

<b>Editorial</b>	Chance oder Don Quichotte?	<b>360</b>
<b>Berufspolitik</b>	Ökonomie schlägt Medizin – Beispiele gesucht	<b>361</b>
	„Offener Brief“ der Sächsischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin	<b>362</b>
	Stellungnahme der KVS zum „Offenen Brief der SGAM“	<b>363</b>
<b>Gesundheitspolitik</b>	Darf’s ein bisschen mehr sein?	<b>364</b>
	Kursangebot „Curriculum Ärztliches Qualitätsmanagement“	<b>369</b>
	Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen	<b>370</b>
	Sportbefreiungen für Schüler	<b>371</b>
<b>Mitteilungen der KVS</b>	Existenzgründer- und Praxisabgebortag für Ärzte	<b>375</b>
	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	<b>376</b>
<b>Originalien</b>	Tissue-Engineering in der Harnröhrenchirurgie	<b>377</b>
	Herausforderung „Schiffsarzt“	<b>379</b>
<b>Recht und Medizin</b>	Arzthaftung	<b>381</b>
	Stärkere Kontrolle bei Organspende	<b>382</b>
<b>Verschiedenes</b>	Mitgliederversammlung der KÄK Meißen	<b>370</b>
	Stiftung Hufeland-Preis	<b>370</b>
	10. Deutscher Seniorentag	<b>383</b>
	18. Leipziger Ärzteball	<b>384</b>
	Ärztliche Betreuer von Herzsportgruppen gesucht!	<b>384</b>
	30 Jahre HNO-Allergieabteilung in Dresden	<b>384</b>
Komplizen gesucht	<b>384</b>	
<b>Leserbrief</b>	Dr. med. Maria Böhme	<b>385</b>
<b>Buchbesprechung</b>	Das heilkundige Sachsen	<b>385</b>
<b>Personalien</b>	Jubilare im Oktober 2012	<b>386</b>
<b>Mitteilungen der Geschäftsstelle</b>	Von Adam bis Zielonka	<b>391</b>
	Konzerte und Ausstellungen	<b>391</b>
<b>Medizingeschichte</b>	Dr. Daniel Gottlob Moritz Schreiber	<b>388</b>
	Göttlich schön und behaglich!	<b>392</b>
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – November 2012	



Kursangebot „Curriculum Ärztliches Qualitätsmanagement“  
Seite 369



Herausforderung Schiffsarzt  
Seite 379



Dr. Daniel Gottlob Moritz Schreiber  
Seite 388



Totem und Tabu  
Seite 392

Titelbild: Golden Princess in Neapel © Heblisch

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)

## Chance oder Don Quichotte?



Dr. med. Stefan Windau © SLÄK

Trotz tatsächlicher oder vermeintlicher Patientenautonomie – schon darüber ließe sich trefflich streiten –, wenn es ernst wird, wenn man gefühlt oder tatsächlich krank ist, ist es vorbei mit der subjektiven Autonomie. Da nützen alle Gesetze nichts. Entscheidend sind und bleiben das eigene Gefühl und Erleben von Bedrohung, Schmerz, Angst, Alleinsein, aber auch das von Hoffnung, Zuwendung und Nähe. Das trifft auf uns Ärzte ebenso zu wie für unsere Patienten.

Es klingt etwas paternalistisch, wird aber dadurch nicht weniger wahr: Der autonome Patient wünscht sich zwar Aufklärung und Mitentscheidungsrechte und eine gute Behandlung. Auch ein bisschen umworben darf er sein. Seine sozial- und zivilrechtlich begründeten Ansprüche sind heute fast unumstößlich. Marketingstrategien von „Gesundheitsleistungsanbietern“ verfangen oft in erheblichem Ausmaße, bei Patienten und bei Ärzten. Im Grunde aber geht es meist, wenn auch nicht immer auf den ersten Blick ins Auge fallend, um basale emotionale/psychische Bedürfnisse. Gesellschaftlich induziertem und kaum hinterfragtem Anspruchsdenken des Patienten, Verrechtlichung und Ökonomisierung

und Technifizierung der Arzt-Patient-Beziehung stehen der doch darunter liegende Wunsch nach Verstehen und Annahme entgegen, dies besonders auch im Kontext mit dem Wandel unserer sozialen Strukturen. Die Ebenen der Kommunikation sind dabei vielschichtig und sehr differenziert, hat doch fast jede Information neben der sachlichen auch eine (verdeckte) appellative, selbstoffenbarende und beziehungsmäßige Komponente.

Der Arzt selbst ist besetzt von einer Vielzahl von Pflichten und eigenen Bedürfnissen, teils von Interessengegensätzen (Budget, Zeit, Vorschriften, Therapieoptionen versus Kosten etc.) und Empfindungen. Er muss sich, ob er will oder nicht, diesen äußeren (und inneren) Zwängen stellen, was nicht selten zur Beeinträchtigung von Gesundheit auch bei Ärzten führt. Nicht die Arbeitsbelastung an sich scheint mir oft das entscheidende zu sein, sondern der Charakter der Belastung unter den spezifischen Rahmenbedingungen des Handelns. Das Spannungsfeld zwischen den offen geäußerten Ansprüchen und den tiefer liegenden Bedürfnissen von Patienten einerseits und den individuellen Möglichkeiten, dem zu entsprechen andererseits wird größer, schlicht oft deshalb, weil die physische oder psychische Kraft des Arztes endlich ist. Schließlich ist er vom Relativismus in unserer Gesellschaft umgeben und geprägt. Die sozialen Normen, Beziehungsmuster und Verhaltensweisen im Positiven wie auch im Negativen sind auch bei uns Ärzten verinnerlicht und ganz wesentlich handlungsprägend.

Die Fragen, warum heute psychische Erkrankungen mehr erfasst werden, mehr im Mittelpunkt stehen oder tatsächlich häufiger auftreten, sind doch nur im gesellschaftlichen Kontext zu verstehen und zu beantworten. Gerade aber in diesem Kontext ist der Arzt Handelnder und Betroffener zugleich.

Der Arzt kann und will von außen betrachtet den Ansprüchen und Bedürfnissen des Patienten nur

bedingt gerecht werden. Dabei ist es dem Arztberuf, dies in aller gebotenen Bescheidenheit, wie keinem anderen immanent, Somatisches und Psychisches gesamthaft zu diagnostizieren und behandeln zu können. Die gesellschaftlichen Tendenzen von Pluralisierung, Diversifizierung und einem gewissen Relativismus spiegeln sich natürlich auch in einem veränderten Selbstverständnis des Arztes wider, aber auch in der Rolle, die die westliche Gesellschaft dem Arzt heute zumisst. Da mag es berechnete Ansatzpunkte für eine solche Entwicklung geben, andererseits leidet darunter der ganzheitliche und integrative Ansatz. Dies ist mitnichten durch kooperative Strukturen etc. zu ersetzen, denn dies betrifft eine ganz andere Ebene. Manche Gesundheitsberufe werden aufgewertet, teils pseudoakademisiert und übernehmen Versorgung, die bisher ärztlich besetzt war. Dies mag teils ökonomisch – zumindest kurzfristig – Sinn machen, auch Lücken temporär schließen. Wir sollten aber nicht aus den Augen verlieren, dass Arztsein im integrativen und ganzheitlichen Ansatz eine Riesenchance und haltgebend ist, und dies in einem ganz wesentlichen Bereich des Lebens, in einer zunehmend divergierenden Gesellschaft. Hier könnte man einwenden, es ginge mir um Klientelpolitik und um Verteilungskämpfe. Ein solcher Ansatz wäre aber kontraproduktiv, dies ginge am Kern des Problems vorbei. Politik und andere Entscheidungsträger ignorieren (oder verdrängen kollektiv), wie wenig Integrierendes und Haltgebendes unsere Gesellschaft derzeit bietet. Es wäre an der Zeit, innerärztlich unser Rollenverständnis in seinen Chancen und Grenzen zu reflektieren und dies in einen gesellschaftlichen Diskussionsprozess einzubringen. Dies schließt notwendigerweise das Betrachten und Neubewerten von Strukturen ein.

## Ökonomie schlägt Medizin – Beispiele gesucht

### Reaktionen auf das Editorial „Arzt sein und bleiben“ im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 7/2012

Wie in oben genanntem Editorial im „Ärzteblatt Sachsen“ beschrieben, beobachten wir Ärzte seit Jahren eine Wandlung der Medizin von der ärztlichen Hilfe hin zu einem Geschäftsmodell Medizin.

Auch aus rein ökonomischen Gründen ist ein sogenannter Gesundheitsmarkt entstanden und es werden zunehmend Leistungen aus markantilen Erwägungen erbracht. Das Primat der durch die Krankheit indizierten Diagnostik und Therapie, die dann als vorwiegend ärztliche Leistungen auch entsprechend zu vergüten sind, wird ausgehöhlt und durch sachfremde Erwägungen vorwiegend nichtärztlicher Lenker im Gesundheitswesen ersetzt. Nicht verschwiegen werden soll, dass mitunter auch ärztliche Kollegen durch falsch gesetzte Anreize in Versuchung geraten können, das Wohl des Patienten nicht mehr vordergründig zu sehen.

Die Reaktionen auf das genannte Editorial haben uns auf die Idee gebracht, Beispiele aus der täglichen Arbeit sächsischer Ärzte zu sammeln, wo diese Ökonomisierung und Fehlsteuerung allzu augenfällig wird.

Wir bitten Sie, uns zu schreiben. Ihre konkreten Beispiele würden uns in die Lage versetzen, in Gesprächen mit den politisch Verantwortlichen oder in Auseinandersetzungen mit den für die konkrete Umsetzung dieser Fehlentwicklungen Verantwortlichen nicht immer nur abstrakt argumentieren zu müssen. Da uns das Problem sehr wohl bewusst ist, dass es nicht einfach ist, die von vielen Arbeitgebern geforderte unbedingte Loyalität mit unserem Anliegen in Einklang zu bringen, garantieren wir die komplette Anonymisierung der Daten und den Verzicht auf die Nut-

zung allzu spezifischer Schilderungen, aus denen der Urheber gegebenenfalls unschwer zu erkennen wäre.

Wenn wir ärztlich-ethische Anliegen in dieser Hinsicht tatsächlich befördern wollen, bleibt wohl kein anderer Weg. Schweigen zu den Entwicklungen und Mitmachen wird als Einverständnis gewertet und setzt die nächste Eskalationsstufe in Gang. Es bietet sich an, die von Giovanni de Maio, zuletzt im Deutschen Ärzteblatt 2012; 109(16): A 804-7 aufgestellten Kriterien für die Beurteilung der Situation zu nutzen:

- A von der Bedingungslosigkeit der Hilfe zur Rentabilität der Leistung
- B von der Unverwechselbarkeit der Leistung zum standardisierten Verfahren
- C von der ganzheitlichen Betrachtung des Patienten zur Zerlegung und Fraktionierung
- D vom Vertrauensverhältnis zum Vertragsverhältnis
- E von der Freiheit ärztlicher Entscheidungen zum Therapieren nach Gebrauchsanweisungen
- F von der ärztlichen Profession zum Angestellten im Industriekomplex

G von der Selbstverständlichkeit des Gebens zur Rechenschaftspflichtigkeit allen Tuns

H von der Beziehungsqualität zur Fokussierung auf objektive Handlungen

I vom Grundgefühl der Dankbarkeit zur Generierung einer Anspruchsmentalität

J von der fürsorglichen Praxis zur marktformigen Dienstleistung

Bitte teilen Sie uns mit, wenn Sie konkrete Beispiele für derartige Entwicklungen haben. Ihre Schreiben werden nur dem Präsidenten und dem zweiten Unterzeichner bekannt.

Der Klarheit halber richten Sie bitte diese Briefe an Herrn Präsidenten Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze persönlich/vertraulich.

Sächsische Landesärztekammer  
Schützenhöhe 16  
01099 Dresden

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Präsident

Dr. med. Steffen Liebscher  
Vorstandsmitglied

## „Offener Brief“ der Sächsischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin

**Kleinstaaterei in Deutschland!  
Im Freistaat Sachsen will man  
einen Hausarzt, spaltet aber die  
Gruppe mittels Richtgrößen im  
KV-System auf. Ein Fehler mit Fol-  
gen.**

Eine Trennung der Arzneimittel- und Heilmittelrichtgrößen in die Gruppe der Fachärzte für Allgemeinmedizin/ Praktische Ärzte und die der hausärztlich tätigen Internisten halten wir aus folgenden Gründen für unzulässig (Zahlen siehe Kasten).

1. Fachärzte für Allgemeinmedizin und hausärztlich tätige Internisten haben den identischen Patientenversorgungsauftrag, somit ist es nicht nachvollziehbar, weshalb eine Trennung der Arzneimittelrichtgrößen erfolgt. Auch die Argumentation, hausärztlich tätige Internisten würden ein größeres Spektrum an Diagnostik und Therapiemöglichkeiten anbieten, trifft so nicht mehr zu. Die jüngere Generation der Fachärzte für Allgemeinmedizin hat ebenfalls eine fundierte und moderne internistische Ausbildung genossen und bietet nunmehr zum Beispiel Sonographiediagnostik, LZ-RR, LZ-EKG, Ergometrie und Dopplerdiagnostik an und leitet konsekutiv eine leitlinien-gerechte medikamentöse Therapie ein. Ganz im Gegenteil haben gut weitergebildete Fachärzte für Allgemeinmedizin ein wesentlich größeres Spektrum als die Innere Medizin.

2. Weiterhin ist festzustellen, dass es sich um eine eindeutige Wettbewerbsverzerrung handelt, wenn hausärztlich tätige Internisten aufgrund der höheren Arzneimittelrichtgröße vielfältigere Medikationsverschreibungsmöglichkeiten besitzen.

Ein wichtiges Argument gegen den Schritt in die Selbständigkeit einer Landarztpraxis ist die Angst vor einem Regress. Ein Internist geht mit einem viel größeren Sicherheitspaket in die Niederlassung.

Sollte der Anteil zukünftiger Hausärzte durch solche Anreize hauptsächlich der hausärztlich tätige Internist sein, dann fördert man in erster Linie die Versorgung in Städten und Ballungszentren. Hier sollte man bedenken, dass man als hausärztlich niedergelassener Internist auch rein fachinternistisch arbeiten kann, beispielsweise schwerpunktmäßig kardiologisch, pulmologisch oder gastroenterologisch. Das sollte kritisch überdacht werden. Auf dem Lande braucht man auf alle Fälle den allumfassend ausgebildeten Allgemeinarzt und keinen Subspezialisten.

3. Eine Recherche im Auftrag der Sächsischen Landesärztekammer zeigt, dass es in Deutschland in sieben von 17 deutschen KV-Bereichen eine einheitliche Richtgröße für die Hausärzte gibt, auch in unserem Nachbarbundesland Sachsen-Anhalt ist dieser wichtige Schritt geschafft.

4. Bedingt durch die Weiterbildungsordnung wird die Hausarztweiterbildung ohne bestehendes Rotationsystem an Kliniken und ohne Verbundweiterbildung meist zugunsten einer rein internistischen Weiterbildung verschoben. Für Allgemeinmediziner ist aber unumstritten neben der internistischen praktischen Erfahrung auch die chirurgische, pädiatrische, orthopädische und möglichst psychosomatische von großem Vorteil für die spätere Hausarztstätigkeit. Dies ist besonders bei der unmittelbaren Patientenversorgung auf dem Lande von Bedeutung. In einer Landarztpraxis müssen Patienten jeden Lebensalters und jeglichen Beratungsanlasses behandelt werden, das sogenannte unausgelesene Patientengut. Demzufolge ist eine interdisziplinäre allgemeinmedizinische Ausbildung extrem wichtig. In Zeiten des unumstrittenen Landärztemangels ist es folglich sehr wichtig, Studenten und Assistenzärzte für das Fachgebiet Allgemeinmedizin zu motivieren. Eine Trennung der Arzneimittelrichtgröße wirkt dem entschieden entgegen.

Somit ist festzustellen, dass eine Trennung der Richtgrößen für die Hausarztgruppe eine Wettbewerbsverzerrung darstellt, falsche Anreize in Zeiten des Landarztmangels setzt

und den Nachwuchs von bestens für die ländliche Einzelpraxis ausgebildeten Fachärzten für Allgemeinmedizin gefährdet. Europaweit strebt man die Schaffung eines einheitlichen Hausarztes an, wie kann man da weiter an einer Aufspaltung festhalten!

Die SGAM fordert eine Erhöhung der Arzneimittelrichtgröße für Allgemeinärzte auf das Niveau der hausärztlichen Internisten.

Die unsinnige Trennung der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztgruppen (Allgemeinmediziner und Praktische Ärzte/hausärztliche Internisten) muss aufgegeben werden zugunsten einer einheitlichen Hausarztgruppe.

### Richtgrößen 2012

(Euro pro Quartal) in Sachsen:  
für Arznei- und Verbandmittel  
einschließlich Sprechstundenbedarf (Bruttowerte)

Hausärztliche Internisten M/F  
77,39 € R 168,33 €  
Allgemeinmediziner/Praktische  
Ärzte M/F 41,70 € R 135,46 €

Das sind für Hausärzte bei (M/F)  
pro Patient 35,69 € weniger, mit  
anderen Worten fast nur die  
Hälfte der Internisten-Richtgröße,  
weniger klafft die Spanne bei  
Rentnern (R) mit 32,87 €.

Überschlägt man dies orientierend an einer Hausarztpraxis mit 1000 Scheinen/Quartal, dann ist das Sicherheitspaket der Allgemeinmediziner pro Quartal ca. 34.000 € kleiner. Anders ausgedrückt müsste ein Allgemeinmediziner für 34.000 € in der Lage sein, weitere 815 M/F mit Arznei- und Verbandmittel zu versorgen oder weitere 251 R.

## Stellungnahme der KVS zum „Offenen Brief der SGAM“

„Ein Fehler mit Folgen“, so kommentiert die SGAM in ihrem Schreiben bereits in der Überschrift. „Wohl wahr!“ darf man von Seiten der KV Sachsen ergänzen. Wenn man will, dass der identische Versorgungsauftrag identische Arzneimittelrichtgrößen zur Folge hat, dann muss hinzugefügt werden, dass dies natürlich für weitere Versorgungsbereiche wie den der Heilmittel ebenso Gültigkeit haben muss.

Und genau diese Folgen hat die KV Sachsen für ihre Mitglieder minimiert, um sie vor Regressen im Heilmittelbereich – mittlerweile ein Schwerpunkt bei der Prüfung ärztlicher Verordnungen – zu bewahren.

bereich 105 Allgemeinmediziner mehr eine Richtgrößenprüfung fürchten; zumal hier der Nachweis von Praxisbesonderheiten weitaus schwerer geführt werden kann, das Regressrisiko also ungleich höher einzuschätzen ist.

Im „Offenen Brief der SGAM“ wird dargestellt, dass sieben von 17 KV'en die von der SGAM geforderte Vereinheitlichung durchgeführt haben. Im Umkehrschluss darf festgestellt werden, dass zehn KV'en gute Gründe sehen, es nicht zu tun. So auch die KV Sachsen. Der Hauptgrund wurde beschrieben. Unklar ist auch, warum die Diskussion zu einem Zeitpunkt intensiviert wird, wo Richtgrößenprüfungen im Arzneimittelbereich durch (für Allgemeinmediziner und Internisten gleichermaßen geltende) Zielvereinbarungen häufig an Schärfe verloren haben.

Auswertung der Richtgrößen 2010 für Allgemeinmediziner/ Praktische Ärzte		M/F	R	Anzahl Ärzte/Praxen mit RG-Überschreitung von mehr als 25 %
Arznei- und Verbandmittel	Vereinbarte Richtgröße	43,36 €	141,28 €	196
	Gemittelte Richtgröße	50,87 €	150,06 €	120 (- 76)
Heilmittel	Vereinbarte Richtgröße	9,75 €	18,75 €	432
	Gemittelte Richtgröße	9,15 €	17,12 €	537 (+ 105)
Gesamt				+ 29

Es ist **völlig undenkbar, die Richtgröße** der Allgemeinmediziner im Arzneimittelbereich mit der aktuellen Richtgröße der hausärztlichen Internisten **gleichzusetzen**, weil das eine unmittelbare Absenkung der Richtgrößen für alle anderen Fachgruppen zur Folge hätte. Das wäre diesen gegenüber nicht zu rechtfertigen.

Gemittelte Richtgrößen führen bei Allgemeinmedizinerinnen zwar im Arzneimittelbereich zu 76 Prüfverfahren weniger. Dafür müssen im Heilmittel-

Mag die geforderte Angleichung von Richtgrößen von einigen Allgemeinmedizinerinnen weiterhin als sachgerecht erachtet werden. Die KV Sachsen hat sich im Interesse auch dieser Ärzte vor dem Hintergrund der insgesamt drohenden Regressgefahren für Allgemeinmediziner bewusst gegen das von der SGAM geforderte Vorgehen entschieden.

26. Juli 2012  
Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung  
Sachsen



## Darf's ein bisschen mehr sein?

### Die wundersamen Wege der wunscherfüllenden Medizin

#### Zusammenfassung

Seit jeher wünschen sich Menschen, ihre Fähigkeiten zu verbessern, der Natur mehr abzurufen, als sie freiwillig gibt. Inzwischen hat die medizinische Entwicklung jedoch ein Stadium erreicht, das die Realisierung vieler dieser Wünsche ermöglicht. Davon betroffen sind vielerlei Lebensbereiche, die jedoch selten als zusammenhängend wahrgenommen werden. Erst wenn man jedoch mehrere Gebiete zusammensieht, sich einen Überblick verschafft, erkennt man, dass sich in so unterschiedlichen Bereichen wie Fortpflanzungsmedizin, Schönheits-OPs, Doping und Lifestyle eine einheitliche Entwicklung vollzieht: nicht nur Krankheit zu bekämpfen, sondern Gesunden zur Steigerung ihrer Fähigkeiten, ihres Aussehens etc. zu verhelfen. Der Weg führt demnach von der Bedürftigkeit zum Begehren – das heißt zur wunscherfüllenden Medizin. Der Wille zur Steigerung, zum „Enhancement“, hat keinen Außen-seiterstatus mehr, sondern kennzeichnet eine gesamtgesellschaftliche Entwicklung.

#### Krone der Schöpfung

Ob der Mensch „die Krone der Schöpfung“ ist oder ob die Entwicklung des homo sapiens auch künftig weitergeht, lässt sich schwer sagen. Zunächst scheint plausibel, dass die Evolution nicht einfach einen Schlusspunkt macht à la: Mensch geworden, Ziel erreicht, bitte alles aussteigen, der Evolutionszug fährt hier nicht weiter. So wie man Primaten als nicht weiterentwickelte Prototypen des Menschen ansehen kann, könnten auch wir heutigen Vorstufen einer fortentwickelten Species sein. Dagegen wird indes geltend gemacht, gerade das Gehirn, dessen Leistung uns von anderen Lebewesen kategorial unterscheidet, sei zumindest grundsätzlich nicht verbesserbar, dem stünden chemische und physikalische Grenzen ent-

gegen. Zudem hat auf die künftige Entwicklung zu hoffen den Nachteil, dass die Evolution, so sie denn weiter vonstatten geht, ziemlich langsam und nur über viele Irrtümer vorankommt, Jahrhunderteausende könnte es dauern, und kein heute lebender Forscher würde es miterleben, um zufrieden feststellen zu können: Ich habe es ja gleich gesagt.

