – auch dies so symptomatisch für den 89er Umbruch: nach gewaltigen Umwälzungen, Demonstrationen und bürgerlichem Aufbruch genügte letztlich eine kleine sprachliche Nuance auf einer Pressekonferenz, um dieses Bollwerk zum Einsturz zu bringen.

Erinnern wir uns an die unglaubliche Freude dieser Novembertage, an die Herzlichkeit auf beiden Seiten und dieses Freiheitsgefühl, durch eine offene Grenze gehen – und zurückkehren – zu können.

Erinnern wir uns – und das macht diesen revolutionären Herbst historisch so einmalig, nicht nur für Deutschland:

- an die ausgeprägte Heiterkeit, die Kreativität, an den künstlerischen und sprachlichen Witz, der diese Ereignisse auszeichnete. Ich bin mir sicher, dass einer der Gründe für die Gewaltlosigkeit des Umbruchs nicht nur in den historischen Rahmenbedingungen, glücklichen Umständen, und der Besonnenheit der Bürgerbewegung lag, sondern auch darin, wie es ihr gelang, Beklemmung und Angst zu verwandeln in Lächerliches, Phantasie und Humor.

Nehmen wir aber auch wahr, wie schwierig das Erinnern ist an den persönlich oft sehr begrenzten eigenen Heldenmut, an die vielen Kompromisse, die eingegangen worden sind, an das Arrangement mit dem System, an den Zusammenbruch weltanschaulicher Überzeugungen, an gebrochene Biographien, Kränkungen, Verluste und Enttäuschungen, die unausweichlich folgten.

Erinnern wir uns aber und lassen es uns gegenwärtig bleiben

- wie es ist, Zeitzeuge eines wahrhaft historischen Ereignisses gewesen zu sein,
- wie großartig der Anblick geöffneter und überwundener Grenzen ist,
- wie wertvoll sowohl Freiheit als auch Gerechtigkeit sind, und dass es gilt, beides sowohl zu erkämpfen, zu bewahren als auch auszuhalten,

- an die einmalige Erfahrung der Friedlichen Revolution, des gewaltlosen Er kämpfens bürgerlich-freiheitlicher Grundrechte, die der Osten Deutschlands in den gesamtdeutschen Staat einbrachte.

In Zeiten der zunehmenden Reglementierung und Bürokratisierung (für hiesige Bewohner nicht selten ein „dejà-vu“-Effekt) erscheint die Erinnerung an die kurze historische Epoche des Kaum-Reglementiertseins, des scheinbar Alles-Möglichen, des Erprobens neuer Wege 89/90 besonders glücklich.

Bedauern mischt sich in die Erinnerung an die rasche Aufgabe dieses erwachten bürgerlichen Selbstverständnisses. Eine neue deutsche Ver-

fassung, ein gesamtdeutsch neu erarbeitetes Grundgesetz (wie von den Vätern und Müttern des Grundgesetzes von 1949 auch vorgesehen) hätte dem Zusammenschluss der beiden deutschen Staaten viel mehr den Charakter einer Vereinigung verliehen als den eines – eben nur – Beitritts.

Das Beklagen verpasster Chancen ist nach knapp 20 Jahren etablierten Bundesbürgertums im Osten verfehlt. Jedoch sollten wir uns im nüchternen, oft desillusionierten Alltag 2009 im Geflecht immer neuer Verordnungen, gesetzlicher Vorgaben, Richtlinien, Bestimmungen etc. wieder daran erinnern, mit wie wenig gesetzlichen Restriktionen man im demokratischen Diskurs hervor-

gend auskommen konnte. Und angesichts der allseits beschworenen Politikverdrossenheit bleibt die Erkenntnis von 1989, wie lohnend bürgerliches Engagement ist.

Die Mauer ist als Bauwerk glücklicherweise verschwunden. Sie hatte allerdings einen einzigen positiven Aspekt: sie eignete sich, nachdem sie zugänglich war, hervorragend als künstlerische Projektionsfläche. Einer der besten von vielen guten Mauer-sprüchen, den ich in Berlin entdeckt hatte, lautet:

„Freiheit ist immer die Freiheit der Andersdenkenden – nicht aber die der Nichtdenkenden“.

Uta Katharina Schmidt-Göhrich

Mauerfall vor 20 Jahren

Das „Ärzteblatt Sachsen“ stellte dem Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer folgende Fragen: **Was haben Sie gedacht, als Sie vom Fall der Berliner Mauer am 9. November 1989 erfahren haben? Wo waren Sie gerade?**

Die Antworten:

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident

„Ich war im Nachtdienst in der Medizinischen Akademie in Dresden. Mir ging vor allem die Familie durch den Kopf. Mein Bruder und meine Tanten lebten in den alten Bundesländern. Dass es von einem auf den anderen Tag möglich wurde zu reisen, war eine große Freude.“

Erik Bodendieck, Vizepräsident

„Ich saß als Student am Abend vor dem Schwarz-Weiß-Fernseher unserer 3-Raum-Mansardenwohnung in Leipzig, meine Frau war auf Arbeit. Als die Bilder von der Grenzöffnung gezeigt wurden, war ich überwältigt, den Tränen nahe und von einem riesigen Glücksgefühl beseelt. Gleichzeitig aber auch von einem Gefühl der Unwirklichkeit, nachdem ich über Wochen und Monate die sich entwi-

ckelnde Revolution in Leipzig miterlebt und gespürt hatte. Ebenso keimte Angst in mir, vor der Reaktion des Staatsapparates. Ich sah nun alle Chancen und Möglichkeiten ein selbst gestaltetes Leben zu leben.“

Dr. med. Lutz Liebscher, Vorstandsmitglied

„Der Abend des 9. November 1989 begann unspektakulär. Ich war allein zu Hause, meine Frau aus „besonderem familiären Anlass“ zu Besuch im Westen. Trotzdem haben wir beide Schabowskis Äußerungen zur Grenzöffnung gleichzeitig im Fernsehen gehört und sie hat mich unmittelbar danach aus Köln angerufen: „Pack Deinen Koffer, setzt Dich ins Auto und komm rüber. Das ist bestimmt ein Irrtum.“

Das konnte ich aber nicht so einfach, denn unser Auto war in der Werkstatt. Natürlich blieb ich während der folgenden Stunden am Fernseher hängen, verfolgte den Ansturm der Berliner und die Live-Berichte zur Grenzöffnung mit großer emotionaler Anteilnahme und dem Gefühl, dass hier soeben etwas ganz unfassbares, zu diesem Zeitpunkt noch völlig unerwartetes, historisch und politisch bedeutsames passierte. Ich bin nicht, auch nicht mit dem Zug, nach drüben gefahren, denn ich war mir

schnell sicher: Das können DIE nie wieder rückgängig machen – Wahnsinn!“

Dr. med. Rainer Kobes, Vorstandsmitglied

„Ich kann mich noch sehr genau an den Moment des Mauerfalls erinnern. Ich hatte im Krankenhaus Dienst und plötzlich war irgendwie Unruhe aufgekommen. In Windeseile erreichte uns die unglaubliche Information des Mauerfalls und einige Kollegen trafen sich in der Telefonzentrale, wo ein Fernseher lief. Ungläubig schauten wir uns an und schalteten hin und her, bis uns langsam dämmerte, es ist wahr. Eine Mischung aus einem Tagtraum und vielen Fragen berührte uns, im Vordergrund aber war Freude und Ausgelassenheit – endlich frei, was auch sich dahinter verbergen mochte...“

Dr. med. Lutz Vogel, Vorstandsmitglied

Ich habe mich jeden Montag bei den Demonstrationen in Leipzig aktiv beteiligt, auch an dem besagten 9. Oktober 1989. Deshalb war der Mauerfall für mich nur folgerichtig. Mein erster Gedanke war „endlich Freiheit“. Zum Zeitpunkt des Mauerfalls am 9. November 1989 hatte ich SMH-Nachtdienst.

Erinnerungen an den Beginn der demokratischen Erneuerung der Universität Leipzig ab 1989

Gewaltlose Massenproteste in Leipzig, die im Herbst 1989 die DDR erschütterten und ihr Ende einleiteten, waren nicht Ergebnis verschwörerischer Planung, sondern sie entwickelten sich spontan aus dem Vorbild einzelner Personen und kleiner Gruppen, die angesichts einer verzweifelten Situation, ihre Furcht überwindend, Kritik und Widerstand öffentlich artikuliert hatten; Widerstand gegen die Verweigerung von Grundrechten gegenüber den Bürgern des Landes und gegen den absoluten Machtanspruch einer Partei und ihrer Führung, die ihre angemaßte Unfehlbarkeit mit einem höheren Grad an „Bewusstsein“ und dem Handeln in „Erfüllung einer historischen Mission“ begründete; Kritik an einer Politik, die Mangelwirtschaft, Umweltzerstörung und den unübersehbaren Zerfall von Substanz und Infrastruktur der Gemeinwesen verursacht hatte. Der Sprung zur Massenbewegung erfolgte, als die reformresistente Führung, nun auch in Widerspruch zu „Glasnost“ und „Perestroika“, den vorsichtigen Reformschritten ihrer Schutzmacht Sowjetunion geraten, eine blutige Beendigung der Demonstrationen androhte und vorbereitete. Der Sieg der Gewaltlosigkeit, in letzter Minute ermöglicht durch eine Brücke der Vernunft zwischen promi-

nenten Protestierenden und einsichtigen Funktionären, den „Leipziger 6“, löste eine Welle konstruktiver Initiativen und Diskussionen an „Runden Tischen“ aus, mit denen sich Bürger aller Schichten selbstbewusst gegenüber der zerbröckelnden Staatsmacht durchsetzten, getreu ihren Losungen „Wir sind das Volk!“ und „Wir bleiben hier!“

Innerhalb der damaligen Karl-Marx-Universität Leipzig kam es noch 1989 zu Kontakten zwischen einzelnen Angehörigen der Bereiche Naturwissenschaften und Medizin in der Absicht, Ziele für eine demokratische Erneuerung gemeinsam festzulegen und vorzutragen. Dieses Vorhaben wurde vom Zugeständnis der alten Universitätsleitung, Rektor Prof. Dr. rer. nat. Hennig und Prorektor Stein, insofern begünstigt, als sie die freie Wahl eines Konzils mit gleich starken Fraktionen von Hochschullehrern, wissenschaftlichem Mittelbau, technischen und Verwaltungsmitarbeitern sowie Studierenden schon im November 1989 eingeräumt hatten. Auf den Konzilen der Jahre 1990 und 1991 erfolgten gleichzeitig die öffentlichen Auseinandersetzungen um eine in Struktur und Funktionen zukunftsfähig gestaltete Universität wie die Aufarbeitung ihrer unmittelbaren Vergangenheit. Dabei bewegte man sich bis Oktober 1990 noch auf den Rechtsgrundlagen der DDR und mit einem Personal, das zum nicht unerheblichen Teil Anlass hatte, Vertuschung vor Aufklärung zu setzen. (Es sei in diesem Zusammenhang an eine staatlich organisierte Kampagne

zur Sichtung und Bereinigung der „Kaderakten“ erinnert, die es dem Gutdünken jedes Betroffenen überließ, welches Bild seiner Tätigkeitsbiographie erhalten blieb.)

Die Leitung der Universität war nach dem Rücktritt des alten Rektorats Anfang 1990 an eine Interimsleitung, bestehend aus einem Rektor (Prof. Dr. med. Leutert) und zwei Prorektoren (Prof. Dr. med. Geiler und Prof. Dr. theol. Wartenberg), übertragen worden. Diese Berufungen bezogen sich auf Mitglieder der Medizinischen und der Theologischen Fakultät, da deren Räte nach dem Oktober 1989 ihre Vertreter neu gewählt hatten.

In Anbetracht des Ausgangszustands war es erstaunlich, wie zielstrebig und energisch die demokratische Umgestaltung der Universität aus eigenem Antrieb und mit eigener Kraft vollzogen wurde. Bis zum 1992 einsetzenden Wirksamwerden des am 25.7.1991 erlassenen Sächsischen Hochschulerneuerungsgesetzes waren wichtige Schritte der Erneuerung bei – in den meisten Bereichen – ohne Unterbrechung weiterlaufendem Betrieb schon zurückgelegt worden.

Es waren **Vertrauensabstimmungen** erfolgt, ein **neues Rektorat** (mit Prof. Weiss, Chemie, als Rektor, Prof. Kühnel, Physik, und Prof. Wartenberg, Theologie, als Prorektoren) gewählt worden, ein **Vertrauensausschuss** und eine **Verfassungskommission** arbeiteten.

- Die **Vertrauensabstimmungen** sollten erreichen, dass die SED-Herrschaft – in der Regel – repräsentierende Leitungspersonal aller Einrichtungen seinen Mitarbeitern auf Vollversammlungen Fragen zu Ereignissen und Entscheidungen der Vergangenheit uneingeschränkt beantwortete. Eine öffentliche Diskussion sollte dann mit einer angeschlossenen geheimen Abstimmung über die Vertrauenswürdigkeit der amtierenden Leiter und ihrer Stellvertreter und damit über den Fortbestand der innegehabten Position mehrheitlich entscheiden.
- Der **Vertrauensausschuss**, zusammengesetzt aus einer gleichen Anzahl gewählter Vertreter der im Konzil vertretenen Fraktionen, hatte die Aufgabe, das Ausmaß an Durchdringung der Universität mit offiziellen und inoffiziellen Mitarbeitern des MfS zu ermitteln. Er forderte dazu gleichlautende schriftliche „Ehrenerkklärungen“ zu etwa geübten oder bestehenden MfS-Verbindungen von jedem Universitätsangehörigen. Zur angekündigten Überprüfung der Richtigkeit der Angaben (mithilfe der vom Bürgerkomitee verwalteten Stasi-Archive) wurden außerdem die DDR-typischen Personenkennkarten abverlangt. Festgestellte MfS-Verbindungen zogen Befragungen durch Vertreter des Rektorats

und des Vertrauensausschusses sowie Einzelfallentscheidungen über eine Weiterführung des Arbeitsverhältnisses nach sich.

- Die **Verfassungskommission** hatte eine ebenso der wechselvollen Geschichte der Universität wie einer freien und demokratischen Zukunft gerecht werdende Grundordnung zu erarbeiten und dem Konzil vorzuschlagen.

Die Ziele der ab 1989 im Rahmen der Universität begonnenen Erneuerung entsprachen den Überzeugungen einer Mehrheit der Mitglieder, die die Fehler des DDR-Systems sehr genau kannten. Sie richteten sich gegen den ungerechtfertigten absoluten Machtanspruch der SED und ihren dazu installierten Unterdrückungsapparat. Die Auseinandersetzung mit dem MfS war insofern eine vordringliche Aufgabe, als die scheinbar unbegrenzte und allgegenwärtige rücksichtslose Gewalt dieses Apparats Furcht und Erbitterung in großen Teilen der Bevölkerung erzeugt hatte. Seine „Entzauberung“ war ein sachliches und psychologisches Erfordernis und zugleich eine Darstellung geänderter Machtverhältnisse.

Die während der revolutionären Phase 1989/90 seitens der Erneuerer ergriffenen Maßnahmen besaßen eine unbezweifelbare moralische Rechtfertigung. Eine gesetzliche Grundlage für die Erfordernisse einer



Eine der zahlreichen friedlichen Demonstrationen der Wendezeit
Foto: Rudolf Bartsch

friedlichen Revolution existierte hingegen weder in Ost noch in West. So entstanden unmittelbar nach dem Beitritt der DDR zur Bundesrepublik unerwartete formaljuristische Hemmnisse bei der Fortführung des Erneuerungsprozesses, insbesondere bei der personellen Erneuerung. Es galt ab sofort das bundesrepublikanische Hochschulrahmengesetz, ergänzende Ländergesetze für das Gebiet der ehemaligen DDR fehlten. Damit erhielten zum Beispiel abgewählte SED-Aktivisten die Möglichkeit, sich als auf Lebenszeit berufene Ordinarien einzuordnen, deren „plebeszitär“ ausgelöste Entlassung gerichtlich anfechtbar war. Diese Situation wurde erst mit dem Erlass des Sächsischen Hochschulernerneuerungsgesetzes im Juli 1991 behoben, das seine praktische Wirksamkeit allerdings erst im Laufe des Jahres 1992 entfaltete. Die erlangte Bildungshoheit

verschaffte dem neugebildeten Land – gleichzeitig Gesetz- und Arbeitgeber – die Möglichkeit, die zur Reorganisation der Hochschulen notwendigen strukturellen und personellen Veränderungen zu verbinden und juristisch abzusichern. Bei weitgehend gleicher Zielstellung verfügte die landesherrlich organisierte Erneuerung über machtvollere Instrumente als die idealistisch geprägte lokale seit 1989 tätige, die sich notwendig einordnete.

Der Neubeginn ab 1992 wurde durch „Abwicklung“ von Einrichtungen und Studiengängen im geisteswissenschaftlichen Bereich mit überwiegend ideologischer Prägung erreicht. Sie wurden durch Neugründungen ersetzt, die betroffenen Studierenden geeignete Studienfortsetzungen ermöglichen sollten. Auch an allen weitergeführten Bereichen der Universität wurden die bestehenden Arbeitsverträge beendet. Neu- oder Wiederbewerbungen setzten voraus, dass sich der Bewerber einer Prüfung seiner persönlichen und fachlichen Eignung unterzog. Als Hinweis auf fehlende persönliche Eignung wurden Funktionen oder Tätigkeiten für staatliche und politische Organisationen definiert, mit denen gegen „Grundsätze der Menschlichkeit oder Rechtsstaatlichkeit“ verstoßen worden war. Zur Offenlegung seiner beruflichen und politischen Biographie hatte jeder Bewerber einen als „Erklärungsbogen“ bezeichneten Fragebogen zu beantworten, der die mit Unterschrift besiegelte Wahr-

heitstreue der Angaben versicherte und das Einverständnis zu ihrer Überprüfung mithilfe geeigneter Dokumente und Archive erklärte, zum Beispiel mittels der Akten des ehemaligen MfS. Insgesamt waren etwa 4500 Erklärungsbögen durchzusehen.

Die eigentliche Personalüberprüfung war Personalkommissionen überantwortet, die an den 3 großen Bereichen der Universität (Geisteswissenschaften, Naturwissenschaften, Medizin) vom Staatsminister für Wissenschaft und Kunst berufen worden waren. Sie bestanden aus jeweils 7 ständigen und 8 nicht ständigen Mitgliedern. Die ständigen Mitglieder waren auf Vorschlag der Universität berufen worden und sollten Verfahrensordnung und gleichbleibende Bewertungen sichern. Die nicht ständigen Mitglieder wechselten je nach untersuchter Einrichtung. Sie waren in diesen gewählt worden und kannten die Bewerber demzufolge in der Regel persönlich.

Die Personalkommissionen führten „von Amts wegen“ Verfahren zu jedem Bewerber. In der Mehrzahl konnten die Verfahren nach Kenntnisnahme der Erklärungsbögen ohne Hinweise auf Belastungen mit den Stimmen der Mehrheit der Mitglieder abgeschlossen werden. Bei 153 Personen ergaben sich Verdachtsmomente. Die Betroffenen wurden davon in Kenntnis gesetzt, zu einer schriftlichen Stellungnahme aufgefordert und danach zu einem mündlichen Gehör geladen, an dem eine

Vertrauensperson des Geladenen teilnehmen konnte. Nach der Anhörung hatte die Kommission über eine Empfehlung zu Sanktionen oder Entlastung abzustimmen und gegenüber dem Staatsminister schriftlich zu begründen. Zweifel an der fachlichen Kompetenz eines Bewerbers waren der an jedem Fachbereich gebildeten Fachkommission anzuzeigen. Die Befugnis zu endgültigen Entscheidungen lag beim Staatsminister, der bei Abweichung von der Empfehlung der Personalkommission eine Landespersonalkommission zu hören hatte, die außerdem eine Überprüfung der ständigen Mitglieder vorgenommen hatte.

Die Personalkommissionen stellten ihre Tätigkeit Ende 1992 ein, später als vorgesehen. Zur Fortsetzung unerledigter Aufgaben, vor allem zur Prüfung von weiteren Einstellungen sowie zur Bearbeitung von erst nach 1992 eingehenden Auskünften der Behörde des Bundesbeauftragten für die Unterlagen des MfS wurde eine für die Gesamtuniversität zuständige Personalkommission gebildet, die sich vorwiegend aus ehemaligen ständigen Mitgliedern der 3 Bereiche zusammensetzte und bis zum Auslauf des Stasi-Unterlagengesetzes 2007 arbeitete.

Die Tätigkeit der Personalkommissionen war, messbar an dem geringen Prozentsatz gerichtlich revidierter Entscheidungen, juristisch erfolgreich. Sie war es auch im allgemeineren Sinn, denn sie verdeutlichte, dass die demokratisch erneuerte Universität ihren Mitgliedern das Maß an sozialen Tugenden abfordert, das erforderlich ist, der Korruption durch Macht und Privilegien zu widerstehen, weil diese die Würde und die Rechte von Mitmenschen bedrohen.

Voraussetzung für das Wirksamwerden des Hochschulerneuerungsgesetzes vor Ort waren Mut, Verantwortungsbewusstsein und Disziplin derjenigen Personen, die der Erneuerung von 1989 an Bahn gebrochen hatten.

Das sächsische Gesundheitsziel „Aktives Altern“

Sachsen hat als erstes Bundesland ein Gesundheitsziel zum Alter(n) entwickelt

Von Mai 2008 bis Februar 2009 entwickelten 53 Akteure in Anlehnung an die methodischen Vorgaben von gesundheitsziele.de (Forum Gesundheitsziele Deutschland) das sächsische Gesundheitsziel ‚Aktives Altern – Altern in Gesundheit, Autonomie und Mitverantwortlichkeit‘. Der Ziele-Entwicklungsprozess wurde vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales initiiert und stand unter Leitung des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Herrn Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze.

Was sind Gesundheitsziele?

