

<b>Berufspolitik</b>	Ärzte wählen Ärzte	<b>48</b>
<b>Editorial</b>	Ärztekammer im Web2.0	<b>49</b>
<b>Berufspolitik</b>	Mitgliederversammlung der Kreisärztekammer Leipzig	<b>50</b>
	18. Klinikärztertreffen der Frauen- und Kinderärzte	<b>52</b>
<b>Recht und Medizin</b>	Rechtliche Regelungen zur Patientenverfügung – Teil II	<b>56</b>
<b>Mitteilungen der Geschäftsstelle</b>	Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden	<b>52</b>
	„Tanz in den Frühling“ der Kreisärztekammer Leipzig (Land)	<b>55</b>
	Medizin & Glaube – Veranstaltungsreihe im Deutschen Hygiene-Museum	<b>57</b>
	Bericht von der Veranstaltung für Weiterbildungsassistenten	<b>58</b>
	Fortbildungsveranstaltung Pandemienmanagement	<b>58</b>
	Konzerte und Ausstellungen	<b>60</b>
<b>Mitteilungen der KVS</b>	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	<b>59</b>
	Vertretungsärzte gesucht	<b>60</b>
	Special Olympics in Altenberg	<b>60</b>
<b>Originalien</b>	Rückenschmerz aus orthopädischer Sicht	<b>61</b>
	Rückenschmerz aus psychosomatischer Sicht	<b>65</b>
<b>Medizingeschichte</b>	Psychoanalyse in Leipzig – ein historischer Rückblick	<b>68</b>
	200 Jahre Leipziger Universitätsfrauenklinik	<b>71</b>
	Dr. med. Raphael Chamizer – Arzt, Literat, Bildhauer	<b>76</b>
<b>Personalia</b>	Unsere Jubilare im März 2011	<b>78</b>
	Einhefter Fortbildung in Sachsen – April 2011	



Mitgliederversammlung der Kreisärztekammer Leipzig  
Seite 50



Veranstaltung für Weiterbildungsassistenten  
Seite 58



Special Olympics in Altenberg  
Seite 60



200 Jahre Universitätsfrauenklinik  
Seite 71

Abbildung auf Titelseite: Dr. med. Raphael Chamizer mit Torso, Repro, A. Lorz 2010 (Medizingeschichte S. 76 bis 78 in diesem Heft)

Sächsische Landesärztekammer und „Ärzteblatt Sachsen“:  
<http://www.slaek.de>, E-Mail: [dresden@slaek.de](mailto:dresden@slaek.de),  
 Redaktion: [redaktion@slaek.de](mailto:redaktion@slaek.de),  
 Gesundheitsinformationen Sachsen für Ärzte und Patienten:  
[www.gesundheitsinfo-sachsen.de](http://www.gesundheitsinfo-sachsen.de)

Sächsische  
Landesärztekammer  
Körperschaft des öffentlichen Rechts



# WAHL DER KAMMERVERSAMMLUNG 2011/2015



## ÄRZTE WÄHLEN ÄRZTE

WAHLVORSCHLÄGE BIS 15. FEBRUAR 2011  
BRIEFWAHL DER KANDIDATEN BIS 12. APRIL 2011

ALLE INFOS IM INTERNET UNTER [WWW.SLAEK.DE](http://WWW.SLAEK.DE)

## Ärzttekammer im Web2.0



Man kann nicht „nicht kommunizieren“ (Paul Watzlawick). Dieser bekannte Satz ist aktueller denn je. Immer schneller dringen neue Medien in unser Leben vor. Nutzen auch Sie das Internet und kommunizieren zunehmend per E-Mail oder SMS? Vorbei die Zeiten im persönlichen Diskurs? Alle Printmedien schon abgemeldet? Ihren Terminkalender führen Sie bereits elektronisch; bevorzugt im Web? Ihr Arbeitsplatz in Praxis oder Krankenhaus ist auf dem Wege zur Papierfreiheit und virtualisiert? Sicherlich ist das alles auch eine Frage des Standpunktes und der Gewohnheiten.

Es beschleicht einen gleichwohl die Frage nach der angemessenen Kommunikationsform in der aktuellen Zeit. Zugegeben, manche Aussichten sind verlockend und erschreckend zugleich. Ich persönlich greife leidenschaftlich gern zu einer Erfindung des vorletzten Jahrhunderts – zum Telefon. Die Rhetorik in einen Schriftsatz kleidend schreibe auch ich gern E-Mails. Emotionale Abkürzungen in Medien, wie der SMS, sind für mich nur schwer nachvollziehbar. Facebook und Twitter nutze ich nicht und habe auch keine eigene Website im World Wide Web. Als technisch-kommunikatives Schlusslicht würde ich mich dennoch nicht bezeichnen.

Wie greifen diese neuen Medien in unseren beruflichen Alltag ein? Brauchen sie im Umgang mit der Ärztekammer mehr Raum? Welche Kanäle werden wir in fünf oder zehn Jahren nutzen? Wann wird der bereits angebotene elektronische Arztausweis Realität für alle sein? Der Blick in die Zukunft ist bekanntlich einer der Schwersten. Interessant ist die Dynamik beim Blick zurück. Initial noch ohne Internet boten die ersten analogen Anschlüsse mit Übertragungsraten bis zu 56 kbit/Sekunde den Einstieg in eine neue Welt. Heute erreichen schnelle DSL-Anschlüsse Datenraten von bis zu 50.000 kbit/Sek. Solch technischem Fortschritt kann man sich, gleich welche Meinung man zu diesen Entwicklungen hat, nicht entgegenstellen. Die Zahl der Internetnutzer wächst stetig. Sie hat in Deutschland von 2005 bis 2010 von 37,5 Mio. auf 49,0 Mio. zugenommen, das entspricht fast 70 Prozent der Bevölkerung des Landes. Der weitere Netzaufbau, insbesondere durch neue Funkstandards, wird in den nächsten Jahren auch bisher unerschlossenen Gebieten Anbindung gewähren. Die Anbieter unterbieten sich im Kampf um neue Kunden. Interessanterweise treibt nicht nur die „Jugend“ die Benutzung des medialen Hype voran. Auch die Generation 60+ nutzt regelmäßig Internetangebote bis hin zu sozialen Netzwerken. Die rasche Durchdringung nicht nur der Gruppe der bis 25-Jährigen mit Facebook-Konten und Twitter-Nachrichten wird andere Formen der Kommunikation verdrängen. Besonders die Dynamik dieser Entwicklung ist nicht nur für Ältere schwierig vorstellbar. Experten gehen bereits davon aus, dass die herkömmliche E-Mail schon jetzt ein Auslaufmodell ist.

Wie denkt die kommende ärztliche Generation darüber? Wie kann eine Ärztekammer besser mit angehenden und jungen Medizinern kommunizieren? Die Dresdner Kreisärztekammer befragt jedes Jahr Studenten vor dem Eintritt in das Praktische Jahr (PJ) zu ihren beruflichen Wünschen, Perspektiven und Erwartungen. Insgesamt signalisierten durch-

schnittlich 58,9 Prozent der Befragten in den letzten fünf Jahren allgemeines Interesse an Berufspolitik. Seit 2010 erheben wir dabei auch die Frage zur Nutzung moderner Kommunikationsformen bei Interesse an Berufspolitik. Ein Informationsangebot der Ärztekammer hierzu würden 80 Prozent der Studenten bereits im PJ begrüßen. Die Hälfte davon wünscht sich diese auch unter Nutzung neuer Medien. Und das ist nur ein Aspekt. 48,3 Prozent der Befragten im Jahr 2010 sind vor dem Eintritt in das PJ hinsichtlich der Länderwahl ihres ersten Arbeitsortes noch unentschlossen. Mögliches Potenzial? Sinnvoll wäre die frühestmögliche gezielte Information zu Weiterbildungsangeboten und Möglichkeiten in Sachsen. Neue Medien könnten uns dabei helfen.

Wie sieht es woanders aus? Die Ärztekammer Wien macht es unter Nutzung von Newslettern, Blogs und Twitter vor. Das Land Sachsen, die Stadt Dresden, aber auch das Europaparlament sind bereits auf Facebook zu finden. Auch die Bundesärztekammer plant die Ausweitung ihres Internetangebotes. Der Vorstand unserer Ärztekammer hat beschlossen, den medialen Außenauftritt der Ärztekammer zu überarbeiten und mehr Serviceleistungen über ein neues Internetportal anzubieten. Die Nutzung sozialer Netzwerke wird auch dazu gehören. Dieser Gedanke und die Gestaltung erfordert Kreativität wie das Web2.0. Die Ideen der künftigen Nutzer sind gefragt. Sie können Ihre Kammer dabei durch Ihr Engagement in einem zukunftsorientierten Bereich mitgestalten. Welche Themen und welche Möglichkeiten sind Ihnen dabei wichtig? Über Ihre Meinungsbildung zur „Ärzttekammer im Web2.0“ würden wir uns freuen – zeitgemäß auch gern elektronisch per E-Mail: [presse@slaek.de](mailto:presse@slaek.de).

Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud,  
Vorstandsmitglied

Folgen Sie uns jetzt auf [twitter](#):  
LaekSachsen.

## Kreisärztekammer Leipzig

Am 24.11.2010 fand im Festsaal des Neuen Rathauses die Mitgliederversammlung der Kreisärztekammer Leipzig (Stadt) für das Jahr 2010 mit berufspolitischem Forum statt. An der Veranstaltung nahmen 170 Kammermitglieder teil.

Der Abend wurde vom Vorsitzenden der Kreisärztekammer Leipzig (Stadt), Dr. med. Mathias Cebulla, moderiert. Nach der Begrüßung durch Dr. Cebulla richtete der Bürgermeister und Beigeordnete für Jugend, Soziales, Gesundheit und Schule, Herr Prof. Dr. phil. Thomas Fabian, das Grußwort der Stadt Leipzig an die Teilnehmer. Im Anschluss an die Totenehrung verlas Dr. med. Cebulla den Rechenschaftsbericht und Finanzbericht der Kreisärztekammer Leipzig (Stadt). Das sich anschließende berufspolitische Forum befasste sich mit dem Thema „Ärztliche Behandlungsfehler“. Hierzu waren als Referenten Dr. med. Rainer Kluge, Vorsitzender der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen der Sächsischen Landesärztekammer, Rechtsanwalt Matthias Hein, Fachanwalt für Medizinrecht und Versicherungsrecht sowie Dr. Norbert Rahn, Fachreferent Berufshaftpflicht für Ärzte bei der Deutschen Ärzteversicherung, geladen, die die Thematik aus den verschiedenen Blickrichtungen beleuchteten. Das Thema fand bei den Teilnehmern des Abends großes Interesse, was sich in einer regen Diskussion widerspiegelte.

Dr. med. Susanne Schenk  
Vorstandsmitglied  
Kreisärztekammer Leipzig (Stadt)

### Ärztliche Behandlungsfehler

Dr. med. Rainer Kluge, Vorsitzender der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen  
Die Auseinandersetzung um tatsächliche oder nur behauptete Behandlungsfehler wird in der Regel sehr polemisch und mit viel Pathos geführt. Häufig werden spektakuläre Einzelfälle als typisch für das Gesundheitswesen insgesamt dargestellt.

Verlässliche Zahlen zur Häufigkeit iatrogenen Schädigungen existieren gegenwärtig nicht. Inhaltliche Bearbeitung und Bewertungen von Behandlungsfehlervorwürfen sind nur über die Zivilgerichte, über die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern und in Direktverhandlung zwischen Antragsteller und jeweils zuständigem Haftpflichtversicherer möglich.

Unter Verwendung der verfügbaren Quellen (Statistik der Gutachterkommissionen/Schlichtungsstellen, unbestätigte Schätzungen aus der Justiz und von den Versicherern) ergibt sich eine Häufigkeit von etwa 0,5 bis 1 bearbeiteten Schadensfall auf 1000 ärztliche Behandlungen. Von diesen wiederum dürften etwa 20 bis 25 Prozent im Ergebnis der Bearbeitung als berechtigt beurteilt werden, was einer haftungsrechtlich relevanten Schadensquote von 0,125 bis 0,25 auf 1000 Behandlungen entsprechen würde. Bei aller gebotenen Vorsicht im Umgang mit diesen Schätzungen wäre dies eine Größenordnung, die nicht unbedingt das Fürchten lehrt und die dem deutschen Gesundheitswesen ein hohes Sicherheitsniveau bestätigt.

Wenn auch diese Größenordnung eher beruhigt, so steht doch hinter jedem dieser beurteilten Fälle ein Patient, der mit dem Ergebnis seiner Behandlung unzufrieden ist und der ursächlich infolge fehlender Sachkenntnis eine Fehlbehandlung vermutet. Ob ein besseres Ergebnis in Anbetracht der Ausgangssituation nicht erreichbar war, oder ob Komplikationen das Behandlungsergebnis beeinflusst haben, oder ob in der Tat ein Behandlungsfehler vorliegt, erschließt sich dem Patienten a priori nicht, wenn der Behandlungsverlauf nicht von einer ausreichenden Kommunikation zwischen Arzt und Patient begleitet wird. Die Bedeutung des Arzt-Patient-Dialogs als Möglichkeit der Vermeidung von Konflikten wird an diesem Punkt deutlich.

Die Analyse bestätigter ärztlicher Behandlungsfehler (die nachfolgende Überlegung bezieht sich auf das Material der Gutachterstelle der Sächsischen Landesärztekammer) ergibt, dass in der Mehrzahl dieser

Fälle individuelle oder kollektive Fehlentscheidungen ursächlich für die Fehlbehandlung sind. Demgegenüber steht eine Gruppe, in der auch systemische Faktoren ursächlich oder mitursächlich sind.

Insbesondere die Veränderungen in der Klinikorganisation durch extrem verkürzte Verweildauer, prästationäre Vorbereitungen, häufig wechselnde ärztliche Zuständigkeiten, komplexe interdisziplinäre Behandlungsstrategien, outsourcing diagnostischer Bereiche, steigender ökonomischer Druck (diese Aufzählung ließe sich weiter fortsetzen) entstehen Strukturen, die durch eine Vielzahl von Schnittstellenproblemen und schwierigen Kompetenzabgrenzungen gekennzeichnet sind und so das Risikopotential stationärer Behandlungen deutlich erhöhen.

Die Ärzteschaft hat ein natürliches und vitales Interesse daran, die Fehlerquote möglichst gering zu halten. Gegenwärtig liegen aber durchaus nicht alle Risikofaktoren im Einflussbereich der Ärzteschaft.

Investitionen in Aus- und Weiterbildung sind notwendig, um die Zahl individueller oder kollektiver ärztlicher Fehlleistungen möglichst gering zu halten. Dies ist Aufgabe der ärztlichen Selbstverwaltung. Investitionen in die Strukturen des Gesundheitswesens, seine organisatorische und ökonomische Absicherung sind gleichermaßen notwendig, um die Fehlerquote zu senken.

Der Dialog mit dem Patienten über die juristisch geforderte Aufklärung hinaus ist notwendig, um diesem die Spezifik und die Dynamik seines Krankheitsbildes vermitteln zu können. Er ist aber nur möglich, wenn die Arbeitsstrukturen und personelle Ausstattung der Kliniken dies gestatten.

Die ärztliche Selbstverwaltung wird ganz sicher ihren Teil zur Sicherung der Behandlungsabläufe leisten. Es ist aber gleichermaßen Aufgabe der Gesundheitspolitik und der Ökonomen hierfür die erforderlichen Voraussetzungen zu schaffen.

### Arzthaftung – richtiges Verhalten im Anschuldigungsfall

Rechtsanwalt Matthias Hein,  
Fachanwalt für Medizinrecht und

Versicherungsrecht, Stephan & Hein, Rechtsanwälte Leipzig

Es ist das Berufsrisiko eines jeden Arztes, mit Arzthaftpflichtansprüchen konfrontiert zu werden. Abzugrenzen von der zivilrechtlichen Arzthaftung ist die Einleitung eines strafrechtlichen Ermittlungsverfahrens. Sowohl zivil- als auch strafrechtlich kann tatsächlicher Ansatz ein Behandlungsfehlervorwurf und/oder eine Verletzung von Aufklärungspflichten sein.

Von der Einleitung eines Strafverfahrens erhält der Arzt in der Regel Kenntnis durch Ladung zu einer Beschuldigtenvernehmung oder durch Beschlagnahme seiner Behandlungsunterlagen. Solchenfalls sollte keinesfalls leichtfertig eine Aussage gemacht werden. Vielmehr empfiehlt es sich, einen Rechtsanwalt aufzusuchen und zunächst Akteneinsicht zu beantragen, um mit den Ermittlungsbehörden „auf Augenhöhe“ zu sein. In der Regel erfolgt in Absprache mit dem Rechtsanwalt eine schriftliche Einlassung zum Sachverhalt.

Von der Geltendmachung eines zivilrechtlichen Arzthaftungsanspruches erhält der Arzt in der Regel Kenntnis durch ein an ihn gerichtetes Anwaltsschreiben. Dieses ist häufig mit extrem kurzen Fristsetzungen versehen, innerhalb welcher der Arzt gebeten wird, behauptete Ansprüche anzuerkennen.

Dies sollte keinesfalls erfolgen. Auch von einer Kontaktaufnahme mit dem gegnerischen Rechtsanwalt ist abzuraten. Vielmehr hat der Arzt nach dem Inhalt seiner Versicherungsbedingungen zunächst seinen Haftpflichtversicherer zu informieren. Dieser übernimmt dann bedingungsgemäß die außergerichtliche Schadensabwehr.

Optional kann der Arzt zusätzlich einen Rechtsanwalt auf seine Kosten beauftragen. Dieser arbeitet dann mit dem Haftpflichtversicherer zusammen. Eine solche Vorgehensweise empfiehlt sich in komplizierten Fällen oder bei erwartungsgemäß enormer Schadenhöhe, etwa bei drohender Überschreitung der Versicherungssumme. Denn bei den Haftpflichtversicherern beschäftigen sich mit der außergerichtlichen Schadens-

abwehr regelmäßig darauf spezialisierte Juristen, die – je nach Versicherer – häufig ausschließlich Arzthaftungsangelegenheiten bearbeiten.

Der Sachbearbeiter des Haftpflichtversicherers (oder nach Absprache der beauftragte Rechtsanwalt) wird dann die weitere Korrespondenz mit der Gegenseite übernehmen. Er kümmert sich auch um die Einhaltung – gegebenenfalls Verlängerung – gesetzter Fristen. Er wird den Arzt um Übersendung der Behandlungsunterlagen bitten und um eine inhaltliche Stellungnahme, um sachgerecht reagieren zu können.

Keinesfalls sollte der Arzt versucht sein, Änderungen in der Behandlungsdokumentation vorzunehmen. Das Risiko der Aufdeckung solcher Manipulationen ist nicht zu unterschätzen. Regelmäßig kann der Arzt nicht jeden denkbaren Detailwiderspruch im Blick haben. Hierzu zwei Beispiele:

1. Ein OP-Bericht über eine Operation, in deren Anschluss es zu einer Infektion kam, wird erst Monate später – möglicherweise im Zusammenhang mit der Geltendmachung von Arzthaftpflichtansprüchen – geschrieben. Der Bericht ist – an sich – inhaltlich plausibel. Er wird dem gerichtlichen Verfahren als zutreffend zugrunde gelegt. Der Arzt erklärte, diesen – wie immer – in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang zur Operation gefertigt zu haben. Erst in der Berufungsinstanz stellt sich ein Detailwiderspruch heraus. Der Arzt hatte nicht bedacht, dass die im OP-



Bericht vermerkte Form des Wundverschlusses nicht mit der sonstigen Behandlungsdokumentation in Übereinstimmung zu bringen ist.

2. Im Rahmen der Anforderung der vollständigen Originalbehandlungsunterlagen erhalte ich als sachbearbeitender Rechtsanwalt von dem aufklärenden Arzt einen durch den Patienten unterzeichneten Originalperimed-Aufklärungsbogen, in welchem in dem Feld „besondere Anmerkung zum Aufklärungsgespräch“ die einschlägigen Risiken ausführlich handschriftlich eingetragen sind, insbesondere dasjenige Risiko, welches sich auch verwirklicht hat. Der an das Gericht gerichteten Klageschrift ist eine Kopie des identischen Aufklärungsbogens beigelegt, das beschriebene Feld ist allerdings leer. Der Arzt hatte bei seinem offensichtlich erfolgten Nachtrag auf dem Originalbogen nicht bedacht, dass das ambulante Operationszentrum – in welchem er tätig war – schon Kopien der Unterlagen zuvor an die Patientenseite übergeben hatte.

Der Fall 2 wurde so gelöst, dass eine Kennzeichnung der „Ergänzung“ als Nachtrag erfolgte. Nachträge haben gegebenenfalls einen niedrigeren Beweiswert, sind aber grundsätzlich zulässig. Sie sollten jedoch, um un- verdächtig zu erscheinen, unter zeitlicher Kennzeichnung ihres Entstehens in die Behandlungsunterlagen aufgenommen werden.

In dem Fall 1 sah das Gericht den Beweiswert der gesamte Dokumentation im Zusammenhang mit der Operation erschüttert. In seiner rechtlichen Wertung nahm es deshalb Beweisnachteile für den Arzt an. Ein negatives Urteil konnte durch einen Vergleichsschluss vermieden werden.

Neben den zivilrechtlichen Konsequenzen ist eindringlich darauf zu verweisen, dass eine Strafverfolgung wegen Urkundenfälschung und (versuchten) Prozessbetruges in Betracht kommt. Ein Vergleich konnte im konkreten Fall vermeiden, dass die Akte an die Staatsanwaltschaft weitergeleitet wurde.

Abschließend ist darauf zu verweisen, dass die potenziellen Risiken einer Manipulation (Beweisnachteile, Strafverfolgung) in keinem Verhältnis zu (vermeintlichen) Vorteilen stehen.

Dr. med. Mathias Cebulla,  
Vorsitzender der Kreisärztekammer  
Leipzig (Stadt)

## 18. Klinikärztetreffen der Frauen- und Kinderärzte

Traditionell trafen sich die Frauen- und Kinderärzte aus Sachsen zur jährlichen Klinikerkonferenz am 2. Dezember 2010 im Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer. In gewohnter Weise wurde die Veranstaltung durch das Team der Projektgeschäftsstelle unter Leitung von Dipl.-Med. Annette Kaiser organisatorisch gut vorbereitet.

Erstmals fand diese Tagung gemeinsam mit der Arbeitsgruppe Gynäkologie statt.

Trotz widriger Witterungsverhältnisse nahmen an der Veranstaltung 52 Ärzte, Hebammen und Gäste teil.

Einleitend begrüßte der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, die Teilnehmer, sprach dabei unter anderem aktuelle gesundheitspolitische Themen an und verwies auf die Notwendigkeit, ausgewählte Ergebnisse der externen Qualitätssicherung öffentlich darzulegen. Des Weiteren erinnerte er an die im Jahr 2011 anstehende Kammerwahl.

