

Ärzteblatt Sachsen

Offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer
mit Publikationen ärztlicher Fach- und Standesorganisationen

gegründet 1990



128. DEUTSCHER ÄRZTETAG IN MAINZ

Lesen Sie auf Seite 5

Anmeldung
28. Sächsisches
Seniorentreffen

18

Opium und Cannabis –
Allheilmittel in der
Schmerztherapie?

26

Franz Kafka –
der „Gott des
Erstickens“

37

Impressum

Ärzteblatt Sachsen

ISSN: 0938-8478

Offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer

Herausgeber

Sächsische Landesärztekammer, KöR
mit Publikationen ärztlicher Fach- und
Standesorganisationen, erscheint monatlich,
Redaktionschluss ist jeweils der 10. des
vorangegangenen Monats.

Anschrift der Redaktion

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Telefon: 0351 8267-161
Telefax: 0351 8267-162
Internet: www.slaek.de
E-Mail: redaktion@slaek.de

Redaktionskollegium

Dr. med. Uta Katharina Schmidt-Göhrich (v.i.S.d.P.)
Erik Bodendieck
Dipl.-Med. Heidrun Böhm
Dr. med. Jana Gärtner
Jenny Gullnick
Dr. med. Marco J. Hensel
Dr. med. Roger Scholz
Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Ute Taube
Dr. med. Andreas Freiherr von Aretin
Dr. med. Amrei von Lieres und Wilkau
[seitens Geschäftsführung:](#)
Dr. Michael Schulte Westenberg
Dr. med. Patricia Klein
Knut Köhler M.A.

Redaktionsassistentz

Kristina Bischoff M. A.

Grafisches Gestaltungskonzept

Judith Nelke, Dresden
www.rundundeckig.net

Verlag

Quintessenz Verlags-GmbH,
Ifenpfad 2–4, 12107 Berlin
Telefon: 030 76180-5
Telefax: 030 76180-680
Internet: www.quintessence-publishing.com
Geschäftsführung: C. W. Haase

Anzeigenverwaltung Leipzig

Paul-Grüner-Straße 62, 04107 Leipzig
E-Mail: leipzig@quintessenz.de
Anzeigendisposition: Silke Johné
Telefon: 0341 710039-94
Telefax: 0341 710039-74
E-Mail: johné@quintessenz.de

Es gilt die Anzeigenpreisliste 2024,
gültig ab 01. Januar 2024

Druck

Aumüller Druck GmbH & Co. KG
Weidener Straße 2, 93057 Regensburg

Manuskripte bitte nur an die Redaktion, Postanschrift:
Postfach 10 04 65, 01074 Dresden senden. Für unverlangt
eingereichte Manuskripte wird keine Verantwortung über-
nommen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Bei-
träge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt,

Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Her-
ausgebers und Verlages statthaft. Mit Namen gezeichnete
Artikel entsprechen nicht unbedingt der Meinung der
Redaktion oder des Herausgebers. Mit der Annahme von
Originalbeiträgen zur Veröffentlichung erwerben Heraus-
geber und Verlag das Recht der Vervielfältigung und Ver-
breitung in gedruckter und digitaler Form. Die Redaktion
behält sich – gegebenenfalls ohne Rücksprache mit dem
Autor – Änderungen formaler, sprachlicher und redaktio-
neller Art vor. Das gilt auch für Abbildungen und Illustrati-
onen. Der Autor prüft die sachliche Richtigkeit in den
Korrekturabzügen und erteilt verantwortlich die Druck-
freigabe. Ausführliche Publikationsbedingungen:
www.slaek.de

Bezugspreise / Abonnementpreise:

Inland: jährlich 155,00 € inkl. Versandkosten
Ausland: jährlich 155,00 € zzgl. Versandkosten
Einzelheft: 15,50 € zzgl. Versandkosten 2,50 €
Bestellungen nimmt der Verlag entgegen. Die Kündigung
des Abonnements ist mit einer Frist von zwei Monaten
zum Ablauf des Abonnements möglich und schriftlich an
den Verlag zu richten. Die Abonnementsgebühren werden
jährlich im voraus in Rechnung gestellt.

Copyright © by Quintessenz Verlags-GmbH, 2024

Inhalt



Anmeldung zum
28. Sächsischen Seniorentreffen
in Naumburg
Seite 18



Opium und Cannabis –
zwei Panaceae in der
Schmerztherapie?
Seite 26



Franz Kafkas Tuberkulose –
oder der „Gott des Erstickens“
Seite 37

MEINE MEINUNG	• Stiftungsprofessur für Öffentliches Gesundheitswesen in Dresden und Leipzig	4
BERUFSPOLITIK	• Positionen, Diskussionen, Emotionen: 128. Deutscher Ärztetag in Mainz	5
	• Wie weiter in Sachsen?	9
	• Die ärztliche Selbstverwaltung in Sachsen	10
GESUNDHEITSPOLITIK	• KI im Gesundheitswesen: Realität, Herausforderungen und Visionen	13
	• Ganzheitliche Versorgung, Delegation oder Substitution – wohin geht die Reise?	15
AUS DEN KREISÄRZTEKAMMERN	• Senioren der Kreisärztekammer Chemnitz (Stadt) erkunden historische Schätze in Zeitz	17
KOMMISSION SENIOREN	• Anmeldung zum 28. Sächsischen Seniorentreffen	18
MITTEILUNGEN DER GESCHÄFTSSTELLE	• Konzerte und Ausstellungen	21
MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE	• Ehrenamtliche Prüfer gesucht	21
VERSCHIEDENES	• Täterorientierte Beratung im Kontext häuslicher Gewalt	21
MITTEILUNGEN DER KVS	• Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	22
ORIGINALIE	• Opium und Cannabis – zwei Panaceae in der Schmerztherapie?	26
LESERBRIEFE	• Editorial „Sind wir von Sinnen?“	31
	• Die staatlich-medizinische Nutzung von Schloss Colditz 1800 bis 1996	32
PERSONALIA	• Jubilare im Juli 2024	34
MEDIZINGESCHICHTE	• Franz Kafkas Tuberkulose – oder der „Gott des Erstickens“	37
EINHEFTER	• Fortbildung in Sachsen – August 2024	



Dr. med. Jana Gärtner

Stiftungsprofessur für Öffentliches Gesundheitswesen in Dresden und Leipzig

Nicht zuletzt unter dem Eindruck der Corona-Pandemie wird dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) seit 2020 eine immer größere gesellschaftliche Bedeutung beigemessen. Dessen Aufgabenbereiche sind sehr vielfältig: Prävention und Gesundheitsförderung, kinder-, jugend- und amtsärztlicher Dienst, Beratung zu sexuell übertragbaren Krankheiten und zur Ausbreitung von Infektionskrankheiten sowie die medizinische Versorgung von vulnerablen Gruppen.

Vom 24. bis 27. April 2024 fand der 73. Wissenschaftliche Kongress des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst (BVÖGD) in Hamburg unter dem Motto „Der Öffentliche Gesundheitsdienst – Rückenwind für Gesundheit“ statt. „Rückenwind“ braucht es, um einen zukunftsfähigen ÖGD neben den Säulen der Kurativmedizin zu entwickeln. Der diesjährige Kongress nahm dabei auch die Evidenz im ÖGD, die Verzahnung von Wissenschaft und Gesundheitsamt, die Aus- und Weiterbildung sowie die Implementierung des ÖGD in das Medizinstudium in den Fokus.

Besonders erfreulich war für mich die Vertiefung der Kontakte zu den Gesundheitsämtern der Universitätsstädte Sachsens sowie die Möglichkeit des Kennenlernens von Prof. Dr. med. Anna Kühne. Sie hat seit April 2024 die erste Professur für Öffentliche Gesundheit in Sachsen übernommen und besetzt die neue Stelle an der Hochschulmedizin Dres-

den. Die Professur und die zugeordneten wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden anteilig vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt, der Hochschulmedizin Dresden und der Landeshauptstadt Dresden finanziert. Es ist geplant, dass es zu einer engen Vernetzung mit den Akteuren aus Forschung, Lehre, Weiterbildung und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst kommt. Um den Praxistransfer von Forschungsergebnissen zu erhöhen aber gleichzeitig auch praxisrelevante Forschungsfelder zu erschließen, wird Prof. Kühne auch im Gesundheitsamt Dresden aktiv tätig. Erfreulicherweise ist eine analoge Professur in Leipzig geplant – hier läuft derzeit die Findungsphase. Für mich geht mit den beiden Professuren ein deutliches Signal aus, den ÖGD in Sachsen zu stärken.