Gesundheitsziele stellen ein ergänzendes Instrument der Gesundheitspolitik dar. Sie unterscheiden sich von anderen Instrumenten der Gesundheitspolitik durch ihre thematischen Schwerpunkte, Zielsetzungen und der Breite der Interventionsansätze mit denen die Ziele erreicht werden sollen (mediale Kampagnen, gesetzgeberische Maßnahmen, strukturelle Maßnahmen, Maßnahmen von der Gesundheitsförderung bis zur Palliation). Gesundheitsziele gehen auf das mittlerweile 30 Jahre alte WHO-Konzept ‚Health for All‘ zurück. Leitgedanke ist die Vision einer ‚Gesundheit für alle‘ durch Förderung von gesundheitlicher Chancengleichheit, Solidarität und aktiver Partizipation von Akteuren des Gesundheitssystems (1). In der Regel werden Gesundheitsziele von den für Gesundheit zuständigen Ministerien initiiert. Als eines der ersten Bundesländer befasste sich in Deutschland Nordrhein-Westfalen Mitte der neunziger Jahre mit der Formulierung und Umsetzung von Gesundheitszielen (2). Auf nationaler Ebene wurde mit der Entwicklung von Gesundheitszielen im Jahr 2000 im Rahmen des Forums Gesundheitsziele Deutschland gesundheitsziele.de begonnen, einer Kooperation des Bundesministeriums für Gesundheit mit der Gesellschaft für

Kasten 1

STEUERUNGSKREIS GESUNDHEITZSIELE SACHSEN

Der Steuerungskreis Gesundheitsziele Sachsen ist das verantwortliche Gremium für die Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Sachsen. Er steht unter Leitung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und setzt sich aus Entscheidungsträgern Sächsischer Staatsministerien, des Sächsischen Städte- und Gemeindetags, des Sächsischen Landeskreis-tags, der gesetzlichen Krankenversicherung, der Unfallkasse Sachsen, der Deutschen Rentenversicherung, der Liga der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in Sachsen, der Bundesagentur für Arbeit sowie der Sächsischen Landesärztekammer zusammen.

Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG). Vorausgegangen war ein Beschluss der 72. Gesundheitsministerkonferenz, der die Verantwortlichen in Bund, Ländern und Gemeinden dazu aufforderte, die Verabschiedung tragfähiger Gesundheitsziele voranzutreiben.

Im Jahr 2002 veröffentlichte die GVG unter Beteiligung namhafter Experten des deutschen Gesundheitssystems eine Monografie mit methodischen Beiträgen zur konzeptionellen Ausrichtung und Entwicklung von Gesundheitszielen (3). Demnach sollen Gesundheitsziele zum einen eine pragmatische Ausrichtung aufweisen. Das bedeutet, dass im Rahmen einer Ziele-Entwicklung Interessen von Zielgruppen, Entscheidungsträgern und der Politik ebenso berücksichtigt werden sollen wie wissenschaftliche Aspekte (4). Zum anderen sollen Gesundheitsziele auf der Basis eines Konkretisierungsmodells (Stufenmodell) entwickelt werden. Ein Konkretisierungsmodell ist ein Schema, das die Anzahl, die Abfolge sowie die inhaltliche Gestaltung aufeinanderfolgender Arbeitsschritte festlegt (zum Beispiel Oberziel, Teilziel, Um-

setzungsstrategie, Maßnahme) (3).

In Sachsen werden Gesundheitsziele seit der Koalitionsvereinbarung von 2004 umgesetzt und entwickelt. In der Koalitionsvereinbarung wurden fünf Gesundheitsziele für die Umsetzung vereinbart. Vier Ziele wurden aus dem nationalen Ziele-Entwicklungsprozess übernommen (Diabetes mellitus, Brustkrebs, Gesund aufwachsen, Tabakprävention), ein Ziel wurde eigenständig formuliert (Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen) (2) (www.gesunde.sachsen.de).

Gesundheitsziele werden in Arbeitsgruppen unter Einbeziehung einer Vielzahl von Akteuren entwickelt. Ziel ist es, tragfähige Lösungen für komplexe Problemlagen im Konsens mit allen Verantwortlichen zu finden.

Warum hat Sachsen ein Gesundheitsziel zum Alter(n) entwickelt?

Deutschland zählt zu den ältesten Ländern der Welt (5). Die zunehmende demographische Alterung wirkt sich nahezu auf alle gesellschaftlichen Bereiche wie Gesundheit, Familie, Arbeit, Wirtschaft, Raumentwicklung, soziale Sicherung, Ausbildung oder Forschung aus. Da die

Kasten 2

INHALTLICHE SCHWERPUNKTE DES RAHMENKONZEPTS

- Förderung der aktiven Teilhabe älterer Menschen an der Gestaltung des gesellschaftlichen und politischen Lebens (11)
- Erhalt und Verbesserung von funktionaler Gesundheit (12)
- Erhalt und Verbesserung von subjektiver Gesundheit (12)

Kasten 3

STUFENMODELL DER ZIELE-ENTWICKLUNG

- Konkretisierung
 - Handlungsfeld
 - Oberziel
 - Zielbereich
 - Teilziel
- Operationalisierung
 - Umstrategie
 - Maßnahme
 - Indikatoren für die Evaluation

Kasten 4

KRITERIEN ZUR BEWERTUNG DER ZIELE UND MAßNAHMEN (BEISPIELE)

- Ziele
 - Schweregrad des Gesundheitsproblems bzw. Bedeutung einer Gesundheitsdeterminanten (Risiko-faktor, Protektivfaktor)
 - Verbreitung des Gesundheitsproblems
 - Verbesserungspotential
 - Volkswirtschaftliche Relevanz
- Maßnahmen
 - Evidenz-Basierung
 - Kosten und Kosten-Nutzen-Relation
 - Regionaler Implementierungsbedarf
 - Akteure der Finanzierung und Durchführung

ostdeutschen Bundesländer von der demografischen Alterung vergleichsweise stärker betroffen sind als die westdeutschen Bundesländer, wirken sich hier die Folgen früher und inten-

siver aus (6). Zum anderen gibt es länderspezifische Bedarfe, beispielsweise in den Bereichen Versorgungsstrukturen und Infrastruktur. Zur Bewältigung der Folgen des demographischen Wandels auf den Gesundheitssektor – mit zunehmendem Alter steigt die Häufigkeit von chronischen Erkrankungen, Behinderungen sowie Hilfs- und Pflegebedürftigkeit, zudem weisen alternde Gesellschaften ein verändertes Mortalitäts-, Morbiditäts-, und Behinderungsprofil auf (7) – beschloss der Steuerungskreis Gesundheitsziele Sachsen im März 2008 die Entwicklung eines Gesundheitsziels zum Alter(n) in Sachsen (Kasten 1, s. S. 565). Vorausgegangen war die Erstellung eines Rahmenkonzepts durch eine Expertengruppe, die die inhaltlichen Schwerpunkte des Gesundheitsziels festlegte (Kasten 2).

Wie wurde das Gesundheitsziel entwickelt?

Die Entwicklung des Gesundheitsziels erfolgte in Anlehnung an die methodischen Vorgaben von gesundheitsziele.de (3). Im Besonderen kam ein hierarchisch geordnetes Stufenmodell zur Anwendung, welches aus vier Konkretisierungsstufen und drei Operationalisierungsstufen bestand

(Kasten 3). Für jede Stufe wurden ‚Regeln‘ für die inhaltliche Gestaltung vorgegeben.

Die Identifikation relevanter Handlungsfelder für Sachsen erfolgte auf der Basis eines Short-Reviews (quantitative Inhaltsanalyse). Aus einer Liste der 10 häufigsten genannten Kategorien wurden anschließend drei Handlungsfelder im Rahmen eines Experten-Workshop für die Entwicklung des Gesundheitsziels priorisiert (‚Versorgungsstrukturen‘, ‚subjektive Gesundheit‘, ‚Alten- und Angehörigenstärkung‘). Zur Gewährleistung von wissenschaftlicher Sinnhaftigkeit und Umsetzbarkeit der erarbeiteten Ziele und Maßnahmen wurden Kriterien-Analysen durchgeführt (Kasten 4). Sie bildeten die Grundlage für die im Rahmen des Ziele-Entwicklungsprozesses getroffenen konsensualen Entscheidungen.

An der Entwicklung des Gesundheitsziels beteiligten sich insgesamt 53 sächsische Akteure aus Wissenschaft, Praxis (Kliniken, öffentlicher Gesundheitsdienst, Vereine, etc), Gesundheitsorganisationen, Gesundheits-, Bildungs- und Seniorenpolitik und den Kassen. Die Ziele wurden in vier Arbeitsgruppen erarbeitet, die von Fachexperten geleitet wurden (Kasten 5, s. S. 567). Ein übergeordnetes Gremium (Ausschuss ‚Aktives Altern‘) unter Leitung des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Herrn Prof. Dr. med. Jan Schulze, und Herrn Friedhelm Fürst, Liga der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in Sachsen, steuerte den Prozess. Die wissen-

schaftliche Begleitung oblag dem Deutschen Institut für Gesundheitsforschung. Das Gesundheitsziel wurde am 23.03.2009 durch den Steuerungskreis Gesundheitsziele Sachsen verabschiedet. Details des Ziele-Entwicklungsprozess sowie die Ergebnisse sind an anderer Stelle beschrieben (8).

Was macht man mit einem entwickelten Gesundheitsziel?

Erfahrungen im In- und Ausland haben gezeigt, dass Gesundheitsziele in der Regel eine hohe politische Akzeptanz erfahren, ihre Umsetzung jedoch schleppend verläuft, wenn nicht sogar ausbleibt (9). Konzepte, wie sie für die Ziele-Entwicklung entwickelt wurden, fehlen in der Regel für die Umsetzungsperiode, beziehungsweise sind nur sehr schwach entwickelt. Eine direkte Verknüpfung der Ziele-Entwicklung mit der Organisation der Implementierung und der Bereitstellung entsprechender finanzieller Mittel ist in den seltensten Fällen gewährleistet (10). In Sachsen beschränkte sich der Ziele-Entwicklungsprozess nicht zuletzt aus pragmatischen Gründen auf nur wenige Handlungsfelder. In so

Kasten 5

LEITER DER ARBEITSGRUPPEN

AG 1 ‚Versorgungsstrukturen‘

Dr. med. habil. Wolfgang Zwingenberger (Klinikum Erlabrunn)

AG 2 ‚Multiprofessionelle Qualifizierung‘

Friedhelm Fürst (Diakonisches Werk der Ev.-Luth. Landeskirche Sachsen)

AG 3 ‚Subjektive Gesundheit‘

Prof. Jürgen Wegge (Inst. für Arbeits-, Organisations- und Sozialpsychologie, TU Dresden),

Prof. Matthias Kliegel (Inst. für Pädagogische Psychologie und Entwicklungspsychologie, TU Dresden)

AG 4 ‚Intergenerationale Solidarität‘

Dr. med. Rotraut Sawatzki (Sächs. Landesvereinigung für Gesundheitsförderung)

genannten Implementierungsgruppen werden gegenwärtig in Kooperation mit interessierten staatlichen und nicht-staatlichen Entscheidungsträgern spezifische Handlungsanweisungen für die besten Maßnahmevorschläge ausgearbeitet, um deren Implementierung und Finanzierung zu ermöglichen.

Ein klarer Auftrag, klare Strukturen, klare Vorgaben sowie ein hohes Engagement der eingebundenen Akteure scheinen für die Entwicklung eines Gesundheitsziels von hoher Relevanz zu sein. Staatliche Instanzen sollten ihre Rolle als regulierender Akteur auch während der Umsetzungsphase

von Gesundheitszielen nicht aufgeben. Sachsen scheint in diesem Punkt auf dem richtigen Weg zu sein.

Literatur (8):

Brockow T, Schulze J, Fürst F, Sawatzki R, Wegge J, Kliegel M, et al. Entwicklung des Sächsischen Gesundheitsziels ‚Aktives Altern – Altern in Gesundheit, Autonomie und Mitverantwortlichkeit‘. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz. 2009;52(7): im Druck

Anschriften der Verfasser:

Dr. med. Thomas Brockow, Deutsches Institut für Gesundheitsforschung, Geschäftsführer, Lindenstraße 5, 08645 Bad Elster
Dr. med. Claudia Eberhard, Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Leiterin Referat 25 – Gesundheitsförderung, Gesundheitsberichterstattung, Gesunde Ernährung, Albertstraße 10, 01097 Dresden

Nutzen und Grenzen von wissenschaftlichen Leitlinien

Hohe Lebenserwartung und Multimorbidität, medizinischer Fortschritt und Forderungen nach Erhalt eines hohen Versorgungsniveaus treiben die Kosten des Deutschen Gesundheitswesens weiter in die Höhe. Bei der Suche nach Erschließung von seriösen Informationen und Rationalisierungsreserven wird ärztlichen Leitlinien zur Steuerung einer rational begründeten Versorgungsqualität große Bedeutung beigemessen. Leitlinien sind aus ärztlicher Sicht wichtige Werkzeuge zur Entscheidungsfindung, die auf aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren beruhen. Sie sollen für Sicherheit und Qualität in der Medizin unter Beachtung ökonomischer Aspekte sorgen. Das heißt, unter Berück-

sichtigung der verfügbaren Ressourcen gute klinische Praxis zu fördern sowie die Ärzteschaft und die Öffentlichkeit möglichst aktuell und fundiert zu informieren. Zugleich sollten Leitlinien auch dazu beitragen, die Arzt-Patient-Beziehung durch gemeinsame Entscheidungsfindung zu stärken sowie die ärztlichen und pflegerischen Leistungen und die menschliche Zuwendung zu verbessern. Gute Leitlinien sollten die Früchte der Evidenzbasierten Medizin sein! Das heißt, durch solche Leitlinien wird wissenschaftlich begründete Medizin in der Praxis als Handlungskorridor für den individuellen Patienten implementiert.

Aufgrund der differenzierten Anforderungen an Leitlinien bei chronischen Erkrankungen bedarf es zum Beispiel widerspruchsfreier Experten-, Praxis- und Patientenleitlinien, die durch interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Spezialisten einerseits und zwischen

ambulanter und stationärer Versorgung andererseits als konsentiert Handlungsgrundlage dienen. Vor dem Hintergrund knapper finanzieller Ressourcen dienen Leitlinien auch dazu, die maßgeblichen, aktuellen diagnostischen und therapeutischen Standards darzulegen, um in der Auseinandersetzung mit den Kostenträgern bestehen zu können.

Bevor am positiven Beispiel die Anwendung integrativer Diabetes-Leitlinien in Sachsen in ebenenübergreifender Versorgung mit Prozess- und Ablaufbeschreibung und kontinuierlichem Qualitätsmanagement dargestellt wird, soll auf Grenzen und Gefahren hingewiesen werden, die im Umgang mit Leitlinien nicht übersehen werden dürfen:

- Gefahr der Unterschreitung des aktuellen medizinischen Standards,
- Gefahr der mangelhaften Qualität und Legitimität,

- Gefahr der zu strikten Selbstbindung der Medizin unter Aufgabe individueller Therapiefreiheit,
- Gefahr, dass Leitlinien für Juristen als Gutachtergrundlage dienen sollten,
- Gefahr der Leitlinien-Inflation, die zu ärztlicher Demotivation, insbesondere bei Multimorbidität, führt.

Am Beispiel guter ebenenübergreifender Diabetes-Leitlinien, die im Rahmen des „Sächsischen Betreuungsmodells“ in die Praxis implementiert wurden, konnte gezeigt werden, dass sich die Diabetikerbetreuung in Sachsen nachhaltig verbessern ließ, erkennbar an einer kontinuierlichen relevanten sowie signifikanten Absenkung der HbA1c- und

Blutdruck-Werte im Beobachtungszeitraum (siehe „Ärztblatt Sachsen“, Heft 11/2008 und Diabetes Care 31/2008). Die Implementation der integrativen Leitlinien, die konkrete Therapieziel festlegungen und konkrete Überweisungskriterien enthielten, verbesserte die Kooperation und Kommunikation zwischen den Versorgungsebenen – die Patienten wurden in einem früheren Stoffwechselstadium an Spezialisten (Schwerpunktpraxen) überwiesen als zuvor. Je früher überwiesen wurde, umso besser waren die Ergebnisse von HbA1c und Blutdruck in der gesamten Region.

Die bessere Kooperation zwischen den Versorgungsebenen führte zur

- Anwendung effektiver und effizienter Therapiestrategien,
- Aufhebung regionaler Unterschiede in den Therapiestrategien und im Outcome,
- schrittweisen Adhärenz an die Therapieziele, wie sie in den Leitlinien empfohlen wurden.

Zusammenfassend können wir feststellen, dass Leitlinien auf der Grundlage der Evidenzbasierten Medizin in Zeiten eines immer schnelleren Erkenntniszuwachses ein wirkungsvolles Instrumentarium darstellen, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung flächendeckend zu verbessern.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

Ich klage an (1941)

Bericht über eine öffentliche Sitzung des Gesprächskreises Ethik der Sächsischen Landesärztekammer am 17.09.2009, in deren Mittelpunkt der deutsche Film „Ich klage an“ (1941) stand.

„Ich klage an“ ist ein nationalsozialistischer deutscher Film, der – am 29.08.1941 uraufgeführt – etwa 14 Millionen Zuschauer erreichte. Er steht heute unter Vorbehalt – kann mithin nur unter bestimmten Bedingungen aufgeführt werden. Der Film berichtet über eine Frau eines Arztes, die an einer schnellfortschreitenden multiplen Sklerose leidet und die ihren Mann bittet, ihrem Leben als schwer Gelähmte ein Ende zu setzen. Er erfüllt diesen Wunsch und hat sich dann vor Gericht zu verantworten, wobei in dem Verfahren das Urteil offen bleibt.

Da sich der Gesprächskreis Ethik in den letzten Jahren mehrfach mit der Frage der Patientenverfügungen und dem damit innewohnenden Problem der Tötung auf Verlangen befasst hatte – einem Thema, das der Film auf den ersten Blick auch behandelt –, wurde die Aufführung organisiert. Wie die weiteren Ausführungen zeigen, gibt es eine weitere, ganz zentrale Sichtweise, die den Film – bei aller technischen und künstlerischen

Qualität – als propagandistisches Machwerk charakterisiert, das die aktive Euthanasie Geisteskranker, Behinderter und Schwerstgeschädigter gesellschaftsfähig machen sollte.

Die Schwierigkeit des Themas resultiert aus verwirrenden semantischen Gehalten des Wortes Euthanasie als Inbegriff nationalsozialistischer Vernichtungsaktionen oder als ärztliche Hilfe beim Sterben. Einen Teilaspekt deckt der Begriff Sterbehilfe ab (Tötung auf Verlangen, Beihilfe zum Selbstmord) (Winau 1993).

Zur Ideologie des Dritten Reiches zum Euthanasiegeschehen hat sich unsere Ärztekammer dezidiert in einem Sonderheft des „Ärztblatt Sachsen“ (2005) geäußert. Der Präsident unserer Kammer, Prof. Dr. med. habil. Schulze, hatte dabei in einem Einleitungsartikel formuliert: „Auch wir als Vertreter der sächsischen Ärzteschaft wollen Zeichen setzen und Verantwortung zeigen, indem wir uns die bedrückende Geschichte bewusst machen, darüber nachdenken und die eigenen moralischen Urteile in diesem Kontext überprüfen, sowie daraus lernen, auf der Hut zu sein.“

Dieses „auf der Hut sein“ kann sich nicht nur auf die Vergangenheit beziehen, die den Euthanasiebegriff praktisch obsolet gemacht hat, weil er eine auf die Gesamtbevölkerung – wie damals formuliert „den Volks-

körper“ – bezogene Bedeutung hatte, sondern auch, weil eine heute auf das einzelne Individuum bezogene, autonome Patientenrechten zugeschriebene Begriffsauslegung mehr im Mittelpunkt steht.

Der Medizinhistoriker und -ethiker v. Engelhardt hat dazu 2000 geäußert, dass das Thema aktuell sei. So habe zum Beispiel vor wenigen Jahren in den USA die Bevölkerung des Staates Washington nur mit 55 Prozent zu 45 Prozent die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe bei schwerkranken Patienten ohne Heilungschance verworfen. Der Philosoph Peter Singer äußerte 1989, Euthanasie ließe sich bei bestimmten Geisteskrankheiten rechtfertigen. In manchen europäischen Ländern ist individuumbezogene aktive Sterbehilfe möglich. Die Diskussion um Straffreiheit einer Euthanasie mit gezielter Lebensverkürzung auf Wunsch des Patienten setzte vor dem ersten Weltkrieg ein (Wassermann 1993). Sie führte dazu, dass in vielen europäischen Ländern Möglichkeiten diskutiert wurden, auf welche Weise einem – und das war immer die Voraussetzung der zivilisierten Welt – entschiedenen Wunsch eines Patienten, der von unerträglichem Leid geplagt wird – stattgegeben werden könnte.

Die Gründe hierfür, dass derartige Möglichkeiten in Deutschland gegenwärtig als undenkbar angesehen

werden, sind historisch begründet. Unter Hinweis auf den oben zitierten Sammelband unseres „Ärzteblatt Sachsen“ von 2005 seien stichwortartig einige Ausführungen gemacht. Die gesamte Entwicklung bis zur nationalsozialistischen Pervertierung psychiatrischer Praxis resultierte zunächst einmal aus einem Ende des 19. Jahrhunderts allgemein verbreiteten Konsens, dass ein Teil der Bevölkerung minderwertig, degeneriert und erblich belastet sei, dass diese Teile der Bevölkerung als Ballast existieren, der der Gesellschaft zur Last fallen und zugleich gegenüber den Eliten sich in viel stärkerem Maße vermehre.

Die Degenerationslehren und Entartungstheorien, die auch Ideen von höherwertigen Rassen (germanisch-nordisch geprägt) in sich aufnahmen, führten zur Vorstellung von Auslese und Ausmerzung der Minderwertigen. Insofern dies damals paradigmatische Wissenschaftsvorstellungen waren, durchzogen sie auch die gesamte psychiatrische Fachliteratur. Darwins „Entstehung der Arten“, Heckels „Welträtsel“ – Schriften für sich genommen von großem wissenschaftshistorischen Wert – flossen in eine sozialdarwinistische Grundkonzeption ein, nämlich dem schonungslosen Kampf ums Dasein und in die These, dass die Kulturgeschichte naturwissenschaftlichen Gesetzen folge. Sie bildeten Grundlagen für viele zunehmend rigorosere werdende Vorstellungen der Problemlösung. Grundideen dieser Art beherrschten die damalige Fachliteratur.

