

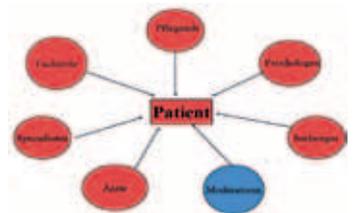
<b>Editorial</b>	Tod oder Leben...	<b>316</b>
<b>Gesundheitspolitik</b>	Film „Nur eine Spritze“	<b>317</b>
	Qualitätssicherung Hämotherapie 2011	<b>319</b>
	Crescendo für CrescNet	<b>327</b>
	Austauschbarkeit von Impfstoffen	<b>327</b>
<b>Berufspolitik</b>	9. Informationsveranstaltung für Medizinstudierende und Jungärzte	<b>317</b>
<b>Mitteilungen der Geschäftsstelle</b>	Zeugnisse für Medizinische Fachangestellte	<b>318</b>
	Evaluation der Weiterbildung in Deutschland	<b>320</b>
<b>Ethik in der Medizin</b>	Ethikberatung im Krankenhaus Dresden-Neustadt	<b>321</b>
	Zehn Jahre Gesprächskreis Ethik in der Medizin	<b>334</b>
<b>Mitteilungen der KVS</b>	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	<b>328</b>
	Existenzgründer- und Praxisabgeberforum für Ärzte in Leipzig	<b>337</b>
<b>Leserbrief</b>	Dr. med. Michael Burgkhardt	<b>329</b>
<b>Originalie</b>	50 Jahre Flugmedizin in Königsbrück	<b>330</b>
<b>Verschiedenes</b>	Hufelandpreis	<b>335</b>
	Berliner Gesundheitspreis	<b>335</b>
	Ehrung/Berufung	<b>335</b>
	Sommerfest der KÄK Bautzen	<b>335</b>
	Treffen der Studienjahresabgänger von 1967 der Leipziger Universität	<b>336</b>
	Seniorentreffen der KÄK Dresden	<b>336</b>
	Ausflug der KÄK Leipzig	<b>336</b>
<b>Personalia</b>	Nachruf für Dr. med. Mario Wernado	<b>338</b>
	Prof. Dr. med. habil. Joachim Barth zum 70. Geburtstag	<b>342</b>
	Jubilare im September 2012	<b>343</b>
<b>Medizingeschichte</b>	August Gottlieb Richter	<b>339</b>
	100 Jahre Psychiatrisches Krankenhaus Arnsdorf	<b>345</b>
<b>Buchbesprechung</b>	Kursbuch Sozialmedizin	<b>348</b>
<b>Einhefter</b>	Fortbildung in Sachsen – Oktober 2012	



Film: Nur eine Spritze!  
Seite 317



9. Infoveranstaltung für  
Medizinstudierende und Jungärzte  
Seite 317



Ethikberatung  
Seite 321



100 Jahre Arnsdorf  
Seite 345

Titelbild: Innenraum der Höhen-Klima-Simulationsanlage während eines Trainings  
von Flugschülern (Aufnahme 2010, Archiv: Dr. med. B. Brix u. Mitarb.)

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

## Tod oder Leben...



© SLÄK

Dazwischen gibt es nichts außer dem Wie!

Meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen, es ist zweifelsohne eine Frage des Gewissens und der Erziehung, welche Antwort wir einem Mitmenschen geben, der uns als Arzt, aber auch als Mensch um die Erlösung von seinem Leid anfleht.

Jüngst hat der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EuGHMR) in der Sache Koch entschieden, dass die Deutschen Gerichte durch ihre Klageabweisung dem Anliegen der Familie nicht ausreichend Rechnung getragen haben. In der Sache, ob es ein Grundrecht auf Sterbehilfe und einen entsprechenden Anspruch an den Staat gibt, hat der EuGHMR aber nicht entschieden. Wir sind schlau wie je zuvor.

Welche Schlussfolgerungen dürfen wir nun aber ziehen:

1. Sterben ist nicht Sache des Einzelnen, sondern der Gemeinschaft.
2. Das Recht auf Sterben und die Hilfe zum Sterben hat ihren Platz in

der jeweiligen Gesellschaft unter den jeweiligen Gesetzen, Konventionen und Sozialisationen.

3. Die Bürger der Bundesrepublik Deutschland müssen sich ernsthafter mit dem Thema Sterben und Hilfe dazu auseinandersetzen. Letzteres scheint mir geboten. Bisher bewegen wir uns eher auf einer abstrakten Ebene. Wir haben ausgeblendet, dass Sterben genauso wie Geboren werden, zum Leben gehören. Einmal auf der Welt – nicht selten mit großem Getöse, streben wir nach dem ewigen Leben. Vergänglichkeit gehört nicht in unser Gedankengut – allenthalben wenn wir wieder einmal feststellen, dass die eine oder andere Körperfunktion nicht mehr so gelingt, wie wir es in jungen Jahren gewohnt waren.

Sterben ist anonym, tabu. Keiner möchte dem anderen zur Last fallen, weder in der Pflege der letzten Tage noch in der psychischen Last, die die Verbleibenden zu tragen haben. Sind wir überhaupt noch in der Lage mit dieser Last umzugehen? Kennen wir noch die richtige Dosis an Aufopferungsbereitschaft und Mitgefühl, um in den entscheidenden Augenblicken eines vergehenden Lebens bei unseren Angehörigen oder Patienten zu sein und sie auf ihrem Weg zu unterstützen?

Ich glaube nein – wir kennen die *ars moriendi* nicht mehr. Auf der einen Seite fehlt uns die Erfahrung und auch die Erziehung im Erleben der Großfamilie – welches Kind darf heutzutage noch den Prozess miterleben, wenn Großmutter oder Großvater sterben? Auf der anderen Seite geht es in unserer Gesellschaft nicht um Krankheit oder Behinderung und gar Sterben, sondern es wird nicht zuletzt durch die Hochleistungsmedizin ein Anspruch auf „ewiges Leben“ in Gesundheit und Schönheit suggeriert. Dies können wir nicht und will auch ich nicht leisten.

Als Arzt habe ich die Pflicht, dem Lebenden zu dienen, Gesundheit zu erhalten, aber auch Leid zu lindern. Dies inkludiert auch, Sterben zuzulassen. Allerdings, und dies gebietet mir meine Weltanschauung, meine humanistische Erziehung und meine Religion, ist mir dabei ein aktives Zutun zum Sterben eines Menschen untersagt.

Ich sehe mich in der Pflicht, anzuerkennen, wenn unsere medizinischen Möglichkeiten enden. Dieses Ende auch mit dem Patienten zu besprechen, mit ihm gemeinsam den weiteren Weg zu entscheiden, ihm Rat zu geben und Stütze zu sein in der Bedrängnis und der schweren Entscheidung über Leben oder Tod.

Wie auch in vielen anderen Bereichen unserer ärztlichen Tätigkeit – genannt sei hier nur die Präimplantationsdiagnostik – sind wir Ärzte Ratgeber und Helfer für unsere Patienten, wir sind nicht deren Richter und schon gleich gar nicht deren Henker. Allzu schnell geriete unser Berufsstand in ein schlechtes Licht und verlore seine Wertschätzung, sollten wir unsere Macht über Leben und Tod gegen den uns anvertrauten Patienten ausnutzen. Aktive Sterbehilfe, ganz gleich durch wen, ist tabu – aber nicht ein Sterben in Menschenwürde!

Das Zulassen aktiver Sterbehilfe führt nicht zu einem Sterben in Würde und Selbstbestimmung – das Gegenteil ist der Fall – Schwerstkranke werden sich von der Gesellschaft gedrängt sehen, diese durch ihr Sterben zu entlasten. Was ist da noch selbstbestimmt?

Erik Bodendieck  
Vizepräsident

## Nur eine Spritze

### Podiumsdiskussion und Film „Nur eine Spritze. Der größte Medizinskandal der DDR?“

Der Film „Nur eine Spritze“ erzählt zum ersten Mal die Geschichte einer Tragödie, die sich Ende der 70er-Jahre im Gesundheitssystem der DDR ereignete: Tausende junge Mütter wurden unwissentlich mit dem damals unbekanntem aggressiven Hepatitis-C-Virus in ostdeutschen Krankenhäusern infiziert.

Das Virus wurde über den Impfstoff zur Anti-D-Prophylaxe, welche eigentlich die Gesundheit von Mutter und Kind sicherstellen sollte, verbreitet. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Spritzen mit Hepatitis-C-Viren verunreinigt sein konnten, war bekannt. Leider reagierte niemand konsequent: Weder der Hersteller der Anti-D-Prophylaxe, das Blutspende-Institut in Halle a. d. Saale, noch das zuständige staatliche Kontrollinstitut in Ost-Berlin erkannten die Dring-

lichkeit, schnellstmöglich zu handeln, um die bevorstehende Tragödie zu verhindern.

Aufgrund wissenschaftlichen Ehrgeizes und Problemen der sozialistischen Mangelwirtschaft wurde die Infektionswelle nicht gestoppt und es erkrankten letztendlich tausende junge Mütter schwer. Um die schrecklichen Vorkommnisse vor der Öffentlichkeit geheimzuhalten, wurden die Frauen über Monate hinweg von ihren Neugeborenen und Familien getrennt, in den Krankenhäusern isoliert und verpflichtet, Stillschweigen zu bewahren. Einige der Frauen starben an der Hepatitis-C-Infektion, andere sind bis heute schwer und chronisch geschädigt.

Ariane Riecker und Anne Mesecke rekonstruieren detailliert die Vorgänge in den Jahren 1978/1979. Entstanden ist ein berührender und gründlicher Film über Unrecht, Verdrängung und Schicksale.

Am 9. September 2012 wird der Film im Deutschen Hygiene-Museum Dresden präsentiert. Die Dokumenta-



© Hoferichter & Jacobs GmbH

tion wurde gefördert durch die Bundesstiftung zur Aufarbeitung der SED-Diktatur. Im Anschluss diskutieren die Filmemacher mit Betroffenen, Medizinhistorikern sowie Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl und Dr. med. Wilfried Oettler über den Film und die Aufarbeitung des Falles.

**„Nur ein Spritze. Der größte  
Medizinskandal der DDR?“**  
**9. September 2012, 11.00 Uhr**  
Deutsches Hygiene-Museum,  
(Martha-Fraenkel-Saal),  
Lingner Platz, 01069 Dresden.

Knut Köhler M.A.  
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## 9. Informations- veranstaltung für Medizinstudierende und Jungärzte

Am 27. Juni 2012 fand die 9. Informationsveranstaltung für Medizinstudenten und Jungärzte „STEX in der Tasche – wie weiter?“ im Medizinisch-Theoretischen Zentrum der TU Dresden, statt. Ziel der Veranstaltungen ist es, Medizinstudierende frühzeitig für eine ärztliche Tätigkeit im Freistaat Sachsen zu begeistern.

Zu dieser Veranstaltung hatten das Sächsische Staatsministerium für Soziales, die Sächsische Landesärztekammer, die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, die Krankenhausgesellschaft Sachsen und der Landesverband Sachsen der Ärzte und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes eingeladen.

Schon deutlich vor dem offiziellen Beginn der Beratung an den Ständen der rund 17 Krankenhäuser und Standesorganisationen waren diese



© SLÄK

dicht umlagert. Während der gesamten Dauer der Veranstaltung informierten sich insgesamt rund 120 Studierende zu einem breiten Spektrum an Fragen rund um ihre Weiterbildung.

Bei der Plenarveranstaltung unterstrich die Leiterin des Referats „Öffentlicher Gesundheitsdienst, Infektionsschutz, umweltbezogener Gesundheitsschutz“ vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, Dipl.-Med. Hei-

drun Böhm, in ihrem Grußwort, dass – nicht nur aufgrund der demografischen Entwicklung – der Bedarf an Ärzten in Sachsen sehr groß ist und stellte die Initiativen zur Förderung des ärztlichen Nachwuchses vor.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, informierte in seinem anschließenden Fachvortrag zur ärztlichen Weiterbildung über die Triade aus exzellenter Ausbildung, fundierter Weiterbildung und lebenslanger



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Dr. med. Katharina Teltenborn, Dr. med. Cornelia Schröder, Dipl.-Med. Christine Kosch, Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler, Dr. med. Peter Grampp (v.l.)

© SLÄK

Fortbildung. Er stellte die praktische Unterstützung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin durch die Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin vor und wies auf die finanzielle Förderung hin. 2011 wurde die Weiterbildung in Sachsen evaluiert, um Anhaltspunkte für eine Optimierung der Weiterbildung zu identifizieren. Ein wichtiges Entscheidungskriterium bei der Suche nach einer passenden Weiterbildungsstelle kann dabei ihr Ergebnis bei der Evaluation der Weiterbildung sein.

Bei der anschließenden Podiumsdiskussion zu Fragen der ärztlichen Weiterbildung begrüßte der Moderator Erik Bodendieck, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer, sechs Diskutanten: Prof. Dr. med.

habil. Uwe Köhler, Vorsitzender des Ausschusses Weiterbildung bei der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. Schulze, Dipl.-Med. Christine Kosch, niedergelassene Fachärztin für Allgemeinmedizin in Pirna und Weiterbildungsbeauftragte, Dr. med. Peter Grampp, Ärztlicher Leiter und Chefarzt Psychiatrie im Fachkrankenhaus Hubertusburg in Wernsdorf und Weiterbildungsbeauftragter sowie die beiden Ärztinnen in Weiterbildung, Dr. med. Cornelia Schröder, Praxis Dr. med. Andrea Lindner, Heidenau, und Dr. med. Katharina Teltenborn aus den Oberlausitzkliniken in Bautzen.

Frau Dr. Kosch berichtete von ihrer vielfältigen und sehr selbstbestimmten ärztlichen Tätigkeit in der Haus-

arztpraxis und betonte ebenso wie Frau Dr. Schröder die gute Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Sie ermutigte auch die jungen Kollegen eine Stelle zu suchen, wo diese Vereinbarkeit gegeben sei.

Herr Prof. Dr. Köhler ging auf die Betreuungsverpflichtung der Weiterbilder während der Weiterbildung ein, den strukturierten Weiterbildungsplan und das jährliche persönliche Gespräch.

Herr Dr. Grampp stellte die Vorzüge einer Tätigkeit in einem kleineren Krankenhaus dar und Frau Dr. Teltenborn und Frau Dr. Schröder berichteten, dass sie an ihren Weiterbildungsstellen sehr gut eingebunden und unterstützt werden.

Es wäre der Veranstaltung zu wünschen, dass sie – ebenso wie in Leipzig – in das Pflichtprogramm für die Studierenden übernommen werden könnte. Es hätten dann sicherlich mehr angehende Ärztinnen und Ärzte an dieser hochkarätigen Veranstaltung teilgenommen.

Dipl.-Volksw. Anna Cornelius  
Büroleiterin und Assistentin  
der Ärztlichen Geschäftsführerin

## Zeugnisse für Medizinische Fachangestellte

195 Auszubildende und Umschülerinnen sowie sechs externe Prüflinge haben in den zurückliegenden Wo-

chen an der sächsischen Abschlussprüfung zur Medizinischen Fachangestellten (MFA) teilgenommen. Mit dem erfolgreichen Abschluss ihrer dreijährigen Ausbildung haben insgesamt 134 MFA den Grundstein für ein erfolgreiches Berufsleben gelegt.

Die Zeugnisse wurden in Chemnitz, Leipzig, Dresden und Görlitz von Vorstandsmitgliedern der Sächsischen Landesärztekammer überreicht Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer: „Die Medizinischen Fachangestellten haben sich für einen zukunftssicheren Beruf entschieden: Fast alle wurden vom auszubildenden Arzt übernommen oder haben bereits eine Anstellung in einer anderen Praxis erhalten“. Die Stellenangebote, die der Sächsischen Landesärztekammer von Arztpraxen ange-

zeigt wurden, konnten wie im vergangenen Jahr daher nur zum Teil vermittelt werden.

Um den Nachwuchs langfristig zu sichern, wirbt die Sächsische Landesärztekammer seit rund zwei Jahren verstärkt um Auszubildende für diesen Beruf. Informationsmaterialien für interessierte Schüler oder auch Ärzte, die einen Ausbildungsplatz zur Verfügung stellen wollen, gehören ebenso dazu wie eine neugestaltete informative Homepage und ein kurzer Informationsfilm. Der Film kann unter [www.slaek.de/MFA](http://www.slaek.de/MFA) oder bei YouTube angesehen werden.



Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud, Vorstandsmittglied, bei der Zeugnisübergabe in Dresden.

© SLÄK

Knut Köhler M.A.  
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## Qualitätssicherung Hämotherapie im Berichtsjahr 2011

Die jährliche Berichterstattung im Rahmen der Umsetzung der „Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie)“ ist für die Einrichtungen der Krankenversorgung selbstverständlich geworden. Auch im Berichtsjahr 2011 setzte sich die hohe Qualität der Berichterstattung fort. Dieses Ergebnis ist maßgeblich dem hohen Engagement aller Befassten und der kompetenten Betreuung der Einrichtungen durch die Qualitätsbeauftragten Hämotherapie zu verdanken. Unterstützt wurde dies auch durch das erweiterte Angebot der Sächsischen Landesärztekammer, das im wesentlichen fokussiert auf die Förderung der mit der Einführung der Richtlinien erstrebten Wahrung der Patientensicherheit. Gleichzeitig wird den berichtenden Qualitätsbeauftragten Hämotherapie umfassende Unterstützung bei der Umsetzung der Richtlinien gegeben. So wurden in den vergangenen Jahren strukturierte Berichtsformulare entwickelt und den Krankenhäusern und Praxen zur Verfügung gestellt. Darauf aufbauend konnte in den Folgejahren ein konstruktiver fachlicher Dialog mit den beteiligten Krankenhäusern und Praxen erreicht werden, der zu einer Verbesserung des Qualitätsmanagements in den Einrichtungen anregte und zum anderen auch eine stetige Optimierung der Bögen ermöglichte.

Erfreulicherweise ist erneut eine Antwortquote von 100 Prozent der angeschriebenen Einrichtungen (Krankenhäuser, Praxen und MVZ's) zu verzeichnen. Allen Beteiligten sei gedankt für die vertrauensvolle und konstruktive Zusammenarbeit.

Insgesamt wurden 126 Einrichtungen angeschrieben – 81 Krankenhäuser und 45 Praxen und MVZ's. 65 Prozent der Einrichtungen antworteten fristgerecht bis zum 01. März 2011, 21 Prozent beantragten eine Terminverlängerung und 14 Prozent der Berichtspflichtigen erhielten eine Erinnerung.

Hervorzuheben ist der große Anteil der Transfusionsverantwortlichen und Qualitätsbeauftragten bei der Behebung festgestellter Mängel. Hier zeigt sich, dass die Schwerpunkte wiederkehrend sind, zumeist im organisatorischen Bereich liegen und durch häufigen Personalwechsel begünstigt werden.

Zu folgenden relevanten Themenbereichen sind für das Berichtsjahr 2011 seitens der Sächsischen Landesärztekammer Nachfragen erforderlich gewesen:

- Qualifikationsvoraussetzung Transfusionsverantwortlicher / Transfusionsbeauftragter,
- System zur Einweisung neuer Mitarbeiter,
- erforderliche Arbeits-/Dienstanweisungen.

Zu diesen und weiteren Fragestellungen der Berichtsformulare hat die Sächsische Landesärztekammer Empfehlungen entwickelt und die betroffenen Einrichtungen und Träger bei bekannt gewordenen Mängeln schriftlich mit fachlichen Hinweisen, Anregungen und Interpretationshilfen kontaktiert. Gleichzeitig wurde auf die Behebung der Auffälligkeiten hingewirkt.

Die Sächsische Landesärztekammer unterstützt regelmäßig das Erreichen der erforderlichen Qualifikation für Transfusionsverantwortliche und Transfusionsbeauftragte durch entsprechende 16-Stunden-Kurse. Vom 18. bis zum 19. Oktober 2012 wird der nächste Kurs in unserem Haus stattfinden.

Das Etablieren eines Systems zur Einweisung neuer Mitarbeiter und das Vorhandensein aller erforderlichen aktuellen Arbeits- und Dienstanweisungen bei den Befassten stärkt die Patientensicherheit und dient dem Vermeiden von Fehlern in der Medizin. Das Erkennen solcher struktureller sowie organisations- und kommunikationsbedingter Verbesserungspotentiale birgt eine große Chance, die Arbeitsabläufe im Sinne der Patienten zu optimieren und wird auch als solche wahr- und angenommen.

Weiterführende Informationen zur Thematik finden Sie auf der Homepage der Sächsischen Landesärzte-

kammer [www.slaek.de](http://www.slaek.de) im Bereich Qualitätssicherung – Qualitätssicherung Blut und Blutprodukte. Neu eingestellt sind dort seit Ende letzten Jahres Informationen zur Online-Meldung an das Paul-Ehrlich-Institut, der neue bundeseinheitliche Spenderfragebogen und eine Liste von Qualitätsbeauftragten Hämotherapie, die sich zur externen Tätigkeit im Rahmen der Berichterstattung zur Verfügung stellen.

Anfragen und Anregungen bitten wir an  
Frau Kerstin Rändler,  
Sachbearbeiterin Qualitätssicherung,  
Tel. 0351 8267381,  
E-Mail: [quali@slaek.de](mailto:quali@slaek.de)  
und  
Frau Silke Grassl,  
Sachbearbeiterin Qualitätssicherung,  
Tel.: 0351 8267395,  
E-Mail: [quali@slaek.de](mailto:quali@slaek.de)  
zu richten.

Dr. med. Dagmar Hutzler  
Ärztliche Geschäftsführerin  
E-Mail: [aegf@slaek.de](mailto:aegf@slaek.de)

## Aufruf

### Publikation von Beiträgen Einreichung von Originalien

Das Redaktionskollegium „Ärzteblatt Sachsen“ bittet die sächsischen Ärzte, praxisbezogene, klinisch relevante, medizinisch-wissenschaftliche Beiträge und Übersichten mit diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen, berufspolitische, gesundheitspolitische und medizingeschichtliche Artikel zur Veröffentlichung in unserem Kammerorgan einzureichen. Auch unsere jungen Mediziner werden gebeten, die Ergebnisse ihrer wissenschaftlichen Tätigkeit im „Ärzteblatt Sachsen“ zu publizieren.

Die Manuskripte sollen in didaktisch klarem, allgemein verständlichem Stil verfasst sein.

Die E-Mail lautet: [redaktion@slaek.de](mailto:redaktion@slaek.de). Unter <http://www.slaek.de> sind die Autorenhinweise nachzulesen. Wir freuen uns auf Ihren Beitrag.

Im Namen des Redaktionskollegiums  
„Ärzteblatt Sachsen“  
Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug



## Evaluation der Weiterbildung in Deutschland

### Online-Befragung 2011

Ein Projekt der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern

## Neuigkeiten zum Projekt!

Im Sommer 2011 hat die Bundesärztekammer gemeinsam mit den Landesärztekammern das Projekt „Evaluation der Weiterbildung in Deutschland“ durchgeführt. An der Befragung konnten weiterzubildende Ärztinnen und Ärzte (WBA) sowie deren Weiterbildungsbefugte (WBB) teilnehmen.

