

Editorial	Über die Gefahren des Geldes	136
Berufspolitik	38. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern „Ich bin Ärztin...“	137 142
Gesundheitspolitik	Rezept für Bewegung Präventionsprojekt Dunkelfeld	145 145
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Neue Tarifverträge für Medizinische Fachangestellte Informationsveranstaltungen für Medizinstudenten und junge Ärzte Konzerte und Ausstellungen	146 146 152
Originalien	EHEC 2011 Laparoskopische Sigmaresektion	147 149
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung von Vertragsarztsitzen	152
Leserbriefe	Prof. Dr. med. Rainer Sabatowski / Tobias Hüchel	153
Verschiedenes	Hilfstransporte nach Osteuropa	154
Tagungsbericht	41. Symposium für Juristen und Ärzte Leipziger Ärzteorchester	155 162
Personalia	Sächsischer Verdienstorden für Dr. jur. Albin Nees Nachruf für Prof. Dr. rer. nat. habil. Klaus Arnold Jubilare im Mai 2012	148 157 158
Medizingeschichte	Eine Bibliothek kehrt zurück Carl Gustav Carus über die „Kunst des Krankseins“	160 163
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – Juni 2012	



38. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern
Seite 137



„Ich bin Ärztin...“
Seite 142



Laparoskopische Sigmaresektion
Seite 149



Carl Gustav Carus über die „Kunst des Krankseins“
Seite 163

Titelbild: © detailblick – Fotolia

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

Über die Gefahren des Geldes



Der niedergelassene Kollege, der am Tag bis zu Hundert Patienten behandelt oder der stationär tätige Arzt, der unter fabrikartigen Bedingungen in der Klinik arbeitet, erwartet berechtigterweise eine gute Bezahlung. Ganz zu schweigen von den Kollegen, die im Rahmen komplizierter invasiver Eingriffe nervliche Anspannungen aushalten, von denen sich ein Laie oft keine Vorstellung macht. Trotzdem gibt es den Moment, an dem sich das allzu starke Streben nach dem Geld nicht nur negativ auf das Ansehen der Ärzte auswirkt, sondern auch zur Gefahr für Patienten und zur Erosion der innerärztlichen Solidarität führt.

So hat die Bundesärztekammer in den letzten Monaten die Praxis der Bonuszahlung im Rahmen von Chefärzterverträgen gerügt. Zwar gab es für Chefärzte schon immer die Möglichkeit des Zuverdienens durch eine Behandlung von Wahlleistungspatienten mit der Gefahr von Fehlentwicklungen, wie der ausschließlichen Behandlung von Privatpatienten. Doch die Bonuszahlung für das Erreichen bestimmter Case-Mix-Punkte oder für ein positives Betriebsergebnis birgt ganz andere Probleme. Wie wird sich ein Chefarzt eines peripheren, zu einem großen privaten Konzern gehörigen Krankenhauses verhalten, wenn er einen Patienten, den er nicht selbst behandeln kann, weitervermitteln muss. Sollte er per Bonuszahlung am Konzernergebnis

beteiligt sein, besteht die berechtigte Gefahr, dass er ihn nicht – wie es üblich wäre – in das nächstgelegene Krankenhaus der Maximalversorgung schickt, sondern in ein Klinikum des gleichen Konzerns, das aber unter Umständen meilenweit vom Wohnort des Patienten entfernt ist? Wie verhält sich der Chefarzt, dessen variabler Gehaltsanteil von den erreichten Case-Mix-Punkten abhängt? Wird dieser gar in Überschätzung der eigenen Möglichkeiten einmal mehr einen Patienten selbst behandeln, der in einer anderen Einrichtung evtl. eine bessere Therapie erhielte? Hier sind Gefahren für den Patienten zumindest nicht auszuschließen. Die durch derartige Bonuszahlungen vermittelte Grundeinstellung trägt letztendlich dazu bei, dass sich die Kliniken untereinander als in Konkurrenz stehende Wirtschaftseinheiten betrachten und nicht mehr als kooperierende Einrichtungen. Lediglich Bonuszahlungen für Zielvereinbarungen, die zu einer Verbesserung der Patientenversorgung führen, wie zum Beispiel die Einführung neuer Behandlungs- oder Untersuchungsmethoden, wären aus unserer Sicht ethisch-moralisch vertretbar.

Doch es sind auch andere Auswüchse der Geldakquise entstanden. So zum Beispiel das zwar relativ harmlose, allerdings das Ansehen der Ärzteschaft in der Bevölkerung schädigende Phänomen des zu offensiven Anbietens von IGELE-Leistungen. Auch die hohen Gehaltssteigerungen, die sich die Vorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung genehmigten und die sogar den Bundesgesundheitsminister zum Eingreifen nötigten, dürften dem Ansehen der Ärzteschaft nicht genützt haben. Gefährlicher für den Patienten ist jedoch der Drang zur „Mengenausweitung“ bestimmter ärztlicher Leistungen. Eine budgetfreie Bezahlung ambulanter Operationen oder die Honorarzahlung nach „Stückmenge“ führen zu einer maximalen und nicht mehr zu einer optimalen Behandlung von Patienten. So werden in Deutschland etwa dreimal soviel prothetische Eingriffe an Hüft- und Kniegelenken pro 100.000 Patienten

durchgeführt wie dies beispielsweise in Skandinavien der Fall ist. Vor diesem Hintergrund sollte sich jeder Arzt immer wieder selbst dazu ermahnen, bei der Auswahl einer Therapie in erster Linie das Wohl des Patienten und erst in zweiter Linie die eigene Brieftasche in Betracht zu ziehen. Kooperationsverträge zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten sollten juristisch einwandfrei und vordergründig zum Nutzen für den Patienten sein.

Leider häufen sich zwischen den verschiedenen Ärzten bzw. Arztgruppen Auseinandersetzungen, deren Ursache in einem vermeintlichen Abgraben von Verdienstmöglichkeiten besteht. Die Palette reicht dabei von einem argwöhnischen gegenseitigen Beobachten, über sich häufende Widerspruchsverfahren innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigung bis zu Klagen zwischen niedergelassenen Kollegen, Kliniken oder Medizinischen Versorgungszentren vor dem Sozialgericht. „Teile und herrsche“ ist ein Prinzip, das Politiker sehr gut verstehen, und es fällt ihnen offensichtlich leicht, durch ein künstliches Anfachen eines „Wettbewerbs“ die Solidarität der Ärzteschaft nachhaltig zu torpedieren.

Diese Beispiele mögen reichen, um aufzuzeigen, dass die Lust am Geldverdienen nicht die erste Priorität des ärztlichen Handelns sein sollte. Da nicht mehr Geld ins System hereinkommen wird, sollte das Hauptaugenmerk auf einer ausgeglichenen und gerechten Verteilung liegen. Nichtsdestotrotz haben die Ärzte ein Anrecht auf ein gutes, überdurchschnittliches Entgelt, schließlich führen sie auch eine überdurchschnittlich verantwortungsvolle Tätigkeit aus. Dies muss den entsprechenden Entscheidungsträgern auch immer wieder klar gemacht werden, allerdings nicht in marktschreierischer Art und Weise oder durch halbseidene Methoden, sondern durch zähe Verhandlungen, die diskret und mit klaren Argumenten geführt werden.

Prof. Dr. med. habil. Jens Oeken
(unter Mitarbeit von Dr. med. Dietrich Steiniger)
Vorstandsmitglieder

38. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern

Auf Einladung des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, kamen die Vorsitzenden der Kreisärztekammern, Mitglieder des Vorstandes und Mitarbeiter der Sächsischen Landesärztekammer sowie Gäste zur 38. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern am 17. März 2012 in Dresden zusammen. Diese begann mit dem Bericht des Präsidenten zur aktuellen Gesundheits- und Berufspolitik.

Aktuelle Gesundheits- und Berufspolitik

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Das Versorgungsstrukturgesetz, welches seit dem 1. Januar 2012 in Kraft ist, enthält fast ausschließlich Maßnahmen für den ambulanten Sektor. Dazu gehören zum Beispiel eine flexible Bedarfsplanung, Zuschläge in unterversorgten Gebieten, die Aufhebung der Residenzpflicht und die Möglichkeit für die Kassenärztlichen Vereinigungen, Praxen aufzukaufen, um in überversorgten Regionen Praxissitze stillzulegen. Die aktuellen Vorschläge zur Verwendung des Überschusses von 19,5 Mrd. Euro in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hält der Präsident nur für sinnvoll, wenn sie der Verbesserung der medizinischen Versorgung dienen oder zur Abschaffung der Praxisgebühr genutzt werden. Die GKV ist bisher gegen jeden Vorschlag und will den Überschuss für schlechte Zeiten zurücklegen.

Forschungsprojekt hausärztliche Versorgung

Der Präsident informierte über ein Projekt des Uniklinikums Dresden zur sachsenweiten Erhebung von Inhalten und Bedingungen von Hausarztbesuchen. Ziel des Projektes ist es, Strategien zu entwickeln, die dem drohenden Hausärztemangel nachhaltig entgegensteuern. Forschungsgegenstand ist die Frage, welche Hausarzt-Leistungen tatsächlich nur

vom Mediziner erbracht werden dürfen oder wie viel davon nichtärztliches Personal leisten könnte. Die Studienergebnisse sollen die Grundlage für einen Kriterienkatalog zur Übertragung allgemeinärztlicher Hausbesuche auf nichtärztliches Personal bilden. Prof. Dr. Schulze machte an dieser Stelle noch einmal ganz deutlich, dass eine weitere Delegation von ärztlichen Leistungen zur Entlastung des Arztes durchaus sinnvoll sein könnte, die Letztverantwortung für die Behandlung eines Patienten aber allein beim Arzt liegt.

Maßnahmenkatalog der Staatsregierung

Seit 2010 hat die Sächsische Staatsregierung 20 Maßnahmen zur Bekämpfung des Ärztemangels geprüft. Sachsen möchte dadurch die Rolle als „Innovationsführer“ bei Ideen für eine bedarfsgerechte ärztliche Versorgung beibehalten. Eine ressortübergreifende Arbeitsgruppe hat sich im Januar 2012 auf folgende Kernmaßnahmen verständigt:

- Errichtung eines sächsischen Sonderkontingentes von 20 Studienplätzen für angehende Hausärzte innerhalb der bestehenden Kapazitäten,
- Änderung der Studieninhalte zugunsten des Faches Allgemeinmedizin,
- Entlastung der Ärzte durch die weitere Delegation nichtärztlicher Tätigkeiten und
- ressortübergreifende Strategien zur Verbesserung der Infrastruktur im ländlichen Raum.



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

Aber auch diese Vorschläge müssen nun erst auf ihre rechtliche Machbarkeit hin geprüft werden. Die Sächsische Landesärztekammer trägt nicht alle diese Vorschläge mit (siehe auch Editorial „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 3/2012).

Netzwerk „Ärzte für Sachsen“

Zielführender ist dagegen das Netzwerk „Ärzte für Sachsen“, welches seit 2009 Medizinstudenten und Ärzte durch gezielte Informationen über Fördermaßnahmen im Medizinstudium, im Rahmen der Weiterbildung oder einer geplanten Niederlassung in den Freistaat holt. Das Netzwerk hat derzeit 136 Mitglieder. Die letzte Sitzung der Lenkungsgruppe am 12. März 2012 beschäftigte sich ebenfalls mit dem Maßnahmenkatalog der Staatsregierung. Dazu waren die Studiendekane aus Dresden und Leipzig als Gäste geladen. Zudem erfolgte die Planung von deutschlandweiten „Werbemaßnahmen“ bei jungen Ärzten. Ein Informationsfilm „Arzt in Sachsen – Beruf mit Perspektive“ existiert bereits und kann im Internet angesehen



Teilnehmer der Tagung

hen werden. Daneben wird es weiterhin Workshops für Bürgermeister und Landräte geben, um diese über existierende Fördermöglichkeiten oder Praxisbeispiele zur Gewinnung von Ärzten sowie die Bedarfsplanung zu informieren. Das Netzwerk wird Medizinstudenten auch beim Kongress „Operation Karriere“ am 19. April 2012 an der Universität Leipzig vorgestellt.

Modernisierung der Berufsankennungsrichtlinie

Die EU-Kommission hat Änderungsvorschläge zur Überarbeitung der EU-Berufsankennungsrichtlinie vorgelegt. Dadurch sollen Anerkennungsverfahren, unter anderem durch Einführung eines europäischen Berufsausweises, vereinfacht werden. Außerdem soll es ein Frühwarnsystem geben, das insbesondere im Gesundheitssektor vor denjenigen Berufstätigen warnen soll, die berufliche Pflichten vernachlässigen. Vorgesehen ist auch, die ärztliche Grundausbildung von sechs auf fünf Jahre zu verkürzen, was von der Sächsischen Landesärztekammer kritisch gesehen wird.

Modelle zur Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten

Vom Bundesgesundheitsministerium (BGM) und dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wurde eine Richtlinie zur Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten an Angehörige der Pflegeberufe zur selbständigen Ausübung der Heilkunde in Kraft gesetzt. Die Richtlinie ermöglicht, auf Grundlage einer erweiterten Ausbildung nach Alten- oder Krankenpflegegesetz, die Versorgung von Patienten mit den Diagnosen Diabetes mel-

litus Typ I und II, Hypertonie, chronischen Wunden, Demenz sowie die Übertragung einer Reihe von Prozeduren. Das Tätigwerden einer Pflegefachperson in einem Modell erfordert eine ärztliche Diagnose und Indikationsstellung. Dazu haben 15 ärztliche Verbände, darunter auch die Bundesärztekammer, eine kritische Resolution verabschiedet (www.baek.de).

Patientenrechtegesetz

Mit einem Patientenrechtegesetz will die Bundesregierung die Position der Patienten gegenüber Leistungserbringern und Krankenkassen weiter stärken. Patienten sollen zukünftig mehr Rechte gegenüber Ärzten, Kliniken und Krankenkassen erhalten. Bei ärztlichen Behandlungsfehlern soll leichter als bisher ein Schadensersatz erfolgen. Bei bestimmten Fehlern müssen Ärzte künftig nachweisen, dass sie medizinisch richtig gehandelt haben (Beweislastumkehr). Die Krankenkasse muss Opfern von Behandlungsfehlern künftig durch eine Beratung helfen, Schadensersatz zu erhalten. Der G-BA soll ver-

pflichtet werden, die Richtlinien zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement durch wesentliche Maßnahmen zur Patientensicherheit und Fehlervermeidung zu ergänzen und Mindeststandards für das medizinische Risiko- und Fehlermanagement festzulegen. Die Pflicht zur Dokumentation (Patientenakte) soll ebenfalls im Gesetz festgelegt werden.

Gendiagnostikgesetz

Seit dem 1. Februar 2012 ist auf der Grundlage des Gendiagnostikgesetzes die Durchführung genetischer Beratungen im Zusammenhang mit genetischen Untersuchungen nur noch durch speziell qualifizierte Ärzte erlaubt. Von dieser Regelung betroffen sind alle Ärzte, die genetische Beratungen durchführen (außer Humangenetiker). Vorgeschrieben ist laut Gesetz eine theoretische Qualifikation über 72 bzw. 8 Stunden, letzteres bei Beratung im Kontext der vorgeburtlichen Risikoabklärung. Alternativ dazu gibt es eine Übergangslösung für die Dauer von fünf Jahren durch den Nachweis der Qualifikation mittels einer bestandenen Wissenskontrolle. Die Sächsische Landesärztekammer bietet, zusammen mit dem Landesverband der Humangenetiker, entsprechende Kurse zur Erlangung der Qualifikation an.

115. Deutscher Ärztetag Nürnberg, 22. bis 25. Mai 2012

Zu den Themen dieses Ärztetages gehören „Anforderungen an eine GKV der Zukunft“, „Neue kooperative Versorgungsformen“, die „Eva-



Dr. Katrin Pollack, Vorsitzende der Kreisärztekammer Sächsische Schweiz-Osterzgebirge: „Neben Berufspolitik auch ambulante Ethikberatung etablieren“.



Dr. Ellen Maneck, Vorsitzende der Kreisärztekammer Bautzen: „Position der Hausärzte stärken“.

luation der Weiterbildung“ sowie eine „Zukunftsorientierte Corporate Identity in der hausärztlichen Versorgung“. Die sächsischen Delegierten für den Deutschen Ärztetag treffen sich am 9. Mai 2012 zu einer Vorberatung. Bis dahin können noch Themenvorschläge für Beschlussanträge eingereicht werden.

Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Dipl.-Med. Petra Albrecht

Leiterin des Gesundheitsamtes Meißen
Vorstandsmitglied



Frau Dipl.-Med. Petra Albrecht stellte in ihrem Vortrag die Aufgaben und die Struktur des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) vor. Neben der ambulanten und stationären Versorgung kommt dem ÖGD als „dritter Säule“ des Gesundheitswesens mit seinen vorrangigen Aufgaben im Bereich der Bevölkerungsmedizin, der Prävention und der Gesundheitsförderung ein besonderer Stellenwert zu. Die Gesundheitsämter in Sachsen arbeiten auf der Grundlage des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Freistaat. Schwerpunkte der ärztlichen Arbeit im ÖGD liegen im kinder- und jugendärztlichen Dienst, in der Begutachtung, der Beratungstätigkeit, im hygiene- und umweltmedizinischen Dienst einschließlich dem Infektionsschutz und der Beratung und Durchführung von Impfungen sowie dem Sozialpsychiatrischen Dienst zu finden.

Im kinder-, jugend- und zahnärztlichen Dienst steht die gesundheitliche Förderung der Kinder und Jugendlichen im Vordergrund. Zum einen werden Reihenuntersuchungen in bestimmten Altersgruppen sowie die Schuleingangsuntersu-

chung durchgeführt, um Auffälligkeiten und Förderbedarf rechtzeitig festzustellen. Zum anderen werden kinder- und jugendärztliche Begutachtungen zur Abklärung des medizinischen und sonderpädagogischen Bedarfs erstellt. Als neueste Aufgabe ist die Umsetzung des Sächsischen Kinderschutzgesetzes zu realisieren, das der Kindeswohlgefährdung vorbeugen soll. Die Ärzte der Gesundheitsämter werden im Rahmen der bestehenden Rechtsvorschriften als unabhängige Gutachter für die verschiedensten staatlichen Institutionen in Anspruch genommen.

Zum Sachgebiet Hygiene und Umweltmedizin gehören eine Vielzahl von Aufgaben. Zu nennen ist der Infektionsschutz, der auf der Grundlage des Infektionsschutzgesetzes arbeitet. Die Meldeverordnungen sehen vor, dass bestimmte Infektionserkrankungen dem zuständigen Gesundheitsamt umgehend zu melden und mit ihm gemeinsam die Maßnahmen zur Verhinderung der Weiterverbreitung festzulegen sind. Die Mitarbeiter des Sachgebietes überwachen das Trinkwasser und Badewasser. Ärztliches Fachwissen ist auch gefragt, wenn die Ämter ihrer Pflicht der Hygieneüberwachung nach Infektionsschutzgesetz in den wichtigen Bereichen der Krankenhaushygiene nachkommen müssen.

Die Gesundheitsberichterstattung bildet die Grundlage für die Formulierung von Gesundheitszielen sowie

für die Entwicklung gesundheitspolitischer Prioritäten und Voraussetzungen für die Gesundheitsplanung. Die Gesundheitsfachbehörden müssen in allen die Gesundheit der Bevölkerung betreffenden Fragen von sich aus Initiativen entwickeln, andere Verwaltungsbereiche zu den erforderlichen Schritten veranlassen und entsprechend beraten.

Bei gesundheitsrelevanten Planungen, Strukturentwicklungen und Gesetzgebungsinitiativen der Landesparlamente und -regierungen sowie der kommunalen Körperschaften (zum Beispiel Landschaftsplanung, Bau- und Städteplanung, Umweltschutz) muss auch die multidisziplinäre Kompetenz der Gesundheitsämter in die entsprechenden Entscheidungsprozesse eingebunden werden. Die Erfüllung aller Aufgaben erfordert in den Ämtern ein starkes multiprofessionelles Team. An dessen Spitze steht in Sachsen immer ein Arzt, der über die entsprechende Qualifikation für den Öffentlichen Gesundheitsdienst verfügt.

Die Gesundheitsämter sind den Landkreisen und kreisfreien Städten unterstellt. In diesem Zusammenhang ist es für viele Kollegen wichtig zu wissen, dass der Arzt im Öffentlichen Gesundheitsdienst im Rahmen seiner ärztlichen Tätigkeit eigenverantwortlich handelt und seine ärztliche Entscheidung nicht delegieren kann. In ärztlich-medizinischen Entscheidungen besteht kein Weisungsverhältnis. Führt die Aufgabenstel-

lung des Arztes in der Gesundheitsverwaltung, die Wahrung öffentlicher Interessen und die Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger zu Konflikten, dann ist der Arzt nur seinem ärztlichen Gewissen unterworfen. Der Bürger hat einen Anspruch darauf, dass die über die Amtsverschwiegenheit hinausgehende ärztliche Schweigepflicht uneingeschränkt gewahrt bleibt.

Die breite Fülle an Aufgaben können die Ämter zunehmend nicht mehr erfüllen. Es fehlt Personal im öffentlichen Gesundheitsdienst. Derzeit können von vielen Ämtern schon die Impflücken nicht mehr geschlossen werden. Infektionskrankheiten, wie zum Beispiel Masern, können sich so wieder ausbreiten. Die Reihenuntersuchungen können nicht mehr allen Kindern angeboten werden. Ganz problematisch könnte die Situation im Krisenfall werden, wenn Unabhängigkeit und die zentrale Anbindung an die Strukturen des Katastrophenschutzes unerlässlich sind. Wenn nicht ausreichend erfahrenes Personal zur Verfügung steht, werden wieder selbst ernannte Experten das Wort erhalten und ein Schutz der Bevölkerung kann nicht mehr gewährleistet werden.