Da die beiden Lehrstühle die Belange des ÖGD auch während der ärztlichen Ausbildung sowie in der Forschung festigen sollen, erwarte ich eine zunehmende Bekanntheit des Fachgebietes „Öffentliches Gesundheitswesen“ bei Studierenden und jungen Ärzten und damit auch ein wachsendes Interesse an dem kleinen, durchaus sehr abwechslungsreichen Fach. Um hier adäquat auf die Fragen und Anregungen der nachwachsenden Generation reagieren zu können, freue ich mich über das große Engagement der Gesundheitsämter in Leipzig und Dresden. Sie nehmen derzeit als Pilotämter die nächsten Hürden, die für eine erfolgreiche Etablierung des ÖGD in das Studium überwunden werden müssen. Durch die Schaffung von Lehr- und Forschungsgesundheitsämtern in den Universitätsstädten wird es möglich, Teile des Praktischen Jahres im ÖGD zu absolvieren. Damit wird ein wichtiger Baustein neben schon bestehenden Famulaturen, Blockpraktika, Berufsfelderkundung oder fachärztlichen Weiterbildungsmöglichkeiten im ÖGD etabliert, der im nächsten Schritt die Gesundheitsämter in den Landkreisen fordern wird, auch einen Beitrag durch aktive Betreuung von Studierenden zu leisten.

Meine Freude über diese Entwicklung begründet sich auch darin, dass durch die Professur die berechtigte Hoffnung besteht, den ÖGD nachhaltig sichtbar in der medizinischen Landschaft zu verankern. Durch die resultierende engere Verzahnung der drei Säulen des Gesundheitswesens wird auch das Verständnis für die Handlungsweisen der unterschiedlichen Akteure wachsen. Ich sehe die große Chance, dass es im Resultat gelingen kann, gemeinsam Lösungen für die nachhaltige Gesunderhaltung sowie eine gute medizinische Versorgung der Bevölkerung zu entwickeln. ■

Dr. med. Jana Gärtner
Vorstandsmitglied

Positionen, Diskussionen, Emotionen: 128. Deutscher Ärztetag in Mainz

Auf dem diesjährigen Deutschen Ärztetag in Mainz widmeten sich die Delegierten unter anderem der Gesundheitsversorgung der Zukunft, der Krankenhausstrukturreform, dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz sowie weiteren aktuellen Gesetzesinitiativen. Bundesärztekammer-Präsident Dr. med. Klaus Reinhardt kritisierte bereits zur Eröffnung die Politik: „Es ist völlig unverständlich, dass wir einen Chemie- und Autogipfel im Kanzleramt haben, aber keinen Gesundheitsgipfel“. Die gesundheitlichen Herausforderungen einer Gesellschaft des langen Lebens seien zu komplex, als dass diese von nur einem Ministerium, dem Bundesgesundheitsministerium (BMG), bewältigt werden könnten.

Reformen im Gesundheitswesen

Auch der Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach sieht das Gesundheitssystem in einer kritischen Phase. Für geplante Reformen sei die Mitarbeit der Ärztegemeinschaft entscheidend, so der Minister, da es viele offene Baustellen gebe. Lauterbach will für eine Verbesserung des Gesundheitswesens Kliniken stärker spezialisieren, das System entbürokratisieren, digitalisieren und auch die medizinische Forschung stärken. Der Minister räumte ein, dass man es versäumt habe, genügend junge Ärzte auszubilden. In den kommenden 15 Jahren würden bis zu 50.000 Ärzte fehlen. Es seien daher mehr Medizinstudienplätze nötig. Krankenhäuser in Deutschland seien zudem zu sehr von ökonomischen Zwängen abhängig. Vor allem kleinere Kliniken unternähmen zum wirtschaftlichen Überleben oft auch kompliziertere Eingriffe, die teils nicht unbedingt nötig seien. Bei Digitalisierung und Forschung



Die sächsischen Delegierten und Mephisto aus Auerbachs Keller auf dem Deutschen Ärztetag in Mainz.

liege Deutschland hinter seinen Nachbarländern zurück, so Lauterbach. Er versprach Verbesserungen auf allen zentralen Feldern. Man arbeite derzeit an 15 Gesetzen, die noch nicht fertig, sondern gerade in einer „ganz kritischen Phase“ seien. Trotz der Selbstkritik und Ankündigungen blieb die anwesende Ärzteschaft skeptisch, was die Reformvorhaben angeht. Deutlich wurde das auch durch die zunehmende Unruhe während der Rede des Ministers. Lauterbach mahnte: „Nicht miteinander zu reden, können wir uns nicht leisten“.

Gesundheitsversorgung der Zukunft – bessere Orientierung für Patientinnen und Patienten

Die Delegierten des Deutschen Ärztetages befassten sich mit dem Schwerpunktthema „Gesundheitsversorgung der Zukunft – mehr Koordination der

Versorgung und bessere Orientierung für Patientinnen und Patienten“. Angesichts des demografischen Wandels mit höheren, komplexen Versorgungsbedarfen und dem schon jetzt dramatischen Fachkräftemangel brauche es Struktur- und Prozessreformen sowie innovative sektorenübergreifende Versorgungsmodelle, damit patientengerechtere und effektive Koordination und eine Steuerung der Versorgung erreicht werden können. Dr. med. Torben Ostendorf, Delegierter der Sächsischen Landesärztekammer, forderte in einem Beschlussantrag die Einbindung der Berufsverbände an den Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses. Dieses Mitberatungsrecht für die von den Beschlüssen betroffenen Fachgruppen sollte analog zur Beteiligung der Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten ausgestaltet sein.

Ärztliches Personalbemessungssystem

Weil die Arbeit in den Krankenhäusern oft von Personalmangel gekennzeichnet und ärztliches Personal an vielen Stellen knapp ist, hat der 128. Deutsche Ärztetag in Mainz die Politik in Bund und Ländern aufgefordert, bei der geplanten Krankenhausreform der zentralen Bedeutung einer patienten- und aufgabengerechten ärztlichen Personalausstattung für eine stabile und qualitativ hochwertige Versorgung gerecht zu werden. Wie viel ärztliches Personal in einer Abteilung benötigt wird, sei mit dem ärztlichen Personalbemessungssystem der Bundesärztekammer (ÄPS-BÄK) feststellbar. In das System können Daten über eine Krankenhausabteilung, darunter Anzahl an Ärztinnen und Ärzten, Fallzahlen, Bereitschaftsdienste oder Ausfallzeiten eingegeben werden. Berechnet wird, wie viele Ärztinnen und Ärzte in einer Abteilung für eine vollumfängliche Erfüllung aller notwendigen Aufgaben gebraucht werden. Das System berücksichtigt auch den Zeitaufwand für Fortbildungen, Weiterbildung oder die Erfüllung gesetzlicher Aufgaben. Der Ärztetag forderte, ÄPS-BÄK als verbindlichen Maßstab im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz zu verankern. Erik Bodendieck, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, machte deutlich, dass ein Personalbemessungsinstrument dringend notwendig, dass das doch aber eher eine Aufgabe einer Gewerkschaft sei.

Zugang zur Regelversorgung und Notfallversorgung

Nach Ansicht des Ärztetages braucht es eine Steuerung der Regelversorgung. Patientinnen und Patienten sollten für die primäre Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung eine Arztpraxis verbindlich wählen. Die primärärztliche Versorgung sollte durch eine Hausärztin beziehungsweise einen Hausarzt



Erik Bodendieck,
Präsident Sächsische Landesärztekammer

erfolgen. Dabei sollte zum Beispiel in der gynäkologischen und augenärztlichen Versorgung der unmittelbare Zugang zur fachärztlichen Versorgung erhalten bleiben. „Bei Patientinnen und Patienten mit einer besonders im Vordergrund stehenden chronischen Erkrankung, die eine intensive und kontinuierliche fachärztliche Versorgung erfordert, kann die Behandlungskoordination durch die behandelnde Fachärztin beziehungsweise den behandelnden Facharzt erfolgen“, heißt es in dem Beschluss. Leistungen, die in der primärärztlichen Versorgung erbracht werden, müssten sowohl im hausärztlichen wie auch konsekutiv auf Überweisung im fachärztlichen Bereich entbündelt werden, forderte Dr. med. Marco Hensel MBA, Delegierter der Sächsischen Landesärztekammer.

Mit Blick auf die überlastete Notfallversorgung forderte der Ärztetag die bundesweite Einrichtung gemeinsamer beziehungsweise vernetzter Leitstellen von ärztlichem Bereitschaftsdienst (116 117) und Rettungsdienst (112). Über eine validierte standardisierte medizinische Ersteinschätzung müsse

dort eine Zugangssteuerung nach medizinischer Dringlichkeit verbindlich in die adäquate Versorgungsebene erfolgen.

Die Empfehlungen der Bundesärztekammer für den „Indikationskatalog für den Notarzteinsatz – Handreichung für Disponenten in Rettungsleitstellen und Notdienstzentralen“ (NAIK) müssten ebenfalls zügig angewendet werden. Ziel sei es, Fehlalarmierungen zu reduzieren. NAIK trage zudem dazu bei, die Handlungsgrundlage von Rettungsleitstellen und Notdienstzentralen bundesweit weitgehend zu vereinheitlichen und die ärztlichen Kompetenzen in der präklinischen Versorgung klarzustellen.