Die Ergebnisse der Online-Befragung 2011 sind seit Januar 2012 veröffentlicht. Sachsen hatte dabei die bundesweit höchste Teilnehmerquote der weiterzubildenden Ärztinnen und Ärzte mit 59,1 Prozent erreicht. Die Intentionen der Befragung waren, Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit in der Weiterbildung darzustellen, Vergleichsmöglichkeiten zu schaffen sowie vor allem Stärken und Schwächen in der Weiterbildung aufzuzeigen, um anschließend Verbesserungspotenziale zu entwickeln.

Auch in Zukunft sollen die Weiterbildungsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten durch die Landesärztekammern abgefragt werden. Der 115. Deutsche Ärztetag in Nürnberg hat die Bundesärztekammer aufgefordert, die Evaluation der Weiterbildung in modifizierter Form fortzusetzen. Des Weiteren wurden die Landesärztekammern aufgefordert, die aus den Ergebnissen zu ziehenden Schlussfolgerungen umzusetzen.

Nach Abschluss der Online-Befragung 2011 wurden Auswertungen bezüglich des Befragungsablaufs vorgenommen. Es wurden positive wie negative Erfahrungen dargestellt und viele Verbesserungsvorschläge gemacht. Um diese Weiterbildungs-

umfrage neu zu planen, wurde die Arbeitsgruppe „Neukonzeption der Evaluation der Weiterbildung in Deutschland“ durch die Bundesärztekammer gegründet. Diese Arbeitsgruppe beschäftigt sich nunmehr mit der Frage der Umsetzung einer weiteren Online-Befragung, die voraussichtlich im Jahr 2014 stattfinden soll. Konsequenzen für die Fortführung der Evaluation der Weiterbildung sind unter anderem, dass die

bezogenen Auswertungen als Präsentation bei der Sächsischen Landesärztekammer angefordert werden. War die Teilnehmerzahl zu gering, konnte keine fachrichtungsbezogene Präsentation erstellt werden.

### 1. Kolloquium Weiterbildung in Sachsen

Die Sächsische Landesärztekammer plant im Herbst das 1. Kolloquium Weiterbildung in Sachsen für Ärztin-

Vorankündigung

**1. Kolloquium Weiterbildung in Sachsen  
am 6. November 2012, 16.00 bis 20.00 Uhr**  
im Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer

Hauptthema: „Evaluation der Weiterbildung – Ergebnisse und zukünftige Perspektiven“

Teilnehmer: Alle interessierten Ärztinnen und Ärzte

Das Kolloquium widmet sich Themen wie:

- Hintergründe der Evaluation der Weiterbildung
- Ergebnisse der Online-Befragung 2011
- Podiumsdiskussion: „Herausforderungen und Perspektiven für die Weiterbildung in Sachsen“

Für das Kolloquium werden keine Teilnahmegebühren erhoben.

Ab September 2012 werden Anmeldeformulare und ein detailliertes Programm auf der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer verfügbar sein.

Abbildung 1

Fragebögen gekürzt werden, das Befragungsverfahren vereinfacht wird und die Datenhoheit bei den Ärztekammern liegt.

### Weitere Ergebnisse sind veröffentlicht

- Fachgebietsspezifische Ergebnisspinnen (Die Grafik stellt die Antworten der Weiterzubildenden der acht Fragenkomplexe auf Landes- und Bundesebene dar.),
- Fachrichtungsbezogene Auswertungen von Einzelfragen von Weiterzubildenden und Weiterbildungsbefugten.

Die jeweiligen fachrichtungsbezogenen Auswertungen und die fachgebietsspezifischen Ergebnisspinnen auf Bundesebene sind auf den Webseiten [www.evaluation-weiterbildung.de](http://www.evaluation-weiterbildung.de) oder [www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de) abrufbar. Auf Landesebene können diese fachrichtungs-

nen und Ärzte (siehe Abb.1). Durch die Evaluation der Weiterbildung sind Diskussionen aufgekommen. Aus diesem Grund wird den Ärzten bei einer Podiumsdiskussion die Gelegenheit gegeben, über die Weiterbildungssituation zu sprechen und Erfahrungen auszutauschen. Bei Vorschlägen für weitere Beiträge für die Podiumsdiskussion oder bei Fragen zum 1. Kolloquium Weiterbildung in Sachsen senden Sie eine E-Mail an [evaluation@slaek.de](mailto:evaluation@slaek.de).

Ansprechpartner der  
Sächsischen Landesärztekammer:  
Peggy Thomas - Tel. 0351 8267-335,  
E-Mail [evaluation@slaek.de](mailto:evaluation@slaek.de)  
Weitere und aktuelle Informationen zur  
„Evaluation der Weiterbildung“ erhalten Sie  
unter <http://www.slaek.de> → Weiterbildung  
→ Evaluation

Peggy Thomas  
Sachbearbeiterin Evaluation

Dr. med. Dagmar Hutzler  
Ärztliche Geschäftsführerin  
E-Mail: [aegf@slaek.de](mailto:aegf@slaek.de)

# Ethikberatung

## Städtisches Krankenhaus Dresden-Neustadt – ein Erfahrungsbericht der Jahre 2005 bis 2011

### 1. Einleitung

Die zentralen Fragen für ethisches Handeln in der Medizin orientieren sich an den vier medizinethischen Prinzipien von Beauchamp/Childress<sup>1</sup> (Abb. 1) und suchen nach dem richtigen Handeln in einer bestimmten Situation und fragen: Was ist geboten, verboten, erlaubt? Dabei kann das medizinethische Prinzip der Fürsorge in die Aufforderung „Tue Gutes“ umformuliert werden. Das medizinethische Prinzip der Schadensvermeidung wird deutlich im Gebot der Schadensvermeidung. Die Achtung der aufgeklärten Selbstbestimmung ist Ausdruck des Prinzips der Autonomie, welche durch die gesetzliche Regelung zu Patientenverfügungen gefördert wurde. Als viertes medizinethisches Prinzip ist mit der Gerechtigkeit die Verteilung knapper Ressourcen angesprochen. Die gerechte Verteilung der zur Verfügung stehenden Mittel ist eine bedeutsame Aufgabe für Mediziner.

Die leitlinienorientierte evidenzbasierte Medizin sollte bei der Behandlung von Patienten eine Orientierung und Hilfe für das medizinische Behandlungsteam sein. Aber oft versagt sie, wenn es um die Frage geht, ob es überhaupt noch ein realistisches Therapieziel gibt. Eine weitere Herausforderung stellt die weitere Therapie dar, wenn der Therapievor-schlag nicht mehr mit dem Patientenwillen in Übereinstimmung steht. Hochleistungsmedizin ermöglicht es, sowohl Leben als auch Sterben (um jeden Preis) zu verlängern. Die Medizin setzt sich damit Fragen aus wie:

- Ist menschliches Leben unverfügbar?
- Wann ist eine Behandlung aussichtslos?
- Wo beginnt der Missbrauch medizinischer Möglichkeiten?
- Wann ist ein Mensch in der Nähe des Todes, also sterbend?

1. Fürsorge: Tue Gutes!  
*Salus aegroti suprema lex*
2. Nichtschädigung: Verhindere Schaden!  
*Primum nil nocere*
3. Achtung der aufgeklärten Selbstbestimmung!  
*Autonomieprinzip – Gesetz zur Patientenverfügung 2009*
4. Gerechtigkeit: Sei gerecht!  
*In der Verteilung der Ressourcen*

Abb. 1: Ethische Grundsätze in der Medizin:

- Was ist eine akzeptable Lebensqualität?
- Was ist ein menschenwürdiges Leben?

Andere Fragen, die sich exemplarisch in unserem Krankenhaus stellten und die sich immer wieder regelmäßig stellen, sind:

- Arztsein zwischen leitliniengerechter Medizin und eigenem Erfahrungsschatz?
- Gibt es einen Widerspruch zwischen leitliniengerechter und patientenorientierter Behandlung?
- Was passiert, wenn Patient/Betreuer/Angehörige und Arzt verschiedene Ziele/Werte verfolgen?
- Darf ein Angehöriger/Betreuer eine Weiterbehandlung um jeden Preis fordern?
- Darf ein Patient jede Behandlung fordern?
- Was tun, wenn der Patient sterben will und Behandlung konsequent ablehnt?
- Was tun, wenn der Patient/Angehörige die künstliche Ernährung ablehnen?
- Wann ist eine Patientenverfügung gültig?

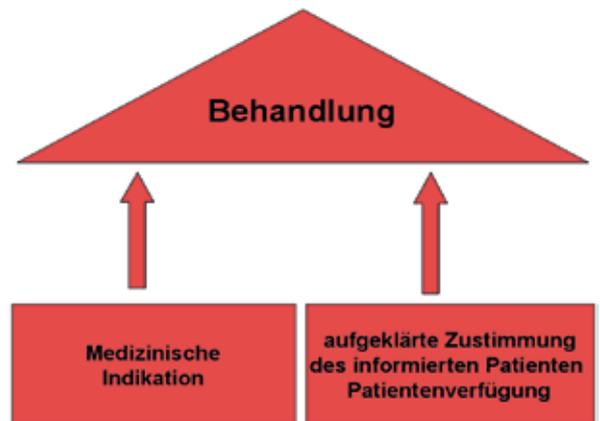


Abb. 2: Voraussetzungen für eine medizinische Behandlung

- Verlängert die Behandlung nur das Leiden oder Sterben?
- Verschlimmert eine Behandlung eher den Zustand?
- Was ist der (mutmaßliche) Wille eines komatösen Patienten?

Neben der medizinischen Indikationsfrage, über die sich jeder Behandler eigentlich im Klaren sein müsste, steht die aufgeklärte Zustimmung des informierten Patienten, bei Nichteinwilligungsfähigkeit die Patientenverfügung oder der mutmaßliche Wille als grundsätzliche Behandlungsvoraussetzung (Abb.2).

Unter all diesen drückenden/komplexen Fragen findet die medizinische Behandlung statt, bei der es im Behandlungsteam zu unterschiedlichen Meinungen – auch Konflikten – kommen kann, die neben der Störung im Team auch die Arzt-Patient-Beziehung beeinträchtigen. Unausgesprochen machen Konflikte den Arzt in seiner Behandlung unsicher, kosten Kraft und behindern die Therapie.

Hier kann Ethikberatung mittels eines strukturierenden Gespräches in einem multidisziplinärem Team unter anderem durch Sichtbarmachung der Schwierigkeiten und einen „Lösungsalgorithmus“ (Nimwegener Modell)<sup>2</sup> helfen. Unter Leitung eines Moderators kann es gelingen, innerhalb kurzer Zeit zu einer ethisch am besten begründeten Entscheidung zu gelangen. Die Konsensfindung kann neben einer medizinisch-ethisch fundierten Entscheidung auch zur emotionalen Entlastung der Behandler beitragen und eine gute Arbeitsatmosphäre erzeugen.

Diese Konsile haben beratenden Charakter, sollen dem Behandlungsteam eine Empfehlung geben, greifen nicht in die Letztverantwortung des behandelnden Arztes ein und werden dokumentiert.

### Entwicklung der Ethikberatung am Städtischen Krankenhaus Dresden-Neustadt

Das Städtische Krankenhaus Dresden-Neustadt ist ein Akademisches Lehrkrankenhaus der Regelversorgung mit insgesamt 714 Betten. Ende 2003 traf sich erstmalig eine kleine Initiativgruppe zur Bildung eines Klinischen Ethikkomitees (KEK).

Nach Bestätigung durch die Klinikleitung konnte im September 2004 ein KEK am Städtischen Krankenhaus Dresden-Neustadt gegründet werden. Das KEK steht bei ethischen Problemen bei der Behandlung, Pflege und Versorgung von Patienten sowie ethischen Fragen der Organisation Krankenhaus gleichermaßen zur Verfügung. Als Aufgabe stand einerseits die Entwicklung ethischer Leitlinien und andererseits das Angebot, ethische Fallberatungen prospektiv als auch retrospektiv durchzuführen. Ein weiterer Schwerpunkt liegt in der Fortbildungstätigkeit im Krankenhaus zu ethischen Problemen.

Besonders schwierige Fälle, die auch emotional nachhaltig belastend auf das Behandler team wirkten, werden retrospektiv nach der Ulmer Methode<sup>3</sup> nachbesprochen. Insgesamt betraf das seit 2005 ca. 30 Fälle. Bei der Darstellung des Patientenfalles für alle interessierten Mitarbeiter in Form eines Seminars werden aus Sicht des Behandlers und des Patienten mögliche Entscheidungen nachempfunden bzw. simuliert. Dabei geht es nicht um eine Bewertung des konkreten Falles einer Behandlung, sondern um mögliche Alternativen im ethischen Entscheidungsprozess, um die bewusste Reflexion von meist impliziten ethischen Wertvorstellungen und um die (Weiter-) Entwicklung der eigenen ethischen Haltung. Sowohl ärztliches als auch pflegerisches Personal kann an dem Seminar teilnehmen und eigene Fälle darstellen. Dies geschieht praxisnah und aktuell zu ethischen Problemen unter Leitung eines Moderators.

Ethikberatung als wesentliches Angebot des KEK wird nur dann erfolgreich gestaltet werden können, wenn eine Beraterkompetenz nicht nur die Fachkenntnis hinsichtlich medizinisch-ethischer Belange beinhaltet, sondern auch eine Moderatorenkompetenz erworben wird. Wünschenswert sind neben der Wissensvermittlung praxisbezogene Übungen und Rollenspiele unter Anleitung eines Trainers.

Eine Moderatorin aus unserem Krankenhaus hat diese Kompetenz im Rahmen ihrer Ausbildung als Psychologin und einer jahrelangen Beratungsfunktion im sozialen Bereich erworben. Ein Moderator, der als Arzt in der Klinik tätig ist, eignet sich diese Kompetenz durch eine interdisziplinäre Mediatorenausbildung an, die wesentliche praktische Belange einer Moderatorenausübung beinhaltet. Diese Ausbildung wird von der Krankenhausleitung befürwortet und gefördert, was wir als einen Ausdruck von Wertschätzung unserer Ethikberatung am Krankenhaus Dresden-Neustadt werten.

Nachfolgend wird über Erfahrungen bei der Durchführung von insgesamt 87 ethischen Fallberatungen in den Jahren 2005 bis 2011 berichtet. Dabei sollen sowohl methodische Aspekte als auch Fragen der Struktur bei der Durchführung der ethischen Beratung eine Rolle spielen.

### 2. Vorgehensweise bei einer ethischen Beratung

Eine klinische Ethikberatung am Städtischen Krankenhaus Dresden-Neustadt wird als fallbezogene Teambesprechung auf Station durchgeführt. Es sollen möglichst alle an dem Fall Beteiligten (Abb. 3) teilnehmen. Eine klinische Ethikberatung kann von ärztlichem Personal, Pflegepersonal sowie Angehörige angefordert werden.

Bislang wurden Angehörige zu einer Ethikberatung nicht eingeladen, da es in der Ethikberatung beispielsweise schon bei der Klärung der medizinischen Indikationsfrage zu Diskussionen kommen kann, welche auf Angehörige verunsichernd wirken könnten.

Alle an der Ethikberatung Beteiligten unterliegen der Schweigepflicht. Die Verantwortung bleibt beim Behandlungsteam.

Die Moderation der Klinischen Ethikberatung in Form der ethischen Beratung wird von mindestens zwei klinischen Ethikberatern übernommen. Dabei sollten möglichst beide Geschlechter vertreten sein. Durch die Anwesenheit von zwei Ethikberatern ist eine Arbeitsteilung während der Ethikberatung und eine Refle-

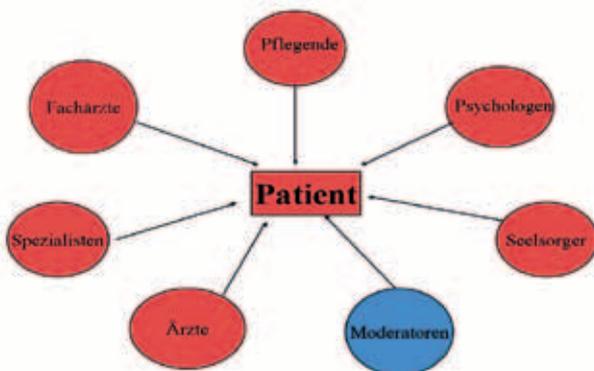


Abb. 3: Teilnehmer an einer ethischen Fallbesprechung

xion im Anschluss an die Beratung möglich. So können eigene Verwicklungen und möglicherweise vorgekommene Übertragungen identifiziert, angesprochen und zukünftig vermieden werden. Ein Aufeinander-aufpassen der beiden Moderatoren ist dazu hilfreich.

Der Moderator einer ethischen Beratung sollte das Gespräch strukturiert leiten und dabei inhaltlich neutral sein. Weiterhin sollte ein Moderator

- von den Teilnehmern in der Moderatorenrolle akzeptiert werden,
- mit dem Instrument ethische Fallbesprechung vertraut sein,
- über allgemeine therapeutische und organisatorische Abläufe des Krankenhauses informiert sein,
- mit medizinethischen und medizinrechtlichen Fragen im groben vertraut sein,
- Kompetenzen einer einführenden und wertschätzenden Kommunikation besitzen.

Zur Kommunikationskompetenz sind Kenntnisse der klientenzentrierten Gesprächsführung nach Rogers<sup>4</sup> und der gewaltfreien Kommunikation nach Rosenberg<sup>5</sup> hilfreich.

Dem Selbstverständnis der Moderation des Entscheidungsfindungsprozesses im Rahmen einer ethischen Beratung folgend gibt der Moderator Hilfestellung bei der Klärung eigener Wertvorstellungen und bei der moralischen Konsensbildung. Ethikberatung dient also nicht der Beurteilung einer medizinischen Behandlung oder zur primären Lösung von Kommunikationsproblemen innerhalb des Behandlungsteams, sondern hat zum Ziel, zusammen mit einem multidisziplinärem Team innerhalb eines begrenzten Zeitraumes zu einer ethisch am besten begründbaren Entscheidung im Behandlungsprozess des Patienten zu gelangen. Sollte sich in der Ethikberatung herausstellen, dass Kommunikationsprobleme im Behandlungsteam vorliegen,

kann die „ethische“ Empfehlung auch Hinweise zur Lösung dieser Kommunikationsprobleme beinhalten.

Der Ethikberater sollte als Moderator bei der Suche nach einer ethisch begründeten und für alle Beteiligten nachvollziehbaren Entscheidung helfen.

Um eine Ethikberatung zu strukturieren, stehen verschiedenen Modelle zur Verfügung. Neben dem Bochumer Arbeitsbogen zur medizinethischen Praxis<sup>6</sup> wurde die Nimwegener Methode für ethische Fallbesprechung zur Verwendung im KEK geprüft. Das KEK hat sich für eine modifizierte Methode nach dem Nimwegener Modell entschieden, bei der nach fünf Schritten vorgegangen wird (Abb. 4). Zu einer Fallbesprechung wird ein Protokoll für die Krankenunterlagen und zur Information auch für die Krankenhausleitung angefertigt.

Mit dem Vorgehen nach der Nimwegener Methode können fast akri-

1. Bestimmung des ethischen Problems
2. Analyse der medizinischen, pflegerischen, sozialen, weltanschaulichen und organisatorischen Fakten
3. Bewertung der Fakten → medizinische Prognose  
Bewertung der subjektiven Faktoren → Patientenwille
4. Diskussion und Beschlussfassung
5. Beantwortung der Eingangsfrage  
Dokumentation

Abb. 4: 5 Schritte des Nimwegener Modells<sup>7</sup>

bisch alle Fakten erfasst werden. Insbesondere die Lebensumstände des Patienten, seine Auffassung zu Krankheit und Gesundheit, wichtige soziale Beziehungen und Aussagen zum Patientenwillen werden mit der favorisierten Variante der Nimwegener Methode erfasst. Diese Informationen werden am Städtischen Krankenhaus Dresden-Neustadt in der Regel durch die in diesem Bereich tätige Psychologin durch Gespräche mit Patienten und Angehörigen in Erfahrung gebracht.

Bei vorliegender Patientenverfügung wird diese in den Prozess der ethischen Beratung einbezogen. Der behandelnde Arzt hat eine Patientenverfügung zu überprüfen und dabei festzustellen, ob diese für diesen aktuellen Zustand zutrifft. Aus der Praxis in der Ethikberatung am Städtischen Krankenhaus Dresden-Neustadt beinhalten Patientenverfü-

gungen überwiegend allgemeine Aussagen, die nur im Zusammenhang mit den Wertevorstellungen des Patienten interpretiert werden können. Bei der psychologisch-seel-sorgerischen Begleitung der Patienten und deren Angehörigen können wertvolle Hinweise zum mutmaßlichen Willen und zu den individuellen Motiven der Angehörigen gewonnen werden. Bei unseren insgesamt 87 ethischen Konsilen lagen in nur 18 Fällen (20 Prozent) Patientenverfügungen vor. Eine klinische Ethikberatung beginnt am Städtischen Krankenhaus Dresden-Neustadt mit der Beschreibung des ethischen Problems in Form einer Frage wie zum Beispiel: „Ist im Fall der Patientin X eine Therapiebegrenzung/eine Therapieerweiterung geboten?“ Im zweiten Schritt wird der medizinische Verlauf referiert mit dem Versuch einer anschließenden Einschätzung der medizinischen Gesamtprognose aus der Zusammenschau aller Fachgebiete. Aus den medizinischen, pflegerischen Fakten und der Prognose wird ein realistisches Therapieziel formuliert.

Erst dann wird das Therapieziel und die dazu nötige Behandlung (Indikation) in Verbindung mit den psychosozialen Patientendaten – insbesondere mit dem mutmaßlichen oder schriftlichen Patientenwillen – diskutiert. Das Team versucht eine Antwort auf folgende Frage zu finden:

■ Ist es vorstellbar, dass der konkrete (aktuell nicht bewusstseins- oder einwilligungsfähige) Patient in einem klaren, informiertem Zustand der vorgeschlagenen Behandlung zustimmen würde?

Zum Abschluss der Klinischen Ethikberatung wird durch jeden Teilnehmer eine Antwort auf die eingangs gestellte Frage zum ethischen Problem gegeben. Für diese Runde ist entscheidend, dass die Teilnehmer der ethischen Beratung ihren eigenen Werten und ihrem Gewissen verpflichtet sind. Aus der Runde wird dann eine Empfehlung an den Antragsteller formuliert.

Das Ergebnis der Klinischen Ethikberatung wird auch dem komatösen Patienten und dessen Angehörigen mitgeteilt.

In der Regel wird Ethikberatung von den Angehörigen als entlastend empfunden.

