

Editorial	Der Wandel zum Guten?	368
Berufspolitik	Ärztebedarf für Sachsen bis 2030	369
	Bundeseinheitlicher Medikationsplan ab 10/2016	370
	CIRS-Fälle	373
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Vorab-Identifizierung elektronischer Heilberufsausweis	371
	Medizinische Flüchtlingsversorgung	372
	Fortbildung mal anders	374
	Medizin am Lebensende	374
	Aktuelle Fragen der Arzneitherapie	375
	Konzert und Ausstellungen	381
	8. Netzwerktreffen „Ärzte für Sachsen“	381
Medizinische Fachangestellte	Start in die Berufsausbildung	
	Medizinische Fachangestellte	376
Tagungsberichte	Schicksal oder Fehler	378
	Schnittmengen medizinischer und juristischer Tätigkeiten	379
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	380
Originalie	Die Wernicke-Enzephalopathie	382
Buchbesprechung	Time to Care	386
	Hieronymus Bosch. Das vollständige Werk	395
Verschiedenes	Opferhilfe und Opferschutz	386
Personalia	Nachruf für Dr. med. Waltraut Fritzsch	387
	Jubilare im Oktober 2016	388
Medizingeschichte	Prof. Dr. med. Dr. med. dent. h.c. Heinrich Braun	391
Feuilleton	Hopfen und Malz – Gott erhalt's	396
	Shakespeare als Mediziner (Nachdruck)	397
Beilage	Fortbildung in Sachsen – November 2016	



Medizinische Flüchtlingsversorgung
Seite 372



Die Wernicke-Enzephalopathie
Seite 382



Prof. Dr. med. Dr. med. dent. h.c.
Heinrich Braun
Seite 391

© Städtisches Klinikum Dresden-Neustadt
MRT-Aufnahme: Typische Signalveränderungen periaquäduktal

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

Der Wandel zum Guten?

Am Ende des aktiven Berufslebens stehend, sei es mir gestattet, kritisch über die medizinische Versorgung im Allgemeinen und über die Krankenhauslandschaft in Deutschland im Besonderen nachzudenken.

Die 70er und 80er Jahre des vorigen Jahrhunderts zeigten im Osten Deutschlands in allen Wirtschaftsbe-
reichen, und damit natürlich auch im Gesundheitssystem, eine Mangelwirtschaft, die mehr schlecht als recht verwaltet wurde. Der Beruf des Arztes war jedoch gesellschaftlich hoch geachtet und der Umgang zwischen Arzt und Patient war regelhaft, nicht konfliktbelastet.

Die räumliche und technische Ausstattung von ambulanten und stationären Bereichen war mangelhaft. Die hygienischen Zustände teilweise untragbar. Das pflegerische und ärztliche Personal versorgte trotz dieser miserablen Zustände die Patienten mit großem persönlichem Einsatz.

Nach der politischen Wende haben sich die äußeren Bedingungen in rasanter Weise verbessert. Unseren Patienten stehen modernste Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten zur Verfügung und im System arbeiten deutlich mehr Ärzte als je zuvor. Trotzdem gab es zu keiner Zeit so viel Kritik und so viel Unmut über die medizinische Versorgung, wie dies heute der Fall ist. Ich möchte hier nur beispielhaft an die erhebliche Kritik an der Verfügbarkeit niedergelassener Fachärzte erinnern. Der Arzt wird in einer nie dagewesenen Weise öffentlich kritisiert, ja teilweise angegriffen und diffamiert. Das Gesundheitssystem wird in den Medien bei Weitem nicht nur sachlich dargestellt. Sie prangern die zu hohen Zahlen bei wirbelsäulenchirurgischen und endoprothetischen Eingriffen an. Der Patient wird zum Kunden und der Arzt bietet seine „Waren“ an. Die Ärzteschaft wird wegen ihres Umgangs mit der Industrie erheblich kritisiert.

Das einzige Regulativ, und dies ist politisch so gewollt, ist das Geld.

Das Notarztsystem ist zunehmend überfordert. In ländlichen Bereichen fehlen immer mehr Notärzte. Es müssen teilweise zu große Fahrstrecken überwunden und die gesetzlich vorgeschriebenen Zeiten der Hilfsfristen können nicht immer eingehalten werden. Auf der anderen Seite ist die Zahl der nicht indizierten Notarzteinsätze viel zu hoch und akademische Krankentransporte sind an der Tagesordnung.

Die Notaufnahmen unserer Krankenhäuser sind maßlos überfüllt. Die Inanspruchnahme ist zu einem sehr hohen Prozentsatz nicht indiziert. Es stellen sich Patienten mit chronischen Schmerzzuständen, Bagatelverletzungen und Routinefragen vor und blockieren damit den eigentlichen Versorgungsauftrag der Notaufnahmen. Die diensttuenden Ärzte arbeiten am Rand ihrer Belastbarkeitsgrenzen.

In unseren stationären Einrichtungen arbeiten viele Kollegen (ca. 13 Prozent) mit Migrationshintergrund. Ohne diese Mitarbeiter wären wir nicht mehr in der Lage, die Versorgung unserer Patienten aufrechtzuerhalten. Sprachliche Barrieren führen dabei sehr häufig zu Unmut.

Über die überbordende Bürokratie in den Kliniken möchte ich an dieser Stelle gar nicht nachdenken. Wenn ich alleine die Zertifikate der durch mich geführten Klinik aufzähle, dann kann sich der Leser vorstellen, welcher Aufwand damit verbunden ist: Wir sind selbstverständlich KTQ zertifiziert, sind ein lokales Traumazentrum, Endoprothesenzentrum, zertifiziertes Brustzentrum, zertifiziertes Mutter-Kind-Zentrum, babyfreundliches Krankenhaus, besitzen das Zertifikat „Aktion saubere Hände“ und sind akkreditiertes Schlaflabor.

All diese Zertifikate sollen nachweisen, wie hervorragend die Arbeit in unseren Krankenhäusern ist. Weisen sie das wirklich nach? Möchten wir wirklich unsere eigenen Patienten sein? Sind die tagtäglichen Visiten, wie dies immer wieder kritisiert wird, nicht viel zu oberflächlich? Klären wir den Patienten wirklich verständlich und voll umfänglich auf oder versu-



Dr. med. Dietrich Steiniger © SLÄK

chen wir nicht insbesondere den juristischen Anforderungen Genüge zu tun? Werden unsere Patienten noch ausführlich und gut, so wie uns dies von unseren medizinischen Lehrern beigebracht wurde, untersucht? Oder ist es nicht in Wirklichkeit so, dass wir rasch die Überweisung zu CT, MRT, Sonographie und Röntgen vornehmen, ohne dabei zunächst die ausführliche Anamnese und klinische Untersuchung als ersten Schritt durchzuführen?

Dieser wunderschöne und spannende Beruf des Arztes verliert aus meiner Sicht in zunehmendem Maß an Attraktivität, da vielschichtig auf unser Berufsbild Einfluss genommen wird. Ärztliche Leistungen sollen, zumindest gibt es Ansätze dazu, substituiert und nicht nur delegiert werden. Dies alles geschieht unter dem Vorwand der Versorgungsverbesserung. Ob dies wirklich der Fall ist oder ob nicht vielmehr merkantile Gründe eine Rolle spielen, vermag ich nicht zu beantworten.

Die Vorstellung, dass ein Patient zukünftig zwar leitliniengerecht, aber ohne menschliche Zuwendung und Wärme „abgearbeitet“ wird und ein Krankenhaus oder eine Arztpraxis hochtechnisiert „durchläuft“ und am Ende mit standardisierten Prozessen eine Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität beurteilt wird, ohne den Menschen in seiner Gesamtheit zu betrachten, ist für mich ein Graus.

Dr. med. Dietrich Steiniger
Vorstandsmitglied

Ärztebedarf für Sachsen bis 2030

Im Auftrag des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz wurde ein Gutachten zur Entwicklung des ambulanten Versorgungs- und Arztbedarfs in Sachsen bis zum Jahr 2030 erstellt und die Ergebnisse Mitte August präsentiert. „Die Ergebnisse und Schlussfolgerungen des Gutachtens überraschen uns nicht.“, stellt der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Erik Bodendieck, fest. In Ballungsräumen wächst der Bedarf, während für die ländlichen Regionen durch den Bevölkerungsrückgang neue Versorgungskonzepte entwickelt werden müssen. „Das Gutachten analysiert und prognostiziert auch nur den ambulanten Versorgungsbedarf. Notwendig ist jedoch auch die Einbeziehung der Krankenhäuser, denn nur sektorenübergreifende Konzepte können unsere Probleme der Zukunft lösen.“, so der Präsident.

Im Rahmen des Gutachtens erfolgt eine Beschreibung der derzeitigen ambulanten medizinischen Versorgungssituation Sachsens für die hausärztliche Versorgung und die einzelnen Facharzttrichtungen. Auf Basis der ausgewerteten Echtdaten der ambulanten medizinischen Versorgung sowie der aktuellen Daten aus der 6. Regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung haben die Gutachter die zukünftige Entwicklung des ambulanten Versorgungs- und Ärztebedarfs bis in das Jahr 2030 projiziert und dargestellt. Danach wird sich auch der Bedarf an Haus- und Fachärzten in den einzelnen Regionen stark verändern. Während in den Großstädten Leipzig und Dresden aufgrund des Bevölkerungswachstums mehr Mediziner benötigt werden, müssen ländliche Regionen wie Marienberg, Kamenz und Oschatz gleichzeitig damit kämpfen, dass sich Ärzte in ihrem Bereich selten niederlassen wollen und es zu weiteren Engpässen in der medizinischen Versorgung kommen könnte. Im Vogtland wiederum praktizieren zurzeit viele ältere Hausärzte.

Gegenwärtig braucht ein sächsischer Patient im Durchschnitt knapp vier Kilometer Wegstrecke (Luftlinie) bis zu seinem Hausarzt. Den kürzesten Weg (um die drei Kilometer) haben die Westsachsen in Crimmitschau, Glauchau und Reichenbach. Die größte Entfernung müssen hingegen die Ostsachsen überwinden. In Niesky, Großenhain und Dippoldiswalde verlängert sich die Strecke schon mal auf acht Kilometer. Bei den Internisten wiederum sind die Wege in Chemnitz, Leipzig und Plauen besonders kurz, in Niesky, Torgau und Eilenburg dagegen am längsten. Im Einzelfall kommen dort über 40 Kilometer Anfahrt zusammen.

Um den Ärztebedarf auf dem Land zu decken, arbeiten KV Sachsen, Krankenkassen, Sozialministerium, Krankenhausgesellschaft und Sächsische Landesärztekammer bereits eng zusammen. Für die künftige medizinische Versorgung müsse man auch über neue Modellregionen nachdenken, sagte die Sozialministerin Barbara Klepsch, in denen Lösungsansätze erprobt werden können. Wichtig sei, dabei auch die Bürgermeister vor Ort mit einzubeziehen.

Bereits seit 2009 haben zahlreiche Partner des sächsischen Gesundheitswesens im Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ spezifische Maßnahmen zur Gewinnung von Ärzten ergriffen. Das sächsische Netzwerk umfasst 157 Partner, darunter Städte, Land-



Erik Bodendieck beim Hausbesuch
(Aus dem Film „Hausarzt in Sachsen“)

© SLÄK

kreise sowie Gemeinden, und bündelt alle Fördermaßnahmen für Ärzte und Medizinstudenten. Es spricht den ärztlichen Nachwuchs und Ärzte gezielt an und wird sich an Lösungsansätzen und Konzepten beteiligen. Mit eigens produzierten Filmen und Versorgungskonzepten wird der Beruf des Hausarztes sowie die ärztliche Tätigkeit in ländlichen Krankenhäusern vorgestellt. Weitere Maßnahmen für den psychiatrischen Bereich und für Kinderärzte sind in Vorbereitung. Das sächsische Netzwerk ist in dieser Form für Deutschland einmalig. Im Internet finden Sie es hier: www.aerzte-fuer-sachsen.de. Das nächste Netzwerktreffen ist am 29. September 2016 in Limbach-Oberfrohna geplant. Die Themen Versorgungsbedarf und Handlungsfelder stehen bereits auf der Tagungsordnung.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Bundeseinheitlicher Medikationsplan ab 10/2016

Das sogenannte eHealth-Gesetz legt fest, dass Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen mit mindestens drei verordneten Arzneimitteln ab dem 1. Oktober 2016 Anspruch auf einen Medikationsplan in Papierform (Bundeseinheitlicher Medikationsplan – BMP) erhalten. Ärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, werden dazu verpflichtet, Versicherte bei der Verordnung von Arzneimitteln über diesen Anspruch zu informieren.

Die Bundesärztekammer, der Deutsche Apothekerverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben hierzu eine Vereinbarung getroffen.

Wozu dient der Medikationsplan?

Der bundeseinheitliche Medikationsplan soll in einheitlich standardisierter Form umfassend, übersichtlich und patientenverständlich die aktuelle Medikation des Versicherten abbilden. Dem Versicherten wird damit ein verständlicher und wiedererkennbarer Einnahmeplan zur Verfügung gestellt, der ihn in der richtigen Anwendung seiner Medikation

unterstützt. Ein einheitliches Aussehen vermeidet unnötige Verständnisfragen und gegebenenfalls erneuten Erläuterungsbedarf durch den Arzt oder die Apotheke (siehe Bild).

Der BMP dient in erster Linie der Verbesserung der Information von Versicherten und soll so einen Beitrag zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit leisten. Durch die Möglichkeit, alle patientenbezogenen Informationen des BMP über den aufgedruckten Barcode auszulesen und in einem Primärsystem (Praxisverwaltungssystem oder Krankenhausinformationssystem) zu aktualisieren, kann der BMP für den Versicherten aktuell gehalten werden. Gleichzeitig können Ärzte und Apotheker und andere an der Arzneimittelversorgung der Versicherten beteiligten Personen besser über die gesamte Medikation der Patienten informiert und die Arzneimitteltherapiesicherheit weiter verbessert werden.

Wer erhält einen Medikationsplan?

Versicherte, die gleichzeitig mindestens drei zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnete Arzneimittel anwenden, haben Anspruch auf Erstellung und Aushändigung des Medikationsplans. Der Ausdruck beinhaltet automatisch einen Bar-

code, der die gesamten Informationen des jeweiligen BMP enthält. Für die ärztliche Leistung besteht ein Vergütungsanspruch.

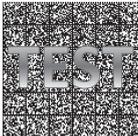
In Einzelfällen könnte es aus medizinischen Gründen sinnvoll sein, auch für Versicherte, die weniger als drei zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnete Arzneimittel gleichzeitig anwenden, einen Medikationsplan zu erstellen und zu aktualisieren. Ein gesetzlicher Anspruch der Versicherten darauf besteht jedoch nicht.

Wer erstellt und aktualisiert den Medikationsplan?

Vertragsärzte

Die erstmalige Erstellung des Medikationsplans soll in der Regel durch den Hausarzt erfolgen. Nur in Fällen, in denen der Versicherte keinen Hausarzt in Anspruch nimmt, kann die Erstellung durch den behandelnden Facharzt erfolgen, der für den Versicherten, an Stelle des Hausarztes, die überwiegende Koordination der Arzneimitteltherapie verantwortet. Dies kann zum Beispiel bei nierenkranken Patienten der behandelnde Nephrologe sein oder bei Patienten mit einer im Vordergrund stehenden rheumatischen Erkrankung der Rheumatologe. Versicherte sollen den Anspruch auf Erstellung eines Medikationsplans nur gegenüber einem Arzt geltend machen und alle weiteren an der Behandlung beteiligten Ärzte darüber informieren, ob sie bereits einen Medikationsplan haben und gegebenenfalls durch wen der Plan erstellt wurde.

Medikationspläne, die von anderen Ärzten erstellt oder von Apotheken aktualisiert wurden, sollen über den aufgedruckten Barcode in das jeweilige Informationssystem eines Arztes, einer Apotheke oder eines Krankenhauses elektronisch eingelesen werden. Hierzu wird ein Barcode-Scanner benötigt. Für Arztpraxen besteht keine Verpflichtung, einen solchen Scanner anzuschaffen. Zur Erleichterung der Arbeitsabläufe ist die Anschaffung insbesondere für diejenigen sinnvoll, die häufig BMP anderer Ärzte elektronisch einlesen und weiterverwenden möchten.

Medikationsplan		für: Rudolf Testmann		geb. am: 19.10.1959			
		ausgedruckt von: Praxis Dr. Michael Müller Schloßstr. 22, 10555 Berlin Tel.: 030-1234567 E-Mail: dr.mueller@kbv-net.de		ausgedruckt am: 25.04.2016			
Wirkstoff	Handelsname	Stärke	Form	regulär mittags abend zur Nacht	Einheit	Hinweise	Grund
Metoprololsuccinat	Metoprololsuccinat 1A Pharma 95 mg retard	95 mg	Tabl	1 0 0 0	Stück		Herz/Blutdruck
Ramipril	Ramipril-ratiopharm	5 mg	Tabl	1 0 0 0	Stück		Blutdruck
Insulin aspart	NovoRapid Penfill	100 E/ml	Lösung	20 0 20 0	I.E.	Wechseln der Injektionsstellen, unmittelbar vor einer Mahlzeit spritzen	Diabetes
Simvastatin	Simva-Aristo	40 mg	Tabl	0 0 1 0	Stück		Blutfette
zu besonderen Zeiten anzuwendende Medikamente							
Fentanyl	Fentanyl AbZ 75 µg/h Matrixpflaster	2,375mg	Pflaster	alle drei Tage 1	Stück	auf wechselnde Stellen aufkleben	Schmerzen
Selbstmedikation							
Johanniskraut	Laif Balance	900 mg	Tabl	1 0 0 0	Stück		Stimmung
Für Vollständigkeit und Aktualität des Medikationsplans wird keine Gewähr übernommen							
DE-DE-Version 2.1 vom 24.03.2016							

Apotheken

Für Apotheken besteht eine Verpflichtung, bei Abgabe eines Arzneimittels eine insoweit erforderliche Aktualisierung des Medikationsplanes auf Wunsch des Versicherten vorzunehmen.

Weitere Einrichtungen der Krankenversorgung

Gegenüber Krankenhäusern und anderen Einrichtungen der Krankenversorgung haben gesetzlich Versicherte keinen Anspruch auf einen BMP. Auf freiwilliger Basis kann von diesen jedoch die BMP-Spezifikation selbstverständlich verwendet werden. Im Sinne der Arzneimitteltherapiesicherheit ist dies wünschenswert. Ebenso kann der BMP auf freiwilliger Basis für privat Versicherte erstellt und aktualisiert werden.

Vollständigkeit und Aktualität der Informationen

Für die Arzneimitteltherapiesicher-

heit sind nur vollständige Informationen auf dem BMP sinnvoll. Die bestmögliche Vollständigkeit und Aktualität der Informationen des Medikationsplans muss daher von allen an der Erstellung und Aktualisierung Beteiligten angestrebt werden. Allerdings ist damit zu rechnen, dass die auf dem Medikationsplan aufgeführten Informationen nicht immer aktuell und/oder nicht vollständig sind. So kann beispielsweise das informationelle Selbstbestimmungsrecht des Patienten der Vollständigkeit entgegenstehen. Daher sollte, soweit möglich, immer eine zusätzliche Befragung des Patienten stattfinden und gegebenenfalls die Einbeziehung weiterer Informationsquellen zur aktuellen Medikation eines Patienten erwogen werden. Um auf den Sachverhalt der potentiellen Unvollständigkeit jedes BMP hinzuweisen, soll auf jedem Ausdruck ein entsprechender Hinweis automatisch aufgebracht werden.

Vorab-Identifizierung elektronischer Heilberufsausweis

In 10 Minuten!

Jetzt Termin vereinbaren!

