

<b>Editorial</b>	Regeln	<b>224</b>
<b>Berufspolitik</b>	120. Deutscher Ärztetag	<b>225</b>
	Sicherung der ärztlichen Freiberuflichkeit	<b>231</b>
	Was kommt nach dem Medizinstudium?	<b>232</b>
	Ärzte für Sachsen: On Tour im Erzgebirgskreis	<b>233</b>
	Präsidiumstreffen der Landesärztekammern	<b>234</b>
	Sachsen und Baden-Württemberg	<b>234</b>
	CIRS-Fall	<b>234</b>
<b>Recht und Medizin</b>	Aktuelle Entscheidung des BGH: Vater darf Kind gegen den Willen der Mutter impfen lassen	<b>230</b>
<b>Gesundheitspolitik</b>	Gemeinsames Giftinformationszentrum Erfurt: Erste Hilfe bei Vergiftungen	<b>235</b>
	Wenn Patienten sterben möchten	<b>236</b>
	Masern: Schutz von Personal und Patienten	<b>237</b>
<b>Mitteilungen der SÄV</b>	Identitäts-/Lebensbescheinigungen	<b>237</b>
<b>Medizinische Fachangestellte</b>	Berufsbildungsausschuss „Medizinische Fachangestellte“	<b>238</b>
<b>Mitteilungen der Geschäftsstelle</b>	Konzerte und Ausstellungen	<b>238</b>
<b>Mitteilungen der KVS</b>	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	<b>238</b>
<b>Originalie</b>	Harninkontinenz	<b>241</b>
<b>Leserbriefe</b>	Wissen wollen – Wissen müssen. Trisomie 21	<b>245</b>
<b>Personalia</b>	Prof. Dr. med. habil. Otto Bach zum 80. Geburtstag	<b>246</b>
	Dr. med. Frank Härtel zum 70. Geburtstag	<b>247</b>
	Jubilare im Juli 2017	<b>248</b>
<b>Feuilleton</b>	Relativierung und Subjektivität von Gesundheit und Krankheit in Petrarcas Lebensratgeber	<b>250</b>
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – August 2017	



120. Deutscher Ärztetag  
Seite 225



Was kommt nach dem  
Medizinstudium?  
Seite 232



Relativierung und Subjektivität  
von Gesundheit und Krankheit in  
Petrarcas Lebensratgeber  
Seite 250

Titelbild: © SLÄK

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

## Regeln



Dr. med. Steffen Liebscher © SLÄK

Wie hältst Du es mit Regeln, mit Prinzipien, mit der Ordnung? So stelle ich eine meiner Lieblings-Gretchenfragen heute.

Dabei begeben mich auf die Suche nach Erklärungen für die gesellschaftlichen Entwicklungen gerade dieser Tage naturgemäß aus meinem persönlichen und dabei besonders auch ärztlichem Blickwinkel.

Mit elf Jahren begann ich Tennis zu spielen. Klare Regeln sorgten für einen geordneten Ablauf: War mein Ball im Feld, hatte ich gewonnen. Auch der umgekehrte Fall kam leider vor.

Mit diesen und freilich vielen weiteren Prägungen versehen, arbeite ich nun schon seit fast 30 Jahren als Arzt, davon die reichliche Hälfte als Vertragsarzt, auf den der bürokratische Overkill ungefiltert hereinbricht. Ein derart durch gesetzliche und andere Normen überreguliertes und reglementiertes System wie das deutsche Gesundheitswesen sucht sicher weltweit seinesgleichen. Ich will das nicht weiter ausschmücken, wenn auch die Versuchung groß ist. Ich will sagen, was es mit mir macht: Als Mensch, der Regeln respektiert und eine ausreichende zwanghafte Grundausstattung hat, komme ich gar nicht schlecht zurecht.

Aber dieses Erleben nährt in mir die Erwartung, dass dieses Gemeinwesen, das mich so einschnürt, auch die anderen Bereiche der Gesell-

schaft so zu optimieren versucht. Und wenn das noch so blauäugig sein mag, so bestimmt es doch meine Erwartungen an unseren Staat, seine Aufbauorganisation und die dort tätigen Menschen, letztlich das, was am Ende des demokratischen Meinungsbildungsprozesses für mich spürbar herauskommt.

Und hier sehe ich in vielen Bereichen ein Delta. Damit ich nicht vorschnell in eine Schublade gesteckt werde, erkläre ich an dieser Stelle, dass ich zum Beispiel auch im September eine „Volkspartei“ wählen werde und unserer Bundeskanzlerin bei ihrem „Wir schaffen das“-Ausspruch nur beste Motive unterstelle.

Aber was gerade nach diesem denkwürdigen Tag in unserem sonst so extrem geregelten Deutschland passiert ist, konnte ich mir so nicht vorstellen. Dieses Chaos bei der Registrierung der Menschen, die zu uns kamen, war für mich in einer Zeit hochgerüsteter EDV-Systeme, die mir auch Jahre danach noch kleinste vermeintliche Fehler bei der Verordnung von Medikamenten nachweisen sollen, nicht zu erwarten. Vielfach-Identitäten und damit vereinzelt einhergehender „Sozialbetrug“ sind für mich dabei noch Kleinigkeiten, wenn auch nicht wirklich nachvollziehbar. Abstrus wird es, wenn wie im Fall Anis Amri, dem Attentäter von Berlin, laut Medienberichten 50 staatliche Stellen damit befasst waren, seine Gefährlichkeit festzustellen, aber am Ende nichts passierte. Ich lebe sehr gern in diesem Rechtsstaat, der auch seine Wirkung für alle entfalten soll, aber nicht auf Kosten der Sicherheit der Menschen in diesem Land.

Was sagt man zu Bundeswehrangehörigen, die gleichzeitig als Asylsuchende registriert sind? Der Militärische Abschirmdienst „hatte sie auf dem Schirm“ (Tagesthemen, 9. Mai 2017), aber angeblich keine tatsächlichen Verfehlungen festgestellt?

Als Bürger dieses Staates, guter Steuerzahler und Angehöriger einer Profession, die bei anerkannt hoher fachlicher Kompetenz und direkter tiefer Verankerung in der Bevölkerung und bei unseren Patienten, teils unwürdigen Kontroll- und Regulie-

rungsmechanismen unterworfen wird, stelle ich mir die Frage, ob so strenge Regeln nur in Teilbereichen der Gesellschaft gelten? Auch dieses Erleben von zweierlei Maß nährt meiner Meinung nach Politikverdrossenheit und Abwendung von demokratischer Mitbestimmung und Mitwirkung. Spürbar wird das übrigens auch in unseren Gremien der Selbstverwaltung, wo das Interesse an Mitbestimmung über die eigenen Belange nach der Euphorie der Jahre nach 1989 leider spürbar abgenommen hat.

Regeln sollten notwendig sein und im Falle von gesetzlichen Regelungen auf dem Konsens der Gesellschaft beruhen. Regeln können aber auch geändert werden. Ich rufe unsere Politiker dazu auf, zumindest die Regelungen, die Sicherheitsaspekte unseres Landes berühren, von überlebtem, auch föderalem Ballast zu befreien. Im Gesundheitswesen haben wir längst eine Tendenz der Verlagerung von Entscheidungen hoher Bedeutung in Richtung Bund zu konstatieren.

Wenn im Zuge der Wahlen dieses Jahres nicht nur in Deutschland die bisher etablierten Parteien Ängste vor dem Erstarken populistischer und rechtsextremer Kräfte haben, so sollten sie sich fragen, ob sie in den richtigen Bereichen des Lebens die stärksten Regelungsimpulse setzen. Wenn Gesetze oder vergleichbare Normen nicht tatsächlich ihre Wirkung entfalten und nicht durch die Administration umgesetzt werden, wie ich dies als Regelungserfahrener vielfach andernorts erkenne, erlahmt irgendwann die Bereitschaft der Regierten, die Autorität der Regelungsberechtigten anzuerkennen.

In diesem Sinne hoffe ich auf eine rege Wahlbeteiligung auch der Leser dieses Blattes im September und einen frischen Wind in unserem Parlament, gern spürbar erzeugt von den bisher dort schon maßgeblich wirksamen Parteien.

Dr. med. Steffen Liebscher  
Vorstandsmitglied

## 120. Deutscher Ärztetag

23. bis 26. Mai 2017 in Freiburg

In seinem Referat im Rahmen der Eröffnungsveranstaltung setzte sich Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery, ausgehend davon, dass das Sozialstaatsprinzip einen Grundpfeiler unseres Staatswesens darstellt, das die soziale Gerechtigkeit und Sicherheit der Bürger zum Ziel habe, mit der Frage auseinander, ob wir ein Gerechtigkeitsdefizit in der Gesundheitsversorgung haben. Er konstatierte, dass es in der medizinischen Behandlung keine Qualitätsunterschiede abhängig vom Versicherungsstatus gebe, wohl hingegen Komfortunterschiede, die aber in der unzureichenden Honorierung des gesetzlichen Systems begründet seien. Er warnte vor dem Trugschluss, dass eine Einheitsversicherung gerechter sei als unser heutiges System. Eine Bürgerversicherung sei in Wahrheit viel ungerechter als das aktuelle System, da es in diesem Fall sofort einen riesigen Markt für zusätzliche Gesundheitsleistungen und zusätzliche Versicherungen geben würde.

Mit Blick auf den Bundestagswahlkampf zitierte Prof. Dr. Montgomery aus den Wahlprüfsteinen der Bundesärztekammer, etwa die Stärkung der ärztlichen Freiberuflichkeit, die Sicherung des Handlungsspielraums der ärztlichen Selbstverwaltung, die zügige Umsetzung des Masterplans Medizinstudium 2020, die Förderung des ärztlichen Nachwuchses, die ausreichende Finanzierung der ambulanten Weiterbildung, eine bedarfsgerechte Finanzierung der Krankenhäuser sowie eine moderne und transparente GOÄ.

In seinen abschließenden Worten betonte der Präsident der Bundesärztekammer, dass man Ärzte nicht zu Erfüllungsgehilfen ökonomischer Optimierungsstrategien machen dürfe. „Wir haben zwar nichts gegen vernünftig regulierten Wettbewerb, aber wir haben sehr wohl etwas gegen die Merkantilisierung unseres Gesundheitswesens,“ so Prof. Montgomery. In diesem Zusammenhang for-



Hermann Gröhe, Bundesgesundheitsminister, bei seinen Grußworten im Rahmen des 120. Deutschen Ärztetages in Freiburg. © BÄK

der er eine Wettbewerbsordnung im Gesundheitswesen mit einer belastbaren, rechtzeitigen Evaluierung von möglichen Kollateralwirkungen auf die Versicherten und aller an der Versorgung Beteiligten.

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe dankte der Ärzteschaft im Rahmen seiner Grußansprache für deren Meisterung der Herausforderungen bei der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen in der Vergangenheit. Mit dem Hinweis, dass die Verbindung von Leistungsstärke und Solidarität unser System auszeichne, unterstrich er, dass Neidiskussionen im Wahlkampf unangemessen seien, zumal nach seiner Auffassung eine Einheitsversicherung keine Verbesse-

rung des Gesundheitssystems mit sich bringen würde. Er plädierte für einen sinnvollen Umgang mit den Möglichkeiten des Solidarsystems, wobei eine nachhaltige Finanzierung zur Ethik eines Gesundheitssystems gehöre.

### Digitalisierung des Gesundheitswesens

In einem äußerst kurzweiligen und fesselnden Vortrag referierte der „Kultblogger“ Sascha Lobo zum Thema Digitalisierung des Gesundheitswesens und zeichnete dabei die Entwicklung des Digitalisierungsprozesses in den letzten Jahren auf. Diese ist dadurch gekennzeichnet, dass eine immer größere Bereitschaft festzustellen ist, auch sehr persön-



Die sächsischen Delegierten beim 120. Deutschen Ärztetag.

© SLÄK

liche Daten mit anderen zu teilen. Insbesondere die Entwicklung des Smartphones habe zu einer mobilen Revolution geführt: an jedem Ort eine jederzeitige Verbindung ins Internet, sodass das Smartphone einen Kristallisationspunkt bilde, mit dem Thema Gesundheit als digitaler, mobiler Lifestyle. Ärzten würden zukünftig mehr gesellschaftliche Aufgaben zugeschrieben, wozu auch eine Digitalkompetenz gehöre. Allerdings werde die ärztliche Kompetenz von immer mehr Datenströmen eingegrenzt, wobei ein Teil der ärztlichen Kompetenz zielgerichtet durch andere abgebildet wird. Lobo appellierte nachdrücklich an die Delegierten des Deutschen Ärztetages, die Entwicklungen im Bereich der Digitalisierung nicht abzuwehren oder kleinzuhoffen, sondern mitzugestalten.

### Ethische Fragen

Nach Sascha Lobo sprach Prof. Dr. med. Christiane Woopen, Medizinerin der Universität zu Köln, zu

ethischen Gesichtspunkten der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Sie ging dabei von der Vorstellung aus, die zunehmende Menge an personalisierten Daten in der Gesundheits-

versorgung führe zu einer grundsätzlichen Verschiebung von Krankheits- zur Gesundheitsorientierung. Davon ausgehend machte sie drei ethisch begründete Ziele des Digitalisie-



Sascha Lobo sprach zur digitalen Kompetenz von Ärzten in der Zukunft.

© SLÄK

rungsprozesses aus, die sie zugleich als Chancen des Wandlungsprozesses begreift.

Digitalisierung, so Prof. Dr. Woopen, fördere die Selbstbestimmung des Patienten. Durch geänderte und gewachsene Kompetenzen, Informiertheit und Werteorientierung in Bezug auf eigene Gesundheitsdaten und die öffentlich zugängigen Informationen digitaler Medien könne ein Mehrwert für den Patienten entstehen. Bei alledem braucht es aber – und das ist das zweite ethische Ziel der Digitalisierung – eine partnerschaftliche Arzt-Patient-Beziehung, in welcher der Arzt hilft, die zusätzlichen Informationen einordnen und werten zu können. Dies gelinge allerdings nur, so Prof. Dr. Woopen, wenn Ärzten „der mündige und gesundheitskompetente Patient ein ernsthaftes Anliegen ist“. Drittens sieht sie im „Big-Data“ Aspekt der Digitalisierung eine große Chance, mit all den Daten aus der alltäglichen klinischen Versorgung lernende Gesundheitssysteme aufzubauen. Anschaulich wird dies etwa beim Stichwort Medikation: „Aus großen Datenmengen können durch Mustererkennung dann Zusammenhänge bezüglich des Nutzens einer Behandlung und ihren Risiken, den Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten sowie Aufschlüsse über die Lebensqualität der Patienten erkannt werden.“

Abschließend machte Prof. Dr. Woopen noch einmal deutlich, dass es gegenwärtig eher multinationale Unternehmen der Informations- und Kommunikationsbranche sind, die sich auf dem Gesundheitsmarkt neue Geschäftsmodelle erschließen. „Wer die Daten hat, hat die Macht. Daten sind die neue Währung unserer Zeit. Auf diesem Markt gibt es eine zunehmende Machtkonzentration im Silicon Valley.“ Auch ihr Appell geht darum an die Ärzteschaft, sich jetzt darauf vorzubereiten, in dem genannten Prozess eine wesentliche Rolle zu spielen.

### Beschluss zur Digitalisierung

Der Beschluss des 120. Deutschen Ärztetages in Freiburg zum Themen-



Prof. Dr. med. Christiane Woopen sprach zu Ethik und Digitalisierung in der Medizin.

© SLÄK



Ute Taube sprach zu ihrem Antrag zur Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV).

© SLÄK



Erik Bodendieck, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, erläuterte seine Anträge zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung und zum rechtssicheren Cannabisgebrauch.

© SLÄK



Prof. Dr. med. Uwe Köhler sprach zur neuen Weiterbildungsordnung.

© SLÄK

komplex zielte genau in diese Richtung. Die Ärzteschaft will demnach bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens mitgestalten. Im Fokus steht eine Digitalisierungsstrategie, die ethische Grundlagen zum Umgang mit neuem Wissen und Methoden schafft, die Rolle digitaler Methoden in der Gesundheitsversor-

gung sowie Grundsätze des Datenschutzes klärt und Antworten auf offene Finanzierungsfragen bietet.

Konkret wurde die Einführung eines bundeseinheitlichen Gütesiegels von sogenannten Gesundheits-Apps gefordert. In der Bewertung neuer digitaler Anwendungen brauche man

zudem standardisierte Verfahren. Digitale Gesundheitsanwendungen sollten analysiert und im Hinblick auf Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und medizinische Qualität bewertet werden. Ziel ist eine transparente und unabhängige Positivliste über tatsächlich für Patienten und Ärzte sinnvolle digitale Anwendungen.

Digitale Anwendungen, wie etwa eine sektorenübergreifende elektronische Patientenakte, bieten zwar Chancen zur Verbesserung der Patientenversorgung. Doch müsse der Gesetzgeber auch sicherstellen, dass die Sicherheit und Anwenderfreundlichkeit von Praxisverwaltungs- und Krankenhausinformationssystemen für die Verarbeitung und Nutzung der gesetzlich festgelegten Anwendungen elektronischer Medikationsplan, Notfalldatensatz und elektronische Patientenakte gewährleistet ist. Wichtiger Grundsatz der Delegierten dabei: Digitalisierung muss anwenderfreundlich sein und darf nicht zu noch mehr Bürokratie in Klinik und Praxis führen.