### 3. Eigene Erfahrungen bei der Durchführung ethischer Konsile

Die in einem 7-Jahreszeitraum angeforderten 87 Ethikberatungen verteilen sich wie in Abb. 5 dargestellt. Nach der Gründung des Klinischen Ethikkomitees im Herbst 2004 wurde erstmals 2005 das Angebot einer ethischen Fallberatung genutzt, und ab 2007 ist die Anzahl der Anfordernungen stetig gestiegen. Hauptsächlich wurden die Konsile durch behandelnde Ärzte angefordert. Dabei ist in ca. 30 Prozent der Anfragen eine eindringliche Bitte an den behandelnden Arzt zur Antragstellung durch Pflegenden zu verzeichnen.

Aus einer Nachbetrachtung zeigte sich eine anfängliche Skepsis der Behandlungsteams gegenüber der Klinischen Ethikberatung, ob die Moderatoren einer Fallberatung nicht bereits in Richtung Therapiereduktion oder eines Therapieabbruchs voreingenommen sind und letztlich die Moderatoren die Behandlung diktieren könnten.

Aus der Analyse der ausgesprochenen ethischen Empfehlungen ergibt sich in 31 Fällen (36 Prozent) als Beratungsergebnis ein Therapieerhalt oder eine Fortsetzung der Behandlung. In 56 (64 Prozent) Fällen wurde als Empfehlung eine Therapiereduktion oder ein Therapieabbruch ausgesprochen (Abb. 6).

Bei den durchgeführten Ethikberatungen wurde mitunter hauptsächlich über die medizinische Indikation der Behandlungsmaßnahme gesprochen, was in 31 Fällen (36 Prozent) zu beobachten war. In acht Anfragen wurde keine ethische Empfehlung ausgesprochen oder es wurde eine Therapiefortführung favorisiert, da die Ethikberatung als rein medizinisches Konsil genutzt wurde.

Bis auf eine einzige Ausnahme folgten die behandelnden Ärzte der Empfehlung als Ergebnis der Ethikberater.

Die Altersverteilung der Patienten, zu denen eine Ethikberatung angefordert wurde, zeigt das Bild einer

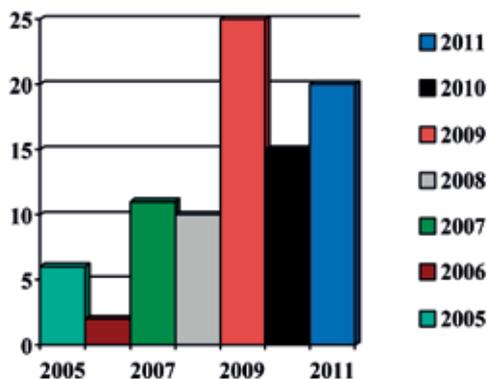


Abb. 5: Jahresverteilung von 87 Ethikberatungen von 2005 bis 2011 am Städtischen Krankenhaus Dresden-Neustadt

zunehmenden Altersmedizin und es fanden hauptsächlich ethische Beratungen bei Patienten im Alter von 70 bis 90 Jahren statt. Anfragen aus der Kinder- und Jugendmedizin bleiben die Ausnahme.

**4. Fazit**

Ethikberatung wird im Städtischen Krankenhaus Dresden-Neustadt zunehmend als hilfreiches Instrument bei der Frage, ob es noch ein vertretbares Therapieziel gibt, angenommen und genutzt. Es werden nicht nur rein medizinethische Grundsätze besprochen, sondern auch fachmedizinische Fragen und Konflikte in der Kommunikationsebene. Das KEK schafft die Voraussetzungen für die Beratung, das heißt Bereitstellung der Ethikberater, der Zeit sowie der Dokumentation der Fallberatung. Außerdem ist das KEK für die Struktur der Vorgehensweise im Rahmen der klinischen Ethikberatung verantwortlich und sorgt auch mittels der dazu verabschiedeten Leitlinie für einen geschützten Raum, in dem auch Fachaustausch verschiedener Fachdisziplinen möglich ist und ganzheitlich mit allen an der Behandlung Beteiligten über die Behandlung, das soziale Umfeld sowie die Wertevorstellungen des Patienten gesprochen werden kann. Auch bei aussichtsloser Behandlungssituation wird das Behandlungsteam weiter motiviert, da bspw. die Frage nach der Sinnhaftigkeit der Behandlung mit einem Paradigmenwechsel von kurativ auf palliativ beantwortet werden kann.

Durch die Transparenz der Ethikberatungen wächst das Vertrauen innerhalb und zwischen den Fachdisziplinen sowie zwischen Pflege- und ärztlichem Personal mit dem Ergebnis einer besseren Zusammenarbeit und Kommunikation über den konkreten Behandlungsfall hinaus. Außerdem besteht durch Ethikberatungen die Möglichkeit, Therapieentscheidungen zu treffen, die transparent sind und auf breiten Schultern getragen werden, womit nicht zuletzt der Einzelbehandler entlastet wird.

Ethikberatung als komplexe Beratungsleistung in medizinischen Grenzbereichen ist nach wie vor nicht bei den Krankenkassen abrechenbar. Trotzdem stellt das Städtische Krankenhaus Dresden-Neustadt ein Budget in Höhe von 0,3 VK zur Verfügung.

Die Entwicklung bestätigt, dass die Lösung ethischer Probleme zunehmend an Bedeutung gewinnt.

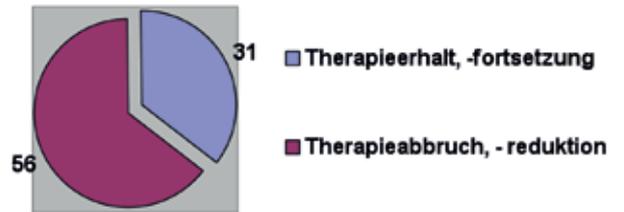


Abb. 6: Empfehlungen der Ethikberater

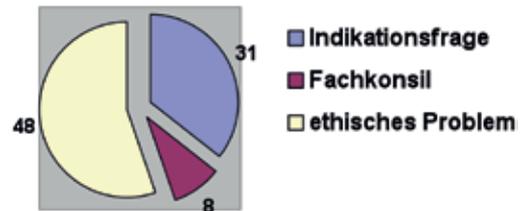


Abb. 7: Hauptfragestellung der Ethikberatungen

**5. Ein Beispiel aus der Praxis**

Beim Klinischen Ethikkomitee geht eine Konsilanforderung ein. Es handelt sich um einen 77 Jahre alten Patienten, der an einer dekompensierten pulmonalen Hypertonie und zahlreichen weiteren Erkrankungen leidet. Die Angehörigen fordern um jeden Preis eine Maximaltherapie. In

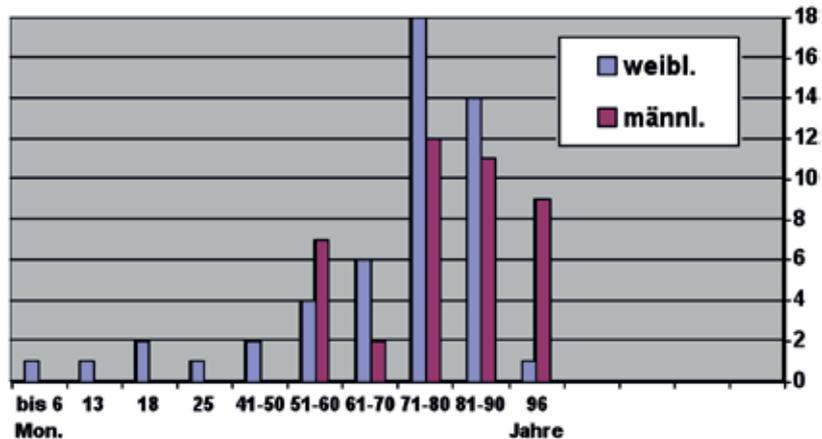


Abb. 8: Anzahl der Ethikberatungen am Städtischen Krankenhaus Dresden-Neustadt mit Alters- und Geschlechtsverteilung

dieser Situation wird das ethische Konsil erbeten. Es nehmen teil: der Chefarzt der Inneren Kliniken, der Leitende Oberarzt der Intensivstation, zwei Ärzte der Intensivstation, der Pfleger mit dem intensivsten Kontakt zum Patienten. Zwei Moderatoren führen durch die ethische Beratung. Im ersten Schritt wird das ethische Problem benannt: Ist eine Intubation/Tracheotomie – insgesamt eine Therapieerweiterung angezeigt bei insgesamt schlechter Prognose, aber dringendem Wunsch der Angehörigen nach Maximaltherapie? Im zweiten Schritt erfolgt die Analyse der medizinischen und pflegerischen Fakten.

#### **An folgende aktuellen Diagnosen leidet der Patient:**

- Verschluss der A. tibialis posterior beidseits,
- dekompensierte pulmonale Hypertonie mit ausgesprochen schlechter Prognose,
- kontrastmittelinduziertes akutes Nierenversagen mit Nierenersatzbehandlungspflicht,
- Sepsis,
- hirnorganisches Psychosyndrom.

#### **Bekannt Vorerkrankungen:**

- chronische Niereninsuffizienz Stadium III,
- Diabetes mellitus mit diabetischer Polyneuropathie,
- handgroße Ulcera crura beidseits
- Chronisches Vorhofflimmern, orale Antikoagulation,
- primäre Rechtsherzinsuffizienz,
- periphere arterielle Verschlusskrankheit beidseits,
- Z.n. komplexer Herzoperation,
- atherosklerotische Herzkrankheit mit koronarer Drei-Gefäßerkrankung,
- V.a. Leberzyste linker Lappen,
- Raumforderung der linken Niere.

Bei der Analyse der individuellen sozialen, weltanschaulichen und organisatorischen Fakten wird festgestellt, dass der Patient weder eine Patientenverfügung noch eine Vorsorgevollmacht besitzt. Es wurde versucht, den mutmaßlichen Willen, bzw. das Wertesystem durch eine ausführliche Fremdanamnese mit der Ehefrau, der Tochter und einer Enke-

lin zu erheben. Herr L. sei ein tatkräftiger, durchsetzungsstarker, in persönlichen Dingen und bezogen auf die Krankheit schweigsamer Mann gewesen. Er habe als Kraftfahrzeugschlosser gearbeitet und war selbstständig. In letzter Zeit sei er auffällig reizbar und kaum ansprechbar auf seinen Gesundheitszustand gewesen. Er glaube, was von allein komme, gehe auch wieder von allein. Er habe nie sterben wollen und das Thema Tod in allem vermieden. Sein Bruder sei mit 20 Jahren durch einen Verkehrsunfall verstorben. Er sei religiös gebunden, lebe aber mit der Kirche im Konflikt.

Zu Intensivmedizin oder Pflege gibt es keine direkte Aussage, aber es scheint ein strikter Wunsch nach Selbständigkeit zu bestehen. Hinsichtlich der multiplen Erkrankungen wie chronischer Herzerkrankung, Diabetes und Folgeerkrankungen hätte der Patient eine gute Compliance.

Herr L. lebt mit der Ehefrau und der Familie der Tochter in einem Haus und war trotz der Herzerkrankung bisher mobil und habe sich am Familienalltag beteiligt. Vor einem Jahr feierte das Ehepaar goldene Hochzeit mit einer großen Feier. Durch einen schweren Verkehrsunfall der Tochter war Herr L. im letzten Jahr stark emotional belastet.

Im dritten Schritt wird versucht, subjektive und objektive Faktoren zu bewerten. Nach medizinischer Prognose ist Herr L. nicht sterbend. Die Herzfunktion ist begrenzt. Die Überlebenszeit wird mit 3 bis 6 Monaten angegeben. Lungenfunktion und Nierenfunktion sind eingeschränkt. Eine Beatmung ist notwendig, aber höchstwahrscheinlich mit Langzeitentwöhnung oder auch dem Risiko einer Dauerbeatmung verbunden. Nach medizinischer Prognose und nach mutmaßlichem Patientenwillen würde Herr L. eine wahrscheinliche Dauerbeatmungssituation und den damit verbundenen Autonomieverlust nicht tolerieren. Es besteht der Eindruck, dass die Forderung der Angehörigen nach einer maximalen Behandlung des Patienten aus großer Angst vor dem endgültigen Abschied erwächst. Der Wunsch nach Maximaltherapie ist am ehes-

ten als Wunsch der Angehörigen im Sinne einer Trauervermeidung verstehbar.

Nach ausführlicher Diskussion legen sich alle Anwesenden im Konsens auf folgende Empfehlungen fest:

- keine Intubation und damit maschinelle Beatmung,
- keine Dauerreanimation, Begrenzung der Katecholamintherapie,
- sonst Therapie unverändert fortsetzen, Trend abwarten,
- bei deutlichem Abwärtstrend symptomorientierte Therapie (Palliation),
- keine Verlängerung eines Sterbeprozesses,
- bei Aufwärtstrend Verlegung in spezialisierte Intensivstation in Verbindung mit der Möglichkeit einer Nierenersatzbehandlung,
- Gespräch mit den Angehörigen über die ethische Empfehlung,
- Unterstützung des Trauerprozesses der Angehörigen.

Der behandelnde Arzt folgte den Empfehlungen aus der Ethikberatung. Herr L. verstarb schon zwei Tage später, nachdem die Therapie begrenzt worden war. Es gelang, die Angehörigen auf den Sterbeprozess vorzubereiten, die schließlich die schwere Erkrankung von Herrn L. und seinem mutmaßlichen Willen verstehen und respektieren konnten und mit Hilfe einer Seelsorgerin dem Sterbenden beistanden.

Korrespondenz:

Dr. med. Michael Mendt,  
Städtisches Krankenhaus Dresden-Neustadt,  
Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie,  
Industriestraße 40, 01129 Dresden

<sup>1</sup> Beauchamp T L, Childress J F: Principles of Biomedical Ethics, 5th edn. Oxford University Press, 2001,

<sup>2</sup> Norbert Steinkamp, Bert Gordijn: Ethik in der Klinik – ein Arbeitsbuch / Zwischen Leitbild und Stationsalltag

<sup>3</sup> Sass, Hans-Martin. Das Ulmer Modell medizinethischer Lehre – Bochum: Zentrum für Medizinische Ethik, 1999

<sup>4</sup> Rogers C.R (1972): Die klientenzentrierte Psychotherapie, München: Kindler,

<sup>5</sup> Rosenberg M. B. und Holler I: Gewaltfreie Kommunikation: Eine Sprache des Lebens, von Junfermannsche Verlagsbuchhandlung GmbH (Kindle Edition – 15. Juni 2011)

<sup>6</sup> Sass HM, Viehues H (1987): Bochumer Arbeitsbogen zur medizinethischen Praxis

<sup>7</sup> Norbert Steinkamp, Bert Gordijn: Ethik in der Klinik – ein Arbeitsbuch / Zwischen Leitbild und Stationsalltag

## Crescendo für CrescNet

### Die Initiative zur Früherkennung von Wachstumsstörungen

Kinder mit Wachstumshormonmangel werden erfolgreicher behandelt, je früher mit der wachstumsstimulierenden Therapie begonnen wird. Das war 1998 der Grund für Prof. Dr. med. habil. Eberhard Keller, das computergestützte Früherkennungssystem für Störungen des Wachstums und der Gewichtsentwicklung (CrescNet) ins Leben zu rufen. Prof. Dr. Keller war bis 2006 pädiatrischer Endokrinologe und Auxologe an der Universitätskinderklinik Leipzig. Seither werden interessierte Kinderarztpraxen mit Präzisionslängenmessgeräten ausgestattet. Das medizinische Personal wird in Schulungen für die Messmethodik und die Genauigkeit beim Messen sensibilisiert. Kinder mit einer diagnostizierten Wachstumsstörung werden von Fachärzten für pädiatrische Endokrinologie in spezialisierten Behandlungszentren behandelt. Mit CrescNet steht den Kinder- und Jugendärzten und den pädiatrischen Endokrinologen eine überregionale Plattform nach wis-

senschaftlichen Grundsätzen für ihre Arbeit zur Verfügung.

Das Projekt CrescNet war in den Anfängen zunächst lokal auf den Behandlungsraum Leipzig beschränkt. Mit Erfolg: Von Kinderärzten, die sich am CrescNet beteiligten, wurden Patienten mit Störungen in der Wachstumsentwicklung früher an das Behandlungszentrum Leipzig überwiesen. Damit konnten die Erfolgsaussichten einer Therapie verbessert werden (Dt. Ärzteblatt 2011, Heft 8, Seiten 123ff).

Überzeugt von der Wichtigkeit des Systems, hat Prof. Dr. Keller das Projekt CrescNet 2006 in eine gemeinnützige GmbH überführt. Heute kooperieren 311 Arztpraxen und 26 Behandlungszentren in ganz Deutschland mit CrescNet. So profitieren ca. 500.000 Kinder und Jugendliche von diesem Früherkennungssystem. Da CrescNet über mehr als 2 Mio. pseudonymisierte und nahezu tagaktuelle Wachstumsdaten verfügt, ist es anhand von wissenschaftlichen Auswertungen möglich, Entwicklungstendenzen in der Bevölkerung zu erkennen. So lässt sich mithilfe von CrescNet feststellen, dass im Jahr 2011 das Gewicht bei 22 Prozent der Jungen im Alter von 9 bis 16 Jahren

über der 90. Perzentile lag. Sie sind damit übergewichtig. Im Jahr 2001 waren unter den Jungen im Alter von 9 bis 16 Jahren 16,5 Prozent übergewichtig. So ist die CrescNet gGmbH ein gefragter Partner, um wissenschaftliche Projekte, wie zum Beispiel in der Adipositasforschung und -prävention, zu unterstützen.

Die CrescNet gGmbH ist auf Spenden und Drittmittelgeber angewiesen. Herr Prof. Dr. Keller hat mit unerschöpflichem Ideenreichtum und hohem Engagement CrescNet über 13 Jahre zuerst als Drittmittelprojekt an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendliche und ab 2006 als eigenständiges, gemeinnütziges Unternehmen erfolgreich geführt. Aus Altersgründen hat er nun die Geschäftsführung abgegeben, steht jedoch auch weiterhin als Screeningbeauftragter und Ratgeber in allen Fachfragen zur Verfügung.

Neuer Geschäftsführer ist Prof. Dr. med. Roland Pfäffle, Leiter der Abteilung pädiatrische Endokrinologie und Gastroenterologie an der Universitätskinderklinik in Leipzig.

CrescNet gGmbH  
Prof. Dr. med. Roland Pfäffle,  
Philipp-Rosenthal-Str. 27b, 04103 Leipzig,  
E-Mail: info@crescnet.org, www.crescnet.org

## Austauschbarkeit von Impfstoffen

Aus aktuellem Anlass verweist die Sächsische Impfkommision auf ein Schreiben des Präsidenten des Paul-Ehrlich-Institutes – Bundesinstitut für Impfstoffe und biologische Arzneimittel – (PEI) vom 5. März 2012 und auf eine Stellungnahme des Verbands der forschenden Pharma-Unternehmen (vfa) vom 9. Juli 2012 zu gleichem Betreff mit dem eindeutigen Urteil: Eine generelle Austauschbarkeit von Impfstoffen als biologische Produkte ist nach dem derzeitigen wissenschaftlichen Kenntnisstand nicht gegeben. Einzelheiten siehe Schreiben des PEI vom 05.03.2012 und vfa vom 09.07.2012, nachzulesen in der Online-Ausgabe des „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 8/2012, unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de)

Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl, Chemnitz

## 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 Annaberg

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich\*)

Reg.-Nr. 12/C043

### Chemnitz-Stadt

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe/SP Gynäkologische Endokrinologie u. Reproduktionsmedizin (Vertragsarztsitz in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft) Reg.-Nr. 12/C044

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.08.2012

### Aue-Schwarzenberg

Facharzt für Innere Medizin – fachärztlich

(Vertragsarztpraxis mit angestelltem Arzt/hälftig)

Reg.-Nr. 12/C045

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.08.2012

### Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 12/C046

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.09.2012 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder -403 zu richten.

### Bezirksgeschäftsstelle Dresden

#### Dresden-Stadt

Psychologischer Psychotherapeut (Abgabe des hälftigen Vertragsarztsitzes)

Reg.-Nr. 12/D038

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.08.2012

Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Reg.-Nr. 12/D039

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.08.2012

#### Bautzen

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

Reg.-Nr. 12/D040

#### Löbau-Zittau

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten

Reg.-Nr. 12/D041

#### Meißen

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

(Abgabe des hälftigen Vertragsarztsitzes)

Reg.-Nr. 12/D042

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.08.2012

#### Sächsische Schweiz

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

Reg.-Nr. 12/D043

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich\*)

Reg.-Nr. 12/D044

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.09.2012 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 88 28-310 zu richten.

### Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Leipzig-Stadt

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

(Teil einer Berufsausübungsgemeinschaft)

Reg.-Nr. 12/L039

Psychologischer Psychotherapeut

Reg.-Nr. 12/L040

#### Muldentalkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

Reg.-Nr. 12/L041

#### Delitzsch

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

Reg.-Nr. 12/L042

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

Reg.-Nr. 12/L043

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.09.2012 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. 0341 24 32-153 oder -154 zu richten.

## Abgabe von Vertragsarztsitzen

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

### Bezirksgeschäftsstelle Dresden Weißeritzkreis

#### Görlitz-Stadt/Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)

in Krauschwitz

geplante Praxisabgabe: 2. Quartal 2014

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 88 28-310.

### Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Leipziger Land

Facharzt für Pathologie

geplante Praxisabgabe: Anfang 2013

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

## **Bundeseinheitliche Rufnummer – 116 117**

**Einige kritische Bemerkungen zur neuen Nummer 116 117, „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 5/2012, Seite 190**

Aus der Sicht der deutschen Notfallmediziner sind durchaus einige kritische Bemerkungen angebracht, wenn es um die neue Telefonnummer für den ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung geht. So ist festzustellen, dass ein großer Teil der Bürger nach den Veröffentlichungen zu der neuen Nummer „116 117“ zutiefst verunsichert ist und eben nun nicht mehr weiß, wann man sich zu welchem Anlass an diese Nummer zu wenden hat. Dazu haben Veröffentlichungen in den Medien beigetragen, die Anfang des Jahres 2012 von einer „neuen Notrufnummer“ oder von einer „neuen Nummer für den Notfalldienst“ gesprochen haben. So meldet [www.rtl.de](http://www.rtl.de) am 15.04.2012 „116 117 – neuer Arztnotruf startet“. Schuld an den Verunsicherungen sind wir Ärzte aber selbst, weil wir noch immer nicht sprachlich deutlich das eine vom anderen unterscheiden. Das eine ist nämlich der Notarzt-dienst, als Bestandteil des Rettungsdienstes, der für die Versorgung echter Notfälle, also lebensbedrohlicher Erkrankungen und Unfälle, zuständig ist. Und das andere ist der vertragsärztliche Bereitschaftsdienst (Fahrdienst), der sich mit den medizinischen Dringlichkeitsfällen befasst. Deswegen wäre es besser, diesen Baustein ärztlicher Versorgung als Dringlichen Hausbesuchsdienst (DHD) zu bezeichnen. Der Bürger vermag bisher beide Bausteine sehr wohl zu unterscheiden, denn wenn er eine der bisher in Deutschland vorhandenen ca. 1.000 Telefonnummern des Hausbesuchsdienstes wählt, muss er an den eintreffenden Arzt 10,00 Euro Praxisgebühr entrichten. Und er weiß sehr genau, dass er dies bei Nutzung der Nummer 112 nicht tun muss. Alleine dadurch wird zunehmend der Notarzt-dienst mit medizinischen Bagatellfällen überfrachtet.