Dr. med. Eike Simon (Torgau), Vorsitzender der Arbeitsgruppe Gynäkologie, berichtete über den Leistungsbe-

reich „Gynäkologische Operationen“. Im Jahr 2009 wurden in 54 sächsischen Kliniken 14.947 Datensätze zu 9 definierten Qualitätsindikatoren mit 12 Kennzahlen erfasst und ausgewertet. Wegen Abweichungen vom Zielbereich musste lediglich mit 10 Kliniken ein Strukturierter Dialog geführt werden. Hierbei lag die Rücklaufquote der Stellungnahmen bei 90,4 Prozent. Am häufigsten fehlten einzelne Kliniken beim Qualitätsindikator *„Möglichst wenige Patientinnen mit isolierten Ovareingriffen mit vollständiger Entfernung des Ovars und ohne postoperative Histologie oder mit Zyste oder Normalbefund als führenden histologischen Befund“* rechnerisch den geforderten Referenzbereich, konnten dies in der Mehrzahl jedoch plausibel begründen. Die sächsischen Daten zeugen im Bundesvergleich von hoher Qualität. Bei keinem Qualitätsindikator lag der Durchschnitt aller Kliniken außerhalb der Anforderung. Lediglich 2 der 54 Kliniken mussten an Hand ihres Qualitätsberichtes als auffällig eingestuft werden. Problematisch an der momentanen Form der Qualitätsmessung ist, dass viele Eingriffe (zum Beispiel Laparoskopien, Konisationen) unter ambulanten Bedingungen erbracht und bezüglich ihrer Qualität deshalb nicht erfasst werden.

## Einladung zum Seniorentreffen

**am 1. März 2011, 15.00 Uhr,**  
im Plenarsaal der Sächsischen  
Landesärztekammer

**Referent:** Freiherr von Rabenau,  
Ehrenamtlicher Wirtschaftsberater  
**„Der Iran – von Persepolis  
und Zarathustra –  
Eine Menschheitskultur“**

Außerdem wird an diesem Tag die Teilnehmereinschreibung zu unserer jährlichen Ausfahrt stattfinden, die uns am 25. Mai 2011 in die Lessingstadt Kamenz und in das Barockschloss Oberlichtenau führen wird.

Seien Sie herzlich willkommen!

Dr. med. Steffen Handstein (Görlitz) informierte über den Leistungsbe-

reich Mammachirurgie. Die Erhebung der Daten im Leistungsbereich Mammachirurgie im Jahr 2009 fußt auf ca. 7000 Datensätzen von 51 sächsischen Kliniken. Die gegenüber 2008 tendenziell gebesserten Kennzahlen spiegeln insgesamt eine gute Versorgungsqualität auf diesem Gebiet in Sachsen wider. Erstmals wurde der Referenzbereich für die Qualitätsindikatoren QI 3a Her-2/neu-Analyse, QI 4b Angabe Sicherheitsabstand bei Mastektomie sowie QI 5 primäre Axilla-dissektion bei DCIS im Landesdurchschnitt erreicht. Positiv zu werten ist gleichermaßen der erhebliche Anstieg der Indikationsstellungen zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei gegebenen klinischen Voraussetzungen auf mittlerweile fast 85 Prozent, was einer Steigerung um nahezu 35 Prozent seit Einführung des Indikators 2007 entspricht. Zu beobachten ist in den vergangenen beiden Jahren eine Zunahme des Intervalls zwischen Diagnosestellung und Operation auf jetzt im Mittel 15 Tage. Dies ist sicher zu großen Teilen auf die flächendeckende Einführung des Mammografiescreenings in diesem Zeitraum zurückzuführen. Im strukturierter Dialog wurden von insgesamt

126 rechnerischen Auffälligkeiten 18 Qualitätsmängel herausgearbeitet. Davon zeigten sich vier Kliniken in zwei und drei weitere Kliniken in jeweils drei Qualitätsindikatoren auffällig, was als Hinweis auf substantielle Probleme in Struktur- und Prozessqualität verstanden werden kann. Der Dialog insbesondere mit den qualitativ auffälligen Kliniken hat bereits zu Veränderungen geführt und wird fortgesetzt.

Im zweiten Teil der Veranstaltung, moderiert von Priv.-Doz. Dr. med. habil. Jürgen Dinger (Dresden), wurden zunächst die Ergebnisse der Sächsischen Perinatalerhebung von Prof. Dr. med. habil. Holger Stepan (Leipzig) dargestellt.

Der wichtigste Punkt im Report Geburtshilfe 2009 ist die Auswirkung der demographischen Situation in Sachsen auf die Geburtenzahlen. Es gab 2009 in Sachsen 33.416 Entbindungen, was im Vergleich zum Vorjahr einem Rückgang um 2,3 Prozent entspricht. Dies ist insofern bemerkenswert, als dass es in den letzten Jahren (2007 und 2008) noch einen Geburtenanstieg im einstelligen Prozentbereich zu verzeichnen gab. Dies kann gegenwärtig nur so interpretiert werden, dass jetzt der Scheitelpunkt der demographischen Entwicklung erreicht und überschritten ist und wir in Zukunft auch mit abnehmenden Geburtenzahlen in Sachsen rechnen müssen.

Es gab 2009 eine hochsignifikante Zunahme der Mehrlingsschwanger-

schaften von 452 im Jahr 2008 auf 545 im Jahr 2009, was einem Zuwachs von 20,6 Prozent entspricht. Mit dieser dramatischen Zunahme der Mehrlingsschwangerschaften ist auch eine Zunahme der mehrlingsassoziierten Morbidität zu rechnen. Dies schlägt sich jetzt auch schon nieder, indem die Frühgeburtenrate in Sachsen von 7,5 Prozent im Jahr 2008 auf 7,9 Prozent im Jahr 2009 anstieg. Die Sectiorate stieg dem allgemeinen Bundestrend folgend ebenfalls an. Im Vergleich zum Vorjahr stieg sie von 21,8 Prozent auf 23 Prozent, was allerdings noch deutlich unter dem bundesdeutschen Durchschnitt liegt. Die sogenannte „bereinigte“ Sectiofrequenz (reife Einlinge in Schädellage) betrug 17,3 Prozent. Der Anteil der Kaiserschnittentbindungen in Allgemeinanästhesie ist mit 15,1 Prozent immer noch bemerkenswert hoch. Die Zentralisierung oder Regionalisierung setzt sich verstärkt fort, was dadurch abgebildet wird, dass 72,5 Prozent aller Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g in Perinatalzentren Level I entbunden wurden, während es im Vorjahr nur 58,5 Prozent dieser Kinder waren. Bezüglich der Müttersterblichkeit muss bemerkt werden, dass es im Jahr 2009 in Sachsen zwei Fälle von direkter Müttersterblichkeit gab. Die Zahl der Amniozentesen ist weiterhin deutlich rückläufig (Abnahme um 10 Prozent). Der darauf folgende Vortragskomplex befasste sich mit der Fetalchirurgie.

Prof. Dr. Holger Stepan (Leipzig) und Robert Lachmann (Dresden) gaben einen praxisbezogenen Überblick dieses hochspezialisierten Fachgebietes unter dem Gesichtspunkt, was für Patienten derzeit realistisch und erreichbar ist.

Prinzipiell erfolgt kein intrauterin operatives Vorgehen bei Fehlbildungen, die postnatal besser korrigiert werden können. Indikationen für die Fetalchirurgie sind unter anderem das fetale Transfusionsyndrom, Zwerchfellhernien, Neuralrohrdefekte, Amnionbändersyndrome und Steißteratome, aber auch seltene ausgewählte Fehlbildung des Herzens.

Detailliert wurde das Fetalzentrum an der Universität Leipzig vorgestellt. Es steht unter Leitung von Geburtsgeschichte und Kinderchirurgie. Für jede Erkrankung wird ein interdisziplinäres Team spezialisierter Ärzte hinzugezogen und ein individuelles Betreuungskonzept auch unter Einbeziehung der Kindeseltern erstellt. Es folgten zwei geburtshilfliche Kasuistiken:

Dr. med. Ann-Christin Tallarek (Leipzig) berichtete über eine 35-jährige II-Gravida/II-Para, die bei pathologischem CTG durch Vakuumextraktion aus Beckenmitte entbunden wurde. Vorausgegangen war eine komplikationslose Spontangeburt vor 14 Jahren sowie eine Konisation. Bereits intrapartal klagte die Patientin bei unauffälligem Ultraschallbefund über einen Dauerschmerz, der sich nach der Entbindung zunächst besserte.

Die Entlassung erfolgte am 5. postpartalen Tag bei subjektivem Wohlbefinden. 13 Tage postpartal stellte sich die Patientin mit zunehmenden Unterbauchschmerzen und deutlicher Abwehrspannung erneut vor. Die bildgebende Diagnostik zeigte ein parametranes Hämatom auf dem Boden einer rechtslateralen Uterusruptur. Nach Antibiotikabehandlung erfolgte am 18. postpartalen Tag die Laparotomie mit Ausräumung des ausgedehnten parametranen Hämatoms sowie die plastische Rekonstruktion des Uterus. Intraoperativ zeigte sich eine komplette Längsrup-tur des Uterus rechts von etwa 8 cm, die vom Isthmus bis zum Fundus reichte. Postoperativ kam es trotz antibiogrammgerechter Antibiose zur Infektion des Uterus, sodass vier Tage später eine Hysterektomie durchgeführt werden musste. Der weitere Verlauf gestaltete sich unauffällig.

Eine Uterusruptur tritt typischerweise als akutes Ereignis unter der Geburt auf. Bei entsprechender Beschwerdesymptomatik und Anamnese empfiehlt sich die sonographische Abklärung im Wochenbett.

Dr. med. Gabriele Kamin (Dresden) informierte über eine primär wachstumsdiskordante monochorial-diamniale Geminigravidität, die intensiv dopplersonographisch überwacht wurde. In der 23. Schwangerschaftswoche entwickelte sich ein fetofetales Transfusionsyndrom, was zur Laserkoagulation von 12 A-V Anastomosen führte.

In der 30+0 SSW bestand dopplersonographisch der dringende Verdacht

auf eine Shuntumkehr, sodass wegen der damit verbundenen lebensbedrohlichen Situation für beide Feten die Entbindung durch Sectio caesarea erfolgte. Es wurde ein plethorisches 920 g schweres Frühgeborenes (ehemalige Donor) und ein extrem blasses 1380 g schweres Frühgeborenes (ehemaliger Rezipient) geboren. Eine Shuntumkehr nach Laserkoagulation ist zwar ein extrem seltenes Ereignis, sollte aber allen, die Hochrisikoschwangerschaften betreuen, bekannt sein.

In einem Übersichtsreferat sprach Prof. Dr. med. habil. Mario Rüdiger (Dresden) über die Therapie der hypoxisch-ischämischen Enzephalopathie nach perinataler Asphyxie. Eine perinatale Asphyxie führt auf zellulärer Ebene zu einer unzureichenden Oxygenierung mit primären Energiemangel. Die neurologischen Folgen der Asphyxie manifestieren sich klinisch als (hypoxisch-ischämische) Enzephalopathie (HIE).

In Abhängigkeit vom Ausmaß der Schädigung kommt es entweder zum nekrotischen Zelluntergang, zu einer vorübergehenden Erholung mit einem nachfolgenden sekundären Energiemangel, welcher in einer Apoptose mündet oder zu einer Restitution ad integrum.

Während bei der Nekrose eine Therapie nicht möglich und bei einer Restitution nicht nötig ist, kann der sekundäre Energiemangel und die Apoptose durch eine Hypothermiebehandlung vermieden werden.

Mehrere große internationale Studien zeigen, dass durch Reduktion

der Körpertemperatur das neurologische Outcome von Neugeborenen mit moderater oder schwerer HIE signifikant verbessert wird. Dementsprechend darf die Hypothermiebehandlung heute keinem reifen Neugeborenen mit HIE vorenthalten werden. Allerdings stellt sie noch keine Routinetherapie dar, vielmehr sollte sie nur in spezialisierten großen Hypothermiezentren erfolgen.

Voraussetzung für die Hypothermiebehandlung ist das Vorliegen einer Asphyxie. In Übereinstimmung mit den großen klinischen Studien ist dazu eines der folgenden Kriterien notwendig: 10-Minuten-Apgar < 5, schwere Azidose (Nabelarterien pH < 7,0 oder arterielles Basendefizit < 15 mmol/l) bzw. eine Reanimation > 10 Minuten. Diese Kinder sind innerhalb der ersten Lebensstunde von einem Neonatologen neurologisch auf Symptome einer moderaten oder schweren Enzephalopathie zu untersuchen (Bewusstseinsstrübung, muskuläre Hypo- oder Hypertonie, auffällige Reflexe, Krampfanfälle, aEEG untere Amplitude < 5 V bzw. obere Amplitude < 10 mV). Neugeborene mit Asphyxie und HIE müssen sofort in ein Hypothermiezentrum verlegt werden. Ist eine neurologische Untersuchung durch einen Neonatologen innerhalb der ersten Lebensstunde nicht möglich, muss ebenfalls eine sofortige Verlegung in ein Hypothermiezentrum zur Diagnostik und eventuellen Therapie erfolgen. Zur Prävention einer zusätzlich neuronalen Schädigung ist darauf zu achten, dass die Körpertemperatur

im unteren Normbereich gehalten bzw. auf dem Transport eventuell eine passive Kühlung begonnen wird. Außerdem sind eine adäquate Glukosezufuhr zu gewährleisten und sowohl Hyperkapnie als auch Hyperoxie zu vermeiden.

Dr. med. habil. Reinhold Tiller (Chemnitz) kommentierte danach die Neonatalerhebung 2009 mit einem Rückblick auf die letzten 10 Jahre.

Im Jahr 2009 wurden 18,1 Prozent (6.147) der Lebendgeborenen aus den sächsischen Frauenkliniken in die Kinderkliniken übernommen gegenüber 16,1 Prozent (5.346) vor 10 Jahren.

Im analysierten Zeitraum ist vor allem die zahlenmäßige Zunahme der stark untergewichtigen Frühgeborenen, besonders derer mit einem Geburtsgewicht zwischen 750 und 1500 g um ca. 1/3 von 273 im Jahr 2000 auf 365 im Jahr 2009 beachtenswert. In beiden Jahrgängen wurden ca. 80 Prozent der Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1250 g in heutigen Level I-Kliniken behandelt. Die Klinikmortalität der Kinder mit einem Geburtsgewicht < 750 g lag 2009 bei 17,9 Prozent, derer von 750 bis 999 g bei 6,4 Prozent und derer zwischen 1000 und 1499 g bei 1,4 Prozent und damit in diesen Gewichtsklassen reichlich 1/3 niedriger als vor zehn Jahren. Auch die Klinikmortalität von Zwillingen mit einem Geburtsgewicht < 1500 g wurden im selben Umfang zurückgedrängt.

Wurden 2000 in der Neonatalerhebung noch insgesamt 73 Sterbefälle dokumentiert, waren es 2009 nur

noch 33, bei neun handelte es sich um Reifgeborene. Nur noch jeder zweite Verstorbene wurde 2009 obduziert.

Ohne schwere Hirnblutung (IVH > II°), ohne zusätzlichen Sauerstoffbedarf, ohne operierte Enterocolitis und ohne Kryo- oder Lasertherapie einer Retinopathie konnten 66 Prozent der Frühgeborenen der Gewichtsklasse 500 bis 1500 g direkt aus den Level I-Kliniken im Jahr 2009 nach Hause entlassen werden.

Ein weiterer Themenkomplex betraf die Nachbetreuung ehemaliger Frühgeborener in Sachsen.

Die hierzu von der Projektgeschäftsstelle durchgeführte Umfrage ergab, dass die vom Gemeinsamen Bundesausschuss geforderte entwicklungsneurologische Nachuntersuchung ehemals stark untergewichtiger Frühgeborener im Alter von 2 Jahren in den Level I-Kliniken voll in den Level II-Kliniken nur teilweise gewährleistet ist. Dipl.-Med. Natascha Unfried (SPZ Chemnitz) berichtete, dass diese Untersuchungen für beide Chemnitzer Kliniken im SPZ durchgeführt werden. Bislang wurden 40 Prozent der 2008 geborenen Kinder nachuntersucht und deren kognitiver und motorischer Entwicklungsstand erfasst. Von den untersuchten Kindern hatten ca. 45 Prozent einen unterdurchschnittlichen oder weit unterdurchschnittlichen kognitiven und motorischen Entwicklungsstand.

Dr. Barbara Seipolt (Dresden) stellte die dortige Nachsorgesprechstunde vor. Hier werden die infrage kommenden Kinder vier bis fünfmal im korrigierten Alter von bis zu 24

Monaten klinisch und entwicklungsneurologisch untersucht und gegebenenfalls zusätzlich, falls erforderlich, die Konsultationen bei Ärzten anderer Fachdisziplinen und dem SPZ koordiniert bzw. veranlasst.

Prof. Dr. med. habil. Eva Robel-Tillig (Leipzig) stellte abschließend eine eigene Studie zur Nachsorge „später“ Frühgeborener vor. Es handelte sich um 122 Frühgeborene mit einem Gestationsalter von 33 bis 36 Wochen, die bereits während des stationären Aufenthaltes und danach in einer Nachsorgesprechstunde besonders beobachtet wurden. Ein unerwartet hoher Anteil von ihnen zeigte während des ersten Lebensjahres erhebliche Entwicklungsrückstände.

Lediglich 60 bis 70 Prozent dieser Frühgeborenen hatten sich mental und motorisch regelrecht entwickelt. Bei 30 Prozent fanden sich leichte bis mittelschwere Störungen der Mutter-Kind-Beziehung unter anderem in Form von Schlafstörungen oder Schreiphasen der Kinder. Die Studie unterstützt die aktuelle Forderung, dass „späte Frühgeborene“ eine adäquate stationäre und poststationäre Betreuung erfordern, in die auch die Kindesmütter mit einbezogen werden.

Es ist vorgesehen, alle Vorträge auf der Internetseite der Sächsischen Landesärztekammer ([www.slaek.de/](http://www.slaek.de/) > Qualitätssicherung > externe Qualitätssicherung > Downloadbereich > Klinikärztentreffen) zu veröffentlichen.

Dr. med. habil. Reinhold Tiller  
Vorsitzender der AG Peri-/Neonatalogie

## Einladung „Tanz in den Frühling“

Die Kreisärztekammer Leipzig (Land) möchte Sie ganz herzlich zur Tanzveranstaltung einladen:

**Samstag, 9. April 2011**  
**Einlass: 18.00 Uhr**  
**Beginn: 19.00 Uhr**

### Veranstaltungsort: Hotel Kloster Nimbschen „Kulturscheune“

Nimbschener Landstraße 1  
04668 Grimma, Tel. 03437 9950  
Der Unkostenbeitrag beträgt  
65,00 € pro Person ohne Getränke.

Anmeldung bis zum **18.3.2011 per Bankeinzahlung** auf folgendes Konto der Volks- und Raiffeisenbank MTL:  
Konto: 5 000 135 528  
BLZ: 860 954 84 unter der Angabe Ihres vollständigen Namens.

Bei Fragen stehen Ihnen folgende Möglichkeiten zur Verfügung:  
Telefon: 03437 919370 oder  
E-Mail: [leipzig-land@slaek.de](mailto:leipzig-land@slaek.de)

Falls Sie eine Übernachtung benötigen, wenden Sie sich bitte zeitnah direkt an die Rezeption des Hotels Kloster Nimbschen (Telefon: 03437 9950).

Ihr Vorstand der Kreisärztekammer  
Leipzig (Land)

## Rechtliche Regelungen zur Patientenverfügung – Teil II

Im 1. Teil des Aufsatzes erhielten Sie Informationen zu den gesetzlichen Grundlagen und Informationen um die Erstellung und Bindungswirkung einer Patientenverfügung. Der Bundesgerichtshof (BGH) hat mit seinem Grundsatzurteil vom 25.06.2010, Az.: 2 StR 454/09, die bisher zweifelhafte Frage der Strafbarkeit des Abbruchs lebenserhaltender Maßnahmen durch aktives Tun geklärt (BGH I) und mit einem Beschluss vom 10.11.2010, Az.: 2 StR 320/10, klare Grenzen gezogen, wann ein rechtfertigender Behandlungsabbruch verneint wird (BGH II).

### BGH I

Der Angeklagte, ein auf Medizinrecht spezialisierter Rechtsanwalt, beriet die beiden Kinder einer schwerkranken Patientin. Sie lag seit 2002 in einem Wachkoma. Sie wurde in einem Pflegeheim über einen Zugang in der Bauchdecke künstlich ernährt. Eine Besserung des Gesundheitszustandes war nicht mehr zu erwarten. Mündlich hatte die Patientin bereits 2002 für einen solchen Fall geäußert, dass die künstliche Ernährung eingestellt werden möge, um ihr ein Sterben in Würde zu ermöglichen. Ende 2007 hatte sich die Heimleitung zunächst mit den zwischenzeitlich als Betreuer eingesetzten Kindern geeinigt, dass das Heim nur noch Pflgetätigkeiten im engeren Sinne übernimmt und die Kinder der Patientin die Ernährung über die Sonde einstellen. Nachdem eine Tochter die Nahrungszufuhr zunächst beendet hatte, wies die Geschäftsleitung die Heimleitung an, die Ernährung wieder aufzunehmen. Der Rechtsanwalt riet nunmehr der Tochter der Patientin, den Schlauch der PEG-Sonde unmittelbar über der Bauchdecke zu durchtrennen. Diese schnitt kurze Zeit später mit Unterstützung ihres Bruders den Schlauch durch. Dies wurde im Heim entdeckt und die Patientin in das Krankenhaus unter Wiederaufnahme der künstlichen Ernährung eingewiesen. Dort

starb sie zwei Wochen später eines natürlichen Todes aufgrund ihrer Erkrankungen.

Das Landgericht hat erstinstanzlich das Handeln des Angeklagten als einen gemeinschaftlich mit der Tochter begangenen versuchten Totschlag durch aktives Tun – im Gegensatz zum bloßen Abbruch einer lebenserhaltenden Behandlung durch Unterlassen – gewürdigt, der weder durch eine mutmaßliche Einwilligung der Patientin noch nach den Grundsätzen der Nothilfe oder des rechtfertigenden Notstandes gerechtfertigt sei. Ein entschuldigender Notstand läge nicht vor und als spezialisierter Rechtsanwalt könne er sich auch nicht auf einen sogenannten Erlaubnisirrtum berufen. Aufgrund des Rechtsrats des Rechtsanwalts wurde die Tochter freigesprochen, da sie sich in einem unvermeidbaren Erlaubnisirrtum befunden hatte und deshalb ohne Schuld handelte. Der BGH hat das Urteil aufgehoben und den Anwalt freigesprochen. Der BGH sah sich auch nicht an frühere Entscheidungen gebunden, da die Verbindlichkeit sogenannter Patientenverfügungen und die Voraussetzungen des Abbruchs lebenserhaltender Behandlungen noch nicht geklärt gewesen war. Die vor der Erkrankung der Patientin geäußerte Einwilligung zum Unterlassen weiterer künstlicher Ernährung, die ihre Kinder in ihrer Eigenschaft als Betreuer geprüft und bestätigt hätten, habe bindende Wirkung entfaltet und stelle nach dem seit September 2009 geltenden Patientenverfügungsgesetz als auch nach dem zur Tatzeit geltenden Recht eine Rechtfertigung des Behandlungsabbruchs dar. Dies gelte jetzt, wie inzwischen in § 1901a Abs. 3 BGB ausdrücklich bestimmt, unabhängig von Art und Stadium der Erkrankung.