Neue Bedrohungslagen in der Notfall- und Katastrophenmedizin

Dr. med. Michael Burgkhardt
Vorsitzender Ausschuss Notfall- und Katastrophenmedizin



Dr. med. Michael Burgkhardt erläuterte in seinem Vortrag die neuen Bedrohungslagen in der Notfall- und Katastrophenmedizin wie Amok, Reaktorunfälle oder Massenunfälle auf Autobahnen. Die Ärzteschaft hat sich in den letzten Jahren zuneh-

mend mit diesen neuen Bedrohungslagen befassen müssen, da diese Ereignisse die Medizin und die gesamte Gesellschaft zum Teil unvorbereitet getroffen haben. Unter den neuen Bedrohungslagen versteht man die sogenannten „CBNRE-Lagen“. Diese Buchstaben stehen für die chemischen, biologischen, nuklearen, radiologischen und explosiven Bedrohungslagen. Die Ereignisse des 11. Septembers 2001 in New York haben deutlich gemacht, dass mit solch großen Schadenslagen zu jeder Zeit und an jedem Ort gerechnet werden muss. Die deutsche Notfallmedizin hat aus den Vorkommnissen die notwendige Konsequenz gezogen und die Ausbildung von Notärzten und deren Führungskräften grundsätzlich überarbeitet. Dies spiegelt sich besonders im neuen bundeseinheitlichen Curriculum zur Ausbildung von Leitenden Notärzten wider, das unter der Leitung der Sächsischen Landesärztekammer in den Jahren 2010 und 2011 angepasst wurde. In diesem Curriculum wird den Inhalten der neuen Bedrohungslagen größere Bedeutung als bisher beigemessen. Dabei ist durchaus erkannt worden, dass im Prinzip beim individuellen Einzelnotfall die Versorgung weitgehend standardisiert ist und dass die medizinische Behandlung im Wesentlichen flächendeckend leitliniengerecht erfolgt. Gleichfalls sind die Handlungsalgorithmen für das Rettungsdienstpersonal standardisiert und weitgehend perfektioniert. Somit kann sich die weitere Überarbeitung der Rettungstaktik und die Zusammenarbeit der verschiedenen Dienste verstärkt auf mögliche Großschadenslagen orientieren.

In den Führungskursen für Ärzte, die es sowohl als Grundkurse und Aufbau-seminare für Leitende Notärzte, wie auch als Seminarkurse für Ärztliche Leiter Rettungsdienst gibt, stehen nunmehr die neuen Bedrohungslagen, deren Erkennung und die medizinische Abwicklung im Mittelpunkt. Dabei ist den Organisatoren (den Landesärztekammern und der Bundesvereinigung deutscher Notärzte – BAND e. V.) durchaus das methodische Dilemma klar. Groß-

schadenslagen des Ausmaßes wie „New York 9/11“ oder auch nukleare Katastrophen können nicht geübt werden, sondern müssen an Hand von Einsatzberichten, Planspielen und theoretischen Taktikübungen trainiert werden. Deshalb müssen sich die Fortbildungsveranstaltungen auch verstärkt mit den Fragen des Terrors befassen und die verschiedenen Bedrohungsszenarien theoretisch durchspielen. Drei sehr wesentliche Aspekte sind zudem in den Fokus gerückt:

- Sind terroristische Aktionen oder Amok vorhersehbar oder gar zu verhindern?
- Wie sehr sind Ärzte bei ihren Einsätzen gefährdet und wie können sie sich schützen?
- Wie ist man auf die psychologische Nachsorge der Einsatzkräfte vorbereitet und welche Bewältigungsstrategien gibt es?

Die bisher auch von der Sächsischen Landesärztekammer veranstalteten Führungskurse haben gezeigt, dass das Interesse unter den Ärzten groß ist, dass sich aber bereits jetzt personelle Engpässe abzeichnen. Um auf Großschadensfälle und auch Extremsätze bei Terrorismus und Amoklagen vorbereitet zu sein, bedarf es gesonderter Dienssysteme des Leitenden Notarztes flächendeckend in allen Landkreisen und Rettungsdienstbereichen. Es bedarf ausreichend ausgebildeter Notärzte und es bedarf auch einer gesicherten Finanzierung für den Einsatz dieser Ärzte. Es ist gleichfalls notwendig, die Institution des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst flächendeckend in Deutschland zu etablieren, damit ärztlicher Sachverstand in die Planung und Organisation des Rettungsdienstes eingebunden wird. Gleichfalls ist auch zu überlegen, wie Rettungstaktik und Umgang mit den neuen Bedrohungslagen in die ständige ärztliche Fortbildung eingebunden werden können, weil es letztlich zu wenig ist, wenn diese speziellen Informationen überwiegend nur in die sehr engen Zirkel ärztlicher Führungskräfte Eingang finden. Bei der speziellen Bedrohungslage des Amoks ergeben sich weitere

bedeutsame Aspekte. Festzustellen ist zunächst, dass dieses Phänomen nicht neu, in seiner Dimension jedoch in unserer Zeit größer geworden ist. Dies ist sicher dem leichten Zugang zu automatischen Waffen und Sprengstoffen zuzurechnen. Inwieweit gewaltverherrlichende Computerspiele als schreckliche Katalysatoren dienen, ist unverändert heftig umstritten. Ob es gelingt, Menschen vorbeugend zu erkennen, die gewaltbereit sind und krankhaf-

tes Verhalten im Zusammenhang mit Waffenbesitz zeigen, ist gerade für Ärzte eine Frage, die sie sich täglich zu stellen haben. Inwieweit allerdings überhaupt Prävention möglich ist, ist letztlich nicht schlüssig zu beantworten.

Mitgliederbefragung der Sächsischen Landesärztekammer

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident, sowie Knut Köhler M.A., Leiter Presse- und Öffentlichkeits-

arbeit, erläuterten ausführlich die Ergebnisse und Schlussfolgerungen der 2011 erfolgten Mitgliederbefragung der Sächsischen Landesärztekammer. Im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 2/2012, haben wir auf den Seiten 48 bis 52 bereits dazu berichtet.

Prof. Dr. med. Winfried Klug
Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Organspende wird neu geregelt

Der Bundestag hat am 22. März 2012 neue Maßnahmen zur Organspende verabschiedet. Alle Fraktionen haben sich für eine Entscheidungslösung ausgesprochen. Bundesärztekammer und Sächsische Landesärztekammer begrüßen die geplante Neuregelung ausdrücklich. „Angesichts des großen Bedarfs an Spenderorganen ist es unerlässlich, dass eine Erklärung zur Organ- und Gewebespende regelmäßig nachgefragt wird.“, so der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze.

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Bürger künftig regelmäßig von ihrer Krankenkasse danach befragt werden, ob sie im Todesfall zur Organspende bereit sind. Die Antwort kann jeder auf einem Spenderausweis vermerken. Zudem soll es zukünftig auch mehr Beratung und

Informationen zur Organspende geben. Einen Zwang, sich für oder gegen die Organspende zu entscheiden, gibt es aber nicht.

Mit der Reform wollen Bundestag und Bundesregierung gemeinsam bewirken, dass sich jeder Mensch einmal im Leben mit der Frage der Organspende bewusst auseinandersetzt.

Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) soll für die Dokumentation der Organspendebereitschaft genutzt werden. „Dabei muss aber ausgeschlossen werden, dass die Krankenkassen oder unberechtigte Dritte Kenntnis über den Inhalt einer Erklärung erlangen“, betonte Prof. Dr. Jan Schulze.

Kritisiert wird von der ärztlichen Selbstverwaltung, dass die Krankenkassen nach dem Gesetzentwurf fachlich qualifizierte Ansprechpartner für Fragen zur Organ- und Gewebespende benennen sollen, Ärzte aber sind in diesem Kontext nicht



Foto: DSO

von vornherein als Ansprechpartner vorgesehen. Prof. Schulze: „Dabei sind aber gerade Ärzte für ihre Patienten die wichtigsten Ansprechpartner bei Fragen zur Organspende“. Trotz dieser Kritik decken sich die Pläne des Gesetzgebers in vielen Punkten mit den Vorschlägen der Bundesärztekammer zur Organspende.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

„Ich bin Ärztin ...“

Der Arztberuf war und ist einer der angesehensten Berufe. Auf einen Studienplatz bewerben sich in Deutschland mehr als zehn Studenten. Aber zunehmender finanzieller Druck und Bürokratie und die daraus entstehende Arbeitsverdichtung haben in den letzten Jahren zu einer deutlich höheren Arbeitsbelastung geführt. Eine Studie von Hübler et al. aus dem Jahr 2009 kommt zu dem Ergebnis, dass sächsische Ärzte über alle Fachbereiche hinweg eine hohe berufliche Belastung empfinden (vgl. Hübler et al., 2009: 55ff.). Gerade bei Frauen verschärft sich dies durch die stärker ausgeprägte Doppelbelastung von Beruf und Familie. Doch auch Ärzte in Weiterbildung sind betroffen, da durch die fortschreitende Ökonomisierung der Medizin und den Ärztemangel weniger Zeit für deren Ausbildung bleibt. Die in dieser Lebensphase anstehende Familiengründung wird daher oft verschoben oder ganz aufgegeben, denn Ausbildung und Familie zu vereinbaren, wird zunehmend schwerer. Gute und familienfreundliche Arbeitsbedingungen gewinnen daher als Standortvorteil von Kliniken und zur Gewinnung von Nachwuchs an Bedeutung. Die Ehrenpräsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes, Dr. med. Astrid Bühren, meint: „Die meisten Ärztinnen glauben an die

Vereinbarkeit ihres Berufes mit ihrer Familie. Der Skepsis, dies auch umsetzen zu können – die sich vor allem bei jüngeren Klinikärztinnen findet –, gilt es durch Rollenvorbilder und weitere Initiativen zur Familienfreundlichkeit in Klinik und Praxis zu begegnen.“

Der Frauenanteil in der Medizin ist hoch. 2011 waren 53 Prozent der Mediziner in Sachsen Frauen. Im Medizinstudium liegt die Quote jedoch deutlich höher. So sind in Leipzig 61 Prozent der im Fach Humanmedizin eingeschriebenen Studenten weiblich, in Dresden sogar 67 Prozent. Ein Schwund von über acht Prozent zwischen Studium und Praxis ist in Zeiten des wachsenden Ärztebedarfs nicht hinnehmbar. Das Potenzial weiblicher Ärzte sollte daher durch familienfreundliche Arbeitsbedingungen ausgeschöpft werden. Das Versorgungsstrukturgesetz macht mit der Verlängerung der Vertretung niedergelassener Ärzte in Elternzeit von sechs auf zwölf Monate einen ersten Schritt in diese Richtung.

Auch die Wissenschaft befasst sich mit der Arbeitssituation von Medizinerinnen. Dr. Bühren und Dr. oec. Anke Tschörtner haben im Juni 2011 im Rahmen der Studie „Ich bin Ärztin“ 1.200 Ärztinnen zu ihrer Arbeitssituation und ihrer beruflichen Zufriedenheit befragt. Das Ziel war, ein möglichst differenziertes Bild davon zu erhalten, wie es Ärztinnen in

ihrem Beruf ergeht und welche persönlichen oder arbeitsplatzspezifischen Hürden ihren Berufsweg behindern. Die Studie umfasste vier Bereiche: die Arbeitssituation von Ärztinnen, die eigene berufliche Rolle, die persönliche Arbeitssituation und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Der vorliegende Artikel gleicht die Ergebnisse der Studie mit Erfahrungswerten sächsischer Ärztinnen ab.

Die Ergebnisse zur Arbeitssituation von Ärztinnen zeigten, dass 16,8 Prozent der Befragten geschlechtsspezifische Hemmnisse wahrnehmen, die ihrem beruflichen Erfolg im Wege stehen. Weitere 12,5 Prozent gaben an, gesellschaftliche Hemmnisse zu empfinden. Nahezu jede dritte Befragte (29,0 Prozent) sah die größten Hemmnisse jedoch beim Arbeitgeber. Mütter sehen sich auf dem Weg zum beruflichen Erfolg mit mehr Hindernissen konfrontiert als Ärztinnen ohne Kinder (vgl. Bühren et al., 2012: 6). Prof. Dr. med. habil. Antje Bergmann, Lehrstuhlinhaberin für den Bereich Allgemeinmedizin an der Medizinischen Fakultät der TU Dresden, fordert daher ein generelles Umdenken: „In meinen Augen sollten junge Mütter besonders gefördert werden. In meinem Team liegt die durchschnittliche Anzahl der Kinder mit 1,63 Kindern pro Frau deutlich über dem deutschen Durchschnitt und es zeigt sich, dass Familie und Karriere unter guten Arbeitsbedingungen durchaus zu vereinbaren sind.“

Die Studie zur Arbeitssituation von Ärztinnen zeigte weiterhin, dass Frauen sich in keiner gleichberechtigten Stellung zu ihren männlichen Kollegen sehen. Die Befragten stimmten in hohem Maße zu, dass die Leistung von Frauen in der Medizin anders beurteilt wird als die von Männern und dass Männer in der Medizin schneller befördert werden als Frauen. Relativ einig sind sich die Befragten auch, dass weibliche Vorgesetzte weniger akzeptiert werden. Zur Aussage „Frauen haben keine Chance, eine Führungsposition zu erreichen“ fand sich dagegen geringere Zustimmung, wobei Mütter dem in signifikant höherem Maße



Kinder der „Kita Sonnenkinder“ des Klinikums Chemnitz bei der Gesundheitserziehung vor einem CT

Foto: Klinikum Chemnitz

zustimmten (vgl. Bühren et al., 2012: 10). Eine in Dresden arbeitende Ärztin mit zwei Kindern meint dazu: „Das liegt einmal an der sicher etwas geringeren Akzeptanz einer weiblichen Führungsperson, insbesondere allerdings auf Chefarzzebene, denn Oberärztinnen gibt es viele. Zum anderen sind Ärztinnen wohl nicht in jedem Falle erpicht auf eine Führungsposition, zumal sie nicht mit einer Teilzeitstelle vereinbar ist.“ In Sachsen sind 85 Prozent der Ärzte in leitenden Positionen Männer. An der fehlenden Fachkompetenz der Frauen kann dies nicht liegen. Denn Studien belegen, dass Ärztinnen ihre Patienten oft besser behandeln, dabei weniger Medikamente für die gleichen Zielparameter benötigen und eine höhere Compliance beim Patienten erzielen (vgl. Berthold et al., 2008: 340).

Die eigene berufliche Rolle wird durch die im Rahmen der Studie „Ich bin Ärztin“-Befragten sehr differenziert wahrgenommen. Nahezu 90 Prozent nehmen sich selbst als erfolgreiche und gute Ärztin wahr und stimmen zu, dass man als Ärztin hohe gesellschaftliche Anerkennung erfährt. Auch erfüllt den überwiegenden Teil der Befragten der berufliche Erfolg mit Zufriedenheit. Trotzdem wird der Beruf als belastender wahrgenommen als andere Berufe, sodass auch das Abschalten am Abend mehr als der Hälfte der Befragten schwerfällt. Aber ca. 80 Prozent der Ärztinnen würden bei einer erneuten Entscheidung wieder den Arztberuf wählen.

In Hinblick auf die persönliche Arbeitssituation stimmten die befragten Ärztinnen in hohem Maße zu, dass ihnen ihre Arbeit Spaß macht, allerdings sind belastende Arbeitsbedingungen Stressfaktoren, die bis ins Privatleben hineinreichen. So schätzen die Befragten nicht nur ein, unter hohem Zeitdruck zu arbeiten, sondern stimmen zum Teil auch zu, durch die Arbeit zunehmend Freunde zu verlieren oder das Gefühl zu haben, dass die Familie zu kurz kommt. Dies deckt sich auch mit Erfahrungen aus Sachsen: „Ich bin gerne Ärztin“, sagt Franziska H., die in einer sächsischen Klinik arbeitet,

Tabelle 1: Kinderbetreuungsangebote sächsischer Kliniken und Kooperationen mit Kinderbetreuungsangeboten. Nicht aufgeführt sind Kliniken, deren Angebote sich noch in Planung befinden oder die bei der Suche nach einem Betreuungsplatz behilflich sind. Weitere familienfreundliche Angebote der Kliniken finden Sie unter www.aerzte-fuer-sachsen.de.

Name der Klinik	Ort	Plätze 0 – 3 J.	3 – 6 J.	6 – 10 J.
Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau	Zwickau	x	x	
Klinikum Chemnitz gGmbH	Chemnitz	x	x	
Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt Städtisches Klinikum	Dresden	x	x	
Klinikum „St. Georg“ gGmbH	Leipzig	x	x	
Universitätsklinikum Leipzig	Leipzig	x	x	
Park-Krankenhaus Leipzig	Leipzig	x	x	
Asklepios Orthopädische Klinik Hohwald	Neustadt in Sachsen	x	x	x
Diakonissen Anstalt EMMAUS Niesky	Niesky	x	x	
Fachkrankenhaus Hubertusburg	Wermisdorf	x	x	
St. Elisabeth-Krankenhaus	Leipzig	x	x	
Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz	Chemnitz	x	x	
Städtisches Klinikum Görlitz gGmbH	Görlitz	x	x	
Helios Vogtland – Klinikum Plauen	Plauen	x	x	
Herzzentrum Leipzig	Leipzig	x	x	
ADMEDIA Reha GmbH	Chemnitz	x	x	
Elblandklinikum Radebeul	Radebeul	x	x	

„aber die Arbeitsbedingungen werden aufgrund des zunehmenden finanziellen Drucks und der Personalnot immer schlechter.“ Viele Ärztinnen umgingen daher die Arbeit in der Klinik. Häufig wählten sie die Anstellung in einer Niederlassung. Dies bestätigt eine andere sächsische Medizinerin: „Seitdem ich die Klinik verlassen habe und angestellt in einer Niederlassung arbeite, macht mir die Arbeit wieder Spaß. Zeitdruck besteht nur bedingt, mir wird viel zugetraut und ich erfahre auch

Lob von meiner Chefin.“ Die Gesamtzahl der sächsischen Ärzte, die angestellt in einer Niederlassung arbeiten, ist von 2006 auf 2011 kontinuierlich von 510 auf 860 Ärzte gestiegen.

Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sehen die von Dr. Bühren und Dr. Tschörtner befragten Ärztinnen mit Skepsis. Zwar legen sie großen Wert darauf, Beruf und Familie zu vereinbaren, jedoch sieht circa ein Drittel der Befragten (34,6 Prozent) für sich keine Möglichkeit, dies auch

zu verwirklichen. Ärztinnen mit Kind zeigen sich jedoch deutlich optimistischer als Ärztinnen ohne Kind. In Sachsen ist die Kinderbetreuung in Vergleich zu anderen Bundesländern zwar gut abgesichert. Dennoch gibt es durch die zwischenzeitliche Schließung von Einrichtungen und einer momentan steigenden Geburtenrate lokale Betreuungsengpässe. Hier stellen inzwischen viele Kliniken die Kinderbetreuung durch eigene Angebote sicher (vgl. Tab. 1). Auch flexible Arbeitszeitmodelle sind bereits in vielen Kliniken Standard. Eine sächsische Ärztin meint dazu: „Die Vereinbarkeit der Arbeit in der Klinik mit einer Familie ist nur in einer Teilzeitbeschäftigung und dank der guten Kinderbetreuungsmöglichkeiten akzeptabel.“

Familienfreundliche Maßnahmen sind daher bei der Gewinnung von Ärzten für Kliniken ein echter Wett-

bewerbsvorteil. So zeigt etwa das ländlich gelegene Asklepios Klinikum Hohwald großes Engagement für familienfreundliche Arbeitsbedingungen und hat diverse Auszeichnungen und Zertifizierungen erworben, die ihm bescheinigen, ein guter, mitarbeiterorientierter Arbeitgeber zu sein. Kati Dressler, Sprecherin des Klinikums, sieht hierin einen wichtigen Erfolgsfaktor: „Die Mitarbeiter der Klinik fühlen sich in ihrem Arbeitsumfeld wohl und bisher haben wir keine Probleme, ausreichend Ärzte zu rekrutieren.“

Dr. Bühnen und Dr. Tschörtner kommen in ihrer Studie zu dem Schluss, dass niedergelassene Ärztinnen zufriedener mit ihrer Arbeit sind und Familie und Beruf besser vereinbaren können als ihre Kolleginnen in der Klinik. Sie gehen davon aus, dass dies mit einer flexibleren Arbeitsteilung in der eigenen Praxis zusam-

menhängt. Auch die eigene berufliche Rolle schätzen niedergelassene Ärztinnen positiver ein. Ärztinnen mit Kind empfinden hinsichtlich der allgemeinen Arbeitssituation zwar größere Hürden, sind jedoch mit ihrer eigenen beruflichen Rolle und der persönlichen Arbeitssituation zufriedener als Ärztinnen ohne Kind. Dies könnte mit inzwischen schon häufig genutzten Teilzeitmodellen zusammenhängen.

Ein zukünftiger Forschungsbedarf besteht hinsichtlich der Situation von alleinerziehenden Ärztinnen. Auch bundeslandspezifische Unterschiede sowie Unterschiede zwischen Ost und West sollten noch genauer untersucht werden. Sachsen dürfte dabei, gerade was die Vereinbarkeit von Familie und Beruf anbetrifft, nicht allzu schlecht abschneiden.