Die Durchführung von Modellprojekten zur Fernbehandlung wurde vom Deutschen Ärztetag begrüßt. Die Bundesärztekammer wird aufgefordert zu prüfen, ob die (Muster) Berufsordnung für Ärzte um einen Zusatz ergänzt werden kann, nach dem die Ärztekammern in besonderen Einzelfällen Ausnahmen für definierte Projekte mit wissenschaftlicher Evaluation zulassen können. Dabei müsse aber sichergestellt sein, dass berufsrechtliche Belange nicht beeinträchtigt werden.

Die Delegierten des Ärztetages forderten außerdem die Überführung digitalisierter Versorgungsangebote in die Regelversorgung. Insbesondere telemedizinische Leistungen, die sich bereits bewährt haben, böten sich dafür an, wie im Fall von chronischer Herzinsuffizienz, Schlaganfällen oder Diabetes mellitus Typ II.

Im weiteren Verlauf brachten die sächsischen Delegierten verschiedene Anträge ein, die auch positiv von den Delegierten des Deutschen

Ärztetages verabschiedet wurden. Dazu gehört ein Antrag zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). Darin werden die Vertragspartner aufgefordert, die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 132d Abs. 2 SGB V auch bundesweit einheitlich umzusetzen, weil die Vertragsgestaltung mit den Kostenträgern teilweise noch immer Defizite hinsichtlich der Vergütung dieser hochspezialisierten Leistungen sowie hinsichtlich der Anforderungen an die personelle und medizinische Ausstattung der entsprechenden Leistungserbringer aufweisen. Um im Sinne der Gleichbehandlung aller auf diesem Gebiet Tätigen die gegenwärtige Situation zu verbessern, sei die bundeseinheitliche Umsetzung dieser Empfehlungen dringend notwendig, begründete Ute Taube den Antrag.

Ein weiterer sächsischer Antrag betraf die sektorenübergreifende Qualitätssicherung. Darin werden die Träger der (einzurichtenden) Landesarbeitsgemeinschaften, also die jeweiligen Kassen(zahn-)ärztlichen Vereinigungen, die Landeskrankengesellschaften und die Verbände der Krankenkassen einschließlich der Ersatzkassen aufgefordert, die Vorgaben der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, nämlich die jeweiligen (Landes-) Ärztekammern zu beteiligen, auch adäquat umzusetzen, um deren breite und umfangreiche Expertise und langjährige Erfahrung in der Qualitätssicherung nutzen zu können.

Zum medizinischen Gebrauch von Cannabis fordert ein sächsischer Antrag den Gemeinsamen Bundesausschuss auf, das Verfahren zur Verordnung und Weiterverwendung praktikabler, einfacher und rechtssicherer zu gestalten. In der Begründung betonte Erik Bodendieck, dass derzeit der betroffene Patient vor der erstmaligen Verordnung eines Cannabispräparats die Genehmigung seiner Krankenkasse einholen müsse. Noch nicht abschließend geklärt sei jedoch die Frage, ob dies auch gilt, wenn bei gleicher Indikation auf eine andere Cannabistherapie umgestellt



Dr. med. Thomas Lipp sprach zum Thema Fernbehandlung und appellierte, das Thema zukunftsfähig zu gestalten. © SLÄK



Die sächsischen Delegierten bei der Abstimmung. © SLÄK



Präsidium des Deutschen Ärztetages (vorn Erik Bodendieck, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer) © SLÄK

werden soll. Um hier Rechtssicherheit zu schaffen, aber auch, um mit Blick auf die zum Teil langen Begut-

achtungszeiten zu befürchtende Behandlungsabbrüche zu verhindern, bedürfte es einer Klarstellung und

## Vater darf Kind gegen den Willen der Mutter impfen lassen

### Aktuelle Entscheidung des BGH

Mit Beschluss vom 3. Mai 2017 (XII ZB 157/16) hat der BGH einen Streit zwischen getrennt lebenden sorgeberechtigten Eltern bezüglich der Notwendigkeit von Schutzimpfungen dahingehend entschieden, dass die Entscheidungskompetenz dafür dem Elternteil zu übertragen ist, dessen Lösungsvorschlag dem Wohl des Kindes besser gerecht wird. Im vor-

liegenden Fall war dies der Vater des Kindes, der die Durchführung der Schutzimpfungen seiner Tochter befürwortete und seine Haltung mit den Impfpfehlungen der STIKO begründete. Demgegenüber lehnte die Kindesmutter die Impfungen unter Verweis auf das Risiko von Impfschäden ab. Zudem wäre der Nutzen der Impfungen nicht nachgewiesen. Die Empfehlungen würden auf einer „unheilvollen Lobbyarbeit von Pharmaindustrie und Ärzteschaft“ basieren.

Der BGH stimmte damit der Vorinstanz, dem OLG Thüringen, zu. Die

Vereinfachung des Ordnungsverfahrens. Zudem sei zu überdenken, ob die Antragstellung durch den Patienten selbst der richtige Weg ist.

Alle sächsischen Anträge finden Sie auch im Internet unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de). Das Beschlussprotokoll des 120. Deutschen Ärztetages steht unter [www.baek.de](http://www.baek.de).

Der 121. Deutsche Ärztetag wird vom 8. bis 11. Mai 2018 in Erfurt stattfinden.

Dr. Michael Schulte Westenberg  
Hauptgeschäftsführer

Knut Köhler M.A.  
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Martin Kandzia M.A.  
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Impfpfehlungen der STIKO sind in der Rechtsprechung bereits als medizinischer Standard anerkannt. Dem liegt die Einschätzung zugrunde, dass der Nutzen der jeweils empfohlenen Impfung das Impfrisiko überwiegt. Ein Rückgriff auf vorhandene wissenschaftliche Erkenntnisse sei im vorliegenden Fall mangels einschlägiger Einzelfallumstände, wie etwa ein besonderes Impfrisiko für das Kind, zulässig gewesen.

Ass. jur. Annette Burkhardt  
Assistentin der Hauptgeschäftsführung

## Sicherung der ärztlichen Freiberuflichkeit

„Die Standards bei allen Abschlüssen der freien Berufe müssen in Deutschland erhalten bleiben“, stellte Frank Kupfer (MdL), Vorsitzender der CDU-Fraktion im Sächsischen Landtag, zu Beginn eines europapolitischen Forums des Landesverbandes der Freien Berufe (LFB Sachsen) und der CDU-Fraktion fest. Den eingeschlagenen Weg der Deregulierung von Berufszugangsregelungen durch die EU-Kommission hält auch der Präsident des LFB Sachsen, Hans-Joachim Kraatz, für falsch. Wachstum sei damit nicht zu erreichen, betonte er in seinem Statement Ende April im Sächsischen Landtag. Die Wertschöpfung allein der Freien Berufe in Sachsen sei genauso hoch, wie die Wertschöpfung der Freien Berufe in ganz Ungarn. Mit einer Deregulierung der Berufszugangsregelungen und einer allgemeinen Gleichmacheri würde man daher hier nur das Gegenteil erreichen sowie dem deutschen Mittelstand schaden.

Richard Kühnel, Vertreter der Europäischen Kommission in Deutschland, versuchte deutlich zu machen, dass es der EU-Kommission bei ihren Entscheidungen immer um einen Ausgleich von Interessen ginge. Anhand der vier Grundfreiheiten des Binnenmarktes erläuterte er in seinem Impulsreferat, warum Deutschland davon am meisten profitieren würde. Zu den vier Freiheiten gehören: Güter, Kapital, Personen und Dienstleistungen. Hauptziel sei, die Strukturen in allen EU-Mitgliedsländern in diesen Bereichen zu modernisieren und die richtigen Rahmenbedingungen zur Verbesserung der Wirtschaftskraft zu schaffen. Dabei würde immer strikt auf das Subsidiaritätsprinzip geachtet. „Herr im Hause bleiben die Mitgliedsstaaten. Deshalb wird die EU nur tätig, wenn der europäische Mehrwert im Einklang mit der Subsidiarität steht“. Die aktuellen Initiativen der EU umfassen unter anderem einen Vorschlag für eine Richtlinie zur Festle-



Richard Kühnel, EU-Kommission, sprach über die vier Freiheiten des Binnenmarktes.

© LFB Sachsen

gung eines Notifizierungsverfahrens für dienstleistungsbezogene Genehmigungsregelungen, einen Vorschlag für eine Richtlinie über den rechtlichen und operativen Rahmen einer elektronischen Dienstleistungskarte sowie einen Vorschlag für eine Richtlinie über eine Verhältnismäßigkeitsprüfung vor Erlass neuer Berufsreglementierungen auch bei den Freien Berufen.

„Der Erfolg des deutschen Mittelstandes beruht auf der Verlässlichkeit des deutschen Rechtssystems. Der Abbau von grenzüberschreitenden Barrieren darf nicht zu einer Angleichung nach unten führen“ fasste Dr. Fritz Jaeckel, Chef der Staatskanzlei und Staatsminister für Bundes- und Europaangelegenheiten, anschließend seine Position zusammen. Die Rechtssysteme der EU-Länder seien im

Detail sehr unterschiedlich und werden auch mal mehr, mal weniger konsequent in den jeweiligen Ländern umgesetzt. Daher kann es nicht sinnvoll sein, in einem deutschen Rechtsstreit zum Beispiel einen spanischen Anwalt zu beauftragen, nur weil er vielleicht preiswerter zu sein scheint, dem aber das deutsche Recht fremd ist.

Auch in der anschließenden Diskussion mit den Vertretern der Freien Berufe kam deutlich zum Ausdruck, dass man nicht alles und alle in einen Topf werfen dürfe, um dann Ausbildungsstandards oder Honorare nach unten anzugleichen. Darunter leiden die Stabilität und die Glaubwürdigkeit der Europäischen Union.

Knut Köhler M.A.

Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## Was kommt nach dem Medizinstudium?

Am 2. Mai 2017 fand für die Letzt-Semestler und Berufsanfänger der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig wie jedes Jahr der große Informationstag unter dem Motto „Vom Studenten zum Facharzt“ statt. Es präsentierten sich die Vertreter sächsischer Krankenhäuser, der Sächsischen Landesärztekammer und der KV Sachsen sowie der Krankenhausgesellschaft Sachsen. Sie boten den Studierenden zahlreiche Möglichkeiten, sich über eine berufliche Zukunft in Sachsen zu informieren. Im großen Hörsaal begrüßte der Studiendekan, Spectabilis Prof. Dr. med. habil. Horst-Jürgen Meixensberger die Anwesenden und verwies zu Recht mit Stolz auf den beträchtlichen Anteil von Absolventen, die nach dem Studienabschluss in Sachsen bleiben wollen. In seinem Grußwort ging der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Erik Bodendieck, auf wichtige Aspekte der ärztlichen Berufsausübung und den hohen ethischen Anspruch an die Ärzte ein.

Prof. Dr. med. habil. Christoph Josten, Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie der Universität Leipzig und stellvertretender Vorsitzender des Weiterbildungsausschusses der Sächsischen Landesärztekammer, stellte in seinem informativen Vortrag wesentliche Punkte der ärztlichen Weiterbildung dar. Eindrucksvoll kamen auch persönliche Ansichten und Erwartungen des Referenten zum Ausdruck. Der Vortrag bildete die Grundlage für das sich anschließende kurzweilige Podiumsgespräch.

Marleen Matthees, Ärztin in Weiterbildung, zeigte aus eigener Erfahrung die guten Möglichkeiten auf, Schwangerschaft und Erziehungszeit mit der Weiterbildung in Einklang zu bringen.

Regen Anteil an der durch Prof. Dr. Josten didaktisch geschickt geführten Diskussion nahm auch der ärztliche Leiter des Notfallzentrums Thonbergklinik Leipzig, Dr. med. Jörg Hammer. Er verwies unter anderem



Leipziger Medizinstudenten beim Informationstag „Vom Studenten zum Facharzt“

© SLÄK

auf die zunehmende Bedeutung des ambulanten Sektors in der ärztlichen Weiterbildung. Sein Weiterbildungsassistent schilderte, wie positiv sich eine gute kollegiale Atmosphäre und die Integration der jungen Kollegen in den Klinikablauf auf die Weiterbildung auswirken.

Für den Abend hatte die Kreisärztekammer Leipzig (Stadt) die Studierenden in den Spizz-Keller eingeladen. Rund 70 Studierende waren dieser Einladung gefolgt und ließen den Tag bei musikalischer Umrahmung durch die Cover-Band „Inspired“ ausklingen. In entspannter Atmosphäre konnten wichtige Kontakte geknüpft und offen gebliebene Fragen des Vormittags geklärt werden. Der Präsident, Erik Bodendieck, der Studiendekan, Prof. Dr. Meixensberger, die Mitglieder des Vorstandes der Kreisärztekammer Leipzig (Stadt) und Vertreter der KV Sachsen brachten zum Ausdruck, wie wichtig ihnen die Kommunikation mit den Studenten ist.

Zwei Wochen später fand in Dresden bereits zum 13. Mal die Informationsveranstaltung für Medizinstudierende und Jungärzte „STEX in der Tasche – wie weiter?“ im Dekanatsgebäude der TU Dresden statt. Sowohl das Staatministerium für Soziales und Verbraucherschutz, die Sächsische Landesärztekammer, die KV Sachsen, die Sächsische Ärzteversorgung, die Krankenhausgesellschaft Sachsen, als auch die Deutsche Apotheker- und Ärztekammer kooperierten wieder bei dieser Veranstaltung.

Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer und Chefarzt der

Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe des Klinikums St. Georg in Leipzig, informierte zur „Weiterbildung in Sachsen – Organisation, Ablauf und Besonderheiten“. Katja Opitz, Ärztin in Weiterbildung, berichtete in einer Podiumsdiskussion über ihre Weiterbildungszeit und beantwortete unter anderem zusammen mit Kerstin Stübner-Röhler, Regionalpersonalleiterin (Aue) sowie Dr. med. Annett Lösel, niedergelassene Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Fragen zur Weiterbildung in Praxis und Klinik. Dr. med. Peter Grampp (Hubertusburg) hielt ein flammendes Plädoyer für die Psychiatrie als Weiterbildungsziel.

Während der gesamten Veranstaltung waren zahlreiche sächsische Krankenhäuser im Foyer präsent. Auch die einladenden Organisationen sowie das Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ waren vertreten. Sie berieten die Studierenden und Jungärzte rund um den Start ins Berufsleben.

Beide Veranstaltungen schafften wichtige und wertvolle Kontakte zwischen „gestandenen“ Ärzten und den sächsischen Medizinstudenten. Insbesondere beim Übergang von der Aus- zur Weiterbildung bedürfen die angehenden Ärzte des Rates der berufserfahrenen Kollegen. Aber auch die Älteren profitieren von der unverbrauchten und enthusiastischen Sicht der Studierenden.

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

Dr. med. Patricia Klein  
Ärztliche Geschäftsführerin

Ärzteblatt Sachsen 6/2017

## Ärzte für Sachsen: On Tour im Erzgebirgskreis

Zur mittlerweile sechsten Veranstaltung „Ärzte für Sachsen – On Tour“ starteten Medizinstudierende aus Dresden und Leipzig am 6. Mai 2017 in den Erzgebirgskreis. Um mögliche Arbeitsfelder außerhalb der universitären Zentren kennenzulernen, machte die Tour an zwei Krankenhäusern und einer Hausarztpraxis Halt.

Der Geschäftsführer des Zschopauer Klinikums, Knut Hinkel, begrüßte die jungen Mediziner gemeinsam mit den Chefarzten Dr. med. Niels Haselhoff und Dr. med. Volkmar Hempel an ihrer ersten Station. Beim Rundgang durch die Kliniken für Chirurgie und Innere Medizin wurden die Vorzüge eines im Vergleich zu den Maximalversorgern kleinen Krankenhauses besprochen und Details zu den Weiterbildungsangeboten ausgewertet. Dabei waren besonders die Erfahrungen von Dr. med. Nicole Winkler gefragt, die gerade am Haus Olbernhau des Klinikums Mittleres Erzgebirge ihre Weiterbildung zur Fachärztin für Allgemeinmedizin absolviert.

Um sowohl die Arbeit im Krankenhaus wie auch in der ambulanten, vertragsärztlichen Versorgung vorzustellen, macht das Veranstaltungsformat immer auch an einer Praxis eines niedergelassenen Arztes Halt. Diesmal war es die Hausarztpraxis von Dr. med. Andreas Fiedler, die nicht nur durch ihre schöne Lage im Örtchen Burkhardtsdorf beeindruckte. Auch die entspannte und sympathische Art des Landarztes, der mit seiner Frau die Praxis seit vielen Jahren betreibt, konnte bei den Studierenden merklich die Bedenken gegenüber der Selbstständigkeit abbauen.

Die Gespräche über Praxisablauf, Fortbildungen und Patienteneigenheiten konnten dann beim gemeinsamen Mittagessen in der Topfmarktscheune fortgesetzt werden. Bei dieser Gelegenheit stieß auch der



Der Geschäftsführer des Klinikums Mittleres Erzgebirge in Zschopau, Knut Hinkel, im Gespräch mit den Teilnehmern der Tour.

© SLÄK

Landtagsabgeordnete Alexander Krauß zu der Runde, um über die Vorzüge und die lebenswerten Bedingungen im Landkreis zu informieren.

Den Abschluss der Ausfahrt bildete der Besuch des Stollberger Kreiskrankenhauses. Hier nahmen sich Andrea Morzelewski, Geschäftsführerin des Krankenhauses, Oberarzt Dr. med. Gerald Bretschneider und die Ärztin in Weiterbildung, Anett Pallaska, Zeit um die Studierenden durchs Haus zu führen und alle Fragen zur ärztlichen Tätigkeit am Haus zu beantworten.