Hier zeigt sich anschaulich der negative Effekt einer sinnlosen Steuerungspauschale.

Es wäre richtiger gewesen, eine einheitliche Rufnummer für alle medizinischen Hilfeersuchen einzurichten und es einer gut organisierten integrierten Rettungsleitstelle zu überlassen, den Bürgeranruf zu qualifizieren und entsprechend zuzuordnen. Dies war in der DDR mit der Nummer 115 möglich und üblich. Die Rufnummer 115 wurde aber 1993 in vorseilendem Gehorsam eliminiert und hat jetzt seine Wiedergeburt als Verwaltungsruf erfahren, worüber man zum Beispiel ein Formular zur Hundesteuer anfordern kann. Alte und erfahrene ostdeutsche Notfallmediziner können das nicht verstehen.

Zudem ist die neue sechsstellige Nummer wenig logisch und hat wohl kaum Chancen, in absehbarer Zeit in das Gedankengut des Normalbürgers Eingang zu finden. Es ist auch nicht konsequent, dass die „neue Nummer“ nicht in allen Rettungsleitstellen aufläuft. Alle langjährigen Argumente der Notfallmediziner wurden hier völlig ignoriert.

Um den misslichen Umstand zumindest etwas zu „heilen“, wäre es alleine aus den oben geschilderten Gründen nur konsequent, nun endlich die Praxisgebühr abzuschaffen.

Dr. med. Michael Burgkhardt  
Leipzig

## 50 Jahre Flugmedizin in Königsbrück

### 1. Gründung und Entwicklung des Institutes für Luftfahrtmedizin

Die Entwicklung der Zivil- und Militärluftfahrt in der DDR erforderte auch die flugmedizinische Begutachtung des fliegenden Personals durch eine medizinische Untersuchungsstelle mit luftfahrtspezifischem Profil, was zunächst durch das Speziallazarett des Aeroklubs in Cottbus mit einem begrenzten Leistungsumfang wahrgenommen wurde. Deshalb erschien die Gründung eines Institutes für Luftfahrtmedizin sinnvoll, das neben der flugmedizinischen Begutachtung auch die Voraussetzungen für eine wissenschaftliche Bearbeitung relevanter Fragestellungen besaß.

Die Gründung des Institutes für Luftfahrtmedizin (ILM) der Luftstreitkräfte und Luftverteidigung (LSK/LV) der NVA erfolgte am 10.10.1961 im Kurheim der Kasernierten Volkspolizei-Luft in Königsbrück. Von diesem Institut wurden die Aufgaben der luftfahrtmedizinischen Begutachtung des fliegenden Personals der NVA und zunächst auch der zivilen Luftfahrt der DDR (1) übernommen. Ab 1965 erfolgte jedoch die luftfahrtmedizinische Begutachtung für alle Lizenzträger der Zivilluftfahrt der DDR (Klasse 1 und 2, Klasse 3, Segelflug und Fallschirmsport der Gesellschaft für Sport und Technik (GST)) von der Fliegerärztlichen Untersuchungsstelle Berlin-Schönefeld (2). Strukturell gliederte sich das ILM in einen klinisch-gutachterlichen und in einen wissenschaftlich-experimentellen Bereich. Der klinisch-gutachterliche Bereich umfasste zunächst mehrere Stationen der klinischen Medizin (Innere Medizin, Neurologie und Psychiatrie, Otorhinolaryngologie, Ophthalmologie) sowie Belegbetten für Chirurgie und Zahnheilkunde und die Flugmedizinische Kommission (FMK). Der wissenschaftlich-experimentelle Bereich umfasste zwei stationäre Unterdruckkammern, eine fahrbare Unterdruckkammer, die wissenschaftliche Bibliothek, das wissenschaftliche Zeichen-Büro, eine Vervielfältigungs-Abteilung und später auch eine Trainingsvorrichtung

für das vertikale Katapultieren von Piloten am Boden. In den folgenden Jahren erfolgten strukturelle Anpassungen gemäß präzisierter Aufgabenstellungen, die durch

- eine Reduzierung der klinisch-therapeutischen Tätigkeit,
- eine systematischen Ausweitung der leistungsdiagnostischen Untersuchungsverfahren (Höhen-Klimakammer, Humanzentrifuge (HZF), automatischer Drehstuhl, computergesteuerter spiroergometrischer Messplatz und anderes) und
- eine immer speziellere physische und psychologische Trainingsmethodik für die verschiedenen fliegerischen Verwendungen gekennzeichnet waren (1).

Ende der 80er-Jahre war das ILM in folgende Abteilungen untergliedert: Gutachterlich-klinische Abteilung (incl. FMK), Funktionsdiagnostische Abteilung, Psychophysiologische Abteilung, Abteilung Simulation Extremalfaktoren und die Abteilung Konditionierung (1).

Die chronologische Referierung aller in die flugmedizinische Begutachtung eingeführten medizinischen Untersuchungsmethoden sowie der luftfahrtspezifischen Untersuchungen, der technischen Neuentwicklungen und der organisatorischen Strukturierung würde im vorliegenden Beitrag zu weit führen, weshalb nur auszugsweise einige wichtige Untersuchungsmethoden, Arbeitsschwerpunkte und außergewöhnliche Aufgaben aufgeführt sein sollen:

- Für Untersuchungen der Höhentoleranz wurden bereits ab 1960 die zwei stationären Unterdruckkammern für jeweils 4 bis 5 Personen genutzt.
- Im Zusammenhang mit der Umrüstung der Jagdflieger-Geschwader von den Jagdflugzeugen Mig-17 und Mig-19 auf das Jagdflugzeug Mig-21 mit einer Gipfelhöhe von über 20 Kilometern war ab dem Jahre 1963 angesichts einer speziellen Höhenschutzausrüstung (Druckanzug, Drucksocken, Spezialhandschuhe, hermetischer Helm, Sauerstoffgerät für die Überdruckatmung) auch eine qualifizierte Anpassung der Höhenschutzbeklei-

dung und eine Verträglichkeitstestung der Sauerstoff-Überdruckatmung am Boden erforderlich.

- Die wissenschaftliche Arbeit war auf aktuelle Probleme der Begutachtung, ernährungs- und arbeitshygienische Fragestellungen, die Problematik der Ermüdung sowie auf den Einfluss der hypoxischen Hypoxie (Sauerstoffmangel unter Höhenbedingungen) auf die Funktionen der Sinnesorgane und des Kreislaufs orientiert.
- Eine besondere Erwähnung verdient das Bemühen um die Einordnung der Ingenieur- und Ergonomischen Psychologie in die luftfahrtmedizinische Begutachtung.
- Ab 1962 erfolgte zum ILM die administrative Zuordnung der medizinischen Betreuung der Lehrgangsteilnehmer während der periodischen Konditionslehrgängen der Jagdflieger und Hubschrauberführer an verschiedenen Standorten und ab 1965 die administrative Zuordnung des Konditionsheims in Rugiswalde/Ostsachsen insgesamt.
- In Königsbrück wurden eine Sport- und eine Fliegertrainingshalle errichtet, die eine zunehmende Auslastung durch Sporttests während der ambulanten flugmedizinischen Begutachtung und die Durchführung spezieller Sportprogramme während stationärer Behandlungen und Lehrgänge erfuhren.
- In den Jahren 1965 bis 1968 trainierten Radsportler, Geher, Sportschützen unter simulierten Höhenbedingungen in den Unterdruckkammern für die Olympischen Spiele in Mexiko-City 1968, zum späteren Zeitpunkt auch Boxer und Sportler anderer Sportarten.
- Erste Untersuchungen zur Beschleunigungstoleranz der Jagdflieger aus flugmedizinischer Indikation erfolgten Ende 1969 auf der Humanzentrifuge des Flugmedizinischen Institutes der polnischen Luftstreitkräfte in Warschau unter Mitwirkung von Ärzten des ILM.
- Erste elektrokardiographische Untersuchungen zur Belastungstoleranz während des aktiven

Fliegens eines Hubschraubers erfolgten aus flugmedizinischer Indikation Ende 1969.

- Anfang der 70er Jahre begann verstärkt die wissenschaftliche Arbeit auf den Gebieten der physischen und psychischen Leistungsfähigkeit.
- Theoretische und praktische Arbeiten beschäftigten sich mit der operationellen Zuverlässigkeit des fliegenden Personals und biotelemetrischen Inflightuntersuchungen. (3)
- Arbeitsmedizinische Untersuchungen befassten sich mit der „Einschätzung und Verbesserung der Arbeitsbedingungen ...“ sowie der Modernisierung der Spezialbekleidung für Piloten, so auch mit der Entwicklung eines Seenotrettungsanzuges (1972 bis 1977) (3).
- Ab Ende der 80er Jahre wurden beim Training auf der HZF Beschleunigungsprofile genutzt, die denen der Flugmanöver von Jagdflugzeugen nahe kamen. (3)
- Die Entwicklung eines Gerätes zur Tubenfunktionsmessung ergänzte die Testung der Hörentoleranz. (4)

## 2. Beteiligung des Institutes für Luftfahrtmedizin an der bemannten Raumfahrt

Im Jahre 1973 begann die wissenschaftliche Mitarbeit des ILM in der Ständigen Arbeitsgruppe Kosmische Biologie und Medizin der am Programm Interkosmos beteiligten sozialistischen Länder und vom 03. bis 04. August 1976 überraschend im ILM eine Vorauswahl von Jagdfliegern für spezielle Aufgaben, ohne dass die Mitarbeiter des ILM zunächst wussten, worum es eigentlich geht. Dies wurde erst während der Durchführung eines Vorbereitungslehrganges für die ausgewählten Jagdflieger vom 01.10. bis 02.11.1976 im ILM deutlich, nach dem dann noch einmal eine erweiterte flugmedizinische Begutachtung unter Teilnahme sowjetischer Spezialisten erfolgte. Alle weiteren Vorbereitungen eines Deutschen auf den Raumflug erfolgten in der Sowjetunion.

Tabelle 1: Raumfahrtmedizinische Experimente des ILM

Experiment	inhaltliche Charakterisierung	verantwortliches Fachgebiet
„Audio“	Hörschwellenprüfung wegen der erheblichen Lärmbelastung im Raumschiff MIR	HNO-Heilkunde
„Sprache“	Analyse der Frequenz- und Amplituden-Charakteristika der Sprache zur emotionalen Anspannung	Arbeitsmedizin
„Zeit“	Reaktionszeitmessung und Zeitstreckenschätzung von 10 Sekunden im Interesse evtl. notwendiger Korrekturen des Arbeitsplans der Kosmonauten	Psychologie
„Befragung“	Nutzung des Fragebogens BMS-II zum Befinden	

Die von Mitarbeitern des ILM erarbeiteten und während des gemeinsamen Raumfluges von Oberst SIGMUND JÄHN und Oberst WALERI F. BYKOVSKIJ vom 26.08.-03.09.1978 durchgeführten Experimente (Tab. 1) fanden in der Öffentlichkeit ein breites Interesse.

Weitere raumfahrtmedizinische Experimente wurden in den Folgejahren gemeinsam mit sowjetischen und anderen Partnern vorbereitet und realisiert.

## 3. Wissenschaftliche Leistungen des Institutes für Luftfahrtmedizin

Der Personalbestand des ILM war Ende der 80er-Jahre auf über 30 „Armeeangehörige“ (vor allem Ärzte, einige Verwaltungsoffiziere und Soldaten) und zirka 220 „Zivilbeschäftigte“ (Ärzte, Schwestern, medizinisch-technische Assistenten, Ingenieure, Techniker, Verwaltungsangestellte, Kraftfahrer, Küchenpersonal) angewachsen. Am 30.09.1990 betrug er insgesamt 215 Mitarbeiter, davon 55 Ärzte und wissenschaftliche Mitarbeiter verschiedener Qualifikationen (1).

Die umfangreiche wissenschaftliche Arbeit auf der Grundlage der Untersuchungen zur flugmedizinischen Begutachtung, aber auch einzelner experimenteller Untersuchungsansätze fand in einer Vielzahl von Publikationen sowie erfolgreich verteidigter Diplomarbeiten und Dissertationen zur Promotion A und zur Promotion B ihren Ausdruck. Acht Dissertationen (Promotion B) wurden in den Jahren 1970 bis 1989 von Fachärzten für Arbeitsmedizin, Innere Medizin, Neurologie und Psychiatrie, Pathophysiologie und Physiologie erarbeitet und erfolgreich verteidigt. Die Lehrtätigkeit der ärztlichen Mitarbeiter des ILM umfasste die flug-

medizinische Grundausbildung der Flugschüler mit einem Vorlesungszyklus von 40 Stunden, die flugmedizinische Weiterbildung der Flugzeugführer erfolgte mittels Broschüren und der Durchführung von Lehrgängen für Geschwaderärzte und andere Fachoffiziere.

Auf der Grundlage der wissenschaftlichen Erkenntnisse wurde die luftfahrtmedizinische Begutachtung durch psychologische, psychophysiologische und leistungsphysiologische Untersuchungen ergänzt und enger mit der Konditionierung des fliegenden Personals unter Einbeziehung psychoprophylaktischer und sporttherapeutischer Elemente verzahnt. Schließlich wurde unter Einsatz erheblicher wissenschaftlicher Eigenleistungen des ILM 1986 eine Humanzentrifuge und 1987 eine Höhen-Klima-Simulationsanlage in Betrieb genommen.

## 4. Profilierung der Abteilung Flugphysiologie des Flugmedizinischen Institutes der Luftwaffe

Nach der Übernahme der NVA durch die Bundeswehr wurde das ehemalige ILM vom 01.04.1991 bis zum 31.12.1994 als Außenstelle der Luftwaffe für Flugmedizin weiter geführt. In Anpassung an die Aufgaben des Flugmedizinischen Institutes der Luftwaffe in Fürstenfeldbruck (bei München) erfolgte seine inhaltliche Profilierung für diagnostische und wehrtechnische Untersuchungen sowie flugphysiologische Ausbildungslehrgänge unter besonderer Berücksichtigung der Beschleunigungs-, Höhen- und Klimaphysiologie.

„Die mit neuen Ausbildungsinhalten angebotene aufgabenorientierte flugphysiologische Ausbildung für



Abb. 1: Flugmedizinisches Institut der Luftwaffe, Abteilung Flugphysiologie, Königsbrück

© Archiv: Dr. med. B. Brix u. Mitarb., 2009

das fliegende Personal der Bundeswehr erfüllt nicht nur die Voraussetzungen, die als Mindeststandard in der NATO gefordert sind, sondern bietet mit den weiteren Schwerpunkten Sportphysiologie und Flugpsychologie von Beginn an einen attraktiven und inzwischen unverzichtbaren Beitrag zur Flugsicherheit und zur Gesundheitsvorsorge“ (5). Ab dem 01.01.1995 wurde die Dienststelle mit ihrem neuen Aufgabenprofil als Abteilung II in das Flugmedizinische Institut der Luftwaffe integriert, das sich aktuell in die Abteilungen Fliegerärztliche Untersuchung, Flugphysiologie, Wissenschaft und Lehre Flugmedizin, Ergonomie, Rechtsmedizin und Flugunfallmedizin sowie Flugpsychologie untergliedert.

Um auf eventuelle Notfälle bei Höhentests besser reagieren zu können, wurde im Januar 1995 eine größere Überdruckkammer in Betrieb genommen, in der sich der behandelnde Arzt während der Überdruckbehandlung mit aufhalten kann (6). (Abb. 1)

Die Abteilung Flugphysiologie ist die einzige Dienststelle der Luftwaffe im Freistaat Sachsen und bleibt auch nach der Bundeswehrreform in ihrem Bestand. In ihr werden Flugzeugbesatzungen, Höhenfallschirmspringer, Fliegerärzte und Fliegerarztgehilfen theoretisch und praktisch aufgabenspezifisch in Flugphysiologie ausgebildet. Für die Ausbildung stehen neben modernen Unterrichtsräumen die modernen Simulationsanlagen zur Verfügung. Auch ein Training auf dem sog. Desorientierungstrainer (spezifischer Flugsimulator), und in zwei bestens ausgestatteten Sporthallen (eine auch mit Sprungtuch, Überschlagschaukel,

stehendem Rhönrad und Triplex), gehört zum Lehrgangsaltag.

Für die theoretische und praktische flugphysiologische Ausbildung verbringen die Lehrgangsteilnehmer mehrere Tage in Königsbrück. Dabei werden den Besatzungen von Luftfahrzeugen in Grund- und Wiederholungslehrgängen die Auswirkungen des Fluges unter den entsprechenden Umweltbedingungen vermittelt. Die vier Ausbildungsfelder sind Höhenphysiologie und Sauerstoffmangelprobleme, Beschleunigungsphysiologie, Nacht- und Sensorflug (Flug nach Geräten) sowie die räumliche Desorientierung. Die intensive theoretische und militärische Ausbildung müssen alle Träger einer militärischen Fluglizenz im Abstand von vier Jahre wiederholen (7). Neben der praktischen und wissenschaftlichen flugmedizinischen Arbeit wird auch Gruppen interessierter Schüler und Erwachsener aus dem zivilen Bereich die Möglichkeit gewährt, die Tätigkeit der aktuell zirka 40 Mitarbeiter der Abteilung kennen zu lernen. Ein Höhepunkt dieses Engagements in der Öffentlichkeitsarbeit war die Teilnahme an der Dresdner Nacht der Wissenschaften im Jahre 2010, die zirka 1.200 Besucher nutzten. Besonders zu erwähnen ist der Besuch des Ministerpräsidenten von Sachsen Stanislaw Tillich mit Gattin.

Um die vielfältigen Untersuchungsmöglichkeiten unter extremen Umweltbedingungen möglichst umfangreich zu nutzen, erfolgte und erfolgt die wissenschaftliche Zusammenarbeit mit den Universitäten in Mainz und Dresden sowie mit anderen zivilen Einrichtungen und militärischen Dienststellen (7).

Die gegenwärtigen Aufgabenbereiche der Abteilung sind vielfältig und betreffen neben der Ausbildung auch spezielle flugmedizinische Untersuchungen, die Forschung unter Nutzung der Simulation extremer Umweltbedingungen sowie die Erprobung von Geräten unter diesen Bedingungen. Dies alles dient der Flugsicherheit, dem Erhalt der Leistungsfähigkeit des fliegenden Personals sowie seiner Überlebensfähigkeit in Not- oder Unfall-Situationen.

## 5. Nutzung der Simulationsanlagen der Abteilung Flugphysiologie

Flugmedizinische/s Training und Forschung erfolgen in der Hochleistungszentrifuge und Höhen-Klima-Simulationsanlage, auf dem Desorientierungstrainer und mit anderen Geräteausrüstungen (Tab. 2). „Durch die technische Modernisierung der Humanzentrifuge in den Jahren 2004 bis 2006, die für die realitätsnahe Ausbildung von Piloten des EF 2000/Typhoon (Eurofighter) erforderlich wurde, sowie die Installierung eines kleinen Flugsimulators für die Demonstration räumlicher Orientierung und einer Nachtsicht-Demonstrationsanlage zum besseren Verständnis der physiologischen Besonderheiten bei der Nutzung von Nachtsichtgeräten ist die Abteilung zur Erfüllung ihres Auftrages bestens aufgestellt“ (5). Es wird eingeschätzt, dass die Abteilung Flugphysiologie eine der führenden Einrichtungen in der Welt auf dem Gebiet der Flugphysiologie ist (6).

Mit der HZF (Abb. 2) können die Piloten den Trägheitskräften in allen drei Körperachsen (x-, y- und z-Achse) ausgesetzt werden, in dem der Pilot in der Kabine der HZF mit verschiedener Geschwindigkeit und evtl. auch mit verschiedener Kippung der an einem Träger aufgehängten Kabine um die Drehachse des Gesamtsystems gedreht wird und so die Beschleunigungskräfte wirksam werden. Die Maximalbeschleunigung in sitzender Position mit der Beschleunigungswirkung in Richtung der Körperlängsachse vom Becken zum Kopf bzw. der Trägheitswirkung für alle Körperorgane in Richtung Kopf → Becken beträgt +15 G, also den 15-fachen Wert der Erdbeschleunigung. Dieser hohe Wert wird beim Training jedoch nicht genutzt, sondern nur deutlich geringere Werte, die laut Ausbildungsstandard den Werten im realen Flug entsprechen. Durch die Flugparameter der modernsten Kampfflugzeuge wurde auch die Simulation von Roll- und Nickbewegungen auf der HZF notwendig.

„Für die Erstausbildung von Flugschülern für die Jet-Kampfflugzeugausbildung wurde ein spezielles Anti-G-

Tab. 2: Aktuelle Untersuchungs-, Trainings- und Behandlungsmöglichkeiten

wirksame Belastungsfaktoren	Untersuchungs-, Trainings- und Behandlungseinrichtungen	Nutzung, Anwendungen
Beschleunigung in allen räumlichen Richtungen	Hochleistungszentrifuge / Humanzentrifuge (HZF)	Schulung, Training, medizinische Untersuchungen
intrapulmonaler Überdruck	Anti-G-Trainingsgerät	Training aktiver und passiver Maßnahmen zur Erhöhung der Beschleunigungstoleranz
verminderter atmosphärischer Druck, Sauerstoffmangel	Höhen-Klima-Simulationsanlage (HKS)	Schulung über Sauerstoffmangelsymptome und adäquates Verhalten
schlagartige Verminderung des atmosphärischen Druckes	Dekompressionskammer	Überprüfung der Funktionstüchtigkeit der Höhenschutzausrüstung
atmosphärischer Überdruck	hyperbare Simulationsanlage	Therapie von Personen mit Dekompressionsstörungen
Diskrepanzen zwischen den Sinneswahrnehmungen	Desorientierungstrainer (DOT) bzw. Desorientierungsdemonstrator	Training des fliegerischen Verhaltens in flugphysikalisch ungewöhnlichen Situationen und meteorologisch komplizierten Bedingungen
Dämmerung und Dunkelheit	Nachtsicht-Demonstrationsanlage	Training des Gebrauchs von Nachtsichtbrillen
sportliche Belastungen verschiedener Art	Sport- und Fliegertrainingshalle	Testung der sportmotorischen Fähigkeiten und Fertigkeiten

Trainingsgerät entwickelt, das es ermöglicht, die Koordination und Wirksamkeit aktiver und passiver Maßnahmen zur Erhöhung der Überlastfähigkeit („G-Schutz“) zu erlernen und zu trainieren. Spezielle Atemmanöver und Muskelanspannung führen zu einem erwünschten kurzfristigen Anstieg des Blutdrucks, der zu Ausbildungszwecken kontinuierlich gemessen und angezeigt wird“ (5). Mit der HKS (Abb. 3) können Höhenbedingungen bis zu 25.000 Meter (82.000 ft) durch die Schaffung von Unterdruck in einer hermetischen, aber belüfteten Kammer simuliert werden.