Maxie Moder M.A.
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Lyme-Borreliose

Behandlungszentren/Schwerpunktambulanzen benannt

Auf Initiative der „Arbeitsgruppe Borreliose“ der Sächsischen Landesärztekammer wurden zwei vertragsärztliche Praxen und die infektiologischen Abteilungen zweier Krankenhäuser in Sachsen als Behandlungszentren/Schwerpunktambulanzen für Lyme-Borreliose benannt. Die Er-

mächtigung als Schwerpunkt-Ambulanz/Behandlungszentrum für Borreliose erfolgte durch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, welche auch deren Auswahl vornahm.

Durch die Einrichtung der Schwerpunkt-Behandlungszentren sollen die in Sachsen vorhandenen Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten für Borreliose-Patienten weiter verbessert werden. In diesen Behandlungszentren können vor allem Pati-

enten mit (noch) nicht eindeutiger Borreliose-Diagnose betreut werden, da aufgrund der beobachtbaren Symptomen-Vielfalt bei Borreliose eine weitreichende Differenzialdiagnostik notwendig werden kann. Die erste Anlaufstelle bei einem Verdacht auf Borreliose ist jedoch weiterhin der Hausarzt, der an die vertragsärztlichen oder ermächtigten Behandlungszentren überweisen kann.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Schwerpunktpraxen	Behandlungszentren
MVZ MedCenter Chemnitz GmbH Dr. med. Ute Oesen Fachärztin für Innere Medizin Carolastraße 1 09111 Chemnitz Telefon: 0371 6751-755 Telefax: 0371 6751-752 E-Mail: MedCenter@0800arznei.de	Klinikum St. Georg gGmbH Klinik für Infektiologie, Tropenmedizin und Nephrologie Delitzscher Straße 141 04129 Leipzig Chefarzt: Prof. Dr. med. Bernhard Ruf Telefon: 0341 / 909-2601 Telefax: 0341 / 909-2630 E-Mail: 2.Innere@sanktgeorg.de
Dr. med. Thomas Heuchel Facharzt für Innere Medizin Carolastraße 1 09111 Chemnitz Telefon: 0371 3371129 Telefax: 0371 33711299 Termine sind in den Einrichtungen vorab zu vereinbaren.	Städtisches Krankenhaus Dresden-Neustadt Zentrum für Infektions-, Reise- und Tropenmedizin, Gelbfieberimpfstelle Industriestraße 40 01129 Dresden Leiter: Priv.-Doz. Dr. med. Dieter Teichmann Telefon: 0351 / 8 56 21 54 / -21 53 Telefax: 0351 / 8 56 21 55 E-Mail: infektiologie@khdn.de

Rezept für Bewegung

Ein Impuls für Prävention und nicht-medikamentöse Behandlung

Nach langer Vorbereitungszeit hat nun die Bundesärztekammer (BÄK) gemeinsam mit dem Deutschen olympischen Sportbund (DOSB) ein „Rezept für Bewegung“ vorgestellt. Das Rezept soll dem oft unverbindlichen Ratschlag des Arztes an den Patienten, auch das Bewegungsverhalten zu verändern, mehr Gewicht und mehr Nachdruck verleihen. Auf dem Rezept können auch Informationen an den Übungsleiter gegeben werden (1).

Parallel dazu haben die Sportverbände eine Vereinsinfrastruktur geschaffen, die mit dem Gütesiegel „Sport pro Gesundheit“ eine fachlich geeignete Betreuung und Anleitung der sportinteressierten Patienten gewährleistet.

Die Krankenkassen unterstützen das Projekt „Sport pro Gesundheit“, indem sie vielen Patienten zeitlich begrenzte Zuschüsse für die gesundheitssportlichen Aktivitäten gewähren (zum Beispiel Rückenschulkkurse). Das neue Rezeptformular findet sich bei der BÄK (2) und ist auch auf der

Webseite der Sächsischen Landesärztekammer (SLÄK) (3) zu finden.

Für Sachsen hat der Landessportbund (LSB) Sachsen mittlerweile über 900 Angebote für „Sport pro Gesundheit“ installiert. Zu finden sind diese Angebote auf der Webseite des LSB Sachsen (4).

Gleichzeitig möchte ich die folgende kritischen Anmerkungen nicht verschweigen:

- Wie so oft im Bereich Prävention geht es um eine lobenswerte Initiative, die aber vom Arzt „zum Nulltarif“ umgesetzt werden soll. So gibt es weder eine Regelung für den Druck der Rezepte noch bestehen Pläne, die entsprechenden ärztlichen Beratungsgespräche in irgendeiner Form zu vergüten.

Die Inanspruchnahme der Angebote „Sport pro Gesundheit“ in Sachsen ist exzellent, betrifft aber zu 90 Prozent nur den Zeitraum, der auch von der Krankenkasse bezuschusst wird. Eine dauerhafte Bindung des Patienten an gesundheitssportliche Aktivität wird offenbar nur selten erreicht. Bonuspunkte und Kostenerstattungen der Kasse allein führen eher zum Kassenwechsel sportli-

cher Patienten, nicht aber zu den erwünschten Langzeiteffekten (5).

- Wie häufig bei solchen Angeboten dürften vor allem diejenigen Patienten die Angebote wahrnehmen, die bereits vorab ein höheres Interesse an Sport als Hilfe zur Prävention und Behandlung von Krankheiten aufweisen. Diejenigen Patienten aber, die das Rezept und die sportliche Bewegung am nötigsten brauchen, bedürfen einer wiederholten intensiven ärztlichen Intervention, wie sie allenfalls im Rahmen eines Rehabilitationsaufenthaltes gewährleistet werden kann. Gerade aber die intensiven Gespräche mit solchen „bewegungs-entwöhnten“ Patienten können im Praxisalltag vom Arzt nicht ohne Vergütung erwartet werden.

Das Rezept für Bewegung ist ein Anfang. Zusammenfassend bleibt zu wünschen, dass es zur Diskussion anregt, und dass interessierte Ärzte in Sachsen von dieser Möglichkeit Gebrauch machen.

Literatur beim Verfasser

Dr. med. Christoph Altmann, MBA
Präventionsbeauftragter der Sächsischen
Landesärztekammer

Präventionsprojekt Dunkelfeld

Wissenschaftlichen Untersuchungen zufolge haben bis zu ein Prozent der Männer auf Kinder gerichtete sexuelle Fantasien. Das bedeutet, dass bei ihnen eine teilweise oder ausschließliche sexuelle Neigung im Sinne einer Pädophilie vorliegt. Demnach fühlen sich in Deutschland ca. 250.000 Männer zwischen 18 und 75 Jahren sexuell zu Kindern hingezogen.

Die Ursachen einer Pädophilie sind weitgehend unbekannt. Tatsache dagegen ist, dass viele der Betroffenen – in der großen Mehrheit Männer – erhebliche Schwierigkeiten haben, mit ihrer sexuellen Präferenz zu leben. In der Regel treten Unsicherheiten oder Ängste auf, wenn sie ihre Neigung erstmals be-

merken. Viele der Betroffenen erkennen das Auftreten sexueller Gedanken an Kinder als Problem und wissen, dass deren Umsetzung tabu ist. Vielen gelingt es nicht, ihre Neigungen dauerhaft zu kontrollieren. Sie nutzen Missbrauchsabbildungen im Internet (sogenannte Kinderpornografie) oder begehen sexuelle Übergriffe auf Kinder.

Die meisten solcher Straftaten bleiben im Dunkelfeld, das heißt ohne Strafverfolgung: Aktuellen Studien zufolge liegt die tatsächliche Anzahl sexueller Übergriffe in Deutschland mit etwa 60.000 Fällen jährlich rund fünfmal so hoch wie die offizielle Anzahl der von der Justiz erfassten Straftaten.

Bisher fehlte es in der Regel an sachkundigen und vertrauensvollen Ansprechpartnern, die den Betroffenen helfen, verantwortungsvoll mit ihrer

Neigung zu leben. Das „Präventionsprojekt Dunkelfeld“ des Universitätsklinikums Leipzig bietet nun Behandlung für Personen, die eine sexuelle Neigung zu Kindern verspüren und von sich aus therapeutische Hilfe suchen.

Einbezogen in das Projekt werden folglich alle Personen, die bislang keine Straftaten (sexuelle Übergriffe, Konsum von Kinderpornografie, etc.) begangen haben, aber befürchten, diese in der Zukunft zu begehen; all diejenigen, die bereits Straftaten begangen haben, aber den Strafverfolgungsbehörden (noch) nicht bekannt sind, sowie Personen, die eine ehemalige Strafe vollständig verbüßt haben, nicht mehr unter Aufsicht durch die Justiz stehen und somit alle rechtlichen Angelegenheiten abgeschlossen sind.

Die Therapie erfolgt kostenlos, anonym und steht unter Schweigepflicht, wodurch die Hemmschwelle zur Teilnahme gesenkt werden soll. Im Verlauf der Therapie erhalten die Patienten Unterstützung beim Umgang mit Problemen, die sich aus ihrer Sexualität ergeben. Ziel ist es, keine sexuellen Übergriffe auf Kinder zu begehen und den Konsum von kinderpornografischem Material zu unterlassen. Im Verlauf der Therapie erlernen die Patienten daher die angemessene Wahrnehmung und Bewertung

ihrer sexuellen Wünsche und Bedürfnisse, die Identifizierung und Bewältigung gefährlicher Entwicklungen sowie Strategien zur Verhinderung von sexuellen Übergriffen.

Die Therapie findet wöchentlich in Gruppen sowie bei Bedarf auch in Einzelgesprächen und unter Einbeziehung Angehöriger statt. Die Behandlung folgt einem strukturierten Therapieplan, berücksichtigt aber die individuellen Bedürfnisse und erfolgt in Absprache mit den Patienten. Das therapeutische Vorgehen

integriert verhaltenstherapeutische und sexualmedizinische Ansätze, die auch die Möglichkeit einer medikamentösen Unterstützung beinhalten. Alle Kontaktdaten und weitere Informationen zu den Ambulanzen des Projektes in Deutschland finden Sie unter www.kein-taeter-werden.de

Prof. Dr. med. habil. Henry Alexander
Kontakt: Universität Leipzig
Medizinische Fakultät
Präventionsprojekt Dunkelfeld
Simmelweisstraße 14, 04103 Leipzig
Tel.: 0341 97 23 95 8, Fax: 0341 97 23 96 9
E-Mail: dunkelfeld@medizin.uni-leipzig.de

Neue Tarifverträge für Medizinische Fachangestellte

Ab 1. April 2012 steigen die Tarifgehälter für Medizinische Fachangestellte (MFA) linear um 2,9 Prozent. Auszubildende erhalten rund 50 Euro mehr im Monat, damit beträgt die Vergütung im 1. Ausbildungsjahr 610 Euro, im 2. Jahr 650 Euro und im 3. Ausbildungsjahr 700 Euro. Darauf haben sich der Verband medizinischer Fachberufe e.V. und die Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen von Medizinischen Fachangestellten/Arzthelfe-

rinnen (AAA) in den Tarifverhandlungen am 1. März 2012 in Berlin geeinigt. Für den Zeitraum von Januar bis März 2012 erhalten die Beschäftigten in den Tätigkeitsgruppen I und II eine Einmalzahlung in Höhe von 150 Euro, in den Tätigkeitsgruppen III und IV 200 Euro. Auszubildende erhalten eine Einmalzahlung von 90 Euro. Der alte Tarifvertrag war zum 31. Dezember 2011 gekündigt worden. Der neue Gehaltstarifvertrag hat eine Laufzeit bis zum 31. März 2013. Die Einspruchsfrist endet am 16. März 2012.

Die Tarifpartner haben zudem eine Strukturreform der Gehaltstabelle für 2013 beschlossen. Der Gehaltstarif-

vertrag soll dem sich verändernden Tätigkeitsspektrum der Medizinischen Fachangestellten (MFA) angepasst werden.

Den gestiegenen Ansprüchen an die MFA bei der Durchführung ärztlich delegierter Leistungen, bei Hausbesuchen und bei der Übernahme neuer Aufgaben und größerer Verantwortung im Praxisteam soll eine angemessene Vergütung folgen.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

STEX in der Tasche – wie weiter?

„Chancen und Perspektiven im sächsischen Gesundheitswesen“

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, die Sächsische Landesärztekammer, die Krankenhausgesellschaft Sachsen und die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen laden alle Medizinstudenten, die PJ-ler und andere Interessierte herzlich ein zu zwei

Informationsveranstaltungen für Medizinstudenten und junge Ärzte

**am 7. Mai 2012 ab 09.00 Uhr
in das Operative Zentrum Chirurgie
Universitätsklinikum Leipzig,
Liebigstraße 20, 04103 Leipzig
sowie**

**am 27. Juni 2012 ab 16.00 Uhr
in das Medizinisch-Theoretische
Zentrum der Technischen
Universität Dresden,
Fiedlerstraße 42, 01307 Dresden.**

Nach einem Einführungsvortrag zum Thema Weiterbildung werden in einer Podiumsdiskussion mit Weiterbildungsbefugten und Weiterzubildenden aktuelle Informationen und Erfahrungsberichte zum Thema Weiterbildung vorgetragen. Danach informieren und beraten Sie im Foyer erfahrene Ärzte, Geschäftsführer sächsischer Krankenhäuser, Vertreter ärztlicher Standesorganisationen in Sachsen und der Sächsischen Apotheker- und Ärztekbank zu Weiterbildung, Chancen und Einsatzmöglichkeiten im

- ambulanten Bereich,
- stationären Bereich,
- Öffentlichen Gesundheitsdienst

und zu Themen wie

- individuelle Gestaltung der Weiterbildung,
- Karrierechancen im Krankenhaus,
- Gründung oder Übernahme einer Praxis,
- Berufsmöglichkeiten im Öffentlichen Gesundheitsdienst,
- Vereinbarkeit von Familie und Beruf,
- Fördermöglichkeiten.

Eine Anmeldung ist nicht erforderlich. Die Veranstaltungen sind kostenfrei.

Für Ihre Fragen stehen wir Ihnen unter Arzt-in-Sachsen@slaek.de zur Verfügung.

Dr. med. Dagmar Hutzler
Ärztliche Geschäftsführerin
E-Mail: aegf@slaek.de

EHEC 2011

Zusammenfassung

Von Mai bis Juli 2011 kam es vor allem in Norddeutschland zu einem großen Ausbruch von Erkrankungsfällen des hämolytisch-urämisches Syndroms (HUS) und blutiger Diarrhöen im Zusammenhang mit Infektionen durch enterohämorrhagische *Escherichia coli* (EHEC) des Serotyps O104:H4. Im vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse aus der Surveillance, den epidemiologischen Studien und der Mikrobiologie des Robert Koch-Institutes (RKI) dargestellt. Die Beiträge des RKI im Rahmen der Identifizierung von Erkrankungshäufungen und der Rückverfolgung von Lebensmitteln finden sich in einem Bericht der Task Force EHEC am Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit (BVL).

Epidemiologische Charakteristik und Verlauf des Ausbruchsgeschehens

Das Ausbruchsgeschehen (in Bezug auf den Beginn der Durchfallssymptomatik) begann Anfang Mai 2011 und hatte am 22.5.2011 seinen Gipfel. Danach ging sowohl die Zahl der dem Ausbruch zugeordneten Infektionen durch EHEC als auch die Zahl der Neuerkrankungen an HUS zurück. Ab Mitte Juni traten nur noch vereinzelte HUS-Erkrankungen auf. Am 26.7. erklärte das Robert Koch-Institut den Ausbruch für beendet. Zu diesem Zeitpunkt waren 3 Wochen lang keine neuen, offensichtlich dem Ausbruch zugehörigen Erkrankungsfälle übermittelt worden, die nach dem 4.7. erkrankt waren.

Insgesamt wurden 855 Erkrankungen an HUS und 2.987 Fälle von akuter Gastroenteritis übermittelt, die dem Ausbruch zugerechnet werden (Stand: 16.08.2011). Der Anteil der Frauen überwog sowohl bei den HUS-Fällen (68 %) als auch bei den EHEC-Fällen (58 %). Bei den Erkrankten handelte es sich überwiegend um Erwachsene. Dies steht im deutlichen Gegensatz zu den in den Meldedaten beobachteten Erkrankungsfällen an EHEC-Gastroenteritis und HUS der letzten Jahre, als vor allem Kleinkin-

der betroffen waren. Unter den HUS-Patienten verstarben 35 (4,1%) und unter den EHEC-Patienten mit Gastroenteritis 18 (0,6%).

Erkrankungsfälle wurden aus allen Bundesländern berichtet, jedoch waren die 5 nördlichsten Bundesländer Hamburg, Schleswig-Holstein, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern und Niedersachsen am stärksten betroffen, mit HUS-Inzidenzen für einzelne Bundesländer bis zu zehn Erkrankungen pro 100.000 Einwohner. Nach der Identifizierung des Infektionsvehikels (Sprossen) und dessen Vertriebsstopp Anfang Juni traten in Deutschland keine Erkrankungshäufungen mehr auf, die mit dem Verzehr dieses Vehikels assoziiert waren. In der späten Ausbruchsphase kam es noch zu sporadischen Sekundärübertragungen durch infizierte Haushaltskontaktpersonen sowie zu einzelnen lokalen Ausbrüchen, die auf eine sekundäre Kontamination von Lebensmitteln durch Beschäftigte (EHEC-Ausscheider) in Lebensmittelbetrieben zurückzuführen waren. Auch einzelne Laborinfektionen waren zu beobachten.

Eine intensivierete Überwachung von EHEC O104 wird auch nach dem offiziellen Ausbruchsende fortgesetzt, um frühzeitig einen möglichen Übergang des Infektionsgeschehens in eine endemische Phase zu erkennen. Nach dem 4.7. wurden sieben weitere Infektionen mit Nachweis von EHEC O104 übermittelt, bislang ausschließlich Fälle offensichtlicher Haushaltsübertragung oder beruflicher Exposition (Datenstand 30.8.). Insgesamt hat die Frequenz von übermittelten EHEC und HUS nach dem 4.7. noch einmal stark abgenommen, bis zurück auf als „Hintergrund“ interpretierbare Fallzahlen.

Evidenz zu Sprossen als Infektionsvehikel

Große EHEC-Krankheitsausbrüche gehen zumeist auf die fäkale Verunreinigung von Nahrungsmitteln tierischen oder pflanzlichen Ursprungs zurück, die vor Verzehr nicht ausreichend erhitzt oder gewohnheitsmäßig roh verzehrt werden. Hinweise für Sprossen als verantwortliches Vehikel in diesem Ausbruch ergaben



EHEC-Bakterien des Ausbruchsstammes O104:H4, Raster-Elektronenmikroskopie. Maßstab: 1 µm

Foto: Holland, Laue RKI

sich aus epidemiologischen Studien des RKI in Kooperation mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst von Ländern und Kreisen sowie mit Kliniken und aus den Ermittlungen der Lebensmittelüberwachungsbehörden. Die epidemiologischen Arbeiten zeigen einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen Sprossenverzehr und Erkrankungsrisiko (z.B. Rezeptbasierte Restaurant-Kohortenstudie: relatives Risiko 14,2; 95% KI 2,6 – ∞; alle 31 Fälle der Kohortenstudie durch Sprossenverzehr erklärt). Ermittlungen der Task Force EHEC am BVL ergaben, dass 41 von 41 gut dokumentierten Lokalisationen (z.B. Restaurants), an denen jeweils mehrere Erkrankungsfälle exponiert waren (sogenannte Cluster), Sprossen des Betriebs A in Niedersachsen bezogen hatten.

In der Zusammenschau der vorliegenden Ergebnisse kamen das RKI, das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) und das BVL übereinstimmend zu der Bewertung, dass der durch EHEC O104:H4 verursachte Krankheitsausbruch in Deutschland auf den Verzehr von kontaminierten Sprossen aus dem Betrieb A zurückzuführen ist. Ein aus Frankreich berichtetes Ausbruchsgeschehen mit EHEC O104:H4 (Erkrankungsbeginn zwischen 15. und 20.6.) zeigte ebenfalls einen Zusammenhang mit dem Verzehr von lokal gezogenen Sprossen. Ermittlungen der nationalen und internationalen Lebensmittelbehörden ergaben, dass sich die in Frankreich bzw. von Betrieb A verwendeten Bockshornklee-Sprossensamen auf eine gemeinsame Bezugsquelle zurückführen ließen.

Schlussfolgerungen für die weitere epidemiologische Überwachung und Empfehlungen

Es handelt sich um den bisher größten Krankheitsausbruch durch EHEC-Infektionen in Deutschland und bezogen auf die Anzahl der HUS-Fälle um den größten, weltweit beschriebenen derartigen Ausbruch. Innerhalb relativ kurzer Zeit konnte durch epidemiologische Untersuchungen und systematische Lebensmittelrückverfolgung das Infektionsvehikel Sprossen aufgedeckt werden. Es gibt derzeit keine Hinweise, dass sich nach dem Ende des Ausbruchs der Erreger EHEC O104:H4 endemisch in Deutschland etabliert hätte.

Die Aktivitäten der epidemiologischen Überwachung werden fortgesetzt und konzentrieren sich auf die Surveillance nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) von EHEC und HUS sowie die Notaufnahmen-Surveillance zu blutigen Durchfällen in ausgewählten Krankenhäusern. Weiterhin gilt für Ärzte und den Öffentlichen Gesundheitsdienst eine erhöhte Wachsamkeit für das Auftreten von blutigen Durchfallerkrankungen und HUS einschließlich einer raschen Diagnostik (mit Differenzierung bezüglich des

Ausbruchsstamms) und Meldung in der ambulanten und stationären Versorgung. Im Rahmen der EHEC- und HUS-Meldepflicht sollen darüber hinaus weiterhin alle neuen EHEC- und HUS-Erkrankungsfälle, die die Falldefinition des Ausbruchs erfüllen, basierend auf einem Erhebungsbogen des RKI von den Gesundheitsämtern befragt werden, um die Infektionsquelle (z. B. Sekundärübertragung, Laborinfektion) dieser Fälle eingrenzen zu können.