Nach einem langen Tag mit intensiven Eindrücken zogen die Teilnehmer eine durchweg positive Bilanz. Die Möglichkeit, live und vor Ort mehr

über die Lebens- und Arbeitsbedingungen in der Region zu erfahren, trägt nach Meinung der jungen Mediziner erheblich dazu bei, mit den Vorurteilen, die man mit sich trägt, aufzuräumen.

Eine nächste Tour ist für die mittelsächsische Region geplant. Erstmals soll es eine thematisch ausgerichtete Veranstaltung werden, die die psychiatrische Versorgung in Sachsen im Blick hat.

Das Netzwerk informiert wie gewohnt auf [www.aerzte-fuer-sachsen.de](http://www.aerzte-fuer-sachsen.de) und über Facebook und Twitter.

Martin Kandzia M.A.  
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## Präsidiumstreffen der Landesärztekammern Sachsen und Baden-Württemberg

Zu einem Präsidiumstreffen kamen die Präsidenten, Vizepräsidenten und Hauptgeschäftsführer der Landesärztekammern Sachsen und Baden-Württemberg am 28. April in Dresden zusammen. Das Treffen unterstrich die traditionell guten Beziehungen zwischen beiden Ärztekammern. So leistete die Landesärztekammer Baden-Württemberg umfangreiche Hilfestellung beim damaligen Aufbau der Sächsischen Landesärztekammer. Nach der Darstellung der jeweiligen medizinischen Versorgungssituation in den beiden Ländern stellte Präsident Erik Bodendieck das Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ und dessen erfolgreiche Arbeit vor. Daneben tauschte man sich über die Themen Förderung der Allgemeinmedizin gemäß § 75a SGB V und die Umsetzung in den beiden



Dr. med. Matthias Fabian, Vizepräsident, und Dr. med. Ulrich Clever, Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg, sowie Dipl.-Med. Petra Albrecht, Vizepräsidentin, und Erik Bodendieck, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer © SLÄK

Ländern und Evaluation der Weiterbildung aus. Mit großem Interesse informierten sich die sächsischen Vertreter über die Umsetzung des Modellprojekts zur Fernbehandlung in Baden-Württemberg. Die Ärztekammer hatte dazu im vergangenen

Jahr ihre Berufsordnung geändert und ist gerade dabei, erste Projektanträge zu bewerten.

Dr. Michael Schulte Westenberg  
Hauptgeschäftsführer

## CIRS-Fall:

Die Plattform [www.cirs-berlin.de](http://www.cirs-berlin.de) stellte im August 2016 folgenden Fall vor.

Eine Patientin wurde bei einer Untersuchung sediert, obwohl sie dies zuvor ausdrücklich abgelehnt hatte. Nach der Untersuchung war sie zu Recht verärgert.

Details finden Sie unter [www.cirs-berlin.de/aktuellerfall/pdf/1608-fall-137200.pdf](http://www.cirs-berlin.de/aktuellerfall/pdf/1608-fall-137200.pdf)

Dieser Fall, der glücklicherweise keine unangenehmen Konsequenzen hatte, steht exemplarisch für das Problem, welches dahinter steht. Denn für eine Sedierung muss eine Aufklärung vorliegen und diese muss direkt vor der Sedierung noch einmal überprüft werden. Als mögliche Faktoren, die zu der versehentlichen Sedierung geführt haben, wird die Teamkommunikation genannt, persönliche Faktoren (zum Beispiel Müdigkeit oder Motivation) der Mit-

arbeiter sowie die Organisation der Abläufe. Durch einen konstant hohen Zeitdruck wurde der Patientenwunsch vermutlich übersehen. Im operativen Bereich setzt sich zunehmend das Verfahren Team-Time-Out durch, also ein System verschiedener Sicherheitsstufen, die ein Operationsteam vor einem Eingriff beachten muss.

In mehreren Stufen werden wiederholt von allen an der Operation beteiligten Mitarbeitern an Hand einer Checkliste verschiedene Informationen kontrolliert.

Dies erfolgt bereits bei Übernahme in den OP durch die Anästhesiepflegekraft und erneut durch den Anästhesisten unmittelbar vor der Narkoseeinleitung beim noch wachen Patienten durch Befragung und parallelen Abgleich mit den vorliegenden Einwilligungsdokumenten. Vor dem ersten operativen Hautschnitt werden ein letztes Mal die besagten Punkte – diesmal im Team mit den Kollegen der operativen Fachdiszipli-

nen – erörtert beziehungsweise abgesichert. Erst danach beginnt die eigentliche Operation.

In wie weit dies auch in Einrichtungen sinnvoll ist, in denen der Patient „nur“ sediert wird, wäre zu prüfen.

### Take-Home-Message

- Bei jedem Patienten muss aktiv die Identität geprüft werden – Patient muss nach Name, Vorname und Geburtsdatum gefragt werden
- Es muss gefragt werden, was untersucht werden soll und ob eine Sedierung gewünscht ist (auch wenn diese Frage bereits im Aufklärungsgespräch geklärt worden ist)
- Bei Personalwechsel muss die Prüfung wiederholt werden

Dr. med. Patricia Klein  
Ärztliche Geschäftsführerin

Ärzteblatt Sachsen 6/2017

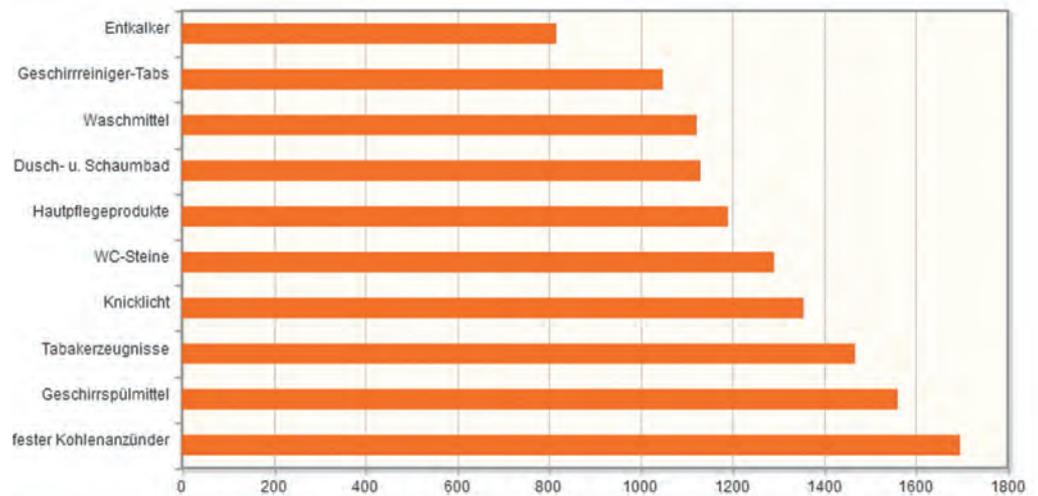
## Gemeinsames Giftinformationszentrum Erfurt: Erste Hilfe bei Vergiftungen

Das Gemeinsame Giftinformationszentrum (GGIZ) der Länder Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt sowie der Freistaaten Sachsen und Thüringen berät rund um die Uhr Ärzte, Krankenhäuser und Bürger bei akuten und chronischen Vergiftungsfällen. Die prägende Gestalt der Einrichtung war seit dem Aufbau in den Jahren 1992 bis 1994 und der Inbetriebnahme am 1. Januar 1994 der Leiter des GGIZ, Dr. med. Helmut Hentschel. Am 30. April 2017 hat sich Dr. Hentschel nach 23-jähriger Tätigkeit in den wohlverdienten Ruhestand verabschiedet. Die Mitarbeiter des GGIZ dankten ihm für seine überaus engagierte Arbeit als Leiter dieser Einrichtung und wünschten ihm für seinen weiteren Lebensweg alles Gute. Die kommissarische Leitung übernahm Dr. rer. nat. Dagmar Prasa, Apothekerin und Humantoxikologin der Gesellschaft für Klinische Toxikologie.



Für Kinder unbedingt unzugänglich aufbewahren: Kohleanzünder © Archiv

Im Netz kann man sich unter [www.ggiz-erfurt.de](http://www.ggiz-erfurt.de) zu wichtigen Fragen und Problemen, die mit Vergiftungen in Verbindung stehen, kundig machen. Ratsuchende Bürger können hier aktuelle Mitteilungen des Zentrums, Details zu Ursachen von Vergiftungen oder Verhaltenstipps beim Verdacht auf eine Vergiftung nachlesen. Die Einrichtung gibt außerdem Tipps, wie man Vergiftungen im Haushalt und im alltäglichen Umfeld vorbeugen kann.



Häufigste Vergiftungsursachen aus der Gruppe der Haushaltsprodukte bei Kindern und Jugendlichen (2007 – 2016)

© GGIZ

Das GGIZ sammelt darüber hinaus Informationen und Daten über Vergiftungen und steht im engen Austausch mit dem Bundesinstitut für Risikobewertung und der Gesellschaft für klinische Toxikologie. Der online abrufbare Statistik nach hat sich die Zahl der Anfragen an das GGIZ von betroffenen Menschen seit dessen Gründung verdoppelt. Vor allem im Sommer ist die Zahl der Anfragen zu Vergiftungen durch natürliche Noxen sehr hoch. In dieser Zeit stellen verschiedene Pflanzen und Pilzsorten, aber auch diverse Tiere eine zusätzliche Gefährdung dar. Hauptgruppe der Vergiftungen bei Kindern und Jugendlichen sind allerdings Medikamente und Haushaltsprodukte wie etwa Kohleanzünder oder Spülmittel.

Bricht man die Daten auf Sachsen herunter zeigt sich, dass sich von den insgesamt rund 50.000 Anrufen in den letzten zehn Jahren als Hauptanrufer Privatpersonen und Kliniken mit je etwas mehr als 21.000 die Waage halten. Mit nur rund 3.400 Anrufen aus Arztpraxen ist der Abstand zu Platz drei schon relativ deutlich. Fragt man nach dem Ort der Vergiftung ist es sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern vor allem der Haushalt und das Umfeld, wo etwas passiert. Der

zweit-„gefährlichste“ Platz ist der Statistik nach für Kinder im Freien beziehungsweise in der Öffentlichkeit, bei Erwachsenen hingegen der Arbeitsplatz. Schließlich findet sich der größte Unterschied in den beiden Altersgruppen bei den Vergiftungsursachen. Liegen bei den Kindern mit fast 23.000 mit Abstand akzidentelle Vergiftungen – also aus Versehen oder Verwechslung eingenommene Medikamente oder Haushaltsprodukte – an der Spitze, lässt sich bei der Mehrheit der Erwachsenen (8.250) die Vergiftung auf einen Suizidversuch zurückführen. Die Zahlen und die Bandbreite der Vergiftungsfälle zeigen die quantitativ und qualitativ hochwertige Arbeit des GGIZ, welches seit seiner Gründung ohne Unterbrechung rund um die Uhr im Einsatz ist. Um diese Arbeit zu leisten, teilt sich das GGIZ Erfurt den Nachtdienst mit zwei Einrichtungen in anderen Bundesländern: dem Giftinformationszentrum Nord in Göttingen und der Vergiftungs-Informationen-Zentrale in Freiburg.

**Notrufnummer des GGIZ:**  
**0361 730 730**

Martin Kandzia M.A.  
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## Wenn Patienten sterben möchten

### Medizinisch-ethische Grenzen der Sterbebegleitung

Am 18. Mai 2017 hatte der Arbeitskreis Ethik in der Medizin ins Städtische Klinikum Görlitz zu einem schwierigen Thema eingeladen. Über 80 Ärzte, Pflegekräfte und Seelsorger waren gekommen, um mit den Referenten über ärztliche Sterbehilfe zu diskutieren. Zu Beginn wurden sie vom medizinischen Direktor des städtischen Klinikums Görlitz, Dr. med. Eric Hempel, begrüßt. Den Einstieg übernahm Dr. med. Andreas von Aretin. Er erläuterte zuerst die verschiedenen Begriffe in Bezug auf ärztliche Sterbebegleitung. Dabei differenzierte er zwischen aktiver, passiver und indirekter Sterbehilfe. Schließlich stellte er auch die aktuellen Gesetzmäßigkeiten in Deutschland vor. Dr. med. Barbara Schubert und Priv.-Doz. Dr. med. Ulrich Schuler schlossen sich danach mit ihrem Vortrag „Wo endet ärztliche Sterbehilfe?“ an. Anhand einer Video-Falldarstellung erläuterte Priv.-Doz. Dr. Schuler die Facetten eines individuellen Sterbewunsches bei unheilbarer Tumorerkrankung. Zum Zeitpunkt der Videoaufnahme litt der Patient schon vier Jahre an seiner Krankheit. Er wurde intensiv von seiner Familie, insbesondere seiner Ehefrau, betreut. Auf Grund des Krankheitsverlaufes und der Schmerzen trotz Therapie äußerte er im Film den Wunsch, sein Leben frühzeitig zu beenden und bat um palliative Sedierung ohne künstliche Ernährung. In den Wachphasen während der Sedierung hat der Betroffene dann öfters geweint und war unruhig. Daraus resultierte die Frage, ob eine tiefere palliative Sedierung besser gewesen wäre? Diese Fragestellung führte bei den anwesenden Gästen zu einer kontroversen Diskussion. Der Wille des Patienten sei wichtig und mit besonderem Respekt zu behandeln, so die vorherrschende Meinung. Auch die These, dass alle Berufsgruppen, die sich um den Sterbenden kümmern, ihn begleiten sollen, wurde von allen



Prof. Dr. med. Frank Oehmichen zog ein Fazit: Sterben ist sehr individuell, so wie die Entscheidungen des Arztes. © SLÄK

geteilt. Im Video äußerte der Patient, er hoffe, nach seinem Tod eine feste Adresse auf einem anderen Planeten zu haben. Ein Seelsorger meinte dazu, dass es für den Sterbenden wichtig sei, Perspektiven zu haben, die über das Leiden und die Schmerzen hinausgehen. Ein Arzt dagegen übte Kritik an der Sedierung mit Wachphasen. Durch das Weinen und die Angst, die man bei dem Patienten beobachten konnte, hatte es den Anschein, als ob er leide. Er hätte ihn deshalb tiefer sediert. Hier wurde eingeworfen, dass das Leiden zum Sterben dazugehöre und das es wichtig sei, dass ein Mensch dieses Leiden auf eine akzeptable Weise erfährt. Zudem böte eine teilweise Sedierung die Möglichkeit eines Abschieds für die Angehörigen. Aus der schriftlichen Dokumentation der letzten Tage des Patienten ging hervor, dass er öfters nach der Hand seiner Ehefrau gegriffen hätte. Zum Ende lag ein Konsens darin, dass die Nähe zwischen Arzt und Patient und vor allem das Vertrauen entscheidend für eine gute Sterbebegleitung ist. Außerdem sollten alle beteiligten Berufsgruppen sowie die Angehörigen in die Sterbebegleitung einbezogen werden.

Nach der Pause widmete sich Prof. Dr. med. Frank Oehmichen der ärztlichen Ethik und führte Beispiele von ärztlicher Sterbehilfe an, die in Gerichtsverfahren und damit schweren Belastungen für die betroffenen Ärzte endeten. Prof. Dr. Oehmichen betonte, dass jeder Arzt aufgrund

seines Fachwissens und nach der individuellen Situation eine Indikation stellen und sein medizinisches Handeln im Rahmen des geltenden Rechts danach ausrichten sollte. Zum Abschluss erläuterte Dr. med. Peter Grampp die „Beurteilung der Suizidalität in der Psychiatrie“. Der Suizid sei eine straffreie und selbstbestimmte Art des Sterbens. Die Auslöser für Suizidgedanken sind in den meisten Fällen unheilbare Krankheiten. Aber auch psychische und somatische Erkrankungen gehören dazu. Dr. Grampp meinte, dass die Ankündigung eines Selbstmords gegenüber einem Arzt ein wichtiges Zeichen für das Vertrauen zwischen Patient und Arzt sei. Denn nur selten, nicht einmal Angehörigen, vertraut jemand an, dass er den Wunsch hat zu sterben.

Das Fazit der Veranstaltung lautet, in der ärztlichen Sterbehilfe gibt es keine Pauschallösungen, kein richtig oder falsch. Jeder Patient, der den Wunsch für ein vorzeitiges Ableben äußert, ist ein Einzelfall und muss auch dementsprechend betrachtet werden. Der behandelnde Arzt sollte eine Ethikkommission zu Rate ziehen oder von einem Kollegen eine Zweitmeinung einholen. Außerdem sei es wichtig, ein offenes Gespräch mit dem Patienten, den Angehörigen und den zuständigen Seelsorgern zu führen, um für alle Beteiligten und vor allem für den Patienten, die bestmögliche Lösung zu finden.