So verfasste Albert Schäffle (1831 bis 1903) ein Werk „Bau und das Leben des sozialen Körpers“, in dem er von sozialen Stoffwechsel und realer Autonomie des Volkskörpers sprach. Die Firma Krupp hat am 1. 1. 1900 ein von Ernst Haeckel mit initiiertes Preisausschreiben ausgelobt, zur Frage, was lernen wir aus der Deszendenztheorie in Beziehung auf die innerpolitische Entwicklung und Gesetzgebung des Staates“. Den Preis bekam ein Arzt Wilhelm Schallmayer, der unter anderem ein Buch geschrieben hatte: „Vererbung und Auslese“. Preisgekrönte Studie zu Volksehtartung und Volkseugenik (1910).

Ein letztes Beispiel aus einer Fülle ähnlicher Literatur, die zwischen 1880 und 1933 erschien, sei erwähnt: Der Berliner Arzt Fritz Düpré verfasste 1926 ein Werk „Weltanschauung und Menschenzüchtung“: Darin äußert er: „Alle wertvollen Weiber müssen von züchterisch wertvollen Männern Mütter werden, gegebenfalls in Züchtungsehen.“

Der Leipziger Jurist Binding und der Psychiater Hoche forderten 1920 die „Vernichtung unwerten Lebens“.

Man sieht hieraus, dass wissenschaftsparadigmatisch ein Boden bereitet war, der unter anderem erklären kann, weshalb ab 1933 Entwicklungen in Gang kamen, die zu einem relativ hohen Konsens trotz verbrecherischen Handelns führten. Das praktische Handeln begann aber schon vorher. Dr. Gustav Boeters (1869 bis 1942), Zwickauer Bezirksarzt, entfachte in den zwanziger Jahren eine heftige Diskussion durch seine Lex Zwickau, wonach er die Sterilisation blinder, taubstummer und blöder Kinder forderte. Auf seine Veranlassung wurden heimlich 250 Kinder sterilisiert.

Widerstand gegen diese Entwicklung hat es gegeben; so hat 1921 der Deutsche Ärztetag diese Vorschläge abgelehnt und auch einige wenige führende Psychiater stellten sich entgegen. Einer der bedeutendsten, Oswald Bumke, formulierte 1932, wenn die Idee der nationalen Überbürdung durch lebensuntüchtige Menschen durch wirtschaftliche Ge-

sichtspunkte bestimmt würde, so wäre der Gedanke zu Ende geführt, das Resultat „ziemlich ungeheuerlich“ (Schimmelpfennig 1998). Ganz allgemein folgten die deutschen Psychiater aber den Ideen bis in die Katastrophe hinein.

Nun zu einigen filmhistorischen Hintergrundinformationen zu „Ich klage an“.

Im dritten Reich hat es gleich nach 1933 Wellen von propagandistischen Filmen gegeben, die je nach aktuell-politischer Situation den Nationalsozialismus an sich, den Rassismus, den Antibolschewismus und den Krieg (insbesondere auch Durchhaltefilme, wie „Kolberg“, der Anfang 1945 herauskam) zum Inhalt hatten. Bald nach der Machtergreifung waren auch Filme zur Euthanasie geschaffen worden, wie „Erbkrank“ 1936 oder „Opfer der Vergangenheit 1939“.

Der Film „Ich klage an“ gehört mit zu den am raffiniertesten gestalteten Propagandafilmen des Dritten Reiches, zumal er das eigentliche Anliegen geschickt zu tarnen versteht, in einer Weise, dass man fast den Eindruck hat, die Schauspieler selbst hätten vielleicht gar nicht bemerkt, worauf sie sich einließen. Für die damalige und auch die Nachkriegszeit bedeutende Schauspieler waren Rollen übertragen worden: Matthias Wiemann, Heidemarie Hatheyer und zum Beispiel auch der besonders als Dresdner sehr bekannte Erich Ponto waren gewonnen worden. Der Regisseur Liebeneiner – von Goebbels als „jung, strebsam und fanatisch“ eingeschätzt – war Staatsschauspieler, Professor und Direktor der UFA.

Gestorben 1987 hat er nach 1945 noch viele Unterhaltungsfilme gedreht.

Der Stoff geht auf einen Briefroman zurück mit dem Titel „Sendung und Gewissen“ und war als Filmvorwurf für einen Film, der der Bevölkerung den Gedanken der Euthanasie nahebringen sollte, ausgewählt worden. Aus der Kanzlei Adolf Hitlers kam die Anweisung, ein Drehbuch zu schreiben „über Euthanasie, über Auslöschung lebensunwerten Lebens. Unter Berücksichtigung der Zeitumstände sind wir zu der Überzeugung gekommen, alles Mögliche vermeiden zu müssen, was nach geflissentlicher Werbung aussieht, namentlich aber auch alles zu vermeiden, was von gegnerisch Eingestellten als eine vom Staat ausgehende Bedrohung aussehen könnte.“ So ließ Goebbels im Film die Gerichtsszenen nachdrehen, weil darin Hakenkreuzfahnen zu sehen waren, die nach seiner Ansicht den Film zu sehr mit dem Regime in Verbindung gebracht hätte (Möller, 1948).

Die Fassung, die der Regisseur dann realisierte, wurde auch als „Ministerfassung“ bezeichnet. Es liegen mehrere Fassungen vor, die jeweils vom Filmminister Goebbels zensiert wurden. Die Verschleierung der wahren Ziele waren unter anderem begründet in der Tatsache, dass am 07.07.1941 ein Hirtenwort der katholischen Kirche gegen die Euthanasie verlesen worden war und der Bischof Clemens August Graf von Galen am 03.08.1941 in einer Predigt das Vorgehen schwer kritisierte. Goebbels, der für das Filmwesen zuständig war, schreibt in seinem Tagebuch am 14.02.1941: „Mit Liebeneiner einen neuen Filmstoff über Euthanasie besprochen ... ein sehr dringendes Thema.“ Einige Tage

zuvor ist in seinem Tagebuch zu lesen: „Mit Bouhler Fragen der stillschweigenden Liquidierung von Geisteskranken besprochen. 80.000 sind weg, 50.000 müssen noch weg. Das ist eine harte, aber auch notwendige Arbeit.“

Etwa 100.000 Menschen fielen den Aktionen zum Opfer. 400.000 wurden zwangssterilisiert.

Der Film hat Tötung auf Verlangen zum Thema, wird heute aber als Propagandafilm für Euthanasie bewertet und ist – aus heutiger Sicht – auch ein Plädoyer für aktive Sterbehilfe. Die Verschleierung der Aussagen des Films sollte später durch eindeutige, die Vernichtung des Menschen begründende Filme fortgesetzt werden: Goebbels schrieb am 05.09.1941 in sein Tagebuch: „Man müsste in einem Kulturfilm die grauenvollen Krankheitsbilder zur Darstellung bringen, die man in den Irrenanstalten beobachten kann.“ Man müsste dem Publikum einfach die entsprechenden Bilder zeigen „damit uns die Liquidierung dieser nicht mehr lebensfähigen Menschen psychologisch etwas leichter gemacht wird.“ Zu diesen Filmen kam es nicht mehr.

Nachbemerkung: Das Publikum der Aufführung in unserer Kammer war durch den Inhalt des Filmes, die künstlerische Umsetzung und die schauspielerischen Leistungen eines „Werkes“, das inzwischen 68 Jahre alt war, durchaus berührt, wenngleich die Perfidie die unter dem „Machwerk“ stand, durchaus deutlich wurde, wie Diskussionen am Rande der Veranstaltung ergaben.

Literatur beim Verfasser

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

Leserbrief zum Film „Ich klage an“

22.09.2009

Wären da nicht einige wenige Details (NS-Hoheitsabzeichen an den Roben der Richter, Andeutung eines Heil-Grußes) gewesen, ich (Nicht-Mediziner) hätte den Film glatt für eine Gegenwartsproduktion gehalten. Ein Meisterwerk der NS-Demagogie, um den „Volksgenossen“ das verbrecherische Euthanasie-Programm als richtig und human nahezubringen. Wahrscheinlich wäre auch ich (73) in jener Zeit manipuliert worden wie so viele andere.

Andererseits habe ich erkannt, dass schon vor 70 Jahren die Probleme bestanden, worüber auch jetzt noch gestritten wird (Sterbehilfe ja oder nein). Die Argumente, die dabei die Geschworenen in einer Sitzungspause austauschten – insbesondere, dass eine Kommission, nicht ein Einzelner, die letzte Entscheidung treffen sollte – könnten auch heutzutage gefallen sein.

Ich hoffe, dass die Regelungen zur Patienteverfügung so angewendet werden, dass sie dem tatsächlichen Willen des Patienten entsprechen und nicht – aus möglicherweise kommerziellen Gründen – eine Lebensverlängerung um jeden Preis erzwungen wird oder – noch schlimmer – ein Abgleiten in oben genannte verhängnisvolle Richtung erfolgen kann. Ich weiß, all das ist ein schwieriges Feld, aber ich habe Vertrauen in Ethik und Moral unserer Ärzteschaft.

Christian Müller, 01877 Bischofswerda

Rechtsfragen der ärztlichen Schweigepflicht

Schon vor etwa 2500 Jahren wurde im „Hippokratischen Eid“ ein Grundprinzip ärztlichen Handelns festgelegt – über alles, was der Arzt bei der Behandlung oder auch außerhalb im Umgang mit seinen Patienten sieht und hört, zu schweigen und es als Geheimnis zu wahren. Diese vornehme Pflicht des Arztes ist nach wie vor gültig und nicht nur, weil sie sich in § 203 Strafgesetzbuch und § 9 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer wiederfindet.

Immer wieder kann jedoch die Entscheidung, ob die ärztliche Schweigepflicht aktuell und im speziellen Fall gilt oder nicht, schwieriger Natur sein.

Ein kürzlich veröffentlichtes Urteil des OLG München, Urteil vom 09.10.2008 (Az.: 1 U 2500/08), hat die Einsichtsrechte der Hinterbliebenen in die Patientenunterlagen des Erblassers gestärkt. Die Schweigepflicht des Arztes gilt bekanntermaßen auch über den Tod des Patienten hinaus (sogenannte postmortale Schweigepflicht). Das Einsichtsrecht für Erben oder nahe Angehörige berührt daher, anders als die Einsicht durch den Patienten selbst, die ärztliche Schweigepflicht, weil eine Einwilligung des Patienten nicht mehr möglich ist. Die Einsichtnahme in Unterlagen oder die Schilderung des Arztes bedarf der Rechtfertigung aus einer feststehenden oder mutmaßlichen Einwilligung des Verstorbenen. Ohne eine solche Rechtfertigung kann von einer Pflicht des Arztes zur Offenlegung nicht ausgegangen werden. Liegen keine Unterlagen über den Willen des Erblassers vor, muss sich der Arzt nach dem mutmaßlichen Interesse des Verstorbenen richten. Mutmaßlich heißt hierbei, „Wie hätte der Patient entschieden, wenn er noch leben würde?“. Die Entscheidung, ob eine mutmaßliche Einwilligung gegeben ist, obliegt nach der ständigen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes dem Arzt. Der Arzt hat dabei gewissenhaft zu prüfen, ob Anhaltspunkte

dafür bestehen, dass der Verstorbene die vollständige oder teilweise Offenlegung der Krankenunterlagen gegenüber seinen Hinterbliebenen bzw. Erben mutmaßlich missbilligt haben würde oder nicht. Um der Gefahr zu begegnen, dass der Arzt aus sachfremden Gründen eine Einsicht verweigert, muss der Arzt zumindest darlegen, unter welchem allgemeinen Gesichtspunkt er sich durch die Schweigepflicht an der Offenlegung der Krankenunterlagen gehindert sieht, das heißt, er muss seine Weigerung auf konkrete oder mutmaßliche Belange des Verstorbenen stützen. Eine Begründung der Verweigerung kann nur in diesem allgemeinen Rahmen verlangt werden, da anderenfalls die damit zu rechtfertigende Geheimhaltung letztlich doch unterlaufen würde. Im genannten Urteil des OLG München wurde ausgeführt, dass allein der Umstand, der Patient habe dem Arzt und seiner Methode Vertrauen geschenkt, nicht den Schluss rechtfertigt,

dass der Patient auch eine nachträgliche Überprüfung der Behandlung verhindern wollte. Das Gericht war überzeugt, dass die Einsicht in die Krankenunterlagen zur Überprüfung von vermögensrechtlichen Ansprüchen dem mutmaßlichen Willen des Verstorbenen entsprach.

In den meisten Fällen lassen die Gerichte der ärztlichen Schweigepflicht besonderen Schutz zukommen. So wurde ein Arzt einer Klinik zur Behandlung von Suchterkrankungen strafrechtlich zur Verantwortung gezogen, weil er der Fahrerlaubnisbehörde einen offensichtlich alkoholabhängigen Patienten meldete, der nach eigenem Bekunden regelmäßig gewerblich Kinder und Senioren beförderte. Das Gericht hat in seinem Urteil im Rahmen der Verhältnismäßigkeit gefordert, dem Führerscheininhaber zunächst selbst die Möglichkeit zu geben, die Fahrerlaubnisbehörde zu informieren. Erst wenn sich abzeichnet, dass der Patient dem ärztlichen Rat nicht folgen

wird, könne der Arzt prüfen, ob eine unmittelbar abzuwendende Gefahr für Leib und Leben für den Patienten oder Dritter besteht. Nur dann ist der Arzt zur Offenbarung befugt und darf die Behörde informieren. Der Patient soll auf diese Vorgehensweise hingewiesen werden. Er sollte darauf aufmerksam gemacht werden, dass die Mitteilung auch dann ergeht, wenn der Patient den Führerschein nicht freiwillig abgibt oder eine Schweigepflichtentbindungserklärung nicht erteilt.

Im Rahmen der Berufsaufsicht wurde auch ein Fall beraten, bei dem eine Ärztin über den Gesundheitszustand eines Patienten gegenüber dessen Arbeitgeber, der Bundespolizei, berichtete, obwohl eine wirksame Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht nicht vorlag. Hintergrund war die Beurteilung der Dienstfähig-

keit durch die Bundespolizei. Die Bundespolizei handelte hierbei fehlerhaft, denn sie hätte die internen Regelungen zur Einschaltung des sozialmedizinischen Dienstes der Bundespolizei beachten und es der Einschätzung dieser Institution überlassen müssen, ob eine Dienstunfähigkeit vorliegt oder nicht. Doch auch die Ärztin war im Unrecht, denn ungeachtet der Tatsache, dass sie rechtsfehlerhaft vom Arbeitgeber befragt wurde, stellt es sich als Bruch der ärztlichen Schweigepflicht dar, wenn Informationen ohne eine wirksame Schweigepflichtentbindung übermittelt werden.

Zusammenfassung: Der Arzt ist zur Offenbarung stets dann befugt, soweit er von der Schweigepflicht entbunden worden ist oder soweit die Offenbarung zum Schutz eines höherwertigen Rechtsgutes erforder-

lich ist. Auch gesetzliche Aussage- und Anzeigepflichten berechtigen den Arzt, die Schweigepflicht zu brechen. Gerade im Sozialrecht existieren zahlreiche gesetzliche Offenbarungsrechte und -pflichten. Im Zweifelsfall sollte jedoch stets der Patient um die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht gebeten werden. Diese Erklärung sollte zu Dokumentations- und Beweis Zwecken schriftlich erfolgen.

Selbstverständlich können Patienten auch Vertreter, beispielsweise Angehörige oder Rechtsanwälte, wirksam bevollmächtigen und in die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht einwilligen. In Zweifelsfällen sollten Sie Rücksprache mit Ihrer, auch mit „kniffligen Fällen“ vertrauten Ärztekammer halten.

Dr. jur. Alexander Gruner
Leiter der Rechtsabteilung

Konzerte und Ausstellungen

Konzert

Sächsische Landesärztekammer

Festsaal, Sonntag, 6. Dezember 2009,
11.00 Uhr

Junge Matinee

Blechbläsermusik zum Advent

Schülerinnen und Schüler des

Sächsischen Landesgymnasiums für

Musik Dresden Carl Maria von Weber

Ausstellung

in der Sächsischen

Landesärztekammer

Foyer und 4. Etage

Heike Wadewitz

Wegstunden

Kaltnadelradierungen und Zeichnungen

bis 15. November 2009

Michael Freudenberg

Bilder

19. November 2009 bis 17. Januar 2010

Vernissage: Donnerstag,

19. November 2009, 19.30 Uhr

Sächsische Ärzteversorgung

Foyer

Wieder sehen

Susanne Kiesewetter

Malerei und Grafik

28. Oktober 2009 bis 31. März 2010

Arthur-Schlossmann-Preis und Ausbildungsstipendium 2010

Die Sächsisch-Thüringische Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie wird auf ihrer Jahrestagung 2010 in Erfurt erneut den Arthur-Schlossmann-Preis vergeben. Mit dem Preis sollen besonders wissenschaftliche Leistungen auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin ausgezeichnet werden. Die Arbeit braucht noch nicht veröffentlicht zu sein, doch soll ihre Veröffentlichung möglichst bevorstehen. Die Ausschreibung finden Sie auf www.stgkj.m.de. Bewerber müssen bis zum 31.12.2009 fünf Exemplare ihrer Arbeit an den 1. Vorsitzenden der Gesellschaft, Herrn Prof. Dr. Th. Richter, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg gGmbH, Delitzscher Straße 141, 04129 Leipzig, einreichen.

Die Sächsisch-Thüringische Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie schreibt für 2010 Ausbildungsstipendien bis zu einer Höhe von 3000,00 EUR aus. Es sollen damit Qualifizierungsmaßnah-

men gefördert werden, die vordergründig die Verbesserung von Versorgungsleistungen für Patienten bewirken. Die Stipendien werden auf Antrag gewährt. Die Antragsmodalitäten sind auf der Homepage der Gesellschaft www.stgkj.m.de abzurufen.

Dr. med. Norbert Lorenz

Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden

Die Kreisärztekammer Dresden lädt ganz herzlich ein zum letzten Seniorentreffen im Jahr 2009

am 1. Dezember 2009, 15.00 Uhr, Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer.

Als Referent an diesem Tag erwartet Sie Dr. Matthias Lienert, Direktor des Universitätsarchivs der TU Dresden. Das Vortragsthema lautet: „Die Hochschulstadt Dresden nach 1945“. Seien Sie herzlich zum Vortrag (kurzfristige Änderungen im Programm sind möglich) und zum anschließenden kollegialen vorweihnachtlichen Beisammensein willkommen!

Uta Katharina Schmidt-Göhrich
Vorsitzender der Kreisärztekammer
Dresden (Stadt)

Checkliste zur Einwilligungsfähigkeit

Mit dem seit 1992 geltenden neuen Betreuungsrecht sind Menschen, für die das Amtsgericht einen Betreuer bestellt hat, nicht mehr entmündigt.

Der Gesetzgeber wollte, dass gerade in Abwendung vom restriktiven alten Vormund- und Pflegschaftsrecht, geistig behinderten und psychisch kranken Menschen die Stigmatisierung durch eine Vormundbestellung erspart bleibt und erkannte mit dem neuen Betreuungsrecht Behinderten das Recht auf Selbstbestimmung zu.

Dieses Recht, selbst über sich entscheiden zu können, steht jedem Mann zu, sofern er als einwilligungsfähig anzusehen ist, was in jedem Einzelfall zu prüfen ist.

In Zusammenarbeit mit den Mitgliedern der örtlichen Arbeitsgemeinschaft Betreuungsrecht, Herrn Richter Klinzing (Betreuungsgericht), Frau Dr. Darmstadt (Gesundheitsamt Dresden/ Sozialpsychiatrischer Dienst), Frau Bey (Vertreterin Berufsbetreuer), Herrn Heidrich (Diakonischer Betreuungsverein Dresden e. V.), Herrn Hupfer (1. Dresdner Betreuungsverein e. V.) und Frau Zodehogan (Betreuungs-

behörde) wurde die Checkliste „Einwilligungsfähigkeit“ erarbeitet, welche für jeden Arzt eine Richtschnur für die gesetzliche Verfahrensweise ärztlichen Handelns im Zusammenhang mit der Einwilligungsfähigkeit darstellen soll.

Um diese Prüfung im Praxisalltag erleichtern zu können, wurde die Checkliste entworfen. Selbstverständlich kann der Betreuer, sofern ein Betreuer mit dem Aufgabenkreis Gesundheitspflege bestellt ist, informiert und hinzugezogen werden. Ist der Patient aber einwilligungsfähig, entscheidet der Patient allein.“

Checkliste

In Notfällen hat der Arzt die Behandlung durchzuführen, die dem mutmaßlichen Willen (Interesse) des Patienten entspricht.

Bei planbaren Eingriffen ist die Einwilligungsfähigkeit des Patienten gegebenenfalls unter Hinzuziehung eines Konsiliarpsychiaters zu überprüfen.

Einwilligungsfähigkeit = Fähigkeit des Patienten, Bedeutung und Tragweite des Eingriffs zu ermessen und seine Entscheidung danach auszurichten, das heißt Sachverhalt verstehen, Information verarbeiten und bewerten können, Willen kundtun.

Patient einwilligungsfähig

Allein der Betroffene ist zu einer Entscheidung bezüglich seiner Behandlung berechtigt.

Patient ist autonom in seiner Entscheidung.

Zweifelsfälle

Einwilligung sowohl vom Betroffenen als auch vom Betreuer/Bevollmächtigten einholen.

Wenn kein Betreuer/Bevollmächtigter bestimmt, Antrag auf Eilbetreuung beim Betreuungsgericht stellen.

Patient nicht einwilligungsfähig

Abklärung, ob Vorsorgevollmacht vorhanden oder Betreuung angeordnet ist. Angehörige sind ohne Vollmacht nicht berechtigt, Entscheidungen für Patienten zu treffen.

Wenn nichts vorliegt, ist Antrag auf Eilbetreuung beim Betreuungsgericht zu stellen.

Zu beachten ist, dass der Betreuer/Bevollmächtigte unter Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses erst die Genehmigung des Betreuungsgerichtes einholen muss,... „wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute aufgrund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet“ (§1904 BGB).