Es gilt weiterhin der ausdrückliche Hinweis auf die konsequente Einhaltung persönlicher hygienischer und lebensmittelhygienischer Maßnahmen. Dabei kommt der strikten Einhaltung der Händehygiene (<http://www.bzga.de/?sid=663>) und weiterer Maßnahmen der Standardhygiene eine zentrale Bedeutung zu. Im Haushalt ist generell, aber insbesondere bei Anwesenheit von EHEC-Ausscheidern oder Personen mit Durchfallerkrankungen, die strenge Einhaltung von Hygienemaßnahmen erforderlich. Dies bedeutet, dass insbesondere in Küche und Sanitärbereich äußerste Reinlichkeit geboten ist. Außer durch die direkte Aufnahme von verunreinigten Speisen können die Bakterien

auch über die Hand oder verunreinigte Küchenutensilien übertragen werden. Dies ist besonders bedeutsam, wenn die so kontaminierten Speisen anschließend nicht erhitzt werden. Das Risiko kann vermindert werden, wenn Hände und Küchenszubehör vor der Zubereitung von Speisen, insbesondere solchen, die anschließend nicht gekocht werden, gründlich mit Wasser und Seife/Spülmittel gewaschen und sorgfältig abgetrocknet werden. (Die Empfehlungen des BfR finden sich unter: www.bfr.bund.de → A – Z Index → EHEC.) Mit Stuhl oder Erbrochenem kontaminierte Gegenstände, Kleidungsstücke oder Flächen sollten umgehend gewaschen oder gereinigt werden; bei Kontakt damit sollten die im Haushalt üblichen Schutzhandschuhe getragen werden. Empfehlungen unter www.rki.de → Infektionskrankheiten A – Z → EHEC.

Der Gesamtbericht ist im Internet unter www.rki.de nachzulesen.

Robert Koch-Institut
Berlin

Sächsischer Verdienstorden für Dr. jur. Albin Nees



Der Ministerpräsident des Freistaates Sachsen, Stanislaw Tillich, überreichte am 1. März 2012 den Sächsischen Verdienstorden an Dr. jur. Albin Nees. Nach der Friedlichen Revolution in der DDR führte der

Weg des gebürtigen Bayerns Albin Nees gen Osten.

Außerordentlich war sein Einsatz bei der Erarbeitung des Einigungsvertrages und dem danach folgenden Umbau der Sozialstruktur im Beitrittsgebiet. Im November 1990 kam er als Staatssekretär in das Sächsische Staatsministerium für Soziales nach Dresden. Zu seinen herausragenden Leistungen zählt der Aufbau der Verwaltung Sachsens auf den Gebieten des Gesundheits- und Sozialwesens. Dabei gelang es ihm, zwischen den unterschiedlichen Lebenssituationen und Ansichten der Menschen in Ost und West zu vermitteln. Seine einflussreiche Mitarbeit in den Bund- und Ländergremien führte zu der maximal möglichen und unter der Berücksichtigung der besonderen Ausgangsbedingungen in den Neuen Bundesländern notwendigen Ausschöpfung der Gestaltungsspielräume für eine sachgerechte und tra-

gende Sozialgesetzgebung in Sachsen. Daher ist es ganz wesentlich sein Verdienst, dass wir heute gut funktionierende Strukturen der Sozialverwaltung und des Gesundheitswesens im Freistaat Sachsen haben.

Herr Dr. Albin Nees war in Vertretung des Staatsministers auch mehrmals Gast auf den Kammerversammlungen und Sächsischen Ärztetagen der Sächsischen Landesärztekammer. Er ist in den Vorträgen und gesundheitspolitischen Gesprächen immer mit großer Sachkenntnis auf die Belange der sächsischen Ärzteschaft eingegangen.

Mit dem Sächsischen Verdienstorden ehrt der Freistaat Sachsen Menschen, die sich politischen, wirtschaftlichen, kulturellen, sozialen, gesellschaftlichen oder ehrenamtlichen Bereich in herausragendem Maße engagiert haben.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Laparoskopische Sigmaresektion

Single-Port-Technik als elektiver Standardeingriff bei Sigmadivertikulitis

M. Berger, U. Keßler

Zusammenfassung

Nachdem sich die laparoskopische Sigmaresektion bei Sigmadivertikulitis in Deutschland weitgehend zur Standardoperationstechnik entwickeln konnte, wird gegenwärtig intensiv an noch schonenderen Varianten des operativen Zugangsweges gearbeitet. So wurden unter anderem sogenannte single-port-Verfahren entwickelt, bei denen auch bei ausgedehnten Kolonresektionen nur eine Narbe von drei bis fünf Zentimeter Länge verbleibt. Bisher werden nur in sehr wenigen Krankenhäusern diese Eingriffe routinemäßig in single-port-Technik durchgeführt. Wir berichten über unsere Erfahrungen mit 30 Single-Port-Eingriffen bei Sigmadivertikulitis mit herkömmlichen laparoskopischen Instrumenten. In allen Fällen konnte der Eingriff ohne Änderung des Verfahrens beendet werden. Die mittlere Operationszeit war von Anfang an gegenüber der Multi-Port-Technik nicht verlängert.

Unsere Erfahrungen zeigen, dass die Single-Port-Technik bei elektiver Operation der Sigmadivertikulitis sehr geeignet ist.

Einleitung

Bereits im Jahr 1991 berichtete Jacobs über 28 in laparoskopischer Technik durchgeführte Sigmaresektionen; davon erfolgten fünf Operationen wegen einer Divertikulitis (Jacobs, M.; Verdeja, J. C.; Goldstein, H. S., 1991). Die laparoskopische Entfernung des Sigmas bei Divertikulitis hat sich inzwischen als eine sichere und schonende Operationsmethode erwiesen und wird bereits als Standardoperation für Patienten mit unkomplizierter, chronisch-rezidivierender und komplizierter Divertikulitis angesehen.

Bisher waren bei den verschiedenen laparoskopisch assistierten Operati-

onsmethoden drei bis fünf Trokarinzisionen und eine sogenannte Bergeinzision von fünf bis sieben cm Länge erforderlich, letztere meist im linken Unterbauch. Der Vorteil des Verfahrens wird aber teilweise wieder aufgehoben, wenn am Ende des Eingriffs eine zusätzliche Inzision angelegt werden muss.

Komplikationen wie Wundinfektionen und Narbenhernien im Bereich der Bergeinzision wurden beschrieben (Tigges, W.; Tigges, E. P.; Pick, P.; et al., 2011).

Mit der Entwicklung von Systemen, die die laparoskopische Operation über einen Zugang erlauben, werden mehrere Trokareinstiche und diese Bergeinzision überflüssig, da sich die Präparation des Darms und die Bergung des Präparats über ein und denselben Schnitt durchführen lassen. Zudem erfolgt der Erstzugang in offener Technik, welche die Gefahr von Gefäß- oder Darmverletzungen reduziert.

Material und Methoden

Seit Oktober 2010 wurden alle elektiven Sigmaresektionen bei Divertikulitis über einen Single-Port-Zugang vorgenommen. Vorausgegangen waren Übungen am Trainingsgerät, um einen Einblick in die Handhabbarkeit zu erlangen. Dabei wurde ein einfaches Gerät benutzt, an das eine Webcam angeschlossen ist. Die Bildausgabe erfolgt auf einen Monitor (www.lapcam.de).

Präoperativ wurde die Diagnose stets durch eine Computertomografie gesichert und die Indikation zur Operation abhängig von der Klassifikation nach Hansen-Stock gestellt (Tab. 1). Alle Patienten erhielten präoperativ eine komplette Koloskopie.



Abbildung 1: Eingesetzte Ringfolie

Der Darm wurde am Vortag analog einer Koloskopievorbereitung gereinigt; eine perioperative Antibiotikaphylaxe erfolgte immer.

Durch eine subumbilikale quere Inzision mit Längsinzision der Faszie in der Mittellinie wird der Bauchraum eröffnet. Der Zugang liegt im muskelfreien und gefäßarmen Gebiet und es kann auf überlange Instrumente verzichtet werden, da vom Nabel aus die linke Flexur und auch die Organe im kleinen Becken gut erreichbar sind. Nach Eröffnung des Peritoneum wird das Single-port-System eingeführt. Wir verwenden den Gelpoint der Firma Applied Medical mit zwei 10 mm und einem 12 mm Trokar.

Die Präparation des Darms unterscheidet sich kaum vom üblichen laparoskopischen Verfahren. Bei der Handhabung der Instrumente kann ein Überkreuzen der Instrumente hilfreich sein. Nach Mobilisieren des

Tabelle 1: Stadieneinteilung nach Hansen-Stock und unsere Therapieempfehlung

Stadium	Klinik/Befund	Therapie
0	Asymptomatische Divertikulose	Konservative Therapie
I	Akute unkomplizierte Divertikulitis	Konservative Therapie
II	Akute komplizierte Divertikulitis	
II a	Peridivertikulitis (Phlegmone)	OP elektiv bei mehrfachen Rezidiven
II b	Gedeckte Perforation (Abszess, Fistel)	OP elektiv nach 6 Wochen ggf. präoperative Drainage
II c	Freie Perforation	Notfall-OP
III	Chronisch rezidivierende Divertikulitis	OP elektiv

Sigma wird der Gelpoint-Aufsatz von der Ringfolie abgenommen und das Präparat mühelos vor die Bauchdecke luxiert, wo dann in bekannter Weise die Präparation des oberen Resektionsrandes erfolgt, das Sigma reseziert und die Andruckplatte des Ringstaplers eingeknüpft werden. Der Darm wird anschließend in den Bauchraum zurückverlagert und wie gewohnt wird mit einem Ringstapler die Anastomosierung vorgenommen. Eine Drainage des Abdomens erfolgte nicht routinemäßig, sondern nur, wenn ein Abszess vorgefunden wurde.

Resultate

Von Oktober 2010 bis August 2011 wurden 30 Patienten in dieser Technik behandelt. Das mittlere Alter betrug 66 Jahre (41 bis 78 Jahre) und das Verhältnis Männer zu Frauen 16 zu 14. Insgesamt 27 Patienten hatten eine Sigmadivertikulitis und drei Patienten ein endoskopisch nicht sanierbares Adenom im Sigma. In 17 Fällen lag bei Indikationsstellung der Divertikulitis ein Stadium IIa und in 13 Fällen ein Stadium IIb nach Hansen-Stock vor. Bei fünf Patienten

fand sich zum Zeitpunkt der Operation etwa sechs Wochen nach dem Akutereignis noch ein Abszess. Eine Drainage wurde nur bei drei Patienten über einen zusätzlichen Trokar platziert.

Die Operationen wurden im Intervall von sechs Wochen nach dem akuten Ereignis durchgeführt.

Alle Operationen konnten laparoskopisch beendet werden.

Überraschenderweise wurde keine Verlängerung der Operationszeiten registriert. Trotz der zeitaufwändigeren Präparation wurde vermutlich durch den Wegfall der zusätzlichen Inzisionen die Schnitt-Naht-Zeit nicht verlängert, im Durchschnitt betrug diese bei den single-port-Operationen 130 min (minimal 75 und maximal 245 min). Im Vergleich dazu wurden bei den herkömmlichen laparoskopischen Sigmaresektionen der Jahre 2008 und 2009 Operationszeiten von durchschnittlich 144 min (63 bis 230 min) benötigt.

Alle Patienten berichteten über wenig Schmerzen; eine Patientin lehnte selbst am Operationsabend das angebotene Analgetikum ab.

Die Patienten mit Drainage gaben die Drainage als schmerzhaftesten Punkt der Bauchdecke an. Dies deckt sich mit Erfahrungen von anderen (Vestweber, B.; Straub, E.; Kaldowski, B.; et al., 2011).

Am ersten und zweiten postoperativen Tag wurden auf der zehnstufigen visuellen Schmerzskala maximal vier Punkte angegeben, am vierten Tag nur noch zwei bis drei Punkte. Ein Periduralkatheter wurde nicht gelegt.

Wundinfektionen traten nicht auf. Die Patienten waren ab dem ersten postoperativen Tag mobil. Tee wurde am Abend des Operationstages gereicht, ab dem zweiten postoperativen Tag konnte Vollkost gegeben werden. Eine postoperative intensivmedizinische Überwachung war in keinem Fall notwendig.

Als Komplikationen waren zwei Sickerblutungen aus der Anastomose zu werten, daraus resultiert eine Komplikationsrate von 6,7 Prozent. Die Blutungen ließen sich endoskopisch durch Unterspritzung beherrschen.

Tabelle 2: Literaturübersicht über laparoskopische Koloneingriffe in single port Technik. Mod. nach Vestweber, B.; Straub, E.; Kaldowski, B.; et al., 2011

Autor	Jahr	Eingriff	Patienten (n)	Operationszeit (min)	Konversion (n)	Komplikationen (n)
Bucher et al.	2008	Rechts	1	158	0	0
Remzi et al.	2008	Rechts	1	115	0	0
Leroy et al.	2009		1	180	0	
Brunner et al.	2009	Links	2	145	0	0
Rieger u. Lam	2010	6 Rechts 1 Links	7	89	0	1 (14,3%)
Cahill et al.	2010	Kolektomie	3	206	0	1 (33%)
Uematsu et al.	2010	Links	5	185	1 (20%)	0
Law et al.	2010		8	175	1 (12,5%)	1 (12,5%)
Vestweber et al.	2010	Links	10	120	1 (10%)	1 (10%)
Wong et al.	2010	Rechts	10	83	0	0
Podolsky u. Curcillo	2010		13	174	0	0
Ramos et al.	2010	Rechts	13	132	2 (15,4%)	1 (7,7%)
Keshava et al.	2010	Rechts	22	105	0	6 (27,3%)
Boni et al.	2010	Rechts	36	145	0	2 (5,6%)
Hamzaoglu et al.	2011	Rektum	4	347	0	0
Vestweber et al.	2011	Sigma/Rektum	120	150	6 (5%)	16 (13,3%)
			256	157	11 (4,3%)	29 (11,3%)

Präoperativ wurden die Patienten meist einen Tag vorher aufgenommen. Die mittlere postoperative Verweildauer betrug 7,6 Tage. Eine Verringerung der Verweildauer sollte trotz der geringen Beeinträchtigung des Allgemeinzustands nicht vorgenommen werden; immerhin wurde eine Darmresektion durchgeführt mit allen daraus resultierenden Komplikationsmöglichkeiten.

Kosten-Nutzen-Rechnung

In Zeiten der Ökonomisierung der Medizin ist darauf zu achten, dass nicht durch neue Operationsmethoden die Kosten den Nutzen überwiegen.

Im Vergleich zu dem üblichen laparoskopischen Verfahren wird nur das single-port-System, dem die Trokare bereits beiliegen, zusätzlich benötigt. Dieses kostet 280 Euro. Demgegenüber stehen Einsparungen von etwa vier Trokaren. Diese wurden auf 150 Euro veranschlagt. Die Ringfolie ist

bereits im System integriert, damit entfallen nochmals 35 Euro. Das eingesparte Nahtmaterial ist zu vernachlässigen. Somit liegen die zusätzlichen Kosten unter 100 Euro.

Bei der von uns vorgestellten Methode werden keine speziellen gebogenen oder abwinkelbaren Instrumente benötigt, sondern es werden nur die bereits vorhandenen laparoskopischen Instrumente benutzt.

Die nicht in Zahlen ausdrückbare Komfortverbesserung für den Patienten und die sich durch den Wegfall von weiteren Inzisionen ergebende Verminderung von Wundinfektionen und Narbenhernien sollten beachtet werden. Allein ein einziger Wundabszess oder eine Narbenhernie dürfte die Mehrkosten für mindestens zehn Operationen bei weitem übersteigen.

Diskussion

Nach den ersten guten Erfahrungen ist die beschriebene Operationsmethode in unserer Klinik als Standard für elektive Sigmaresektionen bei Divertikulitis etabliert worden. Denkbar ist, dass auch Hemikolektomien über diesen zentralen Zugang erfolgen und Kolonkarzinome deutlich schonender über den single-Port-Zugang operiert werden können. Mehrere Hemikolektomien wurden durch uns bereits erfolgreich durchgeführt.

Die Kosten werden nur unwesentlich gesteigert, ausgeglichen wird dies durch eine Verbesserung des Patientenkomforts und das hervorragende kosmetische Ergebnis. Ob tatsächlich signifikante Vorteile für die Patienten resultieren, wird zurzeit noch kontrovers diskutiert (Carus, T., 2010). Unsere Patienten zeigten im frühen postoperativen Verlauf eine gerin-

gere Schmerzbeeinträchtigung. In der Literatur finden sich bisher nur wenige Berichte, über das größte Patientengut von 120 Patienten berichtet Vestweber 2011, der seine Erfahrungen so zusammenfasst: „Die Single-Port-Kolonchirurgie ist zurzeit die minimal-invasivste Operationsmethode mit sehr gutem kosmetischem Ergebnis“.

Das Zugangstrauma ist gegenüber der üblichen laparoskopischen Kolonresektion nochmals reduziert, sodass die single-port-Technik als logische Verbesserung der herkömmlichen laparoskopischen Operationsmethode anzusehen ist. Es bleibt abzuwarten, ob die Rate an Wundinfektionen und Narbenhernien tatsächlich reduziert werden kann, da zum einen nur eine einzige Narbe verbleibt und diese außerdem nur drei bis vier cm lang ist. Durch die Minilaparotomie wird eine potenzielle Darmverletzung durch einen blinden Einstich von Trokaren vermieden.

Die Operationstechnik unterscheidet sich kaum von der herkömmlichen laparoskopischen Technik, allein die eingeschränkte Beweglichkeit der Instrumente muss berücksichtigt und geübt werden. Die vom Umstieg von der konventionellen offenen Darmresektion zur laparoskopischen Technik bekannten Erschwernisse treten nicht auf; für einen versierten Laparoskopiker ist die Technik rasch erlernbar.

Aus unserer Sicht ist die single-port-Operationstechnik für laparoskopische Eingriffe auch am Kolon sehr geeignet. Dies deckt sich mit den Erfahrungen anderer (Vestweber, B.; Straub, E.; Kaldowski, B.; et al., 2011). Wir wendeten diese Methode

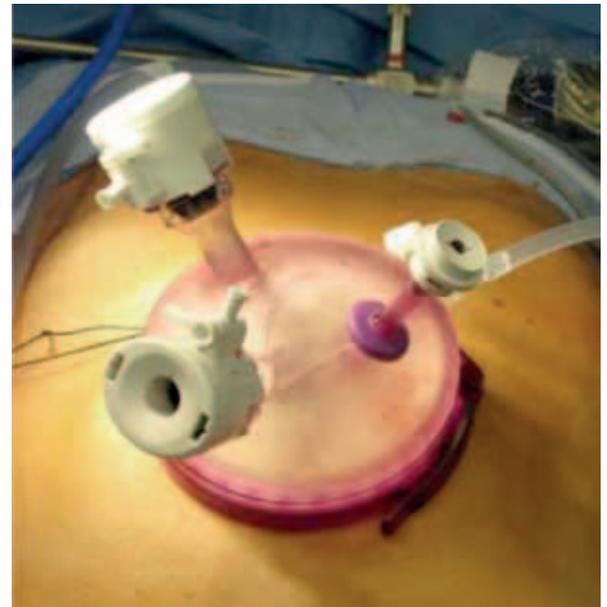


Abbildung 2: Eingesetzte Ringfolie und Gelpoint-Aufsatz



Abbildung 3: Wunde unmittelbar nach Sigmaresektion

inzwischen auch erfolgreich zur Resektion von Darmtumoren an, dann allerdings nur bei ausgesuchten Patienten.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Dr. med. Matthias Berger
Oberlausitz-Kliniken gGmbH,
Chirurgische Klinik Bautzen
Am Stadtwall 3, 02625 Bautzen

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

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

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

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

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

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz Chemnitz-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 12/C021

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Reg.-Nr. 12/C022

Mittlerer Erzgebirgskreis

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
Reg.-Nr. 12/C023

Stollberg

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich*)
Reg.-Nr. 12/C024

Chemnitzer Land

Psychologischer Psychotherapeut/
Verhaltenstherapie
Reg.-Nr. 12/C025

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.05.2012 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder -403 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden Görlitz-Stadt / Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 12/D015

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Reg.-Nr. 12/D016

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.04.2012

Hoyerswerda-Stadt/Kamenz

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Reg.-Nr. 12/D017

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.04.2012

Meißen

Facharzt für Urologie

Reg.-Nr. 12/D018

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.04.2012

Riesa-Großenhain

Facharzt für Anästhesiologie (Abgabe eines hälftigen Vertragsarztsitzes in einer Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 12/D019

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.04.2012

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.05.2012 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. 12/L016

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich*)

Reg.-Nr. 12/L017

Facharzt für Augenheilkunde (Teil einer Berufsausübungsgemeinschaft)
Reg.-Nr. 12/L018

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie (Teil einer Berufsausübungsgemeinschaft)
Reg.-Nr. 12/L019

Leipziger Land

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Reg.-Nr. 12/L020

Muldentalkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin *) (Teil einer Berufsausübungsgemeinschaft)

Reg.-Nr. 12/L021

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich*)

(Teil einer Berufsausübungsgemeinschaft)

Reg.-Nr. 12/L022

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.05.2012 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. 0341 24 32-153 oder -154 zu richten.