Dresden: 0351 8267 360
berufsregister@slaek.de
Leipzig: 0341 5644056
leipzig@slaek.de

Chemnitz: 0371 216514
chemnitz@slaek.de
Bautzen: 03591 3632757
ausstellen-bautzen@slaek.de

**Nähere Informationen unter
www.slaek.de → Ärzte → Mitgliedschaft → Arztausweis**

Dipl.-Ök. Kornelia Keller
Kaufmännische Geschäftsführerin

Ausblick

Der BMP ist im eHealth-Gesetz als ein erster Schritt zur Entwicklung eines vollständig elektronischen Medikationsplans auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) zu sehen. Die Inhalte des BMP sollen künftig – auf Wunsch des Patienten – auch auf dem Speicherchip der eGK abgelegt werden. Als Einführungsdatum ist hierfür der 1. Januar 2018 im Gesetz verankert. Der Anspruch auf den Ausdruck eines BMP auf Papier bleibt für gesetzlich Versicherte jedoch bestehen.

Das Wichtigste zum Medikationsplan auf einen Blick finden Sie hier: www.kbv.de/html/medikationsplan.php

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit



Medizinische Flüchtlingsversorgung

Informations-, Austausch- und Dankesveranstaltung

Unter dem Titel Medizinische Flüchtlingsversorgung hatte am 24. August 2016 die Sächsische Landesärztekammer Ärzte, medizinisches Fachpersonal und andere an der medizinischen Flüchtlingsversorgung beteiligte Personen herzlich eingeladen. Rund 80 Interessierte kamen dieser Einladung nach, da gerade das Thema des Hauptreferenten Dr. med. Joost Butenop MPH „Interkulturalität in der Flüchtlingsversorgung“ einen interessanten Abend versprach.

Die Sächsische Landesärztekammer nutzte auch die Gelegenheit, allen an der Flüchtlingsversorgung Beteiligten aus ganz Sachsen für ihr Engagement zu danken. Auch die Sächsische Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz, Frau Barbara Klepsch, ließ es sich nicht nehmen, ein Dankeswort an alle Gäste zu richten.

Dr. Butenop, Referent für Asylgesundheit der Regierung Unterfranken in Würzburg, berichtete eingehend über die Gesundheitssysteme und vor allem das Gesundheitsverhalten in den Hauptfluchtländern wie Afghanistan, Pakistan, Syrien und dem Irak. Mit sogenannten „Mentalen Landkarten“ verdeutlichte Dr. Butenop die Unterschiede in der gesellschaftlichen und soziologi-



Sächsische Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz Barbara Klepsch
© SLÄK

schen Weltansicht von Geflüchteten im Vergleich zu Deutschland. „Hier muss noch viel Aufklärung betrieben werden, sowohl auf der Seite der Mitarbeiter im Gesundheitswesen als auch auf der Seite der Geflüchteten.“ Denn „Integration ist Interaktion“, brachte es Dr. Butenop auf den Punkt.

Im Anschluss an die Plenarveranstaltung fand in lockerer Atmosphäre ein kollegialer Austausch mit Ansprechpartnern verschiedener Themenbereiche statt. Hier bestand die Möglichkeit, über die Arbeit in der Flüchtlingsambulanz zu diskutieren oder etwas über psychiatrische Krisenintervention zu erfahren. Ansprechpartner zum Thema der medizinischen Versorgung in den Erstaufnahmeeinrichtungen standen genauso zur Verfügung wie Mitarbeiter der KV Sachsen. Ein wichtiges Thema waren Auslegungsfragen und



Dr. med. Joost Butenop MPH

© SLÄK

Änderungswünsche zur Interpretationshilfe zum Asylbewerberleistungsgesetz. Außerdem standen Vertreter der Refugee Law Clinic Leipzig zur Verfügung und gaben Auskunft über ihre Arbeit in der Flüchtlingsberatung durch Jurastudenten.

Insgesamt kann auf einen gelungenen Abend zurückgeblickt werden, an dem sowohl Dank für das Vergangene als auch ein Vortrag mit Rüstzeug für zukünftiges Engagement Ihren Platz hatten. Besonders hervorgehoben wurde von allen Beteiligten während und auch im Nachgang der Veranstaltung die Möglichkeit der Vernetzung untereinander in einer empathischen und kollegialen Atmosphäre.

Die Ärztekammer bleibt auch weiterhin Ansprechpartner für das Thema der medizinischen Flüchtlingsversorgung. Mailen Sie Ihre Fragen und Probleme an koordination@slaek.de oder rufen Sie montags bis donnerstags in der Zeit von 16 bis 18 Uhr unter der Nummer 0351-8267 308 an. Im Internet unter www.slaek.de (Bereich FAQ) finden Interessierte zudem eine ständig aktualisierte Liste, in der viele Informationen und Materialien zur medizinischen Versorgung von Asylsuchenden, wie Anamnesebögen in anderen Sprachen, Leistungen für Asylbewerber und zu Medikamenten sowie zur Abrechnung, bereitgestellt sind. Gerade rechtliche Fragen zu Datenschutz, Gutachten zur Abschiebefähigkeit, u.v.m. wurden hier in den letzten Wochen ergänzt.



Teilnehmer im Gespräch mit Vertretern der „Refugee Law Clinic“ Leipzig

© SLÄK

Dr. med. Patricia Klein
Ärztliche Geschäftsführerin

CIRS-Fälle:

„Der Anfang des Heils ist die Kenntnis des Fehlers“
Epikur

Die Buchstaben „CIRS“ stehen für **Critical Incident Reporting-System**. Die Internetplattform www.cirsmedical.de/ ist inzwischen allgemein bekannt und wird von vielen Kolleginnen und Kollegen genutzt, um anonym kritische Fälle zur Diskussion zu stellen und aus diesen Fällen zu lernen. Wir stellen Ihnen regelmäßig einzelne Fälle vor, die wir für interessant halten.

Aufmerksam machen möchten wir auch auf die speziell für Krankenhäuser angelegte Plattform www.kh-cirs.de/ und die Plattform für Hausarztpraxen www.jeder-fehler-zaehlt.de/

Fall 1:

Ein für Praxen und Krankenhäuser gleichermaßen wichtiger Fall findet sich als Fall des Monats März 2015 auf der Plattform KH-CIRS-Netz.

Bei einem Notfall auf einer peripheren Station war das Reanimationsteam und das Anästhesieteam alarmiert worden. Im verplombten Notfallrucksack des Reanimationsteams waren keine Medikamente enthalten, alles Notwendige war aber vom Anästhesieteam mitgebracht worden, so dass ein Patientenschaden verhindert werden konnte.

Wie wichtig ein routiniertes und vorbereitetes Vorgehen gerade in Notfällen ist, ist jedem im Gesundheitswesen Tätigen schmerzlich bewusst. Dass man meist erst einen Fehler gemacht haben muss, damit Abläufe und Ausstattung geplant, festgelegt und geschult werden, diese Erfahrung haben viele schon hinter sich. Ein regelmäßiger Routinecheck, ob alles diesbezüglich in der eigenen Einrichtung noch in Ordnung ist, ist in jedem Fall sinnvoll.

Details finden Sie unter www.kh-cirs.de/faelle/maerz15.html

Fall 2:

Ein absolut alltäglicher Fall findet sich als Fall des Monats März 2014 auf der CIRS-Plattform der Anästhesie.

Ein nicht ausreichend schmerzfreier Patient wurde schon 20 Minuten postoperativ aus dem Aufwachraum auf die Normalstation verlegt. Der Patient hatte noch im Aufwachraum 15 mg Dipidolor und 1 g Perfolgan erhalten.

Besonders die Beurteilung des Juristen ist hochinteressant. Ein Patient hat einen Anspruch auf Schmerzlinderung, zudem muss situationsabhängig auch eine entsprechende Überwachung gewährleistet sein. Hier ist die Abstimmung zwischen Aufwachraum und peripheren Stationen und ein etabliertes schmerztherapeutisches Konzept eine Condition sine qua non für die postoperative Versorgung.

Details finden Sie unter www.cirs-ains.de/files/fall-des-monats/FdMMärz2014.pdf

Fall 3:

Auf der Internetplattform der Hausärzte www.jeder-fehler-zaehlt.de findet sich ein durch die frühen Entlassungen von Patienten sehr häufiges Problem.

Wegen der kurzen Verweildauern werden die Patienten in der Regel entlassen, bevor der endgültige Histologiebefund vorliegt. Im geschilderten Fall handelt es sich um eine gastroskopierte Patientin, bei der erst nach vier Wochen und erst auf aktive Nachfrage des behandelnden Hausarztes die Histologie einen Helicobacterbefall ergibt. Erst jetzt kann eine Eradikationstherapie eingeleitet werden.

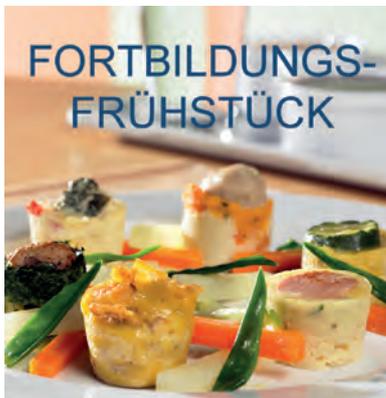
Der endgültige Arztbrief folgt dann erst nach weiteren sechs Wochen, ist also erst zehn Wochen nach Entlassung beim behandelnden Arzt.

Es handelt sich um ein relativ häufiges Problem innerhalb des Entlassmanagements, wobei viele Kliniken ihr Vorgehen hier zuweiserorientiert und zeitnah gestalten. Der Ausschuss Qualitätsmanagement der Sächsischen Landesärztekammer wird sich in der Legislatur 2015 – 2019 insbesondere mit dem Thema Entlassmanagement befassen, wir werden berichten.

Details zum geschilderten Fall finden Sie unter www.jeder-fehler-zaehlt.de/public/report/displaySingleReport.jsp?repID=768

Fortbildung mal anders

Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen (M & MK)



© Archiv

Frühstück: die schönste aller Mahlzeiten. Man ist ausgeruht und jung, hat sich noch nicht geärgert und ist voll neuer Hoffnungen und Pläne. (Heinrich Spoerl, 1887 – 1955)

Wer will diese Feststellung von Spoerl in Frage stellen? Warum also nicht diesen positiven Start in einen neuen Tag mit der ärztlichen Fortbildung verknüpfen und im Kreise von Kollegen interessante Themen disku-

tieren und dabei entspannt frühstücken? Zu diesem neuen Angebot der Sächsischen Akademie für Fort- und Weiterbildung laden wir Sie zur ersten Veranstaltung „**Fortbildung mal anders**“ ein.

Thema: Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen (M & MK)

Die Diskussion von Komplikationen und Todesfällen im Zusammenhang mit der Behandlung von Patienten in Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M & MK) sind vor allem in der Chirurgie eine bewährte Tradition und reichen bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts zurück. Dabei fokussierten sie zunächst vor allem die Aus- und Weiterbildung von jungen Medizinerinnen sowie die klinikinterne Fortbildung. In jüngerer Zeit erfährt die M & MK in Deutschland, Österreich und der Schweiz einen vermehrten Einsatz als wirksames Instrument für die Qualitätsverbesserung der medizinischen Versorgung und zur Erhöhung der Patientensicherheit. M & MK bieten die Chance, aus aufgetretenen Fehlern zu lernen und geeignete Maßnahmen festzulegen, damit sich diese nicht wiederholen.

Ein zweistündiger Vortrag mit Diskussion zur aktuellen Situation der Palliativmedizin soll einen Überblick vermitteln, auf regionale Besonderheiten (Verfügbarkeit von ambulanter und stationärer Palliativversorgung, Hospizwesen) eingehen und Aussagen zu individuellen Versorgungsmöglichkeiten treffen. Auch auf Pflegehilfen und deren Beantragung wird eingegangen. Ebenso werden rechtliche Belange (zum Beispiel Patientenverfügung) berücksichtigt. Ähnlich der Veranstaltungen zur Notfallmedizin für Senioren ist vorgesehen, das Vorhaben in ein Kurssystem zu überführen, das beginnend für den Bereich Dresden, später auch in Leipzig, Chemnitz und anderen Regionen des Freistaates angeboten wird.

Die Veranstaltungen stehen unter der wissenschaftlichen Leitung von Frau Dr. med. MSc. Susann Heller, Ärztliche Leiterin der spezialisierten

In einem Einführungsvortrag erhalten Sie einen Überblick über Zielsetzung, Definition und Umsetzung von M & MK in deutschen Krankenhäusern und einen Einblick in konkrete Beispiele. Im Anschluss besteht die Möglichkeit, Erfahrungen auszutauschen und gegebenenfalls neue Anregungen zu erhalten.

**10. Dezember 2016,
9.30 – 12.00 Uhr**

**Ort: Restaurant Libelle,
Sächsischen Landesärztekammer
(20,00 Euro, Anmeldung
erforderlich, begrenzte
Teilnehmerzahl)**

Ansprechpartner bei Rückfragen:
Frau Prof. Dr. med. habil.
Maria Eberlein-Gonska
E-Mail: maria.eberlein-gonska@
uniklinikum-dresden.de

Anmeldung/Auskunft:
Herr Marco Madysa,
Sächsische Landesärztekammer
E-Mail: fortbildung@slaek.de
Tel. 0351 8267 348

Prof. Dr. med. habil. Maria Eberlein-Gonska
Vorsitzende der Sächsischen Akademie für
ärztliche Fort- und Weiterbildung

ambulanten Palliativmedizin am Universitätsklinikum Dresden und Herrn Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud, FA Innere Medizin/Hausarzt.

Wir möchten hiermit ärztliche Kollegen im Ruhestand zur ersten Veranstaltung sehr herzlich einladen:

**13. Oktober 2016,
9.00 – 11.00 Uhr,
Sächsische Landesärztekammer.**

Anmeldung:
Bezirksstelle Dresden,
Frau Rasche,
Tel.: 03591 3632757;
E-Mail: aussenstelle-bautzen@slaek.de.

Für die Teilnahme wird ein Kostenbeitrag von 18,00 Euro erhoben.

Medizin am Lebensende

Ein Kursangebot des Seniorenausschusses

Im höheren Lebensalter sind schwere Erkrankungen, unter Umständen mit ungewissem Verlauf und Ausgang, häufiger. Oft haben auch ärztliche Senioren nicht daran gedacht, dass es sie selbst, die Familie oder das nahe Umfeld treffen könnte. Aus eigener Erfahrung scheint es sinnvoll zu sein, für die Bewältigung der sich schnell auftürmenden Anforderungen und Aufgaben gewappnet zu sein und zu wissen, wo Hilfe zu erlangen ist. Insbesondere die Palliativmedizin hat in jüngster Vergangenheit eine rasante Entwicklung vollzogen, aber auch andere Facetten des Hilfesystems können wesentliche Unterstützung und Entlastung bringen.

Dr. med. Ute Göbel
Seniorenausschuss der Sächsischen
Landesärztekammer

Aktuelle Fragen der Arzneitherapie

Eine Fortbildungsveranstaltung der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) in Kooperation mit der Sächsischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen am 22. Oktober 2016 in Dresden.

Im Mittelpunkt der gemeinsamen Veranstaltung stehen drei Vorträge:

Umgang mit Medikationsfehlern und Fallbeispiele

Dr. med. Ursula Köberle, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin, AkdÄ

Zum Zeitpunkt der Zulassung eines Arzneimittels liegen häufig nur eingeschränkte Daten zur Sicherheit vor. „Spontanmeldungen“ zu Nebenwirkungen nach der Markteinführung können zu einem frühen Zeitpunkt Hinweise auf potentielle Arzneimittelrisiken geben. Geänderte gesetzliche Rahmenbedingungen sehen vor, dass auch Medikationsfehlerbedingte Nebenwirkungen berichtet werden. Ausgehend von konkreten Fallberichten zu Medikationsfehlern sollen in dem Vortrag Fragen zum Thema Medikationsfehler diskutiert werden.

Lipidwirksame Therapie zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen unter Berücksichtigung der PCSK9-Inhibitoren und der Definition der Statin-Intoleranz

Prof. Dr. med. Bernd Mühlbauer, Facharzt für Pharmakologie und Toxi-

kologie, Bremen, Vorstandsmitglied der AkdÄ

Myokardinfarkt und Schlaganfall gehören zu den häufigsten Todesursachen in Deutschland. Vor dem Hintergrund der Assoziation kardiovaskulärer Ereignisse mit unterschiedlichen Risikofaktoren wird auf den Stellenwert der medikamentösen Behandlung von Fettstoffwechselstörungen für die kardiovaskuläre Prävention eingegangen. Es wird ein Überblick und eine Bewertung dazu gegeben, für welche Arzneistoffe ausreichende Belege anhand patientenrelevanter Endpunkte zur Wirksamkeit in der Primär- und Sekundärprävention vorliegen. Kriterien für die Auswahl eines lipidsenkenden Arzneimittels sind: Beleg der Wirksamkeit im Sinne einer Reduktion der kardiovaskulären Morbidität, Mortalität und Gesamtmortalität; Eignung des Wirkungsprofils für die entsprechende Fettstoffwechselstörung; individuelle lipidsenkende Wirkung und Verträglichkeit sowie Patientenpräferenzen.

Neue Arzneimittel 2015/2016 – eine kritische Bewertung

Prof. Dr. med. Lutz Hein, Facharzt für Pharmakologie und Toxikologie, Freiburg, ordentliches Mitglied der AkdÄ In seinem Vortrag nimmt Prof. Hein eine kritische Bewertung neuer Arzneimittel der Jahre 2015/2016 vor. Im Jahr 2015 wurden in Deutschland 37 neuartige Arzneistoffe in den Markt eingeführt. Nach den Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses haben hiervon acht

neue Arzneimittel (Cobimetinib, Dasabuvir, Lumacaftor/Ivacaftor, Nivolumab, Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir, Pembrolizumab, Secukinumab, Trametinib) in mindestens einer Teilindikation einen beträchtlichen Zusatznutzen erreicht. Fünf Arzneimitteln wurde ein geringer und weiteren neun Arzneimitteln ein nicht quantifizierbarer Zusatznutzen bescheinigt, wobei es sich bei letzteren ausschließlich um orphan drugs handelt. Im Vortrag sollen die Pharmakologie und der therapeutische Stellenwert ausgewählter neuer Arzneimittel vorgestellt werden.

Alle Beiträge widmen sich den Themen unter besonderer Beachtung klinisch-praktischer Aspekte der Patientenversorgung.

Im Anschluss an die Vorträge besteht hinreichend Möglichkeit zu einer moderierten Fachdiskussion mit den Experten.

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig, Berlin, Vorsitzender der AkdÄ; Dr. med. Katrin Bräutigam, Berlin, Geschäftsführerin der AkdÄ.

Moderation: Professor Dr. med. Bernd Mühlbauer, Bremen

**22. Oktober 2016,
10.00 – 13.00 Uhr,
Sächsische Landesärztekammer,
3 Fortbildungspunkte**

Dr. med. Katrin Bräutigam
Geschäftsführerin
Arzneimittelkommission der deutschen
Ärzteschaft

Start in die Berufsausbildung Medizinische Fachangestellte

Beruf mit Zukunft!

178 Ausbildungsverträge wurden zum 10. August 2016 bei der Sächsischen Landesärztekammer für das neue Ausbildungsjahr registriert. Damit starten in etwa gleich viele Auszubildende in ihre dreijährige Berufsausbildung wie im Vergleichszeitraum des Vorjahres. Unter dem Aspekt der demografischen Entwicklung und des Fachkräftemangels sind die Bedingungen für den Einstieg ins Berufsleben zurzeit besonders positiv.