Verfasser: Arbeitsgemeinschaft Betreuungsrecht Dresden (Mitglieder: Betreuungsgericht, Sozialpsychiatrischer Dienst, 1. Dresdener Betreuungsverein, Diakonischer Betreuungsverein Dresden e. V., Vertretung Berufsbetreuer, Betreuungsbehörde)

Der manipulierte Arzt

16.09.2009

„Heilig und rein werde ich mein Leben und meine Kunst bewahren... Ich werde die Kranken bewahren vor Schaden und willkürlichem Unrecht.“ Sind diese Sätze aus dem Hippokratischen Eid für den Arzt des 21. Jahrhunderts noch von Bedeutung?

Läßt sich der moralische Anspruch aus der Antike auf eine Zeit übertragen, in der die Medizin sich einem Gesundheitsmarkt unterzuordnen scheint?

In der Financial Times wird bereits von einer „Verdrängung der freien Arztpraxen durch die Gesundheitsindustrie“ gesprochen. „Krankenhausmanager und Finanzinvestoren basteln an Geschäftsmodellen, um in die ambulante Versorgung einzusteigen.“

Kann der Arzt unter diesen Bedingungen noch frei über Diagnostik und Therapie verfügen?

Es ist bekannt, dass die Fremdbestimmung der ärztlichen Berufsausübung durch Investoren, Krankenkassen, Pharmaindustrie und andere Institutionen stark zugenommen hat. Schon bei der Anmeldung in der Praxis dürften unseren Patienten Zweifel am Solidarprinzip der Krankenkassen aufkommen: Denn sie haben sogleich die „Praxisgebühr“ von 10 EUR zu entrichten. Der gesunde Nachbar bleibt von dieser Zahlung verschont. Eine Ungleichbehandlung. Das Bundessozialgericht sieht darin keine Verletzung des Gleichheitsgrundsatzes der Verfassung. Doch die Richter kritisieren, dass den Ärzten dadurch „deutlich über Gebühr Verwaltungsaufgaben zugemutet werden.“ Eine Vergütung dieser ungebührlichen Aufgaben wurde den Ärzten bisher nicht zuteil. Und eine Rückverlegung dieser Verwaltungsaufgabe an die Krankenkassen hat die Gesundheitsministerin bisher nicht durchgesetzt. Es wird das Anliegen der vorliegenden Arbeit sein, weitere Fremdbelastungen unseres Berufes aufzuzeigen. Vorerst bleibt die Zumutung, ungebührliche, zusätzliche Verwaltungsaufgaben übernehmen zu müssen als Demütigung des Arztes bestehen.

Diese setzt sich fort bei der täglichen Routinearbeit – bei der Ausstellung eines Rezeptes: Heute übernehmen die Krankenkassen nur noch die Kosten für die „erstattungs-fähigen“ Pharmaka. Die nichterstattungs-fähigen Medikamente sind vom Patienten selbst zu zahlen. Die Festlegung

der Kostenübernahme wird von einem Ausschuss entschieden. Die persönliche Entscheidung des Arztes ist nicht mehr gefragt. Nötig geworden sind diese Maßnahmen durch die fehlerhafte Preispolitik des Staates, die dem Arzt nicht mehr einen anständigen Preis seines verordneten Medikaments garantiert. Schweren Herzens und mit unruhigem Gewissen muss er tagtäglich über-teuerte Medikamente verschreiben – wohl wissend, dass die phantastischen Gewinnmargen der Pharmaindustrie Ursache der Krise des Gesundheitssystems sind. Gegen seinen Willen wird der Arzt damit zum Mitverursacher der ständig steigenden Medikamentenkosten. Vielleicht könnte es unser Gewissen entlasten, jede Verordnung mit dem „tatsächlichen“ Preis des Medikaments, der sich leicht feststellen lässt, zu versehen.

Da der Arzt auch die Anzahl der von der Pharmaindustrie angebotenen Medikamente nicht mehr überblicken kann, steht ihm heute die Elektronikindustrie mit zahlreichen Computerprogrammen „hilfreich“ zur Seite. Er braucht die notwendig gewordene Technik plus Software nur zu kaufen – und schon lässt sich per „Mausclick“ das gewünschte Medikament finden und das Rezept ausdrucken: Eine Vereinfachung, die erst durch die Komplizierung notwendig geworden ist.

Weitaus komplizierter wird der Fall jedoch bei der vieldiskutierten elektronischen Gesundheitskarte – auch eCard – genannt. Die ärztliche Verordnung wird damit abhängig von der Ausrüstung mit einem komplizierten elektronischen System; sowohl in der Arztpraxis als auch in der Apotheke. „Wollen wir die eCard eigentlich?“ fragte da ein Kollege in der „Ärztliche Praxis“ – und stellt fest: Die Gesamtkosten für die eCard werden mit 1,4 Milliarden Euro veranschlagt. ... Die Anfangsinvestitionen pro Praxis sollen durchschnittlich bei 1000 bis 1500 Euro liegen.“ Die Rufe nach ihrer Einführung waren von der Elektronikindustrie laut zu hören – massiv unterstützt durch unsere Gesundheitsministerin. Die Rufe der Ärzteschaft dagegen waren kaum hörbar. Sie hätte gern mit einem PC oder einem Kugelschreiber weitergearbeitet, anstatt die Forderung der Elektronikindustrie mit 1,4 Milliarden Euro zu unterstützen. Allein die Dauer der Testphase der eCard (drei Jahre) macht deutlich, dass es sich nicht so sehr um die in Aussicht gestellte „Hilfe“ für den

Arzt, sondern vielmehr um ein lukratives Geschäft der Elektronikindustrie handelt. Selbstverständlich würde die Umrüstung der Praxen auf das eCard-System einheitlich erfolgen. Eine individuelle Praxisorganisation – nach eigener Wahl und nach eigenem Ermessen – ist nicht vorgesehen. Während die Elektronikindustrie mit der Ärzteschaft über diese Problematik noch verhandelt, ist die Pharmaindustrie schon einen ganzen Schritt weiter: Sie schließt mit den Krankenkassen Rabattverträge ab, die den Arzt und seinen Patienten einfach im Abseits stehen lassen. Arzt und Patient wissen nicht, ob das verschriebene Medikament auch wirklich ein „Rabattiertes“ ist. Wenn nicht, so ist der Apotheker verpflichtet, das vom Arzt verordnete Medikament gegen ein preisgünstigeres-, ein sogenanntes „Rabatt-Präparat“ auszutauschen. Damit wird also, falls Wirkstoffgleichheit besteht, die ärztliche Verordnung aufgehoben und einem sogenannten Rabatt-Vertrag untergeordnet, der außerhalb des Arzt-Patient-Verhältnisses steht. Wichtiger ist der ökonomische Aspekt – in diesem Falle das Einsparpotential; denn darum geht es ja dem Gesetzgeber! Neu ist daran, dass der Verordner, der schon unzählige Male zur Senkung der Medikamentenkosten aufgerufen worden ist, von dem „Deal“ zwischen Krankenkasse und Pharmakonzern gar nicht informiert wird: Er kennt weder den Namen noch den Preis, des an den Patienten tatsächlich ausgehändigten Präparates! Damit wird erstmals versucht, die rein ärztliche Maßnahme einer Medikamentenverordnung vorwiegend marktwirtschaftlich zu regeln – natürlich ohne Berücksichtigung der Patienteninteressen: Dieser muss die „rabattierten“, neuen – vielleicht rotgefärbten – Pillen ebenso klaglos schlucken wie die seit Jahrzehnten bekannten grünen. Das Eingehen auf psychische Befindlichkeiten (etwa den Gewohnheitseffekt), die im Alter zunehmen, fand in den Rabattverträgen bisher keine Berücksichtigung! Falls der Arzt sich der Bevormundung durch die Rabattverträge nicht unterordnet und die „aut idem“ – Regelung beansprucht (danach ist nur die Abgabe des direkt verordneten Präparates möglich), droht ihm eine Sanktion aus dem wirtschaftlichen Bereich: der Regress! Denn die Preisdifferenz zwischen „seinem“ und dem „rabattierten“ (billigeren) Medikament ist dem Arzt nicht bekannt. So kann er – quasi unbewusst – über-

höhte Medikamentenkosten verursachen und dafür später mit einer Rückerstattungsforderung bestraft werden. In diesem Spannungsfeld der drohenden Regressforderung auf der einen und dem strikten Beharren auf seiner Verordnung andererseits lebt heute der ambulant tätige Arzt. Ist er damit noch ein Freiberufler? Wir erinnern uns an das Wort unserer Gesundheitsministerin im Jahre 2003: Man müsse „endlich Schluss machen mit der Ideologie der Freiberuflichkeit!“ Freiberuflichkeit und Unabhängigkeit sind jedoch die Basis für unsere Glaubwürdigkeit. So sieht es auch der 112. Deutsche Ärztetag in seinem Aufruf: „Der Gesetzgeber hat sich tunlichst auf die Ausübung von Rechtsaufsicht zu beschränken“.

Doch die „Entmachtung“ des Arztes hat ja bereits eine gewisse Tradition: Schon 1995 stellte die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen fest, dass der Gesetzgeber nicht den Mut gehabt hatte, „... die Pharmaindustrie hinsichtlich ihrer Preisbildung zu überprüfen. Man ging einfach den Weg des geringsten Widerstandes und verordnete den Ärzten ein Pharmabudget.“

Die daraufhin folgenden Maßnahmen zur Einsparung von Medikamentenkosten (wie die Bonus-Malus-Regelung bis hin zu den Rabattverträgen) sind uns sattem bekannt. Sie richteten sich immer an die falsche Adresse, an den Arzt als Verschreiber – der Pharmahersteller als Preisgestalter wurde dagegen nicht angesprochen.

So sieht sich der Arzt heute gezwungen, völlig überteuerte Medikamente zu verschreiben, auf deren Preisgestaltung er keinerlei Einfluss hat. Er ist jedoch weder in der Lage noch willens, für eine verfehlte Preispolitik des Gesetzgebers zu haften. Der Ruf nach immer mehr Finanzen für das Gesundheitswesen (Gesundheitsministerin, Prof. Dr. Karl Lauterbach, Gesundheitsfonds) könnte verstummen – bei einer realen Preispolitik im Pharmabereich.

Natürlich gilt die Sorge der Ärzte auch der zunehmenden Macht und Einflussnahme der Krankenkassen, die ja immer mit einer Schwächung des Ärztstandes einhergeht. Die Geschichte des deutschen Gesundheitswesens ist dafür ein Beweis. Die Schaffung einer Kassenärztlichen Vereinigung unter der Regierung Brüning vor 80 Jahren ist und bleibt ein Erfolg der Ärzteschaft. Vertragsabschlüsse außerhalb einer KV – also

nur mit den Krankenkassen – lassen den Arzt zum „Angestellten“ werden. „Arztsein bedeutet heute in vieler Hinsicht, nicht mehr Herr in eigener Hause zu sein“, meinte Prof. Dr. phil. Paul Unschuld vom Institut für Medizingeschichte in München.

Dass die Ärzteschaft einem Druck kaum widerstehen kann, zeigte sich noch deutlicher bei der Einführung der sogenannten „Heilmittel-Richtlinien“ für die Physikalische Therapie. Diese – für den Arzt verbindlichen – Richtlinien enthalten einen „Indikationsschlüssel“, nach dem die einzelnen Verordnungen aus dem Bereich der Physikalischen Therapie zu treffen sind. Damit wird die Therapiefreiheit des Arztes im Bereich der Physikalischen Behandlung ausgelöscht – entsprechend einem „Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung“ – vom 1. Dezember 2003/16. März 2004. Zwar hat der Arzt noch die Indikation für die Verordnung zu stellen. Alles Weitere wird verbindlich aus der Richtlinie und dem Indikationsschlüssel abgeleitet! Bei näherer Betrachtung der Zusammensetzung des „Gemeinsamen Bundesausschusses“ lässt sich unter den 21 Personen immerhin ein Allgemeinmediziner ausmachen. Die anderen, auch die drei unparteiischen Mitglieder, dürften wohl kaum jemals mit der Ausfüllung einer „Heilmittelverordnung“ konfrontiert worden sein. Proteste gegen die Einführung des Heilmittel-Katalogs und die damit verbundene weitere Entmündigung des Arztes konnten bisher nicht beobachtet werden.

In ähnlicher Weise wäre wohl auch an eine Unterordnung des Arztes im Bereich der Pharmakotherapie zu denken. Noch haben die „Hinweise zur Verordnung innovativer Arzneimittel für Vertragsärzte“ (MSD Sharp u. Dohme GMBH) keine Verbindlichkeit, doch lässt uns der Ton des Traktates schon aufhorchen:

„Die medizinisch gebotene Verordnung innovativer Arzneimittel ist nicht nur zulässig, sondern muss bei Vorliegen einer medizinischen Indikation sogar zwingend erfolgen. Der Imperativ „muss“ erfährt hier durch das Wort „zwingend“ quasi eine Potenzierung. Für unbelehrbare Kollegen wird im Folgenden die Begründung hinzugefügt: „Zwar ist der Arzt in seiner Therapie grundsätzlich frei. Er ist jedoch dem Patienten gegenüber begründungspflichtig, wenn er von gängigen Standards abweicht.“

Ein „gängiger Standard“ und zudem überaus „innovativ“ war es auch, Frauen in der Menopause eine Östrogentherapie zu verordnen – möglichst pauschal! Ein „gängiger Standard“ kann für den Allgemeinmediziner also keine verpflichtende Maxime sein – wie es in gleicher Weise auch „Richtlinien“ nicht sein können. Das ist jedoch nicht die Meinung unserer Gesundheitsministerin. Sie meint: „... wenn es nicht durch Aufklärung gelinge, die Arzneimittelausgaben zu reduzieren, müsse man eben Richtlinien festlegen!“ Wünschenswert wären wohl vielmehr Richtlinien für die Pharmabetriebe bezüglich ihrer Preisgestaltung. Doch davon sind wir noch weit entfernt.

Die Möglichkeiten des Arztes im Bereich der Pharmakotherapie sind in der „Dritten Welt“ noch deutlicher eingeschränkt als in unserem Raum. Hier wird er oft zum bloßen Zuschauer, da die Mehrzahl der Kranken ihre Medikamente nicht bezahlen kann und daher auf die Tätigkeit von Hilfsorganisationen angewiesen ist. Auf die Unterstützung der Pharma-Konzerne kann der Patient in der Regel nicht rechnen. „Profit vor Leben“ titelt denn die „BUKO Pharma-Kampagne“ einen Beitrag zum Thema: Patent-Politik der Pharmakonzerne: So will der Patentinhaber Abbott unter allen Umständen verhindern, dass Generikafirmen das AIDS-Medikament Gilead billig produzieren. Das aber wäre eine Voraussetzung für die Versorgung der Patienten in ärmeren Ländern mit diesem lebenswichtigen Medikament. Die Firmenvertreter signalisieren jedoch kaum Interesse, den Zugang zu ihren Produkten weltweit zu verbessern.

Wie gern würde der Arzt seine Verordnungen treffen zum Wohle des Kranken. Doch die Hürde zum Medikament ist zu hoch – sie liegt völlig im finanziellen Bereich – nicht mehr in der Hand des Arztes.

Ein Rückblick auf den Beginn unserer Betrachtung – auf die Aussagen der Financial Times mit ihrem Artikel „Der Krieg der Ärzte“ mag hier weiterhelfen: „Offiziell geht es um das Wohl der Patienten. ...Tatsächlich aber geht es um ein möglichst großes Stück am 36 Mrd. schweren Markt – und um die Kommandogewalt im System. ...Wer hier Einfluss gewinnt, erhält Macht...“. So deutlich haben wir es bisher noch nicht gehört: Es soll Macht ausgeübt werden – über Arzt und Patient – durch Investoren. Von Hilfe und Heilung,

vom Dienst am Patienten ist indes nicht die Rede. Das sind jedoch die Erwartungen des Patienten an seinen Arzt. Von ihm erwartet er Hilfe als Leidender – nicht von einem Investor – sei er auch noch so kapitalstark! Denn „Gesundheit und Krankheit sind keine Ware. Und Wettbewerb sowie Marktwirtschaft sind keine Heilmittel zur Lösung der Probleme des Gesundheitswesens.“ (Prof. Dr. med. Jan Schulze; 19. Sächsischer Ärztetag der Sächsischen Landesärztekammer, 20. Juni 2009). Sollten wir daher all unsere „Helfer“, die das Interesse des Kapitals vor das des Patienten stellen, nicht einfach aus unserem Jahrtausendvertrag entlassen?

Literatur beim Verfasser
Dr. Horst Schyra, 01109 Dresden

Neuregelungen der ärztlichen Leichenschau

Dr. med. Matthias Schumann
Facharzt für Anästhesiologie/
Notfallmedizin, 01917 Kamenz
30.08.2009

Betrifft: „Neuregelung der ärztlichen Leichenschau“, „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 8/2009, S. 433

Sehr geehrter Herr Kollege
Dr. Hädrich,
sehr geehrte Damen,
sehr geehrte Herren,

zunächst ist zu begrüßen, dass versucht wurde, durch Neuregelung der ärztlichen Leichenschau eine Aktualisierung bisher überholter Regelungen vorzunehmen. Allerdings ergeben sich bei genauem Studium des Gesetzestextes und Ihrer im Artikel vorgenommenen Darstellung Diskrepanzen, die einer Klärung bedürfen.

1. Dokumentation der Todesart/ Entscheidung hierüber

Probleme wird weiterhin die Entscheidung über die Todesart bereiten. Wenn – wie in den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin festgeschrieben – der Arzt nur zur Dokumentation eines natürlichen Todes berechtigt ist, „wenn er konkrete und dokumentierte Kenntnis von einer gravierenden, lebensbedrohenden Erkrankung mit ärztlicher Behandlung in großer Zeitnähe zum eingetretenen Tod“ hat, dürfte dies in den allerwenigsten Fällen, noch zumal im Rettungsdienst, der

Fall sein. Selbst bei behandelten Patienten tritt beispielsweise im Falle eines akuten koronaren Ereignisses der Tod selten erwartungsgemäß ein. Auch die Forderung einer „konkret und dokumentierten Kenntnis ...“ kann aus Erfahrungen in der Praxis nur Kopfschütteln auslösen, da oftmals selbst Patienten, geschweige denn Angehörige über eine konkret dokumentierte Akte verfügen.

Da auch Notärzte die endgültige Todesfeststellung vornehmen sollen (§12(3)SächsBestG), wird dies bei strikter Befolgung der neuen Regelung quasi regelmäßig zur absicherungsseitigen Dokumentation einer ungeklärten Todesart führen. Abgesehen von der dann folgenden ausufernden Inanspruchnahme der immer dünner besetzten Polizeidienststellen, wird sich dann auch die dem Notarzt auferlegte Pflicht der Fundortsicherung nach §13(3) schwierig gestalten, wenn Folgeeinsätze warten, die Polizeibeamten jedoch aufgrund der personellen Unterbesetzung ebenfalls nicht zeitnah zur Verfügung stehen.

Unklarheiten ergeben sich auch bei der Interpretation der Formulierung „ärztliche Behandlung in großer Zeitnähe zum eingetretenen Tod“ (Artikel im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 8/2009, S. 433, rechte Spalte, Abschnitt „Natürlicher Tod“ Satz 2). Wenn also ein natürlicher Tod nur dann dokumentiert werden darf, wenn eine ärztliche Behandlung in großer Zeitnähe zum eingetretenen Tod erfolgt ist, andererseits ein in relativer Nähe zu medizinischen Behandlungen eingetretener Tod generell als unnatürlich zu verdächtigen ist, ergibt sich hieraus ein diametraler Gegensatz, der die Annahme eines natürlichen Todes quasi ausschließt.

In Ihrem Artikel im „Ärzteblatt Sachsen“ weisen Sie darauf hin, dass der Verdacht eines Zusammenhangs mit einem ärztlichen Eingriff bereits die Klassifizierung eines nicht natürlichen Todes rechtfertigt. Dies mag dem Wunsche des Rechtsmediziners entsprechen, ergibt sich in dieser Unabdingbarkeit jedoch aus dem Gesetzestext nicht. Dort ist in §13(3) Satz3 SächsBestG festgeschrieben, dass „als nicht natürlich ein Tod anzunehmen ist, der ... durch Komplikation medizinischer Behandlungen, ... eingetreten ist. (Nicht: eingetreten sein könnte!) Dies impliziert, dass ein nicht natürlicher Tod nur dann zu klassifizieren ist, wenn eine hinreichende Kausalität zwischen medizi-

nischer Maßnahme und Tod offenkundig ist (also beispielsweise eine Thoraxdrainage mit Verletzung der Lunge zum Tod führte). Das Versterben eines Patienten im zeitlichen Umfeld einer therapeutischen Maßnahme ohne konkrete Kausalität (z.B. Tod nach einer Kniegelenkspunktion durch Infarkt) ist eher als ungeklärte Todesart zu sehen.

Insofern schießt auch die Formulierung in den Informationen für die Ärztin oder den Arzt auf dem Deckblatt des neuen Totenscheins über das Ziel des Gesetzgebers hinaus, indem im

2. Kasten zu lesen ist: „Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod liegen vor bei: ... oder bei unerwartetem Tod während oder nach ärztlichen Eingriffen“. Rechtlich fehlt hierzu die konkrete Grundlage, auch wenn dies gewiß in guter Absicht gemeint ist.

2. Meldepflichten

Einen weiteren Kritikpunkt betrifft die im Artikel erwähnte Pflicht, das an das Gesundheitsamt zu melden sei, wer an einer meldepflichtigen Krankheit nach §6 IfSG „gelitten hatte“. (Artikel im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 8/2009, S. 434, linke Spalte, Abschnitt „Weitere Meldepflichten“ Satz 1). Dies würde bedeuten, jeden Todesfall zu melden, der jemals in seinem Leben eine meldepflichtige Erkrankung, sei es eine Hepatitis oder Salmonellose, gehabt hatte. Im Gesetzestext findet sich eine hiervon abweichende Formulierung. In §13(5) steht: Hatte der Verstorbene an einer meldepflichtigen Krankheit im Sinne des §6 IfSG ... gelitten oder besteht ein solcher **Verdacht und ist zu befürchten, dass die Erreger dieser Krankheit durch den Umgang mit der Leiche verbreitet werden**, hat der Arzt unverzüglich das Gesundheitsamt zu benachrichtigen... Der Gesetzgeber hat wohl nicht ohne Grund diese kombinatorische Formulierung gewählt, da auch nur dieser letztgenannte Sachverhalt relevant für den Umgang mit der Leiche ist.