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Landesgeschäftsstelle

Konzerte und Ausstellungen

Sächsische Landesärztekammer Konzerte Festsaal

Sonntag, 6. Mai 2012

11.00 Uhr – Junge Matinee

Teilnehmer des 16. Internationalen Schumann-Wettbewerbes stellen sich vor
Lieder von Schumann, Brahms, Schubert, Wolf und Mahler
Studierende der Hochschule für Musik Carl Maria von Weber Dresden

Ausstellung – Foyer und 4. Etage

Kerstin Franke-Gneuschichten.Radierung
bis 13. Mai 2012

Keine Ausstellung im Zeitraum Juni bis September 2012 wegen Umbauarbeiten.

Verschreiben von Betäubungsmitteln

„Fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker...“

Kommentar zum Beitrag „Verschreiben von Betäubungsmitteln“, „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 2/2012

Sehr geehrter Herr Hüchel, in Ihrem Beitrag über das korrekte Verschreiben von Betäubungsmitteln weisen Sie zu Recht darauf hin, dass bei dem Ausfüllen der Betäubungsmittelrezepte besondere Sorgfalt erforderlich ist.

Hintergrund ist, dass in letzter Zeit „einige Krankenkassen Betäubungsmittelrezepte akribisch geprüft und Formfehler jeglicher Art gegenüber der beliefernden Apotheke beanstandet“ haben. Dies ist ein Umstand, der derzeit nicht nur Sachsen betrifft, sondern bundesweit zu beobachten ist. Doch hier liegt bereits schon ein grundsätzliches ‚Missverständnis‘ vor. Die Überwachung des Betäubungsmittelverkehrs obliegt dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte bzw. fällt generell in die Zuständigkeit der nach Landesrecht zuständigen Behörden. Diese Landesbehörden – und nur diese! – haben auch die Aufgabe das Verschreiben von Betäubungsmitteln durch die Ärzteschaft zu überwachen (vgl. §19 BtmG). Somit steht diese Aufgabe weder den Ärztekammern oder Kassenärztlichen Vereinigungen und schon gar nicht den Krankenkassen zu. Vor diesem Hintergrund kann die jetzt von einigen Krankenkassen geübte Praxis nicht nachvollzogen werden, vielmehr führt sie zu einer unnötigen Verunsicherung von Apotheken und Ärzten, welche unter Umständen auch negative Auswirkungen auf die medizinisch notwendige Versorgung ihrer Versicherten haben kann.

In dem Artikel wird auf die Problematik der Formfehler hingewiesen. Es ist korrekt, dass Formfehler auf Betäubungsmittelrezepten nach Rücksprache mit dem Apotheker korrigiert werden dürfen (auf allen

drei Durchschlägen des Rezeptformulars!). Um diese zu minimieren, werden in dem Beitrag noch einmal die wesentlichen Punkte der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) aufgeführt. Insbesondere ist darauf zu achten, dass die Arzneimittelbezeichnung eindeutig ist. Für den Fall, dass verschiedene Stärken im Handel sind und diese nicht schon durch die Arzneimittelbezeichnung ausgedrückt wird, muss die Gewichtsmenge des enthaltenen Betäubungsmittels angegeben werden. Bei transdermalen therapeutischen Systemen, wie in dem Beispiel zu Fentanyl-Pflaster aufgeführt, betrifft dies die Beladungsmenge. Jedoch entfällt dieser Zusatz bei eindeutiger Arzneimittelbezeichnung! Dieser Umstand wird aber in letzter Zeit von einigen Krankenkassen konsequent ignoriert und das Fehlen dieses Zusatzes als Formfehler deklariert. Zu verstehen ist dies nur auf der Basis der Unkenntnis der BtMVV der jeweils zuständigen Sachbearbeiter.

Darüber hinaus ist für die verordneten Betäubungsmittel noch eine „Gebrauchsanweisung“ anzufügen. Diese kann, wenn nicht jedes einzelne Medikament auf dem Rezept spezifiziert werden soll, auch mit dem Vermerk „gemäß schriftlicher Anweisung“ erfolgen. Doch ist es hier prinzipiell auch möglich eine verständliche Abkürzung zu wählen: „gem. schriftl. Anw.“ Dies wird ausdrücklich in der Kommentierung zur Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung § 9 Abs. 5 betont (vgl. Hügel, Junge et al. Deutsches Betäubungsmittelrecht, Stuttgart 2008, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft). Da im Falle einer solchen „Gebrauchsanweisung“ dem Patienten ein schriftliches Formular mit den exakten Einnahmeregeln mitgegeben wird, welches sich in der Regel auf alle (!) im Behandlungsfall verordneten Medikamente bezieht, ist es allerdings nicht notwendig, dass diese Formulierung unter jeder einzelnen auf dem BtM-Rezept verordneten Substanz geschrieben wird. Der einmalige Hinweis am Ende des Rezeptes ist auch im Sinne der

Sicherheit des Betäubungsmittelverkehrs als vollkommen ausreichend anzusehen.

Zwei weitere Punkte verdienen noch der Beachtung, zumal sie nicht im Beitrag des Sächsischen Ärzteblatts enthalten sind, aber vielfach in der Kommunikation zwischen Ärzten und Apothekern zu Missverständnissen führen. Zum einen liegt es im Ermessen des verschreibenden Arztes, auch eine Stückzahl außerhalb der handelsüblichen Packungsgrößen zu verordnen. Das heißt, in Einzelfällen kann der Apotheker durchaus verpflichtet sein, einzelne Tabletten/Pflaster/Ampullen aus einem größeren Packungsinhalt abzugeben (§9 BtMVV). Der andere Punkt betrifft das Verschreiben „anderer Arzneimittel“ (außer Betäubungsmitteln) auf dem BtM-Rezept. Dies ist entgegen landläufiger Meinung zulässig, wenn dieses neben der Verordnung eines Betäubungsmittels erfolgt. So dürfen durchaus neben zum Beispiel Morphin-Tabletten auch Lactulose zur Symptomkontrolle oder aber auch andere Ko-Analgetika wie zum Beispiel Antikonvulsiva oder Antidepressiva aufgeführt werden (vgl. §8 BtMVV). Es ist sogar möglich, Medizinprodukte auf demselben Rezept mitzuverordnen!

Zusammenfassend erscheint wichtig darauf hinzuweisen, dass bei der Verordnung von Betäubungsmitteln eine besondere Sorgfaltspflicht von Seiten der Ärzteschaft vorausgesetzt wird. Andererseits darf die fachgerechte Verordnung nicht durch „akribische“ Prüfungen von dazu nicht autorisierten Institutionen, wie zum Beispiel Krankenkassen, zu Lasten aller Beteiligten inklusive der Patienten behindert werden.

13.2.2012

Prof. Dr. med. Rainer Sabatowski
Dr. med. Rüdiger Scharnagel MSc

UniversitätsSchmerzCentrum
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der
TU Dresden

Sehr geehrter Herr Prof. Sabatowski, vielen Dank für die Bestätigung unserer Ausführungen und Ihre Ergänzungen zum Ausstellen eines Betäubungsmittelrezeptes. Es ist richtig, dass die Überwachung des

Betäubungsmittelverkehrs dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und der Landesdirektion Sachsen obliegt. Leider hat das BfArM in die rigorose Retaxationspraxis der Krankenkassen bisher nicht eingegriffen. Bereits bei minimalen Formverstößen erhalten

die Apotheken teilweise überhaupt keine Vergütung für die abgegebenen Betäubungsmittel („Null-Retaxation“). Dies führte in der letzten Zeit dazu, dass viele Apotheker die – teilweise auch ohne Rechtsgrundlage – beanstandeten Mängel beim verschreibenden Arzt korrigieren ließen.

Intention war es daher, an das korrekte Ausstellen von Betäubungsmittelrezepten zu erinnern und die Ärzteschaft über die aktuelle Problematik zu informieren.

15.3.2012
Tobias Hückel
Sächsische Landesapothekerkammer

Hilfstransporte nach Osteuropa

Bilanz der Diakonie Annaberg-Buchholz

Die Leser des „Ärztblatt Sachsen“ erinnern sich vielleicht daran, dass ich in den neunziger Jahren begann, Hilfstransporte der Diakonie Annaberg-Buchholz nach Osteuropa zu begleiten.

Ich berichtete damals einige Male über unsere gelegentlich abenteuerlichen Unternehmungen nach Weißrussland und in die Ukraine, die unter der Leitung des Geschäftsführers der Diakonie Annaberg-Buchholz, Marc Schwan, stattfanden. Meine Frau, die die Sozialstation „Die Johanniter“ in Leipzig leitete, wurde von Herrn Schwan im Jahre 1996 um Unterstützung gebeten. In diesem Jahre begann die Serie von Hilfstransporten, die jährlich mehrmals von meiner Frau und von mir begleitet wurden.

Nach den anfänglichen Touren nach Weißrussland in die Stadt Wetka bei Gomel konzentrierte sich Marc Schwan auf die Versorgung eines Waisenhauses in der West-Ukraine in der Stadt Wolodimir Wolynsky. Unser erster Transport dorthin fand Oktober 1999 nach vorherigen Sondierungen statt. Das von dem sehr engagierten Leiter Valentin Petrovicz Virkowsky geleitete Internat mit angeschlossenem Schul-Internat betreut rund vierhundert Kinder von 0 bis 18 Jahren, wobei die Ausbildung bis zum Abitur ermöglicht wurde. Allerdings handelte es sich bei diesen Kindern in der überwiegenden Mehrzahl nicht um Waisen, sondern um verjagte, missbrauchte und ausgerissene Kinder, deren Eltern im Gefängnis saßen oder ihre Erziehungsrechte verloren hatten. Nur ca. fünf Prozent waren Halb- und Vollwaisen. Das Waisenhaus befand sich in einem baulich sehr schlechten Zustand und die Inneneinrichtung war geradezu desaströs (Bild 1).

Marc Schwan aber betörte und überzeugte die ungebrochene Bereitschaft und Fähigkeit des gesamten Lehrer-, Erzieher und Versorgungspersonals zur optimalen Versorgung der ihnen anvertrauten Kinder und Jugendlichen trotz der deprimierenden Zustände. Nach seinem ersten Informationsbesuch 1998 entschloss er sich zur definitiven Hilfe. In der Folgezeit organisierte er die Beschaffung der notwendigsten Dinge, zu denen sowohl Betten und Bettwäsche, Schränke, Kücheneinrichtungen, Speiseraum, Computertechnik für ein Computerlehrkabinett (zu der die Sächsische Landesärztekammer erheblich beitrug) und – dies der Anlass meines Artikels – die kompletten Ausstattungen für die Internatswäscherei gehörten. Meine Aufgabe war bis 2008 die eines Dolmetschers, eines Koordinators für die Osteuropäische Hilfe Weißrussland und Ukraine und – einfach notgedrungen, denn jede Hand wurde gebraucht – die eines Fahrers eines Minibusses. So fuhren wir denn seit 1999 in Kolonne mit LKWs und mit wechselnden Mannschaften wohl mehr als zwanzig Mal zu diesem über 1000 km entfernten Waisenhaus. Wirklich belastend waren dabei nur die fürchterlichen Grenzgänge und deren bürokratischen Schwellen (die Ukraine verlangte bis zu 23 Stempel, die an einzelnen Fensterchen für Ökologie, Veterinärwirtschaft, Wasserwirtschaft, Hygiene usw. nach stundenlangem Anstehen im wahrsten Sinne des Wortes „errungen“ werden mussten). Oft genug war das eine Sache von 12 bis 14 Stunden!



Wäscherei des Waisenhauses in Wolodimir Wolynsky (Ukraine)



Besprechung mit der Leiterin der Wäscherei des Waisenhauses in Wolodimir Wolynsky (Ukraine)

Das Bild Nr. 2 zeigt uns (Marc Schwan 2. v. li.) bei einer Besprechung mit der Leiterin der Wäscherei. Die Bauarbeiten mit kompletter Verfliesen (mit von uns gelieferte Fliesen) von Wänden und Fußboden führten die hauseigenen Handwerker des Waisenhauses in vorzüglicher Qualität aus.

Wenn es auch sehr strapaziöse und – wie der Unfall auf der Heimfahrt vom 31.08.2004 unweit von Legnica zeigte, bei dem Herr Jürgen Kraatz aus Annaberg-Buchholz und ich erheblich verletzt wurden – nicht ungefährliche „Reisen“ waren, die uns gelegentlich an die Grenzen unserer Leistungsfähigkeit führten, so ist das Ergebnis unserer Bemühungen doch einfach überwältigend und beglückend.

Inzwischen liegen der Diakonie in Annaberg-Buchholz neue Ziele und Aufgaben am Herzen. Das Waisenhaus können wir als saniert betrachten.



Nun geht es um ein Krankenhaus in der Stadt Taraschtscha, das südöstlich von Kiew liegt. Die dortige Wäscherei sieht heute genau so aus, wie auf den ersten Bildern aus dem Waisenhaus. Mir persönlich liegt aber das Schicksal eines jungen Mädchens (siehe

Bild) aus Wolodimir Wolynski am Herzen, das 1995 (womöglich als Folge von Tschernobyl) mit einem Totaldefekt des Kreuz- und Steißbeins geboren wurde und an kompletter Blasenlähmung leidet. Die Schwere der Erkrankung wurde erst Anfang 2000 zur Kenntnis genommen. Ich betreue das Kind mit Unterstützung der Diakonie Annaberg-Buchholz und unzähligen Spenden von Leipzigern und dem Rotary-Club Wurzen seit 2003.

Sie wurde durch meine Vermittlung am Klinikum St. Georg 2007 ausdiagnostiziert, da waren beide Nieren schon schwer geschädigt. Zurzeit muss sie sich täglich zweimal katheterisieren.

Die Versorgung mit Einwegkathetern, Urinbeuteln und Medikamenten ist sehr kostenaufwendig.

Dr. med. Clemens Weiss, Leipzig

41. Symposium für Juristen und Ärzte

24. und 25. 2. 2012 Berlin

Die Veranstaltung war mit dem Arbeitsthema „Gefährdung der ärztlichen Entscheidungsfreiheit – Gefahren der Korruption“ überschrieben. Die juristischen Referenten haben den Ärzten die Gefahren korrupten Verhaltens aufgezeigt.

In dem Spannungsfeld zwischen Medizin und Ökonomie wird ärztliches Handeln sowohl in der Diagnostik als auch in der Therapie eingeschränkt.

Arztsein bedeutet das Vorweisen umfangreicher Fachkenntnisse und den indikationsgerechten Umgang mit den Ressourcen des Gesundheitswesens.

In Situationen der beruflichen Überbelastung und mäßigen Verdienstes suchen einige Ärzte nach Auswegen

und übersehen dabei häufig die Fallen der Korruption. Diese sind besonders verlockend in der Zusammenarbeit mit der Pharmaindustrie.

Im Rahmen der Ökonomisierung muss der Arzt sich mit den Leitlinien der entsprechenden Krankheiten und Gesundheitsstörungen seines Faches auseinandersetzen und Abweichungen seiner Therapiemaßnahmen von Leitlinien begründen.

Ärztlicher Behandlungsauftrag, Therapie und Entscheidungsfreiheit

Im Grundsatzreferat aus Sicht des Arztes ging Prof. Dr. Dr. med. habil. Dr. phil. Dr. theol. Eckhard Nagel, Essen, den Fragen nach:

- Ob individuelle Unterschiede den ärztlichen Behandlungsauftrag beeinflussen?
- Welcher Rationalität der ärztliche Behandlungsauftrag folgt?
- Einfluss der Ökonomie?

- Sinnvolle und bedürfnisgerechte Nutzung naturwissenschaftlicher Erkenntnisse?

Zeit als knappe Ressource im Gesundheitswesen, Regressforderungen bei Überschreitung von Arzneimittelbudgets, Leistungsvolumina und die Vernachlässigung des individuellen und gesellschaftlichen Kontextes von Krankheiten und Gesundheit sind Beispiele der Problemfelder.

Die Freiheit des Arztes bezüglich der Grundstrukturen der Therapie ist konstitutives Element für den Behandlungsauftrag. Dies gilt es, gegen ökonomische Zwänge sowie entgegenstehende Regulierungen zu verteidigen.

Gefährdung der ärztlichen Entscheidungsfreiheit – grundlegende Gedanken aus juristischer Sicht

Herr Prof. Dr. jur. Jochen Taupitz, Heidelberg, postulierte, Ärzte verlan-

gen einerseits Freiheit vom Recht, andererseits Schutz im Recht. Das führt zum Spagat zwischen Handlungsfreiheit und Rechtssicherheit. Die Ärzteschaft muss alles daransetzen, dass Fehlverhalten vermieden wird und Fehlverhalten in eigenen Reihen geklärt wird, sonst verliert das Prinzip der ärztlichen Selbstverwaltung seine Berechtigung. Prof. Dr. Taupitz stellte die Fragen: Tut die Ärzteschaft alles Notwendige, um für Sauberkeit in den eigenen Reihen zu sorgen? Warum gibt es bisher keine standesrechtliche Pflicht, den Verdacht auf ärztliche Fehler bei der Ärztekammer zur Anzeige zu bringen?

Leitlinien (professionelle Handlungsanleitungen richtigen medizinischen Handelns) sind keine Haftungsfallen. In den Leitlinien ist nicht durchgängig sichtbar, in welchem Umfang sie auch versorgungsökonomische Kostenfaktoren zu ihrem Gegenstand machen und welche Teile der Leitlinie damit zur Handlungsanleitung speziell für die vertragsärztliche Tätigkeit geeignet sind. Je geringer die Bedeutung von Ethik/Ethos/Moral als verpflichtende Handlungsanweisung im gesellschaftlichen Zusammenleben wird, umso mehr muss die Funktionsfähigkeit des Systems mit rechtlichen Vorschriften sichergestellt werden. Je mehr und detaillierter rechtliche Vorschriften existieren, umso stärker wächst die Einschätzung, dass nur das rechtlich Gebotene geschuldet ist.

„Die ärztliche Entscheidungsfreiheit ist Ausdruck individueller (grundrechtlicher) Freiheit des Arztes als Abwehrrecht, aber auch dienende Freiheit zum Wohl des Patienten, dienende Freiheit zum Wohl des ärztlichen Berufsstandes und dienende Freiheit zum Wohl der Gesamtheit des Volkes“.

Gefährdung der ärztlichen Entscheidungsfreiheit im Verhältnis zum Patienten durch Richtlinien, Leitlinien und Empfehlungen?

Nach Bewertung von Frau Dr. jur. Constanze Püschel, Berlin, sind aus der juristischen Sicht Richtlinien, Leit-

linien und Empfehlungen „Normen“ zu konkreten medizinischen Sachverhalten, die den Arzt in unterschiedlicher starker Form binden.

Ob diese Normen in die ärztliche Entscheidungsfreiheit eingreifen, hängt naturgemäß stark vom Inhalt der jeweiligen Norm ab. „Betrachtet man die Frage, wer Richtlinien, Leitlinien und Empfehlungen „produziert“, sieht man, dass eine Vielzahl von Institutionen – mit und ohne rechtliche Ermächtigung – Vorgaben für das ärztliche Handeln schaffen.“ Allein daraus, dass beispielsweise eine Norm von der Bundesärztekammer als Institution geschaffen worden ist, folgt nicht deren unmittelbare Verbindlichkeit gegenüber dem Arzt. Während Richtlinien in der Regel aus sich heraus verbindlich sind, sind Leitlinien und Empfehlungen aus sich heraus (erst einmal) nicht für den Arzt rechtlich verbindlich.“

Betrachtet man die Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften, dann wird vom Arzt erwartet, dass er die qualitätsgerecht zustande gekommenen, aktuellen S3-Leitlinien im Rahmen seiner Entscheidungsfindung beachtet, da vieles dafür spricht, dass diese Leitlinien den medizinische Standard abbilden. Die Einhaltung des medizinischen Standards ist seitens des Arztes gegenüber dem Versicherten geschuldet.

Gefährdung der ärztlichen Entscheidungsfreiheit durch Leitlinien?

Nach Aussage von Frau Dr. med. Susanne Weinbrenner, Berlin, stellvertretende Institutsleiterin am Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin, können evidenzbasierte und konsensbasierte Leitlinien durch einen qualitätsgesicherten Leitlinien-erstellungprozess und Methodentransparenz zur Verbesserung der Patientenversorgung beitragen. Die Leitlinien unterstützen damit die Erfüllung der allgemeinen ärztlichen Berufspflichten wie sie in Paragraph 2 der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer dargelegt sind:

- Das ärztliche Handeln ist am Patienten-Wohl auszurichten.

- Das Interesse Dritter darf nicht über das Patienten-Wohl gestellt werden.
- Der anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse ist zu beachten.
- Weisungen von Nichtärzten hinsichtlich ärztlicher Entscheidungen dürfen nicht entgegengekommen werden.

Gefährdung der ärztlichen Entscheidungsfreiheit des angestellten Arztes im Krankenhaus

Nach Meinung von Dr. jur. Ullrich Bauer, Düsseldorf, fordern Krankenhäuser eine stärkere Einbindung des Chefarztes in die ökonomische Führung und die Verantwortung für den wirtschaftlichen Erfolg des Krankenhauses. Diesem Ziel dient neben dem vertraglich vereinbarten „Wirtschaftlichkeitsgebot“ seit rund 10 Jahren die erfolgsorientierte Chefarztvergütung. Diese sieht neben der Festvergütung Boni, Tantiemen, Gratifikationen und ähnliche vom wirtschaftlichen Ergebnis des Krankenhauses abhängige Sonderleistungen vor.