Die Einwilligung der Patientin rechtfertige nicht nur den Behandlungsabbruch durch bloßes Unterlassen weiterer Ernährung, sondern auch ein aktives Tun, das im vorliegenden Fall im Durchschneiden des Sonden-schlauches zu sehen ist, weil dieses Tun der Beendigung oder der Verhinderung einer von der Patientin nicht oder nicht mehr gewollten Behand-

lung gedient hat. Eine an den Äußerlichkeiten von Tun oder Lassen orientierte Unterscheidung der straflosen Sterbehilfe vom strafbaren Töten des Patienten werde dem sachlichen Unterschied zwischen der auf eine Lebensbeendigung gerichteten Tötung und Verhaltensweise nicht gerecht, die dem krankheitsbedingten Sterbenlassen mit Einwilligung des Betroffenen seinen Lauf ließen. Dieses Urteil stellt nicht nur einen Paradigmenwechsel in der Rechtsdogmatik bei der Unterscheidung von Tun und Unterlassen dar. Für Ärzte und Juristen schafft es vor allem Klarheit, denn der Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen ist straffrei, wenn sich Ärzte und Betreuer einig sind und der Behandlungsabbruch dem Inhalt der erstellten Patientenverfügung des Patienten entspricht.

Für die alles entscheidende Frage „Was wollte der Patient?“ müssen sich Ärzte und Pfleger auf eine schriftlich geäußerte Verfügung verlassen können. Der BGH sieht für den Fall, dass keine schriftliche Verfügung vorliegt, sondern nur der mündlich erklärte Wille im Raum steht, strenge Beweisanforderungen vor. Um hier einen Missbrauch auszuschließen, ist das Vorgehen in jedem Falle sorgfältig zu dokumentieren. Sind sich Ärzte und Betreuer über den Patientenwillen nicht einig und entscheidet das Betreuungsgericht, muss der vorausgegangene Abwägungsprozess ebenfalls dokumentiert sein.

Liegt keine schriftliche Patientenverfügung vor oder konnte der mutmaßliche Wille des Patienten nicht anhand konkreter Anhaltspunkte ermittelt werden, hat sich der Arzt wie bisher nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft zu verhalten und lebenserhaltende Maßnahmen zu ergreifen.

### BGH II

Mit Beschluss vom 10.11.2010, Az.: 2 StR 320/10, hat der BGH ausdrücklich klargestellt, dass eine Strafbarkeit wegen versuchten Totschlags vorliegt, wenn die Zufuhr lebenserhaltender Medikamente und das

Kappen der Sauerstoffzufuhr die Sterbephase unumkehrbar einleitet und der Tod unmittelbar herbeigeführt werden sollte und die in der Patientenverfügung vorgesehenen Bedingungen für einen Behandlungsabbruch (noch) nicht vorliegen. Die Schwiegermutter des Angeklagten war in stationärer Behandlung. Da sich der Zustand verschlechterte, wurde ihr angekündigt, dass sie auf die Intensivstation verlegt werden müsse. Darin willigte sie ein. Danach trat ein ernster Gesundheitszustand ein, der zwar zum Tode führen konnte, aber aus medizinischer Sicht nicht hoffnungslos war. Der Angeklagte beschloss unter Berufung auf eine Patientenverfügung, deren Inhalt ihm unbekannt war, von den Ärzten das Abstellen der medizinischen Geräte zu erzwingen und falls dem nicht nachgegeben werden sollte, selbst Hand anzulegen und Perfusoren und Sauerstoffgerät abzuschalten. Die behandelnde Ärztin wies darauf hin, dass die gerade erst eingegangene Patientenverfügung zunächst geprüft und bewertet werden müsse. Der Angeklagte betätigte sodann die Ausschalter der Bedienelemente und wollte das Sauerstoffgerät abschalten. Daran gehindert kam es dennoch zu einem dra-

matischen Abfall des Blutdrucks und der Herzfrequenz. Die Patientin starb wenig später. Das kurzfristige Abschalten der Perfusoren war hingegen nicht nachweislich todesursächlich. Das Vorgehen des Angeklagten war nicht als Behandlungsabbruch auf der Grundlage des Patientenwillens nach den Grundsätzen der BGH-Entscheidung vom 25.06.2010 (siehe oben) gerechtfertigt. Zum einen kannte der Angeklagte die Patientenverfügung nicht genau. Außerdem lagen die Voraussetzungen für einen Behandlungsabbruch nicht vor. Aus medizinischer Sicht befand sich die Patientin weder im unmittelbaren Sterbeprozess, noch war es bei ihr zu einem nicht mehr behebbaren Ausfall lebenswichtiger Funktionen des Körpers gekommen, der zum Tode führt.

Im Übrigen wies der BGH darauf hin, dass in Fällen, in denen zukünftig ein rechtfertigender Behandlungsabbruch auf der Grundlage des Patientenwillens in Rede steht, die Voraussetzungen der §§ 1901 a, 1901 b BGB mit seinen verfahrensrechtlichen Absicherungen zu beachten sind. Bei der Bestimmung der Grenze einer möglichen Rechtfertigung von kausal lebensbeendenden Maßnahmen entfalten diese Vorschriften auch für das

Strafrecht Wirkung. Damit wollte der BGH sicherstellen, dass Patientenverfügungen nicht ihrem Inhalt zuwider als Vorwand genutzt werden, um aus unlauteren Motiven auf eine Lebensverkürzung schwer erkrankter Patienten hinzuwirken. Darüber hinaus muss in der regelmäßig die Beteiligten emotional stark belastenden Situation, in der ein Behandlungsabbruch in Betracht zu ziehen ist, gewährleistet sein, dass die Entscheidung nicht unter zeitlichem Druck, sondern nur nach sorgfältiger Prüfung der medizinischen Grundlagen und des sich gegebenenfalls in einer Patientenverfügung manifestierenden Patientenwillens erfolgt. Dass es solcher, das Verfahren regelnder Vorschriften bedarf, um einen missbräuchlichen und/oder vorschnellen Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen zu verhindern, wird bei Kenntnisnahme solcher Sachverhalte besonders deutlich. In Klinik und Praxis sind regelnde Behandlungspfade empfehlenswert. Auch das Projekt der Sächsischen Landesärztekammer zur mobilen Ethikberatung stellt einen Baustein dar, behandelnden Ärzten in ethisch schwierigen Situationen zu helfen.

Dr. jur. Alexander Gruner  
Leiter der Rechtsabteilung

## Medizin & Glaube

### Veranstaltungsreihe im Deutschen Hygiene-Museum in Kooperation mit der Sächsischen Landesärztekammer und dem CathedralForum

In dem Maße, in dem die moderne Medizin den Zusammenhang zwischen Körper und Seele wiederentdeckt, wächst auch das Interesse an Heilungsprozessen, die nicht allein auf der somatischen Ebene erklärbar sind. Kann Glaube heilen? Die Vorträge der Veranstaltungsreihe „Medizin & Glaube“ thematisieren unterschiedliche Beziehungen zwischen Medizin und Glaube, Heilung und Religion und richten sich sowohl an Ärzte als auch an Psychotherapeuten, Pflegekräfte und die interessierte Öffentlichkeit. Die Reihe ist Bestandteil des Rahmenprogramms zu der

bis 5. Juni 2011 laufenden Sonderausstellung „Kraftwerk Religion“.

8. März 2011, 19.00 Uhr  
**Hat die Medizin die Seele verloren? Über den Glauben aus ärztlich-psychotherapeutischer Sicht**  
Prof. Dr. med. Eckehard Frick, SJ, Professor für Spiritual Care an der Ludwig-Maximilians-Universität und Professor für Psychosomatische Anthropologie an der Hochschule für Philosophie, München

15. März 2011, 19.00 Uhr  
**Medizin, Magie und Religion. Heilen in Afrika**  
PD Dr. Walter Bruchhausen, Medizinhistorisches Institut, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

22. März 2011, 19.00 Uhr  
**Angst, Depression und Wahn.**

### Religion und psychische Erkrankung

Dr. med. Friedemann Ficker, ehem. ärztlicher Direktor des Marienkrankenhauses Dresden

29. März 2011, 19.00 Uhr  
**Alles nur Einbildung? Der Placeboeffekt**

Prof. Dr. phil. Robert Jütte, Leiter des Instituts für Geschichte der Medizin, Robert Bosch Stiftung, Stuttgart

Veranstaltungsort:

Deutsches Hygiene-Museum  
Lignerplatz 1, 01069 Dresden  
www.dhmd.de

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

Patricia Grünberg M.A.  
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## Veranstaltung für Weiterbildungsassistenten

Zum nunmehr dritten Mal fand die gemeinsame Veranstaltung der Sächsischen Landesärztekammer, der Krankenhausgesellschaft Sachsen, der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und der Deutschen Apotheker- und Ärztebank mit großem Erfolg statt. Über 160 Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung und PJ-ler waren der Einladung zu der Informations-, Beratungs- und Fortbildungsveranstaltung am 22. Januar 2011 in das Gebäude der Sächsischen Landesärztekammer gefolgt.

Nach der Begrüßung durch Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, überbrachte Dr. rer. nat. Frank Bendas, Referatsleiter am Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, die Grußworte der zuständigen Staatsministerin Christine Clauß. In seinem nachfolgenden Vortrag ging der Präsident auf die verschiedenen Möglichkeiten zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit im Freistaat Sachsen ausführlich ein. Er informierte über die vielfältigen Aufgaben der Sächsischen Landesärztekammer und stellte die Strukturierung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekam-

mer und die damit verbundene Vielfältigkeit des Erwerbs von vor allem Facharztbezeichnungen vor. Des Weiteren stellte der Präsident das breite Spektrum der stationären Krankenhausversorgung im Freistaat Sachsen sowie Möglichkeiten der Niederlassung und die finanzielle Förderung von jungen Ärzten in unterversorgten Regionen vor und erläuterte die Perspektiven für eine Tätigkeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) im Freistaat Sachsen.

In der sich anschließenden Beratung an den zahlreichen Informationsständen im Foyer des Gebäudes der Sächsischen Landesärztekammer konnten sich die Teilnehmer umfassend über berufliche Möglichkeiten und Weiterbildungsgänge bei ca. 20 Krankenhäusern aus Sachsen informieren. Am Präsentationsstand der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen wurde ein breitgefächertes Informationsangebot zur Niederlassung und freien Praxisstellen bzw. über zu übergebende Praxen bereitgehalten. Gut besucht war auch der Informationsstand des Landesverbandes Sachsen der Ärzte und Zahnärzte im ÖGD. Alle Fragen rund um die ärztliche Weiterbildung und eine persönliche Beratung auf dem Weg zur gewünschten Facharztbezeichnung erhielten die Teilnehmer am Beratungsstand der Sächsischen Landesärztekammer. Informationen rund um die Alters-

versorgung von sächsischen Ärztinnen und Ärzten konnten bei Mitarbeiterinnen der Sächsischen Ärzteversorgung vor Ort eingeholt werden.

Die ärztlichen Kolleginnen und Kollegen hatten darüber hinaus von 12.00 bis 14.00 Uhr Gelegenheit, in ca. elf einstündigen Workshops und Seminaren die Möglichkeit, anschaulich über Tätigkeiten als Arzt im Krankenhaus oder als Hausarzt zu informieren. So berichteten erfahrene Kolleginnen und Kollegen über ihren beruflichen Alltag. Weitere Workshopthemen waren ein Reanimationskurs, ein Seminar zur ärztlichen Gesprächsführung sowie Fragen der ärztlichen Schweigepflicht. In einer Plenarveranstaltung wurden mit den Anwesenden aktuelle Fragen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie diskutiert.

Die durchweg positive Resonanz der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte demonstriert das große Interesse an einer solchen Veranstaltung, die ein fester Bestandteil des Angebots der Sächsischen Landesärztekammer und weiterer Institutionen im sächsischen Gesundheitswesen ist, um Ärzte frühzeitig für eine langfristige ärztliche Tätigkeit im Freistaat Sachsen zu gewinnen.

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

## Fortbildungsveranstaltung Pandemienmanagement

Gemeinsam laden das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, die Sächsische Landesärztekammer, die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen und die Krankenhausgesellschaft Sachsen am 23. Februar 2011 ab 14.00 Uhr zu einer Veranstaltung über das Pandemienmanagement ein. Nachdem die H1N1-Pandemie 2009/2010 abgeklungen war, entstand eine Diskussion über die Bewältigung der Situation. Insbesondere die Kommunikation der beteiligten Akteure untereinander und die Information der Bevölkerung sollen aus unterschiedlichen Perspektiven näher beleuchtet werden. Darüber hinaus wird umfassend über den aktuellen Stand der Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung im Freistaat Sachsen informiert. Der inhaltliche und zeitliche Ablaufplan ist nachfolgend aufgeführt:

### 14.00 Uhr

**Begrüßung** (Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer)

Moderation: Dipl.-Med. Petra Albrecht, Sächsische Landesärztekammer, Vorstandsmitglied, Pandemiebeauftragte

### 14.05 Uhr

**Einführung: Die Influenza-Pandemie 2009/2010 – ein Überblick** (Dipl.-Med. Heidrun Böhm, Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz)

### 14.25 Uhr

**Der Arzt in der Niederlassung – Fürsorge für Patienten und Mitarbeiter** (Dipl.-Med. Thilo Wirth, Praxis Hoyerswerda)

### 14.45 Uhr

**Pandemienmanagement im Krankenhaus** (Dr. med. Thomas Grünwald, Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig, Klinik für Infektiologie, Tropenmedizin und Nephrologie)

### 15.05 Uhr

**Rückschau auf die H1N1-Pandemie in der Stadt Leipzig** (Dr. med. Regine Krause-Döring, Gesundheitsamt Leipzig)

### 16.05 Uhr

**Sicherheit der Pandemie-Impfstoffe** (Dr. med. Dietmar Beier, Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen)

### 16.25 Uhr

**Pandemie-Erkrankungen aus Sicht einer Intensivstation** (Prof. Dr. med. Udo X. Kaisers, Universitätsklinikum

Leipzig, Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie)

### 16.45 Uhr

**Krisenkommunikation im Pandemiefall** (Heike Bojunga, Sandstein Kommunikation GmbH)

### 17.30 Uhr

**Neues vom aktuellen Pandemieplan** (Dr. med. Ingrid Ehrhard, Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen (LUA) Sachsen)

### 18.05 Uhr

**Ausblick – was kann bei der nächsten Pandemie besser gemacht werden?** (Dipl.-Med. Petra Albrecht, Sächsische Landesärztekammer, Vorstandsmitglied, Pandemiebeauftragte)

### Termin und Ort:

Mittwoch, 23. Februar 2011, 14.00 Uhr bis 18.15 Uhr, Sächsische Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, 5 Fortbildungspunkte, Teilnahme kostenfrei.

Weitere Information: Referat Ethik und Medizinische Sachfragen, Frau Wittek, Tel.: 0351 8267-378.

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

## 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 Chemnitz-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

Reg.-Nr. 11/C005

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.02.2011

Facharzt für Diagnostische Radiologie halber Versorgungsauftrag in einer Berufsausübungsgemeinschaft

Reg.-Nr. 11/C006

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.02.2011

### Zwickau-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

Reg.-Nr. 11/C007

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.02.2011

### Freiberg

Facharzt für Orthopädie

Vertragsarztsitz in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft

Reg.-Nr. 11/C008

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.02.2011

### Zwickauer Land

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Reg.-Nr. 11/C009

### Chemnitzer Land

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft

Reg.-Nr. 11/C010

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.03.2011 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder 2789-403 zu richten.

### Bezirksgeschäftsstelle Dresden Dresden-Stadt

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

Reg.-Nr. 11/D004

Psychologischer Psychotherapeut (Abgabe des Vertragsarztsitzes zur Hälfte)

Reg.-Nr. 11/D005

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.02.2011

### Bautzen

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

Reg.-Nr. 11/D006

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.02.2011

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

Reg.-Nr. 11/D007

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.02.2011

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 11/D008

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.02.2011

### Löbau-Zittau

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 11/D009

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Reg.-Nr. 11/D010

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.02.2011

### Meißen

Facharzt für Anästhesiologie

Reg.-Nr. 11/D011

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.02.2011

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Reg.-Nr. 11/D012

### Sächsische Schweiz

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Reg.-Nr. 11/D013

### Weißeritzkreis

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten

Reg.-Nr. 11/D014

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.02.2011

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

Reg.-Nr. 11/D015

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.02.2011

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.03.2011 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351/8828-310 zu richten.

### Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

Reg.-Nr. 11/L006

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft

Reg.-Nr. 11/L007

Facharzt für Augenheilkunde

Reg.-Nr. 11/L008

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft

Reg.-Nr. 11/L009

### Leipziger Land

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

Reg.-Nr. 11/L010

### Muldentalkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

Reg.-Nr. 11/L011

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.03.2011 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 Dresden Görlitz-Stadt / Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

Niesky

Praxisabgabe geplant 10/2011

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

### Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Torgau-Oschatz

Facharzt für Allgemeinmedizin \*)

geplante Praxisabgabe: Anfang 2012

Interessenten wenden sich an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. (0341) 24 32 154

## Vertretungsärzte gesucht

### Vertretungsärzte für den Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst im Bereich der Bezirksgeschäftsstelle Dresden gesucht

Jeder Vertragsarzt ist aufgrund seines Zulassungsstatus zur Teilnahme am Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst verpflichtet. Dies gilt grundsätzlich für alle Vertragsärzte, unabhängig von deren Fachrichtung. Kann oder möchte ein Vertragsarzt seine Dienste im Rahmen des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes nicht persönlich wahrnehmen, ist er verpflichtet, für eine geeignete Vertre-

terung zu sorgen. Diese Vertretung können auch Nicht-Vertragsärzte übernehmen. Für die fachärztlichen Bereitschaftsdienste (kinder-, augen-, HNO-ärztlich sowie Chirurgie) muss dies natürlich jeweils ein Facharzt der entsprechenden Fachrichtung sein. Für den allgemeinärztlichen Bereitschaftsdienst ist es jedoch ausreichend, dass der Vertreter ein in Deutschland approbierter Arzt ist und sich zumindest im fortgeschrittenen Stadium seiner Facharztausbildung befindet. Eine abgeschlossene Facharztausbildung wird hierbei allerdings nicht vorausgesetzt. Wir bitten Interessenten an der Übernahme von Bereitschaftsdiensten, sich mit der Abteilung Sicherstellung

der Bezirksgeschäftsstelle Dresden in Verbindung zu setzen. Die Bezirksgeschäftsstelle wird dann die Vermittlung an die Vertragsärzte, die einen Vertreter suchen, übernehmen. Die Vergütung der Dienste erfolgt in der Regel nach Vereinbarung zwischen Vertreter und vertretenem Arzt. Eine erhöhte Nachfrage nach Vertretern besteht gegenwärtig im Bereich der Stadt Dresden sowie der Städte Radebeul und Freital.

Kontaktdaten:  
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen,  
Bezirksgeschäftsstelle Dresden  
Abt. Sicherstellung  
Schützenhöhe 12  
01099 Dresden  
Tel.: 0351 8828-370 und -371  
E-Mail: bd@kvs-dresden.de

## Special Olympics in Altenberg

Vom 28. Februar bis 4. März 2011 finden in der sächsischen Kur- und Sportstadt Altenberg die Nationalen Winterspiele von Special Olympics unter Schirmherrschaft des Ministerpräsidenten des Freistaates Sachsen, Stanislaw Tillich, statt. Das Osterzgebirge wird in diesem Zeitraum zur Austragungsregion erlebnisreicher Spiele für rund 600 Athletinnen und Athleten. Die Wettbewerbe finden in den Sportarten Eiskunstlauf, Eisschnelllauf, Ski Alpin, Ski Langlauf und Snowboard statt. Zudem werden die Demonstrationssportarten Schneeschuhlauf und Floorball ausgetragen. Zusätzlich wird Ski Cross als Demonstrationsdisziplin der Ski Alpin Wettbewerbe ausgeführt ([www.nationalgames.de](http://www.nationalgames.de)).

Special Olympics wurde in den 60er-Jahren in den USA aus der Idee heraus gegründet, Menschen mit geistiger Behinderung eine Teilhabe an Sportaktivitäten und -veranstaltungen zu ermöglichen. Heute ist Special Olympics mit mehr als 3,1 Millionen Athletinnen und Athleten in 175 Ländern vertreten und somit weltweit die größte, vom IOC offiziell anerkannte Sportbewegung für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung.

Special Olympics ist dabei mehr als nur Sport und versteht sich als Alltagsbewegung mit einem ganzheitlichen Angebot. Ein Beispiel dafür ist das weltweite Programm Healthy Athletes® zur Verbesserung von Gesundheit und Fitness, das durch Ärzte verschiedener Fachdisziplinen entwickelt und mit Leben erfüllt wird. Healthy Athletes zielt darauf ab, die

Gesundheit der Special Olympics Athleten zu verbessern und ihnen auf anschauliche Weise den Präventionsgedanken für verschiedene Bereiche näherzubringen. Gesundere und gesundheitsbewusste Sportler mit einem gesteigerten Wohlbefinden im Alltag und beim Sporttreiben sind das Ziel der Initiative.

Während der Nationalen Winterspiele in Altenberg wird Healthy Athletes® mit Unterstützung der Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden, der Sächsischen Landesärztekammer und der Landes Zahnärztekammer Sachsen den Athleten und auch Besuchern mit geistiger Behinderung aus Wohneinrichtungen, Schulen und Werkstätten aus der Umgebung angeboten.

Knut Köhler M.A.  
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## Konzerte und Ausstellungen

### Sächsische Landesärztekammer

#### Konzerte

#### Festsaal

Sonntag, 6. März 2011

11.00 Uhr – Junge Matinee

Jazzpirin und Betarock

Junge Musiker des Heinrich-Schütz-

Konservatoriums Dresden e.V.

vertreiben den Winter

Leitung: Andreas Reuter

#### Ausstellungen

#### Foyer und 4. Etage

Bernd Hahn

Konstellationen

bis 13. März 2011

Claus Weidendorfer – O. T.

16. März bis 15. Mai 2011

Vernissage: Donnerstag,

17. März 2011, 19.30 Uhr

Einführung: Gunter Ziller, Galerist,

Dresden

#### Sächsische Ärzteversorgung

#### Foyer

Katharina Günther „Werkschau“

Malerei / Fotografie

bis 30. März 2011

# Rückenschmerz aus orthopädischer Sicht

Ettrich, U.; Reuter, U.; Seifert, J.; Günther, K.P.

## Zusammenfassung

Die Behandlung von Rückenschmerzpatienten basiert auf der Berücksichtigung somatischer, psychologischer und sozialer Facetten. Ernsthafte morphologische Ursachen (red flags) und psychosoziale Risikofaktoren (yellow flags) müssen rechtzeitig erkannt werden. Akute Rückenschmerzen limitieren sich mit einfachen Therapien oft innerhalb von sechs Wochen. Weniger als zehn Prozent der Patienten neigen zu chronischen Schmerzverläufen. Die Wiederherstellung von Beweglichkeit und Funktionsfähigkeit, nicht unbedingt völlige Schmerzfreiheit, sollten dann vorrangige Therapieziele in der Behandlung der chronischen Rückenschmerzen sein, um eine alltagstaugliche Rückenbelastbarkeit wiederzuerlangen und um die Patienten in das soziale System zu reintegrieren. Die Verlagerung des Behandlungsschwerpunktes von der symptomatischen Schmerzbehandlung zur Behandlung gestörter körperlicher, psychischer und sozialer Funktion ist dann entscheidend für den Erfolg. Multimodale interdisziplinäre Behandlungsprogramme nach dem Konzept der „Functional restoration“ haben ihre Effektivität bewiesen. Der Trend bei den operativen Therapien geht hin zu schonenderen Verfahren, die frühfunktionell zu behandelnde Operationsergebnisse erzielen. Ein Kompetenznetzwerk „Chronischer Rückenschmerz“ mit festgelegten Behandlungsinhalten, Behandlungszeiten sowie konservativen und operativen Behandlungsstrukturen wäre das Optimum der Therapiequalität.