Die Demonstration eines Sauerstoffmangels unter Bedingungen, die den realen Druckhöhen im jeweiligen Cockpit entsprechen, hat für Luftfahrzeugbesatzungen ebenfalls eine besondere Bedeutung, um sie mit der Gefahr eines Sauerstoffmangels vertraut zu machen und die Wirksamkeit der kompensatorischen Herz-Kreislauf-Regulation zu untersuchen. Um die Gesamtheit der Faktoren bei der Simulation der Höhe realitätsgetreu zu gestalten, werden auch Lufttemperatur und relative Luftfeuchte programmgesteuert mit variiert.

„Über 30.000 Männer und Frauen haben seit dem 30. November 1987 einen Lehrgang in der Höhen-Klima-Simulationsanlage absolviert, Piloten und Flugpersonal aus Deutschland, Europa und darüber hinaus“ (8). Zusätzlich kann in einer kleinen Kam-

mer, die der großen Kammer der HKS vorgeschaltet ist, ein schlagartiger Druckabfall (rapide Dekompression) realisiert werden, so wie es unter realen Flugbedingungen durch eine Beschädigung der hermetischen Flugzeugkabine geschehen kann. Zur medizinischen Absicherung der Höhentests und -untersuchungen dient eine Überdruckkammer (hyperbare Simulationsanlage), in der ein Druckaufbau mit Druckluft in Atemluftqualität erfolgt. Diese Kammer dient vor allem der wirksamen Überdruckbehandlung von Personen mit Symptomen einer Dekompressionskrankheit nach einer Höhenexposition.

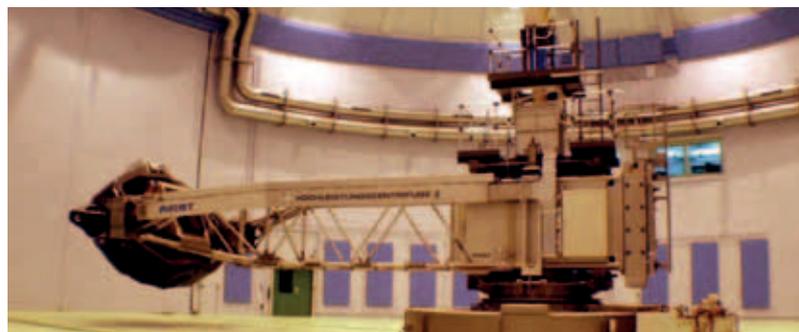


Abb. 2: Humanzentrifuge mit Ein-Mann-Kabine in Betrieb

© Archiv: Dr. med. B. Brix u. Mitarb., 2010

Die außerordentliche Beweglichkeit moderner Kampfflugzeuge in allen räumlichen Achsen führte zwingend zum Training auf dem Desorientierungsdemonstrator (7). Bekanntlich beruht die Orientierungsfähigkeit des Menschen auf der Wahrnehmung visueller, vestibulärer und pro-

priozeptiver Reize und der Fähigkeit, durch die Integration dieser Reize ein mentales Modell des Raumes aufzubauen und darin die eigene Orientierung zu bestimmen. Bei Diskrepanzen zwischen der Bedeutung dieser Reize kann es zu Fehleinschätzungen und Übelkeit kommen, die falsche Entscheidungen bei der Steuerung des Luftfahrzeuges zur Folge haben können. Deshalb müssen sich die Besatzungen von Luftfahrzeugen im Abstand von vier Jahren einem Training auf einem DOT unterziehen, wobei die meteorologischen und flugphysiologischen Bedingungen für mögliche Störungen in der realen Wahrnehmung demonstriert werden.

So absolvieren jährlich 1.600 bis 2.000 Lehrgangsteilnehmer aus dem In- und Ausland diese Ausbildung in Königsbrück (9).

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:  
Doz. Dr. med. habil. Dietrich Wirth, Dresden

## Zehn Jahre Gesprächskreis Ethik in der Medizin

Ethisches Handeln in der Medizin ist ein immanenter Bestandteil des ärztlichen Berufsbildes. Dennoch wissen alle im medizinischen Bereich tätigen Menschen, wie schwierig Entscheidungen im Einzelfall sein können. Weder die medizinische Indikation noch der individuelle Wille lassen sich für die Beteiligten in jedem Fall sofort und eindeutig bestimmen.

Auf der fachlichen Seite sollen ärztliche Leitlinien bei Entscheidungen helfen. Zur Umsetzung des Patientenwillens sind Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht gesetzlich geregelt. Trotz dieser Hilfen bleiben häufig Situationen, in denen Entscheidungen dennoch schwerfallen und eine letzte Unsicherheit bleibt. Deshalb entstanden im stationären Bereich Ethikkomitees, die ihre Beratungskompetenz zur Verfügung stellen. Aber auch die Mitglieder dieser Ethikkomitees stoßen an Grenzen. Hinzu kamen gerade in den letzten Jahren gesetzliche Regelungen und ökonomische Vorgaben, welche Ärzte in ihrem ethischen Handeln maßgeblich beeinflussen.

Aus diesen Gründen wurde 2002 der Gesprächskreis Ethik in der Medizin der Sächsischen Landesärztekammer gegründet und interdisziplinär mit Ärzten, einem Juristen, einem Medizinethiker und einem Theologen besetzt. Geleitet wurde der Gesprächskreis in den ersten neun Jahren von Prof. Dr. med. habil. Otto Bach und Prof. Dr. med. habil. Rolf Haupt. 2011 haben diese Funktion Prof. Dr. med. Frank Oehmichen und Dr. med. Andreas Freiherr von Aretin übernommen. Der Gesprächskreis besteht von Anfang an aus zehn Mitgliedern, die vom Präsidenten aller vier Jahre neu berufen werden.

### Jubiläum

In diesem Jahr besteht dieser Gesprächskreis zehn Jahre. Er kann auf eine beachtliche Bandbreite seiner Tätigkeit zurück blicken. Dies wird besonders an den Themen und Stellungnahmen deutlich, welche über

die Jahre hinweg bearbeitet wurden. So lautete der Titel einer Stellungnahme 2003: „Zentrale Thesen der Sächsischen Landesärztekammer zu ethischen Konsequenzen durch die Gesundheitsreform“. Im gleichen Jahr gab es mehrere Fachdiskussionen zur Patientenverfügung, welche bis heute immer wiederkehren. 2004 ging es um ein anderes gesellschaftliches Phänomen: Die „Sectio auf Wunsch“. Die Diskussion spannte sich zwischen dem Wunsch der Patientin und der Nutzung zu Marketingzwecken.

### Ärztliche oder medizinische Ethik

In Vorbereitung des 1. Treffens der klinischen Ethikkomitees erfolgte zur Bestandsanalyse eine „Umfrage an sächsischen Krankenhäusern zur Existenz und zur Arbeitsweise von Ethikkomitees bzw. von Ethikberatungen“ (2007). Diese bildete die Basis für die weitere Ausrichtung des Gesprächskreises in Richtung praktisch-ethischer Fragestellungen der Sterbebegleitung in unterschiedlichen Versorgungskontexten. Daraus entstanden auch die Thesen zu „Indikation und Patientenwille“.

In den seit 2008 vom Gesprächskreis organisierten Treffen der klinischen Ethikkomitees in Sachsen wurden die vielfältigen Erfahrungen anhand von konkreten Fallbeispielen vorgestellt und dadurch für andere nutzbar gemacht. Dabei wurde auch deutlich, dass es gerade im ambulanten Bereich an Unterstützung fehlt. Auf Initiative von Dr. med. Thomas Lipp und Prof. Dr. med. Frank Oehmichen wurde im Jahre 2009 deshalb durch Fortbildungsangebote und durch eine Vernetzung von stationärer Ethikberatung mit niedergelassenen Ärzten der Grundstein zur Etablierung einer außerklinischen Ethikberatung in Sachsen gelegt, welche durch die gesundheitspolitischen Entwicklungen und den demografischen Wandel mehr und mehr an Bedeutung gewinnt.

### Ethische Fragen heute

Dass der Gesprächskreis hochaktuelle und kontroverse Themen bearbeitet, zeigt, dass die Beschneidung von Jungen aus religiösen Gründen bereits 2007 zum Thema wurde. Der

Gesprächskreis Ethik in der Medizin kam damals ebenfalls zu der Einschätzung, dass es sich bei diesem Eingriff nach deutscher Rechtslage um Körperverletzung handelt und keine medizinische Indikation vorliegt. Das Beratungsergebnis wurde im Ärzteblatt Sachsen unter dem Titel „Beschneidung in Deutschland – Religionsfreiheit oder Körperverletzung?“ veröffentlicht. Weitere Beratungsergebnisse zu „Neuroenhancement – eine thesenhafte Stellungnahme des Ethikgesprächskreises der Sächsischen Landesärztekammer“ und zum „Gesundheitsbegriff aus heutiger Sicht“ wurden im Jahr 2010 ebenfalls im Ärzteblatt Sachsen veröffentlicht.

Aktuell geht es im Gesprächskreis um den Umgang mit Patienten aus anderen Kulturen. Kulturelle Unterschiede können in Kliniken und Praxen zu Konfliktsituationen führen. Den damit verbundenen Herausforderungen müssen sich auch die Ärzte in Sachsen stellen. Der Gesprächskreis möchte prüfen, ob in Sachsen Fortbildungsveranstaltungen zu diesem Themenbereich hilfreich wären und durch die Sächsische Landesärztekammer angeboten werden sollten. Neben der fachlichen Auseinandersetzung in eher geschlossenen und durchaus kontroversen Sitzungen gab es immer wieder auch öffentliche Veranstaltungen wie zum Beispiel die Filmaufführung „Wenn Ärzte töten“, Vorträge im Deutschen Hygiene-Museum Dresden wie „Menschenwürde bis zum Ende leben“ oder in der Gedenkstätte Pirna-Sonnenstein.

Das Themenfeld des Gesprächskreises Ethik in der Medizin ist sehr vielfältig. Die gesellschaftlichen, ökonomischen und moralischen Entwicklungen werden auch in Zukunft mehr ethische Fragen als Antworten liefern. Denen wird sich der Gesprächskreis auch weiterhin widmen.

Kontakt:  
Sächsische Landesärztekammer  
Gesprächskreis Ethik in der Medizin  
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Knut Köhler M.A.  
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## Ausschreibung Hufeland-Preis 2013

Das Kuratorium der Stiftung „Hufeland-Preis“ fordert hiermit alle Ärzte und Zahnärzte öffentlich auf, sich um den „Hufeland-Preis 2013“ zu bewerben. Der im Jahre 1959 erstmalig ausgeschriebene und mit 20.000 Euro dotierte „Hufeland-Preis“ ist der renommierteste Preis auf dem Gebiet der Präventivmedizin.

Prämiert wird jährlich die beste Arbeit auf dem Gebiet der Präventivmedizin, wobei der Preis zwei als gleichwertig anerkannten Arbeiten auch je zur Hälfte zugesprochen werden kann. Die Arbeit muss ein Thema der Gesundheitsvorsorge oder Krankheitsvorbeugung zum Inhalt haben. Zur Teilnahme berech-

tigt sind Ärzte und Zahnärzte, die im Besitz einer deutschen Approbation sind (gegebenenfalls zusammen mit maximal zwei Co-Autoren mit abgeschlossenem wissenschaftlichen Studium).

Die an der Ausschreibung zum „Hufeland-Preis 2013“ teilnehmenden Arbeiten müssen bis zum 28. März 2013 bei der Notarin Hufeland-Preis

Notarin Dr. Ingrid Doyé

Kattenbug 2, 50667 Köln

unter dem Stichwort „Hufeland-Preis“ in zweifacher Ausfertigung eingereicht worden sein.

Die Bewertung der Arbeiten erfolgt durch ein Preisrichterkollegium, die Verleihung durch das Kuratorium. Träger des „Hufeland-Preises“ sind

neben der Stifterin des Preises, der Deutschen Ärzteversicherung AG, die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer und die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.

Die Ausschreibungsunterlagen können bei dem Geschäftsführer der Stiftung, Herrn Patrick Weidinger, Telefon 0221 148-30785 bzw. [patrick.weidinger@aerzteversicherung.de](mailto:patrick.weidinger@aerzteversicherung.de) angefordert werden.

### Hinweis der Redaktion:

Bitte lassen Sie uns wissen, wenn wir Sie für die Bekanntmachung der Ausschreibung auf elektronischem Weg unterstützen können. Auf einen Hinweis an die oben angegebene Mailadresse des Geschäftsführers erhalten Sie mit der Antwort umgehend die entsprechende Datei.

## Berliner Gesundheitspreis 2013

Der „Berliner Gesundheitspreis“ ist ein bundesweiter Innovationswettbewerb von AOK-Bundesverband, Ärztekammer Berlin und AOK Nordost – Die Gesundheitskasse, der seit 1995 alle zwei Jahre ausgeschrieben wird.

Der Wettbewerb widmet sich jeweils einem ausgewählten Thema, das eine besondere Bedeutung für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung hat.

Bis zum 30. 9. 2012 können sich Ärzte und medizinisches Fachpersonal sowie Fachgesellschaften, Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen um den mit insgesamt 50.000 Euro dotierten Preis bewerben. Auch wissenschaftliche Einrichtungen oder Initiativen von Studenten und Auszubildenden können am Berliner Gesundheitspreis 2013 teilnehmen.

Einzelheiten zur Ausschreibung unter [www.berliner-gesundheitspreis.de](http://www.berliner-gesundheitspreis.de)

## Ehrung

Prof. Dr. med. habil. Gerhard Schuler, Direktor der Klinik für Kardiologie im Herzzentrum Leipzig, und Prof. Dr. med. habil. Holger Thiele, Leitender Oberarzt der Klinik für Kardiologie im Herzzentrum Leipzig, erhielten am 6. 7. 2012 die Medaille des Ordens „Für Verdienste um Litauen“. Die Preisträger nahmen die Ehrung persönlich entgegen: „Die Verleihung dieses Staatsordens ist für uns eine ganz besondere Auszeichnung. Für uns bedeutet sie eine Anerkennung unserer Arbeit über die Grenzen des medizinischen Fachwissens hinaus. Es ist für uns eine Selbstverständlichkeit, die jüngeren EU-Staaten beim Aufbau eines gut funktionierenden Medizinsystems zu unterstützen und wir werden das auch zukünftig fortsetzen.“

## Berufungen

Mit Wirkung vom 1. Juli 2012 übernahm Prof. Dr. Dr. med. Bernd-Michael Harnoss die neu geschaffene Chefarzt-Position in der Klinik für Gefäßchirurgie des Park-Krankenhauses Leipzig.

## Sommerfest der Kreisärztekammer Bautzen

Am 22. Juni 2012 fand im Meierhof des Schlosses Rammenau das 3. Sommerfest der Kreisärztekammer Bautzen statt.

Leider war die Teilnahme der Ärzteschaft nur mäßig, manchmal fragt man sich, was noch angeboten werden soll? Sicher bestehen teilweise Entfernungen von über 50 km in dem – ungeliebten Großkreis – aber auch aus der näheren Umgebung fehlten viele.

Das schöne Ambiente im offenen Meierhof mit dem Schloss im Hintergrund, die polnische Kapelle aus Zgorzelec und das Buffet trugen zur guten Stimmung bei. Außerdem wurde eine Schlossführung mit Heimatmuseum, Fichtegedenkstätte und der relativ neuen, umfangreichen Darstellung der in dieser Gegend traditionellen Bandweberei angeboten. Natürlich konnten auch die wunderschönen Räume mit dem Spiegelsaal besichtigt werden.

Alles in allem eine gelungene, schöne Veranstaltung, für die wir der Bautzener Kreisärztekammer herzlich danken!

Dr. med. Adolf Scholz, Größbröhnsdorf

## Kreisärztekammer Leipzig (Stadt)

### Ausflug nach Magdeburg

In diesem Jahr führte uns die Fahrt in den Frühling nach Magdeburg. Fast 300 Ruheständler der Kreisärztekammer Leipzig (Stadt) nahmen an den drei Terminen im Mai teil. Zunächst besichtigten wir den Magdeburger Dom. Er imponiert schon aus der Ferne durch seine zwei hohen Türme. Der erste gotische Sakralbau auf deutschen Boden ist zugleich die Grablage des ersten deutschen Kaisers, Otto der Große und seiner ersten Ehefrau, Editha. Dieser bedeutendste Sakralbau der östlichen Bundesländer zeichnet sich auch durch die Größe und Helligkeit seines Innenraumes aus. Ein starker Kont-

rast zu diesem historischen Bauwerk, war der anschließende Besuch der „Grünen Zitadelle von Magdeburg“. Dieses, eines der letzten und größten Projekte von Friedensreich Hundertwasser, das 2005 seiner Bestimmung übergeben wurde, wird auch als schönster und bester Bau des Meisters gepriesen. Dieser Mehrzweckbau ist ein Paradies für jeden, in dem man nicht nur wohnen, arbeiten und einkaufen, sondern auch feiern, tagen und übernachten kann. Es erschließt sich eine neue Architekturwelt voller Individualität und Kreativität in Harmonie mit der Natur. Nach dem Mittagessen in dem sehr schönen Ambiente des Restaurants „Ratswaage“ fuhren wir in den Elbauenpark. Hier fand 1999 die Bundesgartenschau statt. Das 93 Hektar große Areal ist auch

jetzt noch umfassend gestaltet und gepflegt. Am Anfang der Besichtigung des Geländes, stand die Fahrt mit der Panoramabahn. Sie schwebt zwischen vier und sechs Metern über der Erde und legt auf dem Rundkurs durch den Park eine Strecke von drei Kilometern zurück. Ein Höhepunkt des ganzen Ausfluges war der Jahrtausendturm. Diese sechzig Meter hohe Holzkonstruktion ist einmalig auf der Erde. Auf fünf Ausstellungsebenen kann man Forschern und Erfindern begegnen, die in den vergangenen sechstausend Jahren die Welt verändert und die Menschheit bewegt haben. Nach dem Kaffeetrinken im Jahrtausendturm ging es auf die Heimfahrt, nach einem sehr ereignisreichen Tag.

Dr. med. Just Meißner  
Leipzig

## Treffen der Studien- jahresabgänger von 1967 der Leipziger Universität

45 Jahre nach Beendigung unseres Studiums möchte ich an unser traditionelles Treffen am 2. Oktober 2012 erinnern. Aus Anlass des 800-jährigen Bestehens des Krankenhauses „St. Georg“ wollen wir in diesem Jahr das auch vielen von uns

bekanntes Klinikum besuchen. Wir treffen uns 14.45 Uhr vor dem Haupteingang in der Delitzscher Str. 141 (zu erreichen mit der Straßenbahnlinie 16 in Richtung Neue Messe). Wir werden dort zunächst einen Vortrag zum Thema „Die frühen Leipziger Hospitäler“ hören. Anschließend besteht die Möglichkeit zu einer Besichtigung ausgewählter Klinikbereiche. Ab 19.00 Uhr ist dann wieder ein gemütliches Beisammensein im

Auerbachs Keller vorgesehen. Wir – Hans-Otto Kluge und ich – freuen uns auf ein Wiedersehen.

Teilnahmemeldungen bitte an:  
Priv.-Doz. Dr. med. Bernd Wiedemann  
(E-Mail: bewiedemann@t-online.de,  
Tel.: 0341 2311452,  
Handy: 0160 92353013) oder  
Dr. med. Hans-Otto Kluge,  
Tel.: 0871 23184.

Priv.-Doz. Dr. med. Bernd Wiedemann

## Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden

Die Kreisärztekammer Dresden lädt ein zur Seniorenveranstaltung

**am Dienstag, dem 04.09.2012,  
15.00 Uhr**

in den Plenarsaal des Kammergebäudes  
Referent: Ernst Hirsch, Dokumentarfilmer, Filmhistoriker  
zeigt historische Filmdokumente

**„Der Dresdner Zwinger in den  
Zwanziger Jahren“**

Seien Sie herzlich willkommen!

Katharina Schmidt-Göhrich  
Vorsitzender der Kreisärztekammer Dresden

## Zukunftspreis der Gesundheitswirt- schaft 2012

**Elblandkliniken mit dem Zukunftspreis der Gesundheitswirtschaft 2012 ausgezeichnet**

Die mit 10.000 Euro dotierte Auszeichnung, die jährlich für besonders innovative Projekte in der deutschen

Gesundheitswirtschaft verliehen wird, wurde auf dem „Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit“ in Berlin übergeben. Die Elblandkliniken planen derzeit einen umfangreichen Neubau am Standort Riesa. Anhand von Simulationen werden die gemeinsam mit den Mitarbeitern aus allen Berufsgruppen des Klinikums erarbeiteten Soll-Prozesse (Patientenströme, Wartezeiten, Wege etc.)

analysiert. Erst danach wird das Gebäudelayout durch die Architekten entworfen. Durch dieses Vorgehen richtet sich das Gebäude nach den Anforderungen der Nutzer und nicht andersherum, wie es bei Klinikneubauten bisher der Fall war. In Europa ist diese Vorgehensweise bislang einzigartig.

Daniela Bollmann, Leiterin Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der Elblandkliniken

## Existenzgründer- und Praxisabgeberforum für Ärzte

Wichtige Entscheidungen im Berufsleben wollen gut überlegt und vorbereitet sein. Gerade wenn es darum geht, die eigene Existenzgründung zu planen oder das „Unternehmen Arztpraxis“ in gute Hände weiterzugeben.

Die Bezirksgeschäftsstelle Leipzig der KV Sachsen und die Filiale Leipzig der Deutschen Ärzte- und Apothekerbank laden gemeinsam ein.

### Existenzgründer- und Praxisabgeberforum für Ärzte

**Datum: Samstag,**

**15. September 2012**

**von 09.30 bis 15.00 Uhr**

**Ort: Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig**

Neben Fachvorträgen, jeweils für Existenzgründer und Praxisabgeber, geben wir Ihnen danach in einem moderierten Diskussionsforum Gelegenheit, Ihre allgemeinen Fragen mit den Referenten, Berufskollegen und Fachleuten zu erörtern. Während des Tages stehen Ihnen die betriebswirtschaftlichen Berater/innen der KVS und die Geschäftskundenbetreuer/innen der apoBank für individuelle Beratungen zur Verfügung. Die Veranstaltung ist zur Bewertung mit Fortbildungspunkten für das sächsische Fortbildungszertifikat angemeldet.