Unabhängigkeit ärztlicher Fortbildung

Der 128. Deutsche Ärztetag in Mainz hat einer grundlegend überarbeiteten (Muster-)Fortbildungsordnung (MFBO) für Ärztinnen und Ärzte zugestimmt. Damit gelten künftig strengere Regelungen für das Sponsoring von Fortbildungsveranstaltungen. Unter anderem kommen bei den Anerkennungskriterien für ärztliche Fortbildungsveranstaltungen stärker die Gebote von Neutralität, Transparenz und Unabhängigkeit zum Tragen. Es habe sich gezeigt, dass die bisherige Fassung der MFBO nicht mehr ausreicht, um dauerhaft die Neutralität und Transparenz von Fortbildungen im notwendigen Umfang sicherzustellen.

So greift die bisherige Formulierung, wonach die Fortbildungsinhalte frei von wirtschaftlichen Interessen sein müssen, vor allem in der Interpretation einiger erstinstanzlicher Verwaltungsgerichte zu kurz. Vielmehr muss aus Gründen des Patientenschutzes auch ausgeschlossen werden, dass Ärztinnen und Ärzte bei Fortbildungsveranstaltungen auf andere Weise dahinge-

hend beeinflusst werden, dass sie die Behandlung von Patientinnen und Patienten nicht mehr allein an medizinischen Kriterien ausrichten.

Sicherung der Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung

Der Deutsche Ärztetag hat die Verantwortlichen aufgefordert, eine vollständige und hinreichende Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung sicherzustellen. Hierbei müssten sowohl die ärztliche Tätigkeit der Weiterzubildenden als auch die notwendigen zusätzlichen Kosten auskömmlich finanziert werden. Mit der Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit erfolge eine Teilnahme an der Versorgung der Bevölkerung. Die Vergütung von ärztlichen Weiterzubildenden müsse in allen Versorgungsbereichen mit den Gehältern im stationären Bereich vergleichbar sein. Hierfür sei eine ausreichende Finanzierung zu gewährleisten.

Einheitliche Aufwandsentschädigung im PJ

Die Delegierten des 128. Deutschen Ärztetages stellten sich klar hinter die Medizinstudierenden und forderten unter anderem bessere Rahmenbedingungen für das Praktische Jahr. Medizinstudierende im Praktischen Jahr (PJ) sind keine kostenlosen Stationshilfen, sondern angehende Ärztinnen und Ärzte. Die Abgeordneten kritisierten, dass für das PJ deutschlandweit bislang keine einheitliche Aufwandsentschädigung vorgesehen ist. „Die durchschnittlich gezahlte Aufwandsentschädigung gibt keine Zusicherung der Kostendeckung für existenzsichernde Leistungen wie Wohnungsmiete oder Lebensmittel. Studierende müssen für ihren Lebensunterhalt sorgen können, was bei einer Vollzeittätigkeit im Praktischen Jahr ohne adäquate Aufwandsentschädigung nicht in zumutbarer Weise möglich ist“, heißt es in einem Beschluss des Ärzteparlaments.

Die Abgeordneten des Ärztetages forderten die Bundesländer und die Akteure im Gesundheitswesen auf, den Studierenden im PJ die momentan maximal mögliche Aufwandsentschädigung in Höhe des BAföG-Höchstsatzes auszuzahlen. Dies würde Studierenden ermöglichen, unabhängig von ihrem sozioökonomischen Hintergrund und mit ausreichend Zeit ihrer Ausbildung nachzugehen.

Der Ärztetag forderte außerdem, die Fehlzeitenregelung für PJ-Studierende anzupassen. Die bestehende Regelung differenziere nicht zwischen Fehlzeiten, die ähnlich dem für Arbeitnehmer gesetzlich vorgeschriebenen Urlaub zugestanden werden, und Krankheitstagen, die derzeit davon abgezogen werden. Die bestehende Härtefallregelung sei unzuverlässig und intransparent und drohe für Studierende, in der Nichtanerkennung eines gesamten Tertials und damit gegebenenfalls der Verzögerung des Abschlusses um sechs bis zwölf Monate zu münden.

Zudem müsse endlich eine neue Approbationsordnung beschlossen werden. Dr. med. Lisa Rosch, Delegierte aus Sachsen, und andere hatten dazu einen Beschlussantrag eingebracht. Darin werden das BMG und die Länder eindringlich aufgefordert, sich auf die Finanzierung der neuen Approbationsordnung (ÄApprO) zu einigen und diese zu beschließen.

Suizidprävention

Der 128. Deutsche Ärztetag fordert von der Bundesregierung ein umfassendes Suizidpräventionsgesetz. Die vom Bundesgesundheitsminister vorgestellte Suizidpräventionsstrategie sei kein Ersatz für ein solches Gesetz. Sie enthalte zwar richtige Ansätze, lasse aber die Frage der Finanzierung offen. Zudem sei ohne gesetzliche Grundlage keine verbindliche Umsetzung der Strategie möglich. Nur durch eine gesetzli-

che Verankerung würde die Suizidprävention die notwendige Absicherung und Dauerhaftigkeit erhalten. Bei der Erarbeitung des Gesetzes müssen die Bundesärztekammer und die Fachkreise der Suizidprävention deutlich stärker einbezogen werden, als es bei der Entwicklung der jetzt vorgestellten Strategie durch das Bundesgesundheitsministerium der Fall war.

Zudem sei ein Gesetz zur Suizidprävention entscheidend dafür, auch die Beihilfe zum Suizid in Deutschland gesetzlich zu regeln. Ein Suizidpräventionsgesetz müsse deswegen vor oder mindestens zeitgleich mit einer gesetzlichen Regelung zur Suizidbeihilfe beschlossen werden.

Behandlung einer Geschlechtsdysphorie bei Minderjährigen

Teilweise sehr emotional wurde es bei der Diskussion über die Beschlussanträge zur Behandlung einer Geschlechtsdysphorie bei Minderjährigen. Letztendlich stimmte auf Grund fachlicher und wissenschaftlicher Begründungen die Mehrheit für die Anträge. Darin wird die Bundesregierung aufgefordert, sogenannte Pubertätsblocker, geschlechtsumwandelnde Hormontherapien oder ebensolche Operationen bei unter 18-Jährigen mit Geschlechtsinkongruenz beziehungsweise Geschlechtsdysphorie nur im Rahmen kontrollierter wissenschaftlicher Studien zu gestatten. Dabei sollten multidisziplinäre Teams sowie eine klinische Ethik-Kommission hinzugezogen werden. Eine Behandlung sollte auch erst nach abgeschlossener medizinischer und insbesondere psychiatrischer Diagnostik und Behandlung eventueller psychischer Störungen erfolgen. Dabei müssten die Therapieergebnisse jeglicher Interventionen dieser Art soziologisch, medizinisch, kinder- und jugendpsychiatrisch, sozial und psychologisch über einen Zeitraum von mindestens zehn Jahren nachverfolgt werden. Die Evalu-

ationsergebnisse sollten in die Leitlinie „Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter: Diagnostik und Behandlung“ einfließen. Dr. med. Thomas Lipp, Delegierter aus Sachsen, unterstützte die Anträge im Namen des Arbeitskreises Ethik in der Medizin der Sächsischen Landesärztekammer. Arbeitskreis wie Ärztekammer hatten sich bereits im letzten Jahr mit der Thematik ausführlich auseinandergesetzt.

Sachsen stimmt gegen Haushaltsplan 2025

Der Haushaltsplan der Bundesärztekammer sieht das zweite Jahr in Folge eine Steigerung der Ausgaben vor. Dadurch steigt auch die Umlage der Sächsischen Landesärztekammer an die Bundesärztekammer. Da aus Sicht von Dr. med. Heike Höger-Schmidt, Vorstandsmitglied, und Erik Bodendieck, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, bei der Haushaltsplanung zu wenig nach Einsparpotenzialen gesucht wurde, stimmte Sachsen als einziges Bundesland das zweite Mal in Folge gegen den Haushaltsplan der Bundesärztekammer, Thüringen enthielt sich. Weitere Beschlussanträge aus Sachsen galten dem eRezept und der Telematikinfrastruktur, der Digitalisierung der Praxen durch gute Praxisverwaltungssysteme, der Integration der Suchtmedizin in die Lehre, der Etablierung von New Work - Selbstverantwortung, partizipative Hierarchie und hybride Führung, Sinn, Entwicklung und Kooperation der Professionen – an den Kliniken. Alle sächsischen Beschlussanträge sind unter www.slaek.de zu finden.

Ausblick 2025:

129. Deutscher Ärztetag in Leipzig

Der nächste Deutsche Ärztetag wird vom 27. bis 30. Mai 2025 in Leipzig stattfinden. Zeitgleich dazu gibt es einige Jubiläen zu feiern, wie 35 Jahre Friedliche Revolution, 100 Jahre letzter



Sachsen stimmt zum zweiten Mal in Folge gegen den Haushaltsplan der Bundesärztekammer



Am Stand der Sächsischen Landesärztekammer beantwortete das Team mit Unterstützung von Mephisto, Auerbachs Keller, zahlreiche Fragen der Delegierten zum 129. Deutschen Ärztetag 2025 in Leipzig.