## Einleitung

*„Schmerz ist wie die Liebe – vielfältig und individuell erlebt“*  
(Zieglänsberger, W.; 2009)

Man geht heute in Deutschland von mindestens fünf Millionen Menschen mit starken Dauerschmerzen und anteilig von etwa 600.000 hoch

chronifizierten Patienten aus mit erheblicher Einschränkung des physischen, emotionalen und sozialen Lebensvollzuges (Zimmermann, M.; 2004). Chronischer Rückenschmerz ist heutzutage die häufigste Schmerzlokalisation und ist aus medizinischer wie auch aus sozioökonomischer Sicht eine der größten Herausforderungen des Gesundheitssystems (Broll-Zeitvogel, E.; et al. 1999). Die Kosten der Behandlung sind enorm. Kostenschätzungen gehen davon aus, dass chronische Rückenschmerzen in Bezug auf Arbeitsausfall, Frühpensionierungen, multiple diagnostische Abklärungen und Therapieversuche sowie Rehabilitationen Kosten von ca. 25 Milliarden Euro jährlich verursachen (Kohlmann, T.; 2005). Anteilig entfallen 15 Milliarden Euro auf direkte Kosten (Medikamente, Behandlung, Rehabilitation) und 10 Milliarden Euro auf indirekte Kosten (unter anderem Arbeitsunfähigkeit, frühzeitige Berentung). Ein Viertel aller Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wird von den Rentenversicherungen derzeit in Deutschland für chronische Rückenschmerzpatienten ausgegeben (Fischer, G.C.; et al. 2001). Rückenschmerzen gehören zur teuersten muskuloskelettalen Erkrankung, zu den teuersten Berufserkrankungen und zu den häufigsten Ursachen von Arbeitsunfähigkeit bei Patienten unter 45 Jahren (Bigos, S. J.; 2001).

## Epidemiologie und Ursachen

Die Lebensprävalenz von Rückenschmerz, das heißt die Wahrchein-

lichkeit einmal im Leben Rückenschmerzen zu erleiden, ist hoch und wird mit 80 bis 90 Prozent angegeben (Niesert, W.; 2005). Bei etwa 85 Prozent der Patienten wird von einem unspezifischen Rückenschmerz ausgegangen ohne besorgniserregende Pathologien. Reversible Ursachen liegen hier oft in einer nicht effektiv arbeitenden Muskulatur, im hypermobilen Bindegewebsstatus, in Gelenkfunktionsstörungen oder in Haltungproblematiken. Auch psychovegetative Spannungszustände können ein muskulär determiniertes Schmerzgeschehen triggern (Egle, U. T. 2008). Spezifische Ursachen (Entzündung, Frakturen, Tumoren, Metastasen, Degeneration) sollten erkannt und spezifisch behandelt werden.

### Red flags – Alarmierende Hinweise bei Rückenschmerz

(Weh, L. 2009)

- Alter <20 und >50 Jahre
- Trauma in der jüngsten Vergangenheit
- Thoraxschmerz
- Anamnestisch malignes Tumorgeschehen
- Langzeitig Cortison-Einnahme
- Osteoporose
- Drogenmissbrauch, Immunsuppression, HIV
- Allgemeinzustand
- Ungeklärte Gewichtsabnahme
- Neurologische Defizite
- Strukturelle Deformitäten
- Fieber
- Auffälliges Labor

## Chronifizierung

Über 90 Prozent der akuten Rückenschmerzen limitieren sich innerhalb von sechs Wochen selbst, aber bei fünf bis sieben Prozent der Patienten prolongiert die Schmerzsymptomatik über zwölf Wochen mit Einmündung in eine Chronifizierung. Der Pfad zwischen Nichtstun und notwendiger Interdisziplinarität ist im Einzelfall schmal (Zenz, M.; 2007). Beim Chronifizierungsprozess spielen unbewusste Lern- und Konditionierungsvorgänge eine entscheidende Rolle. Die Schmerzfokussierung führt zu einer Einengung der Lebensperspektive, kann lebensbestimmend werden und zum Teil zu tiefgreifenden und dauerhaften Veränderungen des Lebensgefüges führen. Psychologische Risikofaktoren (yellow flags) für die Chronifizierung von Schmerzen sind zum Beispiel Depressivität und Hilflosigkeit als Reaktion auf die Schmerzen, auch die Angst vor Schmerzsteigerung durch Bewegung mit zunehmend eingeschränkter Mobilität und eine Dekonditionierung (Schmerzvermeidungsverhalten – fear avoidance behavior).

### Yellow flags – psychosoziale Risikofaktoren bei Rückenschmerz (Weh, L. 2009)

Rezedivierende Schmerzepisoden  
Physische Dekonditionierung – angstmotivierte Vermeidung von Bewegung  
Unangemessene Meinungen und Annahmen über Schmerzursachen  
Psychische Auffälligkeiten (Angst und Depression)  
Selbstüberforderung, Selbstwertdefizite, Suchtverhalten  
Schwierige Arbeitsplatzsituation (Unzufriedenheit, Arbeitsplatzverlust, Rentenbegehren)  
Übermäßige Belastung in Familie oder Beziehung

Soziale Chronifizierungsfaktoren sind zum Beispiel der sekundäre Krankheitsgewinn, Arbeitsplatzkonflikte oder unbewältigter sozialer und familiärer Stress. Man weiß, dass 50 Prozent der Patienten, die länger als sechs Monate wegen Rückenschmerzen arbeitsunfähig geschrieben sind, nicht wieder in den Arbeitsprozess

zurückkehren. Bestehen die chronischen Schmerzen länger als zwei Jahre, beträgt die Wahrscheinlichkeit der Rückkehr nahezu null (Göbel, H.; 2001). Nicht zu vernachlässigen ist der iatrogene Beitrag zur Chronifizierung zum Beispiel durch Wartezeiten zum Behandlungszugang, Verordnung von passiven monomodalen Therapien und die Durchführung von nicht indizierten Operationen.

### Risikofaktoren für eine Schmerzchronifizierung

(Keel, P.; 1998)

Niedriger Sozialstatus/Berufsqualifikation  
Arbeitsunfähigkeit länger als vier Monate  
passive resignative Einstellung in Bezug zur Besserung und Rückkehr zur Arbeit  
geringe Arbeitsplatzzufriedenheit, Rentenbegehren  
vorausgegangene Wirbelsäulen-Operation  
soziale Schwierigkeiten – familiäre Probleme  
psychische Begleiterkrankung zum Beispiel depressive Störungen  
Angsterkrankung  
Vermeidungsverhalten oder übertriebene Durchhaltestrategie, belastende Kindheit, mangelnde emotionale Beziehung, geringe Geborgenheit, Misshandlungen, sexueller Missbrauch, häufiger Streit im Elternhaus oder Scheidung  
sekundärer Krankheitsgewinn (vermehrte Zuwendung, Verbesserung der sozialen Rolle in der Familie)  
Schmerzpersönlichkeit (Konfliktleugnung, Aggressionshemmung, zwanghafter Perfektionismus, Unfähigkeit zu genießen)

### Konservative Schmerztherapie

In der Europäischen Leitlinie zum Management des akuten Rückenschmerzes ([www.backpaineurope.org](http://www.backpaineurope.org)) und auch von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) wird empfohlen, den Patienten angemessen über das Krankheitsbild aufzuklären und ihn zu beruhigen (Renker, E.K. et al. 2009). Die Patienten sollen

beraten werden, aktiv zu bleiben und den üblichen täglichen Aktivitäten einschließlich der Arbeit möglichst weiterhin nachzugehen. Bei Bedarf können milde schmerzstillende Medikamente (NSAR, Paracetamol) vorzugsweise in regelmäßigen Abständen gegeben werden. Abgeraten wird von der Empfehlung zur Bettruhe, auch von der Verordnung passiver physiotherapeutischer Verfahren wie zum Beispiel Massage und Traktionsbehandlungen. Bei Chronifizierung wird nach dem biopsychosozialen Modell eine multimodale Behandlung empfohlen. Passive Verfahren (zum Beispiel Wärme/Kälte, Traktion, Laser, Ultraschall, Kurzweile, Interferenztherapie, Massage, Korsetts, TENS) und minimalinvasive Interventionen (zum Beispiel Blockaden, IDET, Laser) werden nicht favorisiert. Das gängige Therapievorgehen und die Erwartungen der Patienten decken sich oft wenig mit diesen Leitlinienempfehlungen, was oft zu individuellen Behandlungsschemata in Anlehnung an die Bedürfnisse der Patienten führt ohne objektivierbare langfristige Erfolge (Renker, E.K.; et al. 2009). Es wurde in dieser Untersuchung zum Ordnungsverhalten bei Rückenschmerz in Deutschland am häufigsten Physiotherapie rezeptiert, gefolgt von passiven Maßnahmen wie Spritzen, Tabletten und Wärme/Kälte. Mit zunehmender Chronifizierung nahmen die Patienten mehrere, oft passive Therapieformen (Spritzen, AU, Physiotherapie und Bettruhe) parallel in Anspruch mit signifikantem Anstieg der Analgetikaeinnahme. Ein Teil der sozioepidemiologischen Misere scheint daher iatrogen mitverursacht zu sein (Renker, E.K.; et al. 2009). In der hausärztlichen Praxis sind Rückenschmerzen der dritthäufigste und in der orthopädischen Praxis der häufigste Konsultationsgrund (KV Nordrhein 2006). Es existiert keine verbindliche oder konsenterte Schnittstellendefinition zur Überweisung zum Facharzt für Orthopädie oder zum speziellen Schmerztherapeuten. Oft gelten Hinweise auf einen abwendbaren gefährlichen Verlauf (red flags) oder zeitlich persistierende Beschwerden ohne Besserungstendenz als Über-

weisungsgrund. Teilweise werden Überweisungswünsche der Patienten selbst bei Unzufriedenheit mit der bisherigen Behandlung und zur Diagnoseüberprüfung und in der Hoffnung auf neue Therapiemöglichkeiten erfüllt (Chenot, J.F. et al. 2009). In dieser Untersuchung von Chenot zum Überweisungsverhalten und zur Kommunikation zwischen Hausärzten und Orthopäden waren mangelhafte Überweisungstexte und unklare Fragestellungen der Hausärzte und oft fehlende Befundberichte der Orthopäden ein Hinweis auf eine schlechte Strukturierung und eine Qualitätsminderung der Effektivität der ambulanten Patientenversorgung. Im ambulanten diagnostischen Alltag des niedergelassenen Haus- oder Facharztes ist oft die strukturelle Ursachendiagnostik führend. Allein das erklärende ärztliche Gespräch, um dem Patienten die spezifischen Ängste zu nehmen, kommt oft aus Zeitgründen zu kurz. Unser wichtigstes Psychopharmakon ist die Sprache. Die Konsultationszeit im ambulanten Alltag reicht oft nicht aus, um die bisherige Krankengeschichte und das Krankheitskonzept des Patienten zu verstehen und die Weichen individuell richtig zu stellen. Der Patient wird oft ärztlich nicht dort abgeholt, wo er in seinem Ursachenverständnis steht, was einen ungewollten Verlauf und eine Chronifizierung vorprogrammiert. Zusätzlich werden MR-morphologische Zufallsbefunde, wie zum Beispiel Bandscheibenprotrusionen mechanisch dem an sich unspezifischen Rückenschmerz ursächlich zugeordnet und häufig über- oder fehlbewertet, was ein alleiniges körperliches Krankheitsverständnis des Patienten manifestiert (Heger, S.; 1988). Es wird oft eine kausale Beziehung insbesondere bei sichtbaren Bandscheibenvorfällen hergestellt und dem Patienten als Schmerzursache vermittelt, obwohl diese nicht der Klinik des Patienten entsprechen. In dem Zusammenhang sind CT-Untersuchungen in der Primärdiagnostik zur Bandscheibenpathologie nicht mehr zeitgemäß.

Hingegen wurde nur bei etwa zehn Prozent der orthopädischen Befund-

berichte auf psychosoziale Befunde eingegangen und obwohl 25 Prozent der Hausärzte psychosoziale Risikofaktoren vermuteten, machten sie keine Angaben dazu auf dem Überweisungsschein. Psychosoziale Einflussfaktoren sind bei 80 Prozent aller Schmerzkranken relevant und in speziellen Schmerzeinrichtungen der Tertiärversorgung sogar bei 25 bis 30 Prozent überwiegend oder sogar ausschließlich für das Schmerzgeschehen verantwortlich (Nickel, R. et al. 2006). Im Durchschnitt vergehen sieben bis neun Jahre bis erstmals eine psychosomatische Abklärung stattfindet und Betroffene suchen in dieser Zeit im Durchschnitt neun bis zwölf verschiedene Ärzte auf. 80 Prozent dieser Patienten nehmen Schmerzmittel, für die es bei dieser Erkrankung keine Indikation gibt (Egle, U.T. 2008). 20 Prozent der Patienten mit somatoformer Schmerzstörung sind als Dauermedikation auf Opioide eingestellt ohne wesentliche Schmerzreduktion, jedoch mit Bestätigung in ihrem somatischen Krankheitsverständnis. Die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung mit Leitsymptom Schmerz erfordert eine vorherige sorgfältige somatische Ausschlussdiagnostik und bei Verdacht den Einbezug einer psychosomatischen Evaluierung.

### Multimodale Schmerztherapie

Multimodale Behandlungsprogramme nach dem Konzept der „Functional restoration“ haben ihre Effektivität bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen gegenüber dem monomodalen Vorgehen im stationären (Hildbrandt, J. et Pflingsten 1996, 1997 und 1998) und im teilstationären Setting (Pöhlmann, K. et al. 2009 et Schütze, A.; et al. 2009) bewiesen. Das vorrangige Behandlungskonzept basiert in der kombinierten Berücksichtigung somatischer, psychologischer und sozialer Facetten der chronischen Schmerzkrankheit. Betrachtet man die Effektivität der Einzelbausteine der multimodalen Programme in Metaanalysen, zeigen zum Beispiel physikalische Therapie und Psychotherapie (behaviorale Verfahren) alleine keine oder nur geringe langfristige Effekte (Pflings-

ten, M.; 2001). Es spricht vieles dafür, dass die einzelnen Verfahren (Trainingstherapie, Physikalische Therapie, Arbeitstraining, psychologische Therapie) nur in Kombination zum Erfolg führen und die Effektivität rückführbar ist auf unspezifische, im weitesten Sinne psychologische Wirkfaktoren des Gesamtkonzeptes (Pflingsten, M.; 2001). Bei der Standardisierung der Behandlungsprogramme dürfen in Bezug auf Zielsetzung und therapeutische Vorgehensweise individuelle Faktoren aber nicht vernachlässigt werden. Die Rückgewinnung von Bewegung und Funktionsfähigkeit, nicht unbedingt völlige Schmerzfreiheit sind das Ziel, um eine alltags-taugliche Rückenbelastbarkeit wiederzuerlangen und eine Reintegration in das soziale System zu ermöglichen. Das Behandlungskonzept umfasst sporttherapeutische, physiotherapeutische, ergotherapeutische und psychotherapeutische Bausteine, mit im Vordergrund stehender körperlicher und psychischer Aktivierung. Physiotherapeutisch erfolgt unter anderem eine Konditionierung mit Steigerung der allgemeinen Muskelkraft, der Haltungskontrolle, der Körperwahrnehmung, der Ausdauer, der Mobilität und der Koordination, um dem Patienten Kompetenz und eine Eigenkontrolle in Bezug auf die individuelle Belastbarkeit zu vermitteln. Besonderer Wert wird auf alltagsrelevante Bewegungs- und Haltungsschulung gelegt, um eine erhöhte Belastbarkeit in ungünstigen Alltagsbedingungen zu erreichen. In der psychologisch kognitiven Verhaltenstherapie werden aktive Bewältigungsfertigkeiten gelernt und gefördert, zur Umstrukturierung der Gedanken beim Auftreten von Schmerzen. Weitere Aspekte sind die Selbstfürsorge („Fellpflege“), aber auch Achtsamkeitsübungen und Genusstherapie, um wieder mit allen Sinnen wahrnehmen und den Aufmerksamkeitsfokus vom Schmerz wegzulenken zu können. Die Motivation zur Mitarbeit, das Erkennen und Nutzen von Änderungs- und Handlungsmöglichkeiten sind Voraussetzung für die belegbare Nachhaltigkeit multimodaler Programme. Die Klärung der Therapiemotivation hat daher eine zent-

rale Bedeutung, aber es existiert kein Erfassungsinstrument, das verlässliche prognostische Aussagen erlaubt (Arnold, B. et al. 2009). Von entscheidender Bedeutung ist es, den Patienten angemessene Strategien zur Schmerzbewältigung zu vermitteln und ein unkoordiniertes Aufsuchen unterschiedlicher Fachdisziplinen („Doctor-hopping“) zu minimieren. Zielparameter sind Wiederaufnahme der Arbeit, Reduktion der Medikamenteneinnahme, Kostenreduktion durch geringere Inanspruchnahme des Gesundheitssystems und die Vermeidung der Berentung (Göbel, H.; 2001). Dabei ist kritisch zu bemerken, dass der Parameter der Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit abhängig ist von der allgemeinen Wirtschaftslage und dem lokalen Arbeitsmarkt. Erschwerend in der Therapie insbesondere von Patienten aus dem ostsächsischen Raum ist, dass es sich nicht lohnt, gesund zu werden, wenn kein adäquater Arbeitsplatz entsprechend der sozialpolitischen Rahmenbedingungen zur Verfügung steht. Zum Transfer der erreichten Veränderungen durch die multimodale Therapie in das berufliche und soziale Umfeld ist ein enger Kontakt zu externen Institutionen (Angehörige, niedergelassene Ärzte,

Medizinischer Dienst der Krankenkassen, Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaften, Arbeitgeber und Arbeitsämter) dringend erforderlich. Ein Kompetenznetzwerk „Chronischer Rückenschmerz“ mit festgelegten Behandlungsinhalten, Behandlungszeiten und Behandlungsstrukturen wäre das Optimum der Therapiequalität.

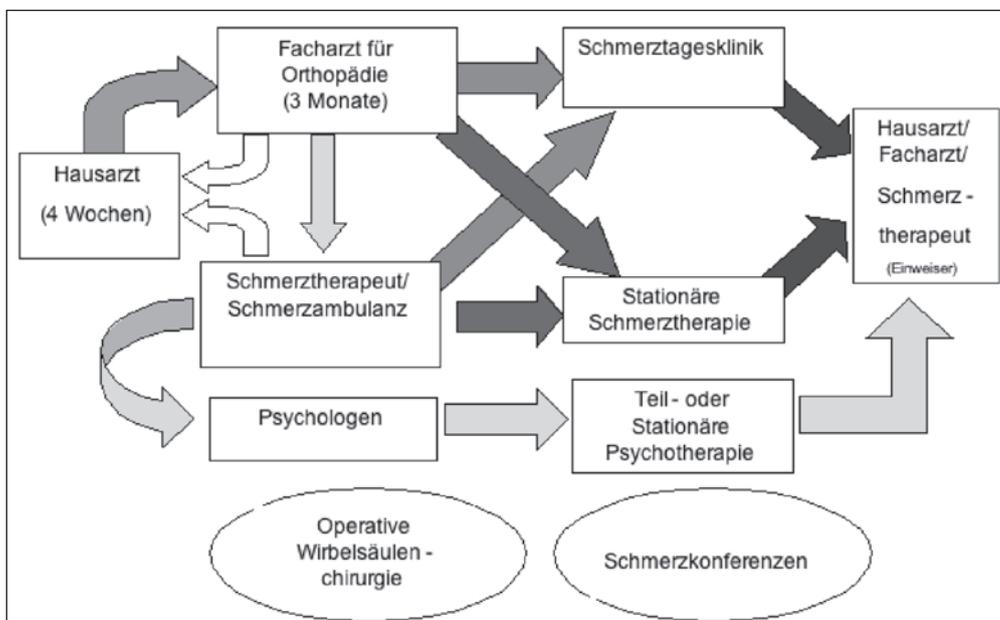
### Operative Therapie

Einer operativen Therapie bedürfen gerade einmal ein Prozent oder weniger aller Rückenschmerzpatienten (Zenz, M.; 2007). Diese Therapieoption sollte mit Ausnahme von Notfallindikationen am Ende einer zeitlich definierten Behandlungskette stehen. Eine kritische Prüfung der Übereinstimmung der Anamnese, der Klinik und der bildgebenden Befunde ist dabei unabdingbar. Bei konservativer Therapieresistenz sollte dann keine unnötige Zeit bis zur Operation verstreichen, um das Risiko der Chronifizierung zu vermeiden. Eine Evaluierung des psychosozialen Hintergrundes ist vor einem OP-Entscheid immer sinnvoll. Der Trend geht hin zu schonenderen operativen Therapieverfahren, die frühfunktionell zu behandelnde Operationsergebnisse erzielen.

### Empfehlungen

Wir möchten dem Leser folgende Empfehlungen für die Behandlung von Rückenschmerzpatienten geben:

- Nicht dramatisierende Beratung, Vermittlung von Aktivität, Vermeidung von Passivität und initiale Akutschmerztherapie ist in Anbetracht der Rückenschmerzhäufigkeit Aufgabe aller Behandler.
- Zeit nehmen fürs Erstgespräch (Erkennen psychosozialer Risikofaktoren).
- Rückenschmerz hat nur selten spezifische morphologische Ursachen.
- Bildgebende Diagnostik nur bei „red flags“ oder Therapieresistenz (ein initiales MRT ist sehr selten erforderlich).
- Chronifizierung tritt schon nach Ablauf eines Quartales ein!
- Bei Therapieresistenz und psychosozialen Risikofaktoren mit Gefahr der Chronifizierung frühzeitige Überweisung zum speziellen Schmerztherapeuten und/oder Psychologen.
- Operationen möglichst in Zentren mit schmerztherapeutisch und operativer Erfahrung vor Chronifizierung und nach psychosozialer Evaluierung.



Wichtig ist es, uns intensiver mit den Erwartungen der Patienten an unsere Therapie zu beschäftigen, wenn wir erfolgreich sein wollen. Nur eine ganzheitliche Betrachtung des Phänomens Rückenschmerz – insbesondere in der Therapie – kann zum Ziel führen. Der schottische Orthopäde G. Waddell hat es treffend ausgedrückt „Treating patients rather than spine“.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Uwe Ettrich

Bereichsleiter Orthopädische Schmerztherapie

Klinik und Poliklinik für Orthopädie und

Universitätsschmerzzentrum

Universitätsklinikum Dresden AöR

Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

E-Mail: uwe.ettrich@uniklinikum-dresden.de

# Rückenschmerz aus psychosomatischer Sicht

Plöttner, G.

## Einleitung

„Dorsopathien“ und intervertebrale Diskopathien zeigen in den westlichen Industrienationen seit 30 Jahren eine drei- bis fünffache Zunahme. Der Umgang und die Behandlung dieser Beschwerden sind für die Patienten wie für die Therapeuten häufig nur mit großen Schwierigkeiten zu bewältigen, was auch gesundheitspolitisch von großer Bedeutung ist.

Nach Egle und Nickel sind Rückenschmerzen eine der verbreitetsten Beschwerden in der Bevölkerung. In ihrem Leben werden 80 bis 90 Prozent aller Erwachsenen mindestens mit einer Episode von Kreuzschmerzen konfrontiert. Die Punktprävalenz beträgt 40 Prozent. Dabei sind Rückenprobleme nicht allein eine Alterserscheinung, sondern auch 70 Prozent der 14- bis 29-Jährigen und 76 Prozent der 30- bis 44-Jährigen sind betroffen. Die Rückenbeschwerden sind die zweithäufigste Ursache, den Arzt aufzusuchen und die häufigste Ursache für Arbeitsausfalltage und bei der Frühberentung. Es besteht ein erheblicher Schmerzmittelkonsum mit Auswirkungen auf Leber und Nieren. Über 60 Prozent der Patienten, die länger als sechs Monate wegen Rückenschmerzen arbeitsunfähig geschrieben sind, kehren nicht wieder in den Arbeitsprozess zurück.