Ergänzend sei noch bemerkt, dass im Gesetzestext keine 3-Monatsfrist für mit Radionukliden behandelte Verstorbene zu finden ist, wie in Ihrem Artikel erwähnt. Diese 3-Monatsfrist findet sich allein im neuen Totenschein in Bezug auf Anzeichen einer bestandenen/bestehenden Schwangerschaft.

Trotz des zweifellos anzuerkennenden Bemühens, eine modernisierte

Regelung zu schaffen, lässt sich der Eindruck nicht ganz verdrängen, dass hiermit wiederum vorrangig fachgebietseigene Interessen federführend waren, was auch in der über den Gesetzestext hinausgehenden Interpretation augenfällig wird. Ist die Regelung auch stringenter geworden als bisher, wird sie damit leider nicht handhabbarer. In der Praxis wird sie bei rechtstreuer Umsetzung zu einer Ausuferung ungeklärter Todesursachen führen; allein schon, um sich als Arzt nicht einer Rechtsverfolgung ausgesetzt zu sehen. Denn Spielraum für ärztliche Entscheidungen gibt es de facto keinen mehr. Und so geben wir ein weiteres Stück Boden an andere Entscheidungs- und Regulierungsstellen ab.

Die Diskrepanzen zwischen Gesetzestext, Interpretationen und Formularaufdruck sind Indiz dafür, dass auch die neue Regelung eher im Dornröschenturm als auf dem Schlachtfeld der Realität erschaffen wurde.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Matthias Schumann

An Redaktion „Ärzteblatt Sachsen“

01.09.2009

Es ist zu begrüßen, dass das „Ärzteblatt Sachsen“ die Novelle des Sächsischen Bestattungsgesetzes mitsamt rechtsmedizinischem Kommentar abdruckt.

Wenn man als klinisch tätiger Arzt nun liest, dass alle jene in Kliniken Verstorbenen unbedingt als „unklare Todesart“ zu klassifizieren sind, deren Tod „während oder kurz nach Injektionen, Infusionen oder Transfusionen“ eintrat, fragt man sich, aus welchem Jahrhundert diese Regelung stammt – denn jeder weiß, dass dieses Kriterium nur für einen kleinen Teil der über zwanzigtausend pro Jahr in Sachsen stationär versterbenden Menschen *nicht* zutreffen würde. Fast möchte man wünschen, dass sich für ein Jahr lang alle Klinikärzte konsequent daran halten, damit der (Un-)sinn dieser Empfehlung deutlich wird. Welche Fülle an Gutachten daraus erwüchse, lässt sich kaum erahnen, insbesondere im Hinblick auf die Komplexität moderner Medizin. Welche Rolle in der letalen Kausalkette würde etwa dem Arzt einerseits und andererseits dem verstorbenen Patienten vom Gericht

zugeschrieben, wenn der Tod durch eine komplikationsreiche Therapie eintrat, von der der Arzt eher abriet, aber der Patientenwille diese ausdrücklich forderte? Zweifellos gibt es eine Tendenz zu risikoreicheren Therapien und Aktionismus in der Medizin; Veränderungen dürfen aber nicht bei Polizei, Staatsanwalt und Misstrauen in den Arzt, sondern müssen an den Ursachen ansetzen (auf die hier nicht eingegangen werden kann). Warum eigentlich soll die Regelung der Attestierung der unklaren Todesart nicht auch für Patienten gelten, die zwei oder mehr orale Präparate einnehmen – wissen wir doch von gefährlichen Interaktionen gerade beim multimorbiden Patienten!?

Den Unterzeichnern sind die alarmierenden Zahlen und befürchteten Dunkelziffern unentdeckter unnatürlicher, ja oft krimineller Todesfälle in Deutschland natürlich bekannt – tatsächlich ein nicht akzeptabler Zustand!

Um daran etwas zu ändern, wäre zunächst eine wirkliche Analyse und Würdigung der Gründe vonnöten, weshalb ein Arzt zum Beispiel der Forderung nach völligem Entkleiden der Leiche nicht nachkommt. Wie soll beispielsweise der Klinikarzt im Nachtdienst dies praktizieren, wenn auf der Palliativstation die trauernde Familie um das blumengeschmückte Bett versammelt ist – soll er in deren Anwesenheit untersuchen oder die Angehörigen des Zimmers verweisen? Was soll er tun, wenn er während der Prozedur für längere Zeit in die Notaufnahme gerufen wird? Oder wie soll der Hausarzt einer Kleinstadt beispielsweise die Leichenschau bei einem stadtbekanntem und zudem ihm als Patienten seit Jahrzehnten bekannten, chronisch herzkranken, übergewichtigen Bäckermeister des Ortes durchführen – soll er etwa die Witwe um Hilfe beim Entkleiden bitten?

Es wäre anschließend die Frage zu klären, ob eine differenziertere Betrachtung der Leichenschau möglich wäre – etwa durch mehr Kenntnis der Kausalketten nicht nur im Zusammenhang mit schuldhaften oder kriminellen Handlungen, sondern auch ggf. lange Zeit nach Unfällen. Da aber zum Zeitpunkt des Todes diese Kausalketten nur selten offen, sofort und eindeutig dem Leichenschau-Arzt erkennbar sind, wäre eine Trennung der Aufgaben der Leichenschau in einen ärztlichen Akt der Todesfeststellung (Todesbescheinigung) und einen der Leichenschau

mit Todesartfeststellung sinnvoll – so wie anderswo zum Beispiel durch Coroner praktiziert und auch für Deutschland (als ärztliche oder nicht-ärztliche Leichenschaubeauftragte) mehrfach vorgeschlagen.

Mit wiederholten Aufrufen, Ermahnungen oder Anschuldigungen an die Ärzte wird sich absehbar nichts ändern. Wie so oft in Deutschland führt der gesetzgeberische Aktivismus – ohne wirkliche Analyse und konstruktive Innovation – in einer inakzeptablen Situation dazu, dass diese paradoxerweise nicht nur nicht geändert, sondern ihre Ursachen für weitere Jahre verdrängt werden und damit keine Veränderung zum Positiven eintreten kann und wird.

Ganz unabhängig von diesen Gesichtspunkten der Leichenschau ist an der Gesetzesnovelle und ihrer Interpretation bemerkenswert, dass ein Hirntoter nicht nur tot ist, sondern als Leiche definiert wird – wohl bemerkt ein Körper, der nichtmal die Merkmale unsicherer Todeszeichen aufweist, ja der sogar über lebensfähige funktionstüchtige Organe verfügt. Diese Widersprüche zum allgemeinen Verständnis von Leben sind schon für den Fachmann schwer verständlich – die Unterzeichner zweifeln zudem, ob sie beim Bürger das Verständnis und das Vertrauen in die Organspende mehren – eher ist auch hier zu fürchten, dass die forsche Verkürzung eigentlich komplizierter Zusammenhänge sich kontraproduktiv auswirken könnte.

Dr. med. Heinrich Günther
Prof. Dr. med. habil. Gerhard Ehninger
Medizinische Klinik und Poliklinik I
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Antwortbrief auf die Leserbriefे zum Artikel „Neuregelung der Ärztlichen Leichenschau in Sachsen“

23.10.2009

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

über Ihr Interesse und die kritische Diskussion des oben genannten Artikels haben wir uns sehr gefreut. Am 11.07.2009 trat die Novellierung des Sächsischen Bestattungsgesetzes (SächsBestG) in Kraft, deren wichtigste Neuregelungen wir in Abstimmung mit der Sächsischen Landesärztekammer und den Gesundheitsämtern aus rechtsmedizinischer Sicht kommentiert haben.

In die Überarbeitung des SächsBestG waren neben dem Sächsischen Minis-

terium für Soziales, den Fraktionen des Sächsischen Landtages und dem Ausschuss für Soziales, Gesundheit, Familie, Frauen und Jugend auch medizinische Fachvertreter eingebunden. Das neue SächsBestG ist somit ein Gemeinschaftswerk, dass den Ansprüchen vieler Seiten gerecht werden muss und darüber hinaus – und auch das ist zu begrüßen – an die entsprechenden Leichenschaugesetze anderer Bundesländer angeglichen wurde.

Die Leichenschau ist der letzte Dienst des Arztes am Patienten, mit der über die Feststellung des Todes, der Todesursache und der Todesart hinaus, der Rechtssicherheit und dem öffentlichen Interesse dienende Aufgaben verbunden sind. Uns allen ist bekannt, dass es mit der Qualität der ärztlichen Leichenschau nicht zum Besten bestellt ist. In vielen wissenschaftlichen Studien wurde diese Thematik analysiert. So sollen 6 Prozent der Klinikärzte regelmäßig – und nur – einen natürlichen Tod attestieren. 30 Prozent kreuzen auch bei Gewalteinwirkung, Vergiftung, Suizid oder ärztlichem Eingriff einen natürlichen Tod an (1). Eine Befragung zufällig ausgewählter Ärzte ergab, dass nur 45 Prozent mehr als 10 Leichenschauen im Jahr durchführen (2). Schätzungen gehen davon aus, dass mindestens 11.000 nicht natürliche Todesfälle, darunter 1.200 Tötungsdelikte, pro Jahr nicht erfasst werden, da sie als natürliche Todesfälle deklariert werden (3). Von den zahlreichen Untersuchungen zur Validität der klinischen Todesursachendiagnostik dürfen wir hier lediglich auf die Görlitzer Studie (4) verweisen. Im 1-Jahres-Zeitraum konnten dort nahezu 100 Prozent der Verstorbenen obduziert werden und die klinisch diagnostizierten Grundleiden und Todesursachen mit dem pathologisch-anatomischen Befund verglichen werden. Die Studie ergab, dass sich in 48 Prozent der Fälle keine Übereinstimmung zwischen Leichenschau und Obduktionsdiagnosen feststellen ließ. Vor diesem Hintergrund wiesen Pathologen und Rechtsmediziner wiederholt auf die Notwendigkeit zur Erhöhung der Obduktionsfrequenz hin. Eigene Untersuchungen am Leipziger Institut zwischen 2000 bis 2004 ergaben, dass die Obduktionsrate lediglich 3,1 Prozent betrug (5). International wird eine Obduktionsrate von 30 Prozent gefordert, zum Beispiel verlangt die American Medical Association (AMA),

dass jedes zur Aus- und Weiterbildung von Ärzten zugelassene Krankenhaus eine Obduktionsfrequenz von mindestens 25 Prozent der klinischen Sterbefälle nachweisen müsse. Unter Berücksichtigung dieser Daten halten wir es für erfreulich, dass es mit der Novellierung des SächsBestG nunmehr wieder die Möglichkeit der Durchführung von Verwaltungssektionen über die Gesundheitsämter gibt. Diese wird durch die Mitarbeiter der Gesundheitsämter geprüft, wenn auf der Todesbescheinigung „Obduktion erforderlich“ angekreuzt wird. Eine besondere rechtliche Bedeutung kommt der Klassifikation der Todesart zu. Die falsche Einschätzung eines nicht natürlichen Todes als natürlicher Tod ist eine der größten Fehlerquellen im „Leichenschauwesen“, denn diese Fälle werden in der Regel nicht obduziert und den Ermittlungsbehörden nicht gemeldet. Die Novellierung des SächsBestG weist nun auch die Meldepflicht der ungeklärten Todesart aus. Gerade bei Todesfällen im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen, insbesondere nach Anwendung invasiver Verfahren (Operationen, Katheterimplantationen, Punktionen von Organen und Körperhöhlen, Endoskopien etc.) sowie nach unerwartetem Todeseintritt während der Gabe von Arzneimitteln, sollte in jedem Fall eine Obduktion zur objektiven Todesursachenklärung angestrebt werden. Dazu gehört die Qualifikation des Todesfalls als ungeklärt und eine Meldung an die Polizei. Dem daraus entstehenden Mehraufwand auf Seiten der Ärzte steht der Nutzen für die medizinische Qualitätssicherung gegenüber. Diese Verfahrensweise wird im Übrigen, im Konsens der Institute für Pathologie und Rechtsmedizin mit dem Vorstand, am Universitätsklinikum Dresden praktiziert. Aus eigener jahrzehntelanger rechtsmedizinischer Tätigkeit in Dresden und Leipzig überblicken wir, dass es in der Regel im Rahmen der gerichtlichen Obduktion zum Abschluss einer vermeintlichen ärztlichen Sorgfaltspflichtverletzung kommt. Nachfolgend möchten wir auf einige der aufgeworfenen Fragen eingehen: Bezüglich meldepflichtiger Erkrankungen nach § 6 Infektionsschutzgesetz (IfSG) (6) lässt sich trefflich darüber streiten, ob die verkürzte Darstellung der Meldevorschrift aus § 6 IfSG auf Seite 434 des Artikels die gesetzgeberische Intention richtig oder falsch darstellt. Unzweifelhaft

ist aus der gesamten Kodierung erkennbar, dass sich sowohl die Regelung in § 13 Abs. 5 SächsBestG als auch deren Pendant in § 16 Abs. 4 SächsBestG immer auf den Ereigniszeitpunkt/-raum des Todes beziehen. Zur Behandlung mit Radionukliden ist Herr Kollegen Schumann zuzustimmen. Gem. § 13 Abs. 6 SächsBestG und § 14 Abs. 2 Ziff. 5 SächsBestG ist an der Leiche festgestellte oder vermutete Radioaktivität vom Leichenschauarzt auf dem Totenschein und dem Sarg (so will es der Gesetzgeber) zu kennzeichnen, ohne das es dafür quasi eine „Ausschlussfrist“ gibt.

Die Feststellung, dass ein Hirntoter eine Leiche ist, erklärt sich aus dem Transplantationsgesetz (TPG) (7). Der Tod gilt als Entnahmevoraussetzung in § 3 I 1. und § 3 II 2 TPG. Es ist erforderlich, beim Spender festzustellen, dass ein irreversibler Totalausfall von Großhirn, Kleinhirn und Hirnstamm vorliegt. Dies muss auf dem auszustellenden Totenschein angekreuzt werden. Insofern ist der Begriff „Leiche“ nach Ausstellung des Totenscheines nur konsequent. Abgesehen von modernen Möglichkeiten der Hirntodfeststellung haben der Gesetzesgeber und die Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin in ihren Leitlinien auf die Notwendigkeit der Überprüfung sicherer Todeszeichen und das Entkleiden der Leiche zur Erhebung des postmortalen Status hingewiesen. Damit sollen Fehler und Irrtümer bei der Leichenschau minimiert werden. Gerade bei der Auffindung lebloser Personen im Freien treten in Deutschland immer wieder Fälle auf, bei denen Todesbescheinigungen ausgefüllt werden, obwohl der besagte Hirntod noch nicht eingetreten war. Dazu käme es nicht, wenn die sicheren Todeszeichen geprüft worden wären. Vor diesen strafrechtlich relevanten Fehldiagnosen sollen Sie geschützt werden.

Literatur bei den Verfassern

Prof. Dr. med. Jan Dreßler
 Prof. Dr. med. Rüdiger Lessig
 Dr. med. Carsten Hädrich
 Universität Leipzig
 04109 Leipzig
 Institut für Rechtsmedizin
 Johannisallee 28
 04103 Leipzig

M. Roick
 Gesundheitsamt Leipzig
 Friedrich-Ebert-Straße 19a
 04109 Leipzig

Michael Freudenberg C.D.F. besucht Giverny – Die Farben der Nähe

Dresdner (Romantik) trifft französischen Impressionismus. So könnte man verkürzt das auf Caspar David Friedrich und den berühmten Garten Monets bezogene Ausstellungsmotto interpretieren. Gemeint sind wohl eigenes Lebensgefühl und Intuition, aber auch die Aura von Werk und Ort, wenn sich Michael Freudenberg (Jahrgang 1949) auf diese großen Vorgänger beruft. So schöpfen seine jüngeren malerischen Arbeiten aus dem Erlebnis der Landschaft, besonders den farblichen Eindrücken – Impressionen –, die von Tagesstimungen und jahreszeitlichen Veränderungen bewirkt werden. Von ähnlicher Intuition geleitet war Monet, als er immer und immer wieder seinen Garten malte und mit den späten Seerosenbildern noch heute modern wirkende, ans Abstrakte heranreichende Bildwelten schuf. Farbflächen zerfließen regelrecht, zeigen ihre unterschiedlichen Bestandteile, betrachtet man sie aus der Nähe. Erst von fern ergibt sich ein Gesamteindruck. Ähnlich ist es bei Michael Freudenbergs jüngeren,

aus vielen Farbaufträgen gewachsenen Bildern, von denen die Sächsische Landesärztekammer nun eine Auswahl zeigt.

Der Künstler, der in den letzten Jahren auch baugebundene Arbeiten realisierte, unter anderem im Frauenkirchenareal, hat eine bewegte, viele kreative Seiten offenbarende Entwicklung hinter sich. Nach einem kurz vor dem Diplom 1972 abgebrochenen Studium an der Cottbusser Hochschule für Bauwesen wirkte Freudenberg vor allem seit den späten 1970er Jahren in der nonkonformen, medienübergreifend arbeitenden Szene der DDR. Enger verbunden war er unter anderem mit Eberhard Göschel, Klaus Hähner-Springmühl, Ralf Kerbach, Helge Leiberg, A.R. Penck. Selbst trat er mit expressiver, gestischer Malerei hervor, arbeitete mit der Technik von Collage und Decollage, wirkte an der Herstellung originalgrafischer Lyrikzeitschriften mit und spielte obendrein in Pencks experimenteller Band Y-H-F. Zugleich war er als Mitglied der AG Leonhardi-Museum aktiv bei der Durchsetzung von dazumal Aufsehen erregenden Projekten wie dem „Dezennien“-Zyklus mit der „Türenausstellung“ (1979), den „Gemeinschaftsbilder(n)“ (1980) oder dem



Giverny XII, 85 x 85 cm, 1996/2007, Öl auf Holz

„Frühstück im Freien“ (1982). Die gegenwärtig in Dresden gezeigte Ausstellung „Ohne uns“ macht diese künstlerischen Aktivitäten noch einmal in ganzer Breite lebendig.

Dr. sc. phil. Ingrid Koch

Ausstellung im Foyer und der 4. Etage der Sächsischen Landesärztekammer vom 19. November 2009 bis 17. Januar 2010, Montag bis Freitag 9.00 bis 18.00 Uhr, Vernissage: 19. November 2009, 19.30 Uhr.

Nuckelflaschenkaries

I. Langhans

Sächsische Zahnärzte bitten um Hilfe und streben enge Zusammenarbeit mit allen Ärzten, die Kinder behandeln, an

Bevor Sie weiterlesen, werfen Sie bitte einen Blick auf die Bilder zu diesem Artikel. Kommen sie Ihnen bekannt vor?

Sie zeigen verschiedene Schweregrade einer zu 100 Prozent vermeidbaren Erkrankung im frühen Kindesalter, die trotz bekannter Ursachen in den letzten Jahren noch zugenommen hat. Wie ist das möglich?

Ätiologie der Krankheit

Bei der „Nuckelflaschenkaries“ (Early Childhood Caries oder dem Nursing-Bottle-Syndrom) handelt es sich um kariöse Milchzahnzerstörungen, die nach einer Langzeitbenetzung der Milchzähne mit zuckrigen und/oder säurehaltigen Getränken aus der Saugerflasche zuerst an den vier Frontzähnen im Oberkiefer und später an weiteren Zähnen auftreten (Wetzel 1996). Liegt schon eine längere Schadensetzung vor, so können auch die seitlichen Eckzähne und die Milchmolaren betroffen sein. Fast immer bleiben die Schneidezähne im Unterkiefer verschont.

In den letzten Jahren nahm zudem der Einfluss der übermäßigen Nutzung von Schnabel- und Trinklerntassen bei dieser Kariesform sehr zu (Wetzel, 2000). Der Begriff „Frühkindliche Karies“ ist eher beschönigend und lenkt von der Hauptursache dieser Kariesform ab: Dauergebrauch der Nuckelflasche als extreme Variante der Säuglings- und Kleinkindernahrung. Häufig über Tag und Nacht verteiltes Trinken von zucker- und/oder säurehaltigen Getränken aus einer Saugerflasche besonders über das erste Lebensjahr hinaus oder einem Trinklerngesäß mit Mundstück. Die Schädigungsmechanismen, die Zucker in Abhängigkeit von Einwirkungsdauer und vorhandenen Mikroorganismen an der Zahnoberfläche anrichtet, sofern keine Mundhygienemaßnahme erfolgt, sind seit Jahrzehnten bekannt und in Studien belegt.



Milchgebiss eines 3-jährigen Jungen, frühkindliche Karies an den oberen Frontzähnen; Ursache: Instanttee aus Saugerflasche zum Einschlafen

1981 wurde erstmals von Wetzel der Verdacht geäußert, dass mit großer Wahrscheinlichkeit ein enger Zusammenhang zwischen dem Genuss von zuckerhaltigen Instant-Tees und rapide zerstörten Milchzähnen besteht.

Epidemiologie der Krankheit

Der Beginn der Erkrankung liegt in der Regel in der Altersphase zwischen 1 und 4 Jahren mit Schwerpunkt zwischen 1,5 und 3 Jahren. In einer Longitudinalstudie zeigten Wendt et al. für Schweden, dass 7,7 Prozent der untersuchten Kinder unter Nuckelflaschenkaries litten (1991).

In Finnland waren 6 Prozent der 3-Jährigen von Nuckelflaschenkaries betroffen (Paunio et al., 1993).

Eine Übersicht aus Großbritannien zeigte bei 14 Prozent der zweieinhalb- bis dreijährigen Kinder Karies (Hinds et al., 1995).

Für die Region Halle ermittelten Hirsch et al. eine Vorkommenshäufigkeit von 9,2 Prozent bei den Zweibis Sechsjährigen (2000).

Robke et al. belegen für Hannover, dass 13,6 Prozent der untersuchten Kinder im Kindergarten von der Nuckelflaschenkaries betroffen waren. In einzelnen Brennpunkten betrug die Prävalenz 35 Prozent und mehr (2002).

Laut Pieper berichten auch Norwegen, Schweden und die Schweiz über einen Wiederanstieg der Milchzahnkaries.