Deutscher Ärztetag in dieser Stadt, 500 Jahre Auerbachs Keller. Die Sächsische Landesärztekammer hat sich daher in Mainz mit einem Stand, vielfältigem Infomaterial und Leipziger Spezialitäten präsentiert und so für die Stadt geworben. Tatkräftig unterstützt wurde sie von Mephisto alias Hartmut Müller höchstpersönlich. Er ist nicht nur ein beliebtes Fotomotiv, sondern auch ein profunder Kenner, wenn es um Goethes Faust, Auerbachs Keller und die Leipziger Stadtgeschichte geht. Die

Resonanz der Gäste in Mainz war überaus positiv. Viele Delegierte freuen sich schon jetzt auf die Stadt, die Menschen und die Eröffnung in der Nikolaikirche sowie den Festabend im alten Messengelände.

Mehr Infos und das Programm zum 129. Deutschen Ärztetag gibt es unter www.slaek.de/leipzig2025. ■

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Wie weiter in Sachsen?

Welche Ideen die im Landtag vertretenen Parteien für die anstehenden Herausforderungen bei den Freien Berufe haben, darüber sprachen die Mitglieder des Landesverbandes der Freien Berufe (LFB) Sachsen Ende April mit Rico Gebhardt (Die Linke), Gerhardt Liebscher (Bündnis 90/Die Grünen), Simone Lang (SPD), Christian Hartmann (CDU) sowie Andreas Wendt (AfD). Moderiert wurde das Podium von RA Cornelia Süß, Präsidentin des LFB Sachsen e. V.

Für Christian Hartmann sei die Antwort auf Fachkräftemangel und sinkende Wirtschaftsleistung der Ausbau der Infrastruktur, Netzausbau und Digitalisierung sowie Zuwanderung von Fachkräften und weniger Teilzeittätigkeit. Für eine bessere Bildung brauche es mehr Entlastung für Lehrer durch Sozialarbeiter und neue Lernmodelle, so Hartmann. Aber auch der Erziehungsauftrag der Eltern muss wieder ins Bewusstsein gerufen werden, weil manche Erziehungsberechtigten glauben, dass dafür die Schule zuständig sei. Diesen Ansätzen stimmte Simone Lang im Wesentlichen zu, ergänzte jedoch die Punkte um flexible Arbeitszeitmodelle, eine bessere technische Ausstattung der Schulen sowie Entlastungshilfen, da Lehrer heutzutage auch noch Psychologen, Erziehungshelfer und Konfliktberater seien.

Für Rico Gebhardt sind diese Vorschläge zwar nachvollziehbar und wichtig, aber gerade die Zuwanderung dauert ihm zu lang. Hier müsse es schnellere Anerkennungsprozesse geben, die bereits bei den Arbeitsvisa in den deutschen Botschaften beginnen würde. Denn schon dort sind die bürokratischen Hürden und Wartezeiten extrem lang. Und hier im Land selbst brauche es eine echte Willkommenskultur.



Der LFB Sachsen e. V. sprach mit allen im sächsischen Landtag vertretenen Parteien über die Herausforderungen der Freien Berufe und ihre Pläne für die Zeit nach der Landtagswahl.

Gerhardt Liebscher würde gern die Quote der Schulabbrecher senken, um mehr junge Menschen in den Arbeitsmarkt zu bekommen. Hier müsse die Unterstützung bereits bei bildungsfernen Eltern beginnen, um dieses Ziel zu erreichen. Und er plädiert für die Ganztagschule sowie gemeinsame Klassen bis zur Stufe 10. Damit könnten in einem langjährigen Klassenverband feste Beziehungen aufgebaut und eine langfristige Unterstützung von lernschwachen durch lernstarke Schüler erzielt werden.

Andreas Wendt will zuerst die Potenziale im Inland heben, bevor eine punktuelle Zuwanderung erfolgen sollte. Zu den Potenzialen zählt er die deutschen Schulabbrecher, Menschen ohne Ausbildung sowie abgewanderte Deutsche im Ausland. Außerdem sollte das Bürgergeld abgeschafft werden, weil dann der Anreiz, sich keine Arbeit zu suchen, vorbei wäre. Die Diskussion um eine Vier-Tage-Woche kann er mit Blick auf den Personalmangel in vielen Bereichen ebenfalls nicht nachvollziehen. Diese Diskussion geht für Wendt in die falsche Richtung. Alle anderen Punkte

wie Ausbau der Infrastruktur, Digitalisierung und mehr Geld für Kommunen sieht er genauso wie die anderen Gesprächspartner.

Bei den Maßnahmen für die Wirtschaft gingen die Meinungen dann etwas weiter auseinander. Während Hartmann die soziale Marktwirtschaft mit Leuchtturmprojekten der vergangenen Jahre verteidigte, wäre Gebhardt eher für eine Volkswirtschaft, in der der Freistaat mit Investitionen für Infrastruktur und Netzausbau in Vorleistung geht, um die Lebensverhältnisse insbesondere für die ländlichen Regionen zu verbessern. Diesen Ansatz unterstütze Liebscher dahingehend, dass zum Beispiel Subventionen für fossile Brennstoffe abgeschafft, aber es gleichzeitig eine Bürgerbeteiligung bei Solarenergie geben sollte. Dem entgegnete Wendt mit der klaren Ansage, kein Geld für Klimaschutzprojekte auszugeben. Das eingesparte Geld könne man viel besser einsetzen. Diese Äußerung erzeugte regen Widerspruch bei den Zuhörern und nötigte den Präsidenten der Architektenkammer dazu, sich für Ausgaben im Klimaschutz zu positionieren, denn,

wenn man heute am Klimaschutz spart, würden die nächsten Generationen den Preis dafür bezahlen.

Der Bürokratieabbau ist für alle Fraktionen im Landtag ein wichtiges Anliegen. Dies wurde bei dem Treffen ebenfalls sehr deutlich. Hartmann spielte zunächst den Ball vom Landtag zu den Ministerien, die unzählige komplizierte Verordnungen erschaffen hätten, welche vom Gesetzgeber so nicht gewollt waren. Außerdem würde er das Personal im Öffentlichen Dienst gern abbauen und die Verwaltungsarbeit durch Digitalisierung vereinfachen. Für Liebster wäre es schon ein wichtiger Schritt, wenn wenigstens die Spielräume in den Gesetzen und Verordnungen stärker genutzt würden, um Antragsverfahren

zu beschleunigen und Bürger zu entlasten. Dem steht nach Ansicht von Erik Bodendieck, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, der Mangel an Eigenverantwortung, selbstständigem Denken und fehlender Subsidiarität entgegen. Dr. Thomas Breyer, Präsident der Landes Zahnärztekammer Sachsen, ging noch ein Schritt weiter. Er ist der Meinung, dass die Behördenmitarbeiter seit der Wende immer seltener zu eigenständigen Entscheidungen motiviert wurden und es daher keine Kultur der Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit in der öffentlichen Verwaltung mehr gäbe. Außerdem hätten gerade die Parlamentarier zu dem Gesetzeswust wesentlich beigetragen, der viele heutige Probleme verursacht.

Fazit ist, dass alle Landtagsparteien sich bei den wichtigsten anstehenden Herausforderungen einig sind: Wirtschaft, Digitalisierung, Fachkräftemangel und Bürokratie. Und auch in den Problemlösungsstrategien gibt es, bis auf wenige Details, große Übereinstimmungen. Spannend wird es, wenn es nach den Landtagswahlen darum gehen wird, Strategien in Lösungen zu verwandeln. Letztlich braucht es dafür Risikobereitschaft und Innovation genauso wie Erfahrung und Verlässlichkeit. Ein „weiter so“ ist keine Strategie. ■

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Die ärztliche Selbstverwaltung in Sachsen*

Prolog

Organisationen werden durch das Wirken von Einzelpersonen ins Leben gerufen und aktiv. Dies gelingt aber nur, wenn diese Personen die Kunst der Kooperation und Motivation beherrschen. Anlass dieses Symposiums ist das Wirken einer Person, bei der diese beiden Voraussetzungen in idealer Weise vorhanden waren und eine große, bis heute sichtbare praktische Wirksamkeit entfaltet haben: dem Ehrenpräsidenten der Sächsischen Landes-

ärztekammer Prof. Dr. med. habil. Heinz Diettrich. Der Rückblick auf sein Leben und Wirken ist ein guter Anlass, die Rahmenbedingungen für das Wirken der ärztlichen Selbstverwaltung in Sachsen zu reflektieren.