Katharina Tesch  
Öffentlichkeitsarbeit

## Masern: Schutz von Personal und Patienten

Derzeit kommt es zu steigenden Masernfällen in Sachsen. In diesem Jahr wurden bisher schon 70 Masernerkrankungen an die Landesuntersuchungsanstalt übermittelt, davon 53 aus der Stadt Leipzig (Stand: 26. Mai 2017). Alle Erkrankten sind ungeimpft. Aus diesem Grund weist die Sächsische Landesärztekammer darauf hin, dass Ärzte sowohl das Personal als auch Patienten vor einer Ansteckung schützen sollten. Insbesondere sind folgende Maßnahmen zu empfehlen:

1. Regelmäßige Impfberatungen aller Patienten laut SIKO-Empfehlung,
2. Aushänge vor der Praxis, dass sich Patienten mit Verdacht auf Infektionen beim Personal melden,
3. Räumliche oder mindestens organisatorische Trennung der Patienten mit Verdacht auf Infektionen von anderen Patienten,



4. An Differenzialdiagnose Masern denken,
5. Bei Verdacht oder bestätigter Masernerkrankung sofortige Meldung an das Gesundheitsamt laut Infektionsschutzgesetz,
6. Bei Verdacht oder bestätigter Masernerkrankung Hygienemaß-

- nahmen im Praxisbereich laut Hygieneplan durchführen,
7. Schutz des Personals durch vollständigen Impfschutz und Einhaltung der Hygienevorschriften.

Dipl.-Med. Petra Albrecht  
Leiterin Gesundheitsamt Meißen  
Vorstandsmitglied

## Identitäts-/Lebensbescheinigungen

### Keine Frage des Taktes

Alle zwei Jahre fordert die Sächsische Ärztersorgung die Empfänger von Versorgungsleistungen per Anschreiben auf, schriftliche Identitäts- bzw. Lebensbescheinigungen einzureichen. Gerade in persönlichen Krisensituationen, bei Krankheit oder nach dem Verlust eines Angehörigen mag das Verwaltungshandeln taktlos erscheinen oder als mangelndes Vertrauen missverstanden werden. Notwendig ist diese Formalität dennoch: um sicherzustellen, dass mit den gezahlten Beiträgen die Ansprüche aller Leistungsempfänger zuverlässig und gemäß der Satzung erfüllt werden. Trotzdem bleiben Lebensbescheinigungen ein Thema, das polarisiert. Einzelne Mitglieder artikulierten ihr Unverständnis sehr deutlich. Andere kommentierten die Aufforderung mit einem Augenzwinkern. Wir erhielten aber auch genauso viel Zustimmung. Die unterschiedlichen Reaktionen

können wir nicht nur nachvollziehen, sie waren für die Gremienmitglieder, zum Teil selbst Leistungsempfänger des Versorgungswerkes, auch absehbar. Daher wurde die Diskussion rund um die Lebensbescheinigungen im Verwaltungsausschuss differenziert, mit Augenmaß und ausdrücklich im Bemühen um Verhältnismäßigkeit geführt. Mit der gewählten Verfahrensweise verfolgen wir einzig den Zweck, die Aufgabe, die uns von der Solidargemeinschaft der Ärzte und Tierärzte in Sachsen übertragen wurde, verantwortungsvoll zu erfüllen.

Die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) hat einen Vertrag mit dem Renten Service der Deutschen Post AG über die monatliche Rentenzahlung geschlossen. Der Renten Service übermittelt jede Veränderung der für den Leistungsbezug relevanten Informationen automatisch an die DRV. Für Einrichtungen der berufsständischen Versorgung sind die Dienstleistungen des Renten Services jedoch nicht zugänglich. Deshalb sind wir auf Mitwirkung ange-

wiesen. Der Aufwand für Mitglieder und Verwaltung soll möglichst gering gehalten werden. Die Praxis der Einholung schriftlicher Identitäts- bzw. Lebensbescheinigungen hat sich dabei auch in anderen Versorgungseinrichtungen bewährt. Für die Zukunft suchen wir weiterhin nach Lösungen für eine verlässliche und datenschutzkonforme maschinelle Abfrage.

Alle Informationen zum Verfahren – zum Beispiel zu den ausstellenden Behörden und Einrichtungen, zu Fristen, gesetzlichen Grundlagen und zusätzlichen Nachweisen – erhalten Sie im Anschreiben, das dem Identitäts-/Lebensbescheinigungs-Formular beiliegt, auf unseren Internetseiten und im direkten Gespräch mit den Mitarbeitern.

Also? Geben Sie uns ein Zeichen und verstehen Sie unser Nachfragen richtig: als Aufforderung zu einem langen, gesunden und zufriedenen Leben als Leistungsempfänger der Sächsischen Ärztersorgung.

Dr. med. Steffen Liebscher  
Vorsitzender des Verwaltungsausschusses

## Berufsbildungsausschuss „Medizinische Fachangestellte“

### Berufung von Mitgliedern (Wahlperiode 2017 – 2020) ist erfolgt

Die Sächsische Landesärztekammer errichtet als zuständige Stelle für die Ausbildung der Medizinischen Fachangestellten den Berufsbildungsausschuss (BBiA), § 77 BBiG. Der Berufsbildungsausschuss besteht aus Beauftragten der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer sowie aus Vertretern der Lehrkräfte, diese lediglich mit beratender Stimme. Er ist in allen wichtigen Angelegenheiten der beruflichen Bildung zu unterrichten und zu hören. Er hat im Rahmen seiner Aufgaben auf eine stetige Entwicklung der Qualität der beruflichen Bildung hinzuwirken.

Während die Arbeitnehmervertreter von den im Bezirk der Sächsischen Landesärztekammer bestehenden Gewerkschaften beziehungsweise

Arbeitnehmervereinigungen und die Lehrkräfte an berufsbildenden Schulen von der Sächsischen Bildungsagentur vorgeschlagen wurden, erfolgte die Benennung der Arbeitgebervertreter durch den Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer. Die Berufung aller Mitglieder für die neue Wahlperiode 2017 – 2020 erfolgte anschließend durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz wie folgt:

#### Arbeitgeber:

Prof. Dr. med. habil. Antje Bergmann  
Dr. med. Marco Hensel MBA  
Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud  
Dr. med. Andreas Schuster  
Ute Taube

#### Arbeitnehmer:

Ulrike Leonhardt  
Anne Möricke  
Sabine Ridder  
Daniela Wicke  
Angelica Fajerski (Stellvertreter)

#### Lehrkräfte:

Regine Graf

Ines Mauersberger  
Anja Michael-Porde  
Heidrun Schuster  
Melitta Steckel  
Martin Wadewitz  
Astrid Ahlbrecht (Stellvertreter)  
Marlen Beilig (Stellvertreter)  
Berit Rudolph (Stellvertreter)

Wir danken an dieser Stelle allen bisherigen Mitgliedern und Stellvertretern herzlich für ihre Mitarbeit und wünschen dem Gremium auch in der neuen Wahlperiode eine konstruktive Zusammenarbeit. Die konstituierende Sitzung des BBiA findet am 25. Oktober 2017 statt.

Zur Unterstützung der Arbeit des BBiA suchen wir noch weitere Ärzte als stellvertretende Mitglieder der Arbeitgebervertreter. Bei Interesse melden Sie sich bitte unter [hgf@slaek.de](mailto:hgf@slaek.de) oder unter der Telefon-Nr. 0351 8267-414.

Ass. jur. Annette Burkhardt  
Assistentin der Hauptgeschäftsführung

## Konzerte und Ausstellungen

### Ausstellungen im Foyer und 4. Etage

Die Dresdner Künstlerfamilie Hofmann bis 9. Juli 2017

Horst Hirsig  
Spiegelungen – Werke aus verschiedenen Zyklen

27. Juli bis 22. Oktober 2017

Vernissage:

Donnerstag, 27. Juli 2017, 19.30 Uhr

Einführung: Dr. sc. phil. Ingrid Koch, freie Kulturjournalistin, Dresden

### Programmorschau

11. Juni 2017, 11.00 Uhr

Junge Matinee „Violine Plus“

Große Talente der Violinklasse von

Prof. Annette Unger stellen erneut ihr Können unter Beweis.

Studierende der Hochschule für Musik Carl Maria von Weber Dresden

24. September 2017, 11.00 Uhr

Junge Matinee

Es musizieren Schülerinnen und Schüler der Musikschule des Landkreises Meißen.

## 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. Versorgungsebenen sind der Inter-**

**netpräsenz der KV Sachsen zu entnehmen:**

**[www.kvsachsen.de](http://www.kvsachsen.de) → Mitglieder → Arbeiten als Arzt → Bedarfsplanung und sächsischer Bedarfsplan.**

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
<b>Allgemeine fachärztliche Versorgung</b>			
17/C027	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (Versorgung von Patienten mit PTBS)	Annaberg	11.07.2017
17/C028	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Chemnitz, Stadt	26.06.2017
17/C029	Urologie ZB: Medikamentöse Tumorthherapie	Chemnitz, Stadt	26.06.2017
17/C030	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Freiberg	26.06.2017
17/C031	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Tiefenpsychologie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Freiberg	26.06.2017
17/C032	Orthopädie – konservativ geführte Praxis ZB: Manuelle Medizin/Chirotherapie	Mittlerer Erzgebirgskreis	26.06.2017
17/C033	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Plauen, Stadt/ Vogtlandkreis	11.07.2017
17/C034	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Zwickau	26.06.2017
<b>Spezialisierte fachärztliche Versorgung</b>			
17/C035	Radiologie	Zwickau	26.06.2017

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
<b>Allgemeine fachärztliche Versorgung</b>			
17/D033	Augenheilkunde (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Dresden, Stadt	26.06.2017
17/D034	Frauenheilkunde und Geburtshilfe (häftiger Vertragsarztsitz)	Dresden, Stadt	11.07.2017
17/D035	Frauenheilkunde und Geburtshilfe (häftiger Vertragsarztsitz)	Dresden, Stadt	11.07.2017
17/D036	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Dresden, Stadt	26.06.2017
17/D037	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Dresden, Stadt	26.06.2017
17/D038	Psychologische Psychotherapie – Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Dresden, Stadt	26.06.2017
17/D039	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Dresden, Stadt	26.06.2017
17/D040	Chirurgie Allgemeine Chirurgie, D-Arzt (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Görlitz, Stadt/ Niederschlesischer Oberlausitzkreis	11.07.2017
17/D041	Psychologische Psychotherapie – Tiefenpsychologie/Analytische Psychotherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Meißen	11.07.2017
17/D042	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Sächsische Schweiz	26.06.2017
17/D043	Chirurgie (häftiger Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Weißeritzkreis	26.06.2017
17/D044	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Weißeritzkreis	26.06.2017

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
<b>Hausärztliche Versorgung</b>			
17/L020	Allgemeinmedizin*)	Leipzig	26.06.2017
17/L021	Praktischer Arzt*)	Leipzig	26.06.2017
<b>Allgemeine fachärztliche Versorgung</b>			
17/L022	Orthopädie (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Leipzig, Stadt	26.06.2017
17/L023	Psychologische Psychotherapie – Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	Leipzig, Stadt	26.06.2017
17/L024	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Verhaltenstherapie (Abgabe eines hälftigen Versorgungsauftrages)	Leipzig, Stadt	26.06.2017
17/L025	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (Abgabe eines hälftigen Versorgungsauftrages)	Leipzig, Stadt	26.06.2017
17/L026	Psychotherapeutisch tätiger Arzt (Abgabe eines hälftigen Versorgungsauftrages)	Leipzig, Stadt	11.07.2017

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 durch einen Nachfolger veröffentlicht:

**Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz**

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
<b>Hausärztliche Versorgung</b>		
Allgemeinmedizin*)	Annaberg-Buchholz	Abgabe: Ende 2017
Allgemeinmedizin*)	Chemnitz	Abgabe: zum 1. bzw. 2. Quartal 2018
Allgemeinmedizin*)	Chemnitz	Abgabe: 01.01.2018
Innere Medizin*)	Chemnitz	Abgabe: spätestens 2. Quartal 2018

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
<b>Hausärztliche Versorgung</b>		
Allgemeinmedizin*)	Löbau Ort: Herrnhut	Abgabe: III/2018
Allgemeinmedizin*)	Zittau Ort: Großschönau	Abgabe: III/2018

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

**Bezirksgeschäftsstelle Leipzig**

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
<b>Hausärztliche Versorgung</b>		
Allgemeinmedizin*)	Torgau	Abgabe: 01.10.2017
Allgemeinmedizin*)	Torgau	Abgabe: 01.10.2017

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. (0341) 24 32 153 oder -154.

# Harninkontinenz

U. Lorenz

## Einleitung

Harninkontinenz ist auch in der heutigen modernen und aufgeklärten Zeit ein oft tabuisiertes Thema. Nur selten wird offen über diese Problematik gesprochen.

Aus diesem Grund können auch bezüglich der Prävalenz nur ungefähre Schätzungen angegeben werden.

Frauen leiden wesentlich häufiger an einer Harninkontinenz als Männer. Die zugrundeliegenden Ursachen sind hierbei mannigfaltig und nicht zuletzt genau zu eruieren, um den betroffenen Patientinnen und Patienten eine zielgerichtete Therapie anbieten zu können. Dabei ist die Einteilung der Harninkontinenz in die entsprechenden Unterformen von großer Bedeutung.

Im Folgenden soll ein kurzer Abriss einen Einblick in die Diagnostik und Therapie der Harninkontinenz geben.

## Definition

Laut „International Continence Society“ (ICS) wird Harninkontinenz als „Zustand mit jeglichem unwillkürlichen Urinverlust, der ein soziales und hygienisches Problem darstellt“ definiert [1].

Hierbei werden unter dem Oberbegriff Harninkontinenz folgende Unterformen zusammengefasst [2]:

### ■ Belastungsinkontinenz (früher auch Stressinkontinenz):

- unwillkürlicher Urinverlust bei körperlicher Belastung (Niesen, Husten, schwerem Heben, Lagewechsel...) ohne vorausgegangenem Harndrangempfinden

### ■ Dranginkontinenz (früher motorische und sensorische Urgeinkontinenz):

- unwillkürlicher Urinverlust bei gleichzeitigem oder plötzlich vorausgegangenem Drangempfinden

### ■ Mischinkontinenz:

- Mischform aus den zuvor genannten Entitäten

### ■ übrige Inkontinenzformen [2]:

- Giggle-Inkontinenz (Sonderform der kindlichen Harninkontinenz mit Urinverlust beim herzhaften Lachen)
- neurogene Inkontinenzformen (bedingt durch neurologische Grunderkrankungen)
- Überlaufinkontinenz
- Extraurethrale Inkontinenz (beispielsweise ektop mündender Harnleiter beim Kind, iatrogene Fisteln beim Erwachsenen)

## Epidemiologie

Die Prävalenz der Harninkontinenz beträgt bei Frauen unabhängig von der Ätiologie 10 bis 40 Prozent. Hierbei ist eine altersabhängige Steigerung bis zum Alter von 50 Jahren auf 36 Prozent zu beobachten. Einen zweiten Altersgipfel mit Anstieg der Harninkontinenz gibt es in der Gruppe der über 70-Jährigen [3]. Die Formen der Harninkontinenz variieren deutlich in den verschiedenen Altersgruppen. Bei jüngeren Patientinnen überwiegt die Belastungsinkontinenz, während bei älteren Patientinnen eine Mischinkontinenz führend ist.

Bei Männern wird eine Prävalenz zwischen 3 bis 11 Prozent angegeben. Hier überwiegt deutlich eine Dranginkontinenz, gefolgt von Misch- und Belastungsinkontinenz. Wobei diese in den meisten Fällen iatrogen nach operativen Eingriffen (beispielsweise durch eine radikale Prostatektomie) bedingt ist [4].

Mögliche Risikofaktoren beider Geschlechter für das Auftreten einer Harninkontinenz sind in Tab. 1 aufgeführt.

## Pathophysiologie der

### Harninkontinenz

#### Belastungsinkontinenz

Von Belastungsinkontinenz spricht man, wenn es zu unwillkürlichem Urinverlust im Rahmen körperlicher Belastung kommt.

Hierbei überschreitet der intravesikale/intraabdominelle Druck den Harnröhrenverschlussdruck und es kommt zum Harnverlust [4].

Mögliche Ursachen sind Bindegewebs- und/oder Muskelschwäche oder der urogenitale Descensus der Frau. Aber auch eine urethral bedingte Verschlussinsuffizienz (beispielsweise postoperativ, postpartal oder postmenopausal durch einen Östrogenmangel mit urethralem Turgorverlust), eine Steigerung des intraabdominellen Druckes (Adipositas, Asthma- oder „Raucherhusten“) oder auch iatrogene Ursachen (intraoperative nervale oder myogene Schäden) können einer Belastungsinkontinenz Vorschub leisten [5].

Zur Feststellung der Schwere einer Belastungsinkontinenz haben sich die klinische Einteilung nach Ingelman-Sundberg (Tab. 2) beziehungsweise die objektivierbare Einteilung mittels Pad-Test der Deutschen Kontinenz Gesellschaft bewährt (Tab. 3) [6, 7]. Hierbei wird der Urinverlust anhand von Vorlagen (englisch pads) gemessen. Der Patient absolviert hierzu unterschiedliche körperliche Übungen verschiedener Belastung in einer definierten Zeit (1 oder 24 Stunden).