Gerade zu Beginn der Ausbildung stellen sich sowohl für den Ausbilder als auch für die Auszubildenden viele Fragen. Auf die am häufigsten nachgefragten Themen wollen wir nachfolgend näher eingehen:

■ Probezeit

Jedes Berufsausbildungsverhältnis muss mit einer Probezeit beginnen. Die Probezeit ist dabei schon Bestandteil des Berufsausbildungsverhältnisses. Es bestehen zu dieser Zeit bereits die beiderseitigen Pflichten und Rechte.

Die Probezeit muss mindestens einen Monat und darf höchstens vier Monate betragen. Die Vereinbarung einer kürzeren oder längeren Frist ist unwirksam.

Wurde die Auszubildende bereits vor Beginn des Berufsausbildungsverhältnisses auf Probe beschäftigt, so war sie nicht Auszubildende, sondern angestellt als Hilfskraft. Eine Probezeit von bis zu vier Monaten ist dann im Berufsausbildungsvertrag dennoch zulässig.

Die Probezeit beginnt mit dem vereinbarten Tag des Beginns des Berufsausbildungsverhältnisses, ohne Rücksicht darauf, ob die Auszubildende die Tätigkeit auch tatsächlich aufnimmt oder zum Beispiel wegen Krankheit nicht aufnehmen kann.

Die Probezeit ist zweckbestimmt. Der Auszubildende hat insbesondere die geistige und körperliche Eignung der Auszubildenden für den zu erlernenden Beruf zu ermitteln. Die Auszubildende soll prüfen, ob sie sich geeignet fühlt, den Beruf überhaupt und in der gewählten Praxis zu erlernen.

Wechselt eine Auszubildende nach Ablauf der Probezeit, zum Beispiel aufgrund eines Wohnortwechsels in eine andere Praxis und die bereits absolvierte Ausbildungszeit wird voll angerechnet, so ist eine erneute Probezeit in vollem Umfang bei diesem Ausbilder rechtmäßig.

Während der Probezeit kann das Berufsausbildungsverhältnis jederzeit ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gekündigt werden. Die Kündigung während der Probezeit trägt der besonderen Zweckbestimmung der Probezeit Rechnung.

Für die Zeit nach Ablauf der Probezeit sieht das Gesetz zwei Kündigungsmöglichkeiten vor:

1. bei Vorliegen eines wichtigen Grundes und
2. bei Berufsaufgabe oder Berufswechsel.

Diese Kündigungsmöglichkeiten sind erschöpfend. Insbesondere ist eine ordentliche Kündigung nicht vorgesehen. Sie wäre mit dem Wesen des Berufsausbildungsverhältnisses als einem besonderen, zur Vermittlung eines bestimmten Umfangs von Kenntnissen und Fertigkeiten angelegten Beschäftigungsverhältnis nicht vereinbar.

Mangelnde Eignung einer Auszubildenden rechtfertigt eine Kündigung aus wichtigem Grund nach Ablauf der Probezeit nicht mehr.

■ Freistellung für die Teilnahme am Berufsschulunterricht

Ausbildende haben Auszubildende für die Teilnahme am Berufsschulunterricht freizustellen.

Freistellen bedeutet, dass die Auszubildende von der Ausbildung und Anwesenheit in der Praxis entbunden wird. Dies umfasst nicht nur die notwendige Zeit für den Berufsschulunterricht, sondern auch die Zeit, die für die Wegstrecke zwischen Praxis

und Berufsschule und für die dort vorgesehenen Pausen benötigt wird. Ein Verstoß gegen die gesetzliche und vertragliche Berufsschulpflicht ist damit gleichzeitig ein Verstoß gegen die Pflichten im Berufsausbildungsverhältnis.

■ Dauer der wöchentlichen/täglichen Ausbildungszeit

Die durchschnittliche wöchentliche Ausbildungszeit beträgt bei Auszubildenden 40 Arbeitsstunden.

Dabei dürfen Jugendliche nicht mehr als acht Stunden täglich und nicht mehr als 40 Stunden wöchentlich beschäftigt werden (§ 8 ArbSchG). Wenn an einzelnen Werktagen die Arbeitszeit auf weniger als acht Stunden verkürzt ist, können Jugendliche an den übrigen Werktagen derselben Woche 8,5 Stunden beschäftigt werden.

Es bleibt dem auszubildenden Arzt überlassen, die Arbeitsstunden unter Berücksichtigung gesetzlicher Vorschriften auf die einzelnen Wochentage nach den Erfordernissen der Praxis zu verteilen.

Persönliche Angelegenheiten hat die Auszubildende grundsätzlich außerhalb der Arbeitszeit zu erledigen. Ein Fernbleiben ist nur mit vorheriger Zustimmung des auszubildenden Arztes gestattet.

Bleibt die Auszubildende ohne Erlaubnis oder ohne hinreichende Entschuldigung der Arbeit oder der Berufsschule fern, so verliert sie für die Dauer des Fernbleibens den Anspruch auf Ausbildungsvergütung. Jugendliche Auszubildende dürfen vor einem vor 9 Uhr beginnenden Unterricht und an einem Berufsschultag mit mehr als fünf Unterrichtsstunden nicht beschäftigt werden. Ein Berufsschultag mit mehr als fünf Unterrichtsstunden wird mit acht Stunden auf die Ausbildungszeit angerechnet. Ein Wiedererscheinen in der Praxis nach dem Berufsschulunterricht entfällt somit.

Bei volljährigen Auszubildenden wird als Berufsschulzeiten die tatsächliche Unterrichtszeit einschließlich Pausen angerechnet. Eine Rückkehr in die

Praxis ist zulässig. Hier ist zu prüfen, ob aufgrund einer übermäßigen Wegezeit die verbleibende Restzeit noch zweckentsprechend für die betriebliche Ausbildung genutzt werden kann. Anderenfalls ist die noch „offene“ Ausbildungszeit an einem anderen Tag abzuleisten.

■ **Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung**

Für Mitarbeiter, die unmittelbaren Kontakt mit Patienten oder der Medizinprodukteaufbereitung haben, ist die arbeitsmedizinische Vorsorge hinsichtlich Biostoffgefährdung (bislang G 42) obligat. Sie hat ihren rechtlichen Ursprung in der Verordnung zur Arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbmedVV). Die Veranlassung bzw. das Angebot arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen ist durch den Arbeitgeber zu regeln.

Erstuntersuchungen sind vor Aufnahme der Tätigkeit durchzuführen. Für Nachuntersuchungen gelten in der Regel die nachstehend genannten Fristen:

Erste Nachuntersuchung

- vor Ablauf von 12 Monaten
- nach Schutzimpfung je nach Impfschutzdauer
- bei lebenslanger Immunität kann die Nachuntersuchung entfallen

Weitere Nachuntersuchung

- vor Ablauf von 36 Monaten und bei Beendigung der Tätigkeit (nach Schutzimpfung je nach Impfschutzdauer, bei lebenslanger Immunität kann die Nachuntersuchung entfallen)

Vorzeitige Nachuntersuchung

- nach Infektion oder schwerer oder längerer Erkrankung, die Anlass zu Bedenken gegen die Fortsetzung der Tätigkeit geben könnte
- nach Verletzung mit der Möglichkeit des Eindringens von Infektionserregern
- nach ärztlichem Ermessen in Einzelfällen (zum Beispiel bei befristeten gesundheitlichen Bedenken)
- auf Wunsch eines Beschäftigten, der einen ursächlichen Zusammenhang zwischen seiner

Erkrankung und seiner Tätigkeit am Arbeitsplatz vermutet

- bei unfallartigem Geschehen Nachgehende Untersuchungen
- nach einer Tätigkeit in biotechnischen und/oder gentechnischen Laboratorien gemäß TRBA 310

Die Vorsorgeuntersuchungen sind von einem Arzt mit der Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“ oder Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ entsprechend dem berufsgenossenschaftlichen Grundsatz für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen G 42 – „Tätigkeiten mit Infektionsgefährdung“ durchzuführen.

Der Arbeitgeber darf Tätigkeiten mit Infektionsgefährdung nur von Mitarbeitern ausüben lassen, die an der arbeitsmedizinischen Pflichtvorsorge teilgenommen haben. In die arbeits-

medizinische Pflichtvorsorge sind auch Schülerinnen und Schüler, Studenten und Praktikanten einzubeziehen.

Im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge müssen auch Impfungen angeboten werden, wenn die Infektionsgefahr im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöht und ein Impfstoff vorhanden ist. Alle Kosten der Vorsorge inklusive Impfungen sind vom Arbeitgeber zu tragen.

Ist eine Ihrer Fragen rund um das Ausbildungsverhältnis offen geblieben, rufen Sie uns an! Wir sind gern für Sie da.

Marina Hartmann
Leitende Sachbearbeiterin
Referat Medizinische Fachangestellte
Tel.: 0351 8267 170

Schicksal oder Fehler

Juristische und gutachterliche Aspekte

Medizin verändert sich und damit auch die haftungsrechtlichen Konsequenzen für den Arzt. Dabei spielt eine Rolle, dass viele Patienten eine Rechtsschutzversicherung haben und Krankenkassen vom Gesetzgeber aufgefordert sind, die Versicherten bei der Verfolgung von Schadenersatzansprüchen zu unterstützen. War früher eine Klage eine Seltenheit, so hatte heute schon fast jeder Arzt indirekt Kontakt zu dieser unerfreulichen Thematik. Behandlungs- und Aufklärungsfehler, Beweislastumkehr, grobe Fahrlässigkeit, Organisationsverschulden: eine eigene Fachsprache ist hier entstanden, die für Ärzte oft ähnlich unverständlich ist, wie für Juristen die „amyotrophe Lateralsklerose“. Eine Veranstaltung aus der Reihe „Medizin und Recht“ mit 120 Gästen sorgte hier für Aufklärung. Der Fachanwalt für Medizinrecht Dr. jur. Jürgen Trilsch führte in das Thema ein. Er machte darauf aufmerksam, wie häufig unbedachte und kritische Äußerungen von Ärzten über die Arbeit ihrer eigenen Berufskollegen Anlass für Klagen sind. Hier gilt es, sich mit seinem Urteil Patienten gegenüber zurückzuhalten. Erst die Gesamtschau über einen Fall erlaubt ein profundes Urteil über die Frage eines Behandlungs- oder Aufklärungsfehlers. Beunruhigte Patienten sollten beraten und gegebenenfalls an die entsprechenden Stellen, zum Beispiel die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen, verwiesen werden. Ein im Affekt geäußertes vorschnelles Urteil kann unnötige Komplikationen hervorrufen.

Dr. Trilsch zeigte die verschiedenen Optionen für den Patienten auf: Entscheidet er sich für eine Strafanzeige oder wendet er sich an die Ärztekammer mit der Frage nach einem Verstoß gegen das Berufsrecht oder wendet er sich an die Gutachterstelle. Meist schaltet der Patient einen Anwalt ein. Als Beschuldigter hat der Arzt immer ein Aussageverweigerungsrecht und kann einen



Dr. med. Rainer Kluge, Vorsitzender der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen
© SLÄK

Verteidiger einschalten. Ist er nicht Beschuldigter muss er überprüfen, inwieweit die ärztliche Schweigepflicht greift.

Ausführlich wurde auf das Thema Dokumentation eingegangen. In keinem Fall darf man die Dokumentation im Nachhinein verändern, Unterlagen zurückhalten oder sogar Mitarbeiter zur Falschaussage überreden. Auseinandersetzungen mit dem Patienten, beispielsweise um Kopierkosten, können die Situation unnötig verschärfen. Auch Differenzen zwischen der Dokumentation in der Patientenakte und der Abrechnungsdokumentation sind unbedingt zu vermeiden.

Ein zivilrechtliches Verfahren beginnt immer mit einer Klageschrift (bei einem Streitwert bis 5.000 Euro ist das Amtsgericht zuständig, bei höheren Beträgen das Landgericht) und der entsprechenden Klageerwidern durch den beschuldigten Arzt. Daraufhin werden die Patientenunterlagen hinzugezogen und ein Sachverständigengutachten veranlasst. Anschließend folgt die mündliche Verhandlung, wobei nicht immer der Gutachter noch einmal angehört wird. Zuletzt folgen Vergleich oder Urteil.

Ärzte sollten vor dem Eintritt eines Schadens- bzw. Klagefalles überlegen, wie die Kommunikation mit dem Anwalt bzw. im Falle einer Strafanzeige, die Kommunikation mit der Polizei, zu erfolgen hat. Auch das Verhalten gegenüber Patienten, Anwälten und Versicherern sollte vorab festgelegt sein.

Dr. med. Rainer Kluge stellte anschließend die Tätigkeit der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen vor. Der Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe ist seit 24 Jahren deren Vorsitzender. Bundesweit werden jährlich ca. 10.000 Fälle behandelt, in Sachsen liegt die Zahl zwischen 250 und 300 Fällen pro Jahr. Davon lässt sich in 25 bis 30 Prozent ein Behandlungsfehler nachweisen. Beteiligt an dem schriftlichen Verfahren sind in der Regel als Antragsteller ein Patient, als Antragsgegner eine Klinik bzw. ein Arzt und der Versicherer des Antragsgegners. Die Gutachterstelle zieht Unterlagen bei, erstellt den Gutachterauftrag und vergibt diesen extern. Anschließend erfolgt eine medizinische und juristische Auswertung des Gutachtens, die mit einem Bescheid endet. Es gibt hier keine Widerspruchsinstantz, der Rechtsweg ist nicht ausgeschlossen. Auch ein Arzt kann sich an die Gutachterstelle wenden. Voraussetzung ist das Einverständnis von Patient und Versicherer.

In der Regel gilt das Gutachten dem Nachweis eines Behandlungsfehlers und dem Nachweis eines behandlungsassoziierten Schadens. Die Beweislast liegt in der Regel beim Patienten.

Der sogenannte Aufklärungsfehler bei der Eingriffsaufklärung und grobe Behandlungsfehler führen jedoch beispielsweise zur Beweislastumkehr. Dann muss der Arzt beweisen, dass es keine kausale Beziehung zwischen dem Fehler und dem Schaden gibt, was in der Regel nicht gelingen kann. Es schloss sich eine lebhaftes Diskussion an. Insbesondere der Aufklärungsfehler wurde kontrovers diskutiert, da manche Ärzte dazu neigen, Patienten so dramatisch aufzuklären, dass wichtige Behandlungen aus Angst abgelehnt werden. Dr. Kluge machte deutlich, dass es nicht die Aufgabe des Arztes sei, sich selbst vor Prozessen zu schützen, sondern den Patienten umfassend und verständlich zu beraten. Gute Aufklärungsgespräche mit der entsprechenden Dokumentation können beide Aspekte verbinden.

Dr. med. Patricia Klein
Ärztliche Geschäftsführerin

Schnittmengen medizinischer und juristischer Tätigkeiten

Bericht über die regionale Fortbildungsveranstaltung der Notarkammer Sachsen

Gemeinhin wird behauptet, dass Mediziner und Juristen häufig unterschiedliche Sprachen sprechen. Dass dies nicht so sein oder bleiben muss, zeigte die letzte regionale Fortbildungsveranstaltung der Notarkammer Sachsen, welche am 20. Mai 2016 im Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer durchgeführt wurde und sich mit verschiedenen Themen aus der Schnittmenge medizinischer und juristischer Tätigkeiten befasste.

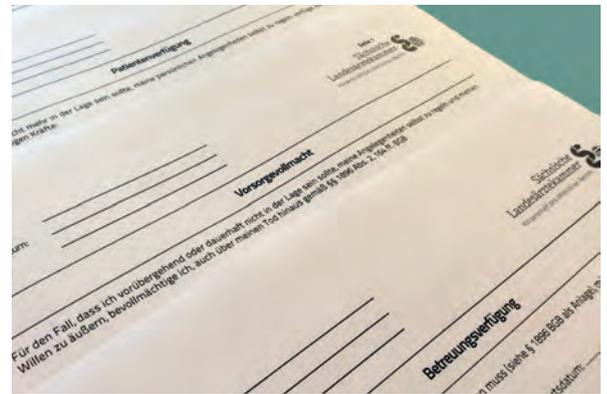
Zwar begegnen sich Mediziner und Notare in der Praxis relativ selten persönlich. Häufig „liest“ man jedoch voneinander und beeinflusst sich so gegenseitig im praktischen Umgang mit Patienten bzw. Mandanten. Für den Arzt bilden insbesondere die beurkundete oder beglaubigte Vorsorgevollmacht und die Patientenverfügung Berührungspunkte zur notariellen Tätigkeit. Dabei besteht häufig die Schwierigkeit, dass individuelle juristische Texte unter Zeitdruck erfasst und umgesetzt werden müssen.

Anknüpfend an diese Problemstellung waren die Notare sehr dankbar, dass Herr Erik Bodendieck als Präsident der Sächsischen Landesärztekammer und praktizierender Hausarzt zusagte, über betreuungsrechtliche Fragestellungen aus medizinischer Sicht im Rahmen der regionalen Fortbildungsveranstaltung zu referieren. Die Notare erlebten dabei einen kurzweiligen Vortrag über die medizinischen Grundlagen zur Einschätzung der Geschäftsfähigkeit, aber auch zu den persönlichen Erfahrungen des Referenten. Dabei wurden verschiedene Fallkonstellationen aus ärztlicher und juristischer Sicht erörtert und diskutiert.

Bezugnehmend auf die Kooperationen der Sächsischen Landesärztekammer und der Notarkammer Sach-

sen im Jahr 2015 zum „Jahr der Organspende“ berührte der Vortrag von Herrn Bodendieck zudem notarrelevante Fragen der Organspende. Dabei beleuchtete der Referent zunächst die rechtlichen Grundlagen sowie den gegenwärtigen Stand der Organspende in Deutschland. Anschließend erläuterte er anschaulich die medizinischen Voraussetzungen für die Annahme eines irreversiblen Hirnfunktionsausfalls und die praktischen Abläufe zu dessen Feststellung. Schließlich widmete sich der Vortrag der wohl größten Schnittmenge ärztlicher und notarieller Tätigkeit überhaupt: der Patientenverfügung. Einen Themenschwerpunkt bildete dabei insbesondere die Kongruenz der jeweiligen Behandlungswünsche des Patienten aus ärztlicher Sicht, vorrangig mit Blick auf das Verhältnis von Patientenverfügung und Organspende.

Der Vortrag und die intensiven Diskussionen zwischen Herrn Boden-



© SLÄK

dieck und den anwesenden Juristen haben dazu beigetragen, die Notare für die praktischen Herausforderungen der Mediziner zu sensibilisieren und ihnen die medizinische Sichtweise auf verschiedene juristische Problemlagen näher zu bringen. Aus unserer Sicht ein guter Weg, zumindest das Sprachverständnis für die andere Profession zu verbessern.

Manuel Kahlisch
Stellvertretender Geschäftsführer der
Notarkammer Sachsen

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden gemäß § 103 Abs. 4 SGB V folgende Vertragsarztsitze in den Planungsbereichen 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.

Nähere Informationen hinsichtlich des räumlichen Zuschnitts sowie der arztgruppenbezogenen Zuordnung zu den einzelnen Planungsbereichen bzw. Ver-

sorgungsebenen sind auf der Homepage der KVS (www.kv.sachsen.de) → Mitglieder → Arbeiten als Arzt → Bedarfsplanung und sächsischer Bedarfsplan) abrufbar. Bitte geben Sie bei der Bewerbung die betreffende Registrierungs-Nummer (Reg.-Nr.) an.

Es wird darauf hingewiesen, dass sich auch die in den Wartelisten eingetragenen Ärzte bei Interesse um den betreffenden Vertragsarztsitz bewerben müssen.