### Tagesablauf

**09.30 Uhr**

Begrüßung:

Dr. med. Ralf-Rainer Schmidt,  
Bezirksgeschäftsstellenleiter KVS  
Leipzig  
Daniel Staroste, Stellv. Filialleiter  
apoBank Leipzig

Im Anschluss:

Niederlassung aktuell – erkennbare  
Tendenzen und Entwicklungen  
Referent: Dr. med. Ralf-Rainer  
Schmidt

**10.00 bis 13.15 Uhr**

### Teil I (Praxisgründer)

„Der Weg in die niedergelassene  
Praxis“

Zulassung – Kooperation – Investi-  
tion – Neuerungen seit 01.01.2012

Juristische Aspekte

- Voraussetzungen der Niederlassung/Anstellung
- Aktuelle Tendenzen im Gesundheitswesen – insbesondere GKV-Versorgungsstrukturgesetz 2012
- Praxisübernahme und Praxisneugründung
- Formen ärztlicher Zusammenarbeit. Moderne Zeiten, nichts ist wie es war
- Gemeinschaftspraxis, Teil-GP, MVZ etc.
- Überörtlichkeit
- Praxisgemeinschaft, Apparategemeinschaft
- Der angestellte Arzt
- Neue Versorgungsformen – Neue Chancen
- Teilzulassung, Filialbildung, Time-Sharing: Praxis/Krankenhaus

Referent: Theo Sander, Rechtsanwalt

Betriebswirtschaftliche und steuerliche Aspekte

- Vor- und Nachteile einzelner Finanzierungsformen
- INKO-Berechnung zur Existenzsicherung
- Liquiditätssteuerung
- Betriebswirtschaftliche Kennziffern
- Die richtigen Abschreibungs- und Investitionsstrategien
- Der angemessene Kaufpreis einer Arztpraxis
- Steuerliche Gestaltungen
- Altersvorsorge: „früh übt sich“

Referent: Prof. Dr. jur. Vlado Bicanski,  
Rechtsanwalt und Steuerberater

### Teil II (Praxisabgeber)

„Die erfolgreiche Praxisabgabe“

Steuern – Recht – Betriebswirtschaft  
– Vermögen

Betriebswirtschaftliche und steuerliche Aspekte

- Steuerliche Aspekte der Praxisveräußerung
- Sogenannter halber Steuersatz und Freibetragsregelung

- Wahl des optimalen Abgabezeitpunktes
  - Der materielle und ideelle Praxiswert – Berechnungsbeispiele für die Kaufpreisfindung
  - Die Praxisabgabe unter nahen Angehörigen: Entgeltlich oder unentgeltlich?
  - Fußangeln und Fallstricke
  - Intelligente Vermögensanlage
  - Abgeltungssteuer
- Referent: Prof. Dr. jur. Vlado Bicanski,  
Rechtsanwalt und Steuerberater

Juristische Aspekte

- Die Praxisabgabe im zulassungsbeschränkten Gebiet
  - Ablauf einer Praxisübertragung mit Blick auf das GKV-Versorgungsstrukturgesetz 2012
  - Mitwirkungsmöglichkeiten des Arztes
  - Übergangsgemeinschaften
  - Vertragliche Gestaltung
  - Gestaltung: Arbeitsverträge, Mietverträge, Patientenkartei etc.
  - Umwandlung von Freiberuflersitzen in Anstellungsverhältnisse
  - Teilverkauf der Praxis
- Referent: Theo Sander, Rechtsanwalt

**13.15 bis 14.00 Uhr**

### Gemeinsame Mittagspause

**14.00 bis 15.00 Uhr**

### Teil III (Existenzgründer und Praxisabgeber)

Gemeinsames Diskussionsforum

Referenten und Fachleute stehen  
Rede und Antwort

Teilnahmemeldungen sind bis zum  
07.09.2012 zu richten an:

Deutsche Apotheker- und Ärztekbank  
Filiale Leipzig  
Frau Ines Reichmann  
Richard-Wagner-Str. 2  
04109 Leipzig  
Fax: 0341 24520-16  
E-Mail: filiale.leipzig@apobank.de

## Nachruf für Dr. med. Mario Wernado

\* 17.11.1946 † 27.04.2012

Am 09.05.2012 verabschiedeten sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, ehemalige wie aktuelle, der Soteria Klinik Leipzig in einer Gedenkfeier von ihrem langjährigen Ärztlichen Direktor, Herrn Dr. med. Mario Wernado, der am 27.04.2012 unerwartet aus dem Leben gerissen wurde.

Geboren wurde er am 17.11.1946 in Heidelberg. Nach dort 1966 abgelegtem Abitur und dreijähriger Offizierskarriere folgte in den Jahren 1969 bis 1974 das Studium der Medizin und auch der Soziologie in Heidelberg. 1975 wurde die Promotion zum Thema „Der Einfluß des Lebensalters auf die Heilung von Knorpelwunden: Degenerative Reaktionen des Gelenkknorpels nach Verletzungen in Abhängigkeit vom Lebensalter – tierexperimentelle Untersuchungen“ abgeschlossen. Der Medizinalassistentenzeit folgte die psychiatrische Weiterbildung an der Landesklinik Nordschwarzwald sowie an der Abteilung Klinische und Soziale Psychiatrie der Medizinischen Hochschule Hannover. 1980 erwarb Dr. Wernado die Facharztbezeichnung für Psychiatrie sowie die Zusatzbezeichnung Psychotherapie nach einer Ausbildung am Psychotherapeutischen Institut der Medizinischen Hochschule Hannover. Nach einigen Jahren als wissenschaftlicher und Hochschulassistent an der Hannoveraner Klinik übernahm Dr. Wernado 1985 die Tätigkeit eines Leitenden Arztes an der Fachklinik Fredeburg, einer Rehabilitationsklinik zur Behandlung Abhängigkeitserkrankter mit 244 Behandlungsplätzen, und baute dort die 1989 in Betrieb genommene Abteilung Holthäuser

Mühle, eine Behandlungseinrichtung zur Rehabilitation von drogenabhängigen Patientinnen und Patienten mit 40 Behandlungsplätzen auf.



Von Ende des Jahres 1996 bis Mitte des Jahres 2008 amtierte Dr. Wernado als Ärztlicher Direktor der Soteria Klinik Leipzig GmbH. In dieser Funktion gestaltete und verantwortete er den Aufbau einer Entgiftungsabteilung mit schließlich 56 Akutbetten für Psychiatrie/Psychotherapie, einer Rehabilitationsabteilung mit 154 Behandlungsplätzen zur Rehabilitation Alkohol-/Medikamentenabhängiger, einer Adaptions-einrichtung mit 20 Behandlungsplätzen im Stadtzentrum von Leipzig, dort assoziierter 10 betreuter Wohnplätze sowie einer Psychiatrischen Institutsambulanz.

Neben seiner Tätigkeit als Klinikchef war Dr. Wernado vielfältig als Dozent für Psychotherapie und Sozialmedizin an verschiedenen Weiterbildungsstätten tätig und versah Lehraufträge an den Universitäten in Chemnitz und Dresden. Neben einer reichhaltigen Vortragstätigkeit umfasst sein Schriftenverzeichnis 18 Publikationen, die sich v. a. Fragen der rehabilitativen Suchtkrankenbehandlung, spezifischen Aspekten der

Psychotherapie in diesem Kontext, aber auch Themen aus dem Gebiet der Supervision und Organisationsentwicklung, einem weiteren Tätigkeitsfeld von Dr. Wernado zuwandten.

In ihn auszeichnender Vitalität, Präsenz, Überzeugungskraft und hoher fachlicher Expertise war Herr Dr. Wernado ab 2009 bis zu seinem Tod in freier Praxis als psychotherapeutisch tätiger Arzt tätig, ohne die anderen Facetten seines Tätigkeitspektrums zu vernachlässigen.

Zu danken ist Dr. Wernado insbesondere Aufbau und Etablierung einer sächsischen Suchtfachklinik, die als eine der wenigen in Deutschland die komplette, in Trägerschaft einer Institution sozialrechtlich mögliche Angebotspalette der Suchtkrankenhilfe vorhält. Dabei ist der Klinikname Programm und unverwechselbare Marke im Hilfesystem zugleich. Dr. Wernado stand für die Soteria Klinik Leipzig und prägte ihr Erscheinungsbild wie ihre therapeutische Ausrichtung in unverwechselbarer Weise. Dabei war oberste Priorität, Menschen auf ihrem Weg aus der Krankheit zu begleiten, ihnen mit Einfühlungsvermögen beizustehen und nachhaltige Veränderungen ihrer Lebensweise anzuregen, was ihm in besonderem Maße gelang. Patienten wie Mitarbeitern wird er unvergessen bleiben. Letzteren war er Lehrer und manchen Freund zugleich. Nun gilt dem zu früh Verstorbenen, dem noch viele Jahre zu wünschen waren, die große Dankbarkeit für eine lange gemeinsame Wegstrecke, auf der er stets Rat und Orientierung gab.

Prof. Dr. med. habil. Thomas Wilhelm Kallert  
Soteria Klinik Leipzig

## August Gottlieb Richter

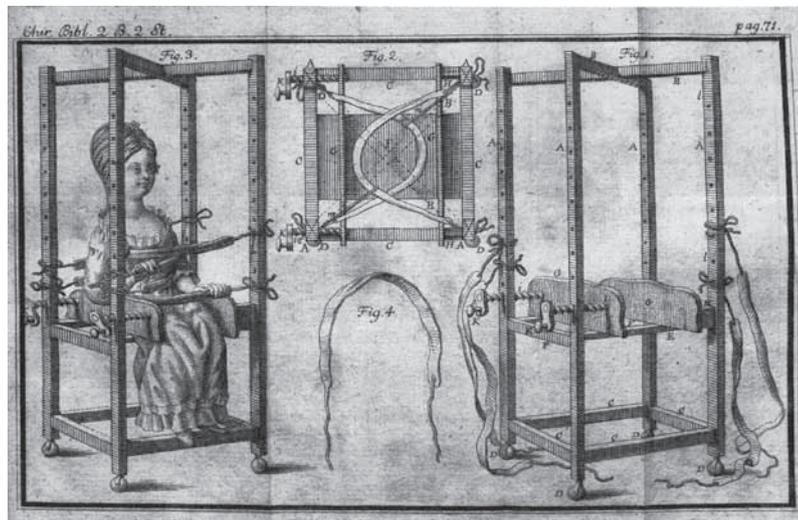
### Ein großer Chirurg mit sächsischen Wurzeln

August Gottlieb Richter gilt neben Carl Caspar Siebold als der größte deutsche Chirurg und als einer der bedeutendsten Ärzte der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts. Er war ein kühner Operateur und ein glänzender Lehrer, nach dessen Wirkungsstätte Göttingen Studenten in großer Zahl pilgerten. Viele davon wurden selbst berühmte Ärzte. Vor allem aber gelang es Richter, dessen 200sten Todestag wir in diesem Jahr begehen, sich zu einem medizinischen Schriftsteller von europäischem Rang zu entwickeln, denn er besaß neben außergewöhnlichem Fleiß die Fähigkeit, genau und klar, aber auch witzig und humorvoll zu formulieren, wobei er den Kern eines Sachverhaltes mit größter Deutlichkeit darzustellen wusste.

Er wurde am 13. April 1742 in Zöribig, einer kleinen Stadt im „alten Wettiner Land“ nordöstlich von Halle/Saale geboren, die heute zu Sachsen-Anhalt, damals aber zu Kur-sachsen gehörte. Wir finden deshalb das Wappen der Burggrafschaft Zöribig im Dresdener Fürstenzug.

Sein Vater, der Zöribiger Oberpfarrer Georg Gottfried Richter, entstammte einer traditionsreichen sächsischen Pastoren- und Gelehrtenfamilie, deren ältester bekannter Vertreter, Paul Richter, zunächst als Schulmeister in Pirna wirkte und nachdem er im Jahre 1545 von Luther selbst ordiniert worden war, lange Zeit als Pfarrer in Neustadt/Sachsen amtierte.

In der Ahnenreihe Richters finden sich neben Pfarrern auch Schulmeister, von denen einer, der in Stollberg/Sachsen wirkende Urgroßvater in „Zedlers Lexicon“ aus dem Jahre 1732 als „ein geschickter und berühmter Schulmann“ mit höchstem Lob bedacht wurde. Sein Urenkel, der berühmte Chirurg, tat es ihm später in seiner Wirkungsstätte Göttingen gleich, denn er verstand es, „die verwickeltesten Gegenstände zu entwirren, dunkle aufzuklären, lang-



Othopädisches Gerät

© Universitäts- und Landesbibliothek Halle

weilige angenehm zu machen, die Aufmerksamkeit zu erregen und aufrecht zu erhalten“.

Der Großvater, Georg Richter, stieg zum Hauptpfarrer von Schneeberg und zum Superintendenten von Reichenbach und Oschatz auf und war mit Johanna Maria, geb. „Pinkertin“ verheiratet, die ihm neun Kinder schenkte. Bei der zehnten Schwangerschaft starb sie jedoch in den Geburtswehen, wobei das Kind, so heißt es, „unter mütterlichem Herzen verschlossen geblieben“ sei und mit ihr begraben wurde.

Ihr neuntes Kind, der Vater des großen Chirurgen, war zu diesem Zeitpunkt gerade ein Jahr alt. Er studierte später in Leipzig Theologie und amtierte seit 1741 als Oberpfarrer in Zöribig. Zu seinen Aufgaben gehörte die Aufsicht über die dortige Lateinschule, in der der später so berühmte Sohn ersten Unterricht erhielt. Einer der Brüder des Vaters, der in Göttingen wirkende und in Schneeberg gebürtige bekannte Mediziner Georg Gottlob Richter erbot sich, selbst kinderlos, den Nefen zu sich zu nehmen und ihm das Medizinstudium zu ermöglichen. So nahm der künftige große Chirurg 1760 mitten im siebenjährigen Krieg das Medizinstudium in Göttingen auf. Die französische Armee, die in den Jahren 1760 bis 1762 die Stadt besetzt hatte, unterhielt hier ein Lazarett. Es wurde für August Gottlieb Richter, der sich nach den Worten seines Schülers und Freundes

Johann Friedrich Blumenbach schon frühzeitig von der Chirurgie angezogen fühlte, fast zu einem zweiten Zuhause. Hier lernte er die Methoden der damals führenden französischen Kriegschirurgie kennen und erlangte durch vielfache Übung jene Geschicklichkeit, die die Voraussetzung für seine allgemein gerühmte „leichte Hand“ beim Operieren darstellte.

Nachdem er sein Studium abgeschlossen und promoviert hatte, statete ihn der Onkel mit den notwendigen Mitteln für eine Studienreise aus, die ihn zunächst über Straßburg nach Paris führte. Er lernte hier die Schule J. L. Petits kennen und kam mit dem Gynäkologen A. Levret in persönlichen Kontakt. Levret, den Richter noch in seinen späten Werken zitierte, hatte als Geburtshelfer zu dieser Zeit einen außerordentlichen Ruf. Er wurde deshalb vom „Hof“ gebeten, der aus Sachsen stammenden 1731 in Dresden geborenen Kronprinzessin und Mutter dreier französischer Könige, Maria Josepha, bei all ihren Entbindungen beizustehen.

Von Paris aus wandte sich Richter nach London, wo er von der Operationskunst P. Potts besonders profitierte, was ihn nicht hinderte, dessen Tendenz zu fast routinemäßiger Trepanation bei Schädelfrakturen in seinen Werken, einer grundlegenden Kritik zu unterziehen und eindeutige, sehr enge Grenzen für ihre Anwendung festzulegen.



August Gottlieb Richter © Universität Göttingen, S. Naxer

Im holländischen Leiden, der Wirkungsstätte des großen Anatomen Albinus, welches der junge Studienreisende danach aufsuchte, lernte er C. C. Siebold kennen. Seither schätzten beide einander. Richter nannte ihn später „seinen ältesten und wertesten Freund“ und Siebold schickte seine Söhne zum Studium nach Göttingen. Nachdem Richter nach Göttingen zurückgekehrt war, wurde er mit 24 Jahren zum außerordentlichen Professor ernannt. Der schnelle Aufstieg des „braven jungen Mannes“ wurde sicher durch des Onkels Einfluss begünstigt, aber auch von seinem Landsmann, dem aus Chemnitz stammenden namhaften Philologen und Universitäts-Bibliothekar Christian Gottlob Heyne gefördert, was sich aus dessen Briefwechsel mit Albrecht von Haller unschwer erkennen lässt.

In seiner Antrittsvorlesung widmete Richter sich dem Katarakt, dessen „Ausziehung nach Daviel“ er gegenüber dem bisher üblichen Starstich den Vorzug gab. Er verband sie mit einem Plädoyer für die Annäherung von Chirurgie und Medizin. Sein

öffentliches Bekenntnis, sowohl für die Hebung des Ansehens der Chirurgie, als auch für die neue Operationsmethode erforderte großen Mut. War doch Matthias Mederer, ein verdienstvoller Chirurg, wenige Jahre danach in Freiburg noch tätlich angegriffen worden, als er die Gleichstellung von Medizin und Chirurgie forderte.

Aber auch die Methode der Ausziehung des grauen Stars war umstritten, zumal sie technisch schwieriger auszuführen war, als der bisher geübte Starstich. Richter selbst modifizierte das Verfahren und legte seine Erfahrungen in der „Abhandlung von der Ausziehung des grauen Staars“ nieder, die er „seinem verehrungswürdigen Vater“ zueignete. Darin schlug er den kritischen und selbstkritischen Ton an, der für ihn typisch bleiben sollte. So heißt es in der Vorrede, bezogen auf seine eigene schon veröffentlichte lateinische Schrift über das gleiche Thema: „Man lernt täglich mehr, und erfährt, daß man sich oft da irrt, wo man am sichersten zu seyn glaubt“. Das hinderte ihn jedoch nicht, auch in zweifelhaften Fällen die Operation auszuführen, wenn er von der Möglichkeit des Erfolgs überzeugt war. Er forderte aber, was zu dieser Zeit durchaus nicht üblich war, die Aufklärung der Patienten über die Risiken eines solchen Eingriffs. Auch dazu gehörte Mut, denn die Staroperation war damals „noch gänzlich aus der Chirurgie verbannen“ und die Marktschreier und umherziehenden Augenärzte versprachen in jedem Falle den glücklichen Ausgang. Augenmaß sowie kritischer und selbstkritischer Umgang mit den Möglichkeiten und Gefahren der Chirurgie blieben auch weiterhin eines seiner Hauptanliegen. Notwendige Operationen, so meinte er, seien „mit gehöriger Entschlossenheit“ zu verrichten. Für ebenso dienstlich hielt er es jedoch, Operationen zu vermeiden, wenn Heilung ohne sie möglich sei. Diese Grundüberzeugung leitete ihn auch bei der Abfassung der zweiteiligen „Abhandlung von den Brüchen“, die in den Jahren 1777 und 1779 erschien.

Darin fasste er das Wissen seiner Epoche „ohne allen gelehrten Putz“ in übersichtlicher und didaktisch geschickter Weise „ganz allein für praktische Wundärzte“ zusammen. Dass man in Göttingen seine „Aufsätze“ nach Heynes Anmerkung „überaus nüchtern“ fand, beeinträchtigte ihren Erfolg offensichtlich nicht. Denn dieses Werk begründete seinen europäischen Ruhm. Es wurde in mehrere europäische Sprachen übersetzt und von P. J. Desault, den Richter für den „ersten europäischen Chirurgen“ hielt, aber auch vom Briten B. Bell in ihren Vorlesungen zur Lektüre empfohlen. Der große Chirurg J. F. Dieffenbach sah darin „seine edelste Leistung“ und fand in dieser Arbeit noch 50 Jahre später einen „Schatz von Erfahrungen“.

Er selbst äußerte sich weit bescheidener, indem er angab, dass seine Schrift wenig Eigenes enthalte und er seine Kräfte habe erst prüfen wollen, bevor er es wagen durfte, ein Lehrbuch zu schreiben, das er nach 22-jähriger wahrhaft titanenhafter Mühe in Form der siebenbändigen „Anfangsgründe der Wundarzneykunst“ zwischen 1782 und 1804 tatsächlich vorgelegt hat.

Dabei hatte er allen Grund zum Stolz. Denn im Jahre 1771 wurde er zum ordentlichen Professor ernannt und heiratete Elisabeth Henriette, geborene Hoop, die ihm drei Kinder, zwei Töchter und einen Sohn, schenkte. Gleichzeitig begann er, die „Chirurgische Bibliothek“ herauszugeben, ein Periodikum, das bis 1796 viermal im Jahre erschien und ein breites Lesepublikum unter den Chirurgen fand. Denn die Referate, die wie aus einem Guss wirkten und bis auf wenige Ausnahmen von ihm selbst in prägnantem Deutsch geschrieben wurden, verstanden die Wundärzte. Dadurch halfen sie, deren theoretisches Niveau auf den europäischen Stand anzuheben. Durch eigene kurze und wertende Kommentare begründete Richter eine „Kultur der Kritik“, weshalb er, dessen glänzender Stil selbst bei seinen Gegnern unbestritten war, häufig der „Lessing der Chirurgie“ ge-

nannt wurde. Eben so scharf und geistreich wie bei dem Dichter fielen gelegentlich seine Urteile über die rezensierten Bücher aus. So nannte er einen der Autoren einen „schwatzhaften und unordentlichen Schriftsteller“, und einem anderen bescheinigte er „viel leeres, gelehrtes, theoretisches Geschwätz“. Dort, wo er Qualität fand, lobte er sie jedoch neidlos, weshalb er trotz seiner Kritik als „liebenswürdiger Obersachse“ geschätzt wurde.

Seine gewaltige literarische Arbeit und Leistung kann man erst ermessen, wenn man bedenkt, dass die 10.000 Seiten umfassenden Referate der „Chirurgischen Bibliothek“ den Extrakt aus häufig dicken, schwer lesbaren Wälzern darstellten. Das hinderte ihn jedoch nicht, weiter zu operieren und in zunehmendem Maße auch internistische Patienten zu behandeln, zu denen auch Georg Christoph Lichtenberg, der berühmte Physiker und Essayist, zählte. Daneben wünschten „Standespersonen“ in weit entfernten Orten seinen Rat, zu denen August Wenceslaus von Sachsen, der letzte Kurfürst und Erzbischof von Trier und jüngste 1739 im Jagdschloss Hubertusburg geborene Sohn des Kurfürsten Friedrich August des II. (August der III. als polnischer König) gehörte. Aus einem Brief Georg Forsters wissen wir, dass Richter von ihm, seinem sächsischen Landsmann, mit Begeisterung sprach. Freilich fehlte ihm lange ein Hospital. Diesem Missstand konnte er trotz seines Einflusses und seiner hohen Ämter und Titel, er war mehrfach Dekan und Prorektor und wurde zum Hofrat ernannt, erst im Jahre 1781 mit Hilfe der Freimaurer abhelfen. Nun stand ihm ein akademisches Hospital mit 15 Betten zur Verfügung, von denen mehrere erstmalig in Deutschland für Augenpatienten vorgehalten wurden. Die geringe Größe der Einrichtung hielt er für einen Vorteil, denn, so schrieb er: „Es kommt nicht darauf an Kranke zu sehen, sondern zu beobachten“. Danach bekräftigte er seine Aussage in schöner bildkräftiger Sprache: „Nicht essen allein, sondern verdauen stärkt“.