Durch das im Vordergrund stehen einer körperlichen Symptomatik bei Rückenschmerzen sind Ärzte wie betroffene Patienten zunächst von einer organisch bedingten Erkrankung überzeugt. Dabei kommt es lediglich darauf an, diese somatische Ursache zu suchen, zu finden und zu behandeln.

Aufgrund dessen vergehen unter Umständen Jahre mit zahlreichen Arztbesuchen, langen Arbeitsunfähigkeitsschreibungen, medikamentösen Verordnungen und letztlich einhergehender Chronifizierung bis erstmals eine psychosomatische

Abklärung stattfindet. Der von der körperlichen Ursache überzeugte Patient widersetzt sich häufig dem Versuch, die Möglichkeit einer psychischen Kausalität zu diskutieren – und zwar auch dann, wenn einerseits Organbefunde unauffällig bleiben und andererseits eine enge Beziehung der Symptome zu belastenden Lebensereignissen, Schwierigkeiten und Konflikten festzustellen ist. Zum Teil ist dies auf das Bemühen des Patienten um die Legitimität seiner Beschwerden und der Angst vor psychischer Stigmatisierung zurückzuführen. Zum Teil zeigt sich darin aber auch eine persönlichkeits- und kulturgebundene Tendenz zum körperlichen Ausdruck negativer, depressiver oder ängstlicher Affekte, wobei auch unbewusste Verdrängungs- und Abwehrprozesse beteiligt sind.

Die Schwierigkeit des Patienten zu akzeptieren, dass keine ausreichenden organmedizinischen Ursachen für die körperliche Symptomatik vorliegen, kann zur Belastung der Arzt-Patient-Beziehung führen oder führt dazu, dass der Patient weitere organmedizinische Diagnostik oder Therapie einfordert (laufende Kontrolluntersuchungen, operative Eingriffe und anderes) oder häufig enttäuscht den Arzt wechselt (sogenanntes doctor-hopping).

Diese Patienten gehören sehr oft zu den intensivsten Nutzern des Gesundheitswesens und verursachen durch den für Patient und Arzt unbefriedigenden Therapieverlauf teilweise erhebliche Kosten.

Viele dieser Patienten haben eine Dauermedikation von Schmerzmitteln, deren teilweise erlebte Wirkungslosigkeit mit der Schwere ihrer Krankheit gleichgesetzt wird, deren Folge für die Patienten eine andauernde Arbeitsunfähigkeit und die Forderung nach einer Frühberentung erklärt, ohne zuvor jemals adäquat behandelt worden zu sein (Egle und Nickel 2007).

## Diagnose

Eine Schwierigkeit bei der radiologischen Befundauswertung und Diagnose von Rückenschmerzen stellen einige somato-ätiologische Aspekte dar, zum Beispiel dass radiologisch

sichtbare degenerative Veränderungen der Wirbelsäule bei 70 Prozent bis 95 Prozent der Männer (bei Frauen etwas geringer), also rückerkrankten und schmerzfreien Personen im 5. bis 6. Lebensjahrzehnt vorhanden sind (Jensen et al. 1994, Hollingsworth et al. 1998, zit. bei Nickel und Egle 2007). 30 Prozent bis 40 Prozent der über 40-Jährigen zeigen in modernen bildgebenden Verfahren eine Diskushernie, ohne Rückenbeschwerden zu haben. Weitere Untersuchungen zeigen, dass sich gesund fühlende, schmerzfreie Männer über 50 Jahre gleiche Wirbelsäulenveränderungen haben wie wegen eines Wirbelsäulenleidens berentete Männer.

Ein lumbales Wurzelsyndrom durch Ruptur des Anulus fibrosus ist lediglich bei maximal fünf Prozent aller akuter Lumbo-Ischialgie-Syndrom (LIS) festzustellen. Für die chronische LIS (12 Prozent) fehlen hinreichend begründete patho-physiologische Konzepte.

Dem gegenüber zeigten Studien über die Entwicklung von Rückenschmerzen in der Gegenüberstellung von körperlicher Belastung und Lebenszufriedenheit, dass nur eine Korrelation zur Lebenszufriedenheit bestand. Dauern die Schmerzzustände über einen Zeitraum von sechs Monaten an, sind auch bei somatischen Rückenbefunden immer psychosoziale Faktoren, Persönlichkeits- und sozialökonomische Faktoren für die Schmerzzustände und Chronifizierung von Bedeutung. Es ist davon auszugehen, dass aufgrund oben genannter Untersuchungen degenerative Rückenbefunde hinsichtlich der Kausalität von Rückenschmerzen überbewertet werden. Für den Umgang mit chronischen Rückenschmerzpatienten ergibt sich daher, dass grundsätzlich von einer gleichrangigen Bedeutung psychischer, sozialer und biologischer Faktoren im Sinne eines Bio-psycho-sozialen Modells (Abb. 1) ausgegangen werden sollte (Langkafel 1998, Engel 1976):

Die Diagnose einer Störung mit Leitsymptom Schmerz – chronifizierte somatoforme Schmerzstörung – erfordert neben der somatischen Diag-

nostik im Hinblick auf ein nozizeptiv oder neuropatisch determiniertes Schmerzgeschehen oder eines muskulär bedingten Schmerzes, infolge eines psychovegetativen Spannungszustandes, eine sorgfältige Erhebung der Anamnese, um einen Nachweis psychischer Einflussfaktoren und psychosomatischer Wechselwirkungen führen zu können.

Den ersten heftigen Schmerzattacken geht gewöhnlich eine jahrelange „latente Phase“ milder lumbaler Beschwerden voraus, häufige Muskelverspannungen infolge von Fehlhaltung der Wirbelsäule. 2/3 der Fälle des lokalen Lumbalsyndroms entstehen ohne eruibaren Anlass morgens mit lumbaler Muskelspannung und Steifigkeit.

Schon im Erstkontakt mit dem Patienten erbringen genaue Symptomabklärung und anamnestiche Erhebung Hinweise für das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung.

Typischerweise wird ein in seiner Intensität wechselnder Dauerschmerz ohne Intervalle in appellativ-szenisch bildhafter Schmerzbeschreibung angegeben. Dabei zeigt sich teilweise ein buntes Beschwerdebild mit unanatomischer Ausstrahlung der Schmerzen, dermatomübergreifende Sensibilitätsstörungen sowie lumbales Steifheits-, Müdigkeits- oder Engegefühl. Häufig werden die Patienten bei der Schilderung quälender Zustände emotional eher abständig erlebt. Meist haben diese Patienten schon mehrere somatisch-diagnostische und therapeutische Durchgänge hinter sich, wobei es nicht selten zu paradoxen Reaktionen auf die bisherige Behandlung und den Verdacht auf „Fehlbehandlung“ gekommen ist. Die Beschwerden haben meist vor dem 40. Lebensjahr begonnen. Nicht selten gingen andere psychosomatische Beschwerden voraus (Magenbeschwerden, Herz-Kreislauf-Störungen). Durch den körperlichen Befund waren die Beschwerden nicht erklärbar.

Durch Schaffung eines geeigneten therapeutischen Zugangs zum Patienten lassen sich in der Anamnese weitere psychogenetisch relevante Hinweise erheben. Häufig handelt es

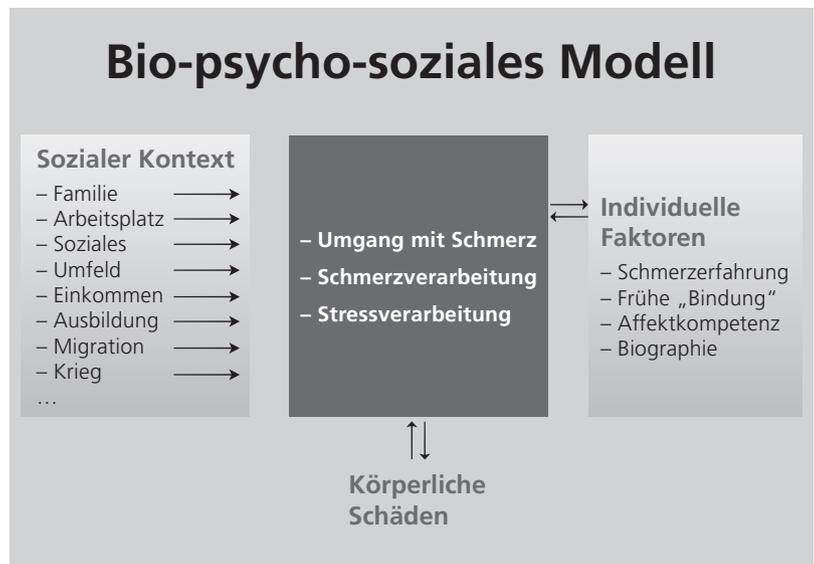


Abbildung 1

sich dabei um psychodynamische Konfliktsituationen, Veränderung der Lebensgestaltung mit Erleiden von Verlusten, um belastende soziale Bedingungen sowie Beziehungsstörungen, aber auch frühere Depressionen, Angstzustände, Persönlichkeitsstörungen oder Erschöpfung sowie vegetative Störungen.

Gegenüber anderen Erkrankungen, welche ebenfalls Schmerz als Leitsymptom haben, muss die chronische somatoforme Schmerzstörung abgegrenzt werden. Das betrifft die Posttraumatische Belastungsstörung, die Hypochondrie, die Coenästhesie, die Depression, die Komorbidität von körperlichen und psychischen Schmerzen sowie das funktionelle Schmerzsyndrom (Lumbalgie, Fibromyalgie).

### Ätiologie und Pathogenese

Auslösende Situationen der Schmerzsymptomatik sind meist überfordernde Lebenssituationen bei bestehenden inadäquaten Konfliktbewältigungsstrategien (meist durch unreifes Abwehrverhalten und massive Selbstwertstörungen).

In kontrollierten Studien (Egle, Nickel 2007) sind immer wieder bestimmte biographische Faktoren signifikant häufiger beobachtet worden. Die Kindheit war bei diesen Patienten von vorzeitiger Verantwortungsübernahme und harter Arbeit geprägt (Parentifizierung, Rollenkehr). Seitens der Eltern bestand Strenge, ja Brutalität, emotionaler Mangel und

Entwertung. Die Beziehung zu den Eltern war selten tragfähig. Häufig bestanden Deprivation, Missbrauch, Gewalt und Geheimhaltungsdruck mit Kompensation durch leistungsorientierte Strategien oder Ersatzobjekte (Lieblingsspielzeug, Schmerz, Medikamente usw.). Es kam zur Identifizierung mit der bedrohenden aber auch Halt-geben-sollenden Bezugsperson und also introjizierten Schuldgefühlen und Strafbedürfnissen.

Nach erlebter Traumatisierung wurde ein episodischer Rückenschmerz „benutzt“, um dem seelischen Leid endlich Ausdruck zu verleihen. Das persistierende Lumbo-Ischialgie-Syndrom folgte dann nicht neurologischen, sondern affektiven Gesetzmäßigkeiten und orientierte sich an frühere Traumen und den Schmerzerinnerungen.

In der Kindheit war Schmerz im Zusammenhang mit körperlicher Misshandlung oft die einzige Möglichkeit der Aufmerksamkeit – es bedeutet affektive Zuwendung. Körper und Schmerz entsprachen dann der Bedeutung eines Objektes, also ein Ersatz für eine Bezugsperson. Die Fortsetzung dieser Beziehungsgestaltung konnte später auch in der Arzt-Patient-Beziehung bestehen und entweder zum Leidwesen des Patienten bestätigt oder therapeutisch genutzt werden.

Aus psychodynamischer Sicht können bei benignen chronischen Schmerzzuständen folgende Erklä-

rungsprinzipien unterschieden werden (Hoffmann/Egle 1998):

- Prinzip der psychischen Substitution,
- Prinzip der Konfliktentlastung durch körpersprachlich ausgedrückte Symbolisierung,
- Prinzip der primären (nicht konvertierten) Umwandlung von Affekten in körpersprachliche Spannungszustände,
- Prinzip der Lernvorgänge.

Im Verhalten des Schmerzpatienten zeigt sich häufig ein extremes Verleugnen von regressiven Bedürfnissen, eine unbewusste Angst vor Hingabe und Nähe, eher die Tendenz andere zu übertreffen und dominierend zu betreuen und zu bemuttern. Oft besteht aber ein Gefühl der Wertlosigkeit und der mangelnden Genussfähigkeit. Die dominierenden Abwehrformen sind „Wendung gegen das Selbst, Katastrophisieren, projektive Identifikation“.

Ein pathogenetisches Modell (nach Egle) für psychogene Schmerzen fasst das psychodynamische Zusammenspiel der bisher genannten Faktoren zusammen (Abb. 2):

Die förderlichen Bedingungen für einen Chronifizierungsprozess sind vor allem in der steigenden Anzahl der Behandlungsversuche zu sehen, aber auch in dem massiven Zeigen lange verleugneter regressiver Bedürfnisse im Sinne von Versorgungs- und Zuwendungswünschen. Weitere

Faktoren sind psychische Beeinträchtigungen wie Depression, Angst und Selbstwertverlust sowie soziale Konflikte im partnerschaftlichen, beruflichen und familiären Bereich sowie soziale Rollenveränderung und soziale Isolierung oder eine schwere narzisstische Kränkung, die nach Entschädigung verlangt. Im Zusammenhang mit unsicherem vermeidendem Bindungsverhalten des Patienten kommt es nicht selten in der Therapiesituation zu Reinszenierungen aus der Eltern-Kind-Beziehung mit der Möglichkeit iatrogenen Beeinträchtigung. Ein wesentlicher Faktor für Chronifizierungsprozesse ist ein ärztlich rein somatisches Krankheitsverständnis und der nicht aufgelöste *circulus vitiosus* von immer wiederkehrender Hoffnung und Enttäuschung.

### Therapieansätze

Die Zielsetzung einer psychotherapeutischen (Mit-)Behandlung muss sich auf die aktuelle Ebene des psychosomatischen Krankheitsverständnisses des Patienten ausrichten (Langkafel 1998). Dies bezieht sich vor allem auf ein motivierendes Verhalten im therapeutischen Erstkontakt bei somatoformen Schmerzstörungen beispielsweise im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung. Da meistens die Schmerzpatienten weiterhin oft sehr einseitig von einem organischen Krankheitsbild überzeugt sind, kann eine Motiva-

tion zu einer Psychotherapie primär nicht vorausgesetzt werden, sodass erst einmal „niedrigschwellige Angebote“ bereitgestellt werden müssen. Im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung sollte in einem ersten Schritt versucht werden, eine empathisch vertrauensvolle Therapeut-Patient-Beziehung zu entwickeln, in dem bei der Frage nach dem subjektiven Krankheitsverständnis der Patient erlebt, mit seinem Leiden ernst- und angenommen zu werden. Nach Rückmeldung der somatischen Untersuchungsergebnisse (eventuell nochmals umschriebene Kontrolluntersuchung) Erheben der psychosozialen Anamnese. In einem weiteren Schritt erfolgt die Aufklärung des Patienten über somato-psychische Wechselbeziehungen mit der Entwicklung eines alternativen Krankheitsmodells; gleichzeitig Beeinflussung der kognitiven Verarbeitung des Schmerzgeschehens, zum Beispiel Teufelskreismodell oder Übung zur Körperwahrnehmung mit Hilfe von Entspannungsverfahren. Für den Patienten werden dabei Möglichkeiten zur Verbalisierung von belastenden Emotionen geschaffen. Von Wichtigkeit für den therapeutischen Verlauf ist auch eine Entkopplung von Kontaktangeboten und Beschwerdeintensität (zeitkontingente statt beschwerdekontingente Termine). In einem letzten Schritt könnte die Bearbeitung des Zusammenhangs zwischen Auftreten der körperlichen Beschwerden und Konfliktsituationen im Mittelpunkt stehen sowie der Abbau von Schon- und Vermeidungsverhalten und die Entwicklung von alternativen Verhaltensweisen (Ressourcenaktivierung). Je nach erreichter Zielstellung kann an dieser Stelle ein langfristiges Dispensair mit Wiedereingliederung in alle sozialen Bereiche oder eine Motivierung für eine fachpsychotherapeutische Behandlung erfolgen. Das Angebot einer fachübergreifenden Betreuung ist sinnvoll und vermittelt dem Patienten den Eindruck des nicht Abgeschobenseins.

In einem weiterführenden störungsspezifischen Therapieansatz könnte ein tiefgehendes Verständnis der

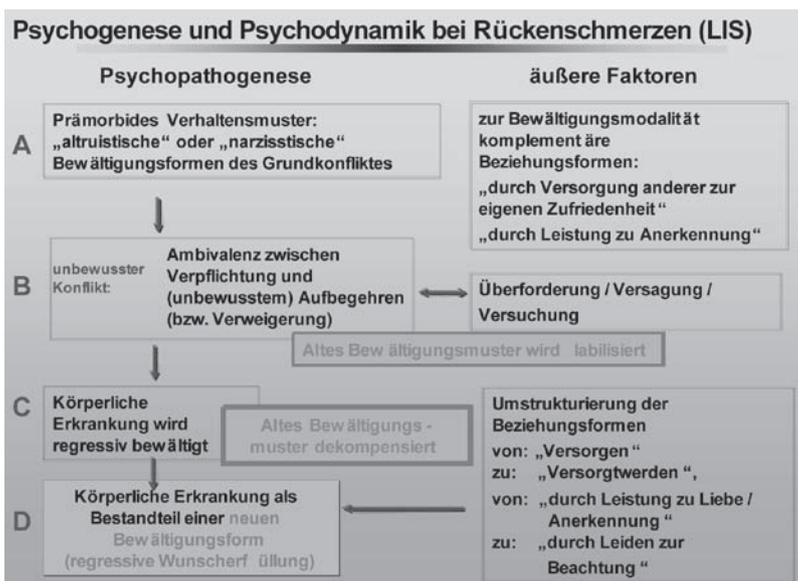


Abbildung 2

Symptomatik durch biographisch prägende Erfahrung, emotionale Bedeutung der Symptome, aktuelle Lebenssituation und Entwicklung erreicht werden. Gleichzeitig werden das Körperbewusstsein und die Schmerzdämmung durch Entspannungsverfahren (AT-PMR-KB) weiter gefördert. Ein wesentlicher Bestandteil zu Beginn der Therapie sind psychoedukative Elemente für die Erweiterung des Krankheitsverständnisses und der basalen psychosomatischen Zusammenhänge. Hierbei werden beschwerderelevante Informationen anhand des Zusammenhangs von Beschwerden und autonomem Nervensystem bzw. zentrale Regulationsmechanismen vermittelt. Dieser somato-psychische Aspekt erhöht auch die Motivation für die Psychotherapie beim Schmerzpatienten. Ein wichtiges therapeutisches Instrument sind auch die Symptomtagebücher zur Feststellung der Variabilität der Beschwerden sowie der Wahrneh-

mung der Beschwerden und ihrer Fehlbewertung. In einer weiteren Phase der Therapie geht es um die Verbesserung der Körperwahrnehmung und Differenzierung von Gefühlen mit der Einordnung in den Kontext von Beziehungserfahrungen.

Da Angst vor Symptomprovokation zu Schonhaltung führt, sind das Anhalten zu aktivem Lebensstil und das Vertrauen in eigene körperliche Funktionsfähigkeit von großer Bedeutung. In der Therapie geht es auch um Veränderung schmerz- und stressrelevanter Kognitionen, zusammen mit der Entwicklung eigener Kompetenz, sowie Selbstwertstabilität und veränderter Krankheitsvorstellungen. Im Rahmen psychodynamischer Therapieaspekte steht die Bearbeitung von Angst und Depression im Zusammenhang mit unbewältigten Verlusterlebnissen oder Traumatisierung durch Gewalterfah-

rungen, um die Verbesserung der Affektwahrnehmung und -integration sowie die Verbesserung der Fähigkeit eigene Gefühle wahrzunehmen und zu verbalisieren, im Vordergrund. Ziel ist es, die in der Therapie erreichten affektiven Erlebens- und Bewertungsdimensionen im Alltag zu etablieren. Studien von Egle und Nickel zeigen, dass das Erreichen neuer Beziehungsmuster und reifer Konfliktbewältigungsstrategien sowie Beschwerdeminimierung von somatoform schmerzgestörten Patienten bei differenzieller Indikationsstellung und störungsspezifischer Therapie gut realisierbar ist. Das bestätigen hohe Effektstärken. (Egle und Nickel, 2007)

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:  
Prof. Dr. med. habil. Günter Plöttner  
Marbachstraße 2 a  
04155 Leipzig

## Psychoanalyse in Leipzig – ein historischer Rückblick

Die Psychoanalyse hat es in der Durchsetzung ihrer theoretischen Konzepte und der praktischen Therapiestaltung nicht immer ganz leicht gehabt – erst recht in unserer Region.

Durch das Dritte Reich und die kommunistische Zeit nach dem Kriege waren ihre Intentionen verpönt und nur in Rudimenten wirksam. Es erscheint den Autoren von daher publikationswürdig, im „Ärztblatt Sachsen“, die Geschichte bezogen auf die Stadt Leipzig und die in ihr wirkenden Protagonisten etwas nachzuzeichnen. Man könnte in extrem freier Interpretation biografischer Daten bemerken, die Wurzeln der Psychoanalyse lägen in Leipzig, denn Sigmund Freud habe hier gelebt. Dies würde bedeuten, einen etwa 2-monatigen Aufenthalt als Kind derart hoch zu stilisieren, so dass Leipzig in Konkur-

renz zu Wien stünde. Richtig an dieser etwas weit dahergeholten Idee ist, dass Sigmund Freud – wie die akribischen Recherchen der Autoren Tögel und Schröter (2004) ergeben haben, mit großer Wahrscheinlichkeit im August 1859 mit seinen Eltern nach Leipzig kam und acht Wochen hier blieb. Der Vater Jacob Freud hatte – nachdem er seine Geschäfte in Freiberg in Mähren (hier war Sigismund, später Sigmund Freud 1856 geboren worden) hatte aufgeben müssen – versucht in Leipzig ansässig zu werden. Trotz intensiven Bemühens gelang das nicht, weil der Rat der Stadt nach Empfehlung der Handelsdeputation eine Einbürgerung ablehnte. Die Familie übersiedelte daraufhin nach Wien. Freud hat späterhin Leipzig nicht wieder besucht; in Beziehung zur Stadt sind aber zwei Ereignisse zu registrieren. Zum einen Freuds Auseinandersetzung mit den „Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken“ Paul Schrebers, aus denen er seine Paranoia-Lehre entwickelte. (Paul Schreiber war der Sohn des Leipziger Arz-

tes Moritz Schreiber, nach dem die Schrebergärten benannt sind. Paul Schreiber litt an einer schweren paranoischen Psychose und wurde unter anderem in der Leipziger Nervenklinik und in der Heil- und Pflgeanstalt Sonnenstein behandelt.) Des Weiteren war Freud das Wirken von Therese Benedek – über die es mehr zu berichten gilt – in Leipzig bekannt. Zwischen beiden gab es briefliche Kontakte und man traf sich auf Tagungen. Freud hat zum Beispiel den Psychologen Wartegg (siehe unten) Frau Benedek als Lehranalytiker empfohlen.

Therese Benedek kann als Begründerin einer psychoanalytischen Arbeitsgruppe in Leipzig bezeichnet werden.