So lange zu warten, ist nicht populär. Zumal in der modernen Instant-Gesellschaft gilt stattdessen die Forderung der Pop-Gruppe Queen: „I want all – and I want it now!“. Deshalb haben viele hunderttausende oder gar Millionen Menschen weltweit und auch in Deutschland beschlossen, die Sache selbst in die Hand zu nehmen – beziehungsweise ihren Wunsch nach „ein bisschen mehr“ den Ärzten mit der Bitte um Erfüllung anzuvertrauen. So werden denn etwa Kinderkriegen, Schönheit, sportliche Erfolge und mentale Fähigkeiten zu wesentlichen Lebensbereichen, in denen es weder um Heilung noch Linderung einer entgleisten Gesundheit geht, sondern zunehmend um Verbesserung, Stärkung und Steigerung von Gesunden. Die (Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte hält sich mit Aussagen zu solchen ärztlichen Maßnahmen bisher vornehm zurück. Die in Artikel 12 Grundgesetz garantierte Berufsausübungsfreiheit würde zumindest einem kompletten Verbot wohl auch entgegenstehen.

Mitunter begegnet man der Ansicht, es handle sich bei der wunscherfüllenden Medizin um ein eher randständiges Problem. Gefördert wird dies dadurch, dass zumeist nur der eine oder andere Aspekt, beim einen etwa das Doping, bei anderen die Schönheitschirurgie, in den Blick geraten ist. Über den einzelnen jeweils interessierenden Bereich bestehen oft umfassende Kenntnisse, der anderen Entwicklungen ist man sich dagegen kaum bewusst. Asymptotisch nähert man sich daher dem von Erwin Chargaff (Die Feuer des Heraklit) beschriebenen Zustand, immer mehr über immer weniger zu

wissen und am Ende alles – über nichts. Dem möchte dieser Beitrag mit dem griechischen Philosophen Archilochos entgegenwirken: „Der Fuchs weiß viele Dinge – aber der Igel weiß eine große Sache.“ In diesem Sinn soll gezeigt werden, dass die einzelnen Bereiche klar eine einheitliche Tendenz aufweisen – sie ergeben gleichsam ein Bild, „eine große Sache“, das Bild einer „erhalten“ oder einfacher und im umfassenden Sinn: das Bild einer gedopten Gesellschaft.

#### Fortpflanzungsmedizin

Am 5. März 2012 meldete die Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ) auf Seite 11: „Zwillinge für 66 Jahre alte Schweizer Pfarrerin“. Am 16. Juli 2009 berichtete dieselbe Zeitung auf Seite 7: „Älteste Mutter stirbt drei Jahre nach der Geburt ihrer Kinder“. Sie war mit Hilfe der assistierten Reproduktion lange nach der Menopause schwanger und von Zwillingen entbunden worden. Schon im Jahr 2007 hatte eine 64-jährige Deutsche nach einer im Ausland durchgeführten künstlichen Befruchtung (mit Eizellspende sowie dem Sperma ihres Ehemannes) ein Kind geboren. Nach anderen Meldungen klagt eine französische Witwe auf Herausgabe des Spermias ihres Mannes, um sich künstlich befruchten zu lassen. Der amerikanische TV-Star Neil Patrick Harris gibt laut Zeitungsbericht per Twitter bekannt, er und sein Lebensgefährte seien Eltern von Zwillingen geworden... Die Reihe solcher Meldungen ließe sich seitenlang fortsetzen.

Das Ziel war, mithilfe der künstlichen Befruchtung ungewollt kinderlosen Paaren zu helfen. Etwa jedes 8. Paar ist von diesem Schicksal betroffen. Die In-vitro-Fertilisation (IVF) zählt damit zur gleichsam traditionellen heilenden, lindernden und begleitenden Medizin. Schon 1986, nur acht Jahre nach dem weltweit ersten IVF-Kind Louise Brown in Großbritannien, urteilte der Bundesgerichtshof, es handle sich dabei um eine anerkannte Methode der Heilbehandlung. Diese ärztliche Hilfe wird inzwischen in circa 120 Zentren in Deutschland durchgeführt. Allein in

den Jahren 1996 bis 2010 sind hier laut IVF-Register rund 160.100 Kinder nach IVF geboren worden. Solche Angaben sind abstrakt. Diese Zahl entspricht etwa der Anzahl der Einwohner von Genf – oder von Chemnitz plus Plauen.

Indessen gibt es schon von dieser medizinischen Heilbehandlung quasi Wegweiser zur Wunschmedizin. Die „(Muster-)Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der assistierten Reproduktion“ hält es bei der heterologen, also mit Spendersamen durchgeführten künstlichen Befruchtung für sinnvoll, auf Merkmale wie Blutgruppe, Augen- und Haarfarbe, Körpergröße und -statur sowie Ethnie zu achten. Dem ist sicherlich zuzustimmen: Die äußere Ähnlichkeit fördert Akzeptanz und Integration des so entstandenen Kindes in die Familie und der Umgebung. Jedoch ist unübersehbar, dass es sich bereits hier um Auswahlkriterien handelt, die mit körperlicher Gesundheit a priori nichts zu tun haben. „Falsche“ Haar- oder familienuntypische Augenfarbe stellen keine „Krankheitsmerkmale“ dar. Es handelt sich daher um Wünsche.

Gewollt war die Hilfe. Bekommen hat man zusätzlich aber einen weltweiten riesigen Fortpflanzungsmarkt. Dass dabei § 1 Embryonenschutzgesetz (ESchG) viele der angebotenen „Dienstleistungen“ bisher in Deutschland verbietet – etwa die Ei- und die Embryonenspende sowie die Leih- oder Ersatzmutterchaft – und bei unverheirateten Frauen sowie gleichgeschlechtlichen Paaren Maßnahmen der künstlichen Befruchtung nicht durchgeführt werden, sind Regelungen von absehbarer Dauer. Eine der höchsten Mauern, das Verbot der Präimplantationsdiagnostik (PID), das in § 1 Abs. 1 Nr. 2 und § 2 Abs. 1 ESchG angelegt schien, wurde vom 5. Strafsenat des Bundesgerichtshofs durch schlichten Richterspruch vom 6. Juli 2010 (Gz.: 5 StR 386/09) geschleift. Der Gesetzgeber hat die PID inzwischen in § 3a ESchG geregelt. Auch der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte lässt deutlich erkennen – zuletzt in einem

das Österreichische Fortpflanzungsmedizinengesetz betreffenden Urteil vom 3. November 2011 – dass er einer Liberalisierung der die Fortpflanzung regelnden Normen offen gegenüber steht.

Schließlich aber ist es heute „ein Klacks“, grenzüberschreitend dorthin zu gehen, wo die Erfüllung der Wünsche winkt. Ein Blick ins Internet zeigt, was der „Fortpflanzungsmarkt“ bietet. So weist etwa die Preisliste von „La Vita Felice – Mother Surrogate“ in der Ukraine – einem der schnell wachsenden Zentren der künstlichen Befruchtung in Osteuropa – für die Durchführung einer Leihmutterchaft neben einem „Sparsamkeitspaket“ (Economy) auch ein „Komplexpaket 1 und 2“ aus, preislich entsprechend gestaffelt bis 16.500 Euro.

Sehnt sich eine als Single lebende Frau nach Nachwuchs, muss sie jedoch nicht so weit fahren. Die Fer-

tilitätsklinik „Vitanova“ in Kopenhagen hilft gern. Den Spendersamen beziehe sie von einer „anerkannten dänischen Samenbank“. Hierbei handelt es sich womöglich um die Firma „Cryos International“, die – nach eigenen Angaben – größte Samenbank der Welt in Aarhus/Dänemark, mit etlichen Niederlassungen in den USA. Sie habe, so lässt sie den Internet-Leser wissen, „immer mehr als 400 Samenspende auf Lager“ (was immer diese „Lagerhaltung“ heißen mag). Die „Storkklinik“, wie „Vitanova“ in Kopenhagen angesiedelt, bewirbt ihr Angebot besonders bei lesbischen und alleinstehenden Frauen. Jedoch ist es nicht erforderlich, auf die Spermalieferung von Firmen wie „Cryos International“ zu bauen. Ein Blick ins Internet unter dem Stichwort „Samenspende“ eröffnet einen Kosmos hilfswilliger Männer. Teils bieten sie ihre Dienste in regional begrenzten Gebieten an (Berlin, Südtirol,

Schweiz...), häufig bevorzugen sie die „natürliche Methode“ und billigen nur ersatzweise die Spende „via Becher“. Hat eine Frau Freude an der Sprache und insbesondere an Reimworten, mag ihr zum Beispiel das Angebot von „Mario aus Itzehoe“ gefallen.

Der größte Markt für Fortpflanzungsvarianten aller Art sind zweifellos die USA. Insbesondere Kalifornien wartet mit vielen Kliniken auf, etwa „The Surrogacy & Egg Donation Center“ in San Diego. Dort besteht die Wahl zwischen einer „partiellen“ Leihmutterschaft – die Leihmutter trägt den Embryo der Besteller aus – und einer „traditionellen“ Leihmutterschaft, bei der die Leihmutter ihre eigene Eizelle spendet. Ob diese Frauen darüber aufgeklärt werden, dass sie bei vielfacher Eispende vermutlich wesentlich früher ins Klimakterium kommen, darf bezweifelt werden. Die Firma „Surrogate Alternatives, Inc. (SAI)“, wiederum in San Diego, wirbt damit, sie habe über 2.000 Leihmütter unter Vertrag. Besonders hebt sie ihre Gay Surrogacy-Dienste hervor und stellt in Aussicht: „...there is a very good chance in 1 years time, you will be holding your son or daughter in your arms.“

Alles in allem ist die künstliche Fortpflanzung längst ein „big business“. „Natürlichkeit“, wie auch immer definiert, wird zunehmend ersetzt durch technische Hilfen. Der Wunsch ist dabei Vater wie Mutter des Gedankens.

### Schönheit

Ein gutes Aussehen ist in unserer Gesellschaft bares Geld wert. Studien aus den USA wie aus Deutschland belegen, dass überdurchschnittlich gut aussehende Menschen bis ca. 10 Prozent mehr verdienen als ihre durchschnittlich geratenen Kollegen. „Angefixt“ wird der Kunde etwa durch die Kosmetikindustrie, die mit – künftig zunehmend auch genetisch wirksamen – Pflegeserien lockt. Ebenso durch Nagelstudios, deren Anzahl hat mit etwa 40.000 die Zahl der evangelischen und katholischen Kirchengebäude in Deutschland erreicht. So wenig wie

auf die Evolution möchte man (Mann und Frau) auf die göttliche Hilfe setzen, um das Ziel zu erreichen, die mäßige natürliche Erscheinung aufzuhübschen. Viel eher helfen der Chirurg und die Dermatologin.

Gewollt war, etwa bei einem Unfall verunstalteten Menschen zu einer möglichst weitgehenden Wiederherstellung ihres Aussehens zu verhelfen. Bekommen hat man aber zusätzlich einen expandierenden Schönheitsmarkt.

Die Zahl derer, die zur Verschönerung ärztliche Dienste in Anspruch nehmen, ist nicht genau auszumachen. Es gibt bisher keine medizinische Fachgesellschaft, in der alle auf diesem Gebiet tätigen Ärzte versammelt sind. Auch eine im Jahr 2008 vom Deutschen Bundestag durchgeführte Anhörung brachte keine Erhellung. Alles in allem liegt eine Zahl – mit steigender Tendenz – von vielleicht 700.000 pro Jahr nahe. Das entspricht etwa der Zahl der Einwohner von Tirol oder von Frankfurt am Main – man stelle sich vor, jeder Frankfurter, dem man etwa bei einer Messe begegnet: optisch verbessert. Dabei sind, ebenfalls in zunehmender Zahl, Männer mit etwa 20 Prozent vertreten.

Die körperlichen Gründe, die Natur korrigieren zu lassen, sind vielfältig: die Nase zu groß, der Busen zu klein, die Stirnfalten zu tief, die Ohren zu abstehend, die Lippen zu schmal, die Tränensäcke zu schwer, der Bauch zu dick, die Oberschenkel zu zellulitisch, die High Heels lassen die unschönen Füße sehen... kaum etwas am Körper, das sich nicht verschönen ließe. Ebenso sind die tieferliegenden psychischen Gründe sehr unterschiedlich: Konkurrenzdenken etwa, der Geliebten des Mannes optisch nicht nachstehen wollen, für den eigenen Geliebten attraktiv sein wollen oder für den angestammten Partner, im Büro jugendlicher und dynamischer wirken aus Angst, als „altes Eisen“ den Arbeitsplatz zu verlieren... Insgesamt geht es weitgehend um „soziale und reproduktive Dominanz“, so die gesellschaftsfähige Umschreibung; oder direkt gesagt: um Sex und Geld.

Spricht man über die Kosten der einzelnen Maßnahmen, findet man alsbald Widerspruch mit dem Hinweis, wo anders sei dieser oder jener Eingriff viel teurer. Eine Brustvergrößerung etwa, die man mit dem aus Veröffentlichungen entnommenen Preis von 5.200 Euro beziffert, soll anderweitig, zum Beispiel in Süddeutschland, bis zu 15.000 Euro kosten und mehr. Feststellbar ist zumindest, dass es ein deutliches West-Ost-Gefälle gibt. Die neuen Bundesländer sind meist billiger als die alten. Und vor dem „Billig-Busen“ aus dem (ehemaligen) Ostblock wird allenthalben und zum eigenen Nutzen gewarnt. Fragt man sich, wer sich finanziell solche Eingriffe leisten kann, entdeckt man schnell, dass es außer vorhandenem Vermögen oder intensivem Ansparen auch einschlägig spezialisierte Geldinstitute gibt wie Medipay oder EOS-Health, die gern das Geld vorstrecken. Die Schönheit wird also notfalls auf Pump finanziert – pleite, aber wenigstens schön. Und im schlimmsten Fall führt der Eingriff, wie bei den defekten Silicon-Einlagen einer südfranzösischen Firma zur Brustvergrößerung, zu Folgekosten, die von gesetzlich Krankenversicherten wegen § 52 Abs. 2 Sozialgesetzbuch V zwingend, zumindest anteilig, selbst zu tragen sind. Die privaten Krankenversicherer sind hier großzügiger. Absehbar wird jedoch ein solches Ereignis den Schönheitsmarkt nicht lange beeinträchtigen.

### Doping

Allen anderen Behauptungen zum Trotz: Wir lieben unsere Doper! Nirgendwo sind Triumph und Tragik, ehrlich währt am längsten, Lügen haben zwar kürzere, aber schnellere Beine, so nah beieinander wie im Spitzensport. Zeitung und Sportsendungen verfolgt man schon längst gleichermaßen, um zu erfahren: Wer hat gewonnen? Und wen hat man erwischt? Zu dem doping-affinen System von Sport-Wirtschaft-Medien-Politik zählen – und keineswegs nur als fünftes Rad am Wagen – die Zuschauer. Mit wohliger Schauer und zufriedener Entrüstung verfolgt man Aufstieg und Fall der Athleten,



mögen sie etwa im Radsport gestern Jan Ullrich oder Patrik Sinkewitz oder morgen vielleicht Lance Armstrong heißen. Die Medien melden fast täglich die erappten Sünder. Naturgemäß ist schwer zu ermitteln, wie viele der circa 9000 deutschen Spitzensportler ein „Verhältnis“ zu Dopingmitteln haben. Anonyme Befragungen ergaben etwa 26 Prozent, in absoluten Zahlen: rund 2.300. Nicht wenige.

Als medizinischer Laie liest man mit Verwunderung, was alles in der Apotheke des Dopers zu finden ist: Eigenblut, Epo (mit den Varianten Dynepo sowie Epo-Mimetika und – Biosimilars), Insulin, Cortison, Testosteron, Wachstumshormone, Steroide, Methylxanthin Trijodthyronin (T 3), Blutgerinnungsmittel, Isometheptene, Modafinil sowie Substanzen mit kryptischen Kürzeln wie „S107“ und „GW156“ – was immer dies sei. Dabei scheint es keine Sportart zu geben, die nicht gedopt bessere Leistungen verspricht. Nur das angemessene Mittel ist zu eruieren – bei Laufdisziplinen mögen dies Medikamente sein, die schnelle Bewegungen fördern, eine verbesserte Energiebereitstellung etwa, beim Bogenschießen sind dagegen wohl eher Nervosität dämpfende und die Konzentration steigernde Mittel angesagt. Es scheint indessen den interessierten Athleten an kenntnisreicher ärztlicher Beratung nicht zu mangeln.

Dass es tatsächlich kaum ein ernst zu nehmendes Interesse der Verantwortlichen gibt, diesem Treiben ein Ende zu setzen, wird plausibel, wenn man die gewaltigen Finanzmittel sieht, die dieses System bewegt. So seien für die Olympischen Spiele 2008 in China Infrastrukturausgaben von 70 Milliarden US-Dollar getätigt worden; das IOC habe innerhalb von vier Jahren bis zu diesen Spielen circa 5 Milliarden US-Dollar eingenommen. Für die Olympischen Spiele in Großbritannien 2012 werden Zahlen von etwa 11 Milliarden Euro genannt, zusätzlich sollen allein für den Schutz der Spiele durch Polizei, Militär und Wachdienste weitere knapp 700 Millionen Euro aufgewandt werden.

Angesichts solcher Beträge ist evident, dass keiner der Beteiligten ein durchschlagendes Interesse hat, dieses System „nur wegen Dopings“ aufzugeben oder auch nur grundlegend zu reformieren – ein System, das gleichermaßen durch Geld, Siege und Skandalmeldungen „wie geschmiert“ funktioniert.

Nicht minder als der Spitzensport steht der Breitensport dem Doping nahe. Bis zu 10 Prozent der aus verschiedenen Freizeitsportarten Befragten gaben an, schon Dopingmittel eingenommen zu haben. Legt man die rund 27 Millionen Mitglieder des Deutschen Olympischen Sportbundes zugrunde, käme man auf etliche Millionen Freizeitsportler, die Doping zumindest schon ausprobiert haben. Vor allem aber in den circa 6.000 Fitness-Clubs in Deutschland scheint Doping ein relevantes Thema zu sein. Von deren etwa 6 Millionen Besuchern gaben circa 20 Prozent der Männer und 4 bis 8 Prozent der

Frauen an, bereits Arzneimittel eingenommen zu haben, die auf der Doping-Verbotsliste stehen. Insbesondere die Bodybilder-Szene gilt als eng mit dem Thema Doping verbunden. Wie geschickt Ärzte sukzessive in deren Beratung hineingezogen werden, hat Mischa Kläber (Doping im Fitness-Studio) eindrucksvoll dokumentiert. Die betreffenden Substanzen werden im Doping generell, wie verschiedene Studien ausweisen sollen, bis zu etwa 50 Prozent auf ärztliches Rezept bezogen, gut 30 Prozent würden ohne die Vorlage eines Rezepts von Apotheken ausgehändigt, im übrigen über das Internet bestellt.

Eine besondere Form der Leistungsverbesserung findet man schließlich bei den diversen Städte-Marathonläufen wie in Berlin, Bonn etc. Bis zu 60 Prozent der Teilnehmer, heißt es, nehmen Schmerzmittel ein wie Diclofenac und Ibuprofen, um den Lauf nicht vorzeitig wegen unerträg-

lich gewordener Schmerzen abbrechen zu müssen. Die dabei eingesetzten Mittel sind zwar in der Regel nicht als „Doping“ verboten. Sie verfolgen jedoch dasselbe Ziel: die Leistungsfähigkeit über jenes Maß hinaus zu steigern, das dem Athleten ohne Pharmazie gesetzt wäre.

Gewollt waren Medikamente, die die aus Krankheitsgründen defizitär gewordene körperliche Leistungsfähigkeit ausgleichen sollten. Gewollt war auch ein edler Wettstreit vieler Kämpen. Zusätzlich bekommen hat man einen milliardenschweren Markt für Dopingmittel und einen zu weiten Teilen unedlen, weil dopingkorruptierten Sport.

### Lifestyle

Doping allerorten: In einer großen Untersuchung der Deutschen Angestelltenkrankenkasse (DAK) aus dem Jahr 2009 zu „Doping am Arbeitsplatz“ gaben 5 Prozent der zwischen 20- bis 50-jährigen Befragten an, zu dopen – als Gründe wurden besonders häufig Angst, Nervosität, Unruhe und depressive Verstimmung genannt. Fast die Hälfte dieser Betroffenen bezog ihre Präparate ohne Vorlage eines Rezepts aus der Apotheke; 14 Prozent gaben an, eine ärztliche Verschreibung gehabt zu haben. Andere Umfragen ergaben, dass viele Menschen – womöglich bis zu 60 Prozent – Mittel zur geistigen Leistungssteigerung (Neuro-Enhancement) einnehmen würden, wären diese Medikamente nebenwirkungsfrei. Als besonders „dopinggeneigt“ erweisen sich auch Wissenschaftler, bei denen 20 Prozent in einer Umfrage angaben, gelegentlich Mittel zur Steigerung etwa von Konzentration und Erinnerungsfähigkeit eingenommen zu haben; 12 Prozent räumten den regelmäßigen Konsum ein. Tatsächlich steht der Leistungsdruck eines Spitzenwissenschaftlers dem eines Spitzensportlers kaum nach.

Auch der Nachwuchs partizipiert. Untersuchungen in den USA ergaben, dass 4 bis 7 Prozent der Collegebesucher Erfahrung mit „Hirndoping“ hatten. Für Deutschland bezifferte eine kürzlich von HIS (Hochschul Informations System

GmbH) vorgelegte Studie die Zahl hirndopender Studenten mit etwa 5 Prozent. Auch hier waren fast zur Hälfte Apotheken die Bezugsquelle. Als einschlägige Psychopharmaka gelten, laut DAK-Untersuchung, je nach Zielrichtung wie Konzentrationsfähigkeit oder Wohlbefinden etwa Stimulanzien, zum Beispiel Amphetamine, ferner Antidepressiva (insbesondere Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) und Antidementiva, also die Wirkstoffe Methylphenidat, Modafinil, Piracetam, Donepezil, Fluoxetin und Metoprolol.

Hinzuzunehmen sind bei den Lifestyle-drugs jedoch auch die Mittel gegen erektile Dysfunktion. Sie fanden gleich nach ihrem Erscheinen auf dem Markt den Weg von der ärztlichen Behandlung zur rein „spaßbedingten“ sexuellen Leistungssteigerung. Im gleichen Maß stiegen die Umsätze der Hersteller von Viagra, Levitra und Cialis. Sie sollen, so hört man, etwa in Bordellen inzwischen ebenso „normal“ angeboten werden wie Kondome.