Die Ratio der Berufskammern in Geschichte und Gegenwart

Die Geschichte der Berufskammern in Deutschland hängt eng mit der Entstehung des modernen Konzepts der Freien Berufe zusammen, durch das die klassische Idee der „Artes Liberales“ weiterentwickelt und in neue rechtliche und gesellschaftliche Kontexte gestellt wurde. Vorreiter dieser Entwicklung waren die Ärzteschaft und die Rechtsanwaltschaft und damit zwei Berufe, die seit jeher in den Universitäten verankert waren, aber aus verschiedenen Gründen neu formiert wurden.

Bei der Ärzteschaft wirkten sich der Einfluss der Naturwissenschaften auf die medizinische Wissenschaft und auf die Ausbildung sowie der systematische Aufbau eines allgemeinen Gesundheitswesens für die ambulante und stationäre Versorgung auf das Berufsrecht aus. Bei der Rechtsanwaltschaft war es vor allem der Aufbau des Rechtsstaates und der einzelnen Gerichtsbarkeiten, die dazu führten, dass der Anwaltschaft eine neue Stellung in der Gesellschaft zugewiesen wurde, um den Zugang zum Recht für Jedermann zu gewährleisten.

Beide Berufe übernehmen für den Einzelnen und die Gesellschaft eine Schlüsselfunktion bei der Verwirklichung elementarer Interessen in Bezug auf Gesundheit, Recht und Freiheit. Berufsrechtlich ist damit die Etablie-

* Der Beitrag basiert auf einem Festvortrag, den Prof. Dr. iur. Winfried Kluth im Rahmen des Symposiums zu Ehren und im Gedenken an Prof. Dr. med. habil. Heinz Diettrich (6. März 1940 bis 23. Februar 2023) am 29. September 2023 in Dresden gehalten hat.

rung einer durch besonderes Vertrauen geschützten Arzt-Patient- und Anwalt-Mandant-Beziehung verbunden, die die Berufe zu Vertrauensberufen macht.

Dieser Status ist inhaltlich und funktional eng verbunden mit der Errichtung der Berufskammern, die in Preußen ab 1865 erfolgte. In der vordemokratischen, konstitutionellen Verfassungsordnung konnte der Berufsstand ein Berufsrecht als Standesrecht entwickeln, durch das die Pflichten gegenüber dem Einzelnen und der Gesellschaft konkretisiert wurden. Standesrecht bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Mitglieder der Berufskammer, die ja den Berufsstand vollständig repräsentieren, für sich selbst verbindliche Regeln erlassen, die als Teil des staatlichen Rechts durchsetzbar sind. Das ist auch der Grund, warum Selbstverwaltung als Autonomie bezeichnet wurde und wird. Es handelt sich dabei allerdings nicht um jene Verbandsautonomie, über die private Verbände verfügen, deren Gründung und Handeln Ausdruck des Grundrechtsgebrauchs sind. Die Berufskammern als Körperschaften des öffentlichen Rechts üben Staatsgewalt aus und ihre Autonomie ist eine besondere Form der Eigenständigkeit innerhalb des Staates, die durch den gesetzlichen Errichtungsakt zugleich begründet und begrenzt wird.

Das ist bis heute in der vom Deutschen Ärztetag beschlossenen Musterberufsordnung niedergelegt und fand bereits damals, anknüpfend an noch ältere berufsrechtliche Traditionen, Eingang in das Berufsrecht. Danach gilt:

„(1) Ärztinnen und Ärzte dienen der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung. Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe. Er ist seiner Natur nach ein freier Beruf.

(2) Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen,



Prof. Dr. Winfried Kluth, Halle (Saale), hielt den Festvortrag zu Ehren und im Gedenken an Prof. Dr. med. habil. Heinz Diettrich.

len, Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten und an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Gesundheit der Menschen mitzuwirken.“

Es muss nicht hervorgehoben werden, dass die gegenderte Ausdrucksweise und der Verweis auf die natürlichen Lebensgrundlagen seinerzeit noch nicht anzutreffen waren. Das zeigt nur, dass auch in den Berufskammern die Zeit nicht stehen bleibt.

Vom Standesrecht zum parlamentarisch fundierten Berufsrecht

Juristisch ist mit dem Übergang zum demokratischen Verfassungsstaat, der ja rechtlich 1919 mit der Weimarer Reichsverfassung erfolgte, aber erst nach 1949 gründlich für alle Bereiche des Staatswesens durchdekliniert wurde, auch eine durchaus fundamentale Neuordnung des Berufsrechts verbunden gewesen. Gemeint ist damit der Übergang vom durch den Berufsstand legitimierten Standesrecht zu dem vom parlamentarischen Gesetzgeber erlassenen und nur in Bezug auf die Ausgestaltung an die Berufskammern delegierten Berufsrecht.

Grundlegend sind insoweit die Ausführungen des Bundesverfassungsgerichts. In seinen Entscheidungen zum Facharztwesen im Jahr 1972 sowie zum Berufsrecht der Rechtsanwälte im Jahr 1987 wird deutlich gemacht, dass unter dem Grundgesetz die wesentlichen Regelungen in Bezug auf den Zugang zu einem Beruf durch den parlamentarischen Gesetzgeber selbst geregelt werden müssen (sogenannter Parlamentsvorbehalt) mit der Folge, dass die Berufskammern durch hinreichend bestimmte Normen in den Berufsgesetzen allenfalls zur Regelungen der fachlichen Einzelheiten ermächtigt werden dürfen. Nicht der Berufsstand, sondern das demokratisch allein für gewichtige Grundrechtseingriffe legitimierte Parlament ist demnach regelungsbefugt und kann einen Teil dieser Regelungsbefugnis auf die Berufskammern delegieren, die davon in den Berufsordnungen Gebrauch machen.

Aus der Sicht der Verfassung ist damit keine Schwächung, sondern eine Stärkung der Berufskammern und des Berufsrechts verbunden, denn es kann jetzt nicht mehr als Standesrecht unter einen Kartellvorbehalt gestellt werden. Zudem ist sein Geltungsanspruch dadurch gestärkt und nicht geschwächt worden.

Das gilt auch für das Selbstverständnis der ärztlichen Selbstverwaltung insgesamt. Diese ist kein korporatistischer Fremdkörper im demokratischen Verfassungsstaat, sondern Ausdruck einer spezifischen Entfaltung des Demokratieprinzips. Wie das Bundesverfassungsgericht in seiner Rechtsprechung betont, kann unter anderem für den Bereich der Berufskammern „von dem Erfordernis lückenloser personeller Legitimation abweichende Formen der Beteiligung von Betroffenen an der Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben gebilligt werden, wenn dies ausgeglichen wurde durch eine stärkere Gel-

tung der gleichfalls im Gedanken der Selbstbestimmung und damit im demokratischen Prinzip wurzelnden Grundsätze der Selbstverwaltung und der Autonomie.“

Selbstverwaltung und Autonomie sind aber nur realisierbar, wenn auch die Bereitschaft und die Befähigung zum Ehrenamt hinreichend vorhanden ist. Angefangen von der kommunalen Selbstverwaltung über die Berufs- und Wirtschaftskammern, die soziale Selbstverwaltung bis hin zur Hochschulselbstverwaltung kann dieses subsidiäre Modell nur bestehen, wenn bei den Betroffenen die Bereitschaft zum Engagement vorhanden ist. Das bedeutet konkret, Zeit und Energie neben dem Berufsleben und dem Privatleben in eine Organisation zu investieren, wobei der Großteil dieses Engagements gerade nicht vergütet und nur gemäßigt entschädigt wird.

Der Vorteil des Modells besteht darin, dass die Berufskammern das breite Wissens- und Erfahrungsspektrum des Berufsstandes nutzen können, über das eine Ministerialverwaltung nie verfügen kann.

An dieser Stelle kommt wieder die eingangs erwähnte Bedeutung des Einzelnen für die Organisationen zum Vorschein. Und in der Person von Heinz Diettrich wird erneut deutlich, dass und warum es in jeder Selbstverwaltungsorganisation so wichtig ist, dass sich viele Einzelpersonen selbstlos für die Anliegen der Gemeinschaft und des Berufsstandes einsetzen und so das Prinzip der Selbstverwaltung zum Leben erwecken.

Besonderheiten der ärztlichen Selbstverwaltung

Der Bedarf an ehrenamtlich in der Selbstverwaltung tätigen Personen ist im Bereich der ärztlichen Selbstverwaltung besonders hoch. Das hängt mit

ihrer Komplexität zusammen. Denn die ärztliche Selbstverwaltung durch die Landesärztekammern ist im Rahmen der sozialen Selbstverwaltung von weiteren Selbstverwaltungsorganisationen umgeben. Dazu gehören die berufsständischen Versorgungswerke, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenhausgesellschaften als Kernbereich. Hinzu kommen die zahlreichen Organe der Gemeinsamen Selbstverwaltung auf Landes- und Bundesebene, sowie der Gemeinsame Bundesausschuss. Vor allem im Gemeinsamen Bundesausschuss kommt der Zusammenarbeit mit den anderen Akteuren des Gesundheitswesens eine zentrale Bedeutung zu. Darin spiegelt sich zugleich die Verantwortung der verschiedenen Berufe und Organisationen im komplexen Bereich des Gesundheitswesens wider, das auch die Heilberufsgesetze erkennen lassen, die herkömmlicherweise alle klassischen Heilberufe erfassen und derzeit in einigen Ländern auch die Pflegeberufe integrieren.