Im „Ärztblatt Sachsen“ ist schon einmal kurz und in anderem Zusammenhang über Therese Benedek berichtet worden (Heidel 2005). Ihren Spuren erneut nachzugehen lag das Motiv zugrunde, sich mit einer medizinisch-psychologisch und

kulturhistorisch bedeutsamen Ideengeschichte in unserer Region unter dem Aspekt zu befassen, dass die Geschichte der Psychoanalyse und die Ideen Freuds und seiner Schüler lange Zeit weitgehend misskreditiert wurden und am Ende doch siegten und in modernen tiefenpsychologischen Therapiekonzepten weiter existieren.

Als Therese Benedek 1926 nach Leipzig kam, gab es hier eine kleine Gruppe von Studenten, die eine „Gesellschaft für psychoanalytische Forschung“ gegründet und Siegmund Freud auch in Wien aufgesucht hatten (Weidemann 1988).

Durch Therese Benedek, die ausgebildete Analytikerin war, bekam die Gruppe eine professionellere Struktur und straffere Organisation. Die Mitglieder mussten eine Analyse absolviert haben, sodass sich der Kreis verkleinerte; man traf sich wöchentlich zum Studium der Werke Freuds und monatlich fanden öffentliche Vorträge statt, zu denen unter anderem die bekannten Analytiker Franz Alexander (der für die Biografie von Therese Benedek bedeutsam werden sollte) und Otto Fenichel gehörten. Zur Biografie von Therese Benedek (wir folgen hier den Beschreibungen von D. Weidemann [1988] und U. May [2000]): Die Analytikerin wurde am 8.11.1892 in Ungarn geboren; sie war jüdischer Abstammung, was ihren Lebensweg sehr beeinflussen sollte. Eine Schwester starb 1945 in einem Konzentrationslager.

Die Familie Friedmann (ihr elterlicher Name) zog 1898 nach Budapest, wo Therese ihre Schulausbildung und ihr Studium der Medizin absolvierte. 1911 wurde sie immatrikuliert. Als Assistentin arbeitete sie in einer Kinderklinik in Pressburg (Bratislava). Dort heiratete sie Tibor Benedek, einen Hautarzt. In Pressburg unterzog sie sich einer viermonatigen Psychoanalyse, die sie später durch das Studium von Freuds Werken vervollständigte. Im Februar 1920 zog sie nach Leipzig, weil die politische Situation in Ungarn mit erheblichen antisemitischen Tendenzen und Unruhen

unter dem damaligen Horthy-Regime ein ruhiges Arbeiten nicht mehr zuließ.

Von 1920 bis 1925 arbeitete sie auf einer halben Stelle in der Psychiatrischen Universitätsklinik in Leipzig und war dazu als analytische Therapeutin und Ausbilderin tätig. Zum Kreis der Gruppe gehörten cand. med. Herbert Weigel, der eine analytische Ausbildung erfuhr, neben cand. med. Voitel, Lehrer Ranft und med. pract. Vauck. Der Arbeitskreis war nach außen hin sehr aktiv, zumal auch von Leipzig aus seit 1912 der Internationale Psychoanalytische Verlag wirkte.

Therese Benedek verfasste in den zwanziger Jahren des vorigen Jahrhunderts populärwissenschaftliche Referate, die unter anderem auch im Leipziger Rundfunk verbreitet wurden (Geyer 2005). Es war das Bestreben der Gruppe, in die streng geordneten psychoanalytischen Hierarchien aufgenommen zu werden, was Therese Benedek als Einzelperson gelang. Nach einem Vortrag im November 1923 in Berlin wurde sie zunächst außerordentliches und ein Jahr später ordentliches Mitglied des Berliner Psychoanalytischen Institutes; ab 1927 konnten sich dann die Leipziger Analytiker als „Leipziger Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft“ bezeichnen. Zum Berliner Institut bestanden enge Kontakte, zum Beispiel durch Fallbesprechungen. Ab 1933 lebte Frau Benedek dann teilweise auch in Berlin, weil sie dort als Kontrollanalytikerin wirkte. Enge Bindungen bestanden dabei zu den damals in Berlin arbeitenden weithin bekannten Analytikern Franz Alexander und Max Eitingon. Letzterer stammte aus Leipzig, hatte hier seine Jugend verbracht. Er war der Sohn von Chaim Eitingon, einem erfolgreichen Leipziger Rauchwarenhändler, der als Stifter in Leipzig segensreich gewirkt hat: als Stifter baute er die 1922 eröffnete Synagoge und das erste sächsische jüdische Krankenhaus (1928), welches später nach ihm benannt wurde (Stadtlexikon Leipzig 2005).

Max Eitingon studierte in Leipzig und Zürich Medizin. Als Assistent von Eugen Bleuler (die Älteren werden sich an dessen Lehrbuch der Psychiatrie erinnern) kam er mit den Ideen von S. Freud in Berührung, machte bei diesem eine Lehranalyse und gründete 1920 mit anderen eine psychoanalytische Poliklinik in Berlin, die dann zum obengenannten Institut wurde (Stumm et al. 2005). Sein Wirken wurde ganz besonders im Zentralblatt für Psychotherapie 1930 gewürdigt. Neben Eitingon sollte Franz Alexander für den Lebensweg von Th. Benedek von Bedeutung werden. Auch er machte eine Lehranalyse bei Freud, war Lehranalytiker in Berlin und ging 1930 in die USA, wo er unterschiedliche Institute führte und sich zunehmend psychosomatisch profilierte. Er rief Therese Benedek 1936 in die USA, wo sie ein neues, zunehmend sich auch wissenschaftlich artikulierendes Betätigungsfeld fand.

In ihrer Leipziger Zeit wohnte Th. Benedek in der Brüderstraße 7, II. Nach dem Leipziger Adressbuch von 1929 firmierte sie als „Dr. med., approbierte und diplomierte Nervenärztin, ordiniert für Psychoanalyse.“ Anders als ihr Mann, der eine Hautarztpraxis im gleichen Hause hatte, glaubte sich die Benedek zunächst als Jüdin im 3. Reich nicht gefährdet. Die Verhältnisse änderten sich aber ab 1933 entschieden. Die Treffen der Arbeitsgruppe konnten bald nur noch geheim stattfinden. Wie viele jüdische Kollegen in dieser Zeit (mehr als 50 Prozent aller Analytiker) musste sie 1936 Deutschland verlassen, nachdem sie am 31.3.1936 von ihren Leipziger Kollegen verabschiedet worden war.

Ihr Wirken in Deutschland fiel in eine Zeit, in der die Psychoanalyse in viele ideelle Kämpfe verwickelt war. Zum einen lehnten viele psychiatrische Kliniker, wie zum Beispiel der zeitweilig den Psychiatrielehrstuhl in Leipzig innehabende Oswald Bumke, die Psychoanalyse völlig als unwissenschaftlich ab, zum anderen spalteten sich Schüler Freuds mit eigenen Wissenschaftskonzepten ab; und daraus

resultierten ebenso öffentliche Auseinandersetzungen, wobei die Ansichten über das „Unbewusste“ die Gemüter besonders erhitze. Von den „Renegaten“ der Freudschen Schule wären zu nennen Alfred Adler (1870 bis 1937) – „Individualpsychologie“) und C. G. Jung (1875 bis 1961) – Kritische Psychologie). Die Auseinandersetzungen zu Freuds Theorien spielten sich (nach Gay 2006) „oft auf erschreckend niedrigem Niveau ab“, zumal sie von den Freudianern geradezu sektiererisch vertreten wurden. So war zu konstatieren, dass die Freudschen Erkenntnisse sich schneller im Bereich der Lebenswissenschaften der Philosophie und Literatur durchsetzten, als dass sie in der Medizin an Boden gewannen.

Um so wichtiger waren für Freud als Österreicher Protagonisten seiner Ideen im Ausland. Zu ihnen gehörten in Deutschland der schon genannte Max Eitingon und auch Therese Benedek, die die Schulmeinung nach außen vertraten. Zum Beispiel hielt sie 1927 einen Vortrag zum Thema „Grundbegriffe der Psychoanalyse“ im Institut für Geschichte der Medizin der Universität Leipzig (damaliger Direktor H. Siegerist) (Weidemann 1988). Ihre wissenschaftlich produktive Zeit begann in Chicago, wo sie unter anderem über den „weiblichen sexuellen Zyklus“, „psychoanalytische Supervision“ und über Probleme der Gegenübertragung publizierte. Als Therapeutin wird sie locker in der Therapieführung, intuitiv und zupackend beschrieben.

Nach dem Kriege nahm sie an internationalen Kongressen teil, und sie scheint auch Berlin einen Besuch abgestattet zu haben, berichtete Höck (Lockot 2000). Damals 1956/57 arbeitete E. Wartegg – er hatte bei Th. Benedek seine Analyse erhalten, war also von Haus aus Psychoanalytiker – im Haus der Gesundheit in Berlin, von dem in der DDR-Zeit wesentliche Impulse in der Weiterbildung in Psychotherapie ausgingen. Neben diesem E. Wartegg hatten unter anderem auch H. Weigelt und Maxim Zetkin ihre Ausbildung bei

Th. Benedek. Diese Persönlichkeiten haben auf ganz unterschiedliche Weise in unsere Zeit hineingewirkt und sind sehr unterschiedlich mit der Ausbildungsgrundlage, die sie erhalten hatten, umgegangen.

Wartegg wirkte in der DDR-Zeit (er starb 1983) im Haus der Gesundheit, offenbar in der Rolle des „älteren Gelehrten“ als Therapeut und Diagnostiker. Bekannt wurde er durch projektive Tests (Wartegg-Zeichentest).

Alexander Mette (1897 bis 1985) machte in der DDR eine steile Karriere. Seine psychoanalytische Ausbildung 1928 bis 1932 verwarf er später weitgehend. Er war Herausgeber der ostdeutschen Fachzeitschrift „Psychiatrie, Neurologie, Medizinische Psychologie“ und saß im Zentralkomitee der SED (Bernhardt 2000).

Herbert Weigel ist uns älteren ärztlichen Kolleginnen und Kollegen sehr bekannt gewesen als Herausgeber des „Taschenbuch der ärztlichen Begutachtung“ (Schiller, Weigel 1959), das für mehrere Generationen von Ärzten das Standardwerk darstellte. Er war in Leipzig als Bezirksgutachter und Nervenarzt tätig. Dass Weigel Analytiker war, ist völlig unbekannt geblieben. Für den Leser dürfte interessant sein, dass es nach dem praktischen Ende der Psychoanalyse im Dritten Reich und in der DDR trotzdem – wenn auch verdeckt – von der Öffentlichkeit unbemerkt im kollegialen Umgang in der Szene der psychiatrisch-psychologischen Medizin Fortsetzungen gab, die das Gedankengut und die Praxis der Therapie pflegten. Zu nennen wäre hier ein Leipziger Psychotherapeut, der analytisch ausgebildet war und seine Erfahrung und Kenntnisse in Lehranalysen weitergab: Eduard Richard Alexander Beerhold (1883 bis 1976). Er gehörte nicht zur Arbeitsgruppe von Th. Benedek, war aber am Berliner Institut ausgebildet worden. Beerhold arbeitete in Leipzig in der Poliklinik Nord als Psychotherapeut. Er bildete in Leipzig später wohlbekannte Therapeuten wie P. Schmidt und H. Starke aus (Lokot 2000).

In der Leipziger Abteilung für Psychotherapie des Universitätsklinikums wurden tiefenpsychologische Aspekte in eigene Therapieansätze integriert, die vor allem von H. Wend, Ch. Kohler und ihren Mitarbeitern eingesetzt worden sind; Kohler zum Beispiel sprach von „kommunikativer Psychotherapie“. Derartige Begriffs-konstruktionen dienten auch ein wenig dazu, das eigene Handeln auf dem Hintergrund der ideologischen Ablehnung der Psychoanalyse politisch salonfähig zu machen.

Auch für Dresden lässt sich nachweisen, dass vor 1933 am Berliner Institut qualifizierte Psychoanalytiker nach dem Kriege in allgemeinpsychiatrischen Funktionen tätig waren.

Erinnert sei an Dr. Franz Baumeier (geboren 1900 in Dresden, gestorben 1978 in Berlin), der nach 1945 Direktor der Arnsdorfer Klinik für Psychiatrie, Landespsychiater und 1. Vorsitzender der Dresdener Psychiatrischen Fachgesellschaft war, ehe er nach Westberlin ging und seine analytische Karriere wissenschaftlich erfolgreich fortsetzte. (Der Dresdener Lokalgeschichte nachzugehen, sollte für unser Ärzteblatt ins Auge gefasst werden.)

Eine Renaissance der Psychoanalyse in der DDR und damit auch in Leipzig setzte 1989 ein, als ein Sigmund-Freud-Kongress in Leipzig stattfand, der die Wirkungen der stalinistisch gefärbten Theoreme, die Pawlowsche Positionen als wissenschaftlich ansahen und die Analyse als reaktionär verwarfen, überwand. Programatische Beiträge von dem Medizinhistoriker Thom und dem Ordinarius für Psychotherapie Geyer der Leipziger Universität gingen in die Richtung, dass man die Psychoanalyse als therapeutische Möglichkeit und Methodologie psychodynamischer Prozesse benötige. Wenn auch die Gestalter des Programmes neue Tore öffneten, war immer noch eine von politischer Vorsicht getragene Gebremstheit zu spüren, die aber in den heftigen Kongressdiskussionen viel weiter ging und gesellschaftskritische Dimensionen annahm.

Prof. Dr. med. habil. Michael Geyer, der 1983 die Leipziger Psychotherapieambulanz übernahm, entwickelte dieselbe zu der führenden Forschungs- und Ausbildungsklinik. Neue den analytischen Prozess begleitende Verfahren wurden erprobt und Kontakte zu westdeutschen psychotherapeutischen Universitätseinrichtungen entwickelt mit der Folge denkwürdiger west-ostdeutscher wissenschaftlicher Kongresse in Neubrandenburg, Berlin, Erfurt und nicht zuletzt auch das Freud-Symposium 1989 in Leipzig. Schon Ende 1989 übernahm die Leipziger Klinik die Initiative bei der Neugestaltung der Lehre und der psychotherapeutischen Bildungslandschaft in Sachsen. Im Frühjahr 1990 gründete sich der Sächsische Weiterbildungskreis für Psychotherapie, Psychoanalyse und Psychosomatische Medizin und das Sächsische Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie. Thomä und Kächele aus Ulm, Rodeboldt aus Kassel, Nedelmann aus Hamburg, Heigl-Evers und Heigl aus Düsseldorf und Göttingen und viele andere unterstützten diese Bemühungen uneigennützig.

Hinsichtlich der Angleichung der Weiterbildungsstrukturen Ost – West war die Leipziger Klinik und ihr Leiter Bezugspunkt vieler Behörden und Körperschaften. Zahlreiche Übergangsregelungen mit Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung waren zu verhandeln. Landes- und Bundesregierung brauchten Zuarbeiten für die Neustrukturierung der ambulanten und stationären Versorgung. 1994 gelang die Einführung des Facharztes für Psychotherapeutische Medizin – eine Regelung des Ostens wurde gesamtdeutsch.

Die Klinik war auch weiterhin sowohl der Erforschung und Anwendung praxisrelevanter integrativer psychoanalytischer und tiefenpsychologischer Psychotherapie, als auch der Rolle von Psychotherapie und Psychosomatik als Querschnittsfach der Medizin verpflichtet. Seit Januar 2010 wird die Klinik von Anette Kersting geleitet.

Gegenwärtig werden psychoanalytische Inhalte in etablierten Ausbildungsinstituten vermittelt:

- Sächsischer Weiterbildungskreis für Psychotherapie, Psychoanalyse und Psychosomatische Medizin e.V. (einer von der KBV 1993 und der Sächsischen Landesärztekammer anerkannte Ausbildungsstätte).
- Sächsisches Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie e.V. (diese Ausbildungsstätte ist von den führenden deutschen psychoanalytischen Gesellschaften (DGPT, DVP) anerkannt).

Wenn heute in Leipzig etwa 15 bis 20 psychoanalytisch arbeitende und eine Vielzahl tiefenpsychologisch orientierter Therapeuten zu registrieren sind, so demonstrieren diese Zahlen, dass sich die Wunden, die Ideologien und politische Gewaltherrschaft in der Geschichte eines medizinischen, psychologischen und kulturwissenschaftlich bedeutsamen Ideengebäudes geschlagen haben, wieder geschlossen haben; Vernunft und Sitte über den Zeitgeist obsiegt haben.

Literatur bei den Verfassern

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach, Leipzig  
Prof. Dr. med. habil. Günter Plöttner, Leipzig

## 200 Jahre Leipziger Universitätsfrauenklinik

200 Jahre und eine Woche war es am 16. Oktober 2010 her, als im neu gegründeten Trierschen Institut das erste Kind geboren wurde. Im Hörsaal 9 der Universität Leipzig trafen sich anlässlich dieses Geburtstages rund 300 Gäste aus aller Welt zu einem Festsymposium. Prof. Dr. Dr. Michael Höckel begrüßte die Gäste, mit denen er und die übrigen Veranstalter einen Streifzug durch 200 Jahre Geschichte der Gynäkologie unternehmen wollten.

Oberärztin Dr. med. Gabriele Pretzsch nahm die Anwesenden mit auf einen unterhaltsamen Streifzug durch die Geschichte.

Das Testament der verwitweten Appellationsrätin Rahel Amalia Augusta Trier vom 12.09.1797 hatte nach deren Ableben 1806 für die Geburtshilfe und Gynäkologie in der Universitätsstadt Leipzig neue Perspektiven eröffnet.

Verbunden mit den bereits vorher gestifteten Legaten des Kurfürstlich Sächsischen Hofrates und Prokonsuls Dr. Johann Wilhelm Richter und des Buchhändlers und Kammerkommissärs Christian Andreas Leich waren Voraussetzungen geschaffen worden, ein sogenanntes Accoucheur-Institut zu eröffnen.

Während Richter und Leich finanzielle Mittel bereitgestellt hatten, verfügte Trier in ihrem Testament, das „alhier vor dem Petersthore am Ende des Glitschergäßchens sub No. 804 sich befindliche Grundstück (20

Acker) der löblichen Universität zu Leipzig zu übereignen sei, zum Zwecke der Gründung eines Hebammeninstitutes, einer Entbindungsschule für Ärzte und Hebammen...“. Weiterhin ist im Testament verfügt, dass beide Denkmale zu pflegen und erhalten sind. Das noch vorhandene wurde restauriert und 1997 im Klinikgarten der alten Frauenklinik in der Philipp-Rosenthal-Straße 55 aufgestellt.

Ferner bestimmte die Stifterin, dass die zu errichtende Lehr- und Ausbildungsstätte „zu dem fortdauernden Andenken unserer Familie das Triersche Institut benannt werde“.

Am 05.02.1810 wurde Christian Gottlieb Jörg zum ersten ordentlichen Professor der Geburtshilfe an die Leipziger Medizinische Fakultät berufen. Die tatsächliche Inbetrieb-

nahme des Institutes erfolgte jedoch erst am 08.10.1810. Bereits in der Nacht zum 9. Oktober kam das erste Kind zur Welt. Das Geburtsprotokoll liegt im Original vor und ist von Jörg eigenhändig geführt worden.

Der Beginn 1810 stellt sich aus heutiger Sicht äußerst bescheiden dar. Die neu eröffnete Entbindungsschule hatte nur sechs Betten.

Jörg konnte gemeinsam mit seinem ersten Assistenten Carl Gustav Carus (1789 bis 1869) lediglich sechs schwangere Frauen bzw. Mütter versorgen, bei denen es sich überwiegend um ledige Schwangere und solche aus armen Stände handelte.

Am 18.06.1852 wurde der Grundstein für ein mehrstöckiges Gebäude auf dem Grundstück Dresdener Straße Nr. 8 gelegt, das bereits am 01.08.1853 festlich eingeweiht wurde.

Ebenso muss gewürdigt werden, dass Jörg mit weiteren neun Gründungsmitgliedern, darunter der namhafte Leipziger Arzt und Geburtshelfer Hermann Heinrich Ploss die „Gesellschaft für Geburtshilfe in Leipzig“ 1854 gegründet hat. Jörg leitete 46 Jahre die Entbindungsschule. Sein erster und bekanntester Schüler war Carl Gustav Carus, der 1814 an die königliche Hebammenschule wechselte und als Universalgelehrter und Künstler weltweit bekannt wurde. Jörg starb am 20.09.1856, noch ehe er um seine Abberufung bitten konnte.

1856 trat Carl Siegmund Credé sein Amt an. Von seinen Leistungen, die Credé weltweit hohe Anerkennung verschafften, müssen hervorgehoben werden: das Verfahren der Plazentaexpression, der Credésche Handgriff, der 1860 in der Leipziger Klinik eingeführt worden war und heute noch in allen Lehrbüchern zu finden ist. Des Weiteren sei die Credésche Augenprophylaxe genannt, die einen Meilenstein auf dem Weg zu einer postnatalen Prophylaxe darstellte.

Um vaginale Untersuchungen und damit Infektionen bei der Gebärenden zu vermeiden, wurden durch Credé in der Leipziger Klinik vier Griffe für die äußere Untersuchung praktiziert, die sein Schüler Leopold



Ehemaliger Eingang zur Universitätsfrauenklinik bis 2007

später in seinem „Sächsischen Hebammenlehrbuch“ zum Dogma erhoben hat und als Leopold'sche Handgriffe in jedem geburtshilflichen Lehrbuch zu finden sind.

Credé war nicht nur ein berühmter Geburtshelfer, er hat auch der Frauenheilkunde wichtige Impulse verliehen. Es erfolgte die Angliederung der von H. F. Germann 1849 ins Leben gerufenen Poliklinik an das Triersche Institut, in dem „jede Hilfsbedürftige innerhalb der eigenen Wohnung unentgeltliche Hilfe von seitens des Arztes und der Hebamme, ebenso Arzneimittel und nach Umständen anderweite Unterstützung finden konnte“.

Daneben wurde Credé die Erlaubnis erteilt „solche gynäkologischen Fälle, welche für den Unterricht wichtig sind, in das Institut aufzunehmen, und so neben der Entbindungsabteilung eine gynäkologische Abteilung zu gründen.“ Sein Hebammenlehrbuch, das er zuerst mit von Winckel und später mit Leopold herausgab, erschien 1892 in der 5. Auflage.

Selbst in Fachkreisen wenig bekannt ist die Vorreiterrolle Credés, eine deutschlandweite Fachgesellschaft zu gründen. 1877 forderte er zusammen mit Hegar und von Hecker auf der Versammlung der Sektion deutscher Gynäkologen auf der 50. Deutschen Naturforscherversammlung in München die Umwandlung in eine eigene Gesellschaft, die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie. Erst am 16.09.1885 konnte dieser Schritt in Straßburg vollzogen werden und

im Juni 1886 fand dann der erste Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in München statt.

Die Geschichte der Leipziger Universitätsfrauenklinik ist untrennbar mit dem Namen Credé verbunden. Credé gehörte zu den namhaftesten Geburtshelfern des 19. Jahrhunderts und er hinterließ eine Schule, die erste Schule ihrer Art in Deutschland, die als eine der größten und bedeutsamsten in der Geschichte fortleben wird. Namhafte Schüler von Carl Siegmund Credé waren Fehling, Schatz, Ahlfeld, Sängler und Leopold. 1887 bat Credé wegen einer schweren Erkrankung um seine Abberufung. Als Nachfolger wurde 1887 Paul Zweifel berufen. Zweifel hatte in Straßburg bei dem berühmten Virchow-Schüler dem Begründer der Biochemie und dem Entdecker des Hämoglobins Hoppe-Seyler seine bahnbrechenden Untersuchungen zum Gasaustausch zwischen Mutter und Kind durchgeführt.