Die Nuckelflaschenkaries ist in Deutschland mit einer Verbreitung von ca. 15 Prozent bei den Zwei- bis Dreijährigen zur häufigsten chronischen Erkrankung des Vorschulalters geworden. Ein Indiz dafür ist die Anzahl der Kinder, die an den Universitätskliniken wegen Frühkindlicher- und Nuckelflaschenkaries behandelt und überwiegend operiert werden muss. Deren Zahl ist am Universitätsklinikum Dresden seit 1992 stetig gestiegen. Wurden 1992 28 Kinder neu aufgenommen, sind es gegenwärtig ca. 300 Neuaufnahmen pro Jahr.

Das war nicht immer so. In der DDR gab es nur wenige Fälle Frühkindlicher Karies. Ursache war meist ein übermäßiger lokaler Zuckereinfluss („Trösterkaries“ durch Honignuckel). Der Beruhigungssauger wurde in Honig getaucht, bevor er dem Kind in den Mund gesteckt wurde. Nach der Wende und der Einführung der in der DDR nicht verfügbaren bruchsicheren Plastiksaugerflaschen hat sich die Zahl der von Nuckelflaschenkaries betroffenen Kinder in Sachsen vervierfacht! Dies belegt eindrucksvoll eine Studie „Zur Entwicklung der Frühkindlichen Karies in den letzten 20 Jahren“ von S. Sperling und G. Buske von der TU Dresden aus dem Jahr 2008.

Das Risiko, an Nuckelflaschenkaries zu erkranken, ist nicht als schichtspezifisches Gesellschaftsproblem anzusehen; dennoch zeigen verschiedene

Untersuchungen, dass Familien mit niedrigen sozioökonomischen Standards sowie solche mit Migrationshintergrund besonders betroffen sind. Auch zeigen diese Familien ein geringes Inanspruchnahmeverhalten gegenüber der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung. Nachgewiesen wurde, dass eine deutlich erhöhte Prävalenz bei Frühgeborenen und bei Kindern mit niedrigem Geburtsgewicht besteht und gleichzeitig ein geringer sozioökonomischer Status vorliegt (Seow 1991).

Trotz vielfältiger Prophylaxebemühungen – bundesweit werden 70 Prozent der Kindergartenkinder gruppenprophylaktisch nach § 21 SGB V betreut – wird aber weiterhin ein erheblicher Anteil an schweren Zahnzerstörungen, speziell im Oberkieferfrontzahnbereich, bei Kindergartenkindern beobachtet. Die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe greift institutionell zu spät, da der Kindertageeintritt in der Regel mit drei Jahren erfolgt. Die Möglichkeit einer zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung (FU 1 bis FU 3) ist vom Gesetzgeber erst zwischen dem 30. und 72. Lebensmonat vorgesehen und damit ebenfalls zu spät.

Ein Vergleich verschiedener Untersuchungsergebnisse über die Häufigkeit der Milchzahnkaries bei Säuglingen und Kleinkindern im Alter zwischen 6 und 36 Monaten zeigt, dass eine Polarisierung des Kariesbefalls bereits bei Kindern ab dem Alter von 12 Monaten beginnt. Auffallend ist,

dass alle Defekte bei nur 5,7 Prozent der Kinder festgestellt wurden. Das Phänomen der Polarisierung wurde auch in bundesweiten epidemiologischen Studien in anderen Altersgruppen von Kindern und Jugendlichen festgestellt (Pieper: Epidemiologische Begleituntersuchungen 1997 und 2000).

Historischer Rückblick

Die traditionellen Nuckelflaschen bestanden aus Glas. Glasflaschen waren in den Augen der Eltern zu gefährlich, als dass sie deren missbräuchliche Verwendung zuließen.

1973 wurden auf dem deutschen Verbrauchermarkt der Bundesrepublik Deutschland die ersten Kunststoff-Saugerflaschen als „kleine Teefläschchen“ vertrieben. Es folgte die Vermarktung von „Zuckertee“-Produkten, die einen sprunghaften Anstieg der Verkaufszahlen von Kindertees und Fläschchen bewirkte. Die Teegranulate enthielten zunächst ca. 95 Prozent Zucker!

Für die Kleinkinder bedeutete dies, dass sie nicht wie bisher mit etwa neun bis zwölf Monaten aus einer Tasse trinken lernten, sondern weit über das erste Lebensjahr hinaus die Saugerflasche aus Plaste bevorzugten. Eltern gaben an, dass ihre Kinder eine gewisse Zufriedenheit ausstrahlten, daher wurde ihnen öfter und länger die handliche, leichte Flasche zur freien Verfügung überlassen; gerne mehrmals täglich als Zwischenmahlzeit, zur Beruhigung, Ab-

lenkung, Angstbewältigung und Beschäftigung, als Einschlafhilfe und während der Nacht als Schnullerersatz. Der Anblick von Kleinkindern mit „Nuckelflasche“ lässt Eltern häufig stolz sein auf die „Selbständigkeit“ der Kleinen. Dieser Trend wird durch die Industrie noch unterstützt, durch auf dem Markt erhältliche Saugerflaschen mit extra Haltegriffen. Den Eltern wird suggeriert, dass es ganz „normal“ ist, dass Kleinkinder bereits selbständig die Flasche halten und sich somit jederzeit freien Zugang zu deren Inhalt verschaffen können. Gerichtliche Verfahren, durch die Presse an die Öffentlichkeit gebracht, verursachten einen massiven Druck auf die Hersteller. Diese reagierten mit Warnhinweisen auf Saugerflaschen und Teezubereitungen bei deren Dauergebrauch und mit veränderten Rezepturen. Nach einem Rückgang der Erkrankungsfälle bis 1985 wurde ab 1987 wieder ein massiver Anstieg der Nuckelflaschenkaries verzeichnet. Viele Eltern waren dazu übergegangen, ihren Kindern vermeintlich gesunde Obst- und Gemüsesäfte in konzentrierter Form oder Limonaden und Instantkakao aus Saugerflaschen oder Trinklerngefäßen zu geben oder zu überlassen. An dieser Situation hat sich bis heute nichts geändert, da es keine flächendeckenden Programme zur Aufklärung und Verbesserung der Zahngesundheit der Kleinkinder gibt. Eltern sind verunsichert, wenn Untersuchungen ergeben, dass nur sieben von 26 getesteten Kindertees als „völlig unbedenklich“ für die Zähne gelten (Stiftung Warentest 1997). Ein Übriges bringt die Einschätzung von bestimmten Nahrungsmitteln, die nach herkömmlichen Präventionskonzepten negativ für die Zähne bewertet werden, während sie in der Öffentlichkeit, vor allen Dingen auch bei Familien mit Migrationshintergrund, als Attribute von Lebensqualität und besonderer Zuneigung gelten (Honig, getrocknete Früchte).

Allgemeinmedizinische Folgen der Nuckelflaschenkaries

Folgen des exzessiven verlängerten Trinkens aus Saugerflaschen und Trinkhilfen sind nicht nur die Zerstö-



Zerstörte Milchfrontzähne am Oberkiefer einer 2 Jahre, 8 Monate alten Mädchen; Ursache: Granulattee aus der Saugerflasche



Frühkindliche Karies an den oberen Schneidezähnen durch Apfelsaft aus der Trinkflasche

zung der Milchzähne, sondern häufig auch die durch nachfolgende Entzündungen verursachte Schmerzen und die Infektanfälligkeit besonders im Hals-Nasen-Ohrenbereich. Durch den zuckerreichen Flascheninhalt werden andere essentielle Nahrungsbestandteile verdrängt. Die Kinder sind fehl ernährt. Dies verstärkt sich noch, wenn wegen der Zahnprobleme überwiegend weiche Nahrungsmittel konsumiert werden. Die hohe, nicht benötigte Energiezufuhr kann im Laufe der Zeit zu Fetteinlagerung im Körper führen. Die Gewohnheitsbildung ist für Kinder und Eltern fatal: abendliche oder nächtliche kalorienreiche Flüssigkeiten regen den Magen-Darm-Trakt des Kindes an – es soll aber schlafen. Die Folge ist, dass es unruhig schläft, kurze Zeit später aufwacht und – wenn es schreit, die nächste Flasche bekommt!

Zahnmedizinische Behandlung der Nuckelflaschenkaries

Diese ist bei besonders stark betroffenen Kindern schwierig. Viele werden den Zahnarztbesuch als traumatisches Erlebnis empfinden. Erst mit etwa vier Jahren ist ein Kind zu kooperativer Mitarbeit bei einer zahnärztlichen Behandlung in der Lage. Das erklärt auch die Tatsache, dass mehr als die Hälfte der kariösen Milchzähne nicht mit einer intakten Füllung versorgt sind. Bei immer

mehr Kindern ist die Zahnzerstörung so ausgeprägt, dass eine Behandlung nur unter Intubationsnarkose, verbunden mit allgemeinen Gesundheitsrisiken und sehr hohem Aufwand, notwendig ist. Langfristig kann der frühzeitige Verlust der Milchzähne nicht nur zu Sprachentwicklungsstörungen, sondern auch zu Kieferfehlentwicklungen und Fehlstellungen der bleibenden Zähne führen. Langjährige kieferorthopädische Behandlungen sind oft notwendig. Das beeinträchtigte Aussehen durch kariöse Zähne und Zahnreste stellt ein nicht zu unterschätzendes soziales Handicap dar. Abgesehen von der allgemeinen Beeinträchtigung des Wohlbefindens und der Leistungsfähigkeit sind die psychologischen Auswirkungen der Zahnschädigungen bei einigen Kindern massiv. Sie umfassen Verhaltensauffälligkeiten, Schamgefühle und Angst vor Schmerzen. Und natürlich Angst vor jeder zahnärztlichen Behandlung.

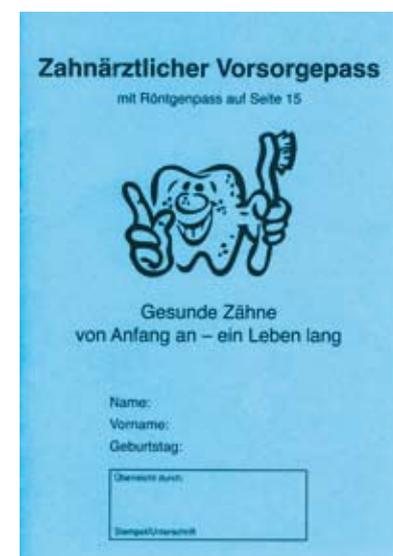
Milchzähne besser schützen – der sächsische Weg

Wir leben in einer Demokratie, in einem Land mit föderalen Strukturen. Das ist grundsätzlich gut, heisst aber auch, jeder kann (und muss) das Rad noch einmal neu erfinden.

Die Basisgruppenprophylaxe konzentrierte sich bisher auf Einrichtungen wie Kindergarten und Grundschule. In Zukunft müssen Wege zur Ziel-

gruppe der kleinen Kinder und deren Eltern gefunden werden. Es geht um Aufklärung, Aufklärung und nochmals Aufklärung. 2007 fand eine Informations- und Aufklärungskampagne mit dem Motto „Zuckerfrei – Prävention und Früherkennung von Nuckelflaschenkaries“ der Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege Sachsen e.V. in Kooperation mit dem Sächsischen Staatsministerium statt, welche den Dr.-Wahl-Preis 2008 verliehen bekommen hat. Dieses praxisbezogene Projekt bestand aus einer Plakataktion „Zucker frei! – Gegen Nuckelflaschenkaries“ und einem darauf abgestimmten Kinospot, der in verschiedenen Regionen Sachsens den Spielfilmen vorgeschaltet war. Die Plakate wurden unter anderem an ca. 360 Kinderärzte, ca. 490 Frauenärzte und ca. 580 Hebammen in Sachsen versandt. Ein leuchtend roter Aufkleber – auf dem Mutterpass platziert – ist das dritte Element der Kampagne: Mit der Aufforderung „Bitte denken Sie an ihren Zahnarztbesuch!“ fordern Frauenärzte und Hebammen die werdende Mutter auf, sich zur Beratung, Untersuchung und gegebenenfalls für eine Behandlung an ihren Zahnarzt zu wenden. Durch Sensibilisierung der Mütter für eine gute Mundgesundheit – so die Hoffnung der Akteure – sollen die neuen Erdenbürger profitieren. Dies ist allerdings ein langer Weg.

Eine besondere Aufklärung der Eltern zu Nuckelflaschenkaries bewirkt zwar einen Wissenszuwachs, aber keine



Änderung des elterlichen Verhaltens (Strippel, 2004).

Ständige Impulse sind notwendig, um bei Eltern und auch Betreuern von kleinen Kindern eine Bewusstseinsweiterung und Verhaltensänderung zu bewirken.

Basierend auf der guten Resonanz und Zuarbeit der Ärzteschaft bei der Platzierung der Aufkleber in den Mutterpässen hat die LAGZ Sachsen e.V. in Zusammenarbeit mit der Landeszahnärztekammer Sachsen ein neues Projekt auf den Weg gebracht. Seit Mai 2009 gibt es einen neuen „Zahnärztlichen Vorsorgepass“. In Format und Design ist er an das gelbe Kinder-Untersuchungsheft für die U-Untersuchungen angepasst. Ziel ist es, dass jedes Neugeborene in Sachsen zusammen mit dem Kinder-Untersuchungsheft den „Zahnärztlichen Vorsorgepass“ erhält, welcher

im hinteren Teil des Umschlages vom Kinder-Untersuchungsheft seinen ständigen Platz haben wird. Analog dem Aufkleber im Mutterpass gibt es einen Aufkleber für das Kinderuntersuchungsheft, welcher die Eltern daran erinnern soll, dass eine Nuckelflasche nicht zum Dauergebrauch benutzt werden darf. Dieser Aufkleber sollte im vorderen Umschlag und bei der U6-Untersuchung platziert werden. Für dieses Vorhaben benötigen wir Ihre Mithilfe!

Seit 2000 müssen auch Kinderärzte zur Mundgesundheits-, Mundhygiene-, zahnschonenden Ernährung und Zahnpflege des Kindes beraten (U3, U7, U7a, U8).

Sollte die Mutter bei ihren regelmäßigen Besuchen bei Ihnen noch nicht im Besitz des Passes und der Aufkle-

ber sein, möchten wir Sie bitten, diesen an die Mutter auszuhändigen.

Die Pässe und Aufkleber können Sie kostenlos über die Bezirksgeschäftsstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und über die Landesarbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendzahnpflege Sachsen e.V. (Tel.: 0351 8066330) beziehen.

Falls Sie Kontaktadressen zu Zahnärzten benötigen, die auf die Behandlung von Kindern spezialisiert sind, wenden Sie sich bitte an die Landeszahnärztekammer Sachsen, Tel.: 0351 8066240.

Anschrift der Verfasserin:

Dipl.-Stom. Iris Langhans
Mitglied des Vorstandes der
Landeszahnärztekammer Sachsen
Vorsitzende des Präventionsausschusses
01587 Riesa
Tel.: 03525 872149
E-Mail: Iris.Langhans@t-online.de

„Ärzte helfen Ärzten“

Seit über 50 Jahren kümmert sich die Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ um bedürftige Arztkinder und in Not geratene Ärzte. Der Wunsch, kollegiale Hilfe zu leisten, war und ist ihr zentraler Gedanke.

Ursprünglich als Hilfswerk zur Unterstützung mittelloser Kollegenkinder aus der damaligen DDR gegründet, hat die Stiftung in den Folgejahren neue Schwerpunkte gesetzt. Heute sind es die Kinder bedürftiger Ärzte sowie Halbweisen und Waisen aus Arztfamilien, die dringend Hilfe benötigen und diese bei der Hartmannbund-Stiftung finden. Mit der Förderung sozial benachteiligter junger Menschen setzt sich die Stiftung zum Ziel, diesen einen Weg in die berufliche Existenz zu ermöglichen. Bisher konnten wir sehr viele Familien bedürftiger Kollegen unterstützen und deren Kindern eine Perspektive bieten. Für viele Kollegen, die

zumeist infolge unerwarteter Schicksalsschläge in Not geraten sind, konnte die Stiftung eine vorübergehende Hilfe zur Selbsthilfe leisten. Daneben bietet sie auch immaterielle Hilfe in Form von Beratungen an. Die Unterstützung erfolgt generell ohne Rücksicht auf die Zugehörigkeit der Ärzte oder ihrer Angehörigen zum Hartmannbund.

Diese unverzichtbare Hilfe möchten wir nicht nur aufrecht erhalten, sondern auch ausbauen. So konnte die Stiftung 2009 bereits zum zweiten Mal den „Horst-Bourmer-Preis“ zur Förderung besonderer Leistungen in Schule, Berufsausbildung und Studium ausschreiben und zwei Arztkinder prämiieren.

Unterstützen Sie mit Ihrer Spende die Arbeit der Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ – damit wir auch in Zukunft dort Hilfe leisten können, wo sie gebraucht wird.



Hartmannbund-Stiftung

Ärzte helfen Ärzten

Dr. Roland Quast
Vorsitzender der Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“

Dr. Waltraud Diekhaus
Stellvertretende Vorsitzende der Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“, Vizepräsidentin des Weltärztinnenbundes

Prof. Dr. Dr. h.c. Jörg-D. Hoppe
Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages

Dr. Dr. Jürgen Weitkamp
Ehrenpräsident der Bundeszahnärztekammer Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e. V.

Dr. Andreas Köhler
Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Spendenkonto der Stiftung:

**Deutsche Apotheker- und
Ärztebank eG Stuttgart
Konto-Nr.: 0 001 486 942
BLZ: 600 906 09**

Trophoblasttumorregister der Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Onkologie (AGO)

L.-Ch. Horn^{1*}, M. Vogel¹, D. Schmidt^{2*}, U. Ulrich^{4*} für die Mitglieder der Organgruppe Uterus der AGO

¹ Institut für Pathologie, Abteilung Mamma-, Gynäko- und Perinatalpathologie, Universität Leipzig

² Institut für Pathologie, Allgemeine Histologie und Zytologie, Referenzzentrum für Gynäko-pathologie, Mannheim

³ Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Martin-Luther-Krankenhaus, Berlin

* Mitglieder der Organgruppe Uterus der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO)

Gestationsbedingte Trophoblasterkrankungen (GTD) sind morphologisch und klinisch sowie bezüglich ihrer Prognose sehr heterogen. Sie umfassen folgenden Entitäten:

- Hyperplastische Implantationsstelle (exaggerated placental site; EPS)
- Plazentabettknoten (placental site nodule; PSN)
- Partialmole (partial hydatidiform mole; PHM)
- Blasenmole (complete hydatidiform mole; CHM)
- Invasive Mole (invasive mole; IM)
- Chorionkarzinom (choriocarcinoma; CCA)
- Plazentabettumor (placental site trophoblastic tumor; PSTT)
- Epitheloider Trophoblasttumor (epithelial trophoblastic tumor; ETT).

Aktuelle Zahlen zur Inzidenz und Mortalität fehlen für Deutschland ebenso wie deskriptive Daten zum Beispiel dem Alter der Patientinnen, dem Gestationsalter und dem jeweiligen Schwangerschaftsereignis bei dem die GTD beobachtet wurde (2). In Krebsregistern, zum Beispiel dem mit einem Erfassungsgrad von knapp 90 Prozent agierenden Gemeinsamen Krebsregister der neuen Bundesländer (GKR), werden im Rahmen der Meldepflicht lediglich das Chorionkarzinom und im Falle eines malignen Verlaufes, der Plazentabett- und der epitheloide Trophoblasttumor erfasst (3).

riert. Bisher konnten zwischen 1996 und 2008 retro- und prospektiv 65 GTD erfasst werden.

Mit dem Trophoblasttumorregister sollen folgende Ziele erreicht werden:

- Erfassung aller Primärfälle oben genannter Entitäten der GTD,
- Erfassung aller Rezidive und Metastasen,
- Sammlung von Fällen für wissenschaftliche Fragestellungen.

Der Ablauf der Meldung ist in Abbildung 2 zusammengefasst. Die Erfassung der jeweiligen Fälle ist für die einsendenden Einrichtungen kosten-

Wie erfolgt die (formlose) Meldung ?

- Übersendung einer Kopie des Histologiebefundes Ihres Pathologen (der die Adresse Ihres Pathologen enthält).
- Übersendung einer Kopie des zusammenfassenden Arztbriefes.
- Für Pathologen: Übersendung eines oder mehrerer repräsentativer Paraffinblöcke und eine Kopie des Histologiebefundes.
- an:
- Prof. Dr. L.-C. Horn Institut für Pathologie Universität Leipzig Liebigstraße 26 04103 Leipzig

Abbildung 2: Ablauf der Meldung von gestationsbedingten Trophoblasterkrankungen (GTD) im Trophoblasttumorregister.

Die Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Onkologie e.V. (AGO), die unter dem Dach der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) und der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (DKG) agiert ist eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe, die sich unter anderem mit der Erstellung von Leitlinien, der Planung und Durchführung von Studien sowie wissenschaftlichen Fragestellungen gynäkologischer Malignome befasst (www.ago-online.org). Sie gliedert sich in vier Organkommissionen (OK) und eine Kommission, die sich der translationalen Forschung (Tra-Fo) bei gynäkologischen Malignomen befasst (Abb. 1). Empfehlungen zu Diagnostik und Therapie für gestationsbedingte Trophoblasterkrankungen wurden als interdisziplinäre S1-Leitlinie von der AGO erarbeitet (1).

los. Aus logistischen und finanziellen Gründen kann jedoch weder vom Trophoblasttumorregister noch von der AGO eine pauschale Finanzierung der Zusendung übernommen werden. Auch die dem Einsender anfallende Portokosten können leider nicht erstattet werden. Sämtliche Daten werden unter Berücksichtigung der gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz behandelt.

Wenn gewünscht, erhält der Einsender einen kostenlosen konsiliarischen Befund. Wird ein solcher nicht ausdrücklich gewünscht, wird der Fall ohne Versendung eines Befundes in das Register aufgenommen. Die AGO wäre für eine rege Beteiligung am Trophoblasttumorregister sehr dankbar.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. Lars-Christian Horn
Abteilung Mamma-, Gynäko- und

Perinatalpathologie
Institut für Pathologie, Universität Leipzig
Liebigstraße 26, 04103 Leipzig
Tel.: 0341 9715046

E-Mail: hornl@medizin.uni-leipzig.de

Von der Organkommission (OK) „Uterus“ der AGO wurde Anfang 2008 ein sog. Trophoblasttumorregister mit Sitz im Institut für Pathologie der Universität Leipzig inaugu-



Abbildung 1: Organigramm der Stellung und Gliederung der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO). Einzelheiten siehe Text.