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
Allgemeine fachärztliche Versorgung			
16/C041	Augenheilkunde (häufiger Vertragsarztsitz)	Chemnitz, Stadt	26.09.2016
16/C042	Chirurgie, H-Arzt	Mittweida	26.09.2016

Schriftliche Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder -403 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
Hausärztliche Versorgung			
16/D045	Allgemeinmedizin*)	Radeberg	26.09.2016
Allgemeine fachärztliche Versorgung			
16/D046	Kinder- und Jugendmedizin	Dresden, Stadt	11.10.2016
16/D047	Neurologie und Psychiatrie	Dresden, Stadt	11.10.2016

Schriftliche Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 8828-310 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
Hausärztliche Versorgung			
16/L033	Allgemeinmedizin*)	Markkleeberg	11.10.2016
Allgemeine fachärztliche Versorgung			
16/L034	Urologie	Leipzig, Stadt	26.09.2016
16/L035	Urologie (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Leipzig, Stadt	26.09.2016
16/L036	Orthopädie	Leipzig, Stadt	26.09.2016
16/L037	Chirurgie	Leipzig, Stadt	26.09.2016
Spezialisierte fachärztliche Versorgung			
16/L038	Innere Medizin/Endokrinologie (häufiger Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Nordsachsen	26.09.2016

Schriftliche Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. 0341 2432-153 oder -154 zu richten.

Abgabe von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden folgende Vertragsarztsitze zur Übernahme veröffentlicht:

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
Hausärztliche Versorgung		
Praktische/r Arzt/Ärztin*)	Chemnitz	Abgabe nach Absprache, demnächst
Allgemeinmedizin*)	Stollberg	Abgabe spätestens 06/2017
Praktische/r Arzt/Ärztin*)	Chemnitz	Abgabe: 01.08.2017
Allgemeinmedizin*)	Aue	Abgabe: 2018/2019

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder -403.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
Hausärztliche Versorgung		
Allgemeinmedizin*)	Dresden	Abgabe: ab sofort
Allgemeinmedizin*)	Weißwasser	Abgabe: I/2017
Innere Medizin*) Diabetologische Schwerpunktpraxis	Weißwasser	Abgabe: I/2017
Allgemeinmedizin*)	Zittau Ortsteil: Hirschfelde	Abgabe: ab Juli 2017

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

Konzert und Ausstellungen

Ausstellung im Foyer und 4. Etage

Rita Geißler
Im Licht – Malerei, Grafik
bis 23. Oktober 2016

Tina Wohlfarth

Antlitz – Malerei, Zeichnung, Mischtechnik
27. Oktober 2016 bis 22. Januar 2017
Vernissage: Donnerstag,
27. Oktober 2016, 19.30 Uhr
Einführung: Dieter Hoefler, Pressesprecher,
Volksbank Raiffeisenbank Dresden

Programmorschau

25. September 2016, 11.00 Uhr
Junge Matinee „Herbstliche Klänge“
Es musizieren Schülerinnen und
Schüler der Musikschule des
Landkreises Meißen.

Lunchbuffet

Für das anschließende Lunchbuffet
ist eine Reservierung unter
Tel. 0351 8267110 erforderlich.

8. Netzwerktreffen „Ärzte für Sachsen“

Wie viele Ärzte braucht das Land?

Die sächsische Sozialministerin Barbara Klepsch stellt zu dieser Frage die aktuellen Ergebnisse einer großangelegten Studie zum künftigen Ärztebedarf in Sachsen vor. Diese und neue Fördermaßnahmen für den ärztlichen Nachwuchs sind ebenfalls Themen der Tagung.

Die Veranstaltung ist für alle Interessenten offen und kostenfrei.

Termin

28. September 2016, 14.00 Uhr

Ort

Parkschänke Limbach-Oberfrohna

Programm

www.aerzte-fuer-sachsen.de

Anmeldung

info@www.aerzte-fuer-sachsen.de

Telefon: 0351 8267-136

Martin Kandzia M.A.
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Die Wernicke-Enzephalopathie

Ein vermeidbares interdisziplinäres Krankheitsbild

T. M. Glöckler¹, O. Wunderlich², B. Jabs¹, M. S. Braun³

Zusammenfassung

Hintergrund

Es gibt neue Erkenntnisse zur Wernicke-Enzephalopathie bei alkoholabhängigen und bei nicht-alkoholabhängigen Patienten. Wenngleich derzeit kaum evidenzbasierte Handlungsempfehlungen bezüglich der Thiamin-(Vitamin B1)-Substitution vorliegen, so scheinen die Prävention, die Diagnosestellung und vor allem die Therapie optimierungsbedürftig. Die Thiamin-Verordnung hinsichtlich Dosis, Frequenz und Dauer differiert im klinischen Alltag stark und ist häufig ineffizient (oral statt intravenös; Dosis zu niedrig). Insbesondere die Gruppe der von einem Thiamin-Mangel bedrohten nicht-alkoholabhängigen Menschen verdient mehr Beachtung.

Methoden

Selektive Literaturrecherche (PubMed, Google Scholar, Handsuche) mit Berücksichtigung von Cochrane-Analysen, der deutschen und der europäischen neurologischen Leitlinien.

Ergebnisse

Die verfügbare Evidenz ist nach der aktuellen Cochrane-Übersichtsarbeit am Beispiel der alkoholassozierten Wernicke-Enzephalopathie gering. Dennoch setzt sich in der Literatur und in einigen Leitlinien die Erkenntnis durch, dass Thiamin bislang zu wenig substituiert wird.

Schlussfolgerungen

Es empfiehlt sich eine großzügige klinische Diagnosestellung einer WE als medizinischer Notfall, auch bei unvollständigem Syndrom und bei vermuteter Mangelernährung jeder Art. Eine Substitution mit 3 x 200 mg Thiamin über mindestens drei Tage, zunächst intravenös, wird angeraten. Neben Alkoholabhängigkeit sind auch Glucose-Infusionen, hohes Alter, Stammzelltransplantation, parenterale Ernährung, sowie Diät- und Fastenprogramme aber auch ein Hungerstreik weitere Risikofaktoren für eine WE. Diese kann innerhalb von Tagen eintreten. Bei bereits diagnostizierter WE sollte Thiamin konsequent mindestens oral weiterverordnet und Rehabilitationsmaßnahmen eingeleitet werden, da hierunter positive Langzeiteffekte berichtet wurden.

Schlüsselwörter

Thiamin-Mangel, Vitamin-B1-Mangel, Thiamin, Vitamin-B1, Wernicke-Enzephalopathie, Vitamin-B1-Substitution

Die Bedeutung der Wernicke-Enzephalopathie

In der täglichen Arbeit mit Suchtpatienten sehen sich klinisch tätige Ärzte häufig mit den durch einen Thiamin-(Vitamin B1)-Mangel verursachten neuropsychiatrischen Folgeschäden konfrontiert. Hier ist zunächst die Wernicke-Enzephalopathie zu nennen, die sich akut manifestiert. Als Spätfolge eines Vitamin B1-Mangels ist das Korsakow-Syndrom (KS) bekannt.

Erstmalig wurde 1881 durch Carl Wernicke (1848 – 1905) das klinische Syndrom bestehend aus einem Verwirrheitszustand (Bewusstseinsstörung), einer Okulomotorikstörung und einer Stand-/Gangataxie am Beispiel dreier Betroffener, einer Näherin und zwei alkoholabhängigen Patienten, beschrieben (Männer sind 1,7-fach häufiger betroffen als Frauen), das im Verlauf als Wernicke-Enzephalopathie Eingang in die medizinische Terminologie fand [1] und heute zu der bekanntesten neuropsychiatrischen Komplikation des Thiamin-Mangels gehört [2, 3].

Bezüglich der Diagnosestellung sowie einer wirksamen Therapie besteht noch erheblicher Informationsbedarf [4, 5, 6]. In Autopsie-Studien wurden sowohl bei Alkoholassozierten Todesfällen (ca. 10 %) als auch in der Allgemeinbevölkerung (ca. 2 %) höhere Prävalenzen einer Wernicke-Enzephalopathie gefunden, als aus klinischen Studien zu vermuten wäre [7, 8]. Wir möchten daher anhand von Erfahrungen des Klinikalltages Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Behandlung geben. Wir beziehen uns hierbei auf die neuropsychiatrischen Folgeschäden. Andere Folgeschäden wie die feuchte Beriberi-Erkrankung (Herzinsuffizienz, Ödeme) werden nicht einbezogen.

Die Rolle des Thiamins

Das essentielle wasserlösliche und hitzeempfindliche Thiamin wurde durch Christiaan Eijkman entdeckt, der dafür 1929 den Nobelpreis erhielt. Es wird bei gesunden Menschen, die sich normal ernähren, mit täglich maximal 8 – 15 mg in ausreichender Menge aufgenommen, bei einem Bedarf von 1 – 2 mg/d [9]. Die aktive Form ist das Thiaminpyrophosphat oder -diphosphat, das als Cofaktor im Citratzyklus, Pentosephosphatzyklus und Pyruvatzyklus eine zentrale Stellung im Energiestoffwechsel hat. Allerdings können die Speicher bei unzureichender bis fehlender Zufuhr bereits nach zwei bis drei Wochen erschöpft sein, etwa im Gegensatz zu zum Beispiel Vitamin B12, bei dem die Speicher für Jahre reichen können [10, 11]. Klassischer Auslöser einer Mangelsituation ist der chronische Alkoholabusus und der zum Beispiel im Rahmen eines Alkoholentzuges oder eines medizinischen Eingriffs vorhandene Mehrbedarf. Es kann jedoch auch ohne Alkoholabhängigkeit zu einer Wernicke-Enzephalopathie kommen [12]. Zum Beispiel bei Mangelernährung im Alter, im Rahmen einer parenteralen Ernährung oder im Rahmen einer psychischen Erkrankung, bei Essstörungen [13], bei Hyperemesis gravidarum [14], nach bariatrischen Operationen (meist 1 – 8 Monate danach) in der Adipositas-

¹ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Städtisches Klinikum Dresden-Neustadt

² Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, Städtisches Klinikum Dresden-Neustadt

³ Internistisches Zentrum Helios Klinikum Pirna und MVZ Pirna

Wernicke-Enzephalopathie

Klassische Trias

- 1) Bewusstseinsstörungen (Verwirrtheit bis Koma)
- 2) Okulomotorikstörungen
(Nystagmus, bilaterale Abducensparese, konjugierte Blickparesen)
- 3) Stand-/Gangataxie

nach Caine

Klassische Trias + Mangelernährung

→ 2 von 4 Symptomen ausreichend

Kasten 1

Korsakow-Syndrom (organisch amnestische Störung)

- partieller Verlust des Altzeitgedächtnisses
- Merkfähigkeitsstörungen („Sekundengedächtnis“), erhaltenes Immediatgedächtnis
- Unfähigkeit neue Gedächtnisinhalte zu speichern

fakultativ

- Konfabulationen
- Mangel an Einsicht
- Desorientiertheit

Kasten 2

chirurgie [15], bei Morbus Crohn und bei Tumorerkrankungen (NHL, Magencarcinom), insbesondere nach Chemotherapien (zum Beispiel nach Ifosfamid) [16] bzw. bei Stammzelltransplantierten [17] aber auch bei AIDS [18] sowie im Rahmen einer Dialyse. Iatrogen kann bei prädisponierten Patienten in Notfallsituationen eine Glukose-Infusion eine Wernicke-Enzephalopathie hervorrufen, da bei hoher Glukose-Zufuhr der Thiamin-Bedarf plötzlich steigt [19]. **Thiamin-Mangel ist nicht nur eine Folge von Alkoholkonsum.**

Die Klinik der Wernicke-Enzephalopathie

Neben der meist raschen Entwicklung ist die Diagnosestellung häufig eine Herausforderung. Die Diagnose muss klinisch gestellt werden. Leider ist die klassische Trias (siehe Kasten 1) nur bei höchstens einem Drittel der Betroffenen zu finden. Das Fehlen eines der drei klassischen Symptome führt häufig dazu, dass die Wernicke-Enzephalopathie nicht diagnostiziert wird. Berichtet werden auch bis zu 20 % der Patienten ohne eines

der drei klassischen Symptome [20, 21]. Laut der operationalisierten Diagnosekriterien (für alkoholabhängige Patienten) von Caine sind zwei von vier Symptomen (Mangelernährung, Symptomtrias) ausreichend zur Diagnosestellung [22] (ENFS Level B für alkoholabhängige Patienten und EFNS Good practice point für nicht-alkoholabhängige Patienten). Von der klassischen Symptomtrias ist die Verwirrtheit (Bewusstseinsstörung) meistens vorhanden: Orientierungsstörung, Indifferenz und Unaufmerksamkeit (inattentiveness), gestörte Gedächtnisfunktion. Selten (unter 5 %) kommt es zu Vigilanzminderung bis hin zu Koma und Tod.

Das Korsakow-Syndrom, als organisch-amnestische Störung, unterscheidet sich von der klassischen Wernicke-Enzephalopathie in wesentlichen Symptomen (siehe Kasten 2), was bei der Diagnosestellung zu berücksichtigen ist.

Laboruntersuchungen und Bildgebung

Laboruntersuchungen und Schädel-CT helfen selten weiter: Der Thia-

min-Stoffwechsel lässt sich in der Akutsituation nicht gut messen, da er in der Regel nicht im Rahmen des Notfall-Labors zur Verfügung steht. Bestimmt werden sollte der direkte Thiamin-Spiegel mittels HPLC-Analyse, sofern verfügbar [23]. Hierzu sollten 2 ml EDTA Blut gewonnen und lichtgeschützt versandt werden. **Ein normaler Thiamin-Spiegel schließt jedoch die Diagnose nicht aus [24], daher hat die Laborbestimmung keinen Stellenwert für die Therapieentscheidung.**

Auch eine regelrechte Schädel-MRT kann eine Wernicke-Enzephalopathie nicht ausschließen, kann aber dennoch im Rahmen der Differenzialdiagnostik (zum Beispiel paramedianer Thalamusinfarkt, zerebrales Lymphom, vCJD) sinnvoll sein und sollte daher stets durchgeführt werden. Der typische MRT-Befund bei einer Wernicke-Enzephalopathie zeigt Hyperintensitäten in der T2-Wichtung um den Aquädukt, den 3. Ventrikel, innerhalb des dorsomedialen Thalamus und im Bereich der Corpora mamillaria [25]. In den beschriebenen Bereichen ist die T1-Wichtung hypointens und die Diffusionswichtung auffällig [26, 27, 28]. Im akuten Stadium kann es außerdem zu einer charakteristischen Kontrastmittelanreicherung in den Corpora mamillaria kommen [29]. Wichtig ist, dass die Auffälligkeiten in der T2-Wichtung sich unter suffizienter Substitution innerhalb von 48 Stunden zurückbilden können, so dass hier eine zügige Bildgebung sinnvoll ist. Diese darf aber keinesfalls zur Verzögerung der Therapie führen.

MRT-Veränderungen können sich unter prompter Therapie zurückbilden.

Die bei Bewusstseinsstörung häufig durchgeführte Lumbalpunktion kann eine Laktaterhöhung oder eine leichte Proteinerhöhung als einzigen Hinweis zeigen. Die Laktaterhöhung lässt sich auch im Serum messen und kann auch ohne Lumbalpunktion ein Baustein bei der Diagnosefindung sein.

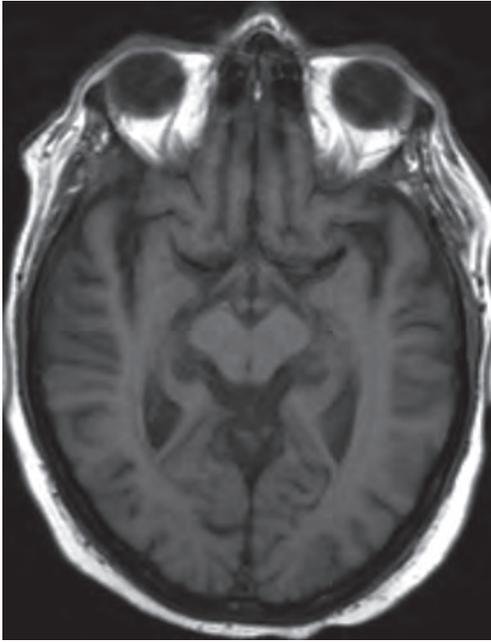


Abb. 1a
MRT-Aufnahmen: Beteiligung der Corpora mamillaria, die sich hier mit einer pathologischen Kontrastmittelaufnahme darstellt (Abb. 1b). T1-gewichtete transversale Sequenz vor (Abb. 1a) und nach i.v. (Abb. 1b) Kontrastmittelapplikation.

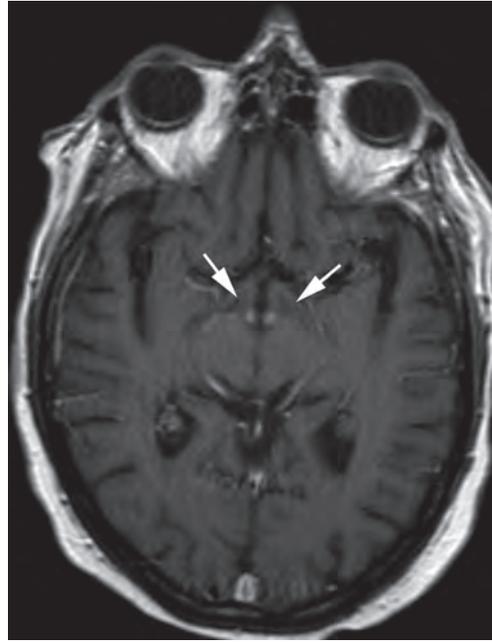


Abb. 1b
© Städtisches Klinikum Dresden-Neustadt, Radiologie

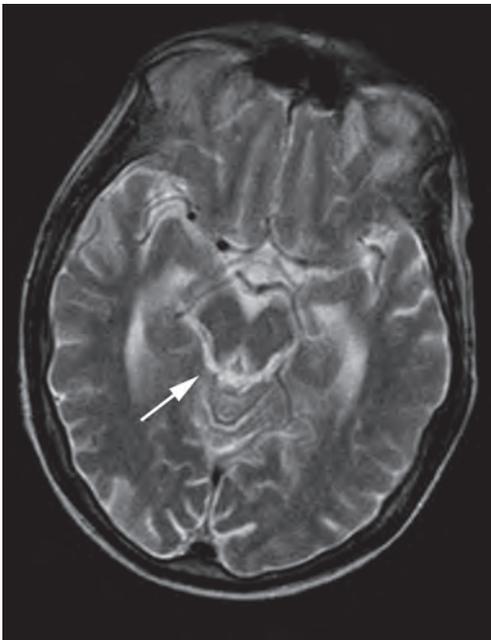


Abb. 2a
Typische Signalveränderungen periaquäduktal (Abb. 2a) und in der Vierhügelplatte (Abb. 2b). T2-gewichtete transversale Sequenz und FLAIR-Sequenz in sagittaler Schnittebene.



Abb. 2b
© Städtisches Klinikum Dresden-Neustadt, Radiologie

Sollten die Degenerationsmarker im Liquor mitbestimmt werden, so kann sich hier eine Erhöhung des Phospho-Tau als weiterer Hinweis zeigen [31, 32].

Es gibt Hinweise darauf, dass durch Thiamin-Mangel Laktatazidose und Ödembildung als auch Entzündungen und oxidativer Stress induziert

werden können und in Folge eine Neurodegeneration resultieren können [33].

Das bei Ophthalmoplegie und Ataxie differenzialdiagnostisch zu bedenkende Miller-Fisher-Syndrom (als Guillain-Barré-Variante) geht in der Regel mit einer zytoalbuminären Dissoziation (normale Zellzahl, hohes

Eiweiß) einher und hat therapeutische Konsequenzen (intravenöse Immunglobuline).

Die Laktaterhöhung im Liquor und Serum wird von einigen Autoren als Biomarker diskutiert [30].