Prägend für die Gemeinsame Selbstverwaltung ist allerdings nach dem herkömmlichen Organisationsmuster eine mehrfache Segmentierung, die zur Folge hat, dass die Aufgaben zwischen den jeweils großen Organisationen geteilt sind und der (Selbst-) Verwaltungsaufwand hoch ist. Zudem kommt es zu Interessenkollisionen und hohem Koordinierungsaufwand.

Vor dem Hintergrund der Absicht des Bundesgesetzgebers, die Grenzen zwischen stationärem und ambulatem Bereich durch fließende Übergänge und Integrationsbereiche abzubauen, bleibt die organisatorische Trennung erhalten. Hier stellt sich zunehmend die Frage, ob der Integration in der Konzeption der Gesundheitsversorgung auch ein stärker integrierendes Modell der Selbstverwaltung folgen sollte.

Wer sich die komplizierten Strukturen und Verfahrensweisen der gemeinsamen Selbstverwaltung und des Gemeinsamen Bundesausschusses vor Augen führt, die nach Ansicht von Kritikern noch komplexer werden sollen, wird schnell verstehen, warum viele Prozesse im deutschen Gesundheitswesen so zäh verlaufen.

Ärztliche Selbstverwaltung als politische Selbstverwaltung

Den Ärztekammern kommt in dieser Debatte eine Schlüsselstellung zu, denn nur bei ihnen ist der Berufsstand in seiner ganzen Breite repräsentiert. Insofern ist es auch wieder einmal sinnvoll und geboten darauf hinzuweisen, dass die ärztliche Selbstverwaltung auch als politische Selbstverwaltung herausgefordert ist. Nicht im Sinne eines allgemeinpolitischen Mandats, sondern eines berufspolitischen Akteurs, der die Verantwortung für das Gesundheitswesen insgesamt wahrnimmt und artikuliert. In den derzeitigen Diskurs- und Entscheidungsstrukturen scheint mir die Bedeutung der an Finanzierungsfragen ausgerichteten Selbstverwaltungsorganisationen größer zu sein, als die der eigentlichen Berufsorganisation. Das hat auch zur Folge, dass die Gemeinwohlverantwortung des Berufsstandes durch die jeweiligen finanziellen Gruppeninteressen in ihrer Entfaltung behindert wird. Hier braucht es wieder vermehrt starke Akteure, wie den eines Heinz Diettrichs, die den Berufsstand zum Nachdenken und zu einer Weiterentwicklung der Strukturen befähigen. Dabei ist es sicher auch für den Berufsstand besser, wenn Reformvorschläge aus seiner Mitte kommen und nicht aus der Berufspolitik oder der Ministerialverwaltung. ■

Prof. Dr. iur. Winfried Kluth
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Inhaber des Lehrstuhls für Öffentliches Recht

KI im Gesundheitswesen: Realität, Herausforderungen und Visionen

Besuch der Digital Health Messe DMEA in Berlin

Die Sächsische Landesärztekammer ist eine der wenigen Kammern, die eine Arbeitsgruppe Digitalisierung installiert hat. Diese Arbeitsgruppe beschäftigt sich im Gegensatz zu den meisten anderen Ausschüssen dieser Art nicht mit den Dysfunktionalitäten, technischen Komponenten und ärgerlichen Gesetzgebungsverfahren oder versucht das Pro und Contra innerhalb der Mandatsträger auf ein gemeinsames Niveau zu heben. Wir versuchen, uns in der Gestaltung der Digitalisierung und der Anwendung der KI prognostisch mit unserem ärztlichen Tun zu beschäftigen. Ob es gelingt, wird sich im Nachgang erst zeigen. Über diesen Anspruch hat die Kammer es uns ermöglicht, die Messe „DMEA – Digital Medical Expertise & Applications“ im April 2024 in Berlin zu besuchen, die für sich den Anspruch erhebt, die größte Messe ihrer Art in Europa bezüglich Digitalisierung und Anwendung der KI im Gesundheitswesen zu sein.

Die wichtigste Botschaft: Das Label „KI“ wird genauso inflationär und inhaltlich hohl verwendet wie „Bio“ bei Lebensmitteln – sehr viel Schaumstrategie, sehr viele zu erwartende Selbstverständlichkeiten werden als Innovation verkauft. Der ambulante Sektor kommt praktisch nicht vor. Erwartungsgemäß nimmt die KI-gesteuerte Bildgebung in der Radiologie und Pathologie sehr viel Raum ein, Organisations-, Personalverwaltungs-, Patientenüberleitungssysteme für Krankenhäuser, Videotechnik im Krankenhaus, die im ambulanten Sektor schon längst Standard sind und verschiedene Spracherkennungsmodu-



DMEA - Digital Medical Expertise & Applications in Berlin ist eine der größten Messen in Europa bezüglich Digitalisierung und KI-Anwendungen im Gesundheitswesen.

le, die zumindest in den meisten Praxisverwaltungssystemen (PVS) der Praxen längst gängig sind. Interessanterweise nutzen quasi alle von uns angesprochenen das gleiche Grundprogramm „Dragon“, vielleicht mit unterschiedlichen Qualitäten. Neuorganisation von Pflegedokumentation ist erfreulich oft zu finden, deren Praktikabilität wir aber nicht beurteilen können. KI-gestützte Wundverlaufsdokumentationen überzeugten. Eine wirkliche Interaktion zwischen stationär, Pflege und ambulanter Versorgung fehlt komplett und ist bei den Anbietern entsetzlicherweise überhaupt nicht als intellektuelles Erfordernis erfasst.

Dass bei Entlassmanagement die Hausärzteschaft mit eingebunden werden muss, ist einigen Anbietern völlig fremd. Diese staunen, dass Hausärzte

Interesse am Entlassmanagement aufweisen und sich überhaupt für eine Digital Health Messe interessieren. Interessant sind Systeme, wo ungeordnete Befundeingaben als strukturierter Brief erscheinen. Aber einen Einsatz von KI, wie wir sie von nordamerikanischen oder asiatischen Messen kennen, sucht man vergeblich, das findet man nur nach langem Suchen auf einem unscheinbaren Stand eines österreichischen Anbieters, welcher wirklich Large-Language-Module verschiedener Anbieter nutzt, um insbesondere Ärztinnen und Ärzten dabei zu helfen, die digitalen Akten und medizinischen Informationen der letzten 20 bis 30 Jahre eines Patienten auf einem übersichtlichen Bildschirm zu präsentieren und gleichzeitig verschiedene Scores zu ermitteln. Auch hier zeigt sich, dass wir 10 bis 15 Jahre bezüglich Spitzenent-

wicklung hinterherhinken. Man kann über den Einsatz von KI in der Interaktion Arzt und Patient sicher sehr geteilter Meinung sein und das aus gutem Grund. Nichtsdestotrotz wird sie uns schon aus Kostengründen aufgedrängt werden und es stellt sich nur die Frage: Steuert dies die Industrie oder wir. Unsere Vision einer vom Computer aufgenommenen gesamten Patientenanamnese (von Geburt an bis in die Gegenwart) und selbstständigen Zusammenfassung durch KI in der Dokumentation in kürzester Fassung mit entsprechendem Verweis auf KI-detektierte Diagnosen und (eventuell) sämtlicher Diagnostik und Therapievorschläge: völlige Fehlanzeige. Der Grund dafür? Nach wie vor existieren nur „Datensilos“ aus einzelnen Krankenhäusern, Arztpraxen, Radiologie-Praxen, Pflegediensten oder -heimen oder von allen anderen Leistungserbringern. Eine Synchronisierung findet nicht statt. Die Daten