Tab. 1: Risikofaktoren für eine Harninkontinenz

Frauen	Männer
• Alter	• Alter
• neurologische Erkrankungen	• neurologische Erkrankungen
• Schwangerschaften	• LUTS (Symptome des unteren Harntraktes)
• Geburten	• Prostatektomie
• Menopause	
• Hysterektomie/gynäkologische Operationen	
• Adipositas	
• positive Familienanamnese	

Tab. 2: Einteilung der Schweregrade nach Ingelman-Sundberg

Grad I	Urinverlust bei schwerer körperlicher Belastung (Husten, Heben, Niesen)
Grad II	Urinverlust bei leichter körperlicher Belastung (Aufstehen, Gehen)
Grad III	Urinverlust im Liegen

Tab. 3: Einteilung mittels Pad-Test

Grad I	bis 10 ml Urinverlust
Grad II	10 – 25 ml Urinverlust
Grad III	25 – 50 ml Urinverlust
Grad IV	> 50 ml Urinverlust

### Dranginkontinenz

Liegt ein unwillkürlicher Urinverlust mit gleichzeitigem oder plötzlich vorausgegangenem Harndrangempfinden vor, so spricht man von Dranginkontinenz.

Hierbei sind imperativer (nicht unterdrückbarer) Harndrang (Urge), geringe Miktionsvolumina und hohe Miktionsfrequenz ein typischer Symptomenkomplex.

Mögliche Ursachen können beispielsweise Entzündungen (unspezifisch/spezifisch), Fremdkörper, hormonelle Umstellungen (Östrogenmangel) oder neurogen bedingt sein.

Als Mischinkontinenz bezeichnet man eine Kombination aus Belastungs- und Dranginkontinenz.

### Diagnostik

Im Rahmen der Diagnostik wird zwischen Basisdiagnostik und spezialisierter Diagnostik unterschieden. Hier ist das Ziel, zwischen den einzelnen Inkontinenzformen zu differenzieren.

Zur Basisdiagnostik gehört die allgemeine Anamnese. Hier sollten Dauer und Charakter der Miktionsbeschwerden, Stuhlgangsfrequenz und -konsistenz, Vorerkrankungen und Voroperationen erfragt werden. Symptomorientiert sollten die Frequenz der Inkontinenzepisoden, das Urinverlustvolumen und die durch die Inkontinenz bedingten Einschränkungen eruiert werden. Gerade der letztgenannte Punkt variiert von Patient zu Patient sehr stark und sollte bei der Wahl der Therapie unbedingt Beachtung finden [8].

Ebenso gehören zur Erstvorstellung eine körperliche Untersuchung (inklusive rektaler Untersuchung und Inspektion des äußeren Genitals),

sowie ein Hustenprovokationstest. Eine Urinanalyse und eine Restharnsonographie sind durchzuführen.

Um schließlich eine fundierte Diagnose treffen zu können, sollten die Patienten ein Miktions-Trink-Protokoll mit genauer Erhebung der Trink- und Miktionsmengen, Trink- und Miktionszeiten, Vorlagengewicht/-verbrauch und Inkontinenzepisoden führen [9].

Vereinfachend können die Patienten im Vorfeld standardisierte Fragebögen ausfüllen.

Weiterführend sollte bei Verdacht eine dezidierte neurologische und/oder gynäkologische Untersuchung erfolgen.

Eine urodynamische Komplexuntersuchung (UDM) muss laut Interdisziplinärer S2e-Leitlinie für die Diagnostik und Therapie der Belastungsinkontinenz der Frau nicht in jedem Fall erfolgen. Jedoch sollte vor jedem invasiven Vorgehen und bei Therapieversagen eine UDM durchgeführt werden [10]. Dadurch können beispielsweise eine Detrusorhyperaktivität (overactive bladder, OAB) als Ursache von Inkontinenzepisoden detektiert werden [11, 12].

Besteht der Verdacht auf eine neurogene Blasenentleerungsstörung als Ursache der Harninkontinenz sollte eine Videourodynamik durchgeführt werden. Hier können durch Füllung der Harnblase mit Kontrastmittel unter röntgenologischer Durchleuchtung Pathologien des Harntraktes (vesiko-ureteraler Reflux, Influx in die männliche Adnexe, Harnblasendeformationen etc.) visualisiert werden.

Bildgebend sollte initial eine Sonographie erfolgen. Weiterführend ist bei Patientinnen mit Belastungsinkontinenz eine perineale/vaginale oder Introitussonographie (sogenannte Pelvic floor-Sonographie) durchzuführen (Leitlinie Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie).

Besteht aufgrund eines pathologischen Urinbefundes (beispielsweise Erythrozyturie) der Verdacht auf Pathologien wie Harnblasentumoren oder Fremdkörper als mögliche Ursachen einer Inkontinenz sollte zwingend eine Urethrozystoskopie stattfinden [12].

### Therapie

Die Therapie der Inkontinenz ist abhängig von Inkontinenzform und -schwere. Dabei sollten **konservative** Maßnahmen vor **operativen Interventionen** erfolgen.

Keine Therapie im eigentlichen Sinne stellt die optimale Versorgung mit Inkontinenz-Hilfsmitteln dar. Dadurch kann die Inkontinenzsituation für die Patienten jedoch deutlich erträglicher gestaltet werden. Den Betroffenen stehen dabei vielfältige rezeptierbare aufsaugende Inkontinenzmaterialien (beispielsweise Vorlagen) und ableitende Inkontinenzmaterialien (beispielsweise Kondomurinal) zur Verfügung.

### Konservative Therapie der Belastungsinkontinenz

Hierbei sollten zunächst allgemeine Maßnahmen, wie Gewichtsreduktion bei Übergewicht, Vermeidung schwerer, körperlicher Arbeit, Reduktion erhöhter Flüssigkeitsaufnahme und eine Stuhlgangsregulation bei Obstipation erfolgen.

Eine professionell angeleitete Beckenbodengymnastik mit Erlernen der Wahrnehmung und Beherrschung des Beckenbodens kann Symptomverbesserung bringen (zwischen 32 bis 93 Prozent). Hier ist allerdings eine hohe Patienten-Compliance vonnöten. Häufig wird diese Therapieform mit einem Biofeedback kombiniert [13].

Eine Pessarbehandlung bei Descensus vaginae et uteri kann gerade bei älteren/nicht operationsfähigen oder

-willigen Patientinnen eine gute Symptomreduktion bewirken. Sie wird auch temporär zur Evaluierung vor operativer Therapie einer Belastungsinkontinenz (beispielsweise Kolposuspension nach Burch) durchgeführt.

### Medikamentöse Therapie der Belastungsinkontinenz Hormontherapie

Die Verwendung von Östrogenen kann bei Patientinnen mit leichter Belastungsinkontinenz zur Beschwerdebesserung führen. Grund hierfür ist eine verbesserte Vaskularisation, Epithelproliferation und höhere Sensibilität von  $\alpha$ -Rezeptoren. Die Anwendung sollte zur Vermeidung systemischer Nebenwirkungen möglichst lokal in Form von Vaginalovula, -suppositorien oder -crèmes erfolgen [14].

### Duloxetin

Der selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI) Duloxetin zeigt positive Effekte in der Therapie der Belastungsinkontinenz. Hierdurch kann keine Heilung der Inkontinenz, wohl aber Symptomenreduktion erzielt werden. Aufgrund der häufig auftretenden gastrointestinalen und zentralnervösen Nebenwirkungen sind hohe Therapieabbruchraten zu beobachten. Aus diesem Grund sollte das Medikament zu Beginn der Behandlung eingeschlichen werden [15, 16].

### Operative Therapie der Belastungsinkontinenz

Vor einer operativen Therapie der Belastungsinkontinenz sollten alle konservativen Behandlungsoptionen bedacht werden.

Im Rahmen der operativen Therapie stehen verschiedene Operationsmethoden zur Verfügung.

Hierunter zählen beispielsweise die häufig von Gynäkologen durchgeführte submucöse Injektion der proximalen Harnröhre mit sogenannten Bulking Agents zur Erhöhung des Auslasswiderstandes. Dadurch kann eine vorübergehende Verbesserung der Symptomatik erzielt werden, oft sind jedoch wiederholte Injektionen notwendig. Diese minimalinvasive

Therapie ist vor allem für Patientinnen mit eingeschränkter Operationsfähigkeit von Bedeutung [17].

Weiterhin steht als minimalinvasive Methode die Therapie mit einem suburethralen spannungsfreien Band zur Verfügung. Hierbei wird ein ein Zentimeter breites Band im Bereich der Vaginalvorderwand um die Harnröhre platziert und suprapubisch (TVT) oder transobturatorisch (TOT) ausgeleitet. Dadurch wird die Drucktransmission des intraabdominellen Druckes auf die Harnröhre wiederhergestellt [18, 19].

Eine weitere (früher häufig) angebotene operative Therapieoption ist die offen oder laparoskopisch durchgeführte Kolposuspension nach Burch. Hierbei wird das paravaginale Gewebe mittels Matratzennähten am Ligamentum ileopectineum verankert. Diese Operation stellte früher den Goldstandard in der operativen Behandlung der Belastungsinkontinenz dar [20].

Die aktuelle Leitlinie zur Belastungsinkontinenz der Frau empfiehlt suburethrale Bandanlagen bei Patientinnen mit unkomplizierter Belastungsinkontinenz als primäre operative Therapieoption [10].

Ein adjustierbares Ballonimplantat im Bereich des Harnblasenhalses kann minimalinvasiv bei männlichen Patienten mit leichter bis mäßiger Belastungsinkontinenz nach Prostatektomie Symptomlinderung verschaffen. Auch bei männlichen Patienten besteht die Möglichkeit einer suburethralen Bandanlage.

Zudem steht letztendlich ein artifizieller Sphinkter (AMS 800) als Mittel der Wahl bei fehlender Sphinkteraktivität oder Versagen anderer Therapieverfahren zur Verfügung. Hierbei sind bezüglich der Kontinenzrate postoperativ sehr gute Ergebnisse zu erwarten. Jedoch stehen diesen relativ hohe Revisionsraten aufgrund mechanischem Versagens oder Infektionen gegenüber [21, 22].

Prinzipiell sollte ein operatives Therapiekonzept optimaler Weise nie allein durch Urologen/Gynäkologen sondern interdisziplinär in Zusammenarbeit mit Radiologen (Defäko-

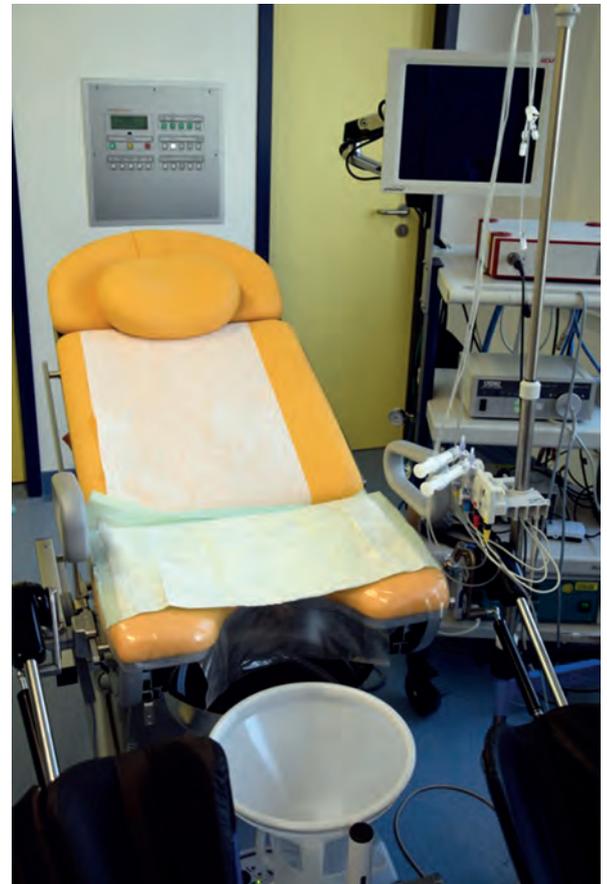


Abb. 1: Urodynamischer Messplatz

© U. Lorenz

graphien), Proktologen und gegebenenfalls Neurologen erarbeitet werden.

### Konservative Therapie der Dranginkontinenz

Bei dieser Inkontinenzform kann bereits das alleinige „Sich-Beschäftigen“ mit der Thematik durch das Führen eines Miktionsprotokolls gerade bei zwanghaftem Miktionsverhalten zur Verbesserung der Symptomatik führen.

Basierend auf einem Miktionsprotokoll kann dann im weiteren Verlauf ein sogenanntes Miktionstraining durchgeführt werden. Hierbei sollen zum einen zu kurze Miktionsintervalle durch Herauszögern der Miktion verlängert werden. Zu lange Intervalle können zum anderen durch „getimte“ Miktion, dem Wasserlassen nach der Uhr, verkürzt werden.

Auch bei der Dranginkontinenz sind das Beckenbodentraining und Biofeedback-Therapie im Entspannungsmodus eine mögliche Therapieoption.

## Medikamentöse Therapie der Dranginkontinenz

### Vaginale Östrogenisierung

Auch bei der Behandlung der weiblichen Dranginkontinenz ist die vaginale Östrogenisierung vor allem bei postmenopausalen Patientinnen eine wichtige Therapieoption. Bei fehlenden onkologischen Kontraindikationen sollte jeder Patientin mit überaktiver Blase in der Peri- oder Postmenopause eine lokale Hormontherapie angeboten werden [23].

### Anticholinerge Therapie

Eine zentrale Rolle in der Therapie der Dranginkontinenz spielt die medikamentöse Therapie mittels Anticholinergika, auch Muscarinrezeptorantagonisten genannt.

Das Wirkprinzip besteht in der Hemmung der Blasenmuskulatur zur Erhöhung der Blasenkapazität und Dämpfung eines überaktiven Detrusors.

Die zur Verfügung stehenden Präparate sind gut wirksam, haben jedoch teilweise eine sehr hohe Nebenwirkungsrate. Aus diesem Grund ist die Compliance und Medikamenteneinnahmetreue oft sehr gering. Mögliche Nebenwirkungen sind Akkommodationsstörungen, Mydriasis, Mundtrockenheit, Obstipation, Tachykardien und zentralnervöse Nebenwir-

kungen. Eine Verringerung der Nebenwirkungsrate kann durch die Verwendung von Retardpräparaten oder alternativen Applikationsformen erreicht werden. Hierbei stehen beispielweise transdermale Darreichungsformen sowie die intravesikale Applikation von Oxybutynin über Einmalkatheterismus (Instillationstherapie) zur Verfügung [24, 25]. Auswahl anticholinergischer Präparate:

- Darifenacin
- Fesoterodin
- Oxybutynin
- Propiverin
- Solifenacin
- Tolterodin
- Trosipiumchlorid

### Interventionelle Therapie der Dranginkontinenz

Eine mögliche interventionelle Therapieoption bei Dranginkontinenz ist die Injektion von Botulinumtoxin A in den M. detrusor vesicae im Rahmen einer Urethrozystoskopie (optional in Narkose). Hierbei kommt es zur Hemmung der Signalübertragung zwischen Nerv und motorischer Endplatte und dadurch zur Dämpfung der Detrusorkontraktionen mit konsekutiver Senkung der Inkontinenzepisoden aufgrund erhöhter Blasenkapazität. Diese Behandlung kann etwa aller sechs Monate wie-

derholt werden. Wobei die durchschnittliche Wirkung zwischen neun bis zwölf Monaten liegt. Aufgrund der lokalen Applikation steht damit eine sehr nebenwirkungsarme Behandlungsoption zur Verfügung [26]. Bei Patienten mit medikamentenrefraktärer Drangsymptomatik kann zudem die sakrale Neuromodulation zur Anwendung kommen. Hier werden die Sakralnerven mit Hilfe kleiner elektrischer Impulse einer speziellen Form der Nervenstimulation unterzogen, was zur Besserung der Inkontinenzproblematik führen kann. Damit stellt diese Therapieform eine mögliche Alternative zu invasiveren Maßnahmen dar [27].

Eine weitere Therapiemöglichkeit ist die sogenannte EMDA (Electromotive drug application)-Therapie. Hier wird mit Hilfe eines elektrischen Feldes im Bereich der Harnblasenwand die Verbesserung der Medikamentenaufnahme in tiefere Blasenwandschichten erzielt. Diese Behandlung kann ohne Narkose und beliebig oft durchgeführt werden. Zur Anwendung kommen Präparate wie Lidocain, Pentosanpolysulfat, Hyaluronsäure und Oxybutynin [28].

### Operative Therapie der Dranginkontinenz

Eine operative Therapie sollte bei Dranginkontinenz erst nach Versagen der konservativen und interventionellen Therapieoptionen durchgeführt werden. Sie stellt eine ausgesprochene Ausnahme dar und ist meist neurogen bedingter Dranginkontinenz vorbehalten.

Abschließend kann zusammengefasst werden, dass zur Therapie der verschiedenen Harninkontinenzformen ein breites Spektrum verschiedener Behandlungsoptionen zur Verfügung steht. Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Therapie ist jedoch eine dezidierte Diagnostik zur Spezifizierung der zugrundeliegenden Inkontinenzform.

Literatur bei der Autorin

Interessenkonflikte: keine

Dr. med. Ulrike Lorenz  
Klinik für Urologie

Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz  
Zeisigwaldstraße 101, 09130 Chemnitz

Anzeige

EINLADUNG  
VOGTLÄNDISCHER ÄRZTEBALL  
BAND | DJ | BUFFET | BAR  
SONNABEND, 18. NOVEMBER 2017  
KURHAUS BAD ELSTER  
75,- p.P./ 40,- Assistenten, Studenten  
Karten: Kreisärztekammer Vogtland Tel.: 03744 361 41 02.