Therapie der Wernicke-Enzephalopathie

Die Schwierigkeiten bei der Diagnostik (klinische Diagnose) sollten jedoch nicht davon abhalten, bereits bei geringstem Verdacht und immer bei Risikopopulationen (zum Beispiel Alkoholabhängigkeit) mit einer suffizienten Substitution zu beginnen (EFNS Good practice point). Bei Verdacht sollte der Patient gemäß den europäischen Leitlinien (EFNS) hochdosiert (3 x 200 mg, das heißt 3 x 2 Ampullen/Tag bis zu 3 x 500 mg/d; EFNS Level C) intravenös behandelt werden [35]. Nur hierdurch ist eine ausreichend hohe Substitution sichergestellt, da die Bioverfügbarkeit oral eingenommenen Thiamins gering ist und die oral resorbierte Rate proportional zur eingenommenen Dosis abnimmt. Das Ansprechen auf die Therapie sollte die Diagnose bestätigen. Andernfalls, zum Beispiel bei ausbleibender Besserung der Okulomotorikstörung, ist die Diagnose zu revidieren bzw. eine erneute Differenzialdiagnostik zu veranlassen. In der Regel folgt das Ansprechen in dieser Reihenfolge: Zuerst die Okulomotorikstörung (Stunden bis wenige Tage), dann folgt die Gangataxie (Wochen) und zuletzt folgen die kognitiven Defizite (Wochen bis Monate). Residuelle Defizite sind die Regel [3]. Im Einzelfall (Kasuistiken) gibt es auch nach stark verzögerter Therapie noch nahezu vollständige Rückbildungen. Relevante Differenzialdiagnosen sind unter anderem andere akute Enzephalopathien, degenerative Erkrankungen und das bereits erwähnte Miller-Fisher-Syndrom als GBS-Variante.

Unverzögliche Vitamin B1-Substitution bereits bei Verdacht auf eine Wernicke-Enzephalopathie und immer vor Glucosegabe, ohne hierdurch jedoch die Glucosegabe zu verzögern.

Die optimale Dauer der intravenösen Substitution ist unklar. Man wird sich hier an den Symptomen und an den praktischen Gegebenheiten wie zum Beispiel der Länge des stationären Aufenthaltes orientieren müssen. Mindestens drei Tage sollten es in jedem Fall sein, manche Schemata verlaufen über sieben Tage. Die dreimalige Gabe pro Tag ist durch die kurze Halbwertszeit von Thiamin im Blut nötig. Eine subkutane Gabe ist nicht zugelassen. Die intramuskuläre Applikation ist zugelassen, wird aber aufgrund extremer Schmerzhaftigkeit nicht mehr empfohlen und erscheint daher bei drei Applikationen pro Tag nicht sinnvoll. Das Risiko eines Bronchospasmus und einer Anaphylaxie ist extrem gering (1:1 Million pro intravenöser Applikation). Die iv-Gabe wird als sicher angesehen (EFNS Level B).

Zu geringe Dosen von Thiamin (50 – 100 mg) sind mit einer Mortalität der Wernicke-Enzephalopathie bis 20 % assoziiert.

Anschließend sollte oral weiter behandelt werden mit ebenfalls 3 x 200 mg, da es noch unter einer Dosis von 200 mg/Tag bei Alkoholabhängigen zur Entwicklung einer Wernicke-Enzephalopathie kommen kann [35]. Alkoholabhängige Patienten scheinen mehr Thiamin zu benötigen als andere von einem Thiamin-Mangel bedrohte Patienten [36, 37]. Hier spielt sicher die unter Ethanol vorhandene transmembranöse Downregulation thiaminspezifischer Transportproteine intestinaler Schleimhautzellen eine Rolle. Andererseits konnte für Patienten mit Mangelzuständen gezeigt werden, dass im Vergleich zu Patienten ohne Mangel eine erhöhte Resorption von Vitamin B1 besteht. Ursächlich liegt offensichtlich eine Hoch-Regulation apika-

Konsequenzen für Klinik und Praxis

- großzügige Diagnosestellung bzw. niedrige Verdachtsschwelle bei typischen Symptomen und Mangelernährung
- Behandlung mit 3 x 200 mg Thiamin pro Tag intravenös bei vermuteter Wernicke-Enzephalopathie
- bei Mangelernährung durchgehend Prophylaxe mit 3 x 200 mg Thiamin per os solange Risikokonstellation besteht
- bei fortbestehender Wernicke-Enzephalopathie kontinuierliche Weiterverordnung von Thiamin, da in Einzelfallberichten gutes Outcome in bis zu 20 % berichtet wurde und Anregung von Rehabilitationsmaßnahmen

Kasten 3

ler Thiamintransporter in intestinalen Schleimhautzellen zu Grunde.

Die exakte Dosis und Dauer der Vitamin B1-Substitution ist noch unklar, sollte jedoch mindestens bei über 200 mg Vitamin B1 iv pro Tag liegen und mindestens drei Tage erfolgen.

Angesichts der großen therapeutischen Breite und der niedrigen Tagestherapiekosten von unter einem Euro sollte bei weiterhin bestehenden Risikofaktoren (höheres Lebensalter, alkoholabhängiger Patient etc.) dauerhaft substituiert werden bzw. mindestens so lange, wie mögliche Symptome einer Wernicke-Enzephalopathie vorliegen. Gegebenenfalls muss bei fortdauernder Risikokonstellation auch in regelmäßigen Abständen parenteral substituiert werden. Hierzu existieren jedoch keine Daten. Die Kosten-Nutzen-Rechnung dürfte insgesamt positiv ausfallen, wenn man bedenkt, welche pflegerische Versorgung Wernicke-Korsakow-Patienten durch die Immobilität (residuelle Stand-/Gangataxie) und/oder die kognitiven Defizite benötigen.

In anderen Ländern wie zum Beispiel Australien werden seit 1987 Nahrungsmittel wie Brot mit Thiamin angereichert. Berichtet wurde hier-

unter ein bis zu 40 prozentiger Rückgang der Wernicke- und Korsakow-Fälle [38, 39]. Die europäische neurologische Gesellschaft (EFNS) unterstützt diesen Ansatz, wenn gleich in Deutschland unserem Wissen nach keine Bestrebungen hierfür vorhanden sind.

Vereinzelt wird auch Benfotiamin, ein lipophiles Allithiamin, empfohlen, das wegen seiner fünf- bis zehnfach höheren Bioverfügbarkeit gegenüber Thiamin bevorzugt eingesetzt werden sollte. In Gewebeverteilungsstudien von Hilbig und Rahmann (1998) konnte gezeigt werden, dass insbesondere im Gehirn und der Muskulatur 5 – 25-fach erhöhte Konzentrationen vorliegen als unter Substitution mit Thiamin [40].

Die MRT-Bilder sind Eigentum des Städtischen Klinikums Dresden-Neustadt, Abteilung Radiologie. Dank geht an den Leiter der Abteilung Herrn Dr. med. Hänig.

Literatur bei der Verfasserin

Interessenskonflikte: keine

Korrespondierende Autorin:
Dr. med. Theresa M. Glöckler
Leiterin der Akutstation und
Psychotherapiestation

Städtisches Klinikum Dresden-Neustadt,
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Heinrich-Cotta-Str. 12, 01324 Dresden
Theresa.Gloeckler@khdn.de

Time to Care

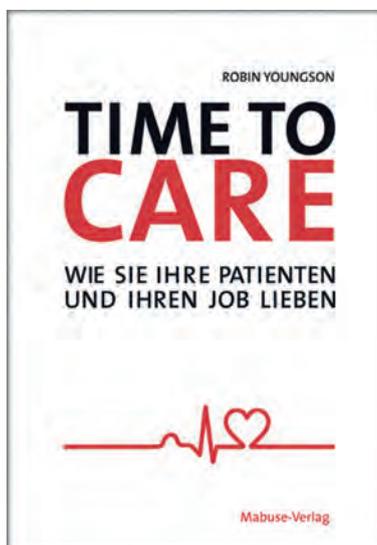
Wie sie ihre Patienten und ihren Job lieben

Robin Youngson;
aus dem Englischen übersetzt
von Marie Downar,
Mabuse Verlag GmbH Frankfurt
a. M. 2015, 315 Seiten
ISBN: 978-3-86321-318-3
Preis: 24,95 Euro

Was Sie schon immer für Ihren inneren Seelenfrieden als Arzt lesen wollten.

Mit Leidenschaft Arzt sein und doch nicht ausbrennen, geht das überhaupt noch in den heutigen Zeiten, in denen die Patienten immer anspruchsvoller werden, die Arbeitsverdichtung in Klinik und Praxis ein nie gekanntes Maß erreicht hat und die Bürokratie uns endgültig den Spaß an diesem wunderbaren Beruf verleidet?

Die Medizin ist nicht nur eine Humanwissenschaft, die sich exakter naturwissenschaftlicher Methoden bedient, sondern sie ist viel mehr. Sie lebt von der Vernetzung von Körper und Geist, von Technik und Erfahrung, von Kommunikation und Interpretation, von Interaktion und Com-



pliance, von Empathie und Sympathie und von vielem mehr. Der Ausdruck „ganzheitlich“ trifft es gut, ist aber leider überstrapaziert.

Durch die zunehmende ökonomische Überformung sowie eine Vereinheitlichung und Bürokratisierung aller Abläufe im Medizinbetrieb besteht die Gefahr, dass die ärztliche Heilkultur denaturiert wird und die menschlich und fachlich begründete Patienten-Arzt-Beziehung leidet. Zu diesen kritischen Entwicklungen und deren Linderung und Behandlung nimmt das Buch „Time to Care“ des international bekannten, neuseeländischen Arztes Dr. Robin

Youngson in hervorragender und einfühlsamer Weise Stellung.

„Time to Care“ wird in 14 gut gegliederten Kapiteln in auch für Patienten verständlicher Sprache abgehandelt. Der Autor analysiert nicht nur eindrucksvoll die Defizite im gegenwärtigen Gesundheitssystem und ihre Folgen bei Patienten, Pflegekräften und Ärzten, sondern er zeigt klare Wege auf, wie Achtsamkeit, Zuwendung und Fürsorge im oft hektischen Alltag erhalten und weiterentwickelt werden können.

Doch es sind nicht nur die wichtigen, sogenannten Soft Skills, die ausführlich abgehandelt und mit eindrucksvollen Kasuistiken anschaulich geschildert werden. Besonders überzeugend sind die wissenschaftlichen Bezüge zur modernen NeuroBiologie, zur Immunologie, Psychologie und Genetik.

Das Buch stellt Fragen und gibt Antworten für eine menschliche und mitfühlende Medizin. Praktische Tipps machen es zu einem realitätsnahen Ratgeber für alle, die dem Einzug der Monetik und Entmenschlichung der Patienten-Arzt-Beziehung etwas entgegenzusetzen wollen. Schreiten Sie zum Äußersten: lesen Sie es!

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

Opferhilfe und Opferschutz

3. LandesPräventionstag Sachsen



Am **20. und 21. Oktober 2016** findet der **3. LandesPräventionstag Sachsen** im Congress Center Leipzig (CCL) diesmal mit dem **Themenschwerpunkt „Opferhilfe und Opferschutz“** statt. Ist Opferwerdung überhaupt vermeidbar? Welche Ansätze und Präventionsprogramme sind am wirksamsten? Wie gut funktionieren Opferschutz und Opferhilfe? Der LandesPräventionstag zielt darauf ab, handelnden Akteuren im gesamten Feld der Prävention sowie speziell der Opferhilfe und des Opferschutzes Möglichkeiten zur Information, zum Austausch von Gedanken und zur Vernetzung staatlicher und nichtstaatlicher Aktivitäten zu ermöglichen. Referenten der Veranstaltung sind unter ande-

rem Prof. Dr. Dr. Klaus M. Beier (Charité Berlin), Dr. Heinz Kindler (Deutsches Jugendinstitut), Dr. jur. Christoph Gebhardt (Arbeitskreis der Opferhilfe e. V.) und Frauke Schwier (Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden). Workshops und Projektsports bereichern das Veranstaltungsprogramm.

Programm und Informationen unter www.praeventionstag-sachsen.de

Die Veranstaltung ist mit insgesamt 9 Fortbildungspunkten zertifiziert.

Dr. med. univ. Julia Schellong
Traumanetz Sachsen
Kommission Häusliche Gewalt –
Gewalt in der Familie,
Sächsische Landesärztekammer

Nachruf für Dr. med. Waltraut Fritzsch

*17.6.1923 † 30.4.2016

Am 30. April 2016 starb Frau Chefärztin i. R. Dr. med. Waltraut Fritzsch im 93. Lebensjahr in Dresden. Schwestern, Mitarbeiter und Patienten, besonders aber wir damals jungen Ärzte in internistischer Weiterbildung in den 1950er und 60er Jahren, trauern um eine hervorragende Ärztin und Lehrerin. Sie war Vorbild für eine hingebungs- und verantwortungsvolle Patientenbetreuung in Klinik und Ambulanz.

Dankbar und uneigennützig förderte sie Mitarbeiter, die mit Verstand und Herz bei der Patientenbetreuung mitarbeiteten.

1923 in Dresden geboren, studierte sie von 1943 bis 1949 in Jena und Leipzig Medizin. Dann war sie über ein Jahr dort im Pathologischen Institut tätig und legte eine solide Grundlage für die Arbeit am Patienten. Ihr eigentliches Interesse aber gehörte den Lebenden.

1952 begann sie die internistische Weiterbildung im Stadtkrankenhaus Dresden-Neustadt in Trachau, das 1945 wegen der großen Seucheneilage als Infektionskrankenhaus gegründet worden war. Nach Rückgang akuter Infektionen entwickelte es sich zum modernen Klinikum mit den wichtigsten Fachrichtungen und über 200 internistischen Betten.

Der Ärztliche Direktor und Chefarzt der Medizinischen Klinik, Dr. med. Alfred Schmeiser, beauftragte Frau Dr. Fritzsch als jüngste Oberärztin mit der verbliebenen relativ großen Infektionsstation und damit auch mit der Betreuung der seit 1947 aufgenommenen Poliomyelitis-Patienten aus dem ganzen Großraum Dresden. Ihre Lebensaufgabe und ihre Berufung begann mit der großen Polio-Epidemie 1957/58 mit schweren und schwersten Verläufen durch Atemlähmungen. Partiiell und komplett Atemgelähmte wurden auf einer eigenen Station mit Tankrespiratoren, sogenannten „Eisernen Lungen“, betreut.



Dr. med. Waltraut Fritzsch © Privat

Diese akute Polio-Endemie traf überwiegend junge Menschen. Oft wurden sie in letzter Minute aufgenommen. Schwerste Schicksalsschläge waren dabei, für manchen jungen Gelähmten wurde damit die geplante oder schon begonnene Lebens- und Berufslaufbahn beendet. Mehrere Patienten mussten Tag und Nacht in der „Eisernen Lunge“ bleiben, einige wurden bis ins späte Erwachsenenalter beatmet. Bei manchen Schwerkranken konnte Frau Dr. Fritzsch kleine berufliche Perspektiven anbahnen. Für diese Patienten war sie Ärztin, Psychologin, Seelsorgerin und Lehrerin in einer Person.

Später gelang es ihr mit fachkundigen Verhandlungen im Ministerium modernere und humanere Import-Beatmungsgeräte zu erhalten: Rumpfrespiratoren, Polio- und Spiromaten für Tracheotomierte.

Mit der aktiven Poliomyelitisimpfung ab 1958 gingen die Erkrankungszahlen und damit die Atemlähmungen sofort zurück.

Aus der Polio-Beatmungsstation entstand dann das „Bezirksbeatmungszentrum“ unter ihrer Leitung. Schwerkranken auch aus anderen Kliniken und der gesamten DDR wurden aufgenommen.

Besonders am Herzen lagen Frau Dr. Fritzsch jüngere Patienten mit Myasthenia gravis pseudoparalytica und

bedrohlichen Verläufen. Sie betreute diese Menschen wie auch einstige Polioopfer über Jahre weiter ambulant.

Sie half Polio-Selbsthilfegruppen, bemühte sich intensiv um Reha-Maßnahmen und andere soziale Belange. Vorträge und der Einsatz für Patienten mit dem noch unbekanntem Post-Poliosyndrom waren ihr wichtig.

Sie legte auch den Grundstein für die Abteilung für Gastroenterologie und Endoskopie der Medizinischen Klinik zusammen mit Oberarzt Priv.-Doz. Dr. med. habil. Klaus Poegel durch Einführung der Leber- und Nierenbiopsien und Laparoskopien.

1969 entstand folgerichtig eine eigenständige Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie. Chefin wurde Frau Dr. Fritzsch nach mit 45 Jahren erfolgreich bestandener Prüfung zum Zweitfacharzt für Anästhesiologie und Intensivtherapie. Sie leitete diese große Klinik bis zum Ruhestand mit vielen Kollegen und Spezialschwestern. Als Rentnerin war sie mehrere Jahre einige Stunden in der Woche eine hochwillkommene internistische Konsiliarärztin in der Chirurgischen Klinik. Wichtig waren für sie volkskundliche Aktivitäten in der Nachfolge ihres Vaters, einem angesehenen Wissenschaftler. Sie schrieb darüber auch in unserem Ärzteblatt. Obwohl sie in der täglichen Arbeit streng und fordernd war, erinnern sich manche dankbar an ihre herzliche Art bei feierlichen Anlässen. Wir, als spätere Leiter, sind alle durch ihre Schule gegangen. Mit den jetzigen Arbeitszeitvorschriften wäre sie ständig in Konflikt geraten. Ihre Sorge um ihre Patienten war nie zeitgebunden. Eine feste Arbeitszeit mit „pünktlichem Feierabend“ gab es für sie nicht.

In den letzten Jahren lebte Frau Dr. Fritzsch im Heim. Sie starb ohne lange Leidenszeit.

Dr. med. Hermann Queißer, Dresden
Priv.-Doz. Dr. med. habil. Klaus Poegel, Dresden
Dr. med. Uta Anderson, Dresden

Unsere Jubilare im Oktober 2016 – wir gratulieren!