Nicht bezifferbar sind schließlich die Konsumenten- und Umsatzzahlen von Drogen wie Kokain, Heroin, LSD und Ecstasy („Crystal“). Indessen sind sie gleichsam fester Bestandteil der Lifestyle-Szene und erfreuen sich vornehmlich in bunten Blättern einer regelmäßigen Berichterstattung.

Gewollt war bei der Entwicklung der einschlägigen Medikamente die Hilfe insbesondere bei Angsterkrankungen, Depression, M. Parkinson, Schizophrenie und Altersdemenz. Zusätzlich bekommen hat man den zig Milliarden schweren Markt der gesunden „Enhancer“. Für die Pharmaindustrie ein Eldorado – nicht erst warten zu müssen, bis Erkrankte ihre Medikamente kaufen, sondern die viel größere Zahl der noch Gesunden die beherzt zugreift mit dem stieren Ziel: „Mehr!“

### Fazit und Ausblick

Im Überblick, im Zusammen-Sehen der sehr verschiedenen Bereiche wird deutlich: Leistungssteigerung – „Doping“ im weitesten Sinn – ist kein Randphänomen, kein Exzess weniger „Spinner“ oder „Verrückter“. Doping

ist eine gesamtgesellschaftliche Entwicklung mit zunehmend manischen Zügen. Kaum übertrieben kann man sagen: Wir sind eine gedopte Gesellschaft!

In relativen Zahlen gemessenen ist es noch eine Minderheit, die schon jetzt sich verschönt, ihren Nachwuchs „in Auftrag gibt“, ihre sportlichen Fähigkeiten hochputscht oder ihre geistige Leistung zu manipulieren bereit ist. In absoluten Zahlen sind es zusammengerechnet jedoch mehrere Millionen. Und viele mehr sind sofort bereit, diese Wege zu beschreiten, wenn es der Pharmaindustrie gelingt, einschlägige Medikamente ohne oder mit nur noch sehr geringen Nebenwirkungen zu kreieren. Es nimmt nicht Wunder, dass hieran mit Hochdruck gearbeitet wird.

Die Abfolge ist bisher stets dieselbe: Gewollt war die Hilfe für Kranke – bekommen hat man zusätzlich die Steigerungsmöglichkeit für Gesunde. Es gibt gute Gründe anzunehmen, dass dieser Entwicklung noch ein langes Leben und ein wachsender Markt beschert sein werden. Beitragen wird hierzu und zu den immer niedrigeren Hemmschwellen die zunehmende Entropie bisher noch unterschiedlicher ethischer Wertmaßstäbe in den verschiedenen Staaten. Der politische Einigungsprozess in Europa wird auch hier seinen Tribut fordern, eingekleidet in den positiv konotierten Begriff „Konsens“. Den Rest erledigt die immer leichtere und schnellere weltweite Mobilität.

Die Antwort auf die eingangs gestellte Frage „Darf's ein bisschen mehr sein?“, ist demnach für immer mehr Menschen ein eindeutiges „Ja!“ Fraglich bleibt, ob wir – so wie die Primaten für uns – für künftige Evolutionsstufen der Affe sind. Oder uns dazu machen.

Ministerialdirigent  
Dr. Wolfram H. Eberbach,  
Milchinselstraße 19  
99094 Erfurt

Der Beitrag stellt die erweiterte schriftliche Fassung des Festvortrages beim 22. Sächsischen Ärztetag am 22. Juni 2012 in Dresden dar.

Literatur beim Verfasser

## Erneutes Kursangebot „Curriculum Ärztliches Qualitätsmanagement“

Die Absolventen des „Curriculums Ärztliches Qualitätsmanagement“ des Jahrgangs 2011/2012 beurteilten das Kurskonzept als sehr gute und empfehlenswerte Weiterbildung mit praktischem Nutzen für die tägliche Arbeit. Diese überwiegend positive Einschätzung hat die Wissenschaftliche Leitung veranlasst, zu Beginn des Jahres 2013 einen neuen Kurs in der Sächsischen Landesärztekammer anzubieten. Offensichtlich hat sich das überarbeitete Konzept mit der Verknüpfung von Inhalten des Qualitäts- als auch des Risikomanagements (Fokus Patientensicherheit) bewährt. So ist die Patientensicherheit in den vergangenen Jahren deutlich stärker in das Bewusstsein der sowohl im Gesundheitswesen Tätigen, als auch der Patienten gerückt. Dies hat unterschiedliche Gründe und Motive. Fest steht, dass Instrumente und Werkzeuge der Patientensicherheit sehr viel stärker als Unternehmensverantwortung wahrgenommen werden als der abstrakte Begriff des Qualitätsmanagements. Insofern integriert das erneute Kursangebot beide Themenfelder, Qualitäts- und Risikomanagement, mit ganz konkreten Ansätzen, zahlreichen Beispielen und Übungen. Darüber hinaus vermittelt der Kurs umfassende Kenntnisse sowohl ethischer Grundlagen als auch rechtliche



Teilnehmer des „Curriculums Ärztliches Qualitätsmanagement“ 2011/2012

Aspekte des Qualitätsmanagements, seiner Organisations-Theorie, Grundlagen und Methoden der klinischen Epidemiologie, der Gesundheitsökonomie sowie die Entwicklung und Realisierung von Qualitätsmanagementprogrammen in der konkreten Alltagssituation. Dass Qualitäts- und Risikomanagement vor allem eine Leitungsaufgabe sind, steht außer Frage, auch dies greift der Kurs explizit und mit ausgewiesenen Führungspersonlichkeiten auf.

Das Curriculum Ärztliches Qualitätsmanagement umfasst 200 Stunden, die in fünf Blöcken einschließlich einer Projektarbeit absolviert werden. Der Kurs ist eine Voraussetzung für den Erwerb der Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“

nach der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer. Alle Informationen zu dem neuen Kurs – einschließlich des aktuellen Programms – finden Sie auf der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer unter <http://www.slaek.de/20fortbild/03kurs/index.html#qua>. Das Angebot wendet sich an Ärzte im Krankenhaus oder in der Niederlassung, Funktionsträger in medizinischen Einrichtungen sowie Pflegedienstleiter, die Qualitäts- und Risikomanagementaufgaben wahrnehmen.

Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Maria Eberlein-Gonska  
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden  
Zentralbereich Qualitäts- und Medizinisches  
Risikomanagement  
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden  
E-Mail: [maria.eberlein-gonska@uniklinikum-dresden.de](mailto:maria.eberlein-gonska@uniklinikum-dresden.de)

## Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen

Im Bezug auf die aktuellen Debatten um den Personalbedarf im ärztlichen Bereich und in anderen medizinischen Fachbereichen werden zahlreiche Maßnahmen zur Eindämmung des Mangels propagiert. Einen zentralen Teil nehmen dabei Diskussionen um Delegation und Substitution ein, die nicht nur den ärztlichen Bereich umfassen. Delegation, aber auch versteckte Substitution, ist bereits präsent. Darüber hinaus finden diese Prinzipien auch in Assistenzberufen (Pflege) zunehmend

Anwendung. Ziel der Veranstaltung ist eine Standortbestimmung zur Thematik sowie das Aufzeigen und die Analyse von Problemen und Unsicherheiten bei Akteuren im Gesundheitswesen.

Die Veranstaltung wird eine aktuelle Übersicht zu Delegation und Substitution aus juristischer und ärztlicher Sicht sowie zu Haftungsfragen in der Pflege bieten. Im Rahmen einer Podiumsdiskussion sollen die Perspektiven in diesem Bereich aufgezeigt werden. Die Kooperationsveranstaltung richtet sich gleichermaßen an Ärzte, medizinische Assistenzberufe sowie an die Verwaltung der Krankenhäuser, Pflegedienste sowie die Mitglieder und Absolventen des Stu-

diengangs Medizinrecht der DIU Dresden. Das Programm finden Sie im Internet unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de) und [www.dresden-international-university.com](http://www.dresden-international-university.com).

**5. Oktober 2012**  
**16.00 bis 18.30 Uhr**  
**Sächsische Landesärztekammer**  
Schützenhöhe 16  
01099 Dresden

**Anmeldung bis 21. September 2012.**

Bewertung für das Sächsische Fortbildungszertifikat mit 3 Fortbildungspunkten.

Knut Köhler M.A.  
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## Die Kreisärztekammer Meißen informiert

Der Vorstand der Kreisärztekammer Meißen lädt alle Mitglieder der Kreisärztekammer am

**Dienstag, dem 16. Oktober 2012,**  
**19.00 Uhr**  
**in das Gasthaus „Rosengarten“,**  
**Meißner Straße 4,**  
**01612 Diesbar-Seußlitz,**

zur nächsten und konstituierenden Mitgliederversammlung ein. Nachdem sich die Kreisärztekammern Meißen-Radebeul und Riesa-Großenhain im Jahr 2009 zur Kreisärzte-

kammer Meißen zusammengeschlossen hatten, neigt sich nun die erste Wahlperiode dieser Kreisärztekammer bereits dem Ende zu. Im Rahmen der Mitgliederversammlung soll neben dem Jahres- und Finanzbericht eine Änderung der Geschäftsordnung beschlossen und ein neuer Vorstand für die nächste Wahlperiode gewählt werden. Frau Dipl.-Med. Höll von der Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen (LUA) wird zum Thema „Multiresistente Erreger im ambulanten Bereich“ referieren. Eine Einladung nebst Tagesordnung geht allen Mitgliedern noch schriftlich zu.

Wenn auch Sie einen Beitrag für die ärztliche Selbstverwaltung in unserem Landkreis für die Berufsfreiheit und für das Ansehen unseres ärztlichen Berufsstandes leisten möchten sowie Interesse an einer Mitarbeit im Vorstand der Kreisärztekammer haben, möchten wir Sie noch einmal ermuntern, mit der Unterzeichnerin Kontakt aufzunehmen (Tel.-Nr. 0351 8302169, E-Mail: [meissen@slaek.de](mailto:meissen@slaek.de)).

Dipl.-Med. Brigitte Köhler  
Vorsitzende der Kreisärztekammer Meißen

## Stiftung Hufeland-Preis

**Hufeland-Preis um Versorgungsforschung erweitert**

Das Kuratorium der Stiftung „Hufeland-Preis“ hat beschlossen, die Ausschreibung des mit 20.000 Euro dotierten Hufeland-Preises um die auf Prävention bezogene Versorgungsforschung zu erweitern. Der im Jahre 1959 erstmalig ausgeschriebene „Hufeland-Preis“ ist der wichtigste Preis, der in Würdigung präventivmedizinischer Forschung in Deutschland verliehen wird.

Mit der nunmehr beschlossenen Erweiterung der Ausschreibung berücksichtigt die Stiftung sämtliche aktuelle wissenschaftliche Gebiete der Prävention. So ist nunmehr klar gestellt, dass nicht nur die Handlungsfelder Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung, Impfen und Sucht, sondern auch darüber hinausgehende Themen wie beispielsweise die Krankenhaushygiene, Berufskrankheiten oder Screeningprogramme angesprochen sind.

An der jährlichen Ausschreibung können Ärzte und Zahnärzte teilnehmen, die im Besitz einer deutschen

Approbation sind. Die Vergabe erfolgt nach einem Auswahlverfahren durch ein Preisrichter-Kollegium, dem hochkarätige Wissenschaftler unterschiedlicher medizinischer Fachrichtungen angehören.

Die an der aktuellen Ausschreibung zum „Hufeland-Preis 2013“ teilnehmenden Arbeiten müssen bis zum 28. März 2013 bei Frau Notarin Dr. Ingrid Doyé, Kattenbug 2, 50667 Köln, eingereicht werden.

Weitere Informationen zur Ausschreibung finden Sie unter [www.hufeland-preis.de](http://www.hufeland-preis.de)

## Sportbefreiungen für Schüler

Bei Kindern und Jugendlichen gibt es immer wieder medizinische Anlässe für Teil- oder gar Vollsportbefreiungen. Gerade am Schuljahresbeginn werden bei unterschiedlichen Fachärzten sowie beim Kinder- und Jugendärztlichen Dienst der Gesundheitsämter entsprechende Bescheinigungen von Schülern und Eltern nachgefragt.

Anliegen dieses Beitrages ist es einerseits, die Alltagsgegebenheiten zur Umsetzung ärztlicher Empfehlungen durch die Sportlehrkräfte aufzuzeigen und andererseits auf den Problemkomplex einer größtmöglichen einschränkungsadäquaten Schulsportteilnahme des betroffenen Schülers während eines Befreiungszeitraumes hinzuweisen. Mit Bezug auf letztgenannten Sachverhalt ist es das gemeinsame Anliegen von Ärzten und Sportlehrern, eine Teilnahme von teilbefreiten Schülern am regulären Sportunterricht so effektiv wie möglich zu gestalten, um ein hohes Maß an Mobilität und körperlicher Leistungsfähigkeit zu erhalten und die physiologische Entwicklung positiv zu unterstützen.

Zur Veranschaulichung, wer auf der Grundlage der Sächsischen Verordnung zum Schulbesuch in welchem zeitlichen Umfang eine Befreiung vom Sportunterricht erbitten bzw. empfehlen darf, dient nachstehende Tabelle.

Tabelle: Zeitlicher Umfang der Befreiung vom Sportunterricht

bis zu 5 Unterrichtstage	bis zu vier Wochen	über vier Wochen
Befreiung durch die Personensorgeberechtigten (Eltern) möglich	Befreiung durch einen niedergelassenen Arzt möglich	Befreiung durch den Kinder- u. Jugendärztlichen Dienst der Gesundheitsämter möglich

Der Umgang mit Schülern, die eine ärztliche Freistellungsempfehlung für den Sportunterricht vorlegen, bereitet vielen Sportlehrkräften immer wieder Kopfzerbrechen. Neben dem schon sehr lange bekannten Phänomen, mit einer Freistellungsempfehlung unliebsamen Belastungen aus dem Weg zu gehen, stellt sich aber beharrlich die eigentlich unausweichliche Frage, wie „Teilsportbefreite“ in den normalen Unterrichtsprozess integriert werden können.

Neben der Frage der Integration besteht für die Sportlehrkräfte das Problem der Leistungsbewertung. Für das Erteilen einer Halbjahres- und Jahresnote im Fach muss eine ausreichende Anzahl von erbrachten Leistungsnachweisen vorliegen. Dem Charakter des Faches Sport folgend, sind dies vor allem Bewertungen von sportpraktischen Lernzielkontrollen. Ergänzend vor allem im Falle einer Teilbefreiung können sporttheoretische Leistungen, Kampfrichter- und Schiedsrichtertätigkeiten oder die Gestaltung von Übungsphasen im Unterricht mit bewertet werden. Der Anteil der sportpraktischen Leistungen muss aber deutlich überwiegen. Besonders problematisch kann dies

in der gymnasialen Oberstufe werden, da dort das Fach Sport für die Gesamtqualifikation zur Zuerkennung der allgemeinen Hochschulreife relevant ist. Das Fach Sport wird außer an Gymnasien mit vertiefter sportlicher Ausbildung als obligatorisches Grundkursfach belegt. Die in den Jahrgangsstufen 11 und 12 erteilten Kursbewertungen gehen in die Abiturnote ein.

Nur für den Fall einer Vollbefreiung ist die Wahl eines Alternativgrundkurses per Vorschrift geregelt. Für teilsportbefreite Schüler der gymnasialen Oberstufe ist demzufolge zu prüfen, ob im gewählten Kurs dennoch genügend sportpraktische Leistungsnachweise erbracht werden können, um eine Kursbewertung sicher zu stellen. Eine Beratung bezüglich möglicher kompensatorischer sportpraktischer Angebote im gewählten Kurs (Sportart) ist notwendig. Die abschließende Entscheidung trifft der Schulleiter nach Beratung mit der Sportlehrkraft.

Kinderärzte und Sportmediziner sind sich schon lange darüber einig, dass der Umfang einer Befreiungsempfehlung von bestimmten körperli-



chen/sportlichen Belastungsformen und Intensitäten so gering wie nur möglich ausgesprochen werden soll. „So widerspricht die gegenwärtige Freistellungspraxis im Schulsport dem aktuellen sportmedizinischen Kenntnisstand, nach dem selbst im Verletzungs-, Krankheits- oder Behinderungsfalle ein größtmögliches Maß an körperlicher Aktivität zu erhalten ist: Dadurch soll nicht nur etwaigen Sekundärschäden, auch in psychischer und sozialer Hinsicht, vorgebeugt werden; vielmehr zeigt die Erfahrung, dass die Förderung vorhandener Restaktivitäten unmittelbar einen positiven Einfluss auf den Verlauf verschiedener Gesundheitsstörungen zu nehmen vermag.“ (Heck in DSÄB, 1988, S. 35)

Aus ärztlicher Sicht sind zwei wesentliche Aspekte zu berücksichtigen. Erstens muss jegliches offensichtliche Risiko für den Patienten ausgeschlossen werden und zweitens die ärztliche Schweigepflicht gewahrt bleiben.

Für die Sportlehrkraft ist wiederum die zumindest partielle Kenntnis der gesundheitlichen Probleme (Diagnosen) dafür ausschlaggebend, wie ihre Entscheidungen zur einschränkungsadäquaten Übungs- und Belastungsgestaltung getroffen werden. An dieser mehrdimensionalen Kompetenzschnittstelle gibt es in der Praxis häufig Irritationen. Oft können nur die Personensorgeberechtigten (Eltern) diesen „gordischen Knoten“ lösen, indem sie wohl überlegt und ärztlich gut beraten, die unterrichtende Sportlehrkraft ausreichend im Interesse ihres Kindes informieren.

Die Erfahrungen der Autoren zeigen, dass in den zurückliegenden Jahren durchaus die Bereitschaft von Eltern, Schülern und Ärzten zu einem gemeinsam abgestimmten Handeln im Interesse des betroffenen Schülers gestiegen ist. Mit einer von Vernunft und gegenseitigem Verständnis geprägten Kommunikation sind gute Lösungen in den meisten Fällen möglich.

Nach wie vor besteht ein Hauptproblem darin, dass Ärzte und zum Teil auch die betroffenen Personensorgeberechtigten (Eltern) unzureichend über die Abläufe, die Inhalte und die Gestaltung vom Sportunterricht informiert wurden beziehungsweise werden. Andererseits verfügen die unterrichtenden Sportlehrkräfte oft nicht über ausreichendes und anwendungsbereites Wissen und die nötige Handlungssicherheit im Umgang mit bestimmten (chronischen) Erkrankungen.

Hinzu kommt, dass die zu beachtenden Einzelfälle je nach Unterrichtseinsatz und Schulart für die unterrichtende Sportlehrkraft rein quantitativ beachtliche Dimensionen annehmen können.

Wenn man durchschnittlich von ein bis zwei Schülern mit einer langfristigen Kinder- und Jugendärztlichen Bescheinigung zur Freistellung vom Sportunterricht pro Klasse ausgeht, so variiert die Anzahl der zu beachtenden Fälle zwischen 6 und 80 pro Sportlehrkraft. Weiterhin sind die

fachärztlichen Freistellungen zu addieren, die sich aus akuten gesundheitlichen Einschränkungen ergeben. Somit müssen Sportlehrkräfte häufig situativ schnell und sicher Entscheidungen treffen. Im Schulalltag bleibt zudem oft wenig Zeit, sich allumfassend und tiefgründig zu bestimmten Erkrankungen bei jedem betroffenen Schüler zu informieren.

Aus dieser Erfahrung heraus, entstanden bisher vier Handreichungen für Sportlehrkräfte, die einen kompakten Überblick zu häufigen Krankheitsbildern (Asthma bronchiale, Diabetes mellitus, Epilepsie und Hüftdysplasie) und entsprechende Handlungsempfehlungen für den Sportunterricht beinhalten.

Im Folgenden werden zwei Handreichungen exemplarisch in gekürzter Form vorgestellt. Diese sollen Ärzten exemplarisch einen Eindruck davon geben, über welches Wissen die Sportlehrkräfte verfügen sollten. Auf die Darlegungen von entsprechender Ätiologie und Symptomatik wird hier verzichtet.

Das gemeinsame Anliegen von Ärzten, Personensorgeberechtigten (Eltern) und Schule sollten es sein, die Entscheidung über eine eingeschränkte Teilnahme am Schulsport primär im Interesse der Gesunderhaltung des Schülers zu treffen. Dabei dürfen bewertungstaktische Erwägungen über ein mögliches Umgehen unliebsamer Leistungsanforderungen keine Rolle spielen.

Stattdessen sind vorhandene Möglichkeiten zur größtmöglichen aktiven Teilnahme am Sportunterricht gezielt zu nutzen und auszuschöpfen.

Als Basis eines gelingenden Miteinanders dient eine zeitnahe und aufgeschlossene Kommunikation von betroffenen Schülern, den Personensorgeberechtigten (Eltern), den beteiligten Ärzten und (unter Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht) den Sportlehrkräften wie gegebenenfalls auch dem Schulleiter.



Foto: bradlaym/iStockphoto

## Asthma bronchiale und Sportunterricht

### Empfehlungen für die Tätigkeit als Sportlehrer/in

1. Informieren Sie sich in geeigneter Form über das eventuelle Auftreten von ärztlich diagnostiziertem Asthma bronchiale bei Ihren Schülern. Lassen Sie sich von den Eltern und dem Schüler über Art des Asthmas, bekannte Auslöser, kritische Zeiträume und die eingesetzten Medikamente Auskunft geben.
2. Die betreffenden Kinder und Jugendlichen nehmen im Regelfall ganz normal am Sportunterricht teil. Eine generelle Voll- oder Teilfreistellung vom Schulsport ist nicht notwendig! Kurzzeitige Teilfreistellungen werden nur bei aktuellen und akuten Beschwerden erforderlich. Erkundigen Sie sich deshalb vor dem Sport über das Befinden und die erfolgte Einnahme von Medikamenten.
3. Achten Sie auf das Mitführen des Notfallmedikaments (meist Aerosol).
4. Beobachten Sie den oder die betreffenden Schüler während des Sportunterrichts.
5. Sichern Sie stets eine mindestens 10-minütige Erwärmung mit Intervallcharakter. Ein „Kaltstart“ ist unbedingt zu vermeiden!
6. Vermeiden Sie unnötige Kontakte mit Asthmaauslösern (staubige Sportgeräte, Sport im Freien bei extremer Pollenbelastung, ...).
7. Weisen Sie auf ein gründliches Abwaschen von Allergenen nach dem Sporttreiben hin (Körperhygiene).
8. Falls dennoch eine akute Atemnot auftreten sollte, orientieren Sie sich bitte an dem folgenden Notplan.