Seine revolutionierenden Ergebnisse hatte er 1876 in seiner Publikation „Die Respiration des Fetus“ im „Archiv für Gynäkologie“ veröffentlicht. Mit seiner Berufung nach Leipzig wurde Zweifel gleich mit dem unzulänglichen baulichen und technischen Zustand der Klinik konfrontiert. Ein Neubau, der noch von Credé beantragt und ihm genehmigt worden war, musste von Zweifel umgesetzt werden.

Das neue Gebäude, das von dem bedeutenden Leipziger Architekten Arwed Rossbach entworfen worden war, galt 1892 bei der Einweihung

als Musterbau einer Frauenklinik. Mit dem Neubau erfolgte die Umbenennung in Universitätsfrauenklinik (Triersches Institut).

Zweifel und seine Mitarbeiter hatten von 1892 bis 1910 4.062 gynäkologische und geburtshilfliche Operationen durchgeführt, und er hatte sich als gynäkologischer Operateur einen ausgezeichneten Ruf verschafft.

Sein Nachfolger, Walter Stoeckel, würdigte Zweifels Anteil an der Mitbegründung der Gynäkologie mit folgenden Worten:

„Auch Zweifel hatte Schule gemacht, was man überall unter den Gynäkologen die Leipziger Schule nennt, das ist die Zweifelsche.“ Zweifel hat zahlreiche berühmt gewordene Schüler aus seiner Klinik entlassen: Döderlein, Füh, Krönig, Menge und Zange-meister.

Unbedingt zu erwähnen sind die akademischen Ämter, die Zweifel während seines Direktorates innehatte. Er war dreimal Dekan der Medizinischen Fakultät und 1900 bis 1901 stand er der Universität als Rektor vor. 1921 ging Zweifel nach 35-jähriger Amtszeit in den Ruhestand. 1921 erhielt der damals namhafteste Gynäkologe Deutschlands, Walter Stoeckel, den Ruf an die Leipziger Universitätsfrauenklinik. Seine Ägide kann wohl als die bis dahin schwierigste angesehen werden, da er sich mit zum Teil unhaltbaren Missständen auseinandersetzen hatte. In seinen Lebenserinnerungen schrieb er: „Leipzig, das bedeutet etwas. Die dortige Medizinische Fakultät galt als eine der berühmtesten in Deutschland“.

Doch von der Frauenklinik zeichnete er ein trostloses Bild: „ein mächtiger stiller Ziegelkasten, einer Kleiderfabrik ähnlicher als einer Frauenklinik“. Die Verhältnisse im Inneren wurden noch katastrophaler dargestellt. Hilfesuchende Frauen mussten wegen fehlender Bettenkapazität auf Matratzen zwischen den Betten, auf den Gängen und sogar im Hörsaal liegen. Stoeckel verband seine Berufung mit der Forderung nach einem Neubau und erst als dieser von der Sächsischen Landesregierung genehmigt worden war, nahm er den Ruf an.

Stoeckel hatte profunde Kenntnisse im gesamten Fach und er zeichnete sich durch eine hervorragende operative Geschicklichkeit aus.

Er hatte während seines nur fünf Jahre währenden Direktorates die vaginale Radikaloperation des Zervixkarzinoms nach Schauta, die auch Schauta-Stoeckel-Operation genannt wird, eingeführt und modifiziert. Des Weiteren hat er die noch in den Kinderschuhen steckende gynäkologisch-urologische Diagnostik und deren Operationen besonders gepflegt.

Stoeckel hat mit großer Intensität und Weitsicht den Bau der neuen Frauenklinik, der zeitweise durch die Inflation gefährdet war, vorangetrieben. Walter Stoeckel konnte aufgrund seiner 1926 erfolgten Berufung an die Charité Berlin, den bedeutendsten Lehrstuhl im Deutschen Reich, die Früchte seiner Bemühungen um den Neubau der Leipziger Universitätsklinik nicht mehr ernten. Seine Berufung nach Berlin quittierte er mit den Worten; „Ich war Kaiser geworden“. Nachfolger wurde Hugo Sellheim, der noch 1926 sein Amt antrat. Sellheim war ein vielseitig interessierter Forscher, ein genialer Wissenschaftler und fesselnd in seinen Vorlesungen. Bereits bei seiner Antrittsvorlesung setzte er neue Akzente, indem er die von ihm mitbegründete Frauenkunde, die Lehre von der gesunden Frau, als wichtige dritte, seiner Meinung nach eigentlich an die Spitze zu stellende Wissenschaft, in das Fach Gynäkologie und Geburtshilfe integrierte.

Am 30.06.1928 wurde die neue, nun 4. Universitätsfrauenklinik in der Philipp-Rosenthal-Straße 55 feierlich eröffnet.

Mit 340 Betten auf sieben Stationen, über 100 Neugeborenenbetten, einer Geburtenabteilung mit mehreren Kreißsälen und einem poliklinischen Bereich war sie damals die größte und modernste Universitätsfrauenklinik Europas.

Der riesengroße Operationssaal war einmalig. Ein Hörsaal mit über 300 Plätzen, ein Kurssaal sowie eine Bibliothek schafften beste Vorausset-

zungen für den studentischen Unterricht. Eine Röntgenabteilung mit Bestrahlungsgeräten folgte.

Laboratorien, einschließlich eines extra von Sellheim gewünschten serologischen Labors, schafften beste Voraussetzungen für Diagnostik und Forschung.

Hugo Sellheim war ein ausgezeichnete Operateur. Vorrangig befasste er sich mit der operativen Behandlung von Senkungserkrankungen und der anatomisch korrekten Stabilisierung des Beckenbodens. Seine Vorstellung zur Geburtsmechanik „Das Gaus'sche Prinzip vom kleinsten Zwange“ publizierte er 1911. Sellheim hatte eigens ein Übungsphantom des Beckens angefertigt.

Die Erforschung der gesunden Frau bezeichnete Sellheim selbst als sein Lieblingsthema. In seinem bekannten Buch „Das Geheimnis vom Ewig-Weiblichen“ hat er seine Vorstellungen darüber zusammengefasst. Er erkannte, dass die Doppelbelastung durch Familie und Beruf die Ursache vieler Störungen und Erkrankungen sein kann. Eine zielbewusste sexuelle Aufklärung, um ungewollte Schwangerschaften zu verhindern, die Einbeziehung der Psyche der Frau und die Prophylaxe von Frauenkrankheiten haben Sellheim zum „Vater der sozialen Gynäkologie“ gemacht.

Ein weiterer Schwerpunkt seiner klinischen und Forschungstätigkeit war die Diagnostik und Behandlung der weiblichen Sterilität. Sellheim entwickelte ein Gerät zur Prüfung der Tubenfunktion, welches einfach zu bedienen war und er nannte es „Tubenschneuzer“.

Sellheim erkrankte schwer und zog sich am Ende des Jahres 1935 von seinem Amt zurück. Er starb am 22.08.1936 in Leipzig.

Noch im gleichen Jahr trat Robert Schröder die Nachfolge von Sellheim an. Von 1936 bis 1957 führte Schröder das Triersche Institut durch die Zeit des Nationalsozialismus, die Anfangsphase unter der sowjetischen Militäradministration (SMAD) sowie durch die ersten Jahre der DDR.

Ein Schwerpunkt seiner wissenschaftlichen Arbeit war die Fortführung seiner morphologisch-funktionellen Untersuchungen über den menstruellen Zyklus unter endokrinologischen Gesichtspunkten. Schröder gelang der Nachweis der engen Beziehungen zwischen funktioneller Störung des Ovars – der Follikelpersistenz – und der glandulär-zystischen Hyperplasie des Endometriums, eine häufige Ursache für Blutungsstörungen der Frau. Diese fundamentalen Forschungsergebnisse machten Schröder weltweit bekannt.

Im Zweiten Weltkrieg wurde auch die Leipziger Universitätsfrauenklinik bei dem Bombenangriff in der Nacht vom 04.12.1943 schwer getroffen. Dabei wurden das Dachgeschoss des B-Flügels, der Hörsaal und zum Teil der OP-Trakt zerstört.

Vorsorglich war ein großer Teil der Patientinnen, 140 Frauen und 50 Kinder, schon vor dem Angriff nach Hochweitzschen evakuiert worden. Nach Kriegsende begannen mühselige Enttrümmerungs- und Wiederaufbauarbeiten, bei denen auch Prof. Schröder und seine Ärzte mit anpackten.

Schröder war wegen seiner NSDAP-Mitgliedschaft und den aus eugenischen Gründen durchgeführten Zwangssterilisierungen von seinen Pflichten als Hochschullehrer enthoben und von der Leitung der Klinik entbunden worden. Für die ärztliche Versorgung war er weiter zuständig. 1947 wurde er wieder in alle Ämter eingesetzt.

Die Ära Schröder demonstriert nicht nur die persönliche, sondern auch die institutionelle Involviertheit in die jeweilig herrschenden politischen Systeme so evident und mit praktischen Konsequenzen verbunden, wie nie vorher.

Schröder setzte all seine Kraft und Erfahrungen ein, um das Gesundheitswesens in Ostdeutschland neu mitzugestalten, die verloren gegangenen wissenschaftlichen Verbindungen zum Ausland und das Ansehen der deutschen Medizin wieder herzustellen. In Deutschland war sein Ansehen unter den Gynäkologen ungebrochen.

Bahnbrechendes hat Schröder für die Krebsbekämpfung geleistet. Vordringlich sah er die Früherkennung (regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen, Kolposkopie, Zytologie), die Zentralisierung der Therapie (Operation, Bestrahlung) und eine kontinuierliche Nachsorge sowohl medizinisch als auch sozial, an. Das fand gesetzlichen Niederschlag in der „Verordnung über die Meldung von Geschwulstkrankheiten“ vom Juli 1952, was beispielgebend auch über die Grenzen der DDR hinaus war.

An der Ausarbeitung des im September 1950 von der Volkskammer der DDR beschlossenen „Gesetz über den Mutter- und Kinderschutz und die Rechte der Frau“ war er federführend.

Als Kliniker und Lehrer war Schröder beispielgebend. Er machte tägliche Visiten auf den Stationen, untersuchte jede Patientin, die in der Klinik aufgenommen wurde, dokumentierte eigenhändig die Befunde zusätzlich durch Skizzen, stellte die Diagnose und legte die Therapie fest. Die Vorlesung hielt er stets selbst. Zu Beginn eines jeden Kollegs wurde ein Fall vorgestellt sowie auch Operationspräparate und histologische Bilder demonstriert.

Schröder erteilte selbst Hebammenunterricht. Er war Ehrendoktor vieler in- und ausländischer Universitäten und erhielt hohe Auszeichnungen, den Nationalpreis, den Vaterländischen Verdienstorden und 1959 zusammen mit dem Leipziger Physiker und Nobelpreisträger Gustav Hertz, den Ehrentitel „Hervorragender Wissenschaftler des Volkes“.

Schröder verstarb unerwartet am 13.10.1957 und eine wissenschaftliche Tagung anlässlich seines 75. Geburtstages wurde zu einer bewegenden Trauerfeier.

Den wahren Meister erkennt man an seinen Schülern. Das trifft auch auf Schröder zu. Viele seiner Mitarbeiter haben Ordinariate besetzt: Runge, Siebke, Kirchoff, Lax, Sommer, Aresin und Kyank.

Noch größer ist die Zahl der Chefarzte an großen Kliniken.

Bei der Beschreibung der Geschichte der Leipziger Universitätsfrauenklinik darf eine Persönlichkeit nicht uner-

wähnt bleiben, deren Lebensweg von Tragik und erlittenem Unrecht gezeichnet war – Felix Skutsch.

Felix Skutsch war jüdischer Abstammung und konvertierte 1903 zum christlich-evangelischen Glauben.

Im gleichen Jahr wurde er an die Universität Leipzig umhabilitiert. Neben seiner Tätigkeit in seiner Privatpraxis und -klinik übte er an der Universitätsfrauenklinik Lehrtätigkeit aus. 1923 wurde er als außerordentlicher Professor zugelassen.

Mit der Machtübernahme der Nationalsozialisten begann ein Leidensweg für Skutsch und seine Frau Helene, seine Kinder waren frühzeitig emigriert.

Wegen seiner jüdischen Abstammung wurde ihm 1933 die Lehrbefugnis entzogen, 1936 die kassenärztliche Zulassung. 1938 folgten das endgültige Berufsverbot und die Aberkennung der Approbation.

1943 wurde er mit seiner Ehefrau in das Lager Theresienstadt deportiert, wo seine Frau 1944 an Entkräftung starb.

Nach der Befreiung durch die Rote Armee kehrte Skutsch 1945 nach Leipzig zurück und nahm seine ärztliche Tätigkeit wieder auf.

1946 wurde er beauftragt, das Lehrfach Geburtshilfe und Gynäkologie zu vertreten, da Robert Schröder entpflichtet worden war.

Skutsch unterrichtete bis zu seinem Tod im geburtshilflichen Operationskurs. Am 14.01.1951 beging er seinen 90. Geburtstag. Skutsch verstarb am 19.02.1951 in Leipzig.

1958 übernahm Norbert Aresin die Leitung der Universitätsfrauenklinik, in der er bereits unter Schröder 1947 bis 1954 tätig gewesen war. Er trat ein schweres Amt an, das von einem großen Ärztemangel geprägt war. Durch die Teilung Deutschlands, dem oft repressivem Umgang mit der medizinischen Intelligenz und auch aus wirtschaftlichen Gründen verließen viele Fachärzte und Oberärzte von 1958 bis zum Bau der Mauer die DDR, so dass vor allem ein Mangel an erfahrenen Ärzten entstand. Anfang der 50er-Jahre kamen viele Ärzte aus der Bundesrepublik in die DDR, um hier ihre Ausbildung zu

absolvieren. In der Universitätsfrauenklinik stammte zeitweise die Hälfte der beschäftigten Ärzte aus der Bundesrepublik, die nach der Facharztprüfung wieder zurückgingen.

Die Zahl der Patientinnen sowie die der Studenten wurde jedoch immer größer. Die Geburtenzahl erreichte 1960 mit 5.300 ihren Höhepunkt.

Aresin gelang es, diese personelle Situation zu stabilisieren, indem er jungen Ärzten frühzeitig fachliche Kompetenzen zugestand und günstige wissenschaftliche Entwicklungsmöglichkeiten angeboten hatte.

Zeitweise waren erfahrene Ärzte, aus der Tschechoslowakei, Bulgarien und Griechenland angestellt. Unter der Leitung von Frau Prof. Dr. Lykke Aresin wurde eine Ehe- und Sexualberatung etabliert. Ferner wurde eine Intensivschwangerenberatung, eine Hormonsprechstunde sowie ein perinatologisches und Zellzuchtlabor eingerichtet.

Besonders hervorzuheben ist seine Unterstützung bei der Einrichtung einer Intensivstation für Neugeborene mit drei Betten. Aresin hatte damit den Grundstein für das spätere Perinatalzentrum mit gelegt.

Prof. Dr. Aresin verbesserte ferner die Datenerfassung und -verarbeitung. Bereits 1950 hatte er zusammen mit Sommer die Registrierung aller geburtshilflichen Daten mittels einer Loch-Zähl- und Sortiermaschine entwickelt, und es entstand die Hollerithabteilung.

Prof. Dr. Aresin verstarb am 07.04.1971 unerwartet kurz vor seinem 60. Geburtstag.

Drei Jahre wurde die Klinik von Professor Heinz Spitzbart kommissarisch geleitet.

Am 01.01.1974 wurde Karl Bilek das Direktorat der Klinik übertragen und im Oktober erfolgte die Berufung zum ordentlichen Professor.

Seine speziellen klinischen und wissenschaftlichen Interessen lagen auf dem Gebiet der operativen Gynäkologie bei Krebserkrankungen und genitalen Fehlbildungen, ohne jedoch die geburtshilfliche Tätigkeit zu vernachlässigen. Prof. Bilek war ein hervorragender Kliniker und er gehört zu den letzten, die noch das

gesamte Fach vertraten. Sein Verhältnis zu den Patientinnen und Mitarbeitern war vorzüglich und für uns alle beispielgebend.

Ein ihm besonders lieb gewordenes Arbeitsgebiet war die gynäkologische Histopathologie. Von 1961 bis 1996 leitete er das histologische Labor der Klinik.

Er führte die schon von Robert Schröder eingerichtete Sammlung der sogenannten „Besonderen Fälle“ fort, ein unschätzbare Fundus für die Forschung und Weiterbildung.

Nach der Geburt des ersten „Retortenbabies“ Louise Brown 1978 in England veranlasste Herr Professor Bilek Anfang der 80er-Jahre, diese Methode der Kinderwunschbehandlung umgehend zu etablieren. Die Einführung der Ultraschalldiagnostik, der Endoskopie, der Überwachungstechnik in der Geburtshilfe erforderte zunehmend eine Subspezialisierung. In der Leipziger Universitätsfrauenklinik wurden drei Abteilungen gebildet: Operative Gynäkologie/Onkologie, später mit der Subspezialisierung Urogynäkologie, Geburtshilfe/Perinatalogie und Endokrinologie/Reproduktionsmedizin.

Ende der 80er-Jahre verfügte die Frauenklinik über 307 Betten.

Es wurden ein eigener KreiBsaal-OP und eine Tokolyseeinheit eingerichtet, die neonatologische Intensivstation auf 12 Betten erweitert, der Operationsaal renoviert, die Abteilung Reproduktionsmedizin erweitert und der Hörsaal rekonstruiert.

Besondere Verdienste hat sich die Klinik bei der Aus- und Weiterbildung von Ärzten aus einigen Schwellen- und Entwicklungsländern, Syrien, Ägypten, Jordanien, Persien, Ecuador, Indien und afrikanischen Ländern erworben.

Besonders hervorzuheben ist die Hilfe für das Gesundheitswesen in Äthiopien. Bereits 1979 hat Frau Prof. Lotte Schlegel an der Black-Lion-Universität in Addis Abeba gewirkt. Am Aufbau der medizinischen Hochschule in Gondar waren vorwiegend Hochschullehrer der vorklinischen und klinischen Fächer aus Leipzig beteiligt.

Aus der Universitätsfrauenklinik sind zu nennen Prof. Dr. Lotte Schlegel, Prof. Dr. Karl-Eugen Ruckhäberle, Prof. Dr. Brigitte Viehweg, Prof. Dr. Karl-Wilhelm Haake, Prof. Dr. Henry Alexander, Doz. Dr. Christof Schindler und die Oberärzte Klaus Kühndel und Ralf Robel.

Durch die Wiedervereinigung Deutschlands konnten Wünsche und Hoffnungen erfüllt werden, an die vorher niemand geglaubt hätte.

Doch es traten auch Probleme auf, Bettenreduzierung von 307 im Jahr 1988 auf 122 im Jahr 1998, Personalabbau, Entlassungen, Reduzierung der Patientenzahlen im stationären und ambulanten Bereich. Die Geburten gingen von 3.004 im Jahr 1988 auf 1.504 im Jahr 1991 zurück. Viele Fachärzte verließen die Klinik und gingen in die Niederlassung. Nicht wenige suchten ihre Zukunft in den alten Bundesländern.

Doch alle Mitarbeiter haben sich diesen Herausforderungen gestellt, sodass zu keiner Zeit die Versorgung der Patientinnen gefährdet war.

Auch die Lehre wurde ohne Probleme an das bundesdeutsche Hochschulsystem angepasst.

Viele Millionen flossen in die Klinik, um die dringend notwendigen Sanierungsmaßnahmen durchzuführen. Die Bauarbeiten wurden bei laufendem Klinikbetrieb durchgeführt und die damit verbundenen Belästigungen der Patientinnen und der Mitarbeiter mussten über 15 Jahre toleriert werden.

Am 01.04.1997 ging Professor Bilek in den Ruhestand. Herr Prof. Dr. Henry Alexander übernahm kommissarisch die Leitung der Klinik.

Am 01.06.1998 trat Prof. Dr. Michael Höckel sein Amt an. Unter seiner Leitung wurde die Klinik zu einem national und international anerkannten Zentrum für Onkologie. 1998 betrug die Bettenzahl 122, verteilt über vier Stationen.

Noch einmal verließen viele Ärzte, insbesondere Fachärzte, in kurzer Zeit die Klinik. Nach 15-jähriger Komplettsanierung sowie der Errichtung eines neuen Gebäudekomplexes parallel zum B-Flügel im Wirtschaftshof

mit einem neuen Operationstrakt und einem neuen Kreißsaal erfolgte im April 2004 die feierliche Inbetriebnahme. Am 03.08.2007 hieß es Abschied nehmen und Umzug in das Frauen- und Kinderzentrum auf dem Gesundheitsboulevard in der Liebigstraße 20a.

Zu diesem Zeitpunkt verfügten wir über 30 geburtshilfliche und 19 gynäkologische Betten. Räume für die Reproduktionsmedizin waren nicht eingeplant worden. Schon kurz

nach dem Umzug musste in der alten Frauenklinik eine Station mit 20 Betten wieder eröffnet werden.

Als die Psychiatrie ihr neues Domizil in der ehemaligen Orthopädischen Universitätsklinik bezogen hatte, hieß es wieder umziehen und wir erhielten eine neue Heimstatt im alten Bettenhaus in der 6. Etage, mit 25 Betten, die je nach Bedarf mit gynäkologischen, orthopädischen, traumatologischen und urologischen Patienten belegt wurden.

Ende August 2009 mussten wir dann in die Container der ehemaligen Neurologischen Klinik umziehen. Wir verfügen dort über 19 Betten.

Der über die Jahre erfolgte Bettenabbau hatte zwangsläufig auch einen massiven Abbau von Arzt- und Schwesternstellen zur Folge.

Dr. med. Gabriel Pretzsch, Leipzig

## Dr. med. Raphael Chamizer – Arzt, Literat, Bildhauer

Der Arzt Dr. med. Raphael Chamizer (1882 bis 1957) gehörte zu den Medizinern, die sowohl die ärztliche Kunst beherrschten, als auch die des Wortes und der Bildhauerei. Sein künstlerisches Wirken wurde in dem 1936 erschienenen Buch „Raphael Chamizer – Das plastische Werk“ umfassend vorgestellt.

Der heute nahezu unbekannt Leipziger Internist verstand es augenscheinlich, seine beiden Wirkungsfelder Medizin und Kunst beinahe perfekt miteinander zu verbinden. Raphael Chamizer, am 10. Mai 1882 in Leipzig geboren, entstammte einer Familie, die vor allem die Liebe zum Buch auszeichnete. Der Vater, Dr. phil. Moritz Chamizer, war ein international bekannter Orientalist, Direktor der Orientalischen Abteilung der Druckerei Baensch-Drugulin und zugleich Prokurist des Unternehmens. Raphael genoss seine Schulbildung am Städtischen Realgymnasium und zeigte besondere Neigungen zur Kunst. Die Lehrer, die die zeichnerische Begabung des Jungen erkannten, versuchten, ihn auf das Studium eines Kunst- oder Baukunstfachs hinzuweisen. Aber Raphael wandte sich der Medizin zu und ließ sich nach erfolgreicher Reifeprüfung 1902 an der Leipziger Universität für das

Medizinstudium einschreiben. Damit folgte Raphael, der die Kunst so liebte, auch einem Wunsch seines Vaters. Seine Wahl traf der Sohn aber weder aus purer Ergebenheit noch nur mit halbem Herzen. Und bei allen Konsequenzen aus dieser beruflichen Entscheidung hat Chamizer sein Faible für die bildende Kunst nie aufgegeben. Ihr und der Literatur, Heine insbesondere, gehörte stets seine Aufmerksamkeit.