65 Jahre

- 01.10. Dr. med. Schnabl, Michael
04207 Leipzig
- 02.10. Dr. med. Hempel, Heidrun
02708 Löbau
- 04.10. Klein, Karin
04289 Leipzig
- 05.10. Dr. med.
Wittekind, Reingard
04229 Leipzig
- 07.10. Dr. med. Baaske, Dieter
09439 Amtsberg
- 07.10. Dipl.-Med. Vier, Hannelore
04177 Leipzig
- 09.10. Dr. med. Jank, Christian
04207 Leipzig
- 10.10. Dr. med. Braun, Steffen
01445 Radebeul
- 12.10. Dr. med. Förster, Albrecht
04849 Bad Dübren
- 13.10. Dr. med. Hönigschmid, Helmut
04860 Torgau
- 14.10. Dr. med. Sütterlin, Steffi
01877 Bischofswerda
- 17.10. Prof. Dr. med. habil.
Siegert, Gabriele
01259 Dresden
- 18.10. Dipl.-Med. Gabriel, Martina
01705 Freital
- 20.10. Dipl.-Med. Wehnert, Sonnhild
02906 Niesky
- 21.10. Dr. med.
Schumann, Hans-Detlef
09306 Rochlitz
- 23.10. Dipl.-Med. Dost, Karin
09376 Oelsnitz
- 23.10. Dr. med. Schauder, Angelika
04860 Torgau
- 25.10. Dr. med. Kindel, Gesine
09127 Chemnitz
- 25.10. Dipl.-Med. Lorenz, Edith
08344 Grünhain-Beierfeld
- 26.10. Dr. med. Gruber, Karl-Heinz
08237 Wernesgrün
- 28.10. Dr. med. Schille, Regine
04317 Leipzig
- 30.10. Dr. med. Kupfer, Marion
09116 Chemnitz
- 30.10. Dr. med. Törpe, Alexander
09387 Jahnsdorf

70 Jahre

- 04.10. Roth, Detlef
08340 Erla

- 05.10. Ulrich, Christina
04277 Leipzig
- 09.10. Dipl.-Med. Große, Rosemarie
09405 Zschopau
- 21.10. Dr. med. Iwe, Balnur
01328 Dresden
- 21.10. Dr. med. Kern, Michael
01662 Meißen
- 21.10. Dr. med. Pilz, Ulla
01129 Dresden
- 28.10. Dr. med. Dietrich, Johannes
09241 Mühlau

75 Jahre

- 01.10. Dr. med. Schmidt, Gunhild
01731 Kreischa
- 02.10. Dipl.-Med. Hänisch, Erdmute
02708 Löbau
- 02.10. Heise, Hella
08060 Zwickau
- 03.10. Dr. med. Fellmann, Gerlinde
04319 Leipzig
- 03.10. Prof. Dr. med. habil.
Häntzschel, Holm
04451 Panitzsch
- 03.10. Dr. med. Metzger, Bernd
04159 Leipzig
- 03.10. Teucher, Hans-Jürgen
08261 Schöneck
- 05.10. Dr. med. Hillscher, Dorothea
01259 Dresden
- 05.10. Dr. med. Mehlhorn, Uta
09350 Lichtenstein
- 05.10. Dr. med.
Stumpf-Friedrich, Irene
04552 Borna
- 05.10. Dr. med. Wolff, Christine
04107 Leipzig
- 06.10. Fröhlich, Waltraud
08393 Meerane
- 07.10. Dipl.-Med. Waldinger, Peter
08132 Mülsen
- 08.10. Dr. med.
Hausmann, Hermann
02977 Hoyerswerda
- 08.10. Losse, Inge
08058 Zwickau
- 08.10. Dr. med. Pökert, Brigitte
01587 Riesa
- 09.10. Dr. med. Geipel, Gerd
08248 Klingenthal
- 10.10. Hütter, Monika
08468 Heinersdorfergrund
- 10.10. Dr. med. Weiß, Eberhard
08280 Aue
- 11.10. Dr. med. Baumgärtel, Bernd
01445 Radebeul
- 11.10. Hochmann, Gerlinde
01259 Dresden

- 11.10. Dr. med. Münch, Elke
01737 Tharandt
- 11.10. Dr. med. Wendler, Rainer
01309 Dresden
- 12.10. Dr. med. Menz, Heide-Maria
09661 Pappendorf/Striegistal
- 13.10. Dr. med. Eger, Jochen
01809 Meusegast
- 15.10. Dr. med. Hütter, Eckehard
01069 Dresden
- 17.10. Dr. med. Kästner, Peter
01259 Dresden
- 17.10. Dr. med.
Schönfelder, Gerlinde
04319 Leipzig
- 18.10. Dr. med. Feist, Wolfgang
09419 Thum
- 19.10. Dr. med. Knabe, Ulrich
08280 Aue
- 20.10. Neubert, Brigitte
09127 Chemnitz
- 20.10. Dr. Rattey, Uwe
04105 Leipzig
- 21.10. Schaller, Edda
04668 Großbothen
- 22.10. Dr. med. Pölzing, Hans-Jürgen
09123 Chemnitz
- 22.10. Dr. med. Teich, Christiane
09306 Rochlitz
- 25.10. Dr. med. Duck, Hannelore
04827 Machern
- 25.10. Dr. med. Hildesheim, Margot
02708 Löbau
- 25.10. Dr. med. Mayland, Jürgen
04229 Leipzig
- 25.10. Dr. med. Schmerler, Roland
01309 Dresden
- 25.10. Dr. med.
von Kirchbach, Almut
08228 Rodewisch
- 25.10. Wihnaleck, Ingrid
01796 Pirna
- 26.10. Vörkel, Natalja
04107 Leipzig
- 26.10. Dipl.-Med. Weinert, Bernd
04317 Leipzig
- 27.10. Dr. med. Groß, Sonja
09429 Wolkenstein
- 27.10. Dr. med. Müller, Anna
01587 Riesa
- 28.10. Dr. med.
Glasser, Uwe-Thorsten
01587 Riesa
- 29.10. Dr. med. Beyer, Heidrun
04105 Leipzig
- 29.10. Dr. med. Polster, Gisela
04654 Frohburg
- 29.10. Dr. med. Schmidt, Annelie
01796 Pirna

- 29.10. Stichel, Martin
02826 Görlitz
- 30.10. Dr. med. habil.
Lommatzsch, Renate
04299 Leipzig
- 31.10. Dr. med.
Schöne, Christl Barbara
01309 Dresden
- 80 Jahre**
- 01.10. Dr. med. Kecke, Günther
08451 Crimmitschau
- 06.10. Dr. med. Wolf, Peter
04552 Borna
- 07.10. Dr. med. habil. Dr. rer. nat.
Gabler, Wolfgang
09117 Chemnitz
- 08.10. Dr. med.
Rautenbach, Evamaria
02826 Görlitz
- 08.10. Dr. med. Rinke, Brigitte
02999 Lohsa
- 10.10. Dr. med. Hofmann, Volker
09123 Chemnitz
- 13.10. Dr. med. Stelzner, Arndt
01217 Dresden
- 17.10. Misch, Brigitte
08233 Treuen
- 22.10. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Riedel, Ingeburg
04109 Leipzig
- 27.10. Dr. med. Firnhaber, Dina
04275 Leipzig
- 81 Jahre**
- 01.10. Prof. Dr. med. habil.
Göpfert, Edith
04178 Leipzig
- 01.10. Prof. Dr. sc. med.
Schentke, Klaus-Ulrich
01326 Dresden
- 02.10. Dr. med.
Wendel, Hanns-Georg
09496 Marienberg
- 07.10. Dr. med. Luther, Theo
04159 Leipzig
- 07.10. Dr. med. Schulze, Ingrid
01847 Rathewalde
- 10.10. Dr. med. Geisler, Ullrich
02829 Markersdorf
- 10.10. Dr. med. Pause, Hans-Udo
09496 Marienberg
- 10.10. Prof. Dr. med. habil.
Seebacher, Claus
01309 Dresden
- 17.10. Dr. med. Sandow, Anne
01662 Meißen
- 20.10. Dr. med. Schilke, Gertrud
09603 Bräunsdorf
- 21.10. Beyer, Marianne
09212 Limbach-Oberfrohna
- 25.10. Dr. med. Polster, Ingrid
04159 Leipzig
- 25.10. Doz. Dr. med. habil.
Siegismund, Kurt
01309 Dresden
- 28.10. Werner, Karla
01816 Bad Gottleuba-
Berggießhübel
- 31.10. Dr. med. Basche, Friedrich
02739 Eibau
- 82 Jahre**
- 02.10. Dr. med. Kotsch, Siegfried
01219 Dresden
- 04.10. Dr. med. Lange, Eberhard
04159 Leipzig
- 06.10. Dr. med. Jahn, Wolfgang
08265 Erlbach
- 07.10. Dr. med. Wildeck, Christa
01468 Boxdorf
- 08.10. Dr. med. Fleischer, Christa
04275 Leipzig
- 12.10. Dr. med. Goethe, Wolfgang
01328 Dresden
- 13.10. Dr. med. Kittelmann, Maria
08309 Eibenstock
- 18.10. Wohlgemuth, Dorit
04229 Leipzig
- 19.10. Dr. med. Kopietz, Werner
04539 Groitzsch
- 21.10. Dr. med. Schippel, Gisela
04229 Leipzig
- 23.10. Dr. med.
Kretschmar, Diethelm
04720 Döbeln
- 23.10. Dr. med.
Tillmann, Monika
04654 Frohburg
- 25.10. Prof. Dr. med. habil. Dr.
med. dent. Pinkert, Rolf
01259 Dresden
- 26.10. Dr. med. Düniß, Erika
01187 Dresden
- 83 Jahre**
- 01.10. Dr. med. Audersch, Horst
04105 Leipzig
- 02.10. Dr. med. Scharfe, Erika
04838 Eilenburg
- 02.10. Dr. med. Unger, Gisela
01109 Dresden
- 05.10. Dr. med. Lenk, Sigrid
01279 Dresden
- 10.10. Dr. sc. med. Havelka, Jan
04107 Leipzig
- 10.10. Lehmann, Annemarie
04683 Naunhof
- 10.10. Dr. med. Wolf, Christine
04279 Leipzig
- 10.10. Dr. med.
Wünsche, Annemarie
01257 Dresden
- 12.10. Dr. med. Göhre, Hartmut
08258 Markneukirchen
- 13.10. Prof. Dr. med. habil.
Köhler, Klaus
01326 Dresden
- 13.10. Neubert, Dieter
01844 Neustadt
- 14.10. Dr. med.
Weinrich, Reinhilde
04107 Leipzig
- 15.10. Dr. med. Oelsner, Irene
04107 Leipzig
- 21.10. Dr. med. Grosser, Helmut
09120 Chemnitz
- 24.10. Dr. med. Mohnke, Evemaria
04347 Leipzig
- 26.10. Dr. med. Mehlhorn, Roland
08321 Zschorlau
- 29.10. Prof. Dr. med. habil.
Waurick, Siegfried
04668 Grimma
- 84 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
- 31.10. Dr. med. Schmidt, Alfred
08349 Johanngeorgenstadt
- 85 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
- 86 Jahre**
- 14.10. Dr. med. Resky, Ursula
04103 Leipzig
- 23.10. Dr. med. Kupsch, Dieter
01219 Dresden

- 87 Jahre**
24.10. Dr. med. Bechmann, Gerda
04275 Leipzig
- 88 Jahre**
21.10. Dr. med. Schmidt, Lothar
04442 Zwenkau
24.10. Junker, Eleonore
04416 Markkleeberg
- 89 Jahre**
01.10. Wiehe, Barbara
09430 Drebach
03.10. Jurisch, Else
02763 Zittau
11.10. Dr. med. Baudrexel, Alfred
01445 Radebeul
- 29.10. Dr. med. Leue, Johanna
02929 Rothenburg
- 90 Jahre**
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
- 92 Jahre**
18.10. Dr. med. Huth, Christa
04229 Leipzig

- 93 Jahre**
04.10. Prof. em. Dr. med. habil.
Ludewig, Reinhard
04357 Leipzig
- 95 Jahre**
13.10. Prof. Dr. med. habil.
Schlegel, Lotte
04109 Leipzig

Anzeigen



66er Examens-Jahrgang?

Hunderttausende Besucher sahen 1966 die Picasso-Ausstellung im Dresdner Albertinum, „Die Spur der Steine“ kam in die Kinos und die Beatles gaben ihr letztes Konzert vor zahlendem Publikum. Und wenn Sie 1966 Ihr Medizinstudium erfolgreich an der Medizinischen Akademie Carl Gustav Carus abgeschlossen haben, dann fühlen Sie sich herzlich angesprochen. Denn: Die Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden und das Universitätsklinikum veranstalten in diesem Jahr zum ersten Mal einen akademischen Empfang aus Anlass des 50. Jahrestages Ihres Studienabschlusses.

In einigen Ländern wird den Alumni, den Ehemaligen einer Universität – also Examinierten, Promovierten, Professoren und allen, die sich mit ihrer Alma mater verbunden fühlen – eine tragende Funktion zu Teil, wenn es darum geht, Aufgaben in Lehre und Forschung, aber auch bei der Repräsentation ihrer Universität in Gesellschaft und Politik zu übernehmen. Auch wir wollen verstärkt mit ihrer Erfahrung den Blick in die Zukunft schärfen. So wollen wir Ihnen auch unsere Aufmerksamkeit schenken und einen Rahmen für ein Wiedersehen mit Freunden und Kollegen bieten.

Der Empfang aus Anlass des 50. Jahrestages ihres Studienabschlusses findet statt am 15. Oktober 2016, Beginn wird um 10 Uhr sein.

Direkt im Anschluss an den Empfang findet der Alumni-Tag der Hochschulmedizin Dresden statt. Hier erhalten Sie neben geschichtlichen Informationen und einer Campus-Führung einen interessanten Einblick in das aktuelle Medizinstudium und treffen die Studenten von heute. Detaillierte Programm-Informationen sowie Veranstaltungsort und Anreiseinformationen erhalten Sie rechtzeitig im Vorfeld.

Wenn Sie Rückfragen haben, steht Ihnen das Alumni-Büro der Hochschulmedizin Dresden unter Tel.: 0351-458-19388, Email: carus.campus@uniklinikum-dresden.de jederzeit zur Verfügung.

Prof. Heinz Reichmann
Dekan

Prof. D. Michael Albrecht
Medizinischer Vorstand

Prof. Michael Meurer
Vorsitzender der Stiftung
Hochschulmedizin

www.hochschulmedizin-dresden.de



Wenn Patienten sterben möchten - aktuelle Herausforderungen an die ärztliche Sterbebegleitung

29. September 2016
17.30 Uhr

Heinrich-Braun-Klinikum
Hörsaal Haus 90
Karl-Keil-Straße 35
08060 Zwickau

Anmeldung
Tel.: 0351 8267-379
Fax: 0351 8267-312
ausschuesse@slaek.de

Die Veranstaltung ist mit vier Punkten zertifiziert.

Eine Fortbildungsveranstaltung des Arbeitskreises Ethik in der Medizin der Sächsischen Landesärztekammer.

Prof. Dr. med. Dr. med. dent. h.c. Heinrich Braun

Vor 95 Jahren, im Dezember 1921, eröffnete die neue chirurgische Abteilung unter Prof. Dr. Heinrich Braun (Abb. 1) den Betrieb in Zwickau-Marienthal. Das war der Start für das modernste staatliche Krankenhaus im damaligen Sachsen und darüber hinaus. Im sogenannten Pavillonsystem hatte sein Baumeister und zugleich Direktor dieses Krankenhauses, Heinrich Braun, sein Lebenswerk vollendet. Nachfolgend die Biografie dieses erfolgreichen Mediziners.

Heinrich Brauns Jugend und Medizinstudium

Am 1. Januar 1862 in Rawitsch (Provinz Posen) geboren, hatte Heinrich Friedrich Wilhelm Braun schon früh lernen müssen, Entscheidungen allein zu treffen. Seine Eltern waren gestorben, als er noch ein Kind war. Seine eigentliche Schulbildung erhielt er von 1871 bis 1881 in Dresden auf der Kreuzschule und im Vitzthumschen Gymnasium. Neben Mathematik, Physik und Chemie lobte er später in seiner Selbstdarstellung (Verlag von Felix Meiner, Leipzig, 1930) die Körperertüchtigung während dieser Zeit. Ein eigenes Labor am Heimatort diente zum Experimentieren. Er fand auch Zeit für die Musik. In der Literatur sprachen ihn besonders die Werke von Darwin und Goethe an. Schwierig war für ihn die Berufswahl. Er musste sich zwischen Musik und Medizin entscheiden. Seine Wahl fiel auf das Medizinstudium, welches er 1881 in Straßburg begann, in Greifswald fortsetzte und 1887 in Leipzig beendete. Im Dezember 1887 hatte Heinrich Braun auch seine Promotion zum Doktor der Medizin an der Leipziger Universität erfolgreich verteidigt. Persönlichkeiten wie der Chirurg Karl Thiersch (1822 – 1885), der Internist Adolf Strümpell (1853 – 1925), der Pathologe Karl Weigert (1845 – 1904), der Kliniker Ernst Wagner (1829 – 1888) und der Psychologe Wilhelm Wundt (1832 –

1920) waren seine Lehrer und hatten ihn geprägt.

Dr. Heinrich Brauns Weg zur Chirurgie

1887 hatte sich Heinrich Braun mit der Schwester seines Freundes Rudolf Volkmann verlobt. Die Nähe zur Familie Volkmann war der Grund, warum er die Ausbildung zum Chirurgen in der Volkmannschen Klinik in Halle antrat. In dieser Klinik traf er auf den Arzt Dr. Maximilian Oberst (1849 – 1925), bei dem er erstmals dessen Theorie und Praxis der örtlichen Betäubung bei Operationen an den Fingern und Zehen kennenlernte. Die Oberstsche Anästhesie begeisterte ihn sofort und sollte sein Spezialgebiet in Forschung, Lehre und Praxis werden.

1888 hatte Dr. Braun seine Verlobte, Antonie Gertrud Volkmann, geheiratet. Die junge Familie, 1889 war Tochter Erika zur Welt gekommen, zog 1891 nach Leipzig. Dem Chirurgen Dr. Braun schwebte eine Universitätslaufbahn vor. Zunächst eröffnete er 1892 eine Privatklinik mit fünf Betten und lernte mit einfachen Mitteln gut zu arbeiten. Er musste sich um alles selbst kümmern. Von Anfang an legte er jedoch großen Wert auf ein eigenes Labor für bakteriologische und mikroskopische Untersuchungen, sowie für fotografische Arbeiten. Außerdem stellte er sofort wieder Kontakt zu seinem alten Lehrer Thiersch her, denn dessen Meinung und Hilfe hinsichtlich der geplanten Habilitation waren für ihn sehr wichtig. Die Habilitation erfolgte 1894. Dozent Dr. Braun hatte außer der klinischen Praxis auch viele Jahre lang Vorlesungen zu bestreiten. Neben einer zweiten Privatklinik folgte Dozent Braun 1899 der Berufung als chirurgischer Oberarzt (Chefarzt) des im Aufbau befindlichen Diakonissenkrankenhauses in Leipzig. Die neue Einrichtung wurde am 24. Oktober 1900 eröffnet und verfügte über 76 chirurgische und 24 internistische Betten. Im Operationssaal fand bereits einen Tag später die erste Operation an einem elfjährigen Knaben statt. Mit der Eröffnung des Diakonissenkrankenhauses Leipzig nahm auch eine



Abb. 1: Porträt von Prof. Dr. Dr. Heinrich Braun (1862 – 1934)
© M. Seybold

Ambulanz den Dienst für die Bürger auf, die sich später zur größten konfessionellen Einrichtung dieser Art (Poliklinik) in Ostdeutschland entwickeln sollte.

Zur Tagesarbeit kam die Forschung hinzu. Hier standen die Narkose und die örtliche Betäubung im Mittelpunkt. Was Braun bei Oberst in Halle gesehen und gelernt hatte, war bislang so gut wie unbekannt und da setzte seine Forschungen an. Er wollte die örtliche Betäubung nach Oberst von einer Infiltrationsanästhesie zu einer Leitungsanästhesie für alle Körperregionen entwickeln. Neben genauer Kenntnis der Nervenbahnen war chirurgisches Können notwendig. Das Problem war damals die Giftigkeit des Kokains. Unzählige Mischungen verschiedener gelöster Substanzen hatten sich Dozent Braun und sein Assistent in die Unterarme gespritzt. Dies oft zu nächtlicher Stunde nach dem Dienst. Die vernarbten Unterarme beider Mediziner blieben dauerhafte Zeugen dieser Forschungstätigkeit. Eine weitere Hürde war die zu schaffende



Abb. 2: Holzbildhauer Karl Krügel (1893 – 1966), Kokerei Zwickau-Brüdenberg, 1932, Holzschnitt.

Blutleere im Operationsgebiet. Da kam der Zufall zu Hilfe. Dozent Braun las in einer Zeitung um 1900 von einem Mittel, welches die Blutgefäße verengte. Es handelte sich um einen Extrakt der Nebennieren von Schlachttieren und sollte des Rätsels Lösung werden. Er beschaffte sich diese Substanz, setzte es einer dünnen Kochsalzlösung zu und spritzte sich die Mischung in seinen Unterarm. Das Mittel für eine wirk-same örtliche Betäubung war gefunden: das Adrenalin!