### langsam oder plötzlich einsetzende Atemnot (asthmatisches Pfeifen, Giemen, festsitzender Husten)

1. Stufe	Kutschersitz oder Torwartstellung Lippenbremse 2 Hübe Notfallspray
----------	--

#### Nach 10 Minuten keine Besserung

2. Stufe	nochmals 2 Hübe Notfallspray Kutschersitz oder Torwartstellung mit Lippenbremse ggf. Notfalltablette einnehmen (Cortison)
----------	---

#### Nach weiteren 10 Minuten keine Besserung

3. Stufe	Notarzt und Eltern informieren weiter Kutschersitz /Torwartstellung mit Lippenbremse
----------	---

Bewahren Sie in jedem Fall Ruhe!  
(vgl. Theiling, Szczepanski, Lob-Corzilius, 2001).

## Diabetes mellitus und Sportunterricht

### Empfehlungen für die Tätigkeit als Sportlehrer/in

Spiel, Sport und Bewegung sind vor allem für junge Diabetiker besonders wichtig. Körperliche Belastung in möglichst dynamischer Form verstärkt den Glukoseeinstrom in die Muskelzellen und die dort stattfindende Glukoseoxidation. Sport macht den Körper insulinempfindlicher. Zudem wirken Ausdauerbelastungen präventiv auf das Herz-Kreislauf- und Gefäßsystem. Die positiven Effekte von Sport auf die psychische und soziale Entwicklung der Kinder und Jugendlichen sind auch hier unbestritten und für ein gesundes Heranwachsen unerlässlich.

1. Informieren Sie sich in geeigneter Form über das eventuelle Auftreten von Diabetes mellitus bei Ihren Schülern. Lassen Sie sich von den Eltern und dem Schüler über Art, Schwere, eventuelle Komplikationen und die aktuelle Therapie Auskunft geben. Treffen Sie eventuell notwendige Vorkehrungen für Notsituationen (Traubenzucker, Apfelsaft, gebundene KH, Alarmierungsplan, ... an der Sportstätte griffbereit). Erfragen Sie individuell typische Anzeichen einer Unterzuckerung und sprechen Sie Ihr Vorgehen mit den betreffenden Schülern ab. Schaffen Sie somit Vertrauen.
2. Die betreffenden Kinder und Jugendlichen nehmen im Regelfall ganz normal am Sportunterricht



Flussdiagramm zum Verhalten beim Sport mit Kindern und Jugendlichen mit Typ I Diabetes (aus Kinder- und Jugendarzt 32 Jg. (2001) Nr. 12) vom Autor leicht bearbeitet.

Blutzuckerwert	Maßnahmen
< 4,0 mmol/l	4 Traubenzuckerblättchen (z. B. Dextropur) oder 200 ml (Apfel-)Saft plus 1 Sport-KE (z. B. Riegel)
4,0 – 8,0 mmol/l	1 – 2 Traubenzuckerblättchen plus 1 Sport-KE (z. B. Riegel)
8,0 – 12,0 mmol/l	ausreichend, um Unterzuckerung während des Sports zu vermeiden
12,0 – 15,0 mmol/l	Korrektur des erhöhten Wertes mit der Hälfte der üblichen Insulindosis
> 15,0 mmol/l	Zunächst keine Teilnahme am Sport! Ketonmessung (Urin)! ggf. Insulingabe; viel zuckerfreie Flüssigkeit; bei schlechtem Allgemeinzustand Eltern informieren und ggf. Notarzt hinzuziehen

teil. Sport ist ein wesentlicher Teil der Therapie. Kurzzeitige Teilfreistellungen werden nur bei aktuellen und akuten Beschwerden erforderlich. Erkundigen Sie sich deshalb vor dem Sport über das Befinden, die letzte Nahrungsaufnahme, die erfolgte Einnahme von Medikamenten und dem aktuellen Blutzuckerwert (BZ-Wert). Lassen Sie sich gegebenenfalls (Zweifel) die BZ-Messung demonstrieren. Zur Einschätzung der „Sporttauglichkeit“ nutzen Sie bitte das abgebildete Flussdiagramm zum Verhalten beim Sport mit Kindern und Jugendlichen mit Typ I Diabetes und die Empfehlungen des

Diabetes-Teams der Universitätsklinik Leipzig.

3. Insulinpumpen sollten aus Kostengründen abgelegt und sicher verwahrt werden, der Insulinkatheter kann hingegen ohne Bedenken beim Sport (gesichert) getragen werden.
4. Bei Doppelstunden ist eine zwischenzeitliche BZ-Messung notwendig, um eventuell die Blutzuckerwerte zu korrigieren (zusätzliche Sport-KE).
5. Beobachten Sie den oder die betreffenden Schüler während des Sportunterrichts.

Seien Sie auf Notsituationen eingestellt! Bei einem Bewusstseinsverlust rufen Sie, wie in jedem anderen Notfall, den Rettungsdienst (112).

Bedenken Sie die Nachwirkung von sportlicher Belastung (Muskelfüll-effekt).

Der Diabetiker soll deshalb nach dem Sportunterricht nochmals den Blutzuckerwert kontrollieren und entsprechend regulieren. Orientieren Sie sich ebenfalls am Flussdiagramm.

**Die Ketonmessung erfolgt mittels Urintest.**

(\* KE steht für Kohlenhydrateinheit) Das Diabetes-Team der Universitätsklinik Leipzig gibt folgende Empfehlungen zur Blutzuckerwertprüfung und -regulation vor Beginn einer sportlichen Belastung. (Stand 12/2008)

**Links für Handreichungen:**

- <http://www.promineus.de/pdf/handreichung/eigene/asthma.pdf>
- <http://www.promineus.de/pdf/handreichung/eigene/diabetes.pdf>
- <http://www.promineus.de/pdf/handreichung/eigene/epilepsie.pdf>
- <http://www.promineus.de/pdf/handreichung/eigene/huefte.pdf>

Literatur bei den Verfassern

Anschrift der Verfasser:  
Dr. phil. Mischa Steinhardt  
(Berufliches Schulzentrum für Technik und Wirtschaft „Otto Lilienthal“ Freital)  
Kathrin Schaff, MPH  
(Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz)  
Manfred Haupt, Referent für Schulsport  
(Sächsisches Staatsministerium für Kultus)

## Existenzgründer- und Praxisabgebtag 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 Dresden der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und die Filiale Dresden der Deutschen Apotheker- und Ärztebank laden deshalb gemeinsam ein zu einem

### „Existenzgründer- und Praxisabgebtag für Ärzte“

**Datum: Samstag, 17. November 2012, 09.30 bis 15.00 Uhr**  
**Ort: KVS, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden.**

Neben Fachvorträgen, jeweils für Existenzgründer und Praxisabgeber, wird danach in einem moderierten Diskussionsforum Gelegenheit gegeben, allgemeine Fragen mit den Referenten, Berufskollegen und Fachleuten zu erörtern. Während des Tages stehen die Ärzteberater der KVS – Bezirksgeschäftsstelle Dresden und die Geschäftskundenbetreuer der apoBank für individuelle Beratungen zur Verfügung.

Die Teilnahmegebühr beträgt 70,00 €.

#### Ablauf:

##### 09:30 Uhr

Begrüßung: Dr. med. J. Baumann, Bezirksgeschäftsstellenleiter Dresden der KVS

Raimund Pecherz, Filialleiter Deutsche Apotheker- und Ärztebank Dresden

im Anschluss:

Niederlassung aktuell – erkennbare Tendenzen und Entwicklungen

Referent: Dr. med. F. Eisenkrätzer, Vorsitzender des Regionalausschusses Dresden

#### von 10.00 bis 14.00 Uhr

##### Teil I (für Existenzgründer)

„Der Weg in die niedergelassene Praxis“

Planung – Zulassungsrecht und Investitionen - Kooperationsmöglichkeiten

##### Juristische Aspekte

- Voraussetzungen der Niederlassung/der Anstellung
- Aktuelle Tendenzen im Gesundheitswesen
- Praxisübernahme und Praxisneugründung: Was ist sinnvoller?
- Formen ärztlicher Zusammenarbeit. Moderne Zeiten, nichts ist wie es war
- BAG mit und ohne Kapitalbeteiligung (örtlich/überörtlich)
- Praxisgemeinschaft, Apparategemeinschaft, MVZ
- Angestellte Ärzte
- Neue Versorgungsformen – Filiale & Co.

Referent: Theo Sander, Rechtsanwalt, IWP

##### 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. iur. Vlado Bicanski, Rechtsanwalt und Steuerberater, IWP

##### Teil II (für Praxisabgeber)

„Die erfolgreiche Praxisabgabe“

Steuern – Recht – Betriebswirtschaft – Vermögen

##### Betriebswirtschaftliche und steuerliche Aspekte

- Steuerliche Aspekte der Praxisveräußerung

- sog. halber Steuersatz und Freibetragsregelung
  - Gestaltungsmöglichkeiten
  - Wahl des optimalen Abgabezeitpunktes
  - Der materielle und ideelle Praxiswert – Berechnungsbeispiele für die Kaufpreisfindung
  - Die Praxisabgabe unter nahen Angehörigen: entgeltlich oder unentgeltlich?
  - Intelligente Vermögensanlage
- Referent: Prof. Dr. iur. Vlado Bicanski, Rechtsanwalt und Steuerberater IWP

##### Juristische Aspekte

- Die Praxisübergabe: Wie nähert man sich dem Thema?
  - Ablauf einer Praxisübertragung
  - Gestaltungsmöglichkeiten des Arztes
  - Übergangsgemeinschaften
  - Vertragliche Absprachen
  - Gestaltung: Arbeitsverträge, Mietverträge, Patientenkartei etc.
  - Gewährleistungsausschlüsse
- Referent: Theo Sander, Rechtsanwalt, IWP

#### von 14.00 bis 15.00 Uhr

##### Teil III (Existenzgründer und Praxisabgeber)

gemeinsames Diskussionsforum

Referenten und Fachleute sowie junge Existenzgründer stehen Rede und Antwort. Moderiert von Frau Dipl.-Med. Christine Kosch, niedergelassene Fachärztin für Allgemeinmedizin in Pirna

Teilnahmemeldungen sind bis zum **31. Oktober 2012** zu richten an:

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen  
 Bezirksgeschäftsstelle Dresden  
 Frau Schwarz  
 PF 10 06 41  
 Fax: 0351 8828-199  
 01076 Dresden  
 E-Mail: si@kvs-dresden.de

## Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

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

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

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

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

### Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz Chemnitz-Stadt

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
Reg.-Nr. 12/C047  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.09.2012

### Chemnitzer Land

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
Reg.-Nr. 12/C048  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.09.2012

### Aue-Schwarzenberg

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 12/C049  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.09.2012

### Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
Reg.-Nr. 12/C050  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.09.2012

### Stollberg

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie  
Reg.-Nr. 12/C051

### Zwickauer Land

Psychologischer Psychotherapeut/  
Tiefenpsychologie  
Reg.-Nr. 12/C052  
Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.10.2012 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder -403 zu richten.

### Bezirksgeschäftsstelle Dresden Görlitz-Stadt/Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Facharzt für Augenheilkunde  
Reg.-Nr. 12/D046

### Bautzen

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 12/D047  
Psychologischer Psychotherapeut  
(Abgabe des hälftigen Vertragsarztsitzes)  
Reg.-Nr. 12/D048  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.09.2012

### Löbau-Zittau

Facharzt für Augenheilkunde  
Reg.-Nr. 12/D049

### Riesa-Großenhain

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
Reg.-Nr. 12/D050  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.09.2012

### Sächsische Schweiz

Psychologischer Psychotherapeut  
(Abgabe des hälftigen Vertragsarztsitzes)  
Reg.-Nr. 12/D051  
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.09.2012  
Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.10.2012 an die Kassenärztli-

che Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 88 28-310 zu richten.

### Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
(Teil einer Berufsausübungsgemeinschaft)  
Reg.-Nr. 12/L044  
Facharzt für Augenheilkunde  
(Teil einer Berufsausübungsgemeinschaft)  
Reg.-Nr. 12/L045  
Facharzt für Chirurgie  
Reg.-Nr. 12/L046

### Muldentalkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
(Teil einer Berufsausübungsgemeinschaft)  
Reg.-Nr. 12/L047  
Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich\*)  
(Teil einer Berufsausübungsgemeinschaft)  
Reg.-Nr. 12/L048  
Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 11.10.2012 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 Dresden-Stadt

Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich\*)  
Diabetologische Schwerpunktpraxis geplante Praxisübergabe: 2013  
Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 88 28-310.



# Tissue-Engineering in der Harnröhren- chirurgie

## Erste Erfahrungen

Die Harnröhrenstriktur ist ein schon in der ägyptischen Pharaonenzeit beschriebenes Krankheitsbild. Aus dieser Zeit ist die Behandlung der Strikturen mit Kathetern und ähnlichen Instrumenten bekannt. Betroffenen sind von dieser Erkrankung vorwiegend Männer. Früher waren eher entzündliche Erkrankungen der harnableitenden Wege, beispielsweise die Geschlechterkrankungen, ursächlich für Harnröhrenstrikturen. Heute sind Verletzungen der Harnröhre im Rahmen medizinischer Behandlungen, nach Unfällen und durch Eigenmanipulierung die Hauptursache für Harnröhrenstrikturen. Die Häufigkeit lässt sich nur schätzen und liegt bei etwa 0,6 Prozent. In Deutschland werden jährlich ca. 30.000 operative Eingriffe wegen Harnröhrenstrikturen durchgeführt.

Derzeit stehen mehrere operative Behandlungsmöglichkeiten neben der Bougierung zur Verfügung. Die endoskopische Schlitzung – die Urethrotomia interna – ist der einfachste, aber auch der mit den häufigsten Rezidiven behaftete operative Eingriff zur Behandlung der Harnröhrenstriktur mit 50 bis 80 Prozent Rezidiven innerhalb der ersten drei Jahre. Sie ist bei kurzstreckigen Verengungen und als Primärtherapie die Methode der ersten Wahl. Offene operative Techniken beinhalten die Resektion des verengten bzw. vernarbten Harnröhrenabschnittes mit der anschließenden End-zu-End-Anastomose der Harnröhre. Bei größerer Distanz erfolgt der Ersatz durch verschiedene körpereigene biologische Materialien in Onlay- oder Inlaytechnik.

Als Transplantate kommen Mundschleimhaut, Penisvorhaut, Penis-schafthaut oder Meshgraft aus wenig behaarten Arealen der Körperoberfläche zur Anwendung. Hierbei gilt die Verwendung von Meshgraft als sehr zeitaufwendiges Verfahren, da es ein zweizeitiges Vorge-

hen mit zwischenzeitlich längerem stationärem Aufenthalt erforderlich macht. Die Verfahren in der offenen Harnröhrenchirurgie sind sehr vielfältig. Allein eine hundertprozentige Erfolgschance bietet keine der Methoden.

Die Wahl des geeigneten Verfahrens stellt heute für den Operateur eine Herausforderung in der rekonstruktiven Chirurgie der Harnröhrenstriktur dar.

Der Ersatz der oben genannten körpereigenen Transplantate (wegen Mangel daran) durch synthetische, meist nicht resorbierbare Materialien oder Fremdkörpersubstanzen wie azelluläre Dünndarmmukosa vom Schwein brachten keine zufriedenstellenden Resultate. So verwundert es nicht, dass sich aufgrund der guten Transplantateigenschaften die Verwendung von Mundschleimhaut in den letzten Jahren durchgesetzt hat. Die benötigte Menge an Mundschleimhaut wird dazu nach Darstellung der stenosierten Harnröhre unmittelbar vor ihrer Rekonstruktion aus der Wangenschleimhaut des Patienten entnommen. Bei großflächiger Entnahme oder bei Wiederholungsentnahmen können durch Irritation des Ramus mentalis des Nervus mandibularis Empfindlichkeitsstörungen im Mundbereich resultieren. Eine chronische Siladenitis ist bei Beteiligung der Papilla parotidea eine mögliche Komplikation. Probleme bei der Nahrungsaufnahme für mehrere Tage bis Wochen werden nicht selten nach ausgedehnter Mundschleimhautentnahme beschrieben.

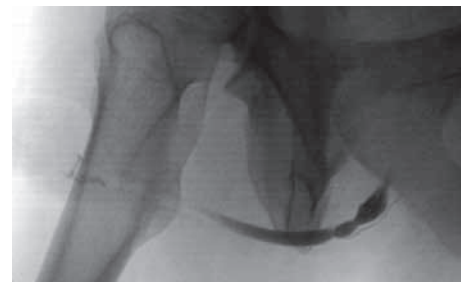


Abb. 1: Präoperatives Urethrogramm mit längerstreckigen bulbären Harnröhrenenge. Zustand nach mehrmaliger endoskopischer Harnröhrenschlitzung. © Balsmeyer



Abb. 2: Postoperatives Ergebnis nach Urethroplastik mit MucoCell. © Balsmeyer

Wegen der begrenzten Entnahmemöglichkeit und zur Vermeidung der oben genannten Probleme wurde von der Medizinerin und Wissenschaftlerin Dr. Gouya Ram-Liebig in den letzten Jahren die Züchtung von Mundschleimhautzellen im Labor zur Rekonstruktion der Harnröhre erfolgreich entwickelt. Am „BioInnovationsZentrum Dresden“ wurde daraufhin im neuen Forschungs- und Entwicklungslabor der Firma UroTiss GmbH das erste autologe Zelltransplantat zur Rekonstruktion der Harnröhre und potenziell auch für weitere regenerative urologische Operationen entwickelt. So ist es jetzt

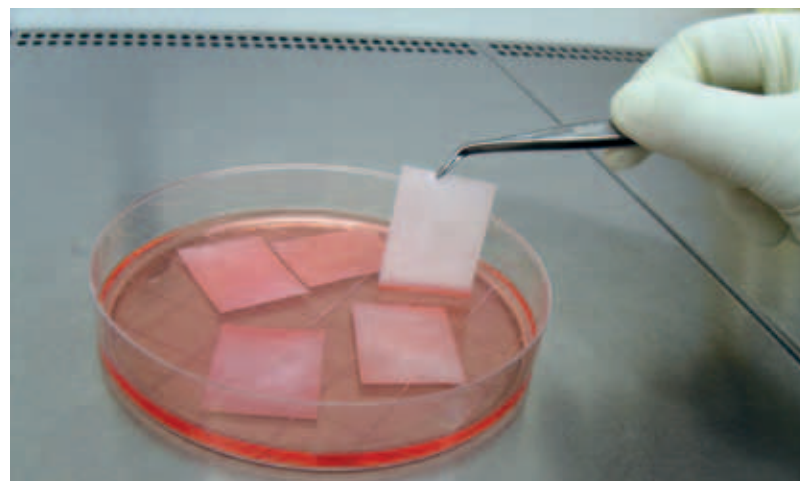


Abb. 3: MucoCell Mundschleimhauttransplantate

© Balsmeyer

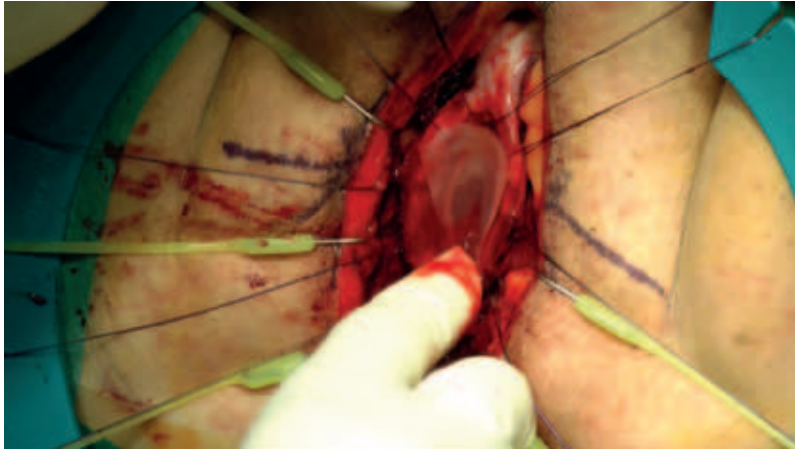


Abb. 4: Operationssitus: Über perinealen Zugang dargestellte und über der Striktur längereröffnete bulbäre Harnröhre eines 38-jährigen Mannes mit rezidivierender Harnröhrenstriktur. Verwendung des Transplantats in Inlay-Technik. © Balsmeyer

möglich, aus wenigen Mundschleimhautzellen die für den Eingriff erforderliche Menge an körpereigener Mundschleimhaut auf einer biologischen Matrix zu vermehren. Biologische Matrices basieren meist auf Kollagen, das als fundamentaler extrazellulärer Bestandteil der Matrix eine Zellerkennung ermöglicht, was für die strukturelle und funktionelle Differenzierung eine *Conditio sine qua non* darstellt. Das von Dr. Gouya Ram-Liebig entwickelte patenteigene Ersatzgewebe für Mundschleimhaut heißt MucoCell und hat in Deutschland die Zulassung für die Rekonstruktion bei Harnröhrenstrikturen. Ermöglicht wurde dies durch erfolgreiche tierexperimentelle Untersuchungen am Schwein, durchgeführt in Zusammenarbeit mit der Urologischen Klinik der Zeisigwaldkliniken

Bethanien Chemnitz unter Leitung von Prof. Dr. med. habil. Dirk Fahlenkamp (European Urology 2011, in press). Im Ergebnis der Tierversuche konnte das Einwachsen der im Labor gezüchteten körpereigenen Mundschleimhaut in die Harnröhre bestätigt werden.

Die Urologische Klinik der Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz wendet dieses Verfahren seit etwa 2½ Jahren mit guten Ergebnissen im klinischen Alltag an. Drei Wochen vor dem geplanten Eingriff wird ein zirka linsengroßes Stück Mundschleimhaut aus der Wange des Patienten entnommen. Die Vermehrung auf der biologischen Matrix erfolgt in einem Speziallabor. Die Entnahme wird ambulant in Lokalanästhesie durchgeführt. Nach Abklingen der Taubheit im Wangenbereich infolge



Abb. 5: Entnahmestelle der in etwa linsengroßen Wangenschleimhaut für die Züchtung von MucoCell.

© Balsmeyer

der Lokalanästhesie kann der Patient wieder feste Nahrung zu sich nehmen.

Die Urethroplastik wird drei Wochen später unter stationären Bedingungen durchgeführt. Für eine optimale Qualität des Mundschleimhauttransplantats ist die Einhaltung dieses Zeitfensters wichtig. In der Regel wird das Transplantat in Abhängigkeit vom betroffenen Harnröhrenabschnitt als Onlay oder als Inlay verwendet. Das operative Vorgehen und der postoperative Verlauf entsprechen dem Vorgehen mit Vollhauttransplantaten.