Der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. med. Frank-Ulrich Montgomery, hat in einer öffentlichen Erklärung vom 6.2.2012 die Zunahme von Bonuszahlungen an Chefärzte für „höchst bedenklich“ und die Koppelung ärztlich-medizinischer Gesichtspunkte mit ökonomischen Erwägungen als dem ärztlichen Berufsethos widersprechend bezeichnet.

Im Deutschen Ärzteblatt vom 17.2.2012 schreibt Dr. Montgomery: „Die ärztliche Arbeit darf nicht vorrangig von wirtschaftlichen Kriterien geleitet werden. Dies birgt Risiken für die Patientenversorgung. Eine Koppelung ärztlich-medizinischer Gesichtspunkte und ökonomischer Erwägungen widerspricht dem ärztlichen Berufsethos und wird daher strikt abgelehnt.“

Nachruf für Prof. Dr. rer. nat. habil. Klaus Arnold



Foto: Universität Leipzig

Am 24. Januar 2012 verstarb Prof. Dr. Klaus Arnold, der ehemalige Direktor des Instituts für Medizinische Physik und Biophysik der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig im Alter von 69 Jahren.

In der akademischen Trauerfeier würdigten Weggefährten und Freunde ihn als begnadeten und innovativen Biophysiker, dessen Forschung und Lehre nachhaltig in der Wissenschaft allgemein und im besonderen für die Leipziger Medizin fortwirke.

Geboren 1942 in Preußnitz (Sachsen-Anhalt), studierte er in Leipzig Physik, wo er 1969 auch promovierte.

Im Jahre 1971 gründeten Dr. Arnold und Dr. Frischleder unter Leitung ihres Lehrers Prof. Dr. Gotthard Klose die Forschungsgruppe Bio- und Modellmembranen an der Sektion Physik der Universität Leipzig. Nach seiner Habilitation 1978 lehrte und forschte Klaus Arnold an der Humboldt-Universität zu Berlin. Nach Leipzig kehrte er 1984 zurück, um die Leitung des Instituts für Medizinische Physik und Biophysik zu übernehmen, das er mit sicherem Gespür für wissenschaftliches Niveau und ruhigem, überlegtem Handeln durch die Wirren der Wendezeit führte. Zu allen Zeiten genoss er national wie international höchstes Renommee. So verbrachte er Forschungsfreiemester in Moskau und Buffalo und wurde 1988 zum Mitglied der Sächsischen Akademie der Wissenschaften gewählt. In den Jahren 1997 bis 2002 war er als Prodekan der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig tätig.

Seine Forschungsinteressen waren sehr vielgestaltig. Er gehörte zu den Pionieren der Biophysik, die die magnetische Kernresonanz in den 70er Jahren auf Membransysteme anwendeten. Er arbeitete an dem Verständnis der Hydratationskraft zwischen Zellmembranen sowie der Membran- und Virus-Zell-Fusion, insbesondere der Polymervermittelten Fusion. Später traten medizinisch motivierte Fragestellungen in den Fokus: Grundlagenforschung auf dem Gebiet der

Atherosklerose und Wechselwirkung von Lipoproteinen mit Komponenten der extrazellulären Matrix. Anfang der 90er-Jahre etablierte er ein Forschungsprogramm zum Gelenkknorpel, das den molekularen Ursachen von rheumatischen Erkrankungen nachging. Prof. Dr. Klaus Arnold beherrschte das vielseitige Spektrum der Biophysik von Methoden der magnetischen Resonanz über optische Methoden bis hin zu massenspektrometrischen Verfahren.

Er vermochte es, tiefe Freude aus der Forschung zu schöpfen, wofür auch seine etwa 300 wissenschaftlichen Publikationen sprechen. Aber auch seine Lehrveranstaltungen waren bekannt und beliebt. Seine aktive Zeit als Institutsdirektor endete im Jahre 2007. Prof. Dr. Klaus Arnold blieb dem Institut und der Biophysik dennoch eng verbunden. Er war ein vielseitig interessierter, kreativer und innovativer Wissenschaftler und eine wichtige Kontaktperson für das Zusammenwachsen der Biophysiker in Ost und West.

Seine bescheidene, freundliche und motivierende Art wird nachhaltig in Erinnerung bleiben, sein großes wissenschaftliches Werk wird in tiefer Dankbarkeit und in aller Hochachtung bewahrt werden.

Prof. Dr. rer. nat. habil. Daniel Huster
Leipzig

Unsere Jubilare im Mai 2012 – wir gratulieren!

60 Jahre

- 02.05. Dipl.-Med. Gröschel, Ingrid
02977 Hoyerswerda
- 02.05. Dr. med. Klammer, Angelika
08058 Zwickau
- 03.05. Dr. med. Berndt, Lothar
01796 Pirna
- 04.05. Dr. med. Höhn, Eva-Maria
01277 Dresden
- 04.05. Dr. med. Kreibich, Ute
08115 Schönfels
- 06.05. Dipl.-Med. Kaulfürst,
Hans-Eberhard
02625 Bautzen
- 06.05. Dr. med. Müller, Joachim
04860 Torgau
- 12.05. Dipl.-Med. Eckardt, Ursula
09405 Gornau
- 12.05. Dr. med. Hessel, Wolfgang
08228 Rodewisch
- 12.05. Dr. med. Kochaleck,
Hans-Rudolf
15517 Fürstenwalde/ Spree
- 12.05. Dr. med. Stieber, Lothar
01468 Moritzburg
- 15.05. Dipl.-Med. Schrötter, Anna
04575 Neukieritzsch
- 16.05. Dr. med. Riedel, Dietmar
09661 Hainichen
- 16.05. Dr. med. Schmidt, Holger
04416 Markkleeberg
- 17.05. Dr. med. Schönherr, Ellen
09517 Niederlauterstein
- 18.05. Dr. med. Weigl, Inge
09599 Freiberg
- 23.05. Dr. med. Meier, Gabriele
01219 Dresden
- 24.05. Dr. med. Teich, Andreas
04356 Leipzig
- 25.05. Dr. med. Beck, Dieter
02763 Zittau
- 26.05. Dr. med. Hamann, Bettina
04105 Leipzig
- 28.05. Dipl.-Med. Hänert, Uta
01587 Riesa
- 28.05. Dipl.-Med. Reichel, Helga
09496 Marienberg
- 30.05. Dr. med. Scharf, Roland
08060 Zwickau
- 31.05. Dr. med.
Gottwald, Hans-Jürgen
04155 Leipzig
- 31.05. Dr. med. Schubert, Rolf
01877 Demitz-Thumitz

65 Jahre

- 01.05. Prof. Dr. med. habil.
Schubert, Stefan
04107 Leipzig

- 03.05. Dr. med. Fischer, Doris
01156 Dresden
- 04.05. Volkov, Vladimir
01589 Riesa
- 05.05. Prof. Dr. med.
Hauss, Johann
04229 Leipzig
- 05.05. Dr. med. Meinking, Michael
01309 Dresden
- 08.05. Dr. med. Böttger, Gesine
01326 Dresden
- 08.05. Dr. med. Neuber, Wolfgang
09599 Freiberg
- 09.05. Wolf, Michael
02929 Rothenburg
- 10.05. Dr. med. Biesold, Günther
01877 Putzkau
- 10.05. Dipl.-Med. Schwarz, Hans
04808 Thallwitz
- 13.05. Renger, Erika
02727 Ebersbach-Neugersdorf
- 15.05. Gorthe, Alex
01219 Dresden
- 15.05. Dr. med. Hofmann, Margot
09221 Neukirchen
- 16.05. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Frey, Günter
08280 Aue
- 18.05. Dr. med. Kerner, Uwe
09114 Chemnitz
- 21.05. Dr. med. Jugel, Gerd
09376 Oelsnitz
- 23.05. Dr. med. Fuß, Malinka
01279 Dresden
- 24.05. Dipl.-Med. Billig, Stefan
04288 Leipzig
- 24.05. Dr. med. Hoeges, Franz
08112 Wilkau-Haßlau
- 25.05. Prof. Dr. med. habil.
Müller, Heidrun
04158 Leipzig
- 28.05. Dr. med. Härtel, Frank
08060 Zwickau
- 29.05. Dipl.-Med. Teichert, Dagmar
08340 Schwarzenberg
- 30.05. Edelman, Barbara
01917 Kamenz
- 30.05. Epperlein, Claus
08645 Bad Elster
- 30.05. Dr. med. Wolz, Dieter
03048 Cottbus

70 Jahre

- 01.05. Dr. med. Pohl, Annelies
04229 Leipzig
- 03.05. Dr. med. Gros, Hans-Peter
08396 Waldenburg
- 04.05. Dr. med. Haß, Siglinde
08547 Jöbnitz
- 04.05. Dr. med. Madai, Irma
09599 Freiberg
- 04.05. Dipl.-Med. Sommer, Karl
01705 Freital
- 04.05. Dr. med. Wildführ, Dietmar
04509 Delitzsch

- 05.05. Dr. med. Ebert, Hans-Peter
02730 Ebersbach-Neugersdorf
- 05.05. Dr. med. Franke, Karin
09456 Annaberg-Buchholz
- 05.05. Dr. med. Röhrborn, Helmut
08359 Breitenbrunn
- 05.05. Dr. med. Schaller, Hermann
04668 Großbothen
- 06.05. Dr. med. Borrmann, Brigitte
09599 Freiberg
- 06.05. Bräunig, Peter
01279 Dresden
- 06.05. Dr. med. Kießig, Christel
08547 Jöbnitz
- 07.05. Dr. med. Doyé, Achim
08606 Oelsnitz
- 07.05. Dr. med. Fengler, Angela
04736 Waldheim
- 07.05. Dr. med. Nietschmann, Ute
04316 Leipzig
- 08.05. Dr. med. Becker, Helga
01689 Weinböhla
- 08.05. Dr. med. Brändel, Volker
09496 Marienberg
- 08.05. Dr. med. Pohl, Wilgard
01099 Dresden
- 08.05. Dr. med.
Schnurrbusch, Hermann
09212 Limbach-Oberfrohna
- 09.05. Dr. med. Tüllmann, Uta
08236 Ellefeld
- 11.05. Dr. med. Härtel, Theo
01662 Meißen
- 11.05. Dr. med. Löffler, Helga
08321 Zschorlau
- 11.05. Martinsohn, Heidemarie
02943 Weißwasser
- 11.05. Roth, Jens
02827 Görlitz
- 13.05. Dr. med. Oehme, Gisela
09131 Chemnitz
- 14.05. Georgi, Klaus
08393 Meerane
- 14.05. Dr. med. Thoß, Ulla
04103 Leipzig
- 17.05. Michailow, Sawa
04155 Leipzig
- 18.05. Dr. med. Kupetz, Eva
08280 Aue
- 19.05. Dr. med. Lüdicke, Rolf
04155 Leipzig
- 20.05. Hembus, Rainer
02906 Niesky
- 21.05. Dr. med. Kafka, Gudrun
01454 Seifersdorf
- 24.05. Gampert, Elke
02779 Großschönau
- 24.05. Dr. med. Haufe, Klaus
01454 Radeberg
- 26.05. Dr. med. Eschemann, Birgit
04157 Leipzig
- 27.05. Dr. med. Kowalsky, Elisabeth
08496 Neumark
- 27.05. Dr. med. Kunze, Eva-Maria
04158 Leipzig

27.05. Dr. med. Mocek, Frank
04416 Markkleeberg
28.05. Dr. med. Lamla, Monica
01465 Langebrück
28.05. Dr. med. Mahn, Gudrun
01219 Dresden
28.05. Dr. med. Schmid, Christoph
09244 Lichtenau b. Chemnitz
28.05. Thun, Uwe
01796 Pirna
31.05. Prof. Dr. med. habil.
Dr. med. dent. Päßler, Lutz
01454 Wachau

75 Jahre

03.05. Dr. med. Hofmann, Gerhard
04105 Leipzig
08.05. Prof. Dr. med. habil.
Geißler, Ursula
01279 Dresden
09.05. Hesselbarth, Rolf
02997 Wittichenau
10.05. Dr. med. Kleemann, Beate
02906 Niesky
13.05. Dr. med. Heidel, Hans-Jochen
04158 Leipzig
15.05. Dr. med. König, Renate
04179 Leipzig
15.05. Dr. med. Schwarz, Wolfgang
09244 Lichtenau
16.05. Dr. med.
Morgenstern, Dieter
02763 Zittau
19.05. Dr. med. Voges, Garlef
01099 Dresden
21.05. Prof. Dr. med. habil.
Bach, Otto
04109 Leipzig
24.05. Dr. med. Jänchen, Maria
01097 Dresden
28.05. Dr. med. Palmer, Sabine
04155 Leipzig
30.05. Dr. med. Glaß, Heinz
02943 Boxberg / OT Uhyst

80 Jahre

06.05. Dr. med.
Hermann, Annemarie
08468 Reichenbach
09.05. Dr. med. Bloß, Helmut
01734 Rabenau
21.05. Dr. med. habil.
Görisch, Isolde
04103 Leipzig
21.05. Dr. med. Lorenz, Volker
08062 Zwickau
21.05. Dr. med. Steingrüber, Günter
04103 Leipzig
23.05. Dr. med. Garbe, Charlotte
04416 Markkleeberg
27.05. Dr. med. Brähmig, Ruth
01454 Radeberg
30.05. Dr. med.
Strauzenberg, Gisela
01731 Kreischa OT Saida

01.05. Dr. med. Kluttig, Günther
02779 Hainewalde
06.05. Stopat, Wilfried
09573 Leubsdorf
09.05. Dr. med. Stein, Ursula
01187 Dresden
25.05. Dr. med. Taraben, Abdulnur
04317 Leipzig

82 Jahre

06.05. Dr. med. Brock, Hans
04860 Torgau
06.05. Rudel, Anna-Marie
04289 Leipzig
08.05. Priv.-Doz. Dr. med.
Rehe, Rolf
01445 Radebeul
10.05. Dr. med. Schilling, Horst
01589 Riesa
12.05. Dr. med. Kottwitz, Hans
04317 Leipzig
16.05. Dr. med. Jehring, Renate
01326 Dresden
20.05. Dr. med. Nitzschke, Rudolf
01217 Dresden
24.05. Dr. med. Melzer, Liselott
09306 Stollsdorf
24.05. Streller, Horst
01109 Dresden
29.05. Dr. med. Dr. med. dent.
Schneider, Alfred
02625 Bautzen

83 Jahre

08.05. Dr. med. Lehmann, Lienhard
01468 Moritzburg/Boxdorf
08.05. Dr. med. Müller, Peter
01309 Dresden
08.05. Dr. med. Spreer, Ferdinand
04668 Großbothen
15.05. Dr. med. Sonnenkalb, Edda
01324 Dresden
16.05. Dr. med. Schröter, Klaus
09131 Chemnitz
25.05. Dr. med. Geikler, Marianne
04129 Leipzig

84 Jahre

10.05. Doz. Dr. med. habil.
Strobel, Hardy
04416 Markkleeberg
11.05. Dr. med. dent.
Majunke, Hannelore
08396 Waldenburg
30.05. Dr. med. Krabisch, Ruth
09217 Burgstädt
31.05. Dr. med. Focker, Karl
01217 Dresden

85 Jahre

03.05. Dr. med. Wiesner, Waltraut
01324 Dresden

12.05. Dr. med. Aust, Margot
01157 Dresden
12.05. Dr. med. Klemm, Kurt
08371 Glauchau
19.05. Dr. med.
Rothermundt, Annemarie
01705 Freital

86 Jahre

02.05. Prof. Dr. med. habil.
Fleißner, Horst
04299 Leipzig
21.05. Prof. Dr. med. habil.
Schmidt, Helga
04279 Leipzig

87 Jahre

08.05. Prof. em. Dr. med. habil.
Walther, Heinz
04317 Leipzig
24.05. Dr. med. Burkhardt, Edith
09122 Chemnitz

88 Jahre

19.05. Dr. med.
Tischer, Hans-Christian
02943 Weißwasser
30.05. Dr. med. Halaris, Hildegard
02826 Görlitz

89 Jahre

22.05. Lossnitzer, Gerhard
09116 Chemnitz

90 Jahre

10.05. Dr. med. Jahr, Klaus
01662 Meißen
16.05. Dr. med. Dippmann, Alfred
04420 Markranstädt
20.05. Dr. med. Rangs, Erika
08685 Bad Elster

91 Jahre

14.05. Dr. med.
Seyffarth, Annemarie
01796 Pirna
15.05. Dr. med. Roßberg, Christa
09648 Mittweida

93 Jahre

04.05. Dr. med. Viererbl, Adda
01326 Dresden
09.05. Dr. med.
Schumann, Adelheid
04808 Dornreichenbach
23.05. Dr. med.
Mährlein, Wolfgang
09366 Stollberg

Eine Bibliothek kehrt zurück

Anfang September 2011 traf aus New York eine umfangreiche Paket-sendung im Leipziger Klinikum „St. Georg“ ein, adressiert an Chefarzt Prof. Dr. med. Ralf Gahr. Absender: Familie Hinrichsen. Die Kartons enthielten 97 medizinische Fachbücher, durchweg erschienen im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts. Es war die private medizinische Handbibliothek eines Leipziger Arztes. Eine solche Büchersendung ist sicher ungewöhnlich, und der Weg, den diese kleine Bibliothek seit 1938 genommen hat, verweist zudem auf die Tragik des Schicksals ihres einstigen Besitzers, des Leipziger Chirurgen und Chefarztes des Israelitischen Krankenhauses (Eitingonstiftung) Dr. med. Ludwig Frankenthal.

Wer war dieser Arzt, dem – im Gegensatz zu seiner wissenschaftlichen Bibliothek – der Weg „nach Hause“ nie mehr möglich war?

Ludwig Frankenthal wurde am 27. November 1885 in Schwanfeld, Bayern, geboren.

Nach Beendigung seiner Gymnasialzeit 1906 begann er, seinen Berufswunsch zu verwirklichen, Arzt zu werden. In München, Berlin und wieder München absolvierte er mit bestem Erfolg sein Medizinstudium, legte im Dezember 1911 in München das medizinische Staatsexamen ab und wurde ebenda – fast zeitgleich – mit der Arbeit *„Die Tumoren der Niere an der K. chirurgischen Universitätsklinik seit dem Jahre 1902“* promoviert.¹

Die folgenden beruflichen Stationen waren das Allgemeine Krankenhaus Hamburg-Eppendorf, wo Frankenthal im Dezember 1912 auch die Approbation erhielt und dann seine Facharztausbildung als Chirurg begann, sowie – bis 1914 – das Krankenhaus in Berlin-Friedrichshain. Unmittelbar nach Ausbruch des Ersten Weltkrieges meldete sich Frankenthal als Militärchirurg und war als solcher in verschiedenen Militärhospitälern tätig, wo er als Diagnostiker

und Chirurg großes Ansehen genoss. Eine Entdeckung, die er aus dieser kriegschirurgischen Praxis ableitete, sicherte ihm fortan einen festen Platz in der Medizingeschichte: Als erster Mediziner beschrieb Frankenthal 1916 das „Verschüttungssyndrom“², jetzt als „Crush-Syndrom“ bekannt. 1919 verließ Dr. Frankenthal Berlin, um künftig an der Chirurgischen Universitätsklinik in Leipzig unter der Leitung von Prof. Dr. med. Erwin Payr zu arbeiten. Bis 1924 blieb der Mediziner an der Universitätsklinik, arbeitete in dieser Zeit auch in ausgedehntem Maße wissenschaftlich. Die Gründe, warum er dennoch die Chirurgische Klinik verließ, waren nach der Nichtverlängerung der Assistentenstelle rein ökonomischer Art.

Die ausgezeichneten Zeugnisse, die ihm der Klinikchef Prof. Dr. Payr 1923/24 ausstellte, bescheinigten einmal mehr Frankenthals Fachkompetenz und persönliche Ausstrahlungskraft. 1926 reichte Frankenthal quasi als „Externer“ seine Habilitation zum Thema *„Histologische und experimentelle Untersuchungen über die Payr'sche Pepsin-Pregl-Lösung, zugleich eine histologische Studie über die Nadelstichverletzung der Nerven“* ein.³ Vom Dekanat wurde ihre hervorragende Qualität zwar bestätigt, Tatsache aber war, dass diese Arbeit nicht die geforderte Majorität bekam.⁴ Unverständlich und in sich widersprüchlich ist in diesem Zusammenhang die erst zustimmende, dann aber rigoros ablehnende Haltung seines ehemaligen Chefs Prof. Dr. Payr gegenüber dieser Arbeit und dem Habilitationsvorhaben Frankenthals.⁵ Die Antwort auf die Frage nach dem Warum der Ablehnung liegt wohl auch in der damaligen geistigen Atmosphäre an der Medizinischen Fakultät. Latenter Antisemitismus machte für Juden den Weg zur Habilitation und auch zum Ordinariat nachweislich und stets ungleich schwieriger als für ihre Berufskollegen christlicher Konfessionen⁶.

Das Jahr 1928 wurde privat und beruflich ein „Schlüsseljahr“ für Dr. Ludwig Frankenthal. In jenem Jahr heiratete er Ilse Hinrichsen, Tochter des Besitzers des Musikverlages C.F.

Peters, Henri Hinrichsen. Bald vervollständigten zwei Söhne das Familienglück.

Zudem wurde Dr. Frankenthal in jenem Jahr zu einem der Ärztlichen Direktoren des neu erbauten Israelitischen Krankenhauses in Leipzig berufen.