Die örtliche Betäubung gestattet die Ansprechbarkeit des Patienten während der Operation und ist so für beide Seiten ein Vorteil. Die notwendigen Tierversuche konnte Dozent Braun im Leipziger Diakonissenkran-kenhaus durchführen. In Leipzig führte er als Chirurg auch eine große Zahl von Zahnextraktionen in örtlicher Betäubung durch. Das war auf diesem Gebiet etwas ganz Neues und dafür erhielt er 1923 die Ehren-doktorwürde der Zahnheilkunde durch die Universität Marburg. Seine Forschungsergebnisse spiegelten sich auch in den verschiedensten Publika-tionen wider. 1905 erschien sein Handbuch „Die Lokalanästhesie, ihre wissenschaftlichen Grundlagen und praktische Anwendungen“; 1925 folgte die 7. Auflage!

Neben der örtlichen Betäubung beschäftigte sich Privatdozent Dr. Braun auch mit der Narkoseproble-matik. Chloroform und Äther einzeln oder in Mischung, die Meinungen gingen auseinander. Er konstruierte ein Narkosegerät, dass auf dem Chi-rurgenkongress 1901 große Aner-kennung und in der Chirurgie selbst einen festen Platz fand. Seine eigen-ten Erfahrungen teilte er im Beitrag „Über Mischnarkosen und deren rati-onelle Verwendung“ im Archiv für klinische Chirurgie, Bd. 64, 1901 mit. So war die Leipziger Zeit für den Chi-rurgen Dr. Braun durchaus erfolg-reich, andererseits aber auch unbefriedigend. Elf Jahre waren vergan-gen, als ihm die Medizinische Fakul-tät der Universität Leipzig ein Extra-ordinariat, also nur den Professoren-titel, im Jahre 1905 vergab. Eine Universitätslaufbahn hatte sich für Prof. Braun erledigt, als ihm das Schicksal für seine Zukunft eine Tür öffnete.

Der Klinikdirektor Prof. Dr. Heinrich Braun in Zwickau

Der Direktor des Zwickauer Königlich Sächsischen Krankenstiftes, Prof. Dr. Karl Heinrich Karg (Jahrgang 1858), ein Schüler der Professoren Robert Koch und Karl Thiersch und ein aus-gezeichneter Chirurg, war im Sep-

tember 1905 mit dem Auto tödlich verunglückt. Der dadurch freigewor-dene Posten wurde Prof. Dr. Heinrich Braun angeboten und dieser nahm ihn an. Mit seiner Frau und den drei Kindern übersiedelte er im Januar 1906 von Leipzig nach Zwickau. Seine Hoffnung, hier für seine For-schungen, besonders die örtliche Betäubung betreffend, ein größeres Krankengut vorzufinden, erfüllte sich. Außerdem tauschte er zu sei-nem Vorteil die Privatpraxis gegen eine Beamtenlaufbahn. Was er in Zwickau vorfand, trug die Hand-schrift Kargs und war durch die von diesem in Zwickau eingeführten Magen- und gynäkologischen Ope-rationen chirurgisch ausgerichtet. Das Krankenstift lag allerdings in Ortsmitte und war von öffentlichen Verkehrsstraßen nicht nur umgeben, sondern auch durchzogen. Außer-dem war Zwickau als Industrie- und Bergbaustadt bekannt (Abb. 2). Lärm und Schmutz waren hochgra-dige Belastungsfaktoren für die Gesundheit der Bevölkerung, aber noch belastender für kranke Bürger. Fakt ist, dass in Zwickau von 1844 bis 1971 Steinkohle gefördert wurde. Dieser Schatz war kein Brennstoff, sondern ein Rohstoff, aus dem Gas, Teer, Ammoniak und Benzol gewon-nen wurden. Noch zu Brauns Zeiten, zum Beispiel 1926, wurden vom Gas-werk Zwickau 12 Millionen Kubik-meter Gas für 175.000 Einwohner in der Region abgegeben. An die von ihm 1906 in Zwickau vorgefundene Situation konnte sich Prof. Braun sogar noch bei seiner Abschiedsrede am 30. März 1928 erinnern, als er resümierte: „Als ich im Jahre 1906 die Leitung des Krankenstiftes über-nahm, da war es noch ein kleines auf eine Abteilung beschränktes Kran-kenhaus mit vielen Mängeln, rings herum umgeben von der schmutzi-gen und von Jahr zu Jahr lauter wer-denden Stadt. Ich denke noch mit Schrecken an den Lärm, den die armen Insassen unserer an der Ecke der Werdauer- und Stiftstraße ge-legenen Frauenstationen täglich und nächtlich über sich ergehen lassen mussten und an den Vesuv und an Pompeji und Herculanium erinnern-den alltäglichen Aschenausbrüche

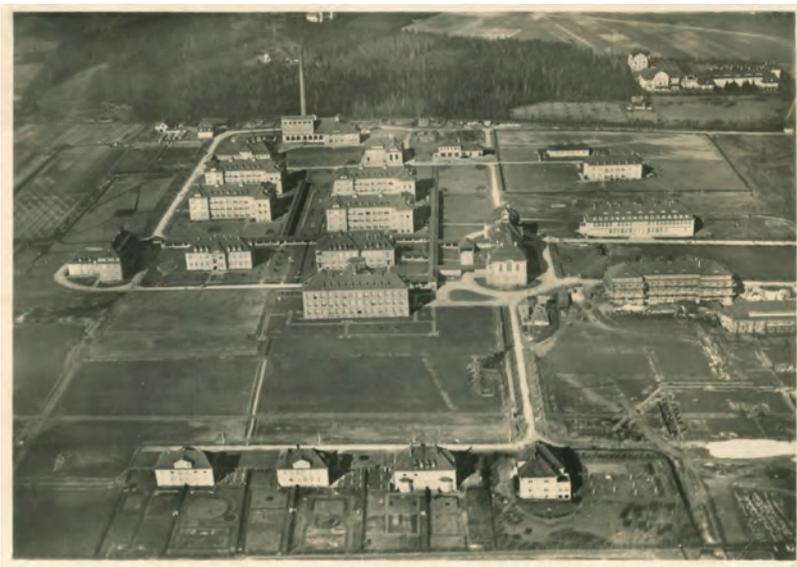


Abb. 3: Luftbild vom Neuen Staatlichen Krankenstift Zwickau, Postkarte von 1931



Abb. 4: Luftbild Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau, 2016

© pro-picture fotoagentur/Ralph Köhler

des Schornsteins des benachbarten Elektrizitätswerkes.“

Eine Änderung dieser Situation konnte nur durch eine Standortverlegung des Krankenstiftes erfolgen, eine Zielstellung, die schon Prof. Karg angestoßen hatte. Alle diesbezüglichen Versuche waren an einer massiven Bürokratie der sächsischen Landesregierung gescheitert. Prof. Braun verfolgte deshalb zwei Wege: unaufhörlicher Kampf gegen die Verwaltungsbürokratie und Verbesserung der Lage durch viele kleine Schritte. Es erfolgten Um- und Anbauten zur Einrichtung für Röntgenologie und Pathologie. Das Krankenstift erhielt auch eine wissen-

schaftliche Bibliothek und ausreichende Wirtschaftsgebäude. Die Wege zwischen den Pavillons wurden asphaltiert. Der Anstaltsdirektor bezog 1908 eine neuerbaute Villa.

1910 lebten in Zwickau 73.510 Bürger. 1911 verfügte das Krankenstift über 252 Betten und die Zahl der durchgeführten Operationen war auf 1.897 gestiegen. Direktor Braun legte großen Wert auf eine gute Aus- und Weiterbildung von Schwestern und Ärzten. Für entsprechende Veranstaltungen erhielt das Pathologische Institut einen Hörsaal mit 60 Plätzen. Bis 1911 kamen 44 wissenschaftliche Arbeiten aus dem Krankenstift. Die Grenzen waren in jeder

Hinsicht erreicht, da kam 1912 aus Dresden die Zustimmung für den Bau eines neuen Krankenhauses außerhalb der Stadt. Den Plan dazu hatte Prof. Braun mit seinen engsten Mitarbeitern bereits seit Jahren ausgearbeitet. Der Neubau erfolgte auf einer grünen Wiese, ca. fünf Kilometer vom Hauptbahnhof Zwickau entfernt, im Ortsteil Marienthal. Es sollte das Lebenswerk Heinrich Brauns werden. Der Arzt und Wissenschaftler hatte einen völlig neuen Krankenhausstil, das sogenannte Pavillonsystem, entwickelt (Abb. 3, 4). Die Bautätigkeit wurde durch den Ersten Weltkrieg unterbrochen, aber dann entstand eine Krankenanstalt, die auf Jahre hinaus und über Deutschlands Grenzen hinweg ein Vorzeigeelement war. Nach Fachbereichen getrennt, entstanden mehrstöckige Klinikgebäude, deren Nutzung nach Ruhestätten für Patienten und Arbeitsstätten (Behandlungs- und Operationsräume) differenziert waren. Auch die Fassadengestaltung war eine architektonische Neuheit. Für die Patientenräume galt das Prinzip „Licht, Luft und Sonne“. Die grauwandigen Operationsräume waren klein gegen die viel größer gehaltenen Nebenräumlichkeiten. Das Marienthaler Gelände bot genügend Platz für alle Versorgungsbereiche. Es entstanden auch Wohnungen für das Personal und für mehrere Arztfamilien. Im Dezember 1921 eröffnete die Chirurgische Abteilung unter Prof. Dr. Heinrich Braun den Betrieb im neuen Staatlichen Krankenstift Zwickau. In den Krankensälen standen die Betten für 16 Patienten in einer Reihe, so dass jeder Patient Sicht ins Freie (bei schönem Wetter bis zum Erzgebirgsrand) hatte. Die Fenster reichten von der Decke bis zum Fußboden und konnten sogar gekippt werden, ganz nach Brauns Vorstellungen. Das war auch ein bewusster Effekt für die Seele des Kranken.

Nach der Chirurgie nahm die innere Abteilung 1922 ihren Betrieb auf und 1923 folgten Abteilungen für Haut- und Geschlechtskrankheiten. Schließlich war 1930 mit der Frauenklinik ein Staatliches Krankenstift mit einer Kapazität von 778 Betten fertigge-



Abb. 5: Stele von Prof. Dr. Dr. Heinrich Braun im Park des „HBK“
© Ch. Rettig

stellt, das über die Grenzen Sachsens hinaus bekannt wurde.

Die Anzahl der in der Chirurgischen Abteilung durchgeführten Operationen hatte die 3.000-Marke erreicht und was allein auf den „Braunschen Einfluss“ zurückzuführen war, ist dabei der Anteil der örtlichen Betäubung. Er betrug 50 Prozent!!

In Zwickau hatte Prof. Braun für seine Forschungen tatsächlich das dafür erforderliche Patientengut gefunden. Es war zugleich die Basis für sein Gemeinschaftswerk „Allgemeine Operationslehre“, das er mit den Chirurgen August Bier (1861 – 1949) und Herrmann Kümmel (1852 – 1937) erarbeitete und welches 1922 in 5. Auflage erschien.

Als Leiter eines großen Klinikbetriebes hatte Prof. Dr. Heinrich Braun besonderes Gewicht auf ein harmonisches Miteinander aller Mitarbeiter der Bereiche untereinander gelegt. Er nannte dieses Prinzip „Selbstverwaltung und Selbstverantwortung“. Er sah darin ein demokratisches Ele-

ment. Abgesehen vom sogenannten Betriebsklima war ein solcher Führungsstil auch angenehm für die Patienten im Krankenstift. So lief der Betrieb in Marienthal, auch wenn der „Chef“ nicht im Hause war.

Brauns Name bleibt bis heute mit der örtlichen Betäubung verbunden und seine Erfahrungen als Generaloberarzt während des Ersten Weltkrieges sind mit der „offenen Wundbehandlung“ und der „Braunschen Beinschiene“ unvergessen. Am 30. März 1928 endete seine Dienstzeit in Zwickau. Er übergab die Direktion an seinen Schwiegersohn, Prof. Dr. D. Kulenkampff, der ihm schon bei der Planung und Errichtung des „Neuen Krankenstiftes“ die rechte Hand war. Das Leben von Prof. Dr. Dr. med. Heinrich Braun endete am 26. April 1934 in Überlingen am Bodensee.

Ehrungen und ein „falsch Zeugnis“ wider Heinrich Braun

1906 wurde Prof. Dr. Heinrich Braun mit der Übernahme des Königlich Sächsischen Krankenstiftes in Zwickau vom sächsischen König zum Medizinalrat ernannt. 1915 verlieh ihm die Universität Heidelberg die „Kußmaul – Medaille für Verdienste um die Heilkunde“. 1916 folgte die Ernennung zum „Geheimen Medizinalrat“ und 1923 die Verleihung der Ehrendoktorwürde der Zahnheilkunde durch die Universität Marburg. Im Januar 1926 wurde Prof. Dr. Braun Ehrenbürger der Stadt Zwickau und sechs Monate nach seinem Ableben, im Oktober 1934, erhielt die von ihm geschaffene Einrichtung in Zwickau – Marienthal den Namen „Heinrich – Braun – Krankenhaus“ (Abb. 5). Das „HBK“ ist bis auf den heutigen Tag als modernes Großkrankenhaus ein Begriff und befindet sich in der Hand der Stadt Zwickau.

Unter den vielen Publikationen von Prof. Dr. Heinrich Braun findet sich auch der Beitrag „Die künstliche Sterilisation Schwachsinniger“, veröffentlicht im Zentralblatt für Chirurgie Nr. 3 (1924). Darin wurde berichtet, dass der damalige Bezirksarzt von Zwickau – Land, Dr. Boeters, angefragt hatte, ob auch im Zwickauer Krankenstift zu Sterilisierende aufge-

nommen würden. Auf Betreiben des fanatischen Rassenhygienikers Dr. Boeters, dem Verfasser der „Lex Zwickau“, wurden zwischen 1923 und 1933 in der Region Zwickau 250 Menschen durch künstliche Sterilisation unfruchtbar gemacht. Über vier Operationen hatte Prof. Braun berichtet. Er legte ausdrücklichen Wert darauf, dass er seine Zustimmung erst zur Vornahme der Operation gab, nachdem die schriftliche Einwilligung der Eltern oder deren gesetzlicher Vertreter sowie ein psychiatrisches Zeugnis vorlagen! Die genannte Publikation erschien als Literaturstelle in seiner Selbstdarstellung von 1930, in der Dissertationschrift von Ute Heller (1986) und im Beitrag des Autors „Das Erbgesundheitsgericht“ im Ärzteblatt Sachsen (Heft 5/2002). Den zuletzt genannten Beitrag im Ärzteblatt Sachsen kannte der ehemalige Zwickauer Dompfarrer Dr. Edmund Käbisch. Dieser war von 2004 bis 2007 als Religionslehrer an einem Zwickauer Gymnasium tätig und hatte mit den Religionsschülern ein Projekt zur Aufarbeitung der Medizinverbrechen während des Nationalsozialismus in der Region Zwickau in Angriff genommen. Im Visier standen Zwangssterilisation und Euthanasie im Dritten Reich. Das Recherchematerial wurde für eine Ausstellung genutzt und erregte in der Öffentlichkeit Beachtung und Aufsehen. Auch die Freie Presse berichtete darüber. Im Juli 2005 kam es zu der unglaublichen Feststellung, dass Prof. Dr. Heinrich Braun ein früher Befürworter und Förderer der Euthanasie gewesen sei. Eine unfassbare Diffamierung! Aber noch nicht genug: Die Religionsschüler des Zwickauer Clara – Wieck – Gymnasiums stellten im März und April 2006 in von ihrem Religionslehrer unterschriebenen Briefen an die Sächsische Landesärztekammer in Dresden und an den Zwickauer Oberbürgermeister den Namen am „HBK“ und die Ehrenbürgerschaft Heinrich Brauns in Frage! Als offener Brief gedacht, ist dieser Vorgang in Edmund Käbischs „Tu deinen Mund auf für die Schwachen“ (1. Auflage 2012, Seite 13) nachzulesen. Die Religionsschüler und ihr

Lehrer hatten die Mitteilung Heinrich Brauns von 1924 mit dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses von 1933 gleichgesetzt. Das ist historisch und juristisch gesehen purer Unsinn. Die Antworten aus Dresden und dem Zwickauer Rathaus waren eindeutig. Die Briefe mussten zurückgenommen werden. Um mit den

Worten von Martin Luther zu sprechen, hatte das „falsch Zeugnis“ (8. Gebot) nicht gegriffen.

Die Sächsische Landesärztekammer und die Stadtverwaltung Zwickau halten das Ansehen von Heinrich Braun und sein humanistisches Werk in Ehren.

Hieronymus Bosch. Das vollständige Werk

Autor: Stefan Fischer
Verlag: TASCHEN
Hardcover mit Ausklappseite
24 x 32,7 cm, 300 Seiten
ISBN 978-3-8365-3831-2
Preis: 29,99 Euro

Sündiges Treiben und Höllenqualen – Hieronymus Bosch zum 500. Todestag

Das Werk des Renaissance-Künstlers Hieronymus Bosch (1450 – 1516) hat bis heute zahlreiche Fans. Fasziniert von seinen fantasievollen Bildern, seinen schaurigen Monstern und rätselhaften Mischwesen zieht es viele Betrachter in seinen Bann. In seinen Werken spielt Bosch mit der Angstlust. Aber vor allem hat er mit seinen höllischen Horrorszenerien die Monster christlicher Moral und Glaubensvorstellung geoutet. Fliegende Fische, Hexen, Fabelwesen: Die Gemälde von Hieronymus Bosch faszinieren seit Jahrhunderten Menschen in aller Welt. Der Künstler ist im normalen Museumsbetrieb der Popstar unter den alten Meistern. Himmel und Hölle, dazwischen der ganz normale, alltägliche Wahnsinn. Das hat Hieronymus Bosch nicht nur im Triptychon „Der Heuwagen“ son-

dern auch beim „Narrenschiff“ und „Der Garten der Lüste“ detailliert gemalt.

Seine Gemälde wurden so häufig kopiert und imitiert, dass die Zahl der Kopien die der eigenhändigen Werke um ein Vielfaches übersteigt. Heute werden dem Künstler nur 20 Gemälde und acht Zeichnungen mit Sicherheit zugeschrieben. Gleich zwei große Ausstellungen in diesem Jahr präsentierten das umfangreiche Werk des niederländischen Künstlers anlässlich seines 500. Todestages. Eine Rekordzahl hat die Jubiläumsausstellung „Hieronymus Bosch – Visionen eines Genies“ in der niederländischen Stadt 's Hertogenbosch erreicht. Und Madrid widmete ihm eine noch größere Ausstellung im Prado.

Erdbeeren, Brombeeren, Trauben, saftig und überreif. Verführung, Leidenschaft, Sodomie, Homosexualität. Menschen, die sich in allen möglichen Konstellationen und Orten lieben. Selbstvergessen, unschuldig. All das vereint „Hieronymus Bosch – das vollständige Werk“. In dem aus Anlass des 500. Todestages des Malers bei Taschen erschienenen Band beantwortet der Kunsthistoriker Stefan Fischer zahlreiche Fragen zum Werk des Malers der Spätgotik und Renaissance. Er ergründet, warum Boschs Bilder so einflussreich waren. Das Buch liefert auf der

Dr. med. Heinz Zehmisch, Plauen

Das Redaktionskollegium des „Ärztblatt Sachsen“ gratuliert Herrn Dr. med. Heinz Zehmisch ganz herzlich zum 80. Geburtstag.