Die Vorteile der Anwendung von MucoCell sind vielfältig. Von herausragender Bedeutung erscheint uns die bedarfsgerechte Herstellung der benötigten Menge an Transplantat, welche zukünftig auch in gewünschten Abmessungen möglich sein wird. Ein weiterer Vorteil besteht in der sterilen Lieferung des Transplantats durch das Labor. Die Operationszeit verkürzt sich um die Entnahmezeit der Transplantate. Für den Patienten entfallen die oralen Probleme, welche bei einer exzessiven Mundschleimhautentnahme auftreten. Bei komplexen Harnröhrenstrikturen ist die Kombination mit anderen Techniken, beispielsweise von gestielten Schwenklappen, problemlos möglich. Bisher wurden an ausgewählten Zentren 54 Patienten mit diesem Verfahren operiert. Die ersten Ergebnisse sind vielversprechend. Langzeitdaten stehen derzeit noch nicht zur Verfügung. Die Rate an Strikturrezidiven dürfte nicht über denen der klassischen Mundschleimhautplastik, also bei etwa 20 Prozent liegen. Die Anwendung dieses neuen Verfahrens stößt von Seiten der Patienten auf großes Interesse. Perspektivisch ist die Verwendung von MucoCell auch für Harnleiterengungen vorgesehen. Patienten mit derzeit permanenter Harnleiterstentversorgung könnten dadurch den Nimbus des urologischen Dauerpatienten verlieren.

Anschrift der Verfasser:  
Prof. Dr. med. Dirk Fahlenkamp  
Ulf Balsmeyer  
Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz  
Klinik für Urologie  
Zeisigwaldstraße 101, 09130 Chemnitz

## Herausforderung Schiffsarzt

### Als Hausarzt auf Tuchfühlung mit Besatzung und Passagieren

Schiffsärzte arbeiten im – temporären – „Haushalt“ ihrer Patienten. Neben vielen allgemeinmedizinischen Konsultationen müssen sie dabei auch Fachmann in allen Fragen der Notfallmedizin, der Hygiene und zum Beispiel der Notfallseelsorge sein.

Eine zivile Ausbildung für diese anspruchsvolle Tätigkeit gab es bisher nicht.

Schiffsärzte arbeiten nicht nur dort, wo andere Urlaub machen. Sie sitzen sogar mit ihren Patienten buchstäblich „in einem Boot“. Schiffsärzte sind ihren Patienten damit wesentlich näher, als es allen anderen Ärzten jemals gelingen kann. Sie sind im Rahmen ihrer Tätigkeit je nach Schiffstyp für zwei Personengruppen verantwortlich. Alle an Bord eingesetzten Ärzte sind zunächst einmal Hausarzt für die Besatzung. Diejenigen, die auf Forschungs- oder Kreuzfahrtschiffen eingesetzt sind, kümmern sich zusätzlich um die eingeschifften Passagiere oder Wissenschaftler.

Diese Nähe zum Patienten erweist sich in der Regel als sehr hilfreich. Selbst auf großen Kreuzfahrtschiffen, die von der Anzahl an Besatzungsmitgliedern und Passagieren an Kleinstädte erinnern, lassen sich die Hilfesuchenden ohne großen Aufwand praktisch täglich wieder einbestellen, das verbessert die Möglichkeiten zu einer guten Nachsorge erheblich. Besatzungsmitglieder, die eher zum Dissimulieren neigen, können direkt an ihrem Arbeitsplatz aufgesucht und betreut werden. Ein Luxus, den man an Land nicht häufig finden wird.

Die in einer Allgemeinarztpraxis eher gängige Verschreibungspraxis kann an Bord oft deutlich minimiert werden. Der Arzt kann in vielen Fällen auf den Einsatz von Medikamenten verzichten, da er sich täglich ein Bild seines Patienten verschaffen kann.

Das gibt sowohl dem Arzt wie auch dem Patient ein zusätzliches Maß an Sicherheit. Die Kehrseite der Medaille: Der Schiffsarzt muss rund um die Uhr erreichbar sein. Das kann auf großen Schiffen mit zwei Kollegen und einem guten Pflorgeteam, die sich die Dienste teilen, erträglich sein. Ist man Einzelkämpfer, kann das je nach Patientengut zu einer großen Herausforderung werden.

Das Gros des Tagesgeschäfts machen nach wie vor die allgemeinmedizinischen Konsultationen aus. Spektakulärer und deshalb aus Presse und Fernsehen besser bekannt sind die – erfreulicherweise selteneren – Notfalleinsätze.

Hier beginnen die Schwierigkeiten. Wann entwickelt sich ein unklares allgemeinmedizinisches Problem zu einem Notfall?

Der Internist und Arbeitsmediziner Dr. med. Tobias Riemer berichtet von einer Patientin, die ihn auf der Seereise vom Schwarzen Meer nach Kanada in Atem gehalten hat. Nach einem ausgedehnten Bad in der Mittagssonne klagte eine frisch zugestiegene Reisende über vermehrte Müdigkeit, die sie selbst dem Jetlag zuschrieb. Bei der Vorstellung im Schiffshospital am Folgetag fühlte sie sich in keinsten Weise ausgeschlafen. Im Gegenteil war sie schläfriger als jemals zuvor.

Die klinische Untersuchung zeigte keine Hirndruckzeichen, das eingeschränkt mögliche Labor – an Elektrolyten ließ sich nur Kalium bestimmen – war unauffällig. Die Patientin wurde stationär im Schiffshospital aufgenommen und fiel innerhalb weniger Stunden in ein nicht beatmungspflichtiges Koma.

Was tun? Die Vorgeschichte nahezu unbekannt, keine Fachkollegen für ein Konsil, keine ausgedehnten Diagnostikmöglichkeiten wie CCT und keine Intensivstation außer der bord-eigenen weit und breit. Als Verdachtsdiagnosen Sonnenstich, Drogenabusus, Apoplex oder Hirnblutung.

Hier beginnt dann zusätzlich zur medizinischen Tätigkeit die Managementaufgabe: Herstellen des Kon-



Intensivzimmer Aida Luna

© Hebllich

takts zu potenziell aufnehmenden Krankenhäusern an der amerikanischen Ostküste, Organisieren eines Rücktransports ins Heimatland mit einem Assistance-Unternehmen sowie Kontaktaufnahme und Koordination des weiteren Vorgehens mit den Verwandten der Patientin zu Hause. „Ein furchtbarer bürokratischer Aufwand“, so Dr. Riemer.

Um es kurz zu machen: Die Patientin wurde ausgeschifft, mit einem Rettungswagen ins Krankenhaus gefahren und dort untersucht. Dabei klarte sie auf, die neurologische Diagnostik blieb ergebnislos, das CCT ohne pathologischen Befund. Die Verdachtsdiagnose der Kollegen an Land lautete Alkoholentzugssyndrom, die Patientin wurde entlassen. Trotz ihrer eingeschränkten Englischkenntnisse fand die Dame den Weg zurück zum Hafen und setzte die Seereise bis zum geplanten Ende ohne weitere Auffälligkeiten fort.

Über die zweite Patientengruppe, die Besatzungsangehörigen, berichtet der Allgemein- und Arbeitsmedi-



ziner Dr. med. Frank Heblich. Diese Mitarbeiter, die auf einem Schiff häufig aus bis zu 54 verschiedenen Ländern stammten, sehen bei ihren oft ein Jahr dauernden Heuerzeiten meist keinen Arzt an Land und sind deshalb besonders vom Engagement und von der Zivilcourage des eingesetzten Schiffsarztes abhängig. Das Vertrauen dieser Menschen zu gewinnen ist nicht ganz einfach. Vielen Kollegen gelingt das auch nicht, wenn sie nicht aktiv an die Arbeitsplätze der Besatzung herantreten und sich sichtlich für die Tätigkeit und auch für das Leben der ihnen Anvertrauten interessieren. Umso erfreulicher ist es dann für einen echten Hausarzt, wenn er oder sie bei der Mannschaft Vertrauen gewinnt, therapeutisch aber auch präventiv tätig werden darf.

Dr. Heblich freut sich noch Jahre später über den Anruf eines Decksmanns der Lilli Marleen: „Ich weiß nicht, wie er an meine Telefonnummer gekommen ist!“ Der junge Mann war seit Jahren nicht geimpft worden und hatte auf einer gemeinsamen Seereise zum Teil Auffrischimpfungen und zum Teil die ersten Dosen der Grundimmunisierung für Impfungen nach dem STIKO-Schema erhalten. „Doc, Sie haben uns damals geimpft. Sind wir nun wieder dran?“ Ja, sie waren und erfahren dann durch den Kollegen auf ihrem neuen Schiff den Abschluss der Grundimmunisierung. Noch einmal nach dem Basisgeschäft gefragt, resümiert Dr. Riemer die Schwerpunkte seiner Tätigkeit. Gerade auf Kreuzfahrtschiffen sind ein großer Teil der Patienten Kinder. Häufigstes Krankheitsbild sei der Sonnenbrand, die größte Krankheitsgruppe sei dem HNO-Bereich zuzuordnen. Bei den Besatzungsmitgliedern seien Ekzeme häufig, bei den Maschinisten zusätzlich noch abszedierende Infektionen der Haut. Passagiere klagten oft über Zahnschmerzen. In der Regel sei die Schmerztherapie an Bord schaffbar. Die Beratung und in einigen Fällen Therapie fände allerdings, auch wenn Zahnärzte unter den Passagieren seien, fast ausschließlich bei zahn-

ärztlichen Kollegen an Land statt. Hier steuert Dr. Heblich die Geschichte eines Patienten bei, der durch eine entzündete Zahnwurzel innerhalb eines Tages starke Schmerzen entwickelte, die mit Höchstdosen von NSAR und einem niedrigpotenten Opioid nicht adäquat gelindert werden konnten. Erst die Trepanation des Zahns, Dr. Heblich hatte die Technik während seiner Ausbildung zum Schiffsarzt der Marine gelernt, führte zu einer sofortigen Schmerzlinderung. An Bord würden solche Zähne nur provisorisch verschlossen, die Endbehandlung den zahnärztlichen Kollegen an Land überlassen. Aus dem Gebiet der Allgemeinchirurgie sei die Abszessspaltung der häufigste Eingriff, der Traumatologe im Schiffsarzt habe sich hauptsächlich um Distorsionen meist des Sprunggelenks, gelegentlich auch um Frakturen zu kümmern.

Zum Aufgabenbereich des Schiffsarztes gehört aber auch der große Bereich der Hygiene und zwar außer der Hygiene im Hospital gemeinsam mit anderen Abteilungen an Bord auch die Trinkwasser- und die Küchenhygiene. Unspektakulär, solange nichts passiert. Aber äußerst unangenehm, wenn sich der Schiffsarzt nach einem Noro-Virus-Ausbruch und entsprechenden Schlagzeilen der Boulevardpresse kritische Fragen zum Hygienemanagement gefallen lassen muss. „Sollte es dennoch einmal zu einem Ausbruch kommen – und hundertprozentig kann man sich dagegen nicht schützen,“ so Bettina Gau, Ärztin an der Uni-Klinik Kiel und ehemalige Hamburger Hafenärztin, „müssen unverzüglich die bordeigenen Ausbruchspläne umgesetzt werden. Hier gilt es, alle Kontrollmaßnahmen bei Infektionskrankheiten an Bord durch Diagnostik, Desinfektion, Isolation und eventuell Quarantäne anlassbezogen umzusetzen.“

Auch wenn Notfälle vergleichsweise selten auftreten, bleiben sie einfach besser im Gedächtnis. Der COPD-Patient, der nach tagelangen frustrierten Therapieversuchen an Bord doch ausgeschifft werden musste. Und die

Patientin mit der TIA, die in der Ostsee mitten in der Nacht ausgeflogen wurde. Und alle Kollegen sind sich einig, dass sie bisher Glück hatten. Dass das Wetter gut genug war für einen Hubschrauberstart, dass die Entfernung zum nächstgelegenen Land so kurz war, dass die Reichweite des Helikopters ausreichte, dass ein Patient solange stabilisiert werden konnte, bis das Schiff einen geeigneten Hafen anlaufen konnte. Einigkeit herrscht zwischen den Kollegen aber auch, dass die schiffsärztliche Tätigkeit zu einer der anspruchsvollsten Sparten in der Medizin gehört und sich die wenigsten auf ihren ersten Fahrten hinreichend vorbereitet fühlten.

Mit dem Zertifikat Maritime Medizin hat die Ärztekammer Schleswig-Holstein im Jahr 2001 erstmals ein qualitativ hochwertiges Curriculum zur Ausbildung von Schiffsärzten erstellt, an dem sich die Schiffsarztzubereitung der Marine seitdem orientiert hat. Eine entsprechende Ausbildung für den zivilen Bereich hat es bisher nicht gegeben. Ein auf dem inzwischen leider wieder abgeschaffte Zertifikat Maritime Medizin basierendes und modular aufgebautes Ausbildungskonzept wurde erst in diesem Jahr etabliert und wird mit ausgewiesenen Experten auf allen Gebieten angehenden Schiffsärzten in einem ersten „Basic Course – Einführung in die Maritime Medizin“ die grundlegenden maritimen Kenntnisse vermitteln ([www.schiffsarztlehrgang.de](http://www.schiffsarztlehrgang.de)). In einem zweiten Modul, dem Advanced Course, wird das dort erworbene Wissen in verschiedenen Spezialgebieten wie beispielsweise Ausbruchsmanagement, Tropen- und Reisemedizin, Tauchmedizin und vielen anderen Themen vertieft. In einem dritten Modul, dem Professional Course, das sich hauptsächlich an bereits erfahrene Schiffsärzte richtet, sollen die Kolleginnen und Kollegen anhand von Leitlinien-Updates angepasst an das maritime Umfeld, wieder auf den aktuellen Stand der Medizin gebracht und außerdem die Ausbilderfähigkeit für Sofortmaßnahmen, Erste Hilfe, Reanimation und Frühdefibrillation gefestigt werden.

Christoph Sevenich, Geschäftsführer und Mitinitiator der Schiffsarztlehrgang GbR, beschreibt den Hintergrund des ersten zivilen deutschen Schiffsarztlehrganges: „Auf Grund fehlender Regularien besteht die Gefahr unsachgemäßer Fortbildungsangebote in diesem wachsenden Segment. Qualitativ hochwertige Fortbildung aus erster Hand, mit Augenmaß und Verantwortungsbewusstsein ist unsere oberste Prä-

misse. Uns ist wichtig, unseren Teilnehmern gleich von Anfang an ihre bedeutsame Rolle für Besatzung und Passagiere zu verdeutlichen, sie auf ihren späteren Einsatz gut vorzubereiten und dabei mit viel Einfühlungsvermögen und echter Praxiserfahrung aus der Maritimen Medizin Wissen zu vermitteln.“

„Wenn es das schon früher gegeben hätte, wäre mir auf meinen ersten

Seereisen deutlich wohler gewesen,“ so Dr. Riemer, der nun als einer der Referenten seine inzwischen ausgiebigen Erfahrungen an die Kollegen weitergeben wird.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Frank Heblich

Wissenschaftlicher Leiter

Schiffsarztlehrgang GbR

Meimersdorfer Weg 217, 24145 Kiel

## Arzthaftung

### Arzthaftung für Mitteilung einer gravierenden Erbkrankheit (Chorea Huntington)

**BGB §§ 253, 823: Stellt der Arzt eine meist im Erwachsenenalter ausbrechende schwere Nervenerkrankung mit hohem Vererbungsrisiko fest, darf er der Bitte des Patienten, dessen geschiedene Ehefrau wegen der bei dieser lebenden ehelichen Kinder zu informieren, nicht entsprechen, weil eine medizinische Sachaufklärung bei Minderjährigen in Deutschland nicht statthaft ist, sodass sich für die Mutter aus der belastenden Information keinerlei Handlungsoption ergibt.**

*OLG Koblenz, Beschl. v. 1.2.2012*

*– 5 W 63/12, rkr.*

*(LG Bad Kreuznach – 3 O 306/11)*

Der Beschl. des OLG Koblenz ist im Heft 3 der GesR 2012 auf S. 164 f. abgedruckt.

### Anmerkung:

Das OLG Koblenz hat in seinem Prozesskostenhilfebeschluss eine Rechtsansicht vertreten, die nicht unwidersprochen bleiben kann.

1. Der Entscheidung lag folgender Sachverhalt zugrunde: In einer psychiatrischen Klinik war bei einem Patienten Chorea Huntington diagnostiziert worden. Ein Oberarzt dieser Klinik teilte die Diagnose auf Wunsch des

Betroffenen der geschiedenen Ehefrau des Patienten mit, damit sie für die beiden 1994 und 1999 geborenen Kinder eine „Blutuntersuchung“ veranlassen möge, da es sich um eine unheilbare Erbkrankheit handelt, die mit 50%-iger Wahrscheinlichkeit übertragen wird. Das Gericht sah in der Benachrichtigung der Exehfrau eine Körperverletzung i.S.v. § 823 BGB, weil die Mitteilung bei der Mutter zu psychischen Störungen geführt habe. Dabei ging das Gericht davon aus, dass die „Gesetzeslage in Deutschland ... es der Mutter nicht gestattet, durch Untersuchungen der Kinder Gewissheit dahin zu erlangen, ob die Krankheit latent im Erbgut der Kinder angelegt“ sei. Der Leitsatz drückt das noch prägnanter aus: „... weil eine medizinische Sachaufklärung bei Minderjährigen in Deutschland nicht statthaft ist“.

- Anzuwendendes Recht: Die zuletzt genannte Wertung des OLG ist falsch. In Deutschland gilt seit dem 1. 2. 2010 das Gendiagnostikgesetz (GenDG), das für diesen Fall anwendbar ist, weil die Diagnose Chorea Huntington nur durch eine genetische Untersuchung abgesichert werden kann. Sollte also eine prädiktive Abklärung gewünscht sein, wäre dies nur mit einer genetischen Untersuchung möglich. Dann müsste bei den Kindern eine genetische Untersuchung durchgeführt werden.
- Das GenDG kennt für die Frage der Einwilligung die Kategorien Minderjährig- und Volljährigkeit

nicht. Zwar spricht der einschlägige § 8 GenDG diese Frage nicht ausdrücklich an, sondern verlangt lediglich eine Einwilligung. Aus § 14 GenDG ergibt sich indessen, dass es insoweit allein auf die Einwilligungsfähigkeit ankommt, nicht auf die Volljährigkeit. Und die Einwilligungsfähigkeit dürfte zumindest bei dem älteren Kind problemlos gegeben sein. Damit stünde bei dem älteren Kind einer sofortigen genetischen Untersuchung nichts im Wege, sofern dieses seine Einwilligung erklärt hätte. Das gälte im Übrigen auch – entgegen der Ansicht des OLG –, wenn das GenDG noch nicht verabschiedet oder nicht einschlägig wäre.

- Vielfach problematisch ist indessen die Weitergabe der Information an möglicherweise betroffene Verwandte. Insoweit handelt es sich idealtypisch um eine Dreierkonstellation mit grundsätzlich divergierenden Interessen. Der Patient möchte seine Geheimsphäre gewahrt wissen. Der behandelnde Arzt möchte, dass die Angehörigen informiert werden, damit sie entsprechende Maßnahmen ergreifen können. Die Interessen der Angehörigen sind theoretisch ambivalent. Einerseits möchten sie mögliche Handlungsoptionen mitgeteilt bekommen, andererseits steht ihnen das Recht auf Nichtwissen zu. Dieses Dilemma zwischen Schweigepflicht, Fürsorge und möglichem Nichtwissenwollen versucht § 10 Abs. 3 S. 4 GenDG zu lösen: „Ist anzunehmen, dass



genetische Verwandte der betroffenen Person Träger der zu untersuchenden genetischen Eigenschaften mit Bedeutung für eine vermeidbare oder behandelbare Erkrankung oder gesundheitliche Störung sind, umfasst die genetische Beratung auch die Empfehlung, diesen Verwandten eine genetische Beratung zu empfehlen.“

5. Von ärztlicher Seite wird die Regelung für ungenügend erachtet, weil der Patient (die betroffene Person) dieser Empfehlung nicht Folge leisten muss. Die Ärzte hätten daher gern eine Regelung, die ihnen das Recht zur Information der Verwandten gibt. Das ist allerdings aus Gründen der Schweigepflicht nicht möglich.
6. Dieses Problem stellt sich im entschiedenen Fall allerdings nicht, weil der Betroffene den Arzt um die Information seiner Exfrau gebeten hat. Diese Einwilligung müsste gemäß § 11 Abs. 3 GenDG ausdrücklich und schriftlich erfolgt sein. Ob das geschehen ist, ist nicht bekannt. Falls es nicht geschehen sein sollte, bleibt die Frage zu klären, wie weit dieser Formverstoß Einfluss auf das Verhältnis gegenüber dem Dritten haben kann. Dem Geheimnisschutz ist jedenfalls Genüge getan.
7. Allerdings stellt sich das weitere Problem, dass das Gesetz die Verpflichtung des Arztes zur Empfehlung nur für den Fall ausspricht, dass es sich um eine therapierbare Erkrankung handelt. Das ist bei Chorea-Huntington nicht der Fall. Es handelt sich aber auch nicht um die Verpflichtung des Arztes, sondern um das Recht zur Information. Und das ist sinnvoll auch in diesem Fall gegeben. Für die Kinder bedeutet das Wissen von der Erkrankung des Vaters die Kenntnis von der 50%-igen Wahrscheinlichkeit, auch erkrankt zu sein. Die Option, die sich stellt, ist die, mit der Ungewissheit zu leben oder Gewissheit zu erlangen. Es lebt sich sicherlich besser, wenn man weiß, dass man zu den 50% gehört, die nicht zu den Krankheitsträgern zählen, als über diesen Umstand im Ungewissen zu sein.
8. Damit ist aber nur der Konflikt zwischen dem Arzt und dem Betroffenen bezüglich des Geheimhaltungsinteresses gelöst. Nicht angesprochen wird im Gesetz die zweite Frage des Rechtes auf Nichtwissen des Dritten. Möglicherweise bleiben insoweit Gesetzestext und Begründung bewusst unklar. „Allerdings bleibt die direkte Information auch mit Einwilligung des

Patienten problematisch, weil das Recht auf Nichtwissen der bisher unbeteiligten Dritten dagegen spricht.“ Diese Frage könnte im weiteren Prozessverlauf einer Klärung zugeführt werden.

9. Zu dieser eigentlich spannenden Rechtsfrage gelangt das Gericht erst gar nicht, weil es die Anwendbarkeit des GenDG nicht erkennt. Auch bleibt die Frage letztlich unerörtert, was es in diesem Fall mit der Information der „Vierten“ auf sich hat, von der das Gesetz gar nicht spricht. Die Information war für die Mutter direkt nicht belastend, denn sie hat die Krankheitsanlage sicherlich nicht. Auch stellt sich die Frage, ob der Schutzzweck der Norm ihre behauptete Verletzung überhaupt erfasst.
10. Sollte das nach Ansicht des entscheidenden Gerichtes der Fall sein, so ist – auf der Grundlage der einschlägigen Regeln des GenDG – aber meiner Meinung nach zumindest das Verschulden des Arztes in hohem Grade fraglich, sodass davon auszugehen ist, dass die Sachentscheidung zu einer Klageabweisung gelangen wird.