Seine Einsatzbereitschaft bis an die Grenzen der physischen Leistungsfähigkeit, Selbstdisziplin und Achtung vor der Arbeit anderer ließen ihn zum ebenso geachteten wie beliebten Chef werden. Er galt dabei als streng und äußerst konsequent, der stets sehr hohe Anforderungen an seine Mitarbeiter stellte und von ihnen – ob Assistenzarzt, Krankenschwester oder technische Kraft – absolute Disziplin, Unterordnung und Zuverlässigkeit forderte. Er setzte bei jedem von ihnen die Fähigkeit voraus, in einer Gemeinschaft arbeiten zu können – heute würde man sagen: die Fähigkeit zu Teamwork zu besitzen. Nie aber forderte er von anderen mehr als von sich selbst.

Dr. Frankenthal war auch in seiner Zeit als Klinikchef in bemerkenswertem Maße wissenschaftlich-publizistisch tätig. Bis 1937 verfasste er 50 Arbeiten, von denen zahlreiche Aufsätze auch international Beachtung fanden. Die Themen spiegelten zum einen Dr. Frankenthals weiterführende Beobachtungen und Forschungen bereits vorhandener Erkenntnisse auf dem Gebiet der Nierenerkrankheiten wieder, zum anderen machen die vielseitigen Themen der Publikationen seinen ab 1928 umfangreicher gewordenen Radius praktischer chirurgischer Tätigkeit deutlich.

Letztmalig konnte Frankenthal 1937 im Zentralblatt für Chirurgie einen Fachaufsatz veröffentlichen. Er beschrieb darin neue Erfahrungen bei Hand-Operationen.

In den Jahren nach 1935 bekam Frankenthal als Mediziner jüdischer Herkunft und leitender Chirurg eines von einer jüdischen Gemeinde unterhaltenen Krankenhauses die Schwierigkeiten in der medizinischen Versorgung der jüdischen Patienten immer mehr zu spüren. Er gehörte dabei bis zum 9. November 1938 zu

den von den Nazis zugelassenen „Krankenbehandlern“, die diese nur noch eingeschränkt mögliche gesundheitliche Betreuung der Mitglieder der Jüdischen Gemeinde übernehmen durften. Im Zusammenhang mit den Ereignissen der Pogromnacht wurde Dr. Frankenthal am 10. November um 7.00 Uhr, er operierte bereits, von der Gestapo aus dem Operationssaal geholt, zum Polizeipräsidium gebracht und anschließend mit hunderten anderen jüdischen Leipzigern in das Konzentrationslager Buchenwald abtransportiert.

Am 27. November 1938 kam seine Entlassung unter der Bedingung zustande, dass die Familie innerhalb von zwei Wochen Deutschland zu verlassen habe.

Aber: Er hatte nie konkret an Auswanderung gedacht und deshalb überhaupt keine Vorkehrungen getroffen. Er war der absoluten Überzeugung gewesen, dass er entsprechend seinem ärztlichen Ethos für seine Patienten, die seine Hilfe brauchten, da sein und bleiben könne. Nach 17 Tagen in KZ Buchenwald war dem Arzt jedoch klar, dass er alles versuchen musste, das Land zu verlassen.

Aber alle Bemühungen, Visa für die USA zu bekommen, scheiterten. Indes: Die Bibliothek war schon auf dem Weg in die USA!

Als sich für Holland eine Einwanderungsmöglichkeit bot, emigrierte die Familie Mitte Dezember 1938 dorthin und ließ sich in einem Vorort von Den Haag, in 's-Gravenhage, nieder. Dr. Frankenthal durfte als Flüchtling jedoch nicht arbeiten, sodass er hier auf finanzielle Hilfe existenziell angewiesen war. Er ging jedoch, um Kontakt zu den Menschen zu bekommen, zu Fachhospitationen in die Chirurgische Abteilung des Gemeindegemeinschaftskrankenhauses 's-Gravenhage. Auf diese Weise näherte er sich auch wieder seinem Beruf.

Nach der Besetzung der Niederlande durch die Deutschen 1940 waren die Juden erneut zur Flucht gezwungen. Die Frankenthals kamen Anfang September 1940 in Bennekom, Gelderland, unter. Dort lebten sie bis April 1943.



Foto: Fotothek Stadtgeschichtliches Museum Leipzig

Am 8. April 1943 wurden Dr. Frankenthal und seine Familie „aufgefordert“, sich im Konzentrationslager Westerbork „einzufinden“! Die Alternative für Frontkämpfer des ersten Weltkrieges, die sich weigerten, nach Westerbork „zu gehen“, hieß: „freiwillig“ nach Theresienstadt! In Westerbork waren im Gesundheitsdienst relativ viele Personen beschäftigt. Es gab ein Krankenhaus mit 1.800 Betten, 120 Ärzten und 1008 weiteren Beschäftigten – einschließlich derer in den Labors und in der Apotheke.⁷

Dr. med. Ludwig Frankenthal wurde im Lager als Arzt und Chirurg eingesetzt, und er nutzte nachweislich alle Möglichkeiten, seine Patienten vor den Abtransporten in den Osten zu retten, letztlich erfolglos. Genauso vergeblich war die Hoffnung der Frankenthals, in Westerbork bleiben zu können.

Eines Tages erhielt Dr. Frankenthal die Weisung, 13 gesunde Frauen zu sterilisieren. Seine Antwort war ein kategorisches Nein – aus religiösen Gründen und aufgrund des von ihm geschworenen und strikt gehaltenen Hippokratischen Eides.

Ilse Frankenthal schrieb dazu in ihren Erinnerungen:

„Die 13 Frauen wurden wieder weggeschickt ..., aber mein Mann bekam Bericht von Schlesinger ...; er sollte meinem Mann durch den Kommandanten Gemmicke folgendes sagen: Diese Weigerung bedeutet Gas für

ihn, Frau und Kinder. Aber mein Mann weigerte [sich] doch, Nun verging noch eine lange Zeit. Aber plötzlich Sonntag Mittag, 3. September, verkündete der Kommandant Gemmicke, daß am folgenden Morgen um 5 Uhr 3000 Menschen – besonders Familien mit Kindern – sich in den Viehwagen einzustellen haben. Darunter waren auch wir 4 bestimmt. ...“⁸

Diese beeindruckende Treue Ludwig Frankenthals zum Hippokratischen Eid, seine persönliche Geradlinigkeit und Konsequenz, die ihn seit jeher auszeichnete, gehörte zu den seltenen Ausnahmen menschlicher Größe in dieser Situation. Diese Treue zu seinem persönlichen und ärztlichen Credo ist auch deshalb unbedingt des Merkens wert, weil nicht erst seit den Nürnberger Ärzteprozessen bekannt ist, dass dies eben durchaus keine selbstverständliche Geisteshaltung der diesem Berufsstand Angehörigen war und dass der Berufseid auch tausendfach und aus den niedrigsten Beweggründen gebrochen wurde.

Die Frankenthals waren nun am 4. September 1944 unter den 3.000 Juden, die von Westerbork mit „unbekanntem Ziel“ abtransportiert wurden. Nach zwei Tagen und zwei Nächten waren sie in Theresienstadt. Dort erwartete die Familie aber nicht das „Familienlager Theresienstadt“, sondern härteste Arbeiten, die größten Überlebenswillen erforderten und nicht zuletzt von den Kindern

Unvorstellbares verlangten. Dr. Frankenthal hatte die Straßen des Ghettos zu säubern.

Am 12. Oktober 1944 bekam die Familie Frankenthal den Aufruf, sich zum „Transport“ einzufinden. Der Lager-Kommandant meinte noch zu Frankenthal, dass man Chirurgen überall gebrauchen könne.⁹ Die Frankenthals wurden nunmehr erneut mit 3.000 anderen Männern, Frauen und Kindern von Theresienstadt aus in Richtung Osten gebracht. Am Sonnabend, dem 14. Oktober, war die Fahrt zu Ende. Ankunftsort: Auschwitz!

Ilse Frankenthal dazu:

„Mein Mann sah sofort unser Los und verabschiedete sich von mir für das Leben.

Befehl: Nichts aus dem Zug mitnehmen, kein Rucksack, kein Essen. Männer und Frauen wurden getrennt. So sah ich zuletzt die zwei Jungens und mein Mann. Ein Arzt stand dort und selektierte die Menschen. Die Jungen mussten mit dem Vater gehen, die Mädchen mit der Mutter. Dann wurden noch alte und junge gewählt. Von einem Transport mit über 3.000 Menschen blieben nur ca. 200 übrig. ...“¹⁰

„Da ich niemals mehr von meinem Mann und meinen Kindern etwas gehört habe, und mir verschiedene

von Auschwitz gesagt haben, daß sie sahen, wie die drei in die Gasräume gingen, nehme ich an, daß mein Mann Ludwig Frankenthal und meine beide Söhne Wolfgang und Günther – vergast sind am 14. Oktober 1944.“¹¹

Ilse beschrieb die letzten Momente, in denen sich die Familie noch sah, erschütternd. Der Überlebende Imre Kertész sachlich-nüchtern dazu: *„20 Minuten vergingen – die Zeit, in Auschwitz anzukommen und zu dem Arzt zu kommen, dessen „Untersuchung“ dann höchstens Sekunden dauerte. Diese 20 Minuten müssen beschrieben werden. In dem 1944 drei Jahre bestehenden (Vernichtungslager) Auschwitz ist alle 20 Minuten dasselbe passiert! Ohne Panik, aber mit viel Wirrwarr – jeden Tag alle 20 Minuten dasselbe! ...“¹²*

Es waren diese auch für die Familie von Dr. Ludwig Frankenthal alles entscheidende zwanzig Minuten. Überlebt hat diese Minuten hier nur Ilse. Ilse Frankenthal setzte ihrem Mann und auch ihren Kindern selbst ein Denkmal.

Ihre eigene Sicht auf die glücklichen gemeinsamen Jahre mit Ludwig und den Kindern, die Leidensstationen der verschiedenen Konzentrationslager – fünf Konzentrationslager hat Ilse überlebt! – den Kampf ums

Überleben, trotz allem, sowie die schweren Jahre ihres „zweiten Lebens“, das 1945 begann, beschrieb sie selbst in einer Dokumentation. Diese bildete später die Grundlage für das Buch *„Ludwig, ich lebe! – het tweede leven van Ilse Frankenthal-Hinrichsen“*, das 1998, nach ihrem Tod erschien.

„Weiterleben!

Ludwig, ich lebe!

Ludwig, ich schaffe das!

Ludwig, es ist schön zu leben!“

Der Arzt ist in Leipzig nicht vergessen. Neben den Stolpersteinen am Dittrichring 13 erinnert nun in einer Ausstellung anlässlich des 800. Gründungsjahres des Klinikums „St. Georg“ ein sensibel gestaltetes Segment an sein Leben und Wirken. Am 14. Mai 2012 werden Nichten Dr. Frankenthals, Frau Irene Lawford-Hinrichsen und Frau Martha Hinrichsen, die kleine Bibliothek dem leitenden Chefarzt des Klinikums Prof. Dr. med. habil. Ralf Gahr offiziell übergeben. Diese medizinische Handbibliothek wird dann – gleichsam Vermächtnis Dr. Frankenthals – als Sonderbestand der Medizinischen Bibliothek des Klinikums ein Ort des Gedenkens sein.

Literatur beim Verfasser

Dr. rer. pol. Andrea Lorz, Leipzig

Leipziger Ärztetheater

Ärzte für Klassik e.V.i.G.

„Frau Doktor, Herr Doktor, ans Pult, bitte!“ – Das Leipziger Ärztetheater lädt zum Mitspielen ein.

Zum Gründungskonzert am 9. September 2012 in Leipzig werden Francis Poulencs Konzert für Orgel, Streicher und Pauken sowie eine klassische Symphonie von Mozart erklingen. Dafür werden noch musizierende Ärztinnen und Ärzte sowie ambitionierte Hobbymusiker aus anderen Berufsgruppen gesucht, die Freude am Orchesterspiel haben.

Mit Dirigentin Christiane Bräutigam und Konzertmeister Edwin Ilg (Gewandhausorchester Leipzig) freuen

sich zwei leidenschaftliche Musiker und bekennende Nicht-Mediziner auf eine klangvolle Zusammenarbeit. Anders als die meisten regelmäßig probenden Liebhaberorchester trifft sich das Leipziger Ärztetheater projektbezogen und ist daher auch offen für Interessenten, die nicht in Leipzig leben.

Voraussetzung zum Mitspielen sind die große Hingabe zur Musik, eine gewisse Spielerfahrung sowie die Bereitschaft, gegebenenfalls einzelne Orchesterstellen mit einem Lehrer zu erarbeiten.

Für das **Gründungskonzert** wird an folgenden Terminen geprobt:

■ **Sonntag, dem 24. Juni 2012**, 16.00 bis 19.00 Uhr,

■ **Freitag, dem 24. August 2012**, 18.00 bis 21.00 Uhr (Teilnahme fakultativ, da noch Ferienzeit),

■ **Freitag, dem 7. September 2012** ab 18.00 Uhr/**8. September 2012** tagsüber/**9. September 2012**, Generalprobe und Konzert.

Die Teilnehmergebühr für dieses Konzertprogramm beträgt 50,00 Euro (freie Teilnahme für Studenten). Nähere Informationen und Noten werden nach der Anmeldung zugesandt.

Wer zu oben genannten Projekt verhindert ist, prinzipiell aber mitspielen möchte, sollte sich ebenfalls melden, um über zukünftige Aktivitäten rechtzeitig informiert zu werden.

Interessenten nehmen Kontakt über info@leipziger-aerzteorchester.de auf.

Leipziger Ärztetheater – Ärzte für Klassik e.V.i.G.
Vereinsvorsitzender: Dr. med. Michael Heuer
Kontaktadresse: Dr. med. Bettina Relke
Gerhard-Ellrodt-Straße 19, 04249 Leipzig

Carl Gustav Carus über die „Kunst des Krankseins“

Zusammenhänge

Gesundheit und Krankheit sind stets physische, psychische, soziale und geistige Erscheinungen und stellen zugleich immer auch Seins- und Werturteile dar, werden festgestellt und bewertet. Mit der Erkrankung müssen Ärzte und Kranke zu Reaktionen finden, die angemessen oder missglückt sein können und vom sozialkulturellen Kontext beeinflusst werden, auf den sie aber auch wieder zurückwirken können.

Die Bewertung der Krankheit muss keineswegs grundsätzlich negativ ausfallen. Aus dem Mittelalter beeindruckt die Wendung von der „verderblichen Gesundheit“ („sanitas perniciosa“) und „heilbringenden Krankheit“ („infirmitas salubris“). In diesem Sinn urteilt über das Leben der stets von körperlichen und seelischen Leiden geplagten Äbtissin, Ärztin und Naturforscherin Hildegard von Bingen (1098 bis 1179) ein zeitgenössischer Biograf: „Und da ihr ganzer Körper ununterbrochenen Schwankungen unterworfen war, glich ihr Leben dem Bild eines kostbaren Sterbens.“ Die Kunst des Sterbens gehört zur Kunst des Lebens wie die „Kunst des Krankseins“ zur „Kunst des Beistands“. Die Geschichte der Pflege und des Hospitals sowie der sozialen Solidarität basiert seit jener Epoche wesentlich auf dem Engagement und dem Plädoyer des Benedikt von Nursia (um 480 bis 547): „Die Pflege der Kranken steht vor und über allem“ („cura infirmorum ante et supra omnia adhibenda est“). Zu Beginn der Neuzeit spricht seinerseits der Philosoph und Politiker Michel de Montaigne (1533 bis 1592) von „heilsamen Krankheiten“ („maladies salutaires“) und will von seinen quälenden Kolikschmerzen den Gewinn gehabt haben, sich „völlig mit dem Tode auszusöhnen und zu befreunden.“ Im Zeitalter der Romantik ist der Naturforscher und Poet Novalis (1772 bis 1801) aus eigener Erfahrung überzeugt: „Krankheiten, besonders langwierige, sind



Carl Gustav Carus (Foto im Besitz der Medizinischen Fakultät Dresden, Institut für Geschichte der Medizin)

Lehrjahre der Lebenskunst und der Gemütsbildung.“ Der Arzt, Naturphilosoph und Maler Carl Gustav Carus (1789 bis 1869) prägt in dieser Tradition die Wendung von „gesunden Krankheiten“.

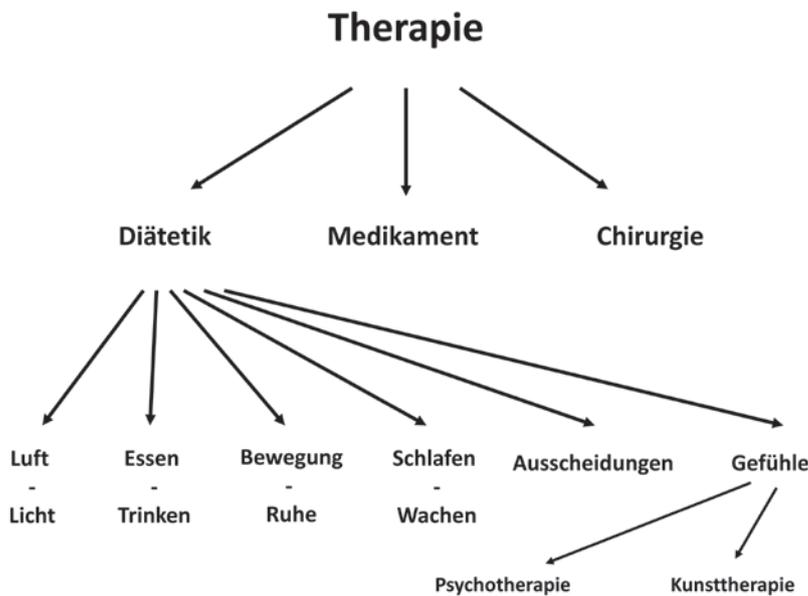
Die dominierenden Ideale der Neuzeit und Gegenwart klingen allerdings anders. Säkularisierung als Verweltlichung des Paradieses, Suche nach ewiger Jugend, Gesundheit und Schönheit im Diesseits, Dualismus von Leib und Seele, Dominanz von Natur, Individuum, Gesellschaft, von Technik und Ökonomie bestimmen die Signatur der Moderne. Entsprechend lautet die Definition der Gesundheit der WHO aus dem Jahre 1946: „Gesundheit ist ein Zustand vollständigen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit oder Schwäche“, überzeugend in der ganzheitlichen Weite, illusorisch im Ideal.

Zugleich lassen sich seit der Renaissance weiterhin immer wieder Gegenbewegungen, Versuche des Ausgleichs und der Vermittlung beobachten – zu Beginn des 20. Jahrhunderts in der anthropologischen Medizin und philosophisch beeinflussten Psychiatrie sowie vor allem in der Epoche der Klassik und Romantik um 1800 mit ihrem vielfältigen und weitgespannten Spektrum unterschiedlicher Positionen zwischen Philosophie, Kunst, Naturwissenschaft und Medizin. Naturforscher und Mediziner dieser Epoche sind vertraut mit den philosophischen Diskussionen und Positionen der Zeit, ebenso besitzen Philoso-

phen Kenntnisse in den Naturwissenschaften und der Medizin. Naturforscher, Mediziner und Philosophen malen, komponieren, verfassen literarische Texte, umgekehrt wenden sich Künstler und Literaten den Naturwissenschaften, der Medizin und Philosophie zu.

Verschiedene Positionen lassen sich in jener Zeit unterscheiden. Der transzendentalen Naturphilosophie Immanuel Kants (1724 bis 1804) stehen die metaphysische Naturphilosophie Friedrich Wilhelm Joseph von Schellings (1775 bis 1854) und Georg Wilhelm Friedrich Hegels (1770 bis 1831) sowie die romantische Naturforschung und Medizin mit vielen Anhängern gegenüber. Eine spezifische Stellung nehmen in diesem Spektrum Johann Wolfgang von Goethe (1749 bis 1832), Alexander von Humboldt (1769 bis 1859) und Arthur Schopenhauer (1788 bis 1860) ein. Bei allen Unterschieden verbinden zentrale Ideen und Prinzipien die romantischen Naturforscher und Mediziner untereinander und auch mit den metaphysischen Naturphilosophen: Identität von Natur und Geist; Einheit der Natur; Dominanz des Organischen; Evolution der Natur; Verbindung von Natur und Kultur; Verantwortung des Menschen für die Natur; Medizin als Wissenschaft und Kunst.

Carl Gustav Carus besitzt in dieser Epoche eine besondere Position. Physik und Metaphysik, Natur und Kultur, Wissenschaft, Kunst und Leben, Leib und Seele, Gesundheit und Krankheit, Geburt und Tod werden von ihm in zahlreichen und zum Teil auch mehrfach aufgelegten und in andere Sprachen übersetzten Publikationen in eine immanente Verbindung gebracht. Neben Schelling, Lorenz Oken (1779 bis 1851) und Alexander von Humboldt prägt vor allem Goethe, der sich allerdings auch distanziert über Carus äußert, sein Natur- und Weltbild. Dem romantischen Interesse, das auch von Carus geteilt wird, an der „Nachtseite der Naturwissenschaft“, an Mythologie, Mesmerismus, an Irrationalität kann der Klassiker Goethe wenig abgewinnen.



Lebenskunst als Kunst des Krankseins

Gesundheit und Krankheit, Geburt und Tod, Diagnose und Therapie sind nach Carus auf die Natur wie die Kultur bezogen. Alle Bereiche der Medizin werden von ihm philosophisch oder in romantisch-metaphysischer Sicht interpretiert: Anatomie, Physiologie, Pathologie, Therapie, Arzt, Patient und ihre Beziehung.