Die Ergebnisse seiner Beobachtungen fasste er im ersten und zweiten Teil der „Medizinischen und chirurgischen Bemerkungen...“ zusammen. Den ersten Band widmete Richter der „Königlichen Gesellschaft der Ärzte zu Edinburgh“, in die er 1793 aufgenommen worden war. Darin finden sich Krankengeschichten von vorbildlicher Prägnanz und Kürze, in denen er auch über eigene folgenschwere „eben nicht zur Ehre“ gereichende Irrtümer berichtete, weil sie „anderen zur Warnung dienen können“.

Die kritische Reflektion fremder und eigener Fehler war für ihn ein zentrales Anliegen, denn, so schrieb er: „Der Arzt, der weiß, daß er sich irren kann, ist vorsichtig und irrt sich folglich seltener. Derjenige, der glaubt, daß er sich nicht irren kann, ist dreist, unvorsichtig, und irrt sich oft und leicht, und tuth großen Schaden“.

Diese Grundsätze vermittelte er Schülern, die später bekannte Ärzte wurden, wie seinem Schwiegersohn, dem in Jena und Halle/S. wirkenden Anatomen und Chirurgen J. C. Loder, dem Augenarzt K. Himly, und dem in Halle/Saale wirkenden Mediziner P. D. Krukenberg.

Dass ein solcher Mann die am Ende des Jahrhunderts vom Schotten Brown ausgelöste „Systemsucht“ ablehnen musste, verwundert nicht, denn Brown sah in der Krankheit nur die Folge zu schwacher oder zu starker Reize.

Aber er mochte sich auf seine „alten Tage“ mit den Ärzten, die nur mit der „Brille ihrer Theorie auf der Nase“ das Wissen kritisch reflektierter Erfahrung abtaten, nicht in eine literarische Auseinandersetzung einlassen. Das überließ er seinen Schülern J. Stieglitz und C. W. Hufeland, der ihn noch in seinen Erinnerungen, als „trefflichen Richter“ bezeichnete, dem er „die vorwaltende praktische Richtung in der Wissenschaft“, der er sein Leben lang treu geblieben sei, zu verdanken habe.

So wurden seine internistischen Schriften, wie der zweite Teil der „Medizinischen und chirurgischen Bemerkungen...“ sowie die „Spe-

cielle Therapie“ erst von seinem Sohn, Georg August, postum veröffentlicht. Dem letztgenannten Werk liegen Richters Vorlesungspapiere zugrunde, die vom Sohn allerdings modifiziert wurden.

Nur das siebenbändige Alterswerk „Anfangsgünde der Wundarzneikunst“, in dem er die Augenkrankheiten und die Eingeweidebrüche besonders ausführlich behandelte, vollendete er noch und veröffentlichte den letzten Band im Jahre 1804.

Zwischenzeitlich, nämlich im Jahre 1801, hatte er Bad Pyrmont besucht, wo ihn Goethe „in Begleitung des augenkranken Fürsten Sanguszko“, eines prominenten Patienten aus Polen, angetroffen hatte, dessen Familie sich intensiv um die Rettung der polnischen Nation bemühte, an deren Spitze sie einen sächsischen Monarchen zu stellen wünschte.

Richter, der an einer Gicht litt und am 23. Juli 1812 annehmbar an ihren Folgen starb, gerade als die „große Armee“ auf Moskau marschierte, musste nicht mehr erleben, dass sein Heimatland Sachsen die Hälfte seines Gebietes mit Zörbig, seiner Geburtsstadt, verlor und Polen ein ganzes Jahrhundert von der Landkarte verschwand. Denn Polen war ein wohlfeiles Opfer für die Besitzgier der Sieger, und Sachsen hatte man die Rolle des Sündenbocks für den allgemeinen Verrat der deutschen Fürsten zugeordnet.

Der Ruhm des großen Mediziners ist inzwischen verblasst und sein theoretisches Wissen ist überholt, nicht aber seine bewunderungswürdige ärztliche Haltung, seine Arbeitsweise, die sich auf Beobachtung und kritisch reflektierte Erfahrung stützte sowie seine skeptische Bescheidenheit, die er in die Worte fasste: „Wir glauben von uns jetzt, daß wir sehr klug sind; aber sicher werden sich unsre Nachkommen wundern, daß wir so viel tolles Zeug geglaubt haben“.

## Prof. Dr. med. habil. Joachim Barth zum 70. Geburtstag

*„Humor ist der Knopf, der verhindert,  
dass uns der Kragen platzt“  
J. Ringelnatz (1883 bis 1934)*

Am 30. Juli 2012 feierte Prof. Dr. med. habil. Joachim Barth, ehemaliger Ordinarius für Dermatologie an der Klinik für Hautkrankheiten der Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“, dem späteren Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden, seinen 70. Geburtstag. Wir als seine Oberärzte während der zehn Dresdner Berufsjahre gratulieren ganz herzlich und nehmen diesen Tag gern als willkommenen Anlass, Weg und Wirken des Jubilars zu würdigen und ihn damit zu seinem 70. Geburtstag zu ehren.

Joachim Barth wurde am 30. Juli 1942 in Wurzen geboren. Nach dem Abitur 1960 am Gymnasium St. Augustin in Grimma absolvierte er eine zweijährige Krankenpflegerausbildung im Klinikum Hubertusburg/Wermsdorf. 1962 begann er das Medizinstudium an der Friedrich-Schiller-Universität in Jena. Hier lernte er auch seine spätere Ehefrau Christa, die bis zum heutigen Tag als Augenärztin niedergelassen ist, kennen. 1968 legte er sein ärztliches Staatsexamen ab und promovierte. Im gleichen Jahr begann er als Assistent in der Universitäts-Hautklinik Leipzig bei H. Braun. Nach erfolgreicher Facharztprüfung 1972 arbeitete er weiter an dieser Klinik, seit 1976 als Oberarzt. Mit 33 Jahren habilitierte er sich 1975 zum Thema „Untersuchungen zur prospektiven Erfassung photosensibilisierender Eigenschaften von Pharmaka und Industriesubstanzen“, erlebte die Emeritierung H. Brauns und die Berufung von U.F. Haustein. Zu dieser Zeit war sein Forschungsgebiet mit den Photodermatosen und Photoallergien, der aufkommenden Lichttherapie und der Lichtforschung bereits klar umrissen. Nach der Emeritierung H.-E. Kleine-Natrops in Dresden 1983, trat J. Barth nach

einem einjährigen Arbeitsaufenthalt in Äthiopien dessen Nachfolge an. Dabei respektierte er nicht nur die unter Kleine-Natrop entstandenen täglichen klinischen Arbeitsabläufe, sondern auch die bereits etablierten Arbeits- und Forschungsrichtungen (Berufsdermatologie/Allergologie, Dermatochirurgie/Onkologie, Externaforschung und Andrologie). Er regte seine Mitarbeiter zur noch intensiveren Veröffentlichung ihrer Arbeitsergebnisse und Ausrichtung von Tagungen an. Obwohl der Alltag der Krankenversorgung seinen Tribut zollte, konnte er in den Jahren bis 1992 eine Abteilung Dermatopharmakologie und eine HIV-Betreuung im Großraum Dresden etablieren. Drei Habilitanden schlossen ihre Arbeiten erfolgreich ab. Er erweiterte den Stellenplan der Klinik, um intensive photodermatologische Forschung – einschließlich der Vitamin D-Problematik – mit einer Gruppe von jungen Ärzten, Chemikern, Biologen und Physikern zu realisieren, wodurch auch moderne Diagnostikmethoden und Therapien, wie die extrakorporale Photopherese zur klinischen Routine werden konnten. Obwohl seine Familie weiter in Leipzig lebte, pendelte er nicht täglich, sondern war von Montagmorgen bis Freitagabend stets für seine Klinik „vor Ort“. Die Arbeitsatmosphäre innerhalb der Assistenten und zu ihrem Chef war Dank seiner besonnenen Art, die Dinge nüchtern und analytisch zu betrachten, sachlich und kollegial. Probleme konnten offen angesprochen und meist pragmatisch gelöst werden. Sein Umgang mit Patienten und nichtärztlichem Personal wurde durch sein korrektes und freundliches Verhalten als sehr angenehm empfunden. Auf den jährlichen Klinikfesten lief der Chef mit eigenen Gedichten zur Hochform auf und sicherlich dürfte er in diesen Momenten nach Ringelnatz der zweite bedeutende Dichter seiner Geburtsstadt Wurzen gewesen sein. Neben der klinischen und wissenschaftlichen Tätigkeit initiierte er als Vorsitzender einer Arbeitsgruppe Photodermatologie den Bau von Bestrahlungsgeräten für die PUVA-Behandlung von Psoriatikern, arbei-

tete am DDR-Standardrezepturverzeichnis für dermatologische Externa mit und gab mit U.F. Haustein sowie E. Fickweiler die Monografie „Dermatologische Lokalthherapie“, mit G. Richter und P. Altmeier das Lehrbuch „Dermatologie für Zahnmediziner“ heraus. Er leitete mit seinen Mitarbeitern im Oktober 1990 erfolgreich den 10. (und letzten) Kongress der Gesellschaft für Dermatologie der DDR im Hygienemuseum. Als er sich in den 90er-Jahren beruflich neu orientieren musste, blieb er seiner sächsischen Heimat im Neuseenlandgebiet bei Leipzig treu, baute eine dermatologische Praxis in Borna aus und handelte nach der Devise „lieber ein kleiner König als ein großer Diener“. Als Vorstandsmitglied in der Sächsischen Gesellschaft für Dermatologie wurde er rasch ein engagierter Vertreter der niedergelassenen Dermatologen.

Prof. Dr. Barth wurde 2007 in Anerkennung seiner Leistungen in den Vorstand der International Federation of Psoriasis Associations (IFPA) gewählt und war nach 2009 erneut im Juni 2012 organisatorischer Leiter der 3. Weltpsoriasis- und Psoriasisarthritiskonferenz in Stockholm. Das wissenschaftliche Werk des Jubilars ist mit 225 Publikationen und mehr als 400 Vorträgen sehr beachtlich. Früh setzte er sich für fachlich-kollegiale Verbindungen zu ausländischen Kollegen ein. Seine Ehrenmitgliedschaften in den Dermatologischen Gesellschaften von Ungarn, Polen, Bulgarien, der ehemaligen Sowjetunion/Russland, England, Italien und Griechenland sind dafür beredter Ausdruck. Wer über so viele Jahrzehnte seine Begeisterung und sein Engagement für die Dermatologie mit all ihren Facetten erleben konnte, versteht, dass seine beiden Kinder, Tochter Wilma und Sohn Dietrich, ebenfalls Hautärzte geworden sind.

Wir wünschen ihm im Kreis seiner Familie, seiner Freunde und aller, die ihn kennen und wertschätzen, noch viele glückliche Jahre voller Tatkraft und in bester Gesundheit.

Günther Sebastian, Gerhard Richter,  
Albrecht Scholz, Klaus Horn

## Unsere Jubilare im September 2012 – wir gratulieren!

### 60 Jahre

- 01.09. Dipl.-Med. Hübner, Marlies  
04279 Leipzig
- 03.09. Dr. med. Schamfuß, Silvia  
01159 Dresden
- 03.09. Dipl.-Med. Tischer, Ulrike  
01920 Jauer
- 05.09. Dr. med.  
Karthäuser, Waltraut  
02730 Ebersbach-Neugersdorf
- 07.09. Dipl.-Med.  
Bolle, Sonja-Christine  
01219 Dresden
- 08.09. Dr. med.  
Gräfe, Hans-Joachim  
04655 Kohren-Sahlis
- 09.09. Dipl.-Med. Mielech, Frank  
01217 Dresden
- 14.09. Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Kühn, Falk  
01662 Meißen
- 17.09. Dipl.-Med.  
Hähnel, Christiane  
09599 Freiberg
- 17.09. Liebetrau, Regina  
08393 Meerane
- 17.09. Dipl.-Med. Pestel, Christel  
08412 Leubnitz
- 17.09. Dr. med. Wünschmann,  
Hans-Jürgen  
01189 Dresden
- 18.09. Dr. med. Oppelt, Frank  
02829 Schöpstal
- 24.09. Dipl.-Med. Sissoko, Balla  
02977 Hoyerswerda
- 26.09. Dipl.-Med. Flach, Helga  
08538 Weischlitz
- 28.09. Dr. med. Melzer, Ingelore  
08297 Zwönitz
- 28.09. Dr. med. Ueberschär, Ina  
04329 Leipzig

### 65 Jahre

- 06.09. Dr. med. Wappler, Konrad  
09456 Mildena
- 13.09. Dr. med. Baier, Veronika  
04317 Leipzig
- 13.09. Dr. med. Eckert, Anja  
09337 Hohenstein-Ernstthal
- 18.09. Dr. med. Andrea, Bernhard  
04425 Taucha
- 19.09. Dr. med. Kinner, Brigitte  
04107 Leipzig
- 20.09. Dr. med. Heckel, Dietrich  
08485 Lengenfeld

- 23.09. Dr. med. Müller, Annemarie  
08525 Plauen
- 24.09. Dr. med. Baumann, Johannes  
01640 Coswig
- 26.09. Dr. med.  
Hübschmann, Joachim  
08297 Zwönitz
- 29.09. Dr. med. Hitziger, Detlev  
02739 Eibau-Neueibau

### 70 Jahre

- 01.09. Dr. med. Bechtel, Christa  
04105 Leipzig
- 01.09. Dr. med. Rasche, Klaus  
09322 Penig
- 02.09. Dr. med. Mayer, Doris  
04107 Leipzig
- 03.09. Hoppe, Karin  
09648 Altmittweida
- 04.09. Dr. med.  
Hahnefeld, Manfred  
01454 Radeberg
- 04.09. Dr. med. Henker, Monika  
01189 Dresden
- 05.09. Dr. med. Barth, Christa  
04328 Leipzig
- 07.09. Dr. med. Ritter, Monika  
08107 Kirchberg
- 08.09. Dr. med. Stefan, Roswitha  
02739 Neueibau
- 09.09. Graf, Sabine  
04159 Leipzig
- 10.09. Prof. Dr. med. habil.  
Metzner, Gerhard  
04109 Leipzig
- 11.09. Kube-Kopp, Katja  
04103 Leipzig
- 12.09. Dr. med.  
Bolze-Knothe, Heike  
02977 Hoyerswerda
- 12.09. Dr. med. Kraft, Karin  
04107 Leipzig
- 12.09. Orda, Reinhard  
02708 Löbau
- 13.09. Dr. med. Kanzler, Siegfried  
09456 Annaberg-Buchholz
- 13.09. Dr. med. König, Uta  
09648 Mittweida
- 14.09. Dr. med. Sterzel, Gunter  
09127 Chemnitz
- 14.09. Dr. med. Stibenz, Jürgen  
09232 Hartmannsdorf
- 15.09. Dr. med. Menne, Heidrun  
04668 Grimma
- 15.09. Stein, Wolfgang  
08412 Werdau
- 15.09. Wagner, Ursula  
08527 Plauen
- 16.09. Doz. Dr. med. habil.  
Faßauer, Helmut  
04347 Leipzig

- 16.09. Dr. med. Mosig, Rainer  
01187 Dresden
- 17.09. Dr. med.  
Günthel, Annemarie  
08209 Auerbach
- 17.09. Dipl.-Med. Lange, Rainer  
02828 Görlitz
- 17.09. Urban, Roseliese  
08280 Aue
- 18.09. Dr. med. Goepel, Petra  
04720 Mochau
- 19.09. Dr. med.  
Trappe, Magdalene  
01069 Dresden
- 21.09. Dr. med. Barb, Helga  
04109 Leipzig
- 21.09. Fleck, Evamaria  
01640 Coswig
- 21.09. Dr. med. Heine, Sigrid  
04318 Leipzig
- 21.09. Dr. med. Hempel, Karin  
01445 Radebeul
- 21.09. Dr. med. Sänger, Helga  
08209 Auerbach
- 23.09. Dr. med.  
Hofmann, Roswitha  
04779 Wernsdorf/Calbitz
- 23.09. Schnabel, Heidemarie  
02727 Ebersbach-Neugersdorf
- 23.09. Dr. med.  
Ullrich, Hans-Joachim  
08645 Bad Elster
- 23.09. Zimmermann, Ingrid  
01917 Kamenz
- 24.09. MUDr. Brückner, Hansjörg  
08228 Rodewisch
- 24.09. Dr. med. Kitzbichler, Helga  
01328 Dresden
- 24.09. Dr. med. Rothstein, Stefan  
04229 Leipzig
- 25.09. Dr. med. Dietze, Helga  
01877 Bischofswerda
- 25.09. Dipl.-Med.  
Schneider, Carmen  
09423 Gelenau
- 26.09. Dr. med. Weißflog, Elke  
08062 Zwickau
- 27.09. Dr. med. Gosse, Helga  
04159 Leipzig
- 27.09. Dr. med. Herrmann, Jochen  
08141 Reinsdorf
- 27.09. Dr. med. Jähnichen, Thomas  
04683 Naunhof
- 28.09. Dr. med. Leschke, Renate  
04109 Leipzig
- 28.09. Dr. med.  
Mittelstädt, Barbara  
04105 Leipzig
- 28.09. Dr. med.  
Walther, Hannelore  
08645 Bad Elster

- 28.09. Dr. med. Weißbach, Ullrich  
01471 Radeburg
- 29.09. Dr. med. Pasler, Emanuel  
09350 Lichtenstein
- 30.09. Dr. med. Butzert, Carla  
08312 Lauter
- 30.09. Dr. med. Linke, Norbert  
09217 Burgstädt
- 30.09. Roth, Ursula  
02826 Görlitz
- 75 Jahre**
- 02.09. Dr. med. Rose, Marita  
04275 Leipzig
- 03.09. Dr. med. Heiland, Lothar  
04316 Leipzig
- 04.09. Dr. med. Körner, Kristin  
08112 Wilkau-Haßlau
- 08.09. Dr. med. Bitzer, Frieder  
04668 Grimma
- 08.09. Trautloft, Charlotte  
08393 Meerane
- 11.09. Franz, Peter  
08606 Oelsnitz
- 14.09. Dr. med. May, Brigitte  
04680 Colditz
- 16.09. Dr. med. Löser, Helfried  
09557 Flöha
- 17.09. Prof. Dr. med. habil.  
Dettmer, Dietrich  
04249 Leipzig
- 18.09. Dr. med. Kirsten, Gottfried  
09114 Chemnitz
- 21.09. Stolle, Renate  
04229 Leipzig
- 22.09. Dr. med. Forcker, Gebhard  
09130 Chemnitz
- 22.09. Dr. med. Tilke, Renate  
09648 Mittweida
- 25.09. Dr. med. Golde, Winfried  
09114 Chemnitz
- 25.09. Dr. med. Kanig, Margarete  
01187 Dresden
- 26.09. Dr. med. Nehler, Klaus  
09125 Chemnitz
- 26.09. Dr. med.  
Wappler, Friedhelm  
08485 Lengenfeld
- 27.09. Dr. med. Groeschel, Walter  
01796 Pirna
- 28.09. Dr. med. Helmer, Klaus  
08412 Werdau
- 29.09. Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Brethner, Ludwig  
04157 Leipzig
- 30.09. Dr. med. Nebel, Gisela  
01307 Dresden
- 80 Jahre**
- 02.09. Dr. med. Berthold, Regina  
04103 Leipzig
- 04.09. Dr. med. Weiße, Eva  
04319 Leipzig
- 07.09. Dr. med. Heilek, Walter  
01326 Dresden
- 12.09. Dr. med. Gregori, Peter  
08529 Plauen
- 13.09. Bilger, Sigrid  
01069 Dresden
- 16.09. Prof. Dr. med. habil.  
Leopold, Dieter  
04277 Leipzig
- 19.09. Dr. med. Klapper, Johannes  
08058 Zwickau
- 23.09. Dr. med.  
Hebenstreit, Renate  
01920 Haselbachtal
- 26.09. Prof. Dr. med. habil.  
Helbig, Werner  
04155 Leipzig
- 81 Jahre**
- 01.09. Dr. med. Baumann, Irene  
04105 Leipzig
- 02.09. Dr. med. Beckert, Hans  
01279 Dresden
- 03.09. Dr. med. habil.  
Kluge, Werner  
01259 Dresden
- 06.09. Dr. med. Gebauer, Horst  
01877 Bischofswerda
- 08.09. Dr. med. Steudtner, Ursula  
01217 Dresden
- 09.09. Kuhnert, Friedegard  
01217 Dresden
- 12.09. Dr. med. Dieter, Joachim  
04808 Wurzen
- 14.09. Dr. med. Nicolai, Rainer  
01616 Strehla
- 20.09. Dr. med. Lange, Waltraut  
04416 Markkleeberg
- 22.09. Dr. med. Lippoldt, Roland  
08115 Lichtentanne
- 23.09. Dr. med. Hackel, Maria  
01187 Dresden
- 82 Jahre**
- 12.09. Dr. med. Richter, Herbert  
04107 Leipzig
- 16.09. Prof. Dr. med. habil.  
Lehmann, Werner  
04299 Leipzig
- 19.09. Dr. med. Vollmer, Christa  
01109 Dresden
- 29.09. Dr. med.  
Kretschmar, Christian  
02730 Ebersbach-Neugersdorf
- 83 Jahre**
- 05.09. Dr. med.  
Dießner, Magdalena  
01157 Dresden
- 15.09. Dr. med. Holzhausen, Günter  
04821 Waldsteinberg
- 28.09. Dr. med. Tützer, Anny  
08451 Crimmitschau
- 29.09. Tuchscherer, Isolde  
08280 Aue
- 84 Jahre**
- 06.09. Doz. Dr. med. habil.  
Schleusing, Gottfried  
04416 Markkleeberg
- 15.09. Dr. med. Roick, Waltraud  
09465 Sehma
- 22.09. Dr. med. habil.  
Bürkmann, Inge  
04159 Leipzig
- 22.09. Prof. Dr. med. habil. Dr.  
paed. Israel, Siegfried  
04105 Leipzig
- 85 Jahre**
- 28.09. Dr.-medic  
Naumann, Ladislaus  
04103 Leipzig
- 86 Jahre**
- 03.09. Dr. med. Grimm, Hans  
04157 Leipzig
- 87 Jahre**
- 23.09. Dr. med. Böttger, Wolfgang  
08062 Zwickau
- 88 Jahre**
- 10.09. Grandin, Gisela  
01324 Dresden
- 26.09. Dr. med. Simon, Eva-Maria  
01825 Liebstadt-OT Döbra
- 89 Jahre**
- 16.09. Dr. med. habil.  
Woratz, Günter  
09456 Annaberg-Buchholz
- 22.09. Dr. med. univ.  
Schmidt, Gert-Peter  
01109 Dresden
- 28.09. Prof. em. Dr. med. habil.  
Oeken, Friedrich-Wilhelm  
04229 Leipzig
- 91 Jahre**
- 06.09. Dr. med. Spielmann, Volker  
04316 Leipzig
- 93 Jahre**
- 06.09. Dr. med. Fronius, Ingrid  
01187 Dresden
- 19.09. Dr. med. Nicolai, Margarete  
09599 Freiberg
- 23.09. Dr. med. Woratz, Ursula  
09456 Annaberg-Buchholz

## 100 Jahre Psychiatrisches Krankenhaus Arnsdorf

Am 1. April 1912 wurde in Arnsdorf nach 4-jähriger Bauzeit die Königlich Sächsische Pflgeanstalt als eine allen Ansprüchen der Zeit genügende Einrichtung eröffnet. Ihr erster Direktor war bis 1924 Dr. Otto Schulze. Sie war die modernste Landesanstalt und diente im ersten Vierteljahrhundert überwiegend der Pflege als unheilbar diagnostizierter chronisch psychisch Kranker. Die Patienten kamen zunächst aus anderen sächsischen Heil- und Pflgeanstalten, ab 1913 wurden sie überwiegend aus Dresden eingewiesen.