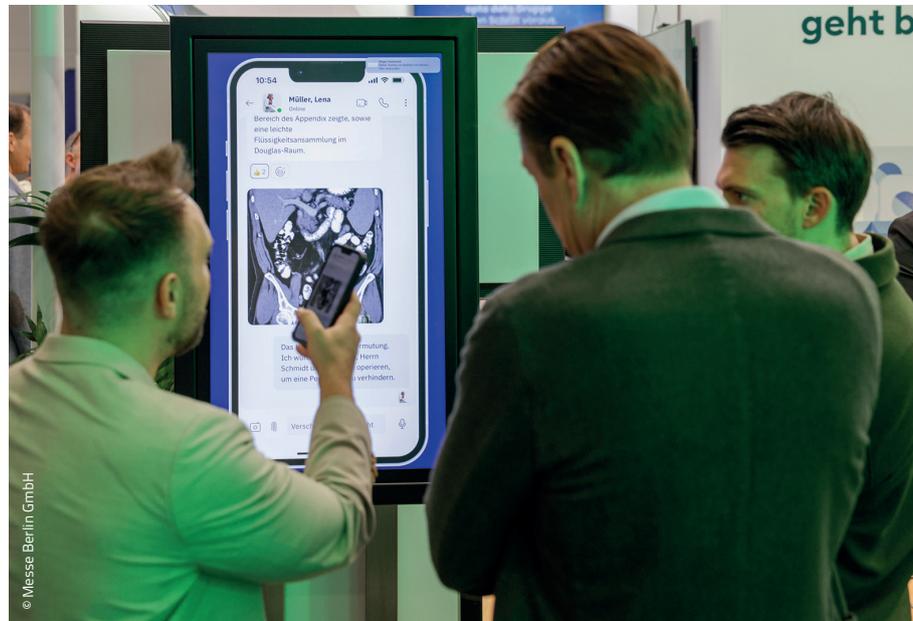
sind und bleiben nur „vor Ort“ gespeichert und wären somit für eine KI auch nur vor Ort nutzbar. Praktisch gesprochen: Gehe ich als Patient 20 Jahre lang in ein- und dieselbe Radiologie in Sachen und bekomme in dieser Zeit fünf Röntgenbilder des Thorax angefertigt, könnte diese Praxis „maschinelles Lernen“ nutzen, um diese fünf Untersuchungen zu vergleichen (natürlich nur Kraft der Approbation als „off-label“). Allerdings: der Polytrauma-CT-Scan von vor fünf Jahren im Urlaub in Bayern kann und darf durch diese KI nicht genutzt werden. Unnötig zu erwähnen,

wie so bereits im Ansatz der Nutzen von KI in Deutschland erstickt wird. Von daher ist es nicht verwunderlich, auf der DMEA keine großen KI basierten Anwendungen durch die Industrie anzutreffen. Bilanz: Unsere Erwartungen waren zu hoch, die Ergebnisse scheinen mager, die technischen Möglichkeiten werden nicht umgesetzt.

Das große Problem: All diese Daten (im ambulanten Bereich allein in Deutschland bei einer Milliarde Arztkontakten unvorstellbar große Datenmengen) zusammenzubringen, um dann einer

Den Aufschrei von manchen, dass KI der Untergang des Arzt-Patienten-Verhältnisses sei, halten wir für grundfalsch, da nicht die KI das Entscheidende ist, sondern der Arzt und wie er damit umgeht, als Spiegelbild aller digitalen Probleme, wo nicht der Rechner das Problem darstellt, sondern der Mensch, der davorsitzt.

Wir Ärzte sollten uns vorbehalten, KI Ergebnisse exklusiv an den Patienten zu vermitteln, so wie wir es auch mit Laborergebnissen oder Rontgenbefunden seit Jahrzehnten gewohnt sind.



Messebesucher informieren sich über aktuelle Anwendungsfelder von KI.

KI ist einfach eine weitere Technologie, wie Röntgen oder Laborwertermittlung, nur sollten wir dies annehmen und es zu einem selbstverständlichen Handwerkszeug werden lassen, so wie Auskultation und Anamnesegeprach.

Und genau diese Problematik zeigt auf, dass wir Ärzte uns massiv einmischen müssen und

sprachbasierten KI überhaupt die Chance zu geben, die Medizin voranzubringen, wurde auch auf der DMEA nicht wirklich adressiert.

Der Gesundheitsminister lobte zwar auf dieser Messe die KI als „gamechanger“ des Gesundheitswesens, aber wichtigstes Faktum von KI (also wie alle Gesundheitsdaten von allen Leistungserbringern zusammengeführt werden können, um überhaupt einer Technologie wie KI die Chance zu geben, zu arbeiten) wird vom Minister und somit auch von der Industrie ausgeklammert und nicht bearbeitet.

dies nicht der Industrie oder halbgebildeten Politikern überlassen dürfen – nicht aus Protektionismus, Lobbyismus und Standesdünkel, sondern eben zur Rettung des Patientenverhaltnisses, des ärztlichen Tuns an sich. ■

Dr. med. Thomas Lipp, Leipzig
Vorsitzender AG Digitalisierung

Dr. med. Martin Deile, Dresden
Stellvertretender Vorsitzender
AG Digitalisierung

Ganzheitliche Versorgung, Delegation oder Substitution – wohin geht die Reise?

Der Ausschuss Qualitätsmanagement der Sächsischen Landesärztekammer beschäftigt sich schon seit längerem mit dem Thema „Delegation von ärztlichen Tätigkeiten auf andere Professionen“ aus Sicht der Qualitätssicherung. Je tiefer man in diese Materie eindringt, desto komplexer ist die Problematik und nur in Ansätzen juristisch klar geregelt. Aus einer gemeinsamen Beratung mit dem Ausschuss Ambulanzstationäre Versorgung ergaben sich weitere nennenswerte Aspekte, die aus Sicht der unterschiedlichen Betrachtungsweisen teils different und emotional, aber immer konstruktiv diskutiert wurden. Wie aktuell der Sachverhalt ist, zeigt ebenso das unlängst erschienene Themenheft „Interprofessionalität im Gesundheitswesen“ („Ärzteblatt Sachsen“, Heft 11/2023) – interprofessionelles Arbeiten ist wichtiger denn je.

In den letzten Jahrzehnten haben sich die Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung in Deutschland stark verändert. Dazu gehören der demografische Wandel, die gesetzlichen Vorgaben mit zunehmend bürokratischer ärztlicher Inanspruchnahme, das veränderte Berufsbild Arzt mit dem Recht auf Freizeit und Familienleben, aber auch eine spürbare Abnahme an Gesundheitsbewusstsein und Eigenverantwortung in der Bevölkerung. Dagegen geblieben ist der Anspruch auf höchste Qualität der Patientenversorgung.

Einige Auswirkungen des in Sachsen besonders spürbaren demografischen Wandels sind:

Zunahme chronischer Erkrankungen: Mit einer älteren Bevölkerung steigt die Prävalenz chronischer Krankheiten wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen

und neurodegenerative Erkrankungen. Die Patientenversorgung muss daher vermehrt auf die Bedürfnisse älterer Menschen und die Bewältigung chronischer Krankheiten ausgerichtet werden.

Pflegebedarf und Langzeitpflege:

Ältere Menschen benötigen häufiger Unterstützung bei der Bewältigung von Alltagsaktivitäten und haben einen höheren Bedarf an Langzeitpflege. Dies stellt eine Herausforderung für das Gesundheitssystem dar, da die Infrastruktur und das Pflegepersonal angepasst werden müssen.

Multimorbidität:

Ältere Menschen neigen dazu, mehrere gleichzeitige Gesundheitsprobleme zu haben, was die Komplexität der medizinischen Versorgung erhöht. Die Koordination zwischen verschiedenen Fachbereichen sowie das interdisziplinäre und interprofessionelle Arbeiten und die Integration von Versorgungsangeboten werden wichtiger.

Pflegepersonal und Fachkräftemangel:

Der demografische Wandel führt auch zu einem höheren Bedarf an Pflegepersonal. Gleichzeitig gibt es jedoch bereits heute einen Mangel an Fachkräften im Gesundheitswesen. Es ist wichtig, Strategien zur Sicherung ausreichender Arbeitskräfte zu entwickeln.

Prävention und Gesundheitsförderung:

Aufgrund der steigenden Anzahl älterer Menschen gewinnt die Prävention und Gesundheitsförderung an Bedeutung, um die Lebensqualität zu verbessern und die Krankheitslast zu verringern. Programme zur Förderung eines gesunden Lebensstils und zur Früherkennung von Krankheiten werden wichtiger.

Will man eine allgemeingültige angemessene Empfehlung hinsichtlich Delegation erstellen, um mit geeigneten Maßnahmen der Unterversorgung bei Erhalt der Versorgungsqualität entgegenzuwirken, zeigt sich, in welchem Dilemma wir uns befinden. Schnell werden verschiedene Begrifflichkeiten vermischt oder verwechselt. Heilkunst ist nicht gleich ärztliche Tätigkeit (siehe zum Beispiel Heilpraktikergesetz).

Ärztliche Tätigkeit ist definiert als jede Tätigkeit, bei der ärztliche Fachkenntnisse vorausgesetzt, eingesetzt oder mitverwendet werden oder werden können. Die Ausübung ist nur mit gültiger Approbation oder (unter ärztlicher Aufsicht) mit Berufserlaubnis möglich. Die Gefahr, Delegation und Substitution zu verwechseln, ist groß.