Grundlage des jüngsten Forschungsstandes zudem einen Überblick über das gesamte Schaffen des Künstlers. Alle Gemälde werden ganzseitig und in Ausschnitten gezeigt. Die über ein Meter lange Falttafel des Gartens der Lüste und zahlreiche Detailabbildungen erlauben es, die Bilderfindungen des Künstlers neu zu entdecken.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Hopfen und Malz – Gott erhalt's

Dieser alte Reim ist nicht von ungefähr so verbreitet. Er bezieht sich nämlich auf eines der beliebtesten Getränke in Deutschland: das Bier. Am 7. April 2016 gab die Deutsche Post eine Sondermarke zum 500. Jahrestag des Reinheitsgebotes für Bier heraus. Dabei handelt es sich somit um das weltweit älteste ununterbrochen gültige Lebensmittelgesetz. Die Marke zeigt in stark stilisierter Form ein Glas helles Bier mit einer Gerstenähre und Hopfendolden.

Sachsen hat eine besondere Beziehung zum Bier. In Dresden wurde 1836 die erste deutsche Aktienbrauerei gegründet. 1892 erfand der sächsische Unternehmer Robert Sputh (1843 – 1913) den heute noch allenthalben verwendeten Bierdeckel. Um 1920 befanden sich die größten Sudgefäße der Welt in Leipzig. Gegenwärtig liegt Sachsen nach Bayern und Nordrhein-Westfalen an dritter Stelle der deutschen Bierproduktion (195 Liter/Person/Jahr). Von den über 1.300 Brauereien in Deutschland sind etwa die Hälfte sogenannte „Mikrobrauereien“ mit einer Produktion von weniger als 1.000 Hektoliter pro Jahr. In Sachsen befinden sich etwa 55 Brauereien, davon ca. 30 mit überregionaler Bedeutung. Von den in Deutschland produzierten rund 5.000 Biersorten gibt es in Sachsen 310.

Die Geschichte des Bieres reicht weit zurück. Schon vor Jahrtausenden wurde in Ägypten ein bierähnliches Getränk aus unvollständig gebacke-



nem Brot und Wasser hergestellt. Bei den Kelten war Gerstenbier bekannt. Im Mittelalter entwickelten sich vor allem zahlreiche Klosterbrauereien. Das erste urkundlich belegte Braurecht wurde 974 von Kaiser Otto II. der Kirche zu Lüttich zugesprochen. Es gab jedoch noch keine einheitliche Rezeptur. Immerhin wies bereits die Benediktinernonne Hildegard von Bingen (1098 – 1179) auf die positive Rolle des Hopfens hin. Bemerkenswert erscheint ferner, dass Bier auch als Getränk für Kinder Verwendung fand. Der Alkoholgehalt war in der Regel sehr gering, und durch den Herstellungsprozess erwies sich das Bier als ungefährlicher für Infektionen, als das oft stark unreinigte Wasser.

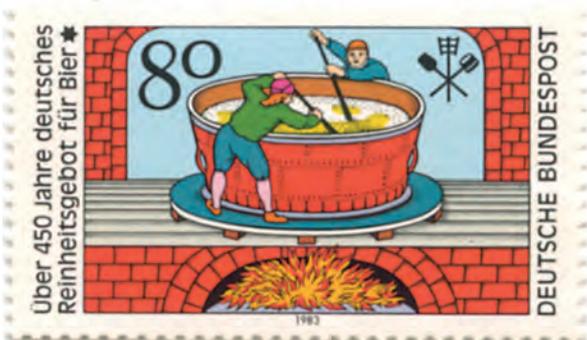
1487 legte der Münchener Herzog Albrecht IV. fest, dass für die Herstellung von Bier ausschließlich Gerste, Hopfen und Wasser zu verwenden sei. Diese Bestimmung wurde am 23. April 1516 als Landesordnung auf ganz Bayern ausgedehnt. Später wurde lediglich noch Hefe als Zusatz anerkannt. Wesentliche Fortschritte der Bierbrautechnologie stammen aus Wien. Dort entdeckte man im 19. Jahrhundert die Zweckmäßigkeit einer Kühlung während bestimmter Phasen der Herstellung. So entwickelten sich die untergärigen Biere als Grundlage für die Pilsner Brauart. Bei den untergärigen Bieren sinkt die Hefe bei niedriger Temperatur (6 – 9° C) auf den Boden der Braugefäße. Der Brauprozess dauert länger. Die Haltbarkeit beträgt ein Mehrfaches des obergärigen Bieres. Bei die-

sem steigt die Hefe infolge Bildung kleiner Gasbläschen bei höherer Temperatur (15 – 20° C) an die Oberfläche. Dieses Bier ist zum alsbaldigen Verbrauch bestimmt.

Das bayerische Reinheitsgebot gewann an Bedeutung und war ab 1906 für das gesamte Deutsche Reich verbindlich. Nach Ende des 2. Weltkrieges gab es im Zusammenhang mit der allgemeinen Mangelsituation in Deutschland eine zeitlich begrenzte Lockerung der Bestimmungen, so dass auch Hirse, Zucker, Zuckerrübenschnitzel und anderes zur Bierherstellung verwendet wurden. In der DDR waren später mehrere Zusatzstoffe erlaubt, so Reis- und Maisgrieß, Milchsäure und anderes mehr. Generell besaßen in Deutschland mehrere Biersteuergesetze (1923, 1952, 1993) und gegenwärtig die sogenannte Bierverordnung von 2005 Gültigkeit. Diese beinhaltet strenge Vorschriften für einheimische untergärige Biere auf dem deutschen Binnenmarkt, während Importbiere sowie deutsche Exportbiere nicht daran gebunden sind. Vorausgegangen waren seit 1987 Verhandlungen, auch kontroverse, mit Europabehörden.

Die bedeutende Vielfalt der Biersorten resultiert aus der Auswahl, Quantität, der Einwirkungsdauer während des Brauprozesses und weiteren Besonderheiten, vor allem der Bestandteile Hopfen und Malz.

Der zu den Hanfgewächsen zählende Hopfen umfasst zwei Hauptgruppen: wilden und echten Hopfen (*Humulus lupulus*). Zur Bierherstellung wird nur letzterer herangezogen. Es gibt hunderte Hopfensorten; bis auf wenige sind sie jedoch ohne wirtschaftliche Bedeutung. Verwendet werden nur weibliche Pflanzen. Ihre Ähren bezeichnet man als Dolden. Als Kletterpflanzen ranken sie sich auf den bis sieben Meter hohen in der Landschaft weithin sichtbaren Stangenfeldern. Die Einteilung erfolgt nach Aroma- und Bittersorten. In Deutschland wird Hopfen seit über 1.100 Jahren angebaut. Besonders verbreitet ist er in der Hallertau (Bayern). Es folgen Sachsen, Thüringen,





Sachsen-Anhalt, Baden-Württemberg und Franken sowie einige weitere kleine Flächen. International gehört Deutschland neben den USA und der Tschechischen Republik zu den bedeutendsten Hopfenproduzenten. Malz wird ganz überwiegend aus Sommergerste hergestellt. Unter historischem Aspekt war die Verwendung von Roggen und Weizen zur Bierherstellung wegen deren Bedeutung für die Ernährung nicht stattlich. Es gab nur vereinzelte Ausnahmen zum Brauen von Weizenbier. Als Braumalz bezeichnet man durch Mälzung (= kontrollierter Keimvorgang) verändertes und getrocknetes Getreide. Die Keimung führt insbesondere zu einer verstärkten Enzymbildung.

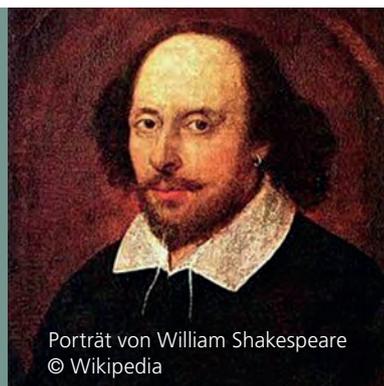
Die Frage, ob dem Bier eine gesundheitsfördernde oder -schädigende Wirkung zukomme, ist seit langem und nicht selten leidenschaftlich diskutiert worden. Es gibt also durchaus ein Pro und Kontra. Als positive Faktoren werden geltend gemacht, dass Hopfen zahlreiche ätherische Öle und Bitterstoffe enthalte und Malz reich an Vitaminen B (B 2, B 6 und

Niacin) sei und außerdem über Kupfer, Zink, Eisen, Phosphorsäure sowie Kalium und Natrium verfüge. Günstig beeinflusst würden Appetitlosigkeit und Unruhe, die Herzinfarktrate sei niedriger als bei Nichtbiertrinkern. Außerdem werde der Dopaminspiegel erhöht und ein Glücksgefühl hervorgerufen. Dazu reiche unter Umständen bereits der einfache Biergeschmack aus. Die negative Seite des Bieres liege in erster Linie im Alkoholgehalt. Die womöglich tägliche Aufnahme auch kleiner Alkoholmengen schädigt auf die Dauer Leber und Hirn. Der gesteigerte Appetit führt zum sogenannten Bierbauch. Die Aufnahme größerer Alkoholmengen verstärkt – wie Studien belegen – die Bereitschaft zur Krebsentstehung. Der chronische Alkoholabusus birgt die Gefahr der Suchtentwicklung. Der Alkoholgehalt der gängigsten Biersorten liegt zwischen 4,5 und 6 Prozent. Biere werden nach dem Stammwürzegehalt eingeteilt. Dieser beträgt 1,5 beim Einfachbier und 16 Prozent beim Starkbier. Der Alkoholgehalt liegt etwa bei einem Drittel dieses Wertes. Einer allgemeinen Anforderung entsprechend sind auch alkoholfreie Biere entwickelt worden. Dabei wird entweder der Gärprozess unterbrochen oder der Alkohol entfernt, etwa durch Vakuum-Verdampfer. Die vorliegende Sondermarke ist dem Philatelisten sehr willkommen. Sie bereichert die Motivsammlung „Bier“.

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. med. habil. Balthasar Wohlgemuth,
Leipzig

Aus Anlass des 400. Todestages von William Shakespeare drucken wir auf den nachfolgenden Seiten den Artikel „Shakespeare als Mediziner“ von Dr. Friedrich Thomsen nach. Wir danken dem Arzt und Enkel des Verfassers, Dr. med. Holger Thomsen, für den Hinweis auf den Artikel und die Übersendung des Originaldrucks.



Porträt von William Shakespeare
© Wikipedia

1937

Sonderabdruck

Nr. 17

DIE MEDIZINISCHE WELT

HAUPT-
SCHRIFTFLEITER:
PROFESSOR DR.
VICTOR SCHILLING

ÄRZTLICHE WOCHENSCHRIFT

VERLAG: DIE MEDIZINISCHE WELT W. MANNSTAEDT & CO. — BERLIN SW 11

Shakespeare als Mediziner

Dr. FRIEDRICH THOMSEN, Plauen i. V.

William Shakespeare, Englands größter Dramatiker, einer der bedeutendsten Bühnendichter aller Zeiten, 1564 bis 1616, zeichnete sich ganz besonders aus durch seinen großen Reichtum an Welt- und Menschenkenntnis und durch seine eminente Beobachtungsgabe, was er in seinen Dichtungen auf so vielen verschiedenen Gebieten des menschlichen Wissens betätigt hat, daß beispielsweise ein englischer Geistlicher aus seinen Werken nachzuweisen suchte, daß er Theologe, jedenfalls aber ein gründlicher Bibelkenner gewesen sein müsse. Ein höherer englischer Jurist dagegen hat ihn schon vor Jahrzehnten für die juristische Fakultät in Anspruch genommen (Shakespeares legal acquirements, considered by John Lord Campbell, London 1859). Auch bei uns ist vor nicht allzu langer Zeit eine interessante Abhandlung eines Juristen erschienen, wonach Shakespeare rechtskundig gewesen sein muß, mindestens aber in jungen Jahren Schreiber bei einem Londoner Advokaten. Ein Naturwissenschaftler hat der Überzeugung Ausdruck gegeben, daß er Botanik studiert haben müsse; ein maßgebender Seemann meinte, daß er sicher eine Zeit seines Lebens zur See gefahren sein muß. Aber auch Landwirt, Metzger, ja, auch Schneider dürfte er nach Überzeugung anderer eine Zeitlang gewesen sein, so gründlich seien seine Kenntnisse auch auf diesen Gebieten. Ebenso, ja, mit vielleicht mehr Recht, können wir Shakespeare für die Medizin in Anspruch nehmen nach vielen in seinen Werken vorkommenden Stellen, in denen er nicht nur physiologische Zustände der menschlichen Natur einwandfrei schildert, sondern auch

krankhafte Veränderungen richtig darstellt. Ganz klassisch hierfür ist das Märchen vom Aufstand der Glieder eines Körpers gegen den Bauch, das Menenius Agrippa dem aufrührerischen Pöbel Roms erzählt (Coriolan, Akt 1, Szene 1), überaus charakteristisch für die Shakespearsche Schilderung, hier des Ernährungsprozesses. Das Märchen selbst ist übrigens nicht von Shakespeare selbst, sondern der alten Geschichte entnommen und offensichtlich gern von ihm dichterisch verwertet worden:

*Menenius: Einst rebellierten wider ihren Bauch
Die Glieder eines Körpers, ihn verklagend:
Er bleibe faul und träge wie ein Schlund
Stets in des Körpers Mitte, sei ein Fleischschrank
Und teile nie die Arbeit mit dem Rest,
Indes die andern Glieder hören, seh'n.
Ersinnen, lehren, gehen und empfinden
Und wechselsweise für den Appetit
Und jede Neigung ihres ganzen Körpers
Teilnehmend wirken. Da erwidert er —*

*Bürger: Nun eures Bauches Antwort! — Wie? das Haupt,
Das königlich gekrönt, das wache Auge,
Das roterfüllte Herz, der Arm, ein Held,
Der Fuß, das Roß, die Zunge, der Trompeter,
Mit andern Stützen und gering'ren Hilfen
In unsrer Werkstatt, wenn die von diesem Schlemmer
Sich zähmen lassen sollen, der des Körpers
Kloak' nur ist — wenn dann
Die eben erst erwähnten Gehilfen
Den Bauch beschuldigten, was konnt' er dann
Erwidern?*

*Menenius: Bedachtsam war der Bauch,
Von hohem Ernst, von solchem Leichtsinn nicht
Wie die, so ihn verklagt, und also sprach er:
Es ist gewiß, ihr einverleibten Freunde,
Daß ich die Speisen all' zuerst empfangе,
Die euch ernähren, und mit allem Recht,
Da ich das Vorratshaus und das Gewölbe
Des ganzen Körpers bin. Bedenkt es nur,
Daß ich sie auf den Strömen eures Bluts
Bis an den Hof, das Herz, versende, bis
Zum Sitz des Hirns, durch alle Windungen
Und Kammern eines Menschen. Ich erteile
Der kleinsten Ader wie dem stärksten Nerv,
Was die Natur zu ihrem Leben heischt,
Und wenn ihr alle miteinander hier,
Was ich jedwedem spende, nicht bemerkt,
So kann ich euch berechnen, daß ihr all'
Von allem euch das Kernmehl nehmt
Und mir die Kleie laßt. —*

Trefflich kennzeichnet er den Schlaf (Macbeth, Akt 2, Szene 2):

*Schlaf, der des Grams verworr'n Gespinst entwirrt,
Der Tod von jedem Lebenstag, das Bad
Der wunden Müh', der Balsam kranker Seelen,
Der zweite Gang im Gastmahl der Natur,
Das nähendste Gericht am Tisch des Lebens.*

Die Merkmale des Alters stellt er dar, indem er in Heinrich IV., 2. Teil, Akt 1, Szene 2, den Oberrichter gegen Falstaff, der sich noch mit Jugend brüstet, auftreten läßt:

*Segt ihr euren Namen noch auf die Liste der Jugend, der ihr mit
allen Merkzeichen des Alters eingeschrieben seid? Habt ihr nicht
ein feuchtes Auge, eine trockene Hand, eine gelbe Wange, einen
weißen Bart, ein abnehmendes Bein, einen zunehmenden Bauch?
Ist nicht eure Stimme schwach, euer Atem kurz, euer Kinn doppelt,
euer Wig einfach, und alles um und an euch vom Alter verderbt?
Und doch wollt ihr euch noch jung nennen? pfiu, Sir John!*

Und in Heinrich V., Akt 2, Szene 3, schildert er den Eintritt des Todes in Frau Hurtigs Bericht über Falstaffs Tod:

*„Denn wie ich ihn die Bettlaken zerknüllen sah und mit Blumen
spielen und seine Fingerspitzen anlächeln, da wußte ich, daß ihm
der Weg gewiesen war, denn seine Nase war so spitz wie 'ne Feder.
— Er bat mich, ihm mehr Decken auf die Füße zu legen. Ich
steckte meine Hand in das Bett und befühlte sie, und sie waren
so kalt wie Stein.“*

Meisterhaft ist Shakespeares Darstellung von Nerven- und Geisteskrankheiten. August Wilhelm v. Schlegel, mit Tieck sein Übersetzer, sagt darüber: Unter allen Dichtern hat vielleicht nur Shakespeare eigentliche Seelenkrankheiten mit so unwidersprechlicher Wahrheit geschildert, daß der Arzt daran wie an einem wirklichen Fall seine Beobachtung bereichern kann.

Die Entstehung des Wahnsinns erklärt die Äbtissin in der Komödie der Irrungen, Akt 5, Szene 1, der Gattin des Antipholis, der vor deren Eifersucht Schutz im Kloster gesucht hat:

*Und daher kam es, daß er rasend ward.
Das gift'ge Schreiß'n der eifersücht'gen Frau
Wirkt tödlicher als tollen Hundes Zahn.
Du hindertest durch Schelten seinen Schlaf,
Und davon hat sich sein Gehirn entzündet.*

Die Hysterie zeigt er an Kleopatra (Antonius und Kleopatra, Akt 1, Szene 3):

*Kleopatra (als Antonius sie verlassen will):
Ich bin krank und mißgelaunt.
— Hilf mir fort,*

— 4 —

*Ich sinke sonst, geliebte Charmian!
So halt' ich's nicht mehr aus! Die Kräfte der
Natur verlassen mich. —
Ich bitte, weiter von mir!
— Löse mir
Die Schnürbrust, Charmian! — doch laß es auch!
Schnell bin ich krank und wieder wohl. —*

Berühmt ist die Schilderung des Wahnsinns König Lears, dessen erwachendes Bewußtsein Shakespeare meisterhaft vorführt:

*Wo war ich denn? Wer bin ich? —
Wie ist mir doch?
Ich will nicht schwören, dies sei meine Hand —
Laß sehn! ich fühle diesen Nadelstich.
Wär' ich doch überzeugt von meinem Zustand!*

Langsam erkennt er die Umstehenden:

*Lacht nicht über mich,
Denn so gewiß ich lebe,
Die Dame halt' ich für mein Kind Cordelia!
(König Lear, Akt 4, Szene 6).*

Und beim Abgehen (Szene 7):

*O habt Geduld mit mir! bitte vergeßt,
Vergebt, denn ich bin alt und kindisch. —*

Aber auch das Charakteristische am Menschen schildert Shakespeare glänzend. Julius Caesar fürchtet den hageren Cassius:

*Der Cassius dort hat einen hohlen Blick,
Er denkt zuviel: die Leute sind gefährlich.*

Und kurz vorher:

*Laßt wohlbeleibte Männer um mich sein,
Mit glatten Köpfen und die nachts gut schlafen.*

Nach der geschichtlichen Überlieferung litt Caesar an epileptischen Anfällen:

*Casca: Er fiel auf dem Marktplatze nieder, hatte Schaum vor dem Munde
und war sprachlos.*

*Brutus: Das mag wohl sein, er hat die fallende Sucht.
(durchweg: Julius Caesar, Akt 1, Szene 2.)*

Es würde weit über den Rahmen dieser Abhandlung hinausgehen, noch zahlreiche weitere Belege aus Shakespeares Werken anzuführen. Der Beweis seiner Kenntnisse auch auf dem Gebiet der Medizin dürfte hinreichend erbracht sein.