## Wissen wollen – Wissen müssen

### Trisomie 21

**Leserbrief zum Artikel „Wissen wollen – Wissen müssen. Trisomie 21“ aus „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 4/2017, S. 161**

Unbestritten ist, dass Kinder mit Trisomie 21 oft sehr liebenswert sind und bei entsprechender Förderung Beachtliches leisten können, bis hin zum Berufsabschluss oder gar zur Karriere als Schauspieler. Der Humanismus einer Gesellschaft erweist sich nicht zuletzt dadurch, wie mit „behinderten“ Menschen umgegangen wird, welche Unterstützung sie und die Bezugspersonen erhalten.

### Erwiderung zum Leserbrief von Dr. med. Rudolf Grzegorek:

Der Autor beschreibt sehr gut und treffend die Möglichkeiten eines Menschen mit Trisomie 21 und bekennt sich dann zu einem Humanismus, der sich nicht zuletzt am Umgang mit „behinderten“ Menschen erkennen lässt. Ein sehr schöner Einstieg.

Es erstaunt umso mehr, wie schnell er dann bereit ist, dieses schützenswürdige Leben zur Disposition zu stellen. Es scheint zu reichen, dass Eltern der Betreuung eines gegebenenfalls schwer behinderten Kindes nicht gewachsen sein könnten, es eventuell nicht vermögen, liebevolle Eltern zu sein. Welche Eltern können sich dessen vor dem ersten Kind schon sicher sein? Egal ob dieses zwei oder drei Chromosomen auf Position 21 hat. Soll das schon reichen, um sich gegen das gezeugte Leben zu entscheiden? Dies soll die Verzweiflung junger Eltern eines nicht der Norm entsprechenden, vermehrt hilfsbedürftigen Kindes nicht kleinreden. Ich denke nur, wir müssen bei der Abwägung zwischen den Interessen, berechtigten Ängsten und Sorgen der Eltern und dem Lebenswillen jedes Menschen, auch

Allerdings Ärzte verpflichtet zu wollen, zur Austragung des Kindes zu züraten, dieses ist schon eine zu hinterfragende Ansicht, denn der Pränataldiagnostiker trägt die Last, die auf die Eltern und speziell die Mutter zukommt, nicht mit. Zu einer entscheidungsoffenen, neutralen Beratung gehört zweifelsohne auch die Hinterfragung, ob nach Prüfung des Einzelfalls die Eltern der Betreuung eines gegebenenfalls schwer behinderten Kindes auf Dauer gewachsen sind, ob sie verantwortliche, liebevolle Eltern zu sein vermögen. Nach repräsentativen Schätzungen entscheiden sich neun von zehn Frauen für einen Abbruch der Schwangerschaft bei Trisomie 21. So weit als Hausarzt damit konfrontiert, erlebte ich nie eine Gravide, die sich leichtfertig zur Interruption entschloss,

wenn er noch so klein ist und diesen noch nicht äußern kann, schon etwas vorsichtiger sein.

Das Ergebnis dieser Abwägung könnte dann nämlich die „Interruption“ sein. Soll der Begriff seiner Übersetzung entsprechend suggerieren, dass es nach der „Unterbrechung“ ja vielleicht weitergeht? Also alles nicht so schlimm? Nein. Es geht darum, das Leben des sehr jungen (menschlichen) Wesens abzubrechen (Abruptio). Umgangssprachlich nennt man dies – es tut mir leid, aber ich weiß keinen anderen Begriff – töten. Es bleibt auch Töten, selbst wenn man dem Fötus das Menschliche absprechen will.

Das Töten muss nicht ausnahmslos verwerflich sein. Die Gesellschaft kennt durchaus Situationen, die das Töten eines Menschen rechtfertigen. Zum Beispiel die Notwehr. Doch die Kriterien, wann eine solche Notwehr wirklich vorliegt, werden dann sehr eng ausgelegt. Die Notwendigkeit, sein Leben neu auszurichten und nicht zu wissen, ob man das schafft, reicht hierfür ganz sicher nicht.

Welche Haltung soll der um Rat gefragte Arzt einnehmen? Welche, wenn nicht eine dem Leben grund-

allerdings auch keine Frau, die ein annehmbar schwer behindertes Kind austragen wollte. Neben einer wertneutralen Erörterung gibt es ja auch das „Recht auf Nichtwissen“. Niemand wird zu Blutuntersuchungen und gar invasiver Pränataldiagnostik gezwungen, um Gendefekte beziehungsweise Missbildungen zu erkennen. Es versteht sich von selbst, dass jedweder Druck auf die Gravide zu unterbleiben hat, auch allerdings jener von theologischen „Berufsethikern“, die religiös argumentierend gelegentlich eine „Moralkeule“ schwingen und eine Interruption auf gesetzlicher Grundlage als Tötungsdelikt bewerten. Gelassenheit ist geboten!

Dr. med. Rudolf Grzegorek, Görlitz

sätzlich zugewandte? Ich kann nicht nachvollziehen, dass ein Arzt nicht zunächst zum Leben raten soll. Hier tun wir uns am Ende des Lebens offensichtlich sehr viel schwerer, das Leben gehen zu lassen, als ihm am Anfang keine Chance zu geben.

Wer das Recht auf Nichtwissen betont, sollte fairer Weise dazusagen, dass dieses Recht in der Realität hart erkämpft werden muss. Ich kenne genügend Frauen, die keinen Test wollten und sich dafür schwere Vorwürfe anhören mussten. Sie mussten wegen vorhandener Risikofaktoren (zum Beispiel Alter) dann unterschreiben, dass Sie gegen ärztlichen Rat handeln. Ist das guter Rat?

So rate auch ich gemeinsam mit dem Autor zur Gelassenheit. Zum gelassenen Analysieren der Situation und zum fairen Abwägen der Möglichkeiten. Ich rate keinesfalls zur vermeintlich alternativlosen Entscheidung, es so zu machen wie die anderen neun von zehn. Der Arzt wird schon wissen, warum er den Test gemacht hat. Doch nicht, um dann keine Konsequenz zu ziehen.

Dr. med. Andreas von Aretin  
Mitglied im Redaktionskollegium  
„Ärzteblatt Sachsen“

## Prof. Dr. med. habil. Otto Bach zum 80. Geburtstag

Anlässlich seines 80. Geburtstages ehren wir Prof. Dr. med. habil. Otto Bach, als einen herausragenden sächsischen Arzt, Hochschullehrer und Berufspolitiker.

Prof. Dr. Bach wurde am 21. Mai 1937 in Borsdorf bei Leipzig geboren. Er studierte in Leipzig von 1955 bis 1960 Medizin. Nach der Approbation als Arzt 1961 und Promotion 1962 schloss sich dort seine Facharztweiterbildung für Neurologie/Psychiatrie an. 1965 erwarb er die Facharztanerkennung für Neurologie und Psychiatrie, 1969 wurde er Oberarzt. 1974 erfolgte seine Ernennung zum ersten Oberarzt der Klinik für Psychiatrie der Universität Leipzig. 1975 habilitierte er sich mit dem Thema „Über kooperative Beziehungen zwischen psychiatrischen Patienten und ihrer Umwelt“. Nach Studienaufenthalten in St. Petersburg und Prag erhielt er 1984 einen halbjährigen Lehrauftrag am Medical Centre Gondar in Äthiopien.

Der ordentliche Hochschuldozent Otto Bach wurde 1985 in Leipzig zum außerordentlichen Professor für Neurologie und Psychiatrie ernannt. 1987 erfolgte die Berufung zum ordentlichen Professor für Neurologie und Psychiatrie an die Medizinische Akademie „Carl Gustav Carus“ Dresden, wo er auch Klinikdirektor war. Nach Umstrukturierung und Trennung der Bereiche Neurologie und Psychiatrie wurde ihm 1990 das Direktorat der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie übertragen. Als einer der wenigen ordentlichen Professoren, die in der DDR nicht parteigebunden waren, wurde Prof. Dr. Bach im verkürzten Berufungsverfahren im Jahr 1992 zum C4-Professor berufen, nachdem er sich beim Aufbau demokratischer Hochschulstrukturen hochverdient gemacht hatte. Für die weitere Entwicklung und Profilierung der Dresdner Hochschulmedizin, beispielhaft sei die Metamorphose der Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“ zur Medizinischen Fakultät genannt, hat Prof. Dr. Bach in schwerer Zeit wichtige Beiträge geleistet. Aufgrund seiner Besonnenheit und seines diplomatischen Geschicks wirkte Prof. Dr. Bach als letzter Rektor der Medizinischen Akademie Dresden, später als Kommissarischer Dekan, danach als Forschungsdekan der Medizinischen Fakultät. Seit 1999 bis zu seiner Emeritierung 2002 war er Sprecher des Vorstandes des Dresdner Universitätsklinikums. Seit Gründung der Sächsischen Landesärztekammer 1990, deren Aufbau von ihm maßgeblich unterstützt wurde, bewältigte er als Vorsitzender der Akademie für ärztliche Fortbildung des Landes Sachsen ein enormes Arbeitspensum. Mit beispielhaftem Fleiß und schöpferischer Kreativität wirkte er außerdem von 1999 bis 2007 als gewähltes Vorstandsmitglied der Sächsischen Landesärztekammer. Neben seinen Verdiensten um die Facharztweiterbildung ist die ärztliche Fortbildung ein Gebiet, dem sein ganzes Engagement galt und gilt. Nach seiner Wahl zum Vorsitzenden der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung kam neues Leben und Schwung in dieses wichtige Gremium. Als Beispiel sei das von ihm gemeinsam mit den Mitgliedern der Akademie inaugurierte „fachübergreifende Fortbildungssemester“ genannt. Wegen seines großen Engagements für die Fortbildung wurde er in den Vorstand des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung berufen (1999



Prof. Dr. med. habil. Otto Bach © Privat

sehen Fakultät genannt, hat Prof. Dr. Bach in schwerer Zeit wichtige Beiträge geleistet.

Aufgrund seiner Besonnenheit und seines diplomatischen Geschicks wirkte Prof. Dr. Bach als letzter Rektor der Medizinischen Akademie Dresden, später als Kommissarischer Dekan, danach als Forschungsdekan der Medizinischen Fakultät. Seit 1999 bis zu seiner Emeritierung 2002 war er Sprecher des Vorstandes des Dresdner Universitätsklinikums. Seit Gründung der Sächsischen Landesärztekammer 1990, deren Aufbau von ihm maßgeblich unterstützt wurde, bewältigte er als Vorsitzender der Akademie für ärztliche Fortbildung des Landes Sachsen ein enormes Arbeitspensum. Mit beispielhaftem Fleiß und schöpferischer Kreativität wirkte er außerdem von 1999 bis 2007 als gewähltes Vorstandsmitglied der Sächsischen Landesärztekammer.

Neben seinen Verdiensten um die Facharztweiterbildung ist die ärztliche Fortbildung ein Gebiet, dem sein ganzes Engagement galt und gilt. Nach seiner Wahl zum Vorsitzenden der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung kam neues Leben und Schwung in dieses wichtige Gremium. Als Beispiel sei das von ihm gemeinsam mit den Mitgliedern der Akademie inaugurierte „fachübergreifende Fortbildungssemester“ genannt.

Wegen seines großen Engagements für die Fortbildung wurde er in den Vorstand des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung berufen (1999

bis 2015). In dieser ehrenvollen Funktion war er an der Weichenstellung der Fortbildung für die deutsche Ärzteschaft beteiligt.

Bundesweites Ansehen genießt Prof. Dr. Bach unter den Fachwissenschaftlern der Neurologie/Psychiatrie im Besonderen in seinen Arbeits- und Forschungsschwerpunkten der Klinischen Psychiatrie, der Sozialpsychiatrie sowie der Familien- und Angehörigenarbeit. Von seiner Begeisterung für die Forschung, Lehre und praktischen Medizin zeugen über 100 Publikationen, sechs Fachbücher und mehr als 400 Vorträge.

Bei aller Expertise oder gerade wegen dieser schätzen wir Prof. Dr. Bach unter anderem wegen seiner Bodenständigkeit, seiner humorvollen Direktheit und seiner natürlichen Bescheidenheit mit der er sich in stets „vornehmer Weise“ einmischt, anregt und mitwirkt. Er ist ein Virtuose geschliffener Formulierungen in Vorträgen und Publikationen, eines breiten Spektrums aktueller medizinwissenschaftlicher, medizinethischer und gesundheitspolitischer Themen. Auch mit 80 Jahren ist Prof. Dr. Bach wach und interessiert an den von ihm angestoßenen Problemkreisen.

Im Rahmen des Forschungsprojekts der Sächsischen Landesärztekammer „Ärztliche Selbstverwaltung in Sachsen“ widmet er sich aktuell dem Kapitel „Ärztliche Standes- und Berufspolitik im Nationalsozialismus“.

Für seinen unermüdlichen Einsatz erhielt er zahlreiche Ehrungen und Auszeichnungen, unter anderem das Bundesverdienstkreuz am Bande, die Ernst-von-Bergmann-Plakette, die Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille der sächsischen Ärzteschaft, die Jubiläumsmedaille der Technischen Universität Dresden und die Paracelsus-Medaille der Bundesärztekammer.

Wir gratulieren ihm auf das Herzlichste und wünschen ihm weiterhin erfüllte glückliche und genussvolle Jahre bei stabiler Gesundheit.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Ehrenpräsident der Sächsischen  
Landesärztekammer

## Dr. med. Frank Härtel zum 70. Geburtstag

Am 28. Mai 2017 beging Dr. med. Frank Härtel seinen 70. Geburtstag, wozu ihm die Kollegen der Sächsischen Landesärztekammer, seine Freunde und Partner der sächsischen Psychiatrischen Szene und sicher Viele, die mit ihm in beruflichem Kontakte standen, von Herzen alles Gute wünschen. Der Referent dieses Beitrags verbindet mit den Glückwünschen eine besondere Zuwendung und Dankbarkeit für viele Jahre gemeinsamer Arbeit in den Gremien unserer Kammer, in der Facharztprüfungskommission, der Suchtkommission und vielfältigen Weiter- und Fortbildungsmaßnahmen unserer Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung.

Dabei zeichnete sich der Jubilar immer als ein in sich ruhender, mit einem klaren Blick für die Sache ausgezeichnete und fachlich insbesondere in Fragen der Suchtpolitik konsequenter Vertreter der Ärzteschaft aus.

Aus einem bürgerlichen, künstlerisch und geschichtlich interessierten Elternhaus stammend, besuchte er die Grund- und Oberschule bis zum Abitur in Oelsnitz beziehungsweise Stollberg/Sachsen und studierte von 1961 bis 1965 Medizin in Halle an der Saale. Von 1965 bis 1971 absolvierte er die Weiterbildung zum Facharzt für Neurologie und Psychiatrie in sächsischen Einrichtungen in Zwickau, Rodewisch und Reiboldsgrün. Von Beginn seiner ärztlichen Tätigkeit an richteten sich seine Interessen auf die Psychotherapie, die – davon zeugen seine späteren Tätigkeiten – für ihn immer eine wichtige Säule komplex-therapeutischer Ansätze in der Psychiatrie war.

So schloss sich konsequenterweise eine zweite Facharztausbildung in Psychotherapie an, die er bei damals prominenten Lehrern in Erlabrunn (Dr. med. Helmut Röhrborn) und Berlin (Dr. sc. med. Kurt Höck) und der „Klinik für funktionelle Krankheiten“



Dr. med. Frank Härtel © Privat

(heute würden wir sie psychosomatische Klinik nennen) in Erlabrunn 1988 abschloss. 1984 promovierte er zum Dr. med. mit dem Thema „Zur Frage des Stellenwertes und der diagnostischen Sicherheit des Pneumoencephalogramms“.

Die bis hierher genannten Merkmale seiner fachlichen Biografie weisen auf, dass Dr. Härtel bemerkenswerte Entwicklungsetappen der Nervenheilkunde durchlebt und mitgestaltet hat: etwa die Einführung der modernen Bildgebung in der Medizin, die Installation des „Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie“ und die sektorisierte psychiatrische Versorgung.

Ab 1987 arbeitete Dr. Härtel als Oberarzt im Psychiatrischen Fachkrankenhaus Wiesen im Landkreis Zwickau; im Dezember 1990 wurde er dort zum Chefarzt ernannt. In den folgenden Jahren bei einem Trägerwechsel des Hauses und als Mitgesellschafter des nun privat geführten Unternehmens der Asklepiosgruppe strukturierte Dr. Härtel die Klinik zu einer der profiliertesten sächsischen Rehabilitationskliniken für Abhängigkeitskranke um. Die Klinik behandelte neben den Suchtkranken natürlich auch weiterhin psychiatrische Patienten anderer Provinienz mit einem sozialpsychiatrischen und betont psychotherapeutischen Ansatz. Bemerkenswert war dabei, dass die Klinik auch über eine innere

Abteilung verfügte und damit den oben apostrophierten komplextherapeutischen Therapieansatz aufs Vortrefflichste abrundete.

Am 31. Mai 2010 begab sich Dr. Härtel in den Ruhestand ohne aber seine vielfältigen Aktivitäten außerhalb des klinischen Betriebes aufzugeben. Als einer der kompetentesten Suchtärzte unserer Region war er lange im Ausschuss „Stationäre Einrichtungen der Landesstelle gegen die Suchtgefahren“ aktiv, dessen Stellvertreter der Vorsitzender er war. Heute noch ist Dr. Härtel in der „Gesellschaft gegen Alkohol und Drogengefahren Sachsens“ tätig. Seit 2005 ist er Suchtbeauftragter unserer Kammer und leitet die Kommission „Sucht und Drogen“. In dieser Funktion hat sich Dr. Härtel immer konsequent – wenngleich leider nicht sehr erfolgreich – in unterschiedlichen Gremien gegen die zunehmende Aufweichung der Suchttherapie hin zu einer Substitutionsideologie (als könne man Sucht durch die Suchtmittel selbst heilen) gestellt.