Gesetzliche Fortbildungsverpflichtung für Fachärzte im Krankenhaus

Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz hat der Bundesgesetzgeber im Jahr 2004 für niedergelassene Vertragsärzte und Fachärzte im Krankenhaus eine Fortbildungsverpflichtung im Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) eingeführt. Die näheren Regelungen über Art, Inhalt und Zeitraum der Fortbildungsverpflichtung für Vertragsärzte sind von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erlassen worden. Dabei lief der erste Nachweiszeitraum zum 30. Juni 2009 ab.

Die Fortbildungsverpflichtung für Fachärzte im Krankenhaus wird durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) geregelt. Hierzu hatte der G-BA zum 1. Januar 2006 eine Vereinbarung erlassen. Diese wurde im März 2009 umbenannt in „Regelung zur Fortbildung von Fachärztinnen und Fachärzten, psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus“. Die Regelung zur Fortbildung im Krankenhaus trat am 29. April 2009 in Kraft.

Wesentlicher Aspekt ist daher die regelmäßige Fortbildung der Fachärzte und deren Nachweis. Von allen Fachärzten, die am 01. Januar 2006 tätig geworden sind oder tätig werden, verschiebt sich die Frist entsprechend. Jeder Facharzt muss 250 Fortbildungspunkte in einem 5-Jahreszeitraum mit einem Fortbildungszertifikat der Ärztekammer nachweisen. Mindestens 150 Punkte (das heißt

60 Prozent) sind fachspezifisch zu erwerben. Dabei werden als fachspezifisch all jene Fortbildungsmaßnahmen angesehen, die dem Erhalt und der Weiterentwicklung der fachärztlichen Kompetenz dienen. Der Facharzt muss diese Unterscheidung selbst vornehmen und sich dies von seinem Ärztlichen Direktor bestätigen lassen (zum Beispiel durch Vorlage seines Punktekontoauszuges, aus dem detailliert die Fortbildungsmaßnahmen ersichtlich sind). Die Einhaltung der Fortbildungsverpflichtung ist vom Ärztlichen Direktor zu überwachen. Die Krankenhausleitung belegt durch einen durch den Ärztlichen Direktor erstellten Bericht die Fortbildung der Fachärzte. Im Qualitätsbericht ist dann anzugeben, in welchem Umfang die Fortbildungsverpflichtungen erfüllt wurden.

Wir möchten in diesem Zusammenhang nochmals auf die Möglichkeit der komfortablen Nutzung des individuellen Online-Fortbildungspunktekontos bei der Sächsischen Landesärztekammer hinweisen. Alle von der Sächsischen Landesärztekammer im Freistaat anerkannten ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen können im Online-Fortbildungskalender nach vom Nutzer bestimmten Kriterien recherchiert werden. Für die erste Zertifizierungserteilung ist es sinnvoll, zeitnah nach Erreichen der 250 Punkte im zurückliegenden Fünfjahreszeitraum den Antrag auf das Fortbildungszertifikat bei der Sächsischen Landesärztekammer zu stellen und nicht erst den 31.12.2010 abzuwarten.

Nähere Informationen zu den vorgenannten Regelungen und Ausführungen finden Sie auf der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer www.slaek.de in der Rubrik Fortbildung.

Dr. med. Katrin Bräutigam
Ärztliche Geschäftsführerin
E-Mail: aegf@slaek.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
Dr. Katrin Bräutigam
Prof. Dr. Heinz Diettrich
Dr. Hans-Joachim Gräfe
Dr. Rudolf Marx
Prof. Dr. Peter Matzen
Uta Katharina Schmidt-Göhrich
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 der Korrekturabzüge 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.

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

*) Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Allgemeinmedizin können sich auch Fachärzte für Innere Medizin bewerben, wenn sie als Hausarzt tätig sein wollen.

Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Innere Medizin (Hausärztlicher Versorgungsbereich) können sich auch Fachärzte für Allgemeinmedizin bewerben.

Bitte geben Sie bei der Bewerbung die betreffende Registrierungs-Nummer (Reg.-Nr.) an.

Wir weisen außerdem darauf hin, dass sich auch die in den Wartelisten eingetragenen Ärzte bei Interesse um den betreffenden Vertragsarztsitz bewerben müssen.

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz Aue-Schwarzenberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 09/C068
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.11.2009

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Praktischer Arzt*)
Reg.-Nr. 09/C069

Chemnitzer Land

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Reg.-Nr. 09/C070

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

(Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)
Reg.-Nr. 09/C071

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 08.12.2009 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 Chirurgie
(Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)
Reg.-Nr. 09/D058
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.11.2009

Hoyerswerda-Stadt/Kamenz

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
(Vertragsarzt in einer Gemeinschaftspraxis, Abgabe des Vertragsarztsitzes zur Hälfte)
Reg.-Nr. 09/D059
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.11.2009

Löbau-Zittau

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 09/D060

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 09/D061

Meißen

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich*)
Reg.-Nr. 09/D062
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.11.2009

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 09/D063

Riesa-Großenhain

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 09/D064

Sächsische Schweiz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 09/D065
Facharzt für Innere Medizin-hausärztlich*)
Reg.-Nr. 09/D066

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10.12.2009 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksge-

schäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 8828-310, zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Leipzig-Stadt

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich*)
Reg.-Nr. 09/L061

Facharzt für Augenheilkunde
(Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)
Reg.-Nr. 09/L062

Psychologischer Psychotherapeut
Reg.-Nr. 09/L063

Psychologischer Psychotherapeut
(Abgabe des Vertragspsychotherapeuten-sitzes zur Hälfte)
Reg.-Nr. 09/L064
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 19.11.2009

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.12.2009 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.: (0341) 24 32-153 oder -154 zu richten.

Abgabe von Vertragsarztsitzen

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

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Torgau-Oschatz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: sofort

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
geplante Praxisabgabe: sofort

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

Prof. Dr. med. habil. Joachim Schauer zum 70. Geburtstag



Am 25. April 2009 wurde Herr Professor Schauer, der frühere Leiter der Medizinischen Klinik I der Universität Leipzig, 70 Jahre alt!

In Magdeburg geboren, studierte er an der alterwürdigen Universität Leipzig – die in diesem Jahr 600 Jahre alt wird – Medizin. Sein Staatsexamen hatte er 1963 abgelegt und als Assistenzarzt im Bezirkskrankenhaus Grimma seine ersten internistischen Erfahrungen gesammelt. Seine Promotion, noch im selben Jahr zum Thema „Umgebungsuntersuchungen bei Hepatitis infectiosa“ abgelegt, war für sein späteres Interesse noch nicht richtungsweisend. Zurück in Leipzig habilitierte er sich 1976 an der damaligen „Karl-Marx-Universität“ mit dem Thema „Diagnostik der gestörten kardiopulmonalen Funktion bei der ischämischen Herzkrankheit“.

Vom Herzen her kommend war er also bei der Lunge angelangt. Früh etablierte er in Leipzig die Einschwemmkatheter-Untersuchung des rechten Herzens. So wurde ihm 1983 wegen seiner fachlichen Qualifikation die Leitung der Abteilung Pneumologie der Medizinischen Klinik übertragen, die er im gemeinsamen Enthusiasmus mit seinen Mitarbeite-

rinnen und Mitarbeitern trotz bescheidener Mittel aufbaute. 1987 wurde er erster Stellvertreter des Direktors der Klinik für Innere Medizin, 1988 außerordentlicher, 1990 nach der Wende ordentlicher Professor der Universität Leipzig und demokratisch gewählter (!) Direktor der Klinik für Innere Medizin.

Als Prodekan konnte er gemeinsam mit dem damaligen Dekan, Professor Geiler, und weiteren Persönlichkeiten entscheidend an der akademischen Neugestaltung der Medizinischen Fakultät mitwirken. In der Sächsischen Gesellschaft für Innere Medizin war er Vorstandsmitglied, Vorsitzender und wiederholt Tagungspräsident. Als Leitender Ärztlicher Direktor des Klinikums und Medizinischer Vorstand half er die Neugestaltung der Organisationsstrukturen des Universitätsklinikums Leipzig einzuleiten. Auch seinem engagierten Einsatz in verschiedenen Gremien, nicht zuletzt bei der Staatsregierung in Dresden, ist der gelungene Neubau des Universitätsklinik-Campus Leipzig mitzuverdanken.

Professor Schauer hat den Grundstein zu einer anerkannten, selbstständigen universitären Pneumologie in Leipzig gelegt, an deren Ausbau er kontinuierlich gewirkt hat. Er förderte seine „jungen Leute“ wie er nur konnte und ermöglichte es ihnen, auch nationale und internationale Erfahrung zu sammeln. Ein Höhepunkt seiner Karriere war die gelungene Gestaltung der 39. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie 1998 in Leipzig, die erste Jahrestagung in einem der neuen Bundesländer.

Von Anfang an befürwortete er die integrative Sicht auf kardiopulmonale Erkrankungen und etablierte ein Zentrum für Patienten mit pulmonaler Hypertonie, welches seither besteht. Früh setzte er sich auch für die Etablierung der Lungentransplantation zusammen mit dem Herzzentrum der Universität Leipzig ein. Er erkannte auch die Notwendigkeit

einer Spezialsprechstunde für die erwachsenen Patienten mit Mukoviszidose und eines kompletten Schlaflabors und schuf für beide die Voraussetzungen.

Besondere Weitsicht bewies er mit der von ihm wesentlich betriebenen Initiative zur Gründung der Mitteldeutschen Gesellschaft für Pneumologie, die in den Bundesländern Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen lebendig tätig ist, geschätzt wird und ein bemerkenswertes Beispiel der Kooperation zwischen Pneumologen in Kliniken und Niederlassung darstellt.

Nach dieser dynamischen Zeit fiel ihm der Gedanke an einen Ruhestand zunächst nicht leicht, und so war er zunächst auch noch klinisch, später im niedergelassenen Bereich und durch Gutachtertätigkeit bis heute sehr aktiv. Professor Schauer ist weiterhin ein sehr geschätzter Berater und pragmatischer Hochschullehrer mit vielen guten Verbindungen, auf dessen fachliche und menschliche Qualifikation wir uns gerne verlassen.

Professor Schauer beeindruckt uns permanent mit seinem exzellenten Wissen, was Literatur, Geschichte und insbesondere die Musik betrifft. Besonderes Interesse gilt den Komponisten Richard Wagner und Gustav Mahler. Es ist eine Freude, mit Joachim Schauer über die Geschichte zu diskutieren, oder von der Musik zu schwärmen. Wir wünschen ihm viele Jahre in guter Gesundheit, Schaffenskraft und Lebensfreude gemeinsam mit seiner Ehefrau Christel, seinen Kindern Ulrike und Christof, seinen Enkelkindern, Freunden und Kollegen.

Gerhard Hoheisel, Jörg Winkler, Christian Gessner, Matthias Vogtmann und Hubert Wirtz
für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Erstveröffentlichung in Pneumologie 2009; 63:595-596. Mit freundlicher Genehmigung des Thieme Verlags, Stuttgart.

Unsere Jubilare im Dezember 2009 – wir gratulieren!

60 Jahre

- 03.12. Dr. med. Hanzl, Gottfried
02791 Oderwitz
- 03.12. Dr. med. Kästner, Isolde
01728 Bannewitz
- 07.12. Dr. med. Kurzweg, Sabine
08301 Schlemma
- 07.12. Dipl.-Med. Reißig, Klaus-Dieter
09456 Annaberg-Buchholz
- 07.12. Dr. med. Richter, Renate
04105 Leipzig
- 09.12. Dipl.-Med. Merkel, Elisabeth
08412 Werdau
- 11.12. Dipl.-Med. Linderer, Geraldine
09127 Chemnitz
- 13.12. Dipl.-Med.
Schwalbe, Joachim
09337 Hohenstein-Ernstthal
- 14.12. Prof. Dr. med. habil.
Albrecht, Detlev Michael
01277 Dresden
- 14.12. Schwarz, Marianne
04808 Thallwitz
- 15.12. Dr. med. Schilling, Rainer
08541 Großfriesen
- 21.12. Böhnisch, Gisela
04451 Borsdorf
- 21.12. Dr. med. Damme, Monika
01326 Dresden
- 22.12. Dr. med. Lauterbach, Michael
01324 Dresden
- 22.12. Dipl.-Med. Stein, Christel
09117 Chemnitz
- 23.12. Dr. med. Krause, Thomas
04299 Leipzig
- 25.12. Dipl.-Med. Hinz, Barbara
04838 Eilenburg
- 25.12. Dr. med. Schulze, Arndt
01689 Weinböhla
- 28.12. Dipl.-Med.
Goeldner, Angelika
02943 Weißwasser
- 29.12. Dr. med. Hohrein, Ditmar
09217 Burgstädt/Herrenhaide
- 29.12. Dr. med. Kluttig, Christel
02763 Zittau
- 30.12. Dr. med. Reinhardt, Ilona
01067 Dresden

65 Jahre

- 03.12. Dr. med. Burger, Lutz
04159 Leipzig
- 05.12. Dipl.-Med. Rustler, Dorothea
09456 Annaberg-Buchholz
- 06.12. Dr. med.
Strohbach, Wolfgang
04860 Torgau
- 09.12. Dr. med. Heinzl, Volkhart
02747 Herrnhut
- 11.12. Dr. med. Bodendieck, Peter
04808 Wurzen

- 11.12. Dr. med. Kießling, Hartmut
01189 Dresden
- 11.12. Dr. med. Steinert, Gerd
01454 Wachau
- 14.12. Dr. med. habil.
Bergert, Klaus-Dietmar
08132 Mülsen
- 17.12. Dr. med.
Schmidt, Hans-Thomas
04828 Altenbach
- 18.12. Rosemann, Elke
02827 Görlitz
- 18.12. Dipl.-Med. Ulber, Frank
01744 Dippoldiswalde
- 22.12. Schubert, Ulrike
04741 Roßwein
- 25.12. Dr. med. Hackert, Ingrid
01187 Dresden
- 26.12. Dipl.-Med. Wischer, Maria
04229 Leipzig
- 29.12. Dr. med. Hentschel, Elke
04316 Leipzig

70 Jahre

- 01.12. Prof. Dr. med. habil.
Gruber, Gunter
04425 Taucha
- 01.12. Dr. med. Kloß, Peter
01279 Dresden
- 01.12. Dr. med. Piehler, Christine
08428 Langenbernsdorf
- 02.12. Dr. med. Effmert, Klaus
01773 Altenberg
- 03.12. Dr. med. Zeug, Karin
09217 Burgstädt
- 04.12. Dr. med. Kleint, Volkmar
02797 Oybin
- 04.12. Krug, Rolf
04328 Leipzig
- 05.12. Dr. med. Sommer, Gerlinde
04157 Leipzig
- 09.12. Dr. med. Haag, Elfriede
04416 Markkleeberg
- 10.12. Dr. med. Schulze, Christel
08060 Zwickau
- 12.12. Dr. med. Lohse, Hannelore
01239 Dresden
- 12.12. Dr. med. Schnaack, Sabine
01796 Pirna
- 15.12. Dr. med. Koinzer, Antje
08141 Reinsdorf
- 17.12. Dr. med. Peschel, Lothar
01855 Sebnitz
- 18.12. Dr. med. Halm, Manfred
01328 Dresden
- 18.12. Dr. med. Jacob, Inge
04463 Großpösna
- 18.12. Dr. med. Johannsen, Christa
04229 Leipzig
- 18.12. Dr. med. Teubner, Joachim
08209 Auerbach
- 19.12. Dr. med. Caffier, Paul
04103 Leipzig
- 20.12. Dr. med. Schilling, Dieter
01705 Freital

- 20.12. Dr. med. Voß, Johannes
01217 Dresden
- 21.12. Dr. med. Huck, Ursula
01909 Großharthau
- 22.12. Dr. med. Preuße, Rainer
08289 Schneeberg
- 23.12. Dittrich, Klaus
08352 Raschau
- 23.12. Dr. med. Müller, Roland
01809 Dohna
- 25.12. Dr. med. Dämmrich, Klaus
02829 Markersdorf
- 26.12. Dr. med. Reichel, Helmut
02796 Jonsdorf
- 27.12. MUDr. Hasek, Ursula
09116 Chemnitz
- 27.12. Dr. med.
Knebel-Schubert, Bärbel
02633 Göda

75 Jahre

- 04.12. Dr. med. Wessig, Heinrich
02827 Görlitz
- 06.12. Dr. med. Thiel, Ute
04155 Leipzig
- 07.12. Prof. Dr. med. habil.
Wildführ, Wolfgang
04288 Leipzig
- 08.12. Prof. Dr. med. habil.
Dr. med. dent.
Langanke, Barbara
04416 Markkleeberg
- 09.12. Dr. med. Deunert, Wolfgang
08468 Reichenbach
- 10.12. Dr. med. Rudolph, Siegfried
01307 Dresden
- 11.12. Dr. med. Gansel, Erika
02894 Reichenbach
- 13.12. Dr. med. Rank, Ruth
08547 Jöbnitz
- 14.12. Dr. med. Mierisch, Klaus
01662 Meißen
- 15.12. Schmidt-Brücken, Irmtraud
09212 Limbach-Oberfrohna
- 16.12. Dr. med. Beck, Ingrid
01324 Dresden
- 20.12. Prof. Dr. med. habil.
Lommatzsch, Peter
04299 Leipzig
- 20.12. Dr. med. Otto, Hedda-Maria
04288 Leipzig
- 21.12. Dr. med. Pietzsch, Ursula
04179 Leipzig
- 24.12. Dr. med. Büttner, Werner
09439 Amtsberg/Dittersdorf
- 24.12. Dr. med. habil. Dohrn, Klaus
09117 Chemnitz
- 24.12. Dr. med. Schnick, Helgard
08529 Plauen
- 25.12. Dr. med. Müller, Jürgen
01109 Dresden
- 28.12. Dr. med. Hesse, Volkmar
01662 Meißen
- 28.12. Dr. med.
Richter, Götz-Michael
01471 Radeburg

30.12. Dr. med. Voigt, Annegret
08209 Auerbach/V.

80 Jahre

15.12. Dr. med.
Hennebach, Manfred
08262 Tannenbergsthal

81 Jahre

02.12. Dr. med. Winde, Eva-Brigitte
09456 Annaberg-Buchholz

10.12. Rother, Grete
01307 Dresden

14.12. Dr. med. Graupner, Regina
01069 Dresden

21.12. Dr. med. Richter, Heinz
01277 Dresden

30.12. Dr. med. Seim, Günter
09111 Chemnitz

82 Jahre

06.12. Prof. Dr. med. habil.
Linde, Klaus
04279 Leipzig

09.12. Prof. Dr. med. habil.
Lohmann, Dieter
04299 Leipzig

13.12. Prof. Dr. med. habil.
Geiler, Gottfried
04277 Leipzig

21.12. Dr. med. Simon, Joachim
08060 Zwickau

83 Jahre

02.12. Dr. med. Gülke, Karl
08228 Rodewisch

19.12. Dr. med. Herrmann, Käte
01309 Dresden

25.12. Dr. med. Kriester, Otto
08209 Auerbach

29.12. Dr. med. Spangenberg, Georg
04158 Leipzig

84 Jahre

10.12. Dr. med. Butter, Brigitte
02625 Bautzen

19.12. Dr. med. Müller, Lenore
09603 Großschirma

23.12. Dr. med. Liebold, Christa
04109 Leipzig

30.12. Prof. Dr. sc. med.
Hajduk, Frantisek
09114 Chemnitz

85 Jahre

13.12. Prof. Dr. med. habil.
Cossel, Lothar
04277 Leipzig

27.12. Dr. med. Staude, Sigrig
04177 Leipzig

31.12. Dr. sc. med.
Kretzschmar, Wolfgang
02625 Bautzen

86 Jahre

06.12. Dr. med.
Morgenthaler, Anton
04109 Leipzig

87 Jahre

29.12. Dr. med. Günther, Waltraute
04420 Markranstädt

89 Jahre

01.12. Dr. med. Wehnert, Hans
01454 Radeberg

15.12. Dr. med. Gebhardi, Rosemarie
08523 Plauen

17.12. Prof. Dr. med. habil.
Haller, Hans
01069 Dresden

95 Jahre

31.12. Dr. med. Born, Helmut
01326 Dresden

96 Jahre

10.12. Dr. med. Rudolph, Peter
01445 Radebeul

98 Jahre

13.12. Dr. med. Kasperek, Bernhard
08645 Bad Elster

„Orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung“

Thomann, Klaus – Dieter; Schröter, Frank; Grosser, Volker (Hrsg.)

Praxis der klinischen Begutachtung – mit Zugang zum Elsevier-Portal
Urban & Fischer
München 2009
597 Seiten, 165 Abbildungen, Tabellen, Hardcover,
Preis: 130,00 Euro
ISBN: 978-3-24860-3

Von vierzehn Autoren gestaltet liegt mit dem Buch „Orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung“ ein flüssig zu lesendes und ausgezeichnet gelungenes Nachschlagewerk für die Begutachtungspraxis, herausgegeben vom Verlag Urban und Fischer 2009, vor.

Herausgeber und Autoren haben es geschafft, in 33 Kapiteln, angefangen mit allgemeinen Grundlagen bis hin zu den spezifischen Erkrankun-

gen des muskuloskeletalen Apparates, im übersichtlichen Aufbau die Fülle des Stoffgebietes auf 560 Seiten und ohne lange Weile aufkommen zu lassen, aufzubereiten. Neben Inhaltsverzeichnis und Register runden Autorenverzeichnis und Abkürzungsübersicht das Buch ab.

Übersichtliche Abbildungen und aussagekräftige Tabellen sind neben klinischen Fallbeispielen zur Auflockerung des Textes gewählt worden. Ätiologie und Klinik sowie Therapie und Prognose werden den prägnanten Hinweisen zur Beurteilung und Begutachtung vorangestellt. Eigenständige Kapitel sind auch der Begutachtung in der gesetzlichen wie auch in der privaten Versicherung gewidmet. Dabei werden sowohl Unfallversicherung, Rentenversicherung, Krankenversicherung und Arbeitslosenversicherung neben Berufskrankheiten, Haftpflichtversicherung, Schwerbehindertenrecht, soziales Entschädigungsrecht neben der Begutachtung bei medizinischen Behandlungsfehlern, Personenschäden in der Haftpflichtversicherung und Begutach-



tung im Arzthaftungsrecht prägnant und in sprachlicher Präzision dargestellt.