Prof. Dr. jur. Bernd-Rüdiger Kern,  
Lehrstuhl für Bürgerliches Recht,  
Rechtsgeschichte und Arztrecht,  
Juristenfakultät der Universität Leipzig

## Stärkere Kontrolle bei Organspende

Aufgrund der Vorwürfe gegen Transplantationszentren in Regensburg und Göttingen soll kriminelles Verhalten bei Organspenden künftig schärfer geahndet werden. Darauf haben sich Gesundheitsminister Daniel Bahr (FDP), Vertreter der Länder und Experten aus dem Gesundheitswesen am 27. August 2012 in Berlin geeinigt. Je nach Schwere des Verstoßes sollen nicht nur die Täter strafrechtlich verfolgt, sondern auch die betroffenen Transplantationszentren vorübergehend geschlossen werden. Zudem sind schärfere berufsrechtliche Konsequenzen für die

an Vergehen beteiligten Mediziner vorgesehen, die bis zum Entzug der Zulassung gehen können. Darüber hinaus soll künftig das sogenannte Sechs-Augen-Prinzip zur Grundlage für einen Organbedarf gemacht werden. Neben den Transplantationsmedizinern muss mindestens ein Arzt einer anderen Fachrichtung prüfen, ob der betroffene Patient in die Warteliste für ein Organ gehört oder nicht. Auch die Kontrollen sollen deutlich verbessert werden. Künftig soll es regelmäßige Untersuchungen auch ohne Anlass geben.

Das Gremium sprach sich zudem dafür aus, Bonuszahlungen an Ärzte nicht mehr an die Zahl der durchge-

fürten Transplantationen zu knüpfen. Damit soll der Wettlauf nach immer mehr Organverpflanzungen eingedämmt werden.

Regelmäßig soll die Bundesärztekammer die Berichte der Prüf- und Überwachungskommissionen veröffentlichen. Von 2000 bis 2011 hat es nach deren Angaben 50.739 Organtransplantationen gegeben. In 119 Fällen tauchten Hinweise auf Unregelmäßigkeiten auf, wobei in 31 Fällen Verstöße gegen Vorschriften festgestellt wurden.

Knut Köhler M.A.  
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## 10. Deutscher Seniorentag

3. bis 5. Mai 2012, Hamburg

Die Unterzeichner dieses Artikels hatten die Gelegenheit, am diesjährigen Deutschen Seniorentag in Hamburg teilzunehmen. Die Veranstaltung bot in drei Tagen 100 Einzelveranstaltungen für 19.500 begeisterte Hörer und Mitdiskutierer.

Das Motto „JA zum Alter!“ zog sich als ein optimistischer, ja fröhlicher Leitgedanke durch die gesamte Veranstaltung. Die Wertschätzung der Senioren spiegelte sich bereits bei der Eröffnungsveranstaltung im Rahmen der herzlichen Begrüßung durch Frau Prof. Dr. Dr. h.c. Ursula Lehr als BAGSO-Vorsitzende (Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisatoren) wider, die ein Pro-ageing statt eines Anti-ageing forderte. Der Bundespräsident Joachim Gauck begann: „Es ist schön, hier zu sein. Ich bin Ihr Verbündeter.“ und rief auf, wieder Barmherzigkeit oder Solidarität zu lernen. Der Erste Bürgermeister von Hamburg, Olaf Scholz, formulierte: „In Deutschland gibt es nicht zu viele Alte, sondern bestenfalls zu wenig Junge.“

Die Themenblöcke reichten von Altersbildern („Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr“ – völlig falsch, denn „Hans“ kann lebenslang lernen), über das Miteinander der Generationen (wichtig für Wissenstransfer), Ältere mit Migrationshintergrund (wer von den Pflegenden spricht ihre Sprache, kennt ihre Kultur?), bis zu neuen Medien, Denkprogrammen, die notwendig zur Verarbeitung komplexer Informationen sind. Wichtig ist Gehirntraining durch Bewegung, egal, ob Ausdauer- oder Koordinationstraining oder 30 Minuten pro Tag Spielen eines Instrumentes. Genau diese guten Ergebnisse zur Verbesserung der Lebensqualität im Alter sind auch in der LUCAS-Studie (Longitudinal Urban Cohort Ageing Study) zu finden. Diese EU-Studie, die seit 2007 auch vom Bund gefördert wird, erforscht im Ländervergleich die Selbständigkeit allein lebender Menschen im guten Allgemeinzustand.

Gebrechlichkeit ist gleichzusetzen mit Gefährdung! Das „körpereigene Gelände“, die Muskulatur, muss trainiert werden. Mobilität, Sturz-Risiko-Screening, Trinkfahrplan, Medikamente, soziale Kontakte – alles ist wichtig. Und trotz Mangelerscheinungen, Verlusten, Vertreibungen, die ja das Immunsystem schwächen, ist erstaunlich, dass es im Alter deswegen keine signifikanten Unterschiede gibt.

Als interessante Demenzprojekte wurden unter anderem Orientierungsgärten, Hochbeete mit Gewürzen zum Hervorzaubern von Erinnerungen übers Riechen oder Lichterdecken im Raum vorgestellt. Beim Thema „Leben in Würde, bis zum Sterben“ wurde appelliert, gemeinsam das Sterben leben zu können, nichts mehr einzufordern, aber zu versuchen, Risse zu kitten. 80.000 Ehrenamtliche gibt es in der Hospizarbeit in Deutschland, aber es fehlen dringend Lehrstühle dafür. Bisher gibt es diese nur an 8 Universitäten, 27 haben keinen Lehrstuhl für Palliativversorgung. Für Medizinstudenten und alle Pflegeberufe sind Kenntnisse in Geriatrie, Gerontologie, Palliativversorgung zwingend erforderlich.

Die Messe SenNova, auf 7.000 m<sup>2</sup> im selben Kongresscenter, präsentierte viele Projekte (gemeinschaftliches Wohnen, Generationenreisen, Technik), Gesundheitschecks, Aktiv-Parcours und warb für das ehrenamtliche Engagement: „Wer sich für andere engagiert, bekommt es für seine eigene Gesundheit doppelt zurück.“

Einer der Höhepunkte der Konferenz war die Rede der Bundeskanzlerin,



Kongresszentrum Hamburg

© Dr. Hilpert

Frau Dr. Angela Merkel. Sie erinnerte daran, dass es erst seit 20 Jahren Seniorenpolitik in unserem Land gibt und wir als erstes europäisches Land eine Ministerin für Senioren hatten (Hannelore Rösch, auch anwesend). 17 Millionen Deutsche sind älter als 65 Jahre. Die Anzahl der Jahre aber sei kein Kriterium für Fähigkeiten, Fertigkeiten, Verhaltens- oder Lebensweisen. Eine Altersgrenze sei sowohl im beruflichen Bereich als auch im Geschäftsverkehr sowie bei ehrenamtlicher Tätigkeit in Frage zu stellen. Politik müsse mehr vom Menschen her denken.

Dieser 10. Deutsche Seniorentag (weitere Informationen unter [www.deutscher-seniorentag.de](http://www.deutscher-seniorentag.de)) war sehr interessant und von einer überaus herzlichen Atmosphäre geprägt. Wir danken der Sächsischen Landesärztekammer, dass wir daran teilnehmen konnten.

Dr. med. Brigitte Zschaber,  
Dr. med. Lothar Hilpert  
Ausschuss Senioren der Sächsischen  
Landesärztekammer



Blick auf Binnenalster Hamburg

© Dr. Hilpert

## 18. Leipziger Ärzteball

Am 27. Oktober 2012 findet im Hotel THE WESTIN LEIPZIG der diesjährige Ärzteball statt.

Der Ärzteball wird ab diesem Jahr durch den Ärzte-Förderverein-Leipzig e. V. organisiert. Mit den Erlösen, die unter anderem durch die Organisation von Veranstaltungen, wie den Ärzteball, zusammenkommen, werden dem Zweck des Vereins entsprechend örtlich ansässige gemeinnützige medizinische Einrichtungen, Vereine oder Körperschaften zur För-

derung der Jugend- und Altenhilfe sowie der Wohlfahrtspflege gefördert.

Der Preis pro Eintrittskarte beträgt 120,00 Euro. In diesem Preis sind das Büfett und Getränke (Rot- und Weißwein und Bier) enthalten.

Weitere Informationen erhalten Sie unter der Telefonnummer 0341 2432310. Ihre Reservierungswünsche bitten wir schriftlich per Post, Fax oder E-Mail vorzunehmen.

Es werden feste Platzreservierungen für Sie vorgenommen. Möchten Sie mit bestimmten Kollegen an einem Tisch sitzen, bestellen Sie bitte die

benötigten Karten auf einen Namen. Wir senden dann dem Besteller die entsprechenden Eintrittskarten zu. Nur durch diese Verfahrensweise können gemeinsame Platzwünsche garantiert werden. (Es werden Tische für 10 Personen gestellt.)

Wir würden uns freuen, Sie an diesem Abend begrüßen zu können.

Dr. med. Ralf-Rainer Schmidt  
Vorsitzender

Ärzte-Förderverein-Leipzig e.V.  
Braunstraße 16, 04347 Leipzig  
Fax: 0341 2432102

E-Mail: aerzte-foerderverein-leipzig@gmx.de

## Ärztliche Betreuer von Herzsportgrup- pen gesucht!

Der Dresdner Sportclub 1898 e.V., Abteilung Gesundheitssport, Magdeburger Straße 12, 01067 Dresden, sucht dringend Ärztinnen oder Ärzte aus dem Seniorenkreis zur Betreu-

ung von Herzsportgruppen im Rehabilitationsbereich.

Ansprechpartnerin:  
Frau Angela Geisler,  
Telefon: 0351 4382274.

Darüber hinaus besteht im Raum Dresden Bedarf an Ärztinnen und Ärzten zur Betreuung von Herzsport-

gruppen. Ansprechpartnerin: Frau Töppel vom Landesverband Sachsen für Prävention und Rehabilitation von Herz- und Kreislauferkrankungen e.V., Telefon: 03591 270958

Dr. med. Christel Kieß  
Weinbergstraße 16a, 01156 Dresden  
Tel.: 0351 4540828, Fax: 0351 6587647  
E-Mail: christel-kiess@t-online.de

## 30 Jahre HNO-Allergie- abteilung in Dresden

Am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden werden seit 30 Jahren Allergienpatienten behandelt.

In den 1980er-Jahren wurde Akupunktur in der DDR noch sehr selten angewendet. 1986 wurde der HNO-Arztin, Frau Dr. med. Bettina Haus-

wald, angeboten, Allergiker zu akupunktieren. Sie nutzte diese Chance. Doch was als Initiative gegen den allgegenwärtigen Mangel im DDR-Gesundheitssystem begann, entwickelte sich dank des Engagements der Dresdner Ärztin weiter. Aufgrund der vielen von ihr behandelten Allergienpatienten startete Frau Dr. Hauswald bereits ein Jahr nach ihrer ersten Akupunktur mit einer Studie. Deren Ergebnisse wurden 1989 veröffentlicht und gelten als eine der

ersten wissenschaftlichen Untersuchungen weltweit, die den Einsatz dieser Therapie bei Allergienpatienten untersucht haben.

**Das Symposiums zum 30-jährigen Jubiläum findet am 24. Oktober 2012 im Medizinisch-Theoretischen Zentrum der Medizinischen Fakultät der TU Dresden statt.** Informationen:

[www.uniklinikum-dresden.de/hno](http://www.uniklinikum-dresden.de/hno).

Knut Köhler  
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## Komplizen gesucht

Gewöhnlich versteht man unter einem ja Komplizen einen Mittäter bei einer Straftat. Das gemeinnützige Programm „Komplizen“ stützt sich jedoch eher auf die lateinische Bedeutung des Wortes „ineinanderfügen“ oder „zusammen flechten“. Zusammen kommen sollen dabei Schüler der Klassenstufe 10 mit Mentoren aus verschiedenen Berufsfeldern. Ziel des Programms ist es,

die Schüler durch eine Kombination aus Seminaren, Arbeitsplatzbesichtigungen und Mentoring-Programm beim Übergang von der Schule in die Ausbildung bzw. in das Studium zu unterstützen.

In Dresden geht das Projekt im September 2012 in die zweite Runde und fünf Dresdner Schüler suchen jeweils einen ärztlichen Mentor. Die Mentoren werden durch ein fünfständiges Training auf die Mentorenrolle vorbereitet. Sie treffen sich mit

ihrem Mentee mindestens einmal pro Monat für zwei Stunden und sollten bereit sein, offen über die Erfahrungen im ärztlichen Alltag zu berichten.

Mehr Informationen unter [www.diekomplizen.org](http://www.diekomplizen.org), Projektleitung Bernhard Ulbrich, Tel.: 089 886916. E-Mail: [bernie@die-komplizen.org](mailto:bernie@die-komplizen.org).

Maxie Moder M.A.  
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## Arzt sein und bleiben

Sehr geehrter Herr Kollege Liebscher, Ihr Beitrag im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 7/2012, hat mir sozusagen aus „dem Herzen“ gesprochen, danke vielmals für die genaue Darstellung der bestehenden Situation.

Als wissenschaftlich geschulte Ärzte sind wir angehalten, nach den Ursachen der Erkrankungen unserer Patienten zu suchen; was sind die gesellschaftlichen Ursachen für die zu-

nehmende Ökonomisierung unseres Gesundheitswesens, wie kann man gegensteuern?

Ich stimme Ihren Ausführungen vollinhaltlich zu – Arzt-Patient-Beziehung – aber: Warum benötigen wir weit über 200 Krankenkassen? Wie kann die von Ihnen aus meiner Sicht optimal geschilderte „Wertschöpfungskette“ der privaten Klinikbetriebe in der Zielstellung modifiziert oder limitiert werden?

Ich bin mir der Tragweite dieser Fragestellungen sehr wohl bewusst, meine aber wie Sie, dass wir unsere ureigensten ärztlichen Interessen nicht unter die Räder kommen lassen dürfen, um, wie Sie sehr treffend zitieren, nicht „nur Randfiguren in einem schlechten Spiel“ zu werden.

Mit freundlichen Grüßen  
Dr. med. Maria Böhme, Geithain

## Buchbesprechung

**Klimpel, Volker.**  
**Das heilkundige Sachsen.**  
**Hellerau-Verlag Dresden 2011.**  
**200 Seiten, 76 Abbildungen,**  
**12,90 Euro**  
**ISBN 3-938122-21-1**

Der Autor des Buches ist Chirurg und Medizinhistoriker, der mehrere Werke zur Medizingeschichte Sachsens veröffentlicht hat. Er vermerkt in der Einführung, dass sich sein Buch an den „interessierten Laien“ und nicht an den „kritischen Fachgelehrten“ wendet.

Für die benannte Zielgruppe startet das Buch mit einer Einleitung „Sächsische Medizin im Wandel der Zeit“, in der die allgemeinen Tendenzen der Geschichte der Medizin mit spezifischen Entwicklungen in Sachsen verbunden werden. Der Autor hat für die Schilderung der medizinhistorischen Charakteristika von Einrichtungen und Persönlichkeiten eine geschickte Lösung gefunden, nämlich die Form eines Reiseberichtes. Die Autofahrt startet im Vogtland, schildert die Regionen von West- und Nordsachsen, das Osterzgebirge und die Sächsische Schweiz und endet in der Lausitz. Natürlich werden die städtischen Zentren entsprechend ausführlich hervorgehoben. Der Fleiß in der Recherche muss betont werden, da selbst kleine und kleinste Einrichtungen erwähnt und

beschrieben werden. Klimpel bemüht sich stets um die Chronologie, die Entwicklungen und Veränderungen von der Frühzeit bis in die Gegenwart zu beschreiben. Der gründliche Leser erfährt immer wieder neue und korrekt recherchierte Einzelheiten. Es ist nicht nachzuvollziehen, dass der Weg jedes Kreiskrankenhauses bis in die jüngste Gegenwart beschrieben wird, die durch herausragende Leistungen gekennzeichnete Entwicklung von Medizinischer Fakultät und Universitätsklinikum Carl Gustav Carus jedoch vernachlässigt wird. Die Darstellung gewinnt durch die Verbindung von Geschichte, Kultur- und Industriegeschichte, in die, oft genug die regionalen Besonderheiten reflektierend, die medizingeschichtlich wichtigen Entwicklungen eingebunden werden. Die Hinweise auf viele kaum oder zu wenig bekannte medizinhistorische Sammlungen sind verdienstvoll und belegen, dass der Autor diese Stationen selbst besucht hat. Die umfangreichen Sammlungen des Dresdner Institutes für Geschichte der Medizin hat er jedoch gemieden.

Es ist eine originelle Idee, wenn in den jeweiligen Städten Sachsens geborene Persönlichkeiten mit ihren späteren Verdiensten für die Medizin vorgestellt werden. In die gleiche Richtung geht der Katalog von medizinischen Termini, die mit den Namen von Ärzten aus Sachsen ver-



bunden sind. Mit beiden Projekten trägt Volker Klimpel dazu bei, dass die Beiträge sächsischer Ärzte für die Medizin über Sachsen hinaus bekannt werden.

Das Buch ist in einem flüssigen, gut lesbaren Stil geschrieben. Bei allem Verständnis für die Problematik der Finanzierung eines solchen Werkes erschwert die Schriftgröße bei einzeiligem Abstand das Lesen. Der Rezensent kann nicht nachvollziehen, warum die kleinen eingestreuten Abbildungen, teilweise Miniaturen, keinen regelmäßigen Bezug zum Text erkennen lassen. Insgesamt ist dem Buch eine weite Verbreitung zu wünschen.

Prof. Dr. med. habil. Albrecht Scholz, Dresden



## Unsere Jubilare im Oktober 2012 – wir gratulieren!

### 60 Jahre

- 01.10. Dr. med. Rieger, Ortrud  
01705 Pesterwitz
- 03.10. Dr. med. Rieske, Edda  
04179 Leipzig
- 04.10. Dipl.-Med. Geßner, Sabine  
04416 Markkleeberg
- 04.10. Dr. med. Gieseler, Bernd  
01738 Dorfhain
- 06.10. Dr. med. Seidel, Wolfram  
04178 Leipzig
- 08.10. Dipl.-Med. Gläß, Matthias  
09112 Chemnitz
- 08.10. Dipl.-Med. Kroll, Ulrike  
08141 Reinsdorf
- 09.10. Ullrich, Walter  
06905 Bad Schmiedeberg
- 10.10. Dipl.-Med.  
Damaschke, Renate  
01109 Dresden
- 11.10. Dr. med. Merkel, Karl-Heinz  
01665 Klippenhausen
- 11.10. Dr. med. Riedel, Brigitte  
01217 Dresden
- 15.10. Dr. med. Beck, Marianne  
02763 Zittau
- 19.10. MUDr. Gavlik, Johann Marian  
01277 Dresden
- 20.10. Dr. med. Prokop, Andreas  
04683 Belgershain
- 21.10. Dr. med. Schütt, Siegrid  
07952 Pausa
- 21.10. Dipl.-Med.  
Vieweg, Heide-Marie  
09395 Hormersdorf
- 22.10. Dipl.-Med. Willing, Ursula  
04356 Leipzig
- 24.10. Dipl.-Med. Ollendorf, Maria  
04277 Leipzig
- 25.10. Dr. med. Beier, Brigitte  
08289 Schneeberg
- 26.10. Dipl.-Med. Kern, Johannes  
04316 Leipzig
- 26.10. Dr. med.  
Schütt, Hans-Joachim  
07952 Pausa
- 28.10. Dipl.-Med. Ringel, Gloria  
01855 Hinterhermsdorf
- 30.10. Dipl.-Med. Neumann, Ilona  
01814 Bad Schandau

### 65 Jahre

- 01.10. Dipl.-Med. Lippmann, Ursula  
04317 Leipzig

- 03.10. Krause, Gerlinde  
02826 Görlitz
- 08.10. Kleinert, Bernd  
09603 Großschirma
- 12.10. Dr. med. Nestler, Klaus  
08340 Schwarzenberg
- 12.10. Dipl.-Med. Walter, Annelie  
08393 Meerane
- 13.10. Dr. med. Börnicke, Volker  
01848 Hohnstein
- 13.10. Dipl.-Med. Reichelt, Ingrid  
01217 Dresden
- 14.10. Dipl.-Med. Junghof, Renate  
09127 Chemnitz
- 16.10. Dr. med. Schneider, Gunter  
09548 Kurort Seiffen
- 19.10. Dr. med. Göhler, Rainer  
01471 Großdittmannsdorf
- 21.10. Pleul, Sabine  
01309 Dresden
- 24.10. Zenker, Christfried  
02763 Zittau
- 26.10. Dr. med. Heiner, Reinhard  
04683 Naunhof
- 28.10. Dr. med. Kramer, Jens  
01217 Dresden
- 28.10. Dr. med. Sauer, Angelika  
04416 Markkleeberg
- 29.10. Dr. med.  
Scheibe, Johannes  
04349 Leipzig

### 70 Jahre

- 01.10. Dr. med. Schaps, Renate  
01326 Dresden
- 02.10. Dr. med. Köthe, Christine  
04177 Leipzig
- 02.10. Dr. med. Kraus, Klaus  
01917 Kamenz
- 02.10. Dipl.-Med.  
Plagemann, Ursula  
04347 Leipzig
- 03.10. Dr. med. Korda, Christian  
01589 Riesa
- 03.10. Dr. med. Schreiber, Gisela  
08468 Rotschau
- 05.10. Dr. med. Beier, Irmela  
09116 Chemnitz
- 07.10. Dr. med. Fetzer, Renate  
04316 Leipzig
- 08.10. Dressel, Annette  
01109 Dresden
- 08.10. Dr. med.  
Kretschmer, Eberhard  
09618 Brand-Erbisdorf
- 08.10. Dr. med. Tröger, Elke  
09131 Chemnitz
- 09.10. Dr. med. Klemm, Wolfgang  
01612 Glaubitz

- 10.10. Dr. med. Wycisk, Barbelies  
02627 Weißenberg
- 11.10. Busch, Ursula  
08523 Plauen
- 12.10. Dr. med. Rogler, Karin  
08523 Plauen
- 13.10. Dr. med.  
Bärwald-Kleinhenz, Brigitte  
08427 Fraureuth
- 13.10. Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Häntzschel, Uwe  
01814 Bad Schandau
- 14.10. Dr. med. Loge, Ingmar  
08523 Plauen
- 14.10. Dr. med. Lucas, Karin  
04158 Leipzig
- 16.10. Dr. med. Gräbner, Renate  
04668 Großbardau-  
Waldbardau
- 16.10. Dr. med. Selle, Jochen  
01326 Dresden
- 17.10. Dr. med. Büchner, Barbara  
01187 Dresden
- 17.10. Trenkler, Karin  
01917 Kamenz
- 18.10. Dr. med. Rupprecht, Werner  
09557 Flöha
- 19.10. Dr. med. Merten, Urte  
01326 Dresden
- 19.10. Dr. med.  
Reinschke, Gertrud  
01326 Dresden
- 19.10. Dr. med. Zienert, Bodo  
02977 Hoyerswerda
- 21.10. Dr. med.  
Dröbler, Frank-Jürgen  
08060 Zwickau
- 21.10. Dr. med. Meyer, Ulrike  
04357 Leipzig
- 22.10. Dr. med. Häusler, Ute  
04316 Leipzig
- 22.10. Dr. med. Pigors, Hannelore  
01217 Dresden
- 22.10. Dr. med. Vocke, Gertraud  
09633 Tuttendorf
- 23.10. Bauer, Margita  
09600 Hetzdorf
- 23.10. Dimmel, Maria  
08523 Plauen
- 23.10. Dr. med. Kreisel, Heiderose  
02826 Görlitz
- 24.10. Dr. med. Haufe, Lienhard  
08326 Sosa
- 26.10. Dr. med. Wilhelm, Gudrun  
01129 Dresden
- 27.10. MUDr. Pick, Inge  
08058 Zwickau
- 28.10. Dr. med. Donner, Jutta  
01587 Riesa



- 28.10. Dr. med. Teichert, Frank  
04425 Taucha
- 29.10. Dr. med. Bach, Ingrid  
01259 Dresden
- 29.10. Dr. med. Bretzke, Karin  
08064 Zwickau
- 29.10. Dr. med. Hoffmann, Helga  
04564 Böhlen
- 29.10. Dr. med. habil.  
Müller, Peter  
04229 Leipzig
- 30.10. Pfeifer, Armin  
01662 Meißen
- 31.10. Dr. med. Bubnick, Peter  
09127 Chemnitz
- 31.10. Schmiedel, Barbara  
08112 Wilkau-Haßlau
- 31.10. Teichert, Renate  
02943 Boxberg O.L.