Nach der ärztlichen Staatsprüfung 1907 arbeitete Chamizer zunächst als Medizinalpraktikant an der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Leipzig. 1908 erhielt er seine Approbation und entschloss sich zur Niederlassung in eigener Praxis, und zwar in der sogenannten Nordvorstadt. Ebenfalls 1908 wurde der Arzt mit dem Thema „Über den physiologischen und pathologischen Zusammenhang zwischen den weiblichen Brustdrüsen und der Genitalsphäre“ promoviert. Der Promovend stellte in seiner Arbeit verschiedene Theorien zu diesem Thema vor, beschrieb entsprechende klinische Beobachtungen und physiologische Versuche und widmete sich abschließend der Nervenlehre. Sein Referent war Prof. Dr. P. Zweifel. Ein Jahr später erschien erstmals im Leipziger Adressbuch: „Chamizer, Raphael, Dr. med., Röntgenlaboratorium Löhstraße 14 I, 8-9, 11 ½-12 ½, 3 ½-5, Sonnt. 8-10“.

1910 heiratete Raphael Chamizer, 1913 und 1916 vervollständigten die

Söhne Immanuel und Gideon das Familienglück. Noch vor 1914 hatte der Mediziner seine Facharztausbildung zum Internisten absolviert. Von seinem Vater hatte er nicht nur die Liebe zum Buch und den Hang zum Sammeln. Das Mit- und Ausgestalten von Büchern lockte ihn ebenso. 1921 erschienen ein Sprachlehrbuch für Kinder und ein Jüdischer Almanach. Beide Bücher – wunderschön von ihm gestaltet – sind Zeugnisse von Chamizers nur kurzem „Ausflug“ ins buch künstlerische Schaffen.

Inzwischen – 1922 – hatte er angefangen, sich der Bildhauerei zu widmen, und dies sollte nicht nur ein „Streifzug“ werden. Eines vernachlässigte er bei all seinem künstlerischen Engagement jedoch nie: Seinen Beruf! Stets war Chamizer an erster Stelle Arzt, und das sollte so bleiben. Mit dem Beginn seiner Betätigung in der Bildhauerkunst stand ein besonders bedeutsamer Wohnungs- und Praxiswechsel in Zusammenhang: Im Leipziger Musikviertel erwarb der Arzt eine Villa, die Platz für Wohnung, Praxis und die Kunst bot, und worin er ein großes Atelier einbauen ließ, geeignet für Arbeiten an überlebensgroßen Figuren. Ein gewagtes Unternehmen, das die Ernsthaftigkeit seines Vorhabens zeigte, sich der Bildhauerei zu widmen, das ihm, dem „Nobody“ in der Bildhauerkunst, aber auch viele warnende Worte von Berufskollegen und Kunstfreunden einbrachte.

Im Herbst 1924 fuhr Chamizer nach Florenz, um sich „vor Ort“ Kunstwerke berühmter italienischer Bildhauer anzusehen. Diese Reise wurde für ihn das auslösende Moment dafür, dass das bloße Interesse an dieser Kunstform endgültig in eigenes künstlerisches Schaffen mündete – wohlgekannt immer neben seiner Tätigkeit als Arzt! Und er, der Internist, war nicht zuletzt durch sein für damalige Verhältnisse hochmodernes Röntgenlaboratorium ein vielbeschäftigter Arzt! Der 42-jährige blickte auf 16 Jahre berufliche Erfahrungen zurück. Und die wollte er nicht einfach beiseite wischen und sich ausschließlich der Kunst widmen. Er konnte durchaus realistisch einschätzen, dass es schwierig werden würde, sich auf diesem weiten Feld einen Namen zu machen.

In seinem medizinischen Beruf arbeitete er indes so erfolgreich, dass er sich damit letztlich auch seine künstlerische Tätigkeit ermöglichen konnte. Mehr noch: Er konnte sich damit in seinem künstlerischen Schaffen unabhängig von Sponsoren machen. Das war von unschätzbarem Wert für seine schöpferische Arbeit, die somit keinem äußeren Schaffenszwang unterlag. Seine Profession half ihm also in dieser Beziehung in besonderem Maße, seine künstlerischen Ambitionen zu verwirklichen.

1927 gelang es ihm, im Leipziger Kunstverein des Museums für Bildende Künste seine erste Ausstellung zu zeigen. Mit den Bronzestücken „Savonarola“ und „Judith“, vor allem aber mit der überlebensgroßen Figur „Trauer“ lenkte der Arzt Chamizer nun die allgemeine, auch internationale Aufmerksamkeit auf den Künstler Chamizer. Kunstkritiker wollten nicht glauben, dass jemand innerhalb von nur reichlich zwei Jahren aktiver Beschäftigung mit der Bildhauerei, ohne jegliche künstlerische Vorbildung und nach einem anstrengenden Arbeitstag in einem ganz anderen Metier, solche Werke schaffen konnte.

Raphael Chamizer war und blieb jedoch auch nach diesem großen Erfolg zuallererst Arzt! Er musste nun nur umso mehr ein regelrechter

„Ökonom“ seiner Zeit sein, um dieses selbst auferlegte Arbeitspensum zu schaffen. Sein intensives Studium der Medizin und seine praktische ärztliche Tätigkeit, sein für einen Arzt selbstverständliches anatomisches Gedächtnis waren die Hauptgründe dafür, dass er den menschlichen Körper so naturalistisch darzustellen vermochte. Chamizer arbeitete ohne zeichnerischen Entwurf – nur mit einer „Vision“ im Kopf. Sein Beruf war es also, der ihn, der nie ein Kunststudium absolvierte, befähigte, mit sicherer Hand seine viel beachteten Werke zu schaffen. Sein täglicher Umgang mit den Patienten, die Erfassung ihrer Psyche waren Chamizers „Schule der Kunst“, die er dann in Plastiken oder Skulpturen umsetzte. Die Materialien dafür waren Gips, Bronze, Marmor, Holz. In den Begriffen „Heilkunst“ und „ärztliche Kunst des Heilens“ liegt die Betonung auf Heil(en), aber das Wort Kunst ist in jedem Fall vertreten. Vielleicht ist es bei Ärzten diese besondere Affinität zur Kunst, dass gerade Mediziner diesem Metier so zugetan sind – passiv und aktiv. Dr. med. Chamizer war es vergönnt, diese Affinität für sein gesamtes Schaffen maximal auszunutzen, weil er nicht nur über ein hohes Maß an (Arbeits)kraft verfügte, sondern sich auch blitzschnell mental umstellen konnte – von der Heilkunst auf die bildnerische Kunst.

Der Kunstkritiker Karl Schwarz schrieb 1927 zu dem bildhauerischen Wirken des Arztes:

„Ein Künstler, von dessen Schaffen bisher nichts bekannt war, erscheint mit einer Reihe gewaltiger Plastiken in Bronze und Marmor, die, technisch durchaus vollendet, eine ungeheure Ausdruckskraft und künstlerische Stärke aufweisen. Also ein reifer Künstler, obgleich er sich, der ein beschäftigter Arzt ist, erst seit zwei Jahren der Kunst widmet! ... Hier ... finden wir eine Sicherheit, wie sie nur dem geborenen Künstler eigen sein kann. Chamizer besitzt das so seltene Formgefühl, a priori in dem gegebenen Material das Kunstwerk zu erfassen. ... Man wird neugierig dem weiteren Schaffen Raphael Chamizers folgen, denn sicher haben wir



Skulptur „Die Trauer“, Trauerhalle Neuer Israelitischer Friedhof Leipzig,  
Foto: A. Lorz 2005

noch Bedeutendes von ihm zu erwarten.“ Die Voraussage von Schwarz bewahrheitete sich.

Ab 1931 bekam Chamizer die Möglichkeit, in Leipzig-Plagwitz im einstigen Atelier von Max Klinger seine Bildhauerkunst auszuüben. In diesem Atelier schuf Chamizer auch die Bronzeplastik „Hiob“, die 1936 dem neueröffneten Museum Tel Aviv übergeben wurde. Neben der eindrucksvollen Skulptur „Trauer“ gehört diese Arbeit heute zu den einzigen beiden Kunstwerken, von denen man weiß, wo sie sich befinden.

Der Arzt, der seit 1933 wie alle jüdischen Mediziner den bekannten beruflichen Ausgrenzungen und Verboten ausgesetzt war und 1935 die Kassenzulassung verlor, hatte sich nie als weltfremd erwiesen. So ist die Figur „Hiob“ wie ein warnendes Omen in Form eines künstlerischen Werkes. Im März 1938 unternahm Raphael Chamizer von der Schweiz aus eine Reise nach Palästina, um dort Einwanderungsmöglichkeiten zu erkunden. Seine Frau und die Kinder folgten ihm von Leipzig aus im Sommer 1938.

Von den Verfolgungen im Zusammenhang mit der Pogromnacht im November 1938 blieb die Familie somit verschont, nicht aber von den schon vorher verstärkten antijüdischen Restriktionen. Die Folgen dieser Verordnungen stellten die Familie selbst in der neuen Heimat vor große finanzielle und damit existentielle Schwierigkeiten. Der Arzt hatte sei-

nem Schwager zwar alle Handlungsvollmachten im Umgang mit den in Leipzig verbliebenen Gegenständen erteilt. Es blieb aber nur die Versteigerung. Am 31.8.1938 wurden durch das Leipziger Versteigerungshaus Klemm die Wohnungseinrichtung und die zur Arztpraxis und zum Röntgenlabor gehörenden Gegenstände versteigert. Ein Gewinn, so er mit dem Erlös solcher Ersteigerungen erzielt wurde, wie überhaupt das

gesamte Vermögen, fiel nach Auswanderung grundsätzlich „dem Reiche“ zu.

Einige kleine Plastiken konnte Chamizer retten. Das Schicksal seiner größeren Arbeiten ist mit Ausnahme der zwei Genannten unbekannt. Die Skulptur „Trauer“, von einem Leipziger Steinmetzmeister verwahrt, stand nach 1945 bis Ende der 80er-Jahre auf dem Leipziger Alten Israelitischen

Friedhof im Freien und befindet sich nunmehr in der Trauerhalle des Neuen Israelitischen Friedhofs.

Dr. Raphael Chamizer kam nie nach Leipzig zurück. Er verstarb schwerkrank 1957 in Tel Aviv. Dieser Arzt verkörperte das, was nicht selten von Medizinern erwartet wurde, und was viele auch selbst erstrebten: Als Arzt auch Künstler und Philosoph zu sein.

Dr. Andrea Lorz, Leipzig

## Unsere Jubilare im März 2011 – wir gratulieren!

<b>60 Jahre</b>	
01.03.	Dipl.-Med. Nesztler, Elke 09526 Olbernhau
01.03.	Dipl.-Med. Seifert, Sieglinde 09456 Annaberg-Buchholz
02.03.	Dr. med. Schiller, Frank 08645 Bad Elster
03.03.	Prof. Dr. med. habil. Klöppel, Rainer 04316 Leipzig
05.03.	Dipl.-Med. Ebert, Dagmar 04425 Taucha
05.03.	Dr. med. Nagel, Susanne 04105 Leipzig
06.03.	Dr. med. Themel, Karin 08223 Falkenstein
07.03.	Dr. med. Henke, Roswitha 04207 Leipzig
08.03.	Dr. med. Güttler, Brigitte 08326 Sosa
08.03.	Dr. med. Kellermann, Jutta 08523 Plauen
08.03.	Dr. med. Maßlich, Hubert 01731 Kreischa
08.03.	Dr. med. Schöne, Rosemarie 04435 Schkeuditz
09.03.	Dr. med. Heinze, Marlies 04821 Brandis
09.03.	Dr. med. Wiesner, Gabriele 04779 Wermisdorf
12.03.	Dr. med. Horn, Ute 04109 Leipzig
13.03.	Dr. med. Heiland, Gernot 08412 Königswalde
13.03.	Dipl.-Med. Lieberwirth, Margit 08529 Plauen
13.03.	Lorer, Kaleria 08523 Plauen
14.03.	Dipl.-Med. Kuhnt, Elisabeth 01069 Dresden
15.03.	Prof. Dr. med. habil. Sternitzky, Reinhardt 01328 Dresden
18.03.	Dr. med. Löwinger, Annemarie 01445 Radebeul

23.03.	Dr. med. Lorenz, Thomas 08261 Schöneck
23.03.	Dr. med. Voerkel, Wolfgang 04416 Markkleeberg
24.03.	Dr. med. Riecke, Jörg-Michael 01819 Berggießhübel
24.03.	Walther, Friedrun 09350 Lichtenstein
27.03.	Dr. med. habil. Knöfler, Wolfram 04435 Schkeuditz
27.03.	Meyer, Ulrike 09618 Brand-Erbisdorf
28.03.	Dipl.-Med. Marquitz, Brigitte 08112 Wilkau-Haslau
28.03.	Dr. med. Strehle, Wolfram 09573 Marbach
28.03.	Dr. med. Wunderlich, Anita 09328 Lunzenau
29.03.	Dr. med. Hahn, Frank-Steffen 01139 Dresden
30.03.	Dr. med. Unger, Christina 08326 Sosa
31.03.	MUDr. Leichsenring, Manfred 08312 Lauter
31.03.	Dr. med. Nolopp, Rosemarie 04347 Leipzig

<b>65 Jahre</b>	
01.03.	Dr. med. Heilmann, Johannes 08523 Plauen
06.03.	Dr. med. Benedix, Peter 01589 Riesa
06.03.	Dr. med. Franke, Ullrich 09112 Chemnitz
10.03.	Dr. med. Gerber, Heinrich 08468 Reichenbach
12.03.	Dipl.-Med. Grahle, Jürgen 02625 Bautzen
13.03.	Kunath, Regina 08112 Wilkau-Haßlau
13.03.	Dr. med. Küppers, Peter 01156 Dresden
14.03.	Bothe, Monika 08645 Bad Elster
15.03.	Dr. med. Hahn, Ingrid 02827 Görlitz
16.03.	Meitsch, Renate 04299 Leipzig
17.03.	Dr. med. Schmidt, Ralf-Rainer 04347 Leipzig
19.03.	Dr. med. Kupfer, Bernd 08606 Oelsnitz

19.03.	Dr. med. Schwenke, Irmhild 01623 Lommatzsch
23.03.	Dipl.-Med. Leonhardt, Christine 04155 Leipzig
24.03.	Dr. med. Philipp, Almut 04105 Leipzig
25.03.	Kocis, Lubomir 08645 Bad Elster
30.03.	Dr. med. Oestreich, Sonja 09376 Oelsnitz

<b>70 Jahre</b>	
01.03.	Dr. med. Buschbeck, Joachim 08228 Rodewisch
01.03.	Dr. med. Mauersberger, Monika 09600 Weißborn
04.03.	Dr. med. Schädlich, Heide 01187 Dresden
05.03.	Dr. med. Brunner, Regina 04179 Leipzig
05.03.	Dr. med. Reinicke, Annerose 07985 Elsterberg
06.03.	Dr. med. Mittag, Barbara 04683 Belgershain
07.03.	Fickert, Hans-Erich 08209 Auerbach
07.03.	Dr. med. Ihle, Marianne 04683 Fuchshain
07.03.	Dr. med. Meier, Helmut 04289 Leipzig
07.03.	Dr. med. Michler, Elke 01237 Dresden
08.03.	Dr. med. Herrmann, Waltraud 02999 Weißkollm
08.03.	Dr. med. Pahl, Ingrid 08529 Plauen
09.03.	Dr. med. Birkenhagen, Reinhard 01445 Radebeul
09.03.	Dr. med. Wendler, Klaus 08304 Schönheide
10.03.	Dr. med. Göhler, Klaus 01816 Bad Gottleuba
11.03.	Priv.-Doz. Dr. med. habil. Wiedemann, Bernd 04347 Leipzig
12.03.	Dr. med. Schöche, Ulrike 09113 Chemnitz
14.03.	Dr. med. Erbe, Adelheid 01187 Dresden

- 14.03. Hoffmann, Margarete  
02692 Großpostwitz
- 14.03. Dipl.-Med.  
Joppien, Hans-Georg  
04279 Leipzig
- 14.03. Dr. med. Schulz, Ilse  
04107 Leipzig
- 14.03. Dr. med. Wunder, Horst  
04758 Oschatz
- 16.03. Dr. med. Sandel, Richard  
04509 Krostitz
- 17.03. Dr. med. Lorenz, Almut  
04299 Leipzig
- 18.03. Körner, Klaus  
02625 Bautzen
- 18.03. Richter, Karl-Heinz  
04736 Waldheim
- 19.03. Dr. med. Siegel, Angelika  
01279 Dresden
- 20.03. Jahn, Gisela  
04668 Grimma
- 21.03. Dr. med. Müller, Heidemarie  
08491 Limbach
- 22.03. Müller, Wolf-Rüdiger  
01157 Dresden
- 24.03. Dr. med. Hentschel, Marlies  
01445 Radebeul
- 25.03. Harrendorf-Weinert, Regina  
04442 Zwenkau
- 27.03. Dr. med. Frank, Ursula  
09599 Freiberg
- 27.03. Dr. med. Kneehans, Steffen  
09648 Mittweida
- 28.03. Prof. Dr. med. habil.  
Nentwich, Hans-Jürgen  
08060 Zwickau
- 29.03. Dr. med. Beeke, Norman  
09113 Chemnitz
- 29.03. Brendler, Ute  
02625 Bautzen
- 30.03. Dr. med. Holstein, Siegfried  
01936 Königsbrück
- 30.03. Dr. med. Stahl, Elke  
08412 Werda
- 31.03. Dr. med. Naumann, Christa  
01257 Dresden
- 75 Jahre**
- 02.03. Dr. med. Stoschek, Hanna  
01326 Dresden
- 03.03. Dr. med. Geissler, Waldemar  
01594 Heyda
- 03.03. Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Kotte, Wolfgang  
01471 Berbsdorf
- 08.03. Dipl.-Med. Ernst, Edeltraut  
01796 Pirna
- 09.03. Dr. med. Aleksic, Leonore  
09122 Chemnitz
- 09.03. Dr. med. Dörfel, Gunter  
02627 Hochkirch
- 11.03. Dr. med. Bach, Herta  
08371 Glauchau
- 11.03. Dr. med. Schneider, Antje  
01157 Dresden
- 11.03. Dr. med. Theis, Käte  
01277 Dresden
- 11.03. Dr. med. Werner, Ilse  
09306 Erlau
- 11.03. Prof. Dr. med. habil.  
Willgerodt, Helmut  
04416 Markkleeberg
- 12.03. Dr. med. Jendreschek, Christa  
01217 Dresden
- 13.03. Dr. med. Joachim, Hans-Edleff  
02826 Görlitz
- 13.03. Dr. med. Kademann, Heinz  
04509 Delitzsch
- 15.03. Dr. med. Müller, Harry  
04703 Leisnig
- 19.03. Schmölling, Dietlinde  
08499 Mylau
- 21.03. Dr. med. Büttig, Manfred  
01796 Pirna
- 21.03. Dr. med. Wagner, Leonore  
02625 Bautzen
- 22.03. Wintzer, Ulrike  
09131 Chemnitz
- 26.03. Dr. med. Höpner, Siegfried  
09117 Chemnitz
- 31.03. Dr. med. Allnoch, Werner  
08412 Werda
- 80 Jahre**
- 03.03. Dr. med. Graefe, Adolf  
09131 Chemnitz
- 12.03. Dr. med. Kühne, Sighilt  
09526 Pfaffroda
- 14.03. Dr. med. Dominick, Manfred  
01917 Kamenz
- 17.03. Meyer, Ursula  
02763 Zittau
- 18.03. Dr. med. Günther, Lothar  
09353 Oberlungwitz
- 21.03. Dr. med. Richter, Christa  
01217 Dresden
- 25.03. Dr. med. Hoffmann, Winfried  
01069 Dresden
- 26.03. Dr. med. Nitzsche, Peter  
01328 Dresden
- 27.03. Dr. med. Otto, Lieselotte  
09385 Lugau
- 30.03. Dr. med. Krügel, Elisabeth  
04178 Leipzig
- 81 Jahre**
- 09.03. Dr. med. Weinhold, Dieter  
04178 Leipzig
- 82 Jahre**
- 01.03. Prof. Dr. med. habil.  
Weise, Klaus  
04416 Markkleeberg
- 06.03. Dr. med. Müller, Edith  
01129 Dresden
- 10.03. Dr. med. Wintzer, Horst  
09131 Chemnitz
- 14.03. Dr. med.  
Schneider, Hans-Georg  
04155 Leipzig
- 22.03. Dr. med. Rotzsch, Rosemarie  
04416 Markkleeberg
- 24.03. Dr. med. Flex, Günter  
04277 Leipzig
- 25.03. Dr. med. Klein, Charlotte  
04103 Leipzig
- 27.03. Dr. med. Walther, Johanna  
08209 Auerbach
- 27.03. Wientzek, Bernhard  
01067 Dresden
- 29.03. Hahn, Isolde  
04129 Leipzig
- 83 Jahre**
- 02.03. Hettwer, Elisabeth  
01587 Riesa
- 24.03. Dr. med. Tschardtke, Gudrun  
01069 Dresden
- 84 Jahre**
- 13.03. Dr. med. Wildemann, Lucie  
04158 Leipzig
- 18.03. Dr. med. Patzelt, Friedrich  
04318 Leipzig
- 18.03. Dr. med. Philippson, Ursula  
04299 Leipzig
- 19.03. Steinmann, Erna  
04328 Leipzig
- 25.03. Dr. med. Steglich, Barbara  
02625 Bautzen
- 29.03. Dr. med. Braun, Günter  
08359 Breitenbrunn
- 85 Jahre**
- 28.03. Dr. med. Albert, Karl  
08228 Rodewisch
- 86 Jahre**
- 30.03. Dr. med. Bergner, Hilda  
01099 Dresden
- 87 Jahre**
- 09.03. Dr. med. Liebert, Helga  
04451 Borsdorf OT Panitzsch
- 17.03. Dr. med. Dieke, Marianne  
04107 Leipzig
- 19.03. Dr. med. Steudtner, Gerd  
01217 Dresden
- 24.03. Prof. Dr. med. habil.  
Pfeiffer, Joachim  
04155 Leipzig
- 27.03. Eisner, Ingeborg  
04103 Leipzig
- 88 Jahre**
- 08.03. Dr. med. Viertel, Johanna  
09484 Oberwiesenthal
- 89 Jahre**
- 03.03. Dr. med. Eichfeld, Werner  
04277 Leipzig
- 10.03. Prof. Dr. med. habil.  
Rösner, Klaus  
08058 Zwickau
- 18.03. Dr. med. Kluppack, Harry  
04229 Leipzig
- 90 Jahre**
- 02.03. Prof. Dr. med. habil.  
Aresin, Lykke  
04299 Leipzig
- 11.03. Dr. med. Hansch, Ursula  
04275 Leipzig
- 11.03. Dr. med. Nartschik, Clemens  
04157 Leipzig
- 18.03. Dr. med. Kemmer, Carl-Heinz  
02742 Neusalza-Spremberg
- 93 Jahre**
- 10.03. Dr. med. Peißker, Elisabeth  
04277 Leipzig
- 15.03. Prof. em. Dr. med. habil.  
Holtorff, Joachim  
01326 Dresden
- 31.03. Dr. sc. med.  
Cordes, Christoph  
04651 Bad Lausick