Für ihn ist Repression eine unverzichtbare Säule der Suchtkrankenhilfe. Sein Credo ist, dass Suchttherapie effektiv wird durch Psychotherapie zur Entwicklung der Persönlichkeit, sozialpsychiatrische Begleitstrukturen und Wille des Betroffenen zur Abstinenz. Hier steht die ältere Psychiatergeneration – der Autor rechnet sich auch dazu – jüngeren Fachentwicklungen eher etwas skeptisch gegenüber.

Dr. Härtel – einem ursächlichen Eigengewächs der Psychiatrie mit dem für diesen Menschen Schlag nicht untypischen Sinn für Realismus und warmherzigen Pragmatismus – wünschen wir für das nächste Dezenium weiterhin eine aktive Lebensgestaltung und Freude in der Realisierung seiner Interessen. In diese Glückwünsche ist seine Familie ausdrücklich einbezogen.

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

## Unsere Jubilare im Juli 2017 – wir gratulieren!

### 65 Jahre

- 02.07. Dr. med. Schmidt, Steffen  
08115 Lichtentanne
- 03.07. Dipl.-Med.  
Hierse, Rosemarie  
04275 Leipzig
- 03.07. Dipl.-Med. Mütze, Reinhard  
04425 Taucha/Dewitz
- 07.07. Dipl.-Med. Wolf, Stefan  
08459 Neukirchen
- 09.07. Prof. Dr. med. habil.  
Laniado, Michael  
01099 Dresden
- 09.07. Dipl.-Med. Richter, Bernd  
09114 Chemnitz
- 10.07. Dr. med. Richter, Lutz  
01445 Radebeul
- 11.07. Dr. med.  
Kleinschmidt, Eckhard  
09212 Limbach-Oberfrohna
- 13.07. Dr. med. Kegel, Frank  
04229 Leipzig
- 14.07. Dipl.-Med. Zeppei, Gabriele  
04779 Wernsdorf
- 16.07. Dr. med.  
Quarch, Roland Nils  
02791 Oderwitz
- 16.07. Dr. med. Römelt, Bernhard  
02827 Görlitz
- 20.07. Dipl.-Med.  
Abshagen, Renate  
02977 Hoyerswerda
- 20.07. Dr. med. Döhler, Hannelore  
08209 Auerbach
- 20.07. Dipl.-Med. Fiedler, Rotraud  
02943 Weißwasser
- 20.07. Dr. med. Krause, Christiane  
04299 Leipzig
- 21.07. Dr. med. Sandforth, Franz  
01129 Dresden
- 22.07. Dipl.-Med.  
Cimalla, Stephanie  
01665 Meißen
- 22.07. Dipl.-Med. Meyer, Gabriele  
08258 Markneukirchen
- 23.07. Dr. med. LeiBring, Günter  
08118 Hartenstein
- 26.07. Dipl.-Med. Uhlig, Karla  
09114 Chemnitz
- 27.07. Dr. med. Thiel, Ulrike  
08523 Plauen
- 27.07. Dr. med.  
Wurlitzer, Margitta  
08359 Breitenbrunn

- 28.07. Dipl.-Med. Frensel, Julita  
04275 Leipzig
- 30.07. Dipl.-Med. Franke, Martina  
09114 Chemnitz

### 70 Jahre

- 13.07. Dipl.-Med. Eymann, Hella  
01728 Bannewitz
- 15.07. Dr. med. Fransecky, Wolf  
01069 Dresden
- 16.07. Dr. med. Petzke, Renate  
04316 Leipzig
- 17.07. Dipl.-Med.  
Holzmüller, Heidrun  
08371 Glauchau

### 75 Jahre

- 03.07. Dr. med. Paul, Wolfgang  
02782 Seiffenndorf
- 05.07. Dr. med. Seefried, Waltraud  
01129 Dresden
- 07.07. Dr. med. Domula, Edeltraut  
04299 Leipzig
- 07.07. Dr. med. Geiskopf, Jozsef  
08066 Zwickau
- 07.07. Singendonk, Waltraud  
02957 Weißkeißel
- 07.07. Dr. med. Sudau, Gert  
09306 Erlau
- 08.07. Dr. med. Beier, Otmara  
08134 Wildenfels
- 08.07. Dr. med. Gebhardt, Astrid  
01219 Dresden
- 08.07. Dr. med. Klenner, Nicolaus  
09212 Limbach-Oberfrohna
- 08.07. Dr. med. Kühnel, Ute  
01454 Ullersdorf
- 08.07. Dr. med. Popp, Maria  
04109 Leipzig
- 08.07. Dr. med. Uhlig, Karla  
09577 Niederwiesa
- 10.07. Dr. med. Beyer, Dietrich  
04680 Colditz
- 10.07. Dr. med. Peldschus, Sigrid  
04347 Leipzig
- 11.07. Dr. med. Karl, Gerlind  
08058 Zwickau
- 11.07. Roth, Renate  
08527 Plauen
- 14.07. Dr. med. Brendel, Peter  
04736 Waldheim
- 14.07. Dr. med. Wittig, Volker  
09131 Chemnitz
- 16.07. Dr. med. Wenzel, Erika  
01328 Dresden
- 17.07. Dr. med. Günther, Gisela  
04155 Leipzig
- 17.07. Dipl.-Med. Lange, Dieter  
01257 Dresden

- 17.07. Dr. med. Reuter, Konrad  
04838 Eilenburg
- 17.07. Ullrich, Barbara  
01855 Sebnitz
- 18.07. Dr. med. Dobmaier, Bernd  
04575 Neukieritzsch
- 19.07. Prof. Dr. med. habil.  
Schreinicke, Gert  
04105 Leipzig
- 20.07. Herenz, Rosemarie  
02906 Niesky
- 20.07. Dr. med. Krause, Rosmarie  
04275 Leipzig
- 20.07. Dr. med.  
Witschel, Christine  
01454 Ullersdorf
- 21.07. Ruckebrod, Klaus  
08427 Fraureuth
- 22.07. Dr. med. Liebscher, Ingrid  
01309 Dresden
- 24.07. Dr. med. Harzbecker, Anke  
09366 Stollberg
- 26.07. Dr. med.  
Parthon, Wolfgang  
08523 Plauen
- 27.07. Dipl.-Med.  
Frühauf, Siegfried  
01259 Dresden
- 27.07. Dr. med. Funk, Wieland  
02977 Hoyerswerda
- 27.07. Dr. med. Koch, Michael  
09629 Reinsberg
- 28.07. Riedel, Gisela  
01326 Dresden
- 30.07. Prof. Dr. med. habil.  
Barth, Joachim  
04328 Leipzig
- 30.07. Dr. med. Jeske, Dieter  
02953 Bad Muskau
- 30.07. Dr. med. Thiele, Egon  
09128 Chemnitz
- 31.07. Dr. med. Barth, Marita  
04159 Leipzig
- 31.07. Dr. med. Claus, Barbara  
04860 Torgau
- 31.07. Keilig, Antje  
01468 Boxdorf

### 80 Jahre

- 02.07. Helm, Gerhard A.  
01169 Dresden
- 03.07. Dr. med. Wuttke, Elli  
04103 Leipzig
- 03.07. Zenner, Eva-Maria  
01097 Dresden
- 04.07. Völk, Erna  
01219 Dresden
- 05.07. Dr. med. Kittler, Klaus  
08371 Glauchau

- 08.07. Dr. med. Petersen, Jürgen  
01662 Meißen
- 09.07. Dr. med. Karow, Ingrid  
04229 Leipzig
- 09.07. Dr. med. Selle, Gertrud  
01723 Grumbach
- 10.07. Dr. med. Ueckert, Elfriede  
08280 Aue
- 11.07. Dr. sc. med. Haase, Hans  
01920 Haselbachtal  
OT Reichenbach
- 11.07. Dr. med. Wirsing, Annelies  
01328 Dresden
- 13.07. Dr. med. Köhler, Bärbel  
04129 Leipzig
- 14.07. Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Mann, Klaus  
01833 Stolpen
- 17.07. Dr. med.  
Schneider, Volkhard  
01217 Dresden
- 17.07. Stumpe, Helga  
01187 Dresden
- 20.07. Dr. med. Neumann, Heinz  
09496 Marienberg
- 20.07. Dr. med. Rieger, Helmut  
08451 Crimmitschau
- 22.07. Dr. med.  
Breiter, Karl-Friedrich  
02625 Bautzen
- 22.07. Dr. med. Wieting, Karin  
01109 Dresden
- 26.07. Dr. med. Kumpf, Brigitta  
01445 Radebeul
- 26.07. Dr. med. Schindler, Brigitta  
09526 Olbernhau
- 27.07. Heinrich, Reiner  
02906 Sproitz
- 27.07. Lippstreu-Rehwagen,  
Christine  
09573 Leubsdorf
- 30.07. Dr. med.  
Schäfer, Hermann  
04159 Leipzig
- 30.07. Dr. med. Schulze, Erika  
08340 Schwarzenberg
- 81 Jahre**
- 03.07. Böger, Helga  
04229 Leipzig
- 03.07. Dipl.-Med.  
Schubert, Mirosława  
01307 Dresden
- 03.07. Dr. med. Thuncke, Erika  
01904 Steinigtwolmsdorf
- 09.07. Dr. med. Geisthardt, Gisela  
01326 Dresden
- 10.07. Dr. med. Schneider, Ulrich  
01129 Dresden
- 12.07. Dr. med. Luther, Karin  
04159 Leipzig
- 13.07. Dr. med.  
Windisch, Alexander  
08412 Leubnitz
- 14.07. Prof. Dr. med. habil.  
Eberhardt, Hans-Jürgen  
01324 Dresden
- 14.07. Dr. med.  
Uhlemann, Gabriele  
09126 Chemnitz
- 17.07. Dr. med. Kerkhoff, Erich  
04654 Frohburg
- 19.07. Dr. med. Klaproth, Edith  
01737 Kurort Hartha/  
OT Fördergersd.
- 20.07. Dr. med. Bröker, Regine  
04347 Leipzig
- 25.07. Dr. med.  
Bachmann, Katharina  
01099 Dresden
- 25.07. Dr. med. Franck, Joachim  
08412 Werdau
- 25.07. Dr. med. Scheffler, Joachim  
08529 Plauen
- 29.07. Dr. med. Erler, Magda  
09111 Chemnitz
- 31.07. Dr. med. Brauer, Roland  
09350 Lichtenstein
- 82 Jahre**
- 03.07. Dr. med. Trültzsch, Siegfried  
08064 Zwickau
- 06.07. Dr. med. Kretzschmar, Klaus  
02979 Elsterheide
- 09.07. Dr. med. Heyser, Heinz  
02625 Bautzen
- 09.07. Prof. Dr. med. habil.  
Richter, Joachim  
04509 Delitzsch
- 11.07. Dr. med. Scheidig, Ingrid  
01219 Dresden
- 12.07. Dr. med. Möckel, Liesa  
09599 Freiberg
- 13.07. Dr. med. Veters, Wolfgang  
01445 Radebeul
- 20.07. Dr. med. Kunkel, Inge  
09350 Lichtenstein
- 20.07. Dr. med. Lehnert, Ute  
01445 Radebeul
- 21.07. Dr. med. Preuße, Christiane  
04109 Leipzig
- 23.07. Dr. med.  
Brauer, Karl-Heinrich  
01307 Dresden
- 23.07. Dr. med. Kipping, Margrid  
04329 Leipzig
- 26.07. Dr. med. Langner, Dieter  
04328 Leipzig
- 29.07. Dr. med. Ernst, Rosemarie  
01307 Dresden
- 83 Jahre**
- 07.07. Dr. med. Kopmann, Gudrun  
04416 Markkleeberg
- 11.07. Pahlig, Brigitte  
04552 Borna
- 12.07. Dr. med. Fischer, Edith  
04552 Borna
- 13.07. Dr. med. Kluge, Christa  
01259 Dresden
- 15.07. Dr. med.  
Grimmann, Manfred  
09456 Annaberg-Buchholz
- 15.07. Dr. med.  
Ständer, Wolfgang  
04435 Schkeuditz
- 17.07. Dr. med. Hamann, Horst  
02779 Großschönau
- 22.07. Dr. med. Wolf, Christian  
04720 Gärtitz
- 30.07. Dr. med. Fickert, Adelheid  
08525 Plauen
- 84 Jahre**
- 01.07. Dr. med. Körtel, Erhard  
01796 Pirna
- 02.07. Dr. med. Nestler, Ulrich  
08289 Schneeberg
- 02.07. Dr. med.  
Sengebusch, Wolf-Dieter  
01855 Sebnitz
- 03.07. Dr. sc. med.  
Palowski, Hubert  
01279 Dresden
- 09.07. Prof. Dr. med. habil.  
Gmyrek, Dieter  
01445 Radebeul-Wahnsdorf
- 13.07. Dr. med. Geidel, Klaus  
04687 Trebsen
- 16.07. Prof. Dr. med. habil.  
Kiene, Siegfried  
04416 Markkleeberg
- 17.07. Dr. med. Clauß, Gudrun  
09117 Chemnitz
- 26.07. Dr. med.  
Löhnert, Annemarie  
01814 Prossen
- 29.07. Dr. med. Runge, Eva  
01277 Dresden
- 29.07. Dr. med. Werner, Arndt  
01445 Radebeul
- 31.07. Dr. med. Scharfe, Gisela  
01774 Höckendorf
- 85 Jahre**
- 03.07. Dr. med. Streitz, Ulrich  
04275 Leipzig

- 06.07. Dr. med. Hacker, Gertrut  
01157 Dresden
- 08.07. Dr. med. dent.  
Zschiesche, Dieter  
04207 Leipzig
- 10.07. Auerbach, Johanna  
01454 Radeberg
- 14.07. Prof. Dr. med. habil.  
Reinhold, Dieter  
01324 Dresden
- 15.07. Kucera, Helena  
01307 Dresden
- 20.07. Dr. med. Rothe-Horn, Ilse  
04318 Leipzig
- 31.07. Dr. med. Krenkel, Johannes  
09577 Braunsdorf

**86 Jahre**

- 02.07. Dr. med. Beyer, Wolfgang  
02627 Weißenberg
- 08.07. Dr. med. Schuster, Christa  
08261 Schöneck
- 11.07. Dr. med. Jungmichel, Dieter  
04849 Bad Dübén
- 17.07. Dr. med. Kratzsch, Erika  
09131 Chemnitz
- 23.07. Dr. med. Lincke, Hans-Ullrich  
02826 Görlitz
- 27.07. Dr. med. Götttsching, Maria  
01612 Nünchritz

- 02.07. Prof. Dr. med. habil.  
Theile, Herbert  
04319 Leipzig
- 11.07. Dr. med. Wunderlich, Hans  
04643 Geithain
- 18.07. Prof. Dr. med. habil.  
Wohlgemuth, Balthasar  
04229 Leipzig
- 21.07. Müller, Gisela  
09126 Chemnitz
- 22.07. Dr. med. Stafetzky, Rudi  
08321 Zschorlau  
OT Burkhartsgrün

**88 Jahre**

- 13.07. Dr. med. Gitter, Werner  
09116 Chemnitz
- 13.07. Dr. med. Queißer, Hermann  
01109 Dresden
- 25.07. Prof. Dr. med. habil.  
Schwarz, Reinhold  
04157 Leipzig

**89 Jahre**

- 01.07. Dr. med. habil.  
Scholbach, Manfred  
04229 Leipzig
- 02.07. Richter, Manfred  
02957 Krauschwitz

- 03.07. Dr. med. Renz, Hildegard  
08606 Oelsnitz
- 07.07. Böhm, Günter  
08297 Zwönitz
- 13.07. Jänicke, Inge  
04288 Leipzig

**92 Jahre**

- 22.07. Grams, Johanna  
04347 Leipzig

**93 Jahre**

- 31.07. Dr. med. Seikowski, Gisela  
08645 Bad Elster

**95 Jahre**

- 12.07. Dr. med.  
Weißbrodt, Charlotte  
04157 Leipzig
- 27.07. Dr. med. Stüve, Annemarie  
04668 Grimma

**97 Jahre**

- 19.07. Prof. em. Dr. med. habil.  
Tittel, Kurt  
04229 Leipzig

## Relativierung und Subjektivität von Gesundheit und Krankheit in Petrarca's Lebensratgeber

In vielen Schriften seit der Antike ist erkennbar, dass Gesundheit und Krankheit keine starren Zustände, sondern ineinander greifende polare Prozesse sind, die im Sinne einer Eukrasie (Gesundheit) als positiv und erstrebenswert beziehungsweise einer Dyskrasie (Krankheit) als negativ und hinderlich beurteilt werden. Es fällt dabei eine unterschiedliche Akzentuierung zwischen medizinischer und philosophischer Literatur auf. Die medizinischen Texte fokussieren auf eine Beschreibung objektiverer Fakten und versuchen so, die beiden Zustände als Rahmenbe-

griffe zu definieren. Die philosophischen Texte greifen mehr das individuelle Erleben auf und stellen die Begriffe in einen biografischen Kontext.