Anatomie wird in deskriptive, historische, vergleichende und philosophische Typen unterschieden, die sich nicht widersprechen, sich vielmehr ergänzen und ihre Integration in der Philosophie finden: „Der Zweck einer wahrhaft philosophischen Anatomie würde es endlich sein, das innere Gesetz in dem Baue dieses Gebeines darzulegen, die innere, zwischen seinen Teilen, und die äußere, zwischen ihm und seinen Umgebungen, bestehende Harmonie deutlich zu machen und die geometrische Grundgestalt, aus welcher sich gerade diese Form hervorbildet, so wie die Art der eintretenden Modifikationen dieser Urform konstruierend nachzuweisen.“ Unter Physiologie versteht Carus „die Lehre vom innerlich Wesentlichen und äußerlich mannigfaltig Erscheinenden der gesunden leiblichen Lebensvorgänge des Menschen.“

Pathologie und Physiologie sind aufeinander bezogen. Krankheiten gehören zum Leben und werden sich nie vollkommen überwinden lassen. Krankheiten sind nicht nur ein

„fremdartiges und zufälliges“ Unglück. Unter allen Lebewesen besitzt der Mensch sogar „das traurige Vorrecht, die meisten und mannigfaltigsten Krankheiten haben zu können.“ Krankheiten bedeuten nicht nur Privation oder Seinsmangel, sondern stellen eine besondere Seinsweise dar, sind nicht nur das Fehlen von Gesundheit, sondern eine eigenständige Wirklichkeit, repräsentieren – ebenso wie Gesundheit – einen „ideellen Organismus“, der in der Körperlichkeit seine äußere oder reale Erscheinung erhält.

Krankheiten sind Lebenserscheinungen und nicht Phänomene der anorganischen Natur unter den Gesetzen des Mechanismus, sind Störungen von Systemen und Funktionen des Organismus, vor allem der organischen Grundkräfte Sensibilität (Nerven), Irritabilität (Muskeln) und Reproduktion (Körperaufbau und Fortpflanzung). Krankheiten haben ein ihnen eigentümliches Leben, zeigen einen eigenständigen Entwicklungscharakter, durchlaufen bestimmte Stadien und Krisen. Krankheiten sollen sich, wofür das „mikrologische“ 19. Jahrhundert nach Carus allerdings kein Interesse aufbringt, in eine allgemeine Ordnung bringen lassen, aber nicht nach dem Reiz-Reaktionsmechanismus des schottischen Mediziners John Brown (1735 bis 1788) in sthenische und asthenische Krankheiten; die Qualität Leben soll sich der quantitativen Betrachtung vielmehr entziehen.

Die Vielfalt der Krankheiten gliedert Carus in eine Stufenfolge von drei Typen: primitive oder Urkrankheiten (Fieber), sekundäre Krankheiten (Entzündung) und tertiäre Krankheiten (Verbildung). Fieberkrankheiten seien eine „veränderte Stimmung des Gemeingefühls“ oder eine „ursprüngliche Form des Erkrankens“, Entzündungskrankheiten ein „lokalisiertes Kranksein“ und Verbildungskrankheiten folgenreiche Eingriffe in den „örtlichen Bildungsprozess.“ Diese genetische Einteilung der Krankheiten, die für Körper- wie für Geisteskrankheiten zutrifft, führt vom Allgemeinen zum Besonderen, von einem Betroffensein des gesamten Organismus ohne morphologische Veränderung zur Verformung einzelner Teile des Körpers, die jedoch so viele Bereiche und Funktionen des Körpers erfassen kann, dass es zur „Verbildung des Allgemeinen“, zur Lähmung oder Zerstörung der Bildungskraft und damit zur lebensgefährlichen Erkrankung des gesamten Organismus kommen kann. Eine detaillierte Gliederung der Krankheiten wird von Carus in anderen Schriften vorgelegt, sein so zum Beispiel im System der Physiologie (1838 bis 1840).

Krankheiten zeigen einen unterschiedlichen Verlauf von ebenfalls drei Typen. Einmal kann der Krankheitsorganismus – analog zum gesunden Organismus – einen Prozess von seinem Beginn bis zur Reife und zu seinem Vergehen durchmachen, „worauf das Leben, innerhalb dessen er entstand und verging, gesund, ja oft gesunder als früher zurückbleibt“; Krankheiten können „somit, gleich so manchem scheinbaren Unglück des Lebens, sogar zuweilen für ein Glück gerechnet werden.“ Zum andern kann der Krankheitsorganismus einen so intensiven und umfassenden Verlauf nehmen, dass er sich durch therapeutische Maßnahmen vom gesunden Organismus nicht mehr abtrennen lässt, diesen vielmehr „bis zu seinem eigenen Ende gefesselt hält“ und nicht selten zu Sterben und Tod führt. Schließlich kann der Krankheitsorganismus zwar absterben, der

Organismus insgesamt wieder gesunden, aber Zerstörungen, Narben, Schwächungen des Körpers zurückbleiben, die von Carus als „Leichen der Krankheiten“ bezeichnet werden.

Krankheiten werden vom Menschen aber nicht nur wie vom Tier erlitten und hingenommen, sondern mit therapeutischen Verfahren aktiv zu überwinden oder wenigstens erträglicher zu machen gesucht. Jede Therapie ist auf die Kooperation des Kranken angewiesen, die heute Compliance genannt wird. Ethik und Ethos, Rechte, Pflichten und Tugenden gelten für Arzt und Patient und können nicht asymmetrisch – bei aller Beachtung der Unterschiede zwischen einem Menschen in Not und einem Menschen als Helfer – auf beide Seiten verteilt werden.

Therapie wird von Carus in vier Methoden mit jeweils zahlreichen Untertypen eingeteilt: die diätetische oder negative, die erregende oder exzitierende, die herabsetzende oder deprimierende und schließlich die alterierende oder spezifische Methode. Therapie umfasst die klassischen Felder der Chirurgie und des Medikamentes, aber vor allem noch einmal das antike Konzept der Diätetik mit seinen sechs Bereichen – Licht und Luft (*aer*), Schlafen und Wachen (*somnus et vigilia*), Bewegung und Ruhe (*motus et quies*), Essen und Trinken (*cibus et potus*), Ausscheidungen (*secretata*) und Gefühle (*affectus animi*) –, das dann während des 19. Jahrhunderts seine Reduktion auf Diät, auf den Umgang mit Essen und Trinken erfährt. Diätetik ist die Schnittstelle zwischen Natur und Kultur, bezieht sich auf biologische Bereiche und verlangt nach bewusstem Umgang, versteht sich nicht von selbst, sondern muss vom Menschen in die Hand genommen, geregelt, stilisiert werden („*sex res non naturales*“). Diät ist die Schwundstufe der Diätetik; ironisch lautet die Devise des Arztes Dr. Grabow in Thomas Manns (1875 bis 1955) Roman Buddenbrooks (1901): „Ein wenig Taube, – ein wenig Franzbrot.“ Entscheidend für jede Therapie ist die Heilkraft der Natur (*vis*



Carl Gustav Carus: Erinnerung an eine bewaldete Insel der Ostsee (Eichen am Meer) (1834/1835), Öl auf Leinwand, Galerie Neue Meister, Staatliche Kunstsammlungen Dresden
Foto: Hans-Peter Klut, SKD

medicatrix naturae), an die Arzt und Kranker sich halten müssen. Therapie verbindet Somatotherapie mit Psychotherapie, Sozialtherapie und Spiritualtherapie im geistig-kulturellen Sinn; auch die Künste sollen therapeutische Kräfte besitzen.

Der Erfolg der Therapie hängt wesentlich von einer empathisch-kommunikativen Beziehung des Arztes zum Kranken ab. Der Arzt muss über eine Lebenskunst verfügen, die mit spezifischen Anforderungen verknüpft ist. „Schwer an sich ist die Kunst des Lebens, weit schwerer aber ist noch die Lebenskunst des Arztes, welcher, außer dem eigenen, auch noch das Leben so vieler andern zu wahren und zu führen berufen ist.“ Therapie meint dabei nicht nur Behandlung und Heilung, sondern nicht zuletzt auch Beistand und Begleitung im Kranksein und im Sterben. Auch die erfolgreichste Medizin und beste Lebens- oder Krankheitskunst wird das Ende des organischen Lebens nicht verhindern können. Der Tod des Menschen ist nicht zu vermeiden, die organische Bildungskraft bricht notwendig einmal zusammen, der ideelle Krankheitsorganismus siegt letztlich über den ideellen Gesundheitsorganismus, lenkt den Blick zugleich auf die Transzendenz. Carus glaubt an ein Leben nach dem Tode. Kunst des

Lebens heißt auch für ihn selbst die Annahme von Sterben und Tod. Die Betrachtung Tizians (um 1490 bis 1576) Allegorie der Lebensphasen (1510) bestätigt ihn in seiner Überzeugung: „Die Kunst zur rechten Zeit aufzuhören, ja zur rechten Zeit zu sterben, ist auch ein Teil der rechten Lebenskunst.“

Ästhetik und Ethik treten für Carus in der Medizin in mehrfacher Hinsicht in eine immanente Verbindung. Medizin ist nie nur Wissenschaft (*scientia*), sondern immer auch Kunst (*ars*). Kunst ist selbst Therapie und Leben – Leben als Lebenskunst, die zugleich Kunst des Kranksein, des Beistands und des Sterbens ist. Die Kunst des Krankseins, wie Carus in der schmalen Studie einige Worte über das Verhältnis der Kunst krank zu sein zur Kunst gesund zu sein (1843) und auch an anderen Stellen ausführt, gehört zur „Lebenskunst, d.h. der Kunst, ein schönes, menschliches Leben auf reine, edle Weise und zum wahren inneren Glück und höherer, innerer Entwicklung der Persönlichkeit zu leiten und zu vollenden.“ Die Kunst des Krankseins sei bereits in der Vergangenheit beachtet worden. Plutarch (um 45 bis 125 n. Chr.) habe in seinen Gesundheitsvorschriften von dieser Krankheitskunst gesprochen und mit Recht empfohlen, sich schon in gesunden Tagen auf sie vorzuberei-



Carl Gustav Carus: Frühlingslandschaft im Rosenthal bei Leipzig (1814), Öl auf Leinwand
Galerie Neue Meister, Staatliche Kunstsammlungen Dresden

Foto: Elke Estel/Hans-Peter Klut, SKD

ten. In der Gegenwart werde dieses Thema vernachlässigt, ihm sei nur ein entsprechendes, allerdings wenig überzeugendes Werk aus dem Jahre 1811 bekannt, dessen Titel und Autor von Carus nicht genannt werden; es handelt sich um „Die Kunst krank zu sein“ von Sabattia Joseph Wolff (1756 bis 1832).

Mit Recht wird der Kranke nach Carus auch ‚Patient‘ genannt, was ausdrücken solle, „daß er patiens, geduldig, sein, ruhig ausharren soll, um somit die rechte Wendung der Krankheit zur Gesundheit zu befördern und zu erleichtern.“ Diese Einstellung und dieses Verhalten könnten als negative Seite der Kunst des Krankseins bezeichnet werden, was sie in eine Nähe zur bildenden Kunst bringe, insofern auch in ihr „das Vermeiden von Fehlern und Verzeihung als die negative Seite derselben“ gelten könne. Die positive oder aktive Seite der Krankheitskunst sei dagegen „das eigentliche Mithandeln des Kranken oder für den Kranken.“ Diese Mitwirkung des Kranken hänge von seiner Freiheit ab, die in unterschiedlichem Grade, wenn die Krankheit ihn noch nicht zu stark überwältigt habe, immer vorhanden sei und die der Arzt respektieren und unterstützen müsse. Menschen mit angeborener oder erworbener Kränklichkeit, mit chronischem Leiden oder mit schwacher Gesundheit

– „les hommes d’une petite santé“ nach einer Wendung der Zeit – hätten sich nicht selten diese Kunst des Krankseins in erstaunlichem Maße erworben.

Auf Diätetik im umfassenden Sinne der Antike, die stets auf die Selbstverantwortung und Eigenaktivität des Kranken angewiesen ist, legt Carus in offensichtlicher Fortführung der vergangenen Tradition großen Wert: „Die dem besonderen kranken Zustände angemessene und passende Wahl der Nahrung, der Luft, der Wärme, der Wohnung; die rechte Wahl der Beschäftigung und der Ruhe, die hinreichende Selbstbeobachtung ohne hypochondrische Selbstquälerei, die rechte Mäßigung der Gemütszustände, die sorgfältige Beobachtung und Ausdauer in längeren, dem Zustande angeordneten Kuren, das Fortführen eines richtigen und schönen Verhältnisses zu einem kenntnisvollen Arzte.“

Wie die bildende Kunst ist auch jede Lebenskunst, zu der die Krankheitskunst wesentlich gehört, auf Freiheit angewiesen, wie in der Kunst entsteht diese Freiheit erst wahrhaft, „wenn die bewußte Kunst wieder fast ins Unbewußtsein sich verliert“, zur Selbstverständlichkeit wird. Nicht auf kleinliche Sorge und ständige Prüfung, sondern auf eine Art höheren Instinkts oder sokratischen

Dämon kommt es bei dieser Kunst des Krankseins an, die sich in gewissem Umfang auch lernen, lehren und verbessern lässt.

Notwendig für die Kunst des Krankseins hält Carus eine Kenntnis der „Grundbegriffe von der Natur der Krankheit, was sie sei, wie sie entstehe, wie sie vergehe“; nicht könne dabei aber von einem medizinischen Halbwissen die Rede sein, das sich der Laie durch die Lektüre medizinischer Texte erwerben könne, sondern nur von einer „griechisch-einfachen, aber wahrhaften und praktisch brauchbaren Erkenntnis des kranken Lebens.“ Das „rechte Talent des Kranken zum Kranksein“ könne man auch daran erkennen, „dass er einen rechten Arzt zum helfenden Manne sich erwähle.“ Die Krankheitskunst sei unter den Menschen allerdings unterschiedlich gegeben; einige verfügten über ein natürliches Talent, ohne sich über diese Kunst besonders bewusst zu sein, das vielen anderen Menschen dagegen vollkommen abgehe.

Die Kunst des Krankseins darf aber nicht die Kunst bedeuten, „die Krankheit selbst gleichsam zu kultivieren, sie zu verlängern“, auch nicht die Kunst, „krank zu werden“, sondern allein die Kunst, „wann ein unvermeidliches Geschick über uns eine Krankheit verhängt, uns auf solche Weise zu verhalten, so uns zu nehmen, solche Maßregeln zu ergreifen, welche dazu führen, die Krankheit selbst leichter zu ertragen und möglichst bald und vollständig in den Zustand der Gesundheit zurückzubilden.“ Kunst des Krankseins unterscheide sich von einer „Künstelei“ des Krankseins, die vorliege, „wenn die Beachtung und Überwachung des Krankseins in feige und qualvolle Ängstlichkeit ausartet, wenn die innere Freiheit des Lebens darüber völlig verloren geht.“

Krankheit in diesem physisch wie geistig konstruktiv-bildenden Sinn hat Carus 1813 an sich selbst, wie er in seinen Lebenserinnerungen (1865) eingehend beschreibt, im Verlauf

einer Typhuserkrankung und der Genesung in Leipzig als einen individuellen und zugleich historischen Wendepunkt erlebt: „Unter diesen Umständen musste das Wiedererstehen von einem solchen Krankenlager in jedem Sinne eine wahrhafte Wiedergeburt genannt werden. Ich fühlte es, sowie ich mich vollkommen erholte: mein Leben war ein anderes geworden, meine körperliche Konstitution kräftigte sich in einer Weise, wie ich sie früher nicht gekannt hatte, manches zu Weiche, fast Kindliche meines Gemüts nahm eine mehr männliche Gestalt an, und wenn vorher meine Gedankenfolgen vielleicht zu oft und gern eine gewisse überschwängliche Richtung genommen hatten, so erreichte ich von nun an leichter das, was dem wahrhaft philosophischen Geiste vorzugsweise eignet. Die reine edlere Form des Denkens und die größere Tiefe der Idee.“

Der Krankheitskunst ist bei Carus der Begriff der „gesunden Krankheit“ zugeordnet, für die er in Goethe ein eindrucksvolles Beispiel und Vorbild erkennt, wie er in seinem Buch „Goethe zu dessen näherem Verständnis“ (1843) ausführt: „Wenn ich die Gesundheit als eine Grundeigenschaft Goethes aufgestellt habe, so will ich damit keineswegs es aussprechen, daß er frei von Krankheit geblieben sei; im Gegenteil! Gerade eine von Grund aus gesunde Natur äußert sich ebenso darin, dass sie auch, wenn man so sagen darf, gesunder Krankheiten fähig ist, das heißt dass Krankheiten – physische oder psychische – von welchen nun einmal kein Sterblicher ganz unangestastet bleibt, in einem gewissen regelmäßigen Gange und mit kräftigen und vollkommenen Entscheidungen sich entwickeln und vorübergehen.“

Maßstab der Therapie sind gleichermaßen Natur und Kultur. Schon die Betrachtung der Naturschönheit kann zur seelisch-geistigen Gesundheit beitragen wie ebenso die Betrachtung von Bildern und die Aufnahme literarischer und philosophischer Texte. Für Carus, der sich selbst durch die Lektüre von Schel-

lings Weltseele (1798) von melancholischen Belastungen befreit fühlt, wird die Wahrnehmung der Schönheit und Gesetzmäßigkeit der Natur den Menschen dazu anregen, sein „eigenes innerstes Leben zu ähnlicher Harmonie und Klarheit auszubilden.“ Im „Gleichachten der Natur und des Geistes“ liege „der Schlüssel zu aller wahren Lebenskunst.“

Die heilsame Funktion der Literatur, der Musik, der Malerei wird von Carus mehrfach beschrieben; vor allem das eigene Malen hat ihm selbst immer wieder Hilfe und Trost geboten. Auf dem schöpferischen Wege einer Entäußerung im Kunstwerk sei es ihm gelungen, „das innerste Geheimnis der Seele von schwerer Trübung zu reinigen, indem ich dunkle Nebelbilder, in Schnee versunkene Kirhhöfe und Ähnliches in bildlichen Kompositionen entwarf, welche, wenn sie auch manchen andern gleichfalls umflorten Seelen zusagten, doch endlich immer am meisten mir selbst Erleichterung, ja Befreiung zu schaffen pfliegen.“ Nur wer diesen Zusammenhang begreife und im Auge behalte, könne sein Werk und Leben angemessen interpretieren: „wer sich die schwermütige Stimmung meiner Bilder nicht mit der frischen Tätigkeit meines Lebens zu reimen verstand, der zeigte mir alsdann an, wie wenig er von meinem inneren Leben entziffert hatte.“

Perspektiven

Lebenskunst (ars vivendi) ist für Carl Gustav Carus immer auch Kunst des Krankseins (ars aegrotandi), Kunst des Beistands (ars assistendi) und ebenso Kunst des Sterbens (ars moriendi). Anforderungen ergeben sich aus dieser Auffassung für den Arzt und Kranken, für die Medizin und Therapie, ebenso für die Gesellschaft und Politik. Stets von Neuem stellt sich die Frage nach dem Verständnis von Gesundheit und Krankheit, von Geburt und Tod, von Therapie und Arzt-Patient-Beziehung.

Die Antike unterscheidet nicht nur Gesundheit und Krankheit, sondern kennt noch den Zwischenbereich der sogenannten Neutralität, Medizin

gilt deshalb als Wissenschaft der Gesundheit, Krankheit und Neutralität. Das mittelalterliche Gesundheitsregime von Salerno legt besonderes Gewicht auf die Erhaltung der Gesundheit und nicht nur die Überwindung der Krankheit. In dieser Linie, die bis in Publikationen der Gegenwart fortgeführt wird, erscheint auch in der Epoche um 1800 Christoph Wilhelm Hufelands (1762 bis 1836) Schrift „Die Kunst das menschliche Leben zu verlängern“ (1796), später unter dem Titel Makrobiotik mehrfach aufgelegt und in zahlreiche Sprachen übertragen. Bereits damals wird Lebensqualität der Lebensquantität entgegengestellt, so in der ironischen Bemerkung von Novalis: „Das verdünnteste Leben ist das längste Leben.“

Lebensqualität geht über Lebensquantität weit hinaus und umfasst verschiedene Dimensionen: physisch (Schmerzfreiheit/Mobilität), psychisch (Zufriedenheit/Hoffnung), sozial (Arbeit/Kontakte), geistig (Interessen/Glaube), Selbst- und Fremdbeurteilung, Veränderungen während des Lebens, Veränderungen im Krankheitsverlauf, Krankheits-, Beistands- und Sterbensqualität.

Wissenschaft und Kunst sind in der Medizin prinzipiell miteinander verbunden wie auch Kunst und Leben – auf Seiten des Arztes wie des Kranken. Medizin enthält in Diagnostik und Therapie Momente der Kunst, Kunst besitzt umgekehrt therapeutische Wirkungen. Leben kann künstlerisch gestaltet wie Kunst mit Leben erfüllt werden. Im Rückblick seines Testaments von 1869 entwirft Carus ein Bild seiner Kunst des Lebens, das von Zustimmung und Dankbarkeit erfüllt ist: „Ein langes und reiches Leben war mir gegönnt, und ich scheide davon als von keinem verfehlten Kunstwerk, vielmehr mit innigen Dank gegen Gott und mit aufrichtiger Liebe zu den Menschen.“

Prof. Dr. Dietrich v. Engelhardt
Institut für Medizingeschichte und
Wissenschaftsforschung
Universität zu Lübeck
Königstraße 42, 23552 Lübeck