Waren Ende 1912 zunächst 353 Patienten untergebracht, verdoppelte sich deren Anzahl binnen eines Jahres auf 603. Dagegen war die Zahl der genesenen oder wesentlich gebesserten Entlassenen sehr gering: 1912 waren es fünf, 1913 neun Patienten. Die Anstalt wuchs rasch, Erweiterungen erfolgten noch bis 1915. Die in eine großzügige Parkanlage eingebettete Anstalt verfügte über 17 Krankengebäude, das sogenannte Krankenhaus (in dem sich unter anderem ein OP-Saal befand), Kirche, Festsaalgebäude, Verwaltungsgebäude, Pfleger- und Schwesternheim, Direktorenwohnhaus, mehrere Beamtenhäuser, Küchengebäude, Wäscherei, Gärtnerei, Werkstätten, Kessel- und Maschinenhaus, Desinfektionshaus, Parentationshalle und Friedhof sowie ein Anstaltsgut.

Die Zeit der Etablierung war kurz. 1914 brachte der Erste Weltkrieg strikte Rationierungsmaßnahmen und Personalmangel mit sich. Dies führte zur Einstellung medizinischer Therapien. Selbst die Grundversorgung der Patienten musste eingeschränkt werden, es grassierten Infektionskrankheiten. Während des Krieges starben 771 Patienten, davon allein 1917 321 Pflglinge. Von 1914 bis 1921 bestand ein großes Militärlazarett, das 1917 1.040 Betten belegte.

Im April 1918 wurde das Schwesternhaus von Hubertusburg nach

Arnsdorf verlegt, wo bis zum Jahr 1943 die Ausbildung des weiblichen Pflgepersonals für die sächsischen Landesanstalten erfolgte.

Auch nach Kriegende waren Infektionskrankheiten weit verbreitet sowie die Kohle- und Lebensmittelversorgung mangelhaft. 1919 herrschte eine Sterblichkeitsrate von 22 Prozent, jeder zweite Todesfall war auf Tuberkulose zurückzuführen. Erst nachdem sich ab 1924 die wirtschaftliche Gesamtsituation des Landes deutlich gebessert hatte, durchlebte die sächsische Anstaltspsychiatrie in den mittleren Jahren der Weimarer Republik eine Hochphase. Mit der erweiterten Beschäftigungstherapie beschränkt man auch in Arnsdorf einen richtungsweisenden neuen Weg. Bereits 1920 hatte die systematische Laboratoriumsdiagnostik begonnen, 1921 die Heilfiebersbehandlung der progressiven Paralyse.

In den Vorkriegsjahren der NS-Diktatur erhielten nur die als heilbar diagnostizierten Patienten bestmögliche Behandlung. Als unheilbar eingeschätzte Kranke grenzte man hingegen systematisch aus. Therapeutische Leistungen wurden in Abhängigkeit vom Grad der Heilbarkeit und Arbeitsfähigkeit gewährt, wobei die Arbeitstherapie überwiegend wirtschaftlichen Zwecken diente.

Das am 14. Juli 1933 von der NS-Regierung erlassene „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ stellte das Wohl des „Volkskörpers“ über das des Einzelnen. Ab 1934 gehörten Zwangssterilisationen sogenannter „Erbkranker“ zum Anstaltsalltag. Männliche Patienten wurden vor Ort operiert, weibliche vorrangig im Stadtkrankenhaus Dresden-Friedrichstadt. 1934 erfolgte der Eingriff bei 193 Arnsdorfer Patienten, 1938 waren es 74 Patienten. 1935 ließ das „Rassenpolitische Amt der NSDAP“ Teile der Propagandafilme „Erbkrank“ und „Opfer der Vergangenheit“ in Arnsdorf drehen.

Unter Dr. Wilhelm Sagel, der die Anstalt von 1936 bis 1945 leitete, fanden im Oktober 1936 die ersten Insulinschockbehandlungen bei Schizophrenen statt. 1938 wurde Arnsdorf zu einer Heil- und Pflgeanstalt



Sommerfest 1913

© Archiv Sächsisches Krankenhaus Arnsdorf



Eine Krankenstation, 1920er-Jahre

© Archiv Sächsisches Krankenhaus Arnsdorf

umprofiliert und der Aufnahmebereich vergrößert. Nachdem bereits seit 1933 eine Erbkrankensichtungsstelle bestand, folgte Anfang 1939 die Etablierung der Landeszentrale für erbbiologische Bestandsaufnahme der sächsischen Landesanstalten. Dr. Sagel begann 1939 im Auftrag von Wehrmacht, IG-Farben und Robert-Koch-Institut mit Medikamentenversuchen zur Prophylaxe und Therapie der Malaria an nicht einwilligungsfähigen Patienten. Bis August 1942 wurden 110 Patienten mit Malaria tertiana infiziert.

Am 1. September 1939 begann der Zweite Weltkrieg. Unmittelbar danach wurden in den sächsischen Anstalten die ohnehin schon geringen Rationen für nicht arbeitende Patienten noch weiter reduziert, wodurch die Sterbezahlen erheblich stiegen. Die Sterberate verdoppelte sich in Arnsdorf bereits 1939 mit 288 Verstorbenen gegenüber 1938 auf neun Prozent. Während des ersten regionalen Hungersterbens in psychiatrischen Anstalten starben von Januar bis Mai 1940 in Arnsdorf 172 Patienten.

Führende Dienststellen der NSDAP und des Staates planten bereits zu



Das Verwaltungsgebäude am Erntedanktag 1934

© Daniela Martin

Kriegsbeginn eine Massenmordaktion an Kranken und Behinderten. Im Oktober 1939 beauftragte Adolf Hitler den Leiter seiner Kanzlei, Philipp Bouhler, und seinen Begleitarzt Karl Brandt mit der Organisation der Tötungsaktion, die sich ab April 1940 in der Berliner Tiergartenstraße 4 befand, ließ daraufhin im Deutschen Reich insgesamt sechs Tötungsanstalten einrichten. Eine davon befand sich ab Juni 1940 in Pirna-Sonnenstein.

Die zur Tötung vorgesehenen Menschen wurden in der Regel nicht direkt in die Tötungsanstalt verlegt, sondern zunächst für etwa vier Wochen in einer Zwischenanstalt untergebracht. Als solche fungierten die Landesanstalten Arnsdorf, Großschweidnitz, Waldheim und Zschadraß. Von Arnsdorf aus wurden von Juli 1940 bis August 1941 in 35 Transporten 2.674 Patienten, darunter 1.379 Frauen und 182 Kinder, mit Bussen in die Tötungsanstalt Sonnenstein deportiert und meist noch am gleichen Tag ermordet. Unter den Opfern befanden sich 924 Arnsdorfer Stammpatienten, die übrigen hatten Arnsdorf als Zwischenanstalt durchlaufen.

Wie in den meisten Landesanstalten wurde auch in Arnsdorf 1940 ein Reservelazarett der Wehrmacht eingerichtet, das bis kurz vor Kriegsende bestand. Es verfügte als eines der größten im November 1941 über 1.400 Betten. Die therapeutischen Bemühungen für die Patienten rückten während des Krieges zuneh-

mend in den Hintergrund. 1943 wurden insgesamt 634 Patienten in die Sterbeanstalten Hadamar, Meseritz-Obrawalde und Großschweidnitz verlegt, wo fast alle der „Medikamenteneuthanasie“ zum Opfer fielen. So wurden in Arnsdorf immer weniger Psychiatriepatienten betreut, im Herbst 1944 standen für sie nur noch zwei Gebäude zur Verfügung. Am Ende des Zweiten Weltkriegs befanden sich in Arnsdorf nur noch knapp 300 Patienten. Auch wenn der Krieg an den Anstaltsgebäuden keine äußerlichen Spuren hinterlassen hatte: Das Erbe des Nationalsozialismus war katastrophal.

Am 20. Mai 1945 beschlagnahmte die sowjetische Besatzungsmacht nahezu das gesamte Areal und kasernierte dort ein halbes Jahr zirka 2.500 Militärangehörige. Anschließend war der Zustand vieler Gebäude desolat und der Großteil der Einrichtungsgegenstände nicht mehr vorhanden.

Die Situation blieb bis 1948 bezüglich Ernährung, Heizung und medizinischer Versorgung katastrophal. 1947 betrug das Durchschnittsgewicht der männlichen Patienten der „Unruhigen-Abteilung“ 49,6 kg; das der weiblichen nur 41,9 kg. Besonders im Winter 1946/47 gab es wegen des Mangels an Kohle kein warmes Wasser und die Räume konnten nur unzureichend bis gar nicht beheizt werden. Da die Raumtemperatur zeitweise unter den Gefrierpunkt sank, waren die Patienten gezwungen, in ihren Betten zu bleiben, einige erfroren. 1947 erreichte die Zahl der Todesfälle mit 663 den Höchststand in der Gesamtgeschichte, darunter waren auch zahlreiche Bewohner eines aus Dresden verlegten Altersheimes.

1949/50 verbesserte sich die Situation bezüglich Ernährung und Heizung deutlich, doch der Personalmangel blieb akut. 1948 begann in der Staatlichen Krankenpflegeschule Arnsdorf wieder die Ausbildung von psychiatrischem Pflegepersonal.

Bald nach Gründung der DDR wurde eine Poliklinik eröffnet. Nach der Auflösung der Länder im Jahr 1952 erfolgte die Umbenennung in „Krankenanstalten Arnsdorf“. Das Anstalts-

gut wurde ausgegliedert. Im gleichen Jahr kam es mit der Einrichtung einer Kinderneuropsychiatrischen Abteilung und einer Neurologischen Abteilung zu einer Erweiterung des bisherigen Profils. 1958 erfolgte mit der Überführung in die Trägerschaft des Rates des Bezirkes Dresden die Umbenennung in „Bezirkskrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Arnsdorf“.

1957 hielt mit Megaphen, dem späteren Propaphenin, das erste Psychopharmakon Einzug in die medikamentöse Behandlung psychisch Kranker. In der Folge konnte ab 1958 die Anzahl der Isolierzellen drastisch reduziert werden. Auf den ehemaligen Zellenkorridoren entstanden schrittweise Mehrbettzimmer. Man begann die großen Aufenthaltsräume und Schlafsäle wohnlicher zu gestalten und von einigen Stationsfenstern die Gitter zu entfernen. Im gleichen Jahr endete nach 10 Jahren die fremdbestimmte Nutzung von vier Gebäuden, die die VP-Zentralschule für Kriminalistik an das Krankenhaus zurück gab. Mit den zusätzlich 480 Planbetten wurde Arnsdorf zum größten psychiatrischen Krankenhaus der DDR. 1962 beherbergte es 2.100 Patienten. Im Jahr zuvor wurde die erste EEG-Abteilung in Betrieb genommen.

Wenngleich ihrer Betreuung insgesamt zu wenig Beachtung geschenkt wurde, nahm die Zahl der Langzeitpatienten in den 1960er und 1970er Jahren stetig zu. Aufgrund eines enormen Aufnahmedrucks herrschte eine ständige Überbelegung, die durch den Mangel an qualifizierten Arbeitskräften noch verschärft wurde. Die 1963 von engagierten Psychiatern beschlossenen „Rodewischer Thesen“ forderten unter anderem die Öffnung der Großanstalten nach Außen und die Integration der psychisch Kranken in die Gesellschaft. Realisiert wurden die fortschrittlichen Ideen auch in Arnsdorf nur ansatzweise.

Schrittweise wurden Stationen für Demente, Alkoholiker und Suchtabhängige aufgebaut und in der Kinderpsychiatrie Förderungs- und Bil-

dungsmaßnahmen für staatlicherseits als „schulbildungsunfähig“ bezeichnete Patienten entwickelt.

Besonders die erste Hälfte der 1970er-Jahre brachte für das Krankenhaus wesentliche Fortschritte. Während die Rekonstruktionsmaßnahmen bei Patientengebäuden nur schleppend vorangingen, wurde der klinische Bereich deutlich gestärkt und die medizintechnische Ausstattung erheblich verbessert. Wenngleich sich Arnsdorf auf akutmedizinischem Bereich endgültig vom Charakter einer Anstalt löste, bestand dieser auf den meisten Langzeitstationen weiter fort.

Die neurologisch-internistische Klinik verfügte über zwei gut strukturierte Stationen. Aufgrund enger Zusammenarbeit zwischen Radiologie und Zentrallabor konnten die meisten Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems hausintern diagnostiziert und behandelt werden. 1976 wurde die Ausstattung der EEG-Abteilung verbessert. Mit der 1977 eröffneten physiotherapeutischen und Bäderabteilung erweiterten sich die therapeutischen Möglichkeiten. Verbesserungen wurden auch bei der medikamentösen Behandlung der Psychosen erreicht, sodass viele Patienten schneller aus dem Krankenhaus entlassen werden konnten. Das ambulante Betreuungsnetz war mittlerweile ausgebaut worden. Es bestand die Möglichkeit der Gruppentherapie nach Rogers für Suchtpatienten und der Anwendung von Methoden wie autogenes Training und Gesprächs- und Verhaltenstherapie.

Obwohl bezüglich des ärztlichen Personals eine größere Kontinuität erreicht wurde und es auch beim mittleren medizinischen Personal viele langjährig Beschäftigte gab, blieb es insgesamt bei einer hohen personellen Fluktuation wegen der gerade für Frauen schwierigen Arbeitsbedingungen sowie fehlendem beziehungsweise unzureichendem Wohnraum für Mitarbeiter.

In den 1980er-Jahren setzte sich der bauliche Verschleiß der Patientengebäude sowie der Ver- und Ent-

sorgungseinrichtungen unvermindert fort. Die Folgen waren nasse Keller, undichte Dächer, Zusammenbrüche in der Wärme- und Wasserversorgung. Dennoch wurden jährlich etwa 2.500 Patienten aufgenommen und entlassen. Etwa die Hälfte aber waren Langzeitpatienten, von denen viele schon zwei bis drei Jahrzehnte hospitalisiert waren. Zu den wenigen positiven Ergebnissen dieser Zeit gehörte, dass in der Klinik ein für das Gesundheitswesen der Region führendes Rechenzentrum etabliert wurde. Die Situation bei Pflegepersonal und Ärzten blieb das gesamte Jahrzehnt über extrem kritisch, es fehlten vor allem Stationsärzte.

Mit der politischen Wende 1989/1990 endete der Einfluss von SED und Staatsgewerkschaft rasch und leitende Mitarbeiter, die mit der Staatssicherheit zusammengearbeitet hatten, wurden entlassen. 1990 begannen eine neue Krankenhausleitung und ein Personalrat ihre Tätigkeit.

Die deutsche Wiedervereinigung und die Neubegründung des Landes Sachsen leiteten für die sächsische Krankenhauspsychiatrie einen neuen Entwicklungsabschnitt ein. Zum 1. Januar 1991 gingen die ehemaligen Bezirkskrankenhäuser in die Trägerschaft des Landes Sachsen über. Das Sächsische Sozialministerium unter Staatsminister Dr. Hans Geisler steuerte den schweren Defiziten im psychiatrischen Sektor entschieden entgegen. Der 1993 verabschiedete Erste Sächsische Landespsychiatrieplan hatte auch für das nunmehrige „Sächsische Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Arnsdorf“ weitreichende Konsequenzen. Es folgte die komplexe Sanierung und Renovierung fast aller Krankengebäude, wobei man die längst nicht mehr zeitgemäßen Bettensäle beseitigte und die Stationsgrößen von ursprünglich bis zu 100 Betten auf 18 bis 25 Betten verkleinerte. Die Zahl der therapeutischen Mitarbeiter wuchs erheblich, bezogen auf die Patientenzahl zwischen 1990 und 2000 etwa um das Vierfache. Die apparativen Ausstattungen und technischen Einrichtungen wurden



Krankenstation, 1960er-Jahre

© Archiv Sächsisches Krankenhaus Arnsdorf

modernisiert. Im Zuge der Enthospitalisierung bei Langzeitpatienten erfolgte zwischen 1994 und 1998 eine Umstrukturierung vom Krankenhausmilieu zum Wohnheim für Behinderte, das sich als vom Krankenhaus unabhängiges „Heim am Karswald“ etablierte.

Heute ist das Sächsische Krankenhaus Arnsdorf eine der größten psychiatrischen Einrichtungen in Sachsen. Anders als zur Gründungszeit ist die Versorgung von Patienten mit akuten psychischen Gesundheitsstörungen die zentrale Aufgabe des Krankenhauses. Zur umfassenden Diagnostik und Therapie psychiatrischer und neurologischer Erkrankungen stehen heute die Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, für Neurologie und Neurologische Intensivmedizin sowie die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zur Verfügung. Seit 2001 ist das Krankenhaus mit der gesetzlichen Aufgabe des Maßregelvollzuges betraut. Neben vollstationären Angeboten bietet das Haus eine Reihe tagesklinischer und ambulant-diagnostischer sowie therapeutischer Leistungen. In der Erwachsenenpsychiatrie werden von über 700 Mitarbeitern jährlich rund 2.500 Patienten von 18 Jahren bis ins hohe Alter behandelt.

Literaturhinweis: Thomas Metan/Boris Böhm, 100 Jahre Krankenhaus Arnsdorf. Von der Königlich Sächsischen Pflegeanstalt zum Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie, Hotex-Verlag, 2012, ISBN: 978-3-00-036531-7.

Dr. Boris Böhm  
Gedenkstätte Pirna-Sonnenstein  
Schloßpark 11, 01796 Pirna

## Rezension

### Kursbuch Sozialmedizin Lehrbuch zum Curriculum der Bundesärztekammer

Diehl, R., Gebauer, E. und Groner, A.

Deutscher Ärzteverlag Köln  
1. Auflage 2011  
kartoniert, 754 Seiten,  
101 Abbildungen, 110 Tabellen  
ISBN: 978-3-7691-0499-8  
69,95 Euro



Endlich liegt es vor, das „Kursbuch Sozialmedizin“, passend und ergänzend zum Curriculum der Bundesärztekammer, nicht nur hilfreich beim Erwerb der Zusatzbezeichnung Sozialmedizin, sondern auch bei der Bearbeitung sozialmedizinischer Fragestellungen.

Die Autoren Diehl, Gebauer und Groner haben dieses neue Lehrbuch

auf der Grundlage der Kursinhalte Sozialmedizin in akribischer Feinarbeit zusammengestellt. Es ist sehr erfreulich, dass die Kursleiter gemeinsam mit anderen Referenten der Fort- und Weiterbildung Sozialmedizin sich an die Erarbeitung des vorliegenden Lehrbuches gewagt haben.

Die „Sozialmedizin“ beschreibt und bewertet die Wechselbeziehungen zwischen Gesundheit und Krankheit im Rahmen der gesellschaftlichen Bedingungen unter vielfältigen Blickwinkeln, so beispielsweise unter ätiologischer, präventiver, rehabilitativer, ökonomischer und versorgungsrechtlicher Betrachtungsweise. Somit kann Sozialmedizin als Querschnittsfach im Spektrum der klinischen Medizin betrachtet werden. Für den kurativ tätigen Arzt ist dieses Gebiet oft schwer durchschaubar, aber notwendig, um den Patienten in seiner Gesamtheit behandeln, beurteilen, beraten und leiten zu können.

In dem Lehrbuch ist das gesamte Kurs- und Prüfungswissen des Grundkurses (Block A bis D) und des Aufbaukurses (Block E bis H) didaktisch exzellent zusammengefasst und dargestellt.

Der Grundkurs gibt Auskunft über die folgenden Themen:

- Grundlagen der Sozialmedizin und der Gesundheitsversorgung,
- Systeme der sozialen Sicherung
- Grundlagen und Grundsätze der Rehabilitation, Gesundheitsförderung und Prävention,
- Leistungsarten, -formen und Zugang zur Rehabilitation.

Im Aufbaukurs sind die Themen

- Arbeitsmedizinische Grundbegriffe,
- Grundlagen der Begutachtung, Rechtsfragen,
- spezielle sozialmedizinische Begutachtung,

- Leistungsdiagnostik und Beurteilungskriterien bei ausgewählten Krankheitsgruppen

aussagekräftig dargestellt.

Somit ist das gesamte sozialmedizinische Wissen gut strukturiert und übersichtlich nachlesbar und erlernbar dargestellt.

Sozialmedizin verständlich zu übermitteln und für die Praxis anwendbar zu machen, ist das erklärte Ziel der Autoren.

Dankbar erinnert sich der Rezensent als Kursant an die hervorragend und pragmatisch geleiteten Veranstaltungen von Alfred Groner in Sachsen. So wurde Sozialmedizin als wichtiges und mit Leben erfülltes Gebiet der Medizin vermittelt. Schlussendlich liegt das Lehrbuch als Quintessenz vor und ist nicht nur für die praktische Arbeit der ärztlichen Gutachter, sondern auch für die Kolleginnen und Kollegen aller Fachgebiete zu empfehlen.

Das Buch ist übersichtlich mit den Kursblöcken A bis H gegliedert, besitzt ein Inhaltsverzeichnis, ein Abkürzungsverzeichnis sowie ein Stichwortverzeichnis. Des Weiteren gehören neben Hinweisen zu weiterführender Literatur auch im Anhang an jeden Kursblock Fragen zur Vertiefung des Wissens und zur Wiederholung. Durch den Mehrfarbdruck ist das Buch gut aufgelockert. Bei einer künftigen Auflage könnten Tafeln für den Benutzer mit Kurzübersichten zu den Kapiteln im Anhang eine Bereicherung darstellen. Alles in allem ist diesem neuen Buch von sehr praktischem Wert eine rasche und große Verbreitung zu wünschen.

Dr. med. Hans-Joachim Gräfe  
Köhren-Sahlis