**75 Jahre**

- 09.10. Dr. med. Böttger, Bettina  
08058 Zwickau
- 10.10. Dr. med. Zschiesche, Uta  
04207 Leipzig
- 11.10. Pfeifer, Erika  
08115 Lichtentanne
- 11.10. Dr. med. Pietsch, Klaus  
02943 Weißwasser
- 13.10. Jost, Heinrich  
04567 Kitzscher
- 17.10. Dr. med. Papke, Robert  
04249 Leipzig
- 18.10. Dr. med. Grübler, Christof  
01328 Dresden
- 18.10. Dr. med.  
Sawatzki, Rotraut  
01129 Dresden
- 19.10. Dr. med. Haase, Manfred  
04720 Döbeln
- 20.10. Dr. med. Scholz, Vera  
01307 Dresden
- 24.10. Dr. med.  
Rebentisch, Johannes  
08547 Jöbnitz
- 26.10. Dr. med. Wegner, Ernst  
02827 Görlitz
- 29.10. Dr. med. Bauer, Ingrid  
08248 Klingenthal
- 30.10. Dr. med. Martin, Helmut  
09221 Adorf
- 30.10. Dr. med. Zielonka, Volker  
02625 Bautzen

**80 Jahre**

- 06.10. Dr. med. Grethe, Hanno  
09465 Sehmatal-Sehma
- 07.10. Nötzold, Heidi  
02977 Hoyerswerda

- 15.10. Dr. med. Pfefferkorn, Renate  
09228 Wittgensdorf  
b. Chemnitz
- 16.10. Dr. med. Bräuer, Ingrid  
04275 Leipzig
- 31.10. Dr. med. Schmidt, Alfred  
08349 Johanngeorgenstadt

**81 Jahre**

- 07.10. Dr. med. Riemer, Gert  
04158 Leipzig
- 09.10. Dr. med.  
Schöneich, Annemarie  
01326 Dresden
- 14.10. Dr. med. Uhlmann, Christa  
01309 Dresden
- 23.10. Dr. med. Kirmse, Hans  
08349 Erlabrunn
- 23.10. Dr. med. Wendler, Gottfried  
08485 Lengenfeld
- 31.10. Dr. med. Hiltner, Regina  
04416 Markkleeberg

**82 Jahre**

- 14.10. Dr. med. Resky, Ursula  
04103 Leipzig
- 23.10. Dr. med. Kupsch, Dieter  
01219 Dresden

**83 Jahre**

- 24.10. Dr. med. Bechmann, Gerda  
04275 Leipzig

**84 Jahre**

- 19.10. Dr. med. Zocher, Erwin  
04509 Delitzsch
- 21.10. Dr. med. Schmidt, Lothar  
04442 Zwenkau
- 24.10. Junker, Eleonore  
04416 Markkleeberg

**85 Jahre**

- 01.10. Wiehe, Barbara  
09430 Drebach
- 03.10. Jurisch, Else  
02763 Zittau
- 11.10. Dr. med. Baudrexl, Alfred  
01445 Radebeul
- 26.10. Donev, Dimitär  
02943 Weißwasser
- 29.10. Dr. med. Leue, Johanna  
02929 Rothenburg

**86 Jahre**

- 08.10. Dr. med. Walther, Gerhard  
08209 Auerbach
- 18.10. Dr. med.  
Bredow, Hans-Joachim  
04880 Dommitzsch

- 21.10. Dr. med. Otto, Elisabeth  
04316 Leipzig
- 21.10. Dr. med. Zieboltz, Anita  
04155 Leipzig
- 22.10. Dr. med.  
Schumann, Alexander  
08396 Oberwiera
- 24.10. Dr. med. Mayerhofer, Sigrid  
04178 Leipzig
- 26.10. Dr. med. Haustein, Hasso  
09465 Sehmatal OTNeudorf

**88 Jahre**

- 07.10. Dr. med.  
Starzinski, Hans-Joachim  
04155 Leipzig
- 18.10. Dr. med. Huth, Christa  
04229 Leipzig

**89 Jahre**

- 04.10. Prof. em. Dr. med. habil.  
Ludewig, Reinhard  
04357 Leipzig
- 20.10. Dr. med. Schieck, Ilse  
04277 Leipzig

**90 Jahre**

- 22.10. Doz. Dr. med. habil.  
Trautmann, Ilse  
04109 Leipzig

**91 Jahre**

- 13.10. Prof. Dr. med. habil.  
Schlegel, Lotte  
04539 Groitzsch

**92 Jahre**

- 09.10. Dr. med.  
Berndt, Klaus-Dietrich  
09117 Chemnitz
- 23.10. Dr. med. Klötzer, Editha  
08062 Zwickau

---

Wünsche, im Geburtstagskalender nicht aufgeführt zu werden, teilen Sie bitte der Redaktion des „Ärztblatt Sachsen“ unter der Telefon-Nr.: 0351 8267161 oder per E-Mail: redaktion@slaek.de mit.

## Dr. Daniel Gottlob Moritz Schreiber

### Neue Aspekte einer orthopädiehistorischen Aufarbeitung

#### Zusammenfassung

#### Hintergrund

Bis heute gibt es keine medizinhistorisch adäquate Einordnung des Leipziger Arztes und Orthopäden Moritz Schreiber (1808 bis 1861). Die einzige, ausschließlich ihm gewidmete medizinische Dissertation stammt von 1936; kleinere Beiträge neueren Datums sind so gut wie immer mit biografischen und sachlichen Überlieferungsfehlern durchsetzt.

#### Material und Methoden

Die vorliegende Arbeit ist das Ergebnis einer umfassenden Quellenrecherche und Analyse der Originalite-

ratur Schreibers, der zeitgenössischen Fachliteratur, der Sekundärliteratur und einer Vor-Ort-Recherche in verschiedensten Archiven und Museen.

#### Ergebnisse

Als Orthopäde einer Epoche, in der Asepsis und Narkose noch nicht etabliert waren, hielt Schreiber im Gegensatz zu einigen Zeitgenossen „blutige“ Therapiemethoden für unvertretbar. Deshalb, aber auch angesichts begrenzter Erfolgsaussichten konservativer, einschließlich heilgymnastischer Verfahren auf der anderen Seite, betonte und propagierte er die Wichtigkeit der Prävention umso nachdrücklicher. Mit ärztlicher Autorität versuchte er Eltern, Lehrer und Erzieher in die Umsetzung dieser Überlegungen einzubinden. Um die Erhaltung der Gesundheit von Kindern zu fundamentieren, forderte Schreiber sogar, Universitäten müssten ein Studium der Pädagogik einführen und darin auch anatomische und physiologische Hintergründe vermitteln – und hob sein ärztliches Credo, Vorbeugen sei besser als Heilen, damit bis auf eine gesellschaftspolitische Ebene.

#### Schlussfolgerung

Medizinhistorische Arbeiten, die sich vorwiegend an Sekundär- bzw. sogar Tertiärliteratur orientieren, können nicht als verlässlich gelten. Auch die vorliegende Aufarbeitung offenbarte unzählige Diskrepanzen zwischen gängigen Überlieferungen und Aussagen der Originaldokumente. Moritz Schreiber verdient eine ernsthaftere fachliche Würdigung als ihm bislang zugestanden wird. Seine Beschäftigung mit Erziehungsfragen darf keineswegs als nicht-medizinisch abgetan werden.

#### Schlüsselwörter

**Schreiber, Biografie, Orthopädiegeschichte, Heilgymnastik, Pädagogik**

#### Einleitung

Moritz Schreiber, der bis heute als vermeintlicher Gründer der Schreiberärten wahrgenommen wird, wirkte von 1844 bis 1861 als Orthopäde in Leipzig (Abb. 1). Sein bleibender Ein-

fluss auf die Entwicklung der Fachrichtung gilt zu Recht als gering. Jedoch stellen seine heilgymnastischen Ideen den Versuch dar, die Möglichkeiten der konservativen Orthopädie auszuschöpfen und beispielsweise auf die Behandlung internistischer Leiden auszuweiten. Darüber hinaus beschäftigte sich Schreiber sehr intensiv mit Prävention und Erziehungsthemen.

#### Schreiber in der Literatur

Die Frage nach dem medizinhistorischen Stellenwert des Leipziger Orthopäden Schreiber wird sehr unterschiedlich beantwortet. Immer wieder werden die spektakulären Vorwürfe des Psychoanalytikers William Niederland zitiert, Schreiber habe seine eigenen Kinder mit „Kopfeinschnürungsmaschinen“ und „Geradhaltern“ gequält [1] – obgleich diese Vorwürfe bereits in den 1980er Jahren durch Han Israëls überzeugend entkräftet [2] und schließlich von Gerhard Busse widerlegt wurden: *„Man riß Zitatstellen bei Freud aus dem Zusammenhang, um ihn zum Kronzeugen der eigenen – gegensätzlichen – Aussagen zu machen, zitierte falsch – und gleichzeitig unsauber –, um der Nachprüfbarkeit zu entgehen [...] und scheute selbst nicht davor zurück, Material zu fingieren, um die eigenen Thesen zu stützen.“* [3] Wenig glaubhaft zeigen sich jene Biografen, die Schreiber-Vereinen nahestanden und Schreiber zwangsläufig sehr idealisiert darstellten, was insbesondere dann peinlich wirkt, wenn dies in der Folge sogar auf die Schreibung der Medizingeschichte übergreift: *„Sein [Schreibers] Körper war [...] von so vollendeter Schönheit, daß er für alle Illustrationen seines ‚Pangymnastikon‘ das Modell abgeben konnte [...] Die Ehe war so glücklich [usw.] Die Familie Schreiber war so abgehärtet [usw.]“* [4] Auch stellt sich bei etwas genauerer Betrachtung heraus, dass Schreiber das von vielen Autoren gebrauchte Prädikat, Gründer der deutschen Heilgymnastik zu sein, zu Unrecht trägt. Schon vor seiner Zeit wurden allgemeine therapeutische Leibesübungen als „Medizinische Gymnas-

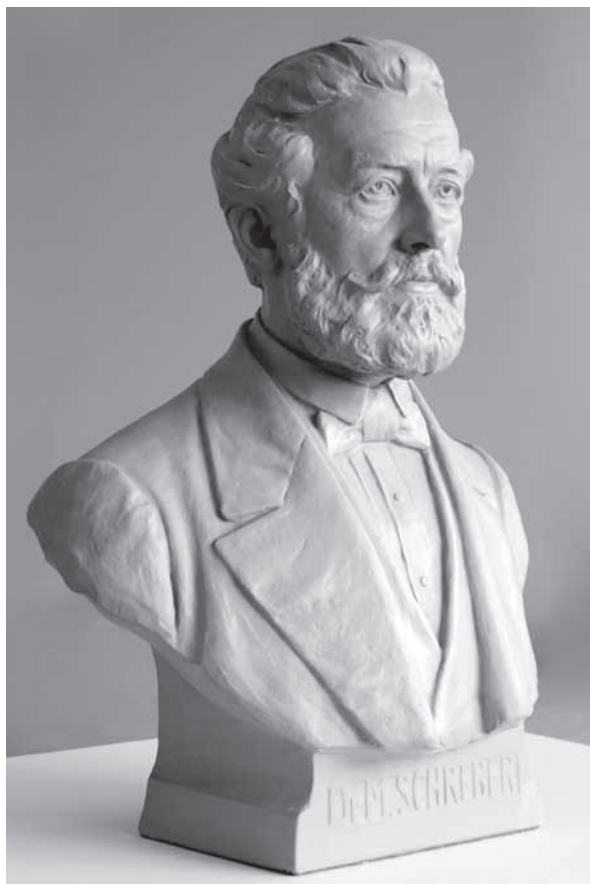


Abbildung 1: Über 40 Jahre nach Schreibers Tod ließ der Schreiberverein Leipzig-Nord vom Bildhauer Professor Adolf Lehnert diese 63 cm hohe Büste nach Fotografien und Zeichnungen anfertigen. Sie befindet sich heute im Magazin des Stadtgeschichtlichen Museums Leipzig. (Foto: Burkhard Kirchberg, mit freundlicher Genehmigung des Stadtgeschichtlichen Museums Leipzig).

tik“ bezeichnet, und speziell orthopädische Gymnastik wurde zum Beispiel von Heimann-Wolff Berend, einem in Berlin praktizierenden Orthopäden, Jahre vor Schreiber angewandt. [5]

Noch 1936 lobte man Schreiber in der Münchner Medizinischen Wochenschrift für eine angeblich von ihm erfundene „Vorrichtung gegen seitliche Rückgratsverkrümmung, die sich noch jetzt bewährt“ [6]. Der professionelle Hintergrund des Autors ist im Leipziger Adressbuch zu erfahren: Oberlehrer. [7]

Dennoch muss es Gründe für die große Verehrung geben, die Schreiber noch weit über seinen Tod hinaus zuteil wurde. Bekanntlich nannten sich Vereine, die sich das Wohl von Kindern auf die Fahnen geschrieben hatten, nach Schreiber und gründeten Kleingartenanlagen mit einem charakteristisch zentralen Kinderspielplatz. Zuerst in Leipzig, dann deutschlandweit – die Schreiber-Bewegung.

### Biografie und neue Aspekte

Daniel Gottlob Moritz Schreiber wurde am 15. Oktober 1808 in Leipzig geboren. Die bis heute von den meisten Autoren gewählte Schreibweise „Gottlieb“, geht auf das allgemeine Abschreibverhalten seit einem Druckfehler in Schreibers wichtigem Werk „Kinesiatrik“ zurück. Dass sie nicht korrekt ist, zeigt der entsprechende Eintrag im Taufbuch der Nikolaikirche zu Leipzig (Abb. 2). [8] Nach dem Besuch der hiesigen Bürger- und später der Thomasschule studierte er ab 1826 in Leipzig Medizin. Die Note seines Abschlussexamens „cens. I“ von 1831 ist im Examensbuch der Universität nicht zufällig unter der besonderen Rubrik „Pro Licentia“ zu finden [9]. Es wurde aber noch nie hinterfragt. Offensichtlich hatte Schreiber eine schwerere Prüfungsvariante gewählt, um sich damit den Weg zur Lehrtätigkeit zu eröffnen. Mit seiner Promotion über „Wirkung und Anwendung des Brechweinsteins bei Entzündungen der Atemwege“ 1833 [10], an deren Verteidigung sich noch eine Probevorlesung angeschlossen haben dürfte, erhielt Schreiber nach damali-

gem fakultätsinternem Recht [11] das Lizentiat, die Erlaubnis [zu lehren] – also seine Habilitation. Dass er speziell für Innere Medizin und Kinderheilkunde habilitiert gewesen sei, wie oft behauptet, beruht auf Mutmaßung und kann nicht bestätigt werden.

Im Wintersemester 1833 führte ihn das Vorlesungsverzeichnis erstmals auf. [29] Bezüglich dieser Jahreszahl irrten bisher alle Schreiber-Autoren. Aus der falschen Datierung seiner ersten Vorlesungen auf 1836 ergaben sich Spekulationen, was seine Biografie zwischen 1833 und 1835 wohl zu verschweigen hätte.

Ab September 1835 wurde Schreiber für einige Monate Reisezarzt eines russischen Adligen. [2,13] Von dieser Unterbrechung abgesehen, hielt er bis 1845 regelmäßig Vorlesungen. Er referierte zu den verschiedensten Themen, unter Anderem über Diätetik, also Lebensregeln im gesunden und kranken Zustand, über Praktische Medizin und über „Pädiatrik mit klinischen Uebungen in den Wohnungen der Kranken verbunden“. Die Orthopädie klingt nur in einer einzigen Ankündigung an, und zwar in seiner letzten „Ueber medicinische Gymnastik“. [12] Dass seine späte Motivation, sich diesem Fach zuzuwenden, offenbar eine Notlösung ist, ist noch nie deutlich ausgesprochen worden. Die Umstände sind recht banal. Bis 1843 hatte Schreiber vier Bücher veröffentlicht. 1839 das populärwissenschaftliche „Buch der Gesundheit“ [11], im folgenden Jahr eine Arzneimittel-Auflistung mit Dosierungsempfehlungen [15], 1842 seine Auseinandersetzung mit der Kaltwasserheilmethode [16] und schließlich eine Schrift über das Turnen als Staatsangelegenheit – „der hohen Ständeversammlung des Königreiches Sachsen ehrerbietigst gewidmet vom Verfasser“ [17]. Keines davon stieß in den Kreisen, an die es gerichtet war, auf nachhaltige Resonanz. Auch sein Bemühen um gesundheitspolitischen Einfluss wurde kaum zur Kenntnis genommen und sein Antrag auf eine außerordentliche Professur wurde 1843 endgültig abgelehnt. [13]

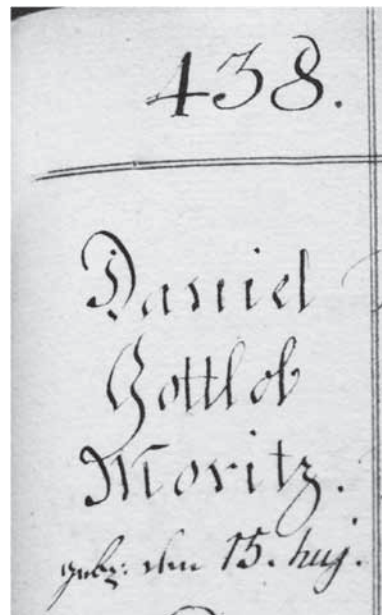


Abbildung 2: Schreibers Taufbucheintrag [28] belegt die korrekte Schreibweise seines Namens: „Daniel Gottlob Moritz, geb. den 15. huj. [= des derzeitigen Monats (Oktober)]“. (Foto Burkhard Kirchberg mit freundlicher Genehmigung der Kirchgemeinde St. Nikolai zu Leipzig).

Die enttäuschten Erwartungen fallen zeitlich mit der Vakanz der privaten orthopädischen Heilanstalt von Ernst August Carus – er ist der Cousin von Carl Gustav Carus aus Dresden – zusammen. Carus erhält einen Ruf nach Dorpat [19]. Schreiber sucht in der Übernahme der Heilanstalt einen beruflichen Ausweg und kommt so eher notgedrungen als zielgerichtet zur Orthopädie, die zu jener Zeit ihre Entwicklungsrichtung noch nicht festgelegt hatte.

Neben der Chance, hier Pionierarbeit zu leisten, ein doppeltes Wagnis. Die Heilanstalt war von Carus nur nebenbei geführt worden und galt medizinisch als unbedeutend. [18] Schreiber seinerseits dürfte keine nennenswerten orthopädischen Erfahrungen besessen haben, denn weder für sein Studium, noch für die 12 Jahre, die seitdem vergangen waren, ist eine Beschäftigung mit der Orthopädie nachweisbar.

Umso intensiver setzt er sich nun mit dem Fach auseinander, reist nach Paris, in das Zentrum der damaligen Orthopädie, wo neben redressiven Methoden längst auch Gymnastik und seit 1816 sogar Tenon- und Myotomien zur Behandlung von Ver-

krümmungen einsetzt wurden [20] – allerdings zu diesem Zeitpunkt noch ohne Narkose und Asepsis.

Vor diesem Hintergrund ist Schrebers kategorische Ablehnung operativer Methoden in diesem Fach verständlich. Sein Zeitgenosse Berend relativiert seine anfängliche Euphorie gegenüber operativen Methoden bald [5], Johann Friedrich Dieffenbach führt hunderte solcher Eingriffe durch – ein einziges Mal auch bei einer Skoliose und hält die Therapie der Skoliose seitdem für eine Aufgabe der unblutigen Orthopädie. [21]

1844 wird Schreber „Vorsteher der orthopädischen Heilanstalt zu Leipzig“ [6] und entwickelt eine Reihe von Aktivitäten. Sein Buch „Die Verhütung der Rückgratsverkrümmungen“ von 1846 enthält eine bemerkenswerte Klassifikation von Ursachen der Skoliose und die jeweilige Zuordnung präventiver Ratschläge: z.B. die Wahl eines gesunden Ehepartners zur Vermeidung einer erblichen Form, oder altersentsprechende Nahrung, sowie Bewegung und Sonnenlicht gegen Krankheiten von Knochen, Bändern und Muskeln. [22]

Dass Vorbeugen besser denn Heilen sei, wird zu Schrebers Maxime.

In dieser Periode ist er auch außerberuflich sehr aktiv. Er gründet mit Carl Ernst Bock und Karl Biedermann den Leipziger Turnverein, wird dessen Vorsitzender, ist Stadtverordneter und später Kommunalgardist. [2]

1847 verlegt Schreber seine Heilanstalt in ein für damalige Verhältnisse riesiges Gebäude, das er etwas außerhalb der Stadt hat bauen lassen. Es verfügt über alle zeitgemäßen Annehmlichkeiten und endlich auch über einen Turnsaal. Fortan ist Schrebers Heilanstalt eine „Orthopädisch-gymnastische“, und dort entwickelt der begeisterte Turner Schreber seine Kinesiatrik, deren Erklärungsmodell er 1852 im gleichnamigen Buch vorstellt. Die hier geführte zweite literarische Auseinandersetzung mit Skoliosen nimmt aber nur knapp 18 Seiten ein, und kaum nachvollziehbar ist seine einzige konkrete Beschreibung einer Therapie. Er nennt vor allem andere Erfolge die-

ser Methode: So will er „*periodisches Asthma*“, „*eine aus rheumatischer Ursache entstandene halbseitige Lähmung*“, „*Veitstanz*“ und „*Epilepsie*“ geheilt haben. [23]

Diese Phase endet jäh: „*Schreber erlitt 1851 bei Ausübung seines Berufes eine Verletzung und wurde seitdem nie wieder ganz gesund. Dadurch wurde er genöthigt [sic], seine Thätigkeit [sic] für die Anstalt [...] einzuschränken.*“ – schreibt sein Nachfolger Schildbach. [24] Andere Autoren wollen von einer Leiter wissen, die Schreber auf den Kopf fiel. Möglicherweise beginnen hier aber auch (wieder) Episoden einer schweren endogenen Psychose mit Depressionen. Dafür sprechen einige Indizien. Bei dem in der Ich-Form verfassten „*Geständniss eines wahnsinnig Gewesenen*“ im „*Buch der Gesundheit*“ [14] könnte es sich um die Schilderung einer früheren Episode seiner Krankheit handeln. Auch Schrebers Vater scheint depressiv gewesen zu sein. [2] Sohn Paul verbrachte Jahrzehnte wegen Suizidversuchen und Schizophrenie in psychiatrischen Anstalten. In seiner Patientenakte ist vermerkt: „*Erblichkeit: Der Vater [Moritz Schreber] [...] litt an Zwangsvorstellungen mit Mordtrieb. [...] 1 Schwester hysterisch. 1 Bruder paralytisch, starb durch Suicid.*“ [25] Einen endgültigen Beweis kann es zum einen nicht geben; zum anderen würde es zu keiner anderen Einschätzung seines Lebenswerkes führen.