In Francesco Petrarca's (1304 – 1374) Lebensratgeber von 1358/66 ist zunächst die Herangehensweise eine philosophische, die jedoch durch das spezifische von Petrarca verwendete dialogische Prinzip nicht streng auf ein Individuum ausgerichtet, sondern so allgemein gefasst ist, dass möglichst viele Teilaspekte berücksichtigt werden. Dabei geht es nicht darum die Gesundheit zu loben und die Krankheit schnell zu beseitigen, auch geht es nicht um eine moralische Bewertung [1, 2], sondern beide Zustände als relativ zu erkennen und ihre Grenzen ohne überschießende Emotionen zu bedenken [3, 4]. Während die Krankheit dabei in einem

Kapitel behandelt wird, unterscheidet Petrarca bei der Gesundheit den stabilen von dem wiederhergestellten Zustand nach einer Krankheit. Die Kapitel stehen dabei ganz am Anfang seiner Ausführungen: Die beiden Kapitel über die Gesundheit kommen gleich nach den Betrachtungen über ein langes Leben und einen schönen physischen Körper. Dem Kapitel über die Krankheit stehen nur Ausführungen über einen hässlichen und schwächlichen Körper voran.

Um seine Argumentation nachvollziehen zu können, sollen zunächst die jeweiligen Kapitel in einer freien modernen Übersetzung präsentiert und einzeln dargestellt werden, bevor sich eine zusammenfassende Betrachtung der beiden zentralen medizintheoretischen Begriffe im heutigen Kontext anschließt.

### Kapitel 3 des ersten Buches: Stabile Gesundheit (valetudo corporis)

**Freude:** Wie kommt es, dass ich so gesund bin?

**Vernunft:** Was wir über den schönen Körper gesagt haben, kann hier wiederholt werden, und du kannst nochmal darüber nachdenken.

**Freude:** Mein körperliches Wohlergehen ist beständig.

**Vernunft:** Warte nur auf das Alter, das mit tausenderlei verschiedenen Gebrechen aufwartet. Mit der Zeit wird auch deine Gesundheit angegriffen und auch das Wohlfühl.

**Freude:** Ich bin sehr fröhlich über meine körperliche Gesundheit.

**Vernunft:** Das ist ein unvernünftiger Jubel, der dich unvorsichtig und leicht sorglos werden lässt und damit Krankheit auslösen kann, die sich vermeiden lässt, wenn man sich – seiner Gesundheit misstrauend – achtsam und sorgsam pflegt.

**Freude:** Ich habe eine gute Gesundheit.

**Vernunft:** Du solltest sie vor allem gut verwenden, denn sonst ist die Gesundheit ein zweischneidiges Gut, ja sogar ein schweres Übel, insbesondere wenn durch sie mancherlei Schulden verursacht werden. Für viele Menschen war die körperliche Gesundheit gefährlich oder sogar schädlich; sie wären besser krank gewesen.

**Freude:** Ich bin in bester körperlicher Verfassung.

**Vernunft:** Das ist schön, fast sogar nützlich, wenn es etwas mit dem Körper oder der Seele zu tun hat. Aber wie auch in den Wurzeln mancher Pflanzen Gift steckt, das durch Mischung mit anderen ungefährlich und als Heilmittel wirken kann, alleine aber Schaden anrichten würde, so steht es auch mit der körperlichen Gesundheit: Damit sie dem Besitzer nicht schadet, muss man sie mit der zugewandten Gesundheit der Seele verbinden. Nirgends wohnt eine schwache Seele schlechter als in einem gesunden Körper.

Die Kürze dieses Kapitels erklärt sich zunächst aus der ersten Antwort der Vernunft. Auf die Frage nach dem Grund der stabilen Gesundheit verweist sie auf das vorherige Kapitel, in dem eine längere Argumentation über einen schönen Körper geführt wurde, die auch auf die Gesundheit zutrifft. Die beiden Hauptaspekte sind dabei die zeitliche Begrenztheit des Physischen (Nur wenn du die Zeit aufhalten könntest, würde die Schönheit von Dauer sein) und seit Platon tradierte Vorrangstellung des Psychischen (Die wahre Schönheit liegt nicht im Körper, sondern im Geist). Der zeitliche Aspekt wird noch einmal in Bezug auf das Alter expliziert, das nach Petrarca nicht ohne Einschränkungen gedacht werden kann. Gesundheit muss aktiv stabilisiert werden und darf nicht als selbstverständlich angenommen werden, so das dritte Argument und der erste aktive Ratschlag; der zweite Ratschlag ist, auf sein Wohlergehen zu achten. Den Abschluss bildet, ähnlich wie beim schönen Körper, der Verweis auf das Psychische, das für einen schönen Körper auch eine adäquate Stärke braucht (der versteckte dritte Ratschlag ist somit: stärke deine Psyche). Ist dieses Gleichgewicht nicht vorhanden, entsteht zwingend Krankheit.

### Kapitel 3 des zweiten Buches: Krankheit (adversa valetudo)

**Schmerz:** Ich bin krank.

**Vernunft:** Darauf habe ich schon gewartet, denn die Klagen haben etwas gemeinsam. Wenn Geist und Körper einander nicht mögen, dann streiten sie gelegentlich, sodass man als Freund der Wahrheit schließlich erfährt, dass sich in allem Wahrheit ausdrückt. Was dem einen schadet, nützt einem anderen. Wenn der Geist nun edler und besser als der Körper ist, erkennst du leicht, an welchen man sich wenden sollte, und verstehst damit die Krankheit am besten anzupacken.

**Schmerz:** Mein Vermögen dazu ist schwach.



Francesco Petrarca

© Wikipedia

**Vernunft:** Die Krankheit ermahnt dich deutlich vor Überheblichkeit, verscheucht die Begierden und lehrt Mäßigkeit.

**Schmerz:** Mein Körper ist gar nicht gesund.

**Vernunft:** Wenn es deiner Seele gut geht, dann besinne dich, was der Körper braucht, und du bist wieder gesund.

**Schmerz:** Mein Körper ist krank und schwach.

**Vernunft:** Ein schwacher Körper hat Viele zum Heil der Seele geführt. Denke an Petrus: Er ist aufgestiegen, wurde vom Wasser zum Himmel geführt, wurde Träger des Himmelsschlüssels; nur so schafft man es Krankheit und Schwäche des Körpers zu überwinden. Als er gefragt wurde, warum er seine eigene Tochter so schwer erkranken ließ, antwortete er: Die Krankheit nützt ihr, und womöglich nützt sie dir auch.

**Schmerz:** Ich bin jetzt ganz schön lange krank.

**Vernunft:** Eben der, von dem ich gerade redete, hat, nachdem er erkannte, dass seine Tochter wirklich geheilt werden wollte, sie nicht nur geheilt, sondern sie auch befähigt, andere Menschen zu heilen. Wenn dir wirklich etwas an deiner Gesundheit läge, würdest du vielleicht genesen. Es ist viel dringlicher, dass du deine Seele behandelst: Diese muss vom obersten Arzt geheilt werden, alles andere kannst du unerschrocken abwarten; achte nicht, wonach dir gelüstet, sondern was dir nützt.

**Schmerz:** Aber ich fühle mich ängstlich.

**Vernunft:** Du musst die Vergesslichkeit und den Schlaf vertreiben und die Faulheit!

**Schmerz:** Ich bin zu schwach zu gesunden.

**Vernunft:** Freue dich während der Krankheit und wandle es in eine Tugend um. Diese zwei (Freude und Tugend) hast du aus dem Mund eines Meisters gelernt.

**Schmerz:** Meine Gesundheit ist erbärmlich.

**Vernunft:** Es ist ein etwas ungehobelter Gefährte, aber doch treu, der dich oft gemahnt, dir den Weg zeigt und dich auf dich selbst besinnen lässt. Bei Gefahr ist das Beste ein treuer Mahner!

**Schmerz:** Es ist aus mit mir, da helfen auch keine Medikamente mehr.

**Vernunft:** Schweige und freue dich, dass du an ein baufälliges Irdisches gebunden bist; dann kommst du eher und leichter auch davon los.

Krankheit als Ungleichgewicht von Physischem und Psychischem sollte nach Petrarca immer von der psychischen Seite aus behandelt werden. Die Krankheit dient dabei als Zeichen und hilft, dass psychische Probleme ernst genommen und angegangen werden. In diesem Zusammenhang wird auch der sekundäre Krankheitsgewinn angesprochen und die rhetorische Frage gestellt, ob man denn überhaupt gesund werden will (beziehungsweise kann)? Die Krank-

heit gibt einem die Zeit, an der Psyche zu arbeiten, und erinnert einen immer wieder an diese eigentliche Aufgabe. Fühlt man sich zu schwach, an der Psyche zu arbeiten, sollte man über die Krankheit froh sein, die einen weniger stark an das Physische bindet.

Petrarca setzt dem negativen Bild der physischen Krankheit (ausgedrückt durch den Protagonisten „Schmerz“) eine positive Bedeutung entgegen. Ohne den Arzt und den Versuch einer Bewältigung im Physischen zu nennen, sieht Petrarca die entscheidende Rolle der Krankheit, auf Probleme im Psychischen so lange hinzuweisen, bis diese bearbeitet und gelöst werden. Wird die Krankheit zu früh kuriert (von außen), so kommt bald eine neue, denn die eigentliche Ursache ist noch nicht behoben. Eine physische Behandlung darf somit eigentlich keine Option sein – der Arzt müsste damit seine Rolle grundsätzlich neu überdenken. Petrarca pointiert hier die verbreitete theologische Ansicht von Christus als dem obersten Arzt und Heiler, der ohne physische Rezepturen agierte.

#### Kapitel 4 des ersten Buches: wiederhergestellte Gesundheit

(de aegritudine corporis – der Titel bezieht sich zunächst auf das Unwohlsein des Körpers; die Freude spezifiziert durch ihre Aussagen, dass das Unwohlsein nicht mehr da ist)

**Freude:** Wie freue ich mich von der langwierigen Krankheit genesen zu sein.

**Vernunft:** Du freust dich wohl über die wiederhergestellte Gesundheit mehr als über eine erhaltene! Oh, ihr undankbaren Menschen: Was euch wertvoll ist, erkennt ihr erst, wenn ihr es nicht mehr habt. Ohne das Wertvolle fühlt ihr euch schlecht, und wenn ihr es wieder habt, freut ihr euch.

**Freude:** Ich bin wieder ohne das schwere Fieber.

**Vernunft:** Die Ärzte nennen jene die schwersten Fieber, die in den

Beinen und Knochen toben, aber wie viel schwerer sind jene Fieber, die innerhalb der Seele verborgen sind? Ich würde mich freuen, wenn du von diesen befreit wärest.

**Freude:** Die Krankheit ist von mir weggegangen.

**Vernunft:** Die durchgemachte Krankheit hat schon oft genützt, denn wie körperliche Schwäche seelische Kräfte freisetzen kann, so kann sie auch schaden und den Körper und die Seele schwächen. Auch wenn eine Krankheit als ein großes Übel angesehen wird, kann sie doch auch positiv ein noch größeres Übel verhindern.

**Freude:** Jetzt hat auch die lang sich hinziehende Krankheit endlich ein Ende.

**Vernunft:** Wie dumm, glaubst du dem Tod entronnen zu sein, zu dem du dich kontinuierlich hinbewegst? Jetzt bist du dem Tod sogar näher, als du im Antlitz der Krankheit immer dachtest. Ihr Menschen, euer Weg geht nicht mehr zurück und ihr könnt auch nirgends darauf stehen bleiben: Es gibt dort keine Einkehr und keine Pause. Schlafen, suchen, wachen, arbeiten, ruhen, krank sein und gesund sein – alles führt gleichermaßen in Richtung Tod.

**Freude:** Ich habe keine lebensgefährliche Krankheit mehr.

**Vernunft:** Dein Gläubiger vergisst dich nicht: Der Zahltag ist nur verschoben, aber die Rechnung nicht aufgehoben. Du wirst wieder krank werden und sterben.

Hat man eine Krankheit überwunden, gibt es keinen Grund zu Ausgelassenheit und Jubel. Es wird noch einmal auf die positive Bedeutung der Krankheit hingewiesen und gleichzeitig angemahnt, zu überprüfen, ob man seine psychische Seite schon ausreichend behandelt hat. Wenn nicht, wäre es besser, die Krankheit wäre noch da. Getreu der Haltung „aus den Augen, aus dem Sinn“ vergisst man allzu leicht die Arbeit an der Psyche, wenn man nicht krank ist (beziehungsweise man hat nicht genug Zeit für diese Arbeit).

Hat man eine Krankheit überwunden, so bedeutet das nicht zwingend, dass man deswegen weiter vom Sterben und Tod entfernt ist, als mit der Krankheit. Die Richtung des Lebens bleibt die gleiche, ob man gesund oder krank ist. Unter diesem Blickwinkel wird die Bedeutung des momentanen Zustandes zweitrangig.

### **Petrarcas Begriffe von Gesundheit und Krankheit im heutigen Kontext**

Zunächst ist interessant, dass Petrarca bei den Gesprächen über Gesundheit und Krankheit nicht auf die sonst vielgenutzte Argumentation mit historischen Persönlichkeiten und Exempeln zurückgreift (einzig ein theologischer Hinweis bei den Ausführungen über die Krankheit). Die Kapitel sind knapp gehalten – vielleicht, weil spezifischere Zustände von Gesundheit und Krankheit noch gelistet sind und dort jeweils genauer betrachtet werden. Umso beachtenswerter ist es, dass die allgemeinen Begriffe am Anfang aufgeführt und grundsätzlich abgesteckt werden.

Beide Begriffe werden nicht im eigentlichen Sinn definitorisch geklärt. Petrarca reicht für seine Kommentierung eine „common sense“-Vorstellung, da er ja nicht für einen, in welche Richtung auch immer angelegten Spezialisten schreibt. Die heute oft aus einem engeren medizinischen Blickwinkel angebotenen Versuche einer objektivierenden Begriffsbestimmung werden von Petrarca bewusst gegensätzlich als subjektives Befinden eingeführt. Gesundheit und Krankheit sind gefühlte Zustände, die keiner medizinischen Bestätigung bedürfen.

Petrarca unterscheidet interessanter Weise zwischen körperlicher Ge-

sundheit als Fakt und als Basis für sinnvolle Betätigungen; letztere stellen das eigentlich anzustrebende Ziel dar. Gerade auch bei der „wiedergewonnenen Gesundheit“ ist sich Petrarca der schwierigen Abgrenzung zur Krankheit bewusst – ob er jedoch die Friedrich Nietzsche (1844 – 1900) zugesprochene Formel „Gesundheit ist das Maß an Krankheit, das es mir noch erlaubt, meinen wesentlichen Beschäftigungen nachzugehen“ damit bereits intendierte, lässt sich aus den aufgeführten Textstellen alleine nicht klären. Immerhin stellt er das psychisch geführte Wohlergehen nicht in unmittelbare Abhängigkeit von der körperlichen Gesundheit; im Gegenteil führt die Seele den Körper: die Physis ist damit Spiegel der Seele – den Spiegel kann man zwar putzen, aber um das Abbild zu verschönern, muss man kontinuierlich am psychischen „Original“ arbeiten. Somit erklärt sich die aktive, ständig notwendige Pflege der Gesundheit, durch die dennoch altersbedingte körperliche Einschränkungen nicht vollständig vermieden werden können. Petrarca nimmt damit die sozialwissenschaftlich motivierte Gesundheitsdefinition von Hurrelmann (2010) vorweg, der von einem nicht selbstverständlichem Gleichgewichtsstadium spricht, „das zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt immer erneut in Frage gestellt ist“. Krankheit ist für Petrarca ein Missverhältnis zwischen Psyche und Physis. Ohne seine Kritik an der seinerzeit von studierten Ärzten praktizierten Medizin zu nennen, reduziert Petrarca die körperlichen Symptome und damit die medizinische Krankheitslehre auf ein Epiphänomen, das durch entsprechende Behandlungen zwar vorübergehend beseitigt wer-

den kann, das jedoch, wenn es nicht von der seelischen Seite vollständig bearbeitet wurde, mit gleichen oder auch anderen Symptomen wiederkehren wird. Entgegen der zunächst subjektiven Erfahrung von „entweder krank, oder gesund“ versucht Petrarca ein Kontinuum zu skizzieren, bei dem ein gesunder Körper alleine noch nicht im vollen Umfang Gesundheit darstellt. Dieses Modell wird in nahezu allen Konzepten auch heute favorisiert, zum Beispiel in dem salutogenetischen Konzept von Aaron Antonovsky (1923 – 1994). Zusammenfassend zeigt sich Petrarca in seinen Ausführungen gerade heute als aktuell und impulsgebend. Seine psychosomatische Gewichtung im Rahmen von Krankheitsprozessen ist heute zumindest konzeptionell in der universitären Medizin angekommen, wenngleich noch nicht vollständig verstanden und in therapeutische Strategien umgesetzt. Seine Ablehnung der Gesundheit als passives Gut oder als Grundzustand und seine Ermahnung der fortlaufend nötigen Achtsamkeit zum Erhalt der Gesundheit sind Basis heutiger Konzepte – dabei wird jedoch vielleicht noch zu stark die physische Seite betont, obwohl auch spirituelle Aspekte schon wieder hoffähig geworden sind. Petrarcas Ausführungen ermahnen uns, kontinuierlich die für den Menschen typische Fähigkeit der kritischen Selbstreflexion zu üben und den momentanen Zustand nur als Spiegel, nicht aber um seiner selbst willen zu bewerten.

Literatur beim Autor

Prof. Dr. med. Christian Albrecht May  
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus  
Institut für Anatomie  
Fiedlerstraße 42, 01307 Dresden