Rundum das Buch „Orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung“ sollte keinesfalls auf dem Schreibtisch der Orthopäden und Chirurgen fehlen und es ist für vorwiegend gutachterlich tätige Kolleginnen und Kollegen sehr zu empfehlen.

Dr. med. Hans-Joachim Gräfe
Köhren-Sahlis

Johann Georg I., Kurfürst von Sachsen (1611 bis 1656)

Mögliche Ursachen seiner chronischen Wankelmütigkeit und die Folgen für Sachsen



Abbildung 1: Kurfürst Johann Georg I., Grablege im Dom zu Freiberg. Foto: Chr. Rettig, 2007

Einleitung

Die Grablege im Dom zu Freiberg ist die Ruhestätte von neun lutherischen Landesfürsten des sächsisch-albertinischen Fürstenhauses Wettin. Zu ihnen gehört Kurfürst Johann Georg I., der während des Dreißigjährigen Krieges Sachsen regierte. Wenn man seine prächtige Büste im Dom betrachtet und sich erinnert, dass im Oktober 1648 der Westfälische Frieden den Großen Krieg (wie ihn Ricarda Huch nannte) beendete, ist man inmitten der deutschen und speziell der sächsischen Geschichte und bei der Frage: welche Rolle spielte in dieser schwierigen Zeit Kurfürst Johann Georg I.?

Die Meinungen über diesen Mann sind unterschiedlich.

Zur Person von Kurfürst Johann Georg I.

Mit seiner Geburt am 5. März 1585 in Dresden bekam er das Amt eines Regenten in die Wiege gelegt. Durch den frühen Tod seines Vaters Kurfürst Christian I.

(1560 bis 1591) und seines Bruders Kurfürst Christian II. (1583 bis 1611) kam Johann Georg I. unverhofft im Alter von 26 Jahren auf den sächsischen Thron. Sein Vater soll ein kränklicher Mann gewesen sein (es wurde auch von „Gifte“ gesprochen). Sein Bruder war ein der Jagd, den Festen und dem Trunke ergebener und für das Regieren völlig ungeeigneter Fürst, dem ein scharfer Trunk das Ende seines Lebens herbeigeführt haben soll. Johann Georg I. war deshalb schon frühzeitig von seinem Bruder mit der Übernahme gewisser Regierungsaufgaben betraut worden, was ihm hinsichtlich seiner Thronbesteigung 1611 zustatten kam. Vermählt war er in zweiter Ehe mit der brandenburgischen Prinzessin Magdalena Sibylla, die ihm sieben Söhne und drei Töchter gebar.

Nach dem Vorbild seines Großvaters Kurfürst August (1526 bis 1586), der als streng orthodoxer Lutheraner die Calvinisten aus Sachsen vertrieben hatte, versuchte er, Gott und dem Kaiser zu dienen. Sein Leitspruch hieß: „Ich fürchte Gott, liebe die Gerechtigkeit und ehre meinen Kaiser“. Das klingt sehr brav und in der Tat wurde er als ein frommer, offener und biederer Mann von K. A. Müller (Forschungen auf dem Gebiete der neueren Geschichte; Dresden und Leipzig, 1838) beschrieben. In der Allgemeinen Deutschen Biographie (Leipzig, 1881) wurde hervorgehoben, dass der Kurfürst eifersüchtig auf seine ernstlichen Vetter war und das er schon früh eine große Hinneigung zum Kaiserhof zeigte. Seine Jagdlust, ein übermäßiger Trunk sowie seine Bequemlichkeit waren markante Eigenschaften. Auch habe er seinen Blick immer nur auf das Nächste gerichtet und sich fast willenlos von den Ereignissen treiben lassen.

Das Trinken betreffend hat Ricarda Huch in ihrem Werk „Aus dem Dreißigjährigen Krieg“ (1925) den sächsischen Kurfürst Johann Georg I. als „sehr trinkfesten Herrn“ genannt.

Wegen der Trinklust hatten die Schweden Johann Georg I. den Spitznamen „Biergöran“ verpasst und selbst die Kurfürstin hatte ihren Ehemann des öfteren, auch in Briefen, zum Maßhalten angehalten und ermahnt. Von diesen Äußerungen einen Alkoholiker ableiten zu wollen, wäre jedoch falsch, weil zum damaligen Leben bei prunkvoller Hofhaltung in Dresden, bei der Jagd und im Feldlager reichlich Wein und Bier flossen.

Nach siebenjähriger ruhiger Regierungszeit sah sich Johann Georg I. nach dem Prager Fenstersturz im Jahre 1618 vor schwierige Aufgaben gestellt. Er war damals einer der mächtigsten protestantischen Landesfürsten. Mit Beginn des Dreißigjährigen Krieges hätte er erkennen

müssen, dass sein weltlicher Vorgesetzter, der katholische Kaiser Ferdinand II. sein Feind war. Ob Johann Georg I. das erkannte, wird nachfolgend durch seine politischen Entscheidungen beantwortet werden.

Die Politik des sächsischen Kurfürsten im Dreißigjährigen Krieg

Der Dreißigjährige Krieg hatte religiös-politische Hintergründe, aber es ging immer um die weltliche Macht. Als Feinde standen sich die protestantische Union und die katholische Liga gegenüber. Kaiser Ferdinand II. wollte mit der von ihm betriebenen Gegenreformation die habsburgische Machtstellung stärken. Als er zum Kaiser gewählt wurde, hatte er auch die Stimme des protestantischen Kurfürsten Johann Georg I. erhalten. Zunächst war Johann Georg I. der protestantischen Union nicht beigetreten. Nach E. G. Heinrich (Sächsische Geschichte; Leipzig, 1782) wollte sich der sächsische Kurfürst in der Anfangsperiode des Krieges aus allen militärischen Auseinandersetzungen mittels einer bewaffneten Neutralitätspolitik heraushalten. Auf dem Kreistag im Februar 1620 in Leipzig machte er zur Behauptung der Neutralität und zur Verhütung aller Durchzüge (eine nahezu geniale Vorausschau angesichts der späteren grausamen Wirklichkeit) den Vorschlag, ein Corps von 4.000 Mann aufzustellen, dessen Direktion er übernehmen wollte.

Allein die Schmeicheleien und Versprechungen des Kaisers und die Ratschläge seiner ihm damals vertrautesten Räte (von Schönberg und von Loos) sowie die Beeinflussung durch den vom Kaiser bestochenen Hofprediger Hoe von Hoenegg (so Heinrich) vertrieben die Neutralitätsgedanken des sächsischen Kurfürsten.

Nach dem Prager Fenstersturz hatte Johann Georg I. die von den böhmischen Aufständigen angebotene Königskrone abgelehnt. Vielmehr folgte er in Treue zum Kaiser dessen Aufforderung zur Niederwerfung des Aufstandes. Den Besiegten hatte er Glaubensfreiheit versprochen, aber der Kaiser enttäuschte ihn damit, denn Protestanten wurden ihrer Ämter enthoben und verjagt. Der Kurfürst billigte dieses Vorgehen nicht, aber der Kaiser konnte ihn mit der Einräumung der Lausitz wieder auf seine Seite ziehen. Um 1625 verlieh ihm der Kaiser die Titel „Durchlauchtig“ und „Ew. Liebden“. Als Ferdinand II. den Posten des Administrators im Domkapitel zu Magdeburg mit seinem eigenen Sohn Leopold besetzen und damit Prinz August, den Sohn von Johann Georg I., aus dem Rennen werfen wollte, kam es zu Verstimmungen. Aber ernsthaft geriet Johann Georg I. mit

seiner Kaiserstreue ins Wanken, als Ferdinand II. 1629 mit dem Restitutionsedikt protestantischen Kirchenbesitz rekatholizieren wollte. Der Kaiser ließ an seiner Forderung keinen Zweifel, sondern setzte unmißverständlich militärische Mittel zu seiner Realisierung ein. In dieser Situation musste sich endlich Johann Georg I. gegen den Kaiser erklären. Die ihm angebotene Hilfe der Schweden nahm er jedoch sehr zögerlich an. Der Schwedenkönig Gustav Adolf war inzwischen mit seiner Armee auf deutschem Boden gelandet, um seine protestantischen Glaubensgenossen zu unterstützen. Erst als die Not am größten war und die kaiserliche Armee unter Tilly in Sachsen einmarschierte, verbündete sich Johann Georg I. mit den Schweden. Er überließ König Gustav Adolf seine Truppen. Auf Weisung von Gustav Adolf zog der Kurfürst nach Böhmen und besetzte 1631 Prag. Da er das Bündnis mit den Schweden nur halbherzig geschlossen hatte, empfand er den Tod des Schwedenkönigs 1632 in der Schlacht bei Lützen als ein Signal, das Bündnis wieder zu lösen. Nach langwierigen diplomatischen Verhandlungen schloss Johann Georg I. 1635 mit der kaiserlichen Seite den Prager Frieden. Unter den vielen Kritikern zu diesem Friedensschluss befand sich auch die sächsische Kurfürstin. Im Ergebnis des Prager Friedens hatte aber der sächsische Kurfürst sofort einen neuen und gefährlichen Gegner: die Schweden, seine protestantischen Glaubensgenossen! Hatte Sachsen schon unter den Truppen von Wallenstein und den Horden von Heinrich Holk (ein dänischer Protestant im kaiserlichen Dienst) gelitten, kleine Städte und ganze Dörfer waren vernichtet worden, so rächten sich jetzt die Schweden am Bündnisbruch an Sachsen. Die Verteilung von Dresden war stabil, aber an anderen Orten stand Johann Georg I. im Kampf gegen die Schweden. So zog er im Juni 1644 mit etwa 2.000 Mann von Dresden nach Chemnitz und befreite die Stadt von der schwedischen Besatzung. Auch aus Zwickau wurden die Schweden von ihm vertrieben. In Leipzig allerdings glückte ihm dieses Vorhaben nicht. Als Pfand für ausstehende Reparationskosten zogen die Schweden erst 1650, lange nach dem Friedensschluss, aus Leipzig ab.

Wie war es zur Beendigung des Dreißigjährigen Krieges auf sächsischem Territorium gekommen?

1645 bedrängten die Söhne von Johann Georg I. ihren Vater zur Aufnahme von Verhandlungen mit den Schweden. Dazu war es auch höchste Zeit, denn der schwedische Heerführer Torstenson hatte bereits gedroht, Dresden mit Feuer und Schwert kahl zu machen. Der Waffenstill-

stand von 1645 in Kötzschenbroda war nur befristet, der von 1646 in Eilenburg geschlossene Waffenstillstand hielt bis Kriegsende 1648. Charakteristisch für die Unentschlossenheit des Kurfürsten war seine während der Waffenstillstandsverhandlungen auffällige Verzögerungstaktik. Er hatte immer noch auf Hilfe vom Kaiser gehofft. Dieser schickte ihm statt Soldaten aber nur Hinhaltetparolen. Nachdem der Waffenstillstand mit den Schweden perfekt war, entschuldigte sich Johann Georg I. dafür beim Kaiser, weil er nun befürchtete, als untreu zu gelten.

Die Ratgeber von Johann Georg I.

Im „Geheimen Rath“ standen dem Kurfürst Männer zur Seite, die für spezifische Bereiche des Staatswesens kompetent waren, den Kurfürst berieten und in seinem Auftrag politische Verhandlungen und Gesandtschaften übernahmen. In der Zeit des Dreißigjährigen Krieges unterstützten Johann Georg I. Persönlichkeiten wie Abraham von Sebottendorf, Heinrich von Friesen und Dr. Johann Georg Opper als Geheime Räte.

Sebottendorf hatte im Auftrage des Kurfürsten 1635 in Prag den Frieden zwischen Österreich und Kursachsen unterzeichnet. Friesen hatte wichtige politische Gesandtschaftsreisen im Programm, war aber auch als Brautwerber für die Kinder seines Herren in Kopenhagen und Brandenburg-Culmbach unterwegs gewesen. Opper wiederum hatte mit Oberst von Arnim den Waffenstillstand mit den Schweden verhandelt und abgezeichnet. Ein anderer wichtiger Geheimer Rat war Friedrich von Metzsch, der seinen Landesherren auf Kreis-, Land- und Reichstagen vertrat und auch für Kirchen-, Schul- und Universitätsangelegenheiten zuständig war. Die vier Geheimen Räte hatten täglich ohne Anmeldung freien Zutritt zum Kurfürst. Der Dienst war nicht leicht, denn oft mussten die Räte den Landesherren auf Reisen und auch in das Feldlager begleiten. Es kam vor, dass sie in Notzeiten lange auf ihr Gehalt warten mussten. Das Klima am kursächsischen Hof mag wohl auch der Grund dafür gewesen sein, dass in den 1630-er Jahren Persönlichkeiten wie von Einsiedel und von Feilitzsch, die Johann Georg I. in seine Dienste nehmen wollte, seinem Ruf nicht folgten.

Die Kurfürstin und ihre Söhne berieten das Familien- und Landesoberhaupt natürlich auch, aber oft reagierte der Kurfürst nur mit Ablehnung oder Widerstand. Die Ehefrau warnte ihren Mann vor Intriganten und kritisierte als Verehrerin des Schwedenkönigs politische Entscheidungen von Johann Georg I. Am deutlichsten geschah dies in ihrem Brief vom 22. Januar 1636 (Neues Archiv für Sächsische



Abbildung 2: Kurfürst Johann Georg I.
Quelle: Fürstenbildnisse aus dem Hause Wettin; Dresden, 1906

Geschichte und Altertumskunde; Dresden, 1887), nachdem sie den Bauernpropheten Hans Werner zu sich bestellt hatte, um den angeblichen Untergang des Kurfürstentums voraussagen zu lassen. So schrieb sie an ihren Mann „...und weil E. L. doch sehen, dass E. L. betrogen seien von dem Kaiser und den Katholischen bitte ich nochmals: E. L. vergleichen sich mit den Schweden ... Gott wird es den Leuten in Ewigkeit nicht vergeben, die E. L. zu solchem bösen Frieden der gemacht ist, gebracht haben ... Schick E. L. hierbei was mir Hans Werner mit seiner eigenen Hand geschrieben hat. Wo E. L. nicht Frieden mit den Schweden machen, würde dieses alles über E. L. ergehen.“ Den größten Einfluss auf Johann Georg I. hatte sein Oberhofprediger, Matthias Hoe von Hoeneff (1580 bis 1645), ein aus Wien stammender Protestant. Dieser Mann war im Alter von 22 Jahren bereits Hofprediger unter Kurfürst Christian II. gewesen, übernahm von 1604 bis 1611 in Plauen das Amt des Superintendenten und diente ab 1613 für 32 Jahre unter Kurfürst Johann Georg I. als dessen Gewissensrat. Hoe von Hoeneff war ein fanatischer Feind des Calvinismus (für Johann Georg I. war die Bezeichnung „Calvinist“ das schlimmste Schimpfwort) und ein streitgewandter machtgeriger Diener Gottes. Er hielt sich für den ersten Kirchenfürsten und für das oberste Haupt des deutschen Luthertums. Er verstand es ausgezeichnet, seinen frommen Herrn zu beeinflussen und zu steuern. Nicht umsonst bemühten sich ausländische Mächte um seine Gunst. In seinen Reden war Hoe von Hoeneff stets für den Anschluss

Sachsens an Österreich gewesen. Mit dem Ableben des Oberhofpredigers im März 1645 wurde Johann Georg I. den Ratschlägen seiner Familie zugänglicher.

Die Folgen für Sachsen

Mit dem Westfälischen Frieden erhielt Kursachsen einen beachtlichen territorialen Zugewinn: die Lausitz. Die Zeche des Krieges aber zahlte das sächsische Volk. Erich Wild beschrieb den Großen Krieg (Geschichte und Volksleben des Vogtlandes; Plauen, 1936) und seine Leidenszeit wie folgt: „Seine Schrecken und Nöte fanden den Weg auch ins kleinste, entlegenste Dörflein. Was er an Gut und Blut forderte ist unmeßbar... Von 1631 an brauste dann die Kriegsfurie über das Land... 1632 kamen die Kaiserlichen. Nach schwerer Heimsuchung des oberen Vogtlandes erlebte Oelsnitz im August seinen Schreckenstag (Anmerkung: General Holk hatte mit seiner 16.000 Mann starken Truppe die Stadt völlig zerstört. Ungefähr 1.500 Bürger fanden den Tod. Die Hauptkirche und das prächtige Rathaus – das nach Kurfürst Johann Georg I. seinesgleichen nur an dem Leipziger hatte – fielen den Flammen zum Opfer)... Das folgende Jahr brachte mit dem zweiten Holkischen Einfall die Pest, die in Stadt und Land schrecklich aufräumte... Der Prager Friede 1635 brachte kaum Erleichterung, denn wenn nun die Schweden als Feinde mit Mord und Plünderung von Norden her das Land heimsuchten, saßen südlicher die kaiserlichen ‚Freunde‘ in Dorf und Stadt und handelten kaum besser... Mit endlos sich drängenden Auflagen und Erpressungen durch Sachsen, Schweden und Kaiserliche wurde aus Stadt- und Landvolk das Letzte herausgeholt, selbst noch als längst der Waffenlärm verstummt war... Zwanzig Jahre lang war unser Ländchen Streitgegenstand, Kampffeld und Opfer all der gegnerischen Parteien gewesen, die von den

festen Stützpunkten Zwickau und Eger her einander bekriegt hatten.“

Reiner Groß brachte es in „Geschichte Sachsens“ (Edition Leipzig; 2001) auf den Punkt mit der Feststellung: „Die Bevölkerung Kursachsens hatte sich im Vergleich zum Beginn des 17. Jahrhunderts am Ende des Krieges um knapp die Hälfte verringert“. Außer Dresden hatten alle sächsischen Städte Kriegswunden erhalten. Kleinere Orte und zahlreiche Dörfer waren total vernichtet und entvölkert. Landwirtschaftliche Flächen lagen brach, Bauernhöfe standen leer. Johann Georg I. hatte selbst Bautzen bei der ersten Eroberung zu 80 Prozent zerstört, bei der zweiten Eroberung war Bautzen bereits eine einzige Brandstätte gewesen. Durch Kriegskontributionen waren alle Kassen leer. Die Schweden verlangten fünf Millionen Taler Entschädigung. Es dauerte Jahrzehnte bis sich Kursachsen von den Kriegsfolgen erholt hatte. Am Ende seines Lebens (Johann Georg I. starb am 8. Oktober 1656 in Dresden) hatte der sächsische Kurfürst 1654 böhmischen Exulanten die Ansiedlung im Erzgebirge erlaubt; es entstand die Bergbaustadt Johanngeorgenstadt. Um auch seinen drei jüngeren Prinzen (August, Christian und Moritz) trotz der Kriegsfolgen eine wirtschaftliche Basis zu sichern, hatte der eigensinnige Landesfürst entgegen der albertinischen Hausordnung testamentarisch Kursachsen mit der Schaffung der Nebenlinien Zeitz, Merseburg und Weißenfels zersplittert.

Fazit

Während des Dreißigjährigen Krieges fiel Gustav Adolf 1632 in der Schlacht bei Lützen, Heinrich Holk erlag 1633 im Vogtland der Pest, Tilly starb 1634 an seinen Kriegswunden, Wallenstein wurde 1634 in Eger ermordet, auf Johann Georg I. hatte lediglich 1647 ein schwedischer Oberst ein Attentat geplant, aber der

sächsische Kurfürst und seine Familie überlebten ohne körperliches Leid den Großen Krieg. Ursachen für die unglückliche Politik des sächsischen Kurfürsten während der Dreißigjährigen Kriegszeit waren seine beschränkte politische Begabung, sein fehlender Weitblick, seine Hörigkeit gegenüber Kaiser und Oberhofprediger, gepaart mit einer Portion Sturheit und Bequemlichkeit. Das alles führte zu der Wankelmütigkeit, die ihn gegen alle Parteien mißtrauisch machte. Die von ihm versuchte Neutralitätspolitik war während des Krieges nicht durchzuhalten, da sich mit der Einmischung ausländischer Machtgruppierungen Deutschland und speziell Sachsen zum Hauptkriegsschauplatz entwickelte. Da ihm die diplomatischen Fähigkeiten eines Friedrich des Weisen oder Moritz von Sachsen fehlten, hatte er zeitweise sowohl die Katholiken als auch die Protestanten zum Gegner. Seine Unfähigkeit, die aus protestantischer Sicht richtigen Antworten auf die habsburgische Politik zu treffen, war die eigentliche Ursache für die Wankelmütigkeit. Sein Sohn Kurfürst Johann Georg II. war klüger, denn er schloss 1666 mit den Schweden ein Bündnis zum gegenseitigen Beistand für den Fall, „daß einer oder der andere wider den Inhalt des westphälischen Friedens angegriffen werden sollte“ (E.G. Heinrich: Sächsische Geschichte; Leipzig, 1782).

Für die Preisgabe der Protestanten in Böhmen und Schlesien wurde Johann Georg I. verständlicherweise von seinen Glaubensgenossen als „Sächsischer Judas“ bezeichnet. Es bezog sich auch darauf, dass der Kurfürst ohne Rücksicht auf die Jugendbekanntschaft mit Graf Joachim Andreas Schlick, denselben als „böhmischen Aufständigen“ dem Henker überlieferte, als der Graf von Böhmen auf sächsisches Territorium geflüchtet war.

Dr. med. Heinz Zehmisch, 08523 Plauen

Nachruf für Herrn Dipl.-Math. Hans-Jürgen Knecht

Am 22. September 2009 verstarb im Alter von 59 Jahren Herr Diplom-Mathematiker Hans-Jürgen Knecht, bestellter Versicherungsmathematiker im Verwaltungsausschuss seit 1995.

Die Sächsische Ärzteversorgung verliert in ihm einen hoch engagierten, fachlich kompetenten und weitsichtigen Berater, der unserem Versorgungswerk auch mit persönlichem Interesse zugetan war. Wir bedanken uns respektvoll für seine geleistete Arbeit und verabschieden uns in stillem Gedenken.

Sächsische Ärzteversorgung im Namen des Verwaltungsausschusses, des Aufsichtsausschusses und der Verwaltung