Schreber, der sich inzwischen aus allen öffentlichen Ämtern zurückgezogen hat und auch seine praktische Tätigkeit einschränkt, veröffentlicht noch drei weitere orthopädische Bücher. 1853 eines über schädliche Körperhaltungen bei Kindern [26], 1855 jenes Buch, was ihn berühmt macht, und das dutzende Auflagen mit ca. 300.000 Exemplaren [2] erlebte und in seiner Art immer wieder nachgeahmt wurde: „*Aerztliche Zimmergymnastik*“. Dort stellt er 45 mit Abbildungen versehene Bewegungsübungen vor, und mit ihnen Therapieschemata, die bei Kopf- und Brustschmerzen, Hämorrhoidalbeschwerden, Asthma, Verstopfung

usw. helfen bzw. gegen Nervenschwäche, Blutarmut und Scrophelkrankheit vorbeugen sollen. [19] Schließlich gibt es noch einen 1858 in Buchform veröffentlichten Briefwechsel Schrebers mit einem aus Berlin stammenden Vertreter der Schwedischen Heilgymnastik. [27]

Doch damit hatten sich Schrebers orthopädische Ideen erschöpft, und er zeigen sich hier schon viele Wiederholungen. Ein Kinnband gegen Progenie, ein Schulterhalter und Schulterriemen zur Verhütung einer Skoliose, die er bereits fünf Jahre zuvor abgebildet und erklärt hatte [26], tauchen 1858 in einem Buch erneut auf, das in erster Linie als Erziehungsratgeber verstanden werden darf. [28] Dies wurde später fehl gedeutet und gegen ihn verwendet. Schreber habe mit solchen Werkzeugen Kinder bis zur vollkommenen Ergebenheit gezüchtigt. [1] Doch jene „*Kallipädie – oder die Erziehung zur Schönheit*“ zeigt sich für den Leser geprägt vom unmissverständlichen Grundtenor, dass im Mittelpunkt aller Bemühungen das Glück des Kindes zu stehen habe, und dass Liebe, Güte und Strenge die Grundpfeiler bilden müssten.

Schreber veröffentlicht weitere Bücher – am Ende werden es insgesamt 17 sein. Er mahnt sein nichtmedizinisches Publikum unentwegt und mit ärztlichem Nachdruck zu einer gesundheitsbewussten Lebensweise: Wenn Vorbeugen besser als Heilen ist, muss dies bereits in Haus und Schule geschehen.

Das 49-seitige Büchlein „*Ueber Volkserziehung*“ von 1860 ist das bildungspolitische Manifest des Arztes. Dort hebt er diesen Grundsatz auf die höchste Ebene: „*Was von materiellen Kräften auf die Volkserziehung verwendet wird, ist nur scheinbarer Aufwand [...] Denn sie [...] verringert in entsprechend umgekehrtem Verhältnisse die Summen, welche auf öffentliche Unterstützungs- und Versorgungsanstalten, [...] auf Kranken- und Irrenanstalten, [...] auf Polizei- und Strafanstalten [...] verwendet werden müssen. [...] Es heisst am verkehrten Ende anfangen, wenn man die Grundübel des Familien- und öffentlichen Lebens grosswach-*



sen lässt, um sie nachher durch Aufbietung aller Kräfte zu bekämpfen.“ [29]

In daraus abgeleiteter Konsequenz begründet Schreber zu einer Zeit, in der noch auf keiner Universität ein eigener Lehrstuhl dafür existiert, warum es ein spezielles Studium der Pädagogik geben müsse: „Die hochwichtige Pädagogik [...] wird sich erst dann zur Wissenschaft erheben, wenn die Fragmente der jetzigen Pädagogik auf die Grundlage der Anatomie, Physiologie, Hygiene [sic] und der exacten (nicht leer-speculativen) [sic] Psychologie des kindlichen Lebens in seinen verschiedenen Entwicklungsstufen [sic] gebaut, rationell geläutert und zu einem den Gesetzen der körperlichen und geistigen Natur genau entsprechenden Systeme zusammengefügt sind [...] Die Errichtung eigener Lehrstühle der Pädagogik ist also ein wichtiges desiderat unserer heutigen Universitäten.“ [29] Eine Würdigung dafür blieb Schreber in der Geschichte der Pädagogik versagt, wie auch eine vorurteilsfreie Bewertung seines

Lebenswerks bislang an Missverständnissen scheitert.

Zu den gängigen Fehlinterpretationen gehört auch die Lesart, aus Schrebers privater Heilanstalt sei die Leipziger Orthopädische Universitätsklinik hervorgegangen. Schrebers Nachfolger hat 1875 tatsächlich die erste orthopädische Universitätspoliklinik Deutschlands eröffnet und die erste Professur für dieses Fach erhalten. Jener Carl Hermann Schildbach führte die ehemals Schreber'sche Heilanstalt jedoch parallel dazu und unabhängig weiter, um seinen Lebensunterhalt bestreiten zu können. Ihm folgten dort noch Edu[ard?] Münzel, Max Dolega und bis weit ins nächste Jahrhundert Martin Müller. [7] Keiner dieser Nachfolger hat versäumt zu proklamieren, diese Heilanstalt in Schrebers Tradition und Geiste weiterzuführen.

Schreber starb 1861 unerwartet an einem Darmdurchbruch. [2] Man beerdigte ihn auf dem Alten Johannisfriedhof zu Leipzig im Erbbegräbnis seiner Schwiegereltern Wenck und Haase. Im Zusammenhang mit dem Selbstmord seines Sohnes Gus-

tav 1877 kaufte Schrebers Witwe Pauline ein eigenes Erbbegräbnis auf dem Neuen Johannisfriedhof und ließ ihren Mann hierhin umbetten, wo der Grabstein bis in die 1970er Jahre zu finden war. [29] Daran erinnert im heutigen Friedenspark nichts mehr.

### Fazit

Schrebers orthopädische Tätigkeit mag nur regional von Bedeutung sein – medizinhistorisch bedeutsam ist dagegen sein stetes Bemühen, den ärztlichen Grundsatz, dass Vorbeugen besser als Heilen sei, in das Bewusstsein einer breiten Öffentlichkeit zu bringen. Selbst seine vermeintlichen Erziehungsratgeber schrieb er in dieser Absicht. Eine solche Denkweise stellt einen überaus modernen Ansatz dar und weist weit über damalige orthopädische Strategien hinaus.

Literatur bei den Verfassern

Anschrift der Verfasser:  
Dr. med. Burkhard Kirchberg  
Prof. Dr. med. Christoph-Eckhard Heyde  
Universitätsklinikum Leipzig  
Orthopädische Klinik und Poliklinik  
Liebigstraße 20a, 04103 Leipzig

## Von Adam bis Zielonka

Eine Sonderausstellung unter dem Motto „Von Adam bis Zielonka – Die Kunstsammlung der Sächsischen Landesärztekammer. 15 Jahre Ausstellungen“ wird am

**18. Oktober 2012, 19.30 Uhr, im Kammergebäude, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, eröffnet.**



Ausschnitt Titelbild Bestandskatalog

Gezeigt wird eine repräsentative Auswahl aus der Kunstsammlung der Sächsischen Landesärztekammer.

Die Ausstellung ist bis zum 25. November 2012 zu sehen. Zur Jubiläumsschau liegt ein im Dresdner Sandstein Verlag erschienener Bestandskatalog vor.

Dr. sc. phil. Ingrid Koch

## Konzerte und Ausstellungen

### Sächsische Landesärztekammer

#### Konzerte

#### Festsaal

Sonntag, 7. Oktober 2012

11.00 Uhr – Junge Matinee

„Frisch aufgespielt“

Schüler aus der Landes-Begabtenförderung stellen sich vor

Es musizieren Schülerinnen und Schüler der Musikschule des Landkreises Meißen. Im Anschluss an das Konzert wird ein Lunchbuffett „Herbstlich – Köstlich – Gut“ angeboten. Um Reservierung wird gebeten unter der Telefonnummer: 0351 8267110, Frau Arnold.

Sonntag, 4. November 2012

11.00 Uhr – Junge Matinee

Claude Debussy – Aufbruch in die Moderne/Teil I

### Sonderausstellung –

#### Foyer und 4. Etage

„Von Adam bis Zielonka – Kunstsammlung der Sächsischen Landesärztekammer.

15 Jahre Ausstellungen“

18. Oktober 2012, 19.30 Uhr



## Göttlich schön und behaglich!

**Vor 101 Jahren schrieb Sigmund Freud sein provokantes Buch „Totem und Tabu“.**

Familie Freud hat ein Problem. Der Ahnherr der Psychoanalyse offenbart in einem Brief an seinen Freund C. G. Jung: „Der Sommer ist für uns eines jener Probleme, die durch keine Lösung zu erledigen sind.“ Für den Gelehrten, dessen Tagesablauf in Wien von morgens 7.00 Uhr bis nachts 1.00 Uhr minutiös verplant ist, muss auch der Urlaub mit größtem Ernst und bis ins Detail vorbereitet sein. Bereits Anfang des Jahres beginnt Freud mit den Planungen, um den idealen Aufenthaltsort oder die malerischste kleine Villa in den Alpen zu finden. Im Jahr 1911 fällt die Wahl auf den Ritten in Südtirol, und hier zwischen Klobenstein und Oberbozen wird er sein vielleicht letztes unbeschwertes Jahr verbringen. Und eines seiner genialsten und skurrilsten Werke verfassen, das bis heute für Kontroversen sorgt.

Die passende Anreise erfolgt mit der Rittnerbahn. Genauso wie vor 100 Jahren zuckeln die hölzernen Waggons der Elektrischen durch die blühenden Wiesen gemächlich den Hang hinauf. „Absteigen während der Fahrt verboten!“, ermahnt ein Emailleschild die Reisenden, und das ist bei diesem Tempo gar nicht so abwegig. Die Fahrgäste aber haben sich längst auf den Holzbänken eingerichtet und genießen den Blick auf die herrliche Bergwelt, die an ihnen vorüberzieht. Im Führerstand der Bahn ist es eng und man wird kräftig durchgerüttelt, während der Zug über die alten Schwellen rattert. Die Zeiger in den messingbeschlagenen Instrumenten geben zitternd Auskunft über Batteriestand und den Luftdruck der Bremsen. Bei jeder Kuh, die den Gleisen zu nahe kommt, betätigt der Fahrer per Fußtritt lautstark eine Glocke, die weithin zu hören ist. Der hektische Alltag bleibt im Tal zurück, die Reise in die Vergangenheit hat begonnen.



Wie in Freuds Zeiten: das Jugendstilhotel Holzner in Oberbozen.

© Glauert

Hier oben auf dem Ritten wurde die Sommerfrische erfunden. Seit dem 16. Jahrhundert flohen die wohlhabenden Bozener Bürger in den Sommermonaten aus dem glutheißen Kessel der Stadt hier herauf, wo es angenehm frisch und kühl war. Jedes Jahr am 29. Juni, dem Peter- und Paulstag, wurden Hausrat und ausreichend Wäsche in Truhen und Schachteln verstaut, die Kinder in geflochtene Tragkörbe gepackt und hier herauf gebracht. Während in Bozen zeitweise sogar die Malaria wütete, ließen sie es sich hoch über dem Treiben der Welt gut gehen. Daraus entwickelte sich ein regelrechter Kult, der bis heute gepflegt wird. Von „Peter und Paul“ bis „Mariä Geburt“ dauert die Periode der Sommerfrische, und wer kann, verbringt die Zeit auf diesem idyllischen Hochplateau. Die Dame bevorzugt dabei luftige Kleider und einen breitkrepmpigen Sommerhut, der vor der Sonne schützt und gleichzeitig ein diskretes Kokettieren mit den Augen erlaubt. Der bekennende männliche Sommerfrischler trägt einen Lodenmantel mit rotem Kragen, manche auch einen schwarzen Kragen, eine subtile soziale Symbolik, an der die Eingeweihten sich erkennen. Dieses elitäre Selbstverständnis hebt gleichzeitig alle anderen sozialen Schranken auf. Einen Sommer lang duzt der Pförtner seinen Konzernherren, ohne ihn vielleicht zu kennen. Der entspannte Kamerad, mit dem man bei Kaffee und Kasta-

nienkuchen lässig über das Wetter plaudert, erweist sich als Außenminister – na und?

Anfang August trifft Freud auf dem Ritten ein. Seine Frau und die sechs Kinder sind wie jedes Jahr voraus gefahren und erwarten die Ankunft des Familienoberhauptes mit Spannung. Freud kommt in Wien mit seinen Kindern nur zu den Essenszeiten und sonntags stundenweise zusammen. „Seine Anstrengung zur Selbstbeherrschung im Dienste konzentrierter Arbeit zwingt ihn zu einem präzisen Zeitplan“, erklärt sein Biograf feierlich. Neffe Ernst fasst es kürzer: „Er lebt nach der Uhr.“ Umso sehnsüchtiger werden die langen Sommerferien von der ganzen Familie erwartet, sind sie doch eine glückliche Gelegenheit, zusammen zu sein. „Seine Ankunft bildet den bedeutendsten Moment des Urlaubs“, schildert ein Freund der Familie. Es beginnen die Wanderungen, die Aufstiege, das Pilzesuchen, das Pflücken von Himbeeren und Blumen. Ein Foto aus der Zeit zeigt einen älteren Herrn mit weißem Vollbart. Hemd und Krawatte sitzen tadellos, darüber trägt er Lodenjacke, Lodenhosen und Lederstiefel bis zum Knie. Wanderstock und Filzhut weisen ihn als leidenschaftlichen Wanderer aus, nur in der linken Hand hält er die unvermeidliche Tabakpfeife, die ihm später zum gesundheitlichen Verhängnis wird. Heute würde man über eine solche Erscheinung lächeln,

diesen großbürgerlichen Waldschrat, damals aber war er eine Ehrfurchts-person. Auch für seine Kinder, und das macht selbst vor dem Pilzesuchen nicht Halt, wie die Schilderung seines Sohnes Martin verrät: „Sobald er ein prächtiges Exemplar, einen Steinpilz, gefunden hatte, stürzte er sich auf ihn, warf seinen Hut darauf und stieß mit seiner kleinen Silberpfeife, die er in seiner Westentasche trug und mit der er seine kleine „Truppe“ um sich versammelte, einen schrillen Pfiff aus. Auf dieses Zeichen hin liefen wir alle zusammen, und erst wenn unsere Aufregung am größten war, entfernte mein Vater den Hut und erlaubte uns, die Beute zu prüfen und zu bewundern.“

Der disziplinierte Gelehrte mit dem engen Zeitkorsett findet in diesen Tagen offensichtlich Entspannung und Ruhe. Seinem Freund C. G. Jung schreibt er: „Hier auf dem Ritten ist es göttlich schön und behaglich. Ich habe eine unerschöpfliche Lust zum Nichtstun bei mir entdeckt.“ Aber auch im Urlaub kann der Denker nicht ganz abschalten. Mit Blick auf die zahlreichen Kapellen, Kirchen und Kruzifixe am Weg bemerkt Freud: „Die Frequenz der Herrgötter hier in Tirol, wo sie ja zahlreicher sind als bis vor kurzem die Herren Pilger, hat mich zu religionspsychologischen Studien beeinflusst.“ Und weiter: „Ich habe sonderbare unheimliche Dinge aufgewühlt und werde beinahe verpflichtet sein, mit Ihnen nicht darüber zu reden.“ Die

vielversprechende Andeutung und gleichzeitige Geheimnistuerei ist heute ein geläufiger Werbetrick der Unterhaltungsindustrie. Damals aber sprachen vielleicht wirklich Unsicherheit und Skrupel daraus. Freud war sich bewusst über die Verwegenheit seiner Theorien. Und über deren mögliche Auswirkungen: „Nach der Publikation werde ich wohl nicht wieder in Tirol eingelassen werden“, befürchtete er.

Im Hotel Holzner hat sich seit den Zeiten Freuds kaum etwas verändert, hier lässt sich das Fin de Siècle hautnah erleben. Direkt an der Haltestelle der Rittnerbahn in Oberbozen gelegen, erweist es sich als regelrechte Schatztruhe. Beim Eintreten könnte man glauben, man sei in einen alten Film geraten. Die großen, herrschaftlichen Räume sind in reinem Jugendstil eingerichtet. Holzdiele knarren unter den Füßen, im Aufenthaltsraum aber werden die Schritte durch schwere Teppiche gedämpft. Der Speisesaal ist komplett mit klassischen Thonet-Stühlen ausgestattet, die Tische sind ganz selbstverständlich mit altem Silberbesteck und Kristallkaraffen gedeckt. Messinglampen im reinen Art Deco verbreiten ihr warmes Licht, überall tun sich gemütliche Sitzcken auf, in denen abends stille Leser sitzen oder Gäste beim Drink angeregt plaudern. Das ganze Ambiente atmet den Geist der „guten alten Zeit“ vor dem Ersten Weltkrieg, bevor in Europa die Lichter ausgingen. Damals war die



Künstler haben vor dem Bahnhof in Klobenstein die Installation „Totem und Tabu“ zur Erinnerung an den Aufenthaltes Freuds aufgestellt. © Glauert

große Welt hier zu Gast, unter anderem eben auch Sigmund Freud. „Der Tagespreis für einen Gast entsprach damals dem Monatslohn eines Facharbeiters“, erzählt Hans Holzner, der Enkel des Hotelgründers. Das hat sich zum Glück geändert, das Ambiente aber kaum. Dabei ist das Hotel alles andere als ein Museum, dafür sorgen schon die Gäste und vor allem die Kinder, die ungehindert durch die Flure stürmen dürfen. Angst um das wertvolle Mobiliar haben die Holzners nicht, „je mehr man verbietet, umso eher geht etwas zu Bruch“, ist die Philosophie des Besitzers. So ist das Haus jung geblieben. Zum Garten hin ist ein moderner Saunabereich entstanden, von hier aus kann man in den eleganten Pool aus heimischem Porphyrstein hinausschwimmen. Wäh-



Die geheimnisvollen Erdpyramiden.

© Glauert



rend man sich lässig treiben lässt, eröffnet sich ein herrlicher Ausblick auf die Dolomiten, der schneebedeckte Rosengarten leuchtet in der Abendsonne. Am gemütlichsten klingt der Abend im Leseraum aus. In einem dieser schweren Ledersessel im warmen Licht der Stehlampe mag Freud gegessen haben, als er seine Abhandlung „Totem und Tabu“ entwarf.

Freud glaubte, den Ursprung der Religion entdeckt zu haben. Die Störungen im Seelenleben seiner Patienten sind für ihn Spuren, die ihn detektivisch zu den Wurzeln jeglicher Religion führen. Dieser gewagte „Versuch von meiner Seite, Gesichtspunkte und Ergebnisse der Psychoanalyse auf ungeklärte Probleme der Völkerpsychologie anzuwenden“, beinhaltet Gedankengänge, die man als genial oder als absurd betrachten kann – auf jeden Fall sind sie es wert, erwähnt zu werden. Kurz zusammengefasst, geht es darum: bei den primitiven Völkern Melanesiens gibt es ein sogenanntes Totemtier, das an bestimmten religiösen Feiertagen verehrt, getötet und verzehrt wird. Freud ist der Auffassung, dass dieses Ritual aus unbewusster Erinnerung an ein Urverbrechen in grauer Vorzeit geschieht. Damals habe die



Zu Ehren des berühmten Gastes wurde die Freud-Promenade benannt.

Urhorde ihren Vater, einen Tyrann und unumschränkten Herrscher, getötet und dann verzehrt. Danach aber sei sie von Schuldgefühlen überfallen worden. Zur Sühne und um die Wiederholung eines solchen Verbrechens zu verhindern, habe die Brüderhorde das Tabu des Vätermordes und des Inzests geschaffen. Der Totem sei nichts anderes als „die erste Form des Väterersatzes, der Gott aber eine spätere, in welcher der Vater seine menschliche Gestalt wiedergewonnen“. Die Einführung väterlicher Gottheiten geschah also, damit die Söhne ihnen gegenüber die Schuld des Urvätermordes verbüßen konnten. Die seelischen Anlagen und die Erinnerungen der primitiven Gemeinschaft hätten sich in den Unbewussten bis heute erhalten. Die

Beziehung zum Vater und der Ödipuskomplex sind nach Freud der Ursprung der Religion und bilden gleichzeitig auch den Kern aller individueller Neurosen. Er nahm an, dass „die Zwangsvorstellung die Religion des Neurotikers ist, während die Religion die Zwangsneurose der Menschheit ist.“

Wie Freud selbst vorausgesehen hatte, riefen dermaßen provokante Deutungen in der Fachwelt ein tief gespaltenes Echo hervor. Der weltberühmte Anthropologe Claude Lévi-Strauss schrieb: „Was ‚Totem und Tabu‘... unannehmbar macht, ist die Unhaltbarkeit der Hypothese der Männerhorde und des Mords am Urvater.“ Ganz anders urteilte der Dichter Umberto Comisso: „Es ist ein auf die Ursprünge der Menschheit gerichtetes Lichtbündel; es ist der größte Schritt, der nach Darwin gemacht wurde.“



Am Wegesrand findet man Steinzeichen, die Wanderer mit Gespür für die mystische Atmosphäre des Rittens hinterlassen.

Die Südtiroler erteilten Freud nicht das von ihm gefürchtete Einreiseverbot, im Gegenteil widmeten sie ihrem berühmten Gast anlässlich seines 150. Geburtstages die „Freud-Promenade“ zwischen Oberbozen und Klobenstein. Alle zwei Jahre findet hier ein internationaler Psychoanalyse-Kongress statt. Am Bahnhof Klobenstein steht eine ebenso kunstfertige wie geistreiche Skulptur, die an das hier entstandene Werk „Totem und Tabu“ erinnert. Auf dem Ritten gibt es kein Problem für Freud.

Martin Glauert, Kassel