Substitution entspricht dem Ersetzen des Arztes durch einen Nicht-Arzt einschließlich der alleinigen Verantwortungsübernahme bei heilkundlichen Tätigkeiten. Dazu gehören zum Beispiel diagnostische Maßnahmen am Auge durch Optiker oder impfende Apotheker. Von Delegation sprechen wir, wenn die Ausübung ärztlicher Tätigkeiten auf nichtärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter übertragen wird, die Letztverantwortung aber beim Arzt bleibt. Nicht delegierbar soll die Heilkunde im engeren Sinne sein, da diese durch ihre Gefährlichkeit für den Patienten oder wegen der Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen gekennzeichnet ist. Auch diese Formulierung ist im Detail schwammig beziehungsweise unkonkret. Unsere Forderung bleibt, dass für die Qualität der Versorgung die Verantwortung über Diagnostik und Therapie bei der ärztlichen Profession liegt.

Der Prozess der Delegation hat längst begonnen, und ebenso hat sich in einigen Bereichen die Substitution etabliert. Wir sollten die Synergieeffekte nutzen, statt Konkurrenzängste zu entwickeln. Die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe sollte als Beitrag zur Qualitätssicherung und Effektivitätssteigerung der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland betrachtet werden.

Neben der pflegerischen und ärztlichen Berufsausübung hat sich eine dritte Ebene etabliert, in der zum Beispiel die Physician Assistants agieren. Auch diese müssen sich dem oben genannten Grundprinzip unterordnen. Sie sind aus der Gesundheitsversorgung nicht mehr wegzudenken. Dies gilt auch im Rettungsdienst für Notfallsanitäter. Die Medizinischen Fachangestellten haben ebenfalls immer mehr Möglichkeiten zur beruflichen Weiterentwicklung. Der sogenannten Nichtärztlichen Praxisassistentin steht unter der Endverantwortung der Ärztin/des Arztes nach entsprechender Qualifikation ein abwechslungsreiches, interessantes, verantwortungsvolles und dankbares Berufsfeld zur Verfügung.

Hilfreich sind Formulierungen zu Prozess- und Arbeitsabläufen, wie sie von sogenannten SOP (Standard Operating Procedure) allseits bekannt sind. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband haben in Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMVÄ) eine gemeinsame Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung im Oktober 2013 erarbeitet. Dieser Katalog kann als Handwerkszeug und Orientierungsleitfaden genutzt werden und zeigt neben Hinweisen auch gewünschte beziehungsweise geforderte Mindestqualifikationen auf. Wie wünschen sich denn unsere Patienten die Behandlungsabläufe? Damit

sind die differenten Ansprüche gemeint, aus der sich die Qualitätsmerkmale beider Seiten ableiten. Wollen wir als Behandler eher eine ganzheitliche, individuelle Versorgung anbieten und die Patienten von der Sprechstunde, über die stationsärztliche Arbeit mit Anamnese, Untersuchung, Diagnostik bis hin zur selbst durchgeführten Operation im Therapieprozess begleiten? Und ist dieser ganzheitliche Prozess im heutigen Gesundheitssystem überhaupt noch

„Die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe sollte als Beitrag zur Qualitätssicherung und Effektivitätssteigerung der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland betrachtet werden.“

realisierbar? Oder macht es dem Patienten vielleicht gar nichts aus, sich in einem modulartigen Behandlungsprozess einzugliedern? Hätte ich es als Operateur am liebsten, von einem vorbereiteten OP-Situs zum nächsten zu gelangen und nur noch jeweils den anspruchsvollsten Teil der Eingriffe vorzunehmen und der Wundverschluss wird anschließend von den Operationstechnischen Assistenten (OTA) ausgeführt? Vermutlich wäre das an Effizienz kaum zu überbieten.

Sie dürfen allerdings nicht Gefahr laufen, die Aus- und Weiterbildung außer Acht zu lassen – ein weiteres, nicht zu unterschätzendes Qualitätsmerkmal guter Versorgung.

Die gegenwärtigen Rahmenbedingungen unserer Berufsausübung sind durch Fachkräftemangel, Unterversorgung, Arbeitsverdichtung und Überbürokratisierung gekennzeichnet. Eine beschränkte, ausgewählte, geschulte und kontrollierte Übertragung von ärztli-

chen Tätigkeiten auf andere Professionen ist ein legitimes Mittel und kann genutzt werden, ohne dass die Behandlungsqualität leidet. Das Ausmaß ist immer abhängig von den entsprechenden Voraussetzungen und den örtlichen Gegebenheiten.

Für den ambulanten Bereich gibt es als Orientierung die Anlage 24 zum BMVÄ. Die Endverantwortung trägt der Arzt oder die Ärztin. Kernkompetenzen sind formuliert und dürfen nicht übertragen werden. In den zukünftigen Versorgungsstrukturen wird die Delegation von bestimmten ärztlichen Leistungen an entsprechend ausgebildete andere medizinische Professionen unter ärztlicher Qualitätskontrolle sehr hilfreich sein.

Wohl die wichtigste Forderung ist die Notwendigkeit, dass die ärztliche Profession in ihren berufspolitischen Strukturen in der Ausbildung aller Gesundheitsberufe eingebunden ist. Nur so kommen wir dem gemeinsamen Ziel einer hohen Behandlungsqualität „unter der Schirmherrschaft Arzt“ nahe. Der wissenschaftlich-technische Fortschritt in der Medizin wird unseren Berufsstand qualitativ und quantitativ immer wieder fordern. In der Zukunft wird es Veränderungen in den Versorgungsstrukturen geben müssen, um die Qualität der Behandlung sicherzustellen.

Reine Substitution sieht die ärztliche Profession dabei als sehr kritisch. Delegation ist ein geeignetes Mittel bei Erhalt der Behandlungsqualität, allerdings bedarf es dazu Voraussetzungen, vor allem die fundierte Ausbildung aller beteiligten medizinischen Professionen. ■

Dr. med. Dirk Müller
Vorsitzender Ausschuss Qualitätsmanagement
Vorstandsmitglied
in Zusammenarbeit mit Dr. med. Sören Funck
Vorsitzender Ausschuss
Ambulant-stationäre Versorgung

Senioren der Kreisärztekammer Chemnitz (Stadt) erkunden historische Schätze in Zeitz

Eine bereits über viele Jahre lieb gewordene Tradition setzten die Chemnitzer Seniorenärzte am sehr kühlen 24. April 2024 mit einer ganztägigen Busreise nach Zeitz fort.

Professionell durch Muldentalreisen Grimma geplant und organisatorisch in bewährter Weise durch Beatrix Thierfelder, Bezirksstelle Chemnitz, begleitet, erlebten 31 Kolleginnen und Kollegen im Ruhestand einen abwechslungsreichen und interessanten Tag in und um die Moritzburg Zeitz mit ihren historisch wertvollen Schätzen und überregional bedeutenden Sammlungen.

Der Vormittag gehörte ganz der wechsellvollen Geschichte des Schlossensembles mit seinen einzigartigen baulichen Besonderheiten von der Zeit als Bischofspfalz über die der frühbarocken Herzogsresidenz Sachsen-Zeitz bis zur heutigen vielfältigen Nutzung als Domizil unter anderem der spekta-

kulären Stiftsbibliothek und des Deutschen Kinderwagenmuseums.

Während des sachkundig und kurzweilig durch das Team des Schlosses geführten Rundgangs boten sich für viele von uns bisher unbekannte Details zur Residenz, ihren Bewohnern und Nutzern gestern und heute. Dabei begeisterten die historischen Möbel aus der Zeit der Renaissance bis hin zum Biedermeier ebenso wie die in Europa umfänglichste Sammlung historischer Kinder- und Puppenwagen – teilweise mit Wiedererkennungswert!

Eine willkommene Pause bot das sehr leckere Mittagessen im beschaulichen Rehmsdorfer „Dorfkrug“, bevor es frisch gestärkt zur nachmittäglichen „Session“ in die Stiftsbibliothek Zeitz mit Julius Pflugs Privatbibliothek und 1.500 (!) Jahren Buchgeschichte ging. Hier konnte man teils einzigartige Exponate von unschätzbarem kultur-



Zeitzer Dom St. Peter und Paul

historischen Wert sehen, die man in dieser „Kleinstadt“ Zeitz niemals vermutet hätte. Erlebenswert!

Nach einem Rundgang durch den auf dem Schlossgelände befindlichen Dom St. Peter und Paul mit seinem wunderschönen Kreuzgang und der Krypta aus dem 11. Jahrhundert beschlossen wir den „aktiven“ Teil des Tages und kehrten zum Ausklang nochmals zurück in den „Dorfkrug“ zum Kaffeetrinken.

Auf der Rückfahrt nach Chemnitz gab es Zeit und Gelegenheit, diesen wunderbaren Tag Revue passieren zu lassen und sich darüber auszutauschen. Unser Dankeschön gilt den Vorbereitern und Organisatoren dieser wieder sehr gut gelungenen Ausfahrt und unser Fazit des Tages heißt: Zeitz ist immer eine Reise wert! ■

Dipl.-Med. Anke Protze
Vorstandsmitglied
Kreisärztekammer Chemnitz (Stadt)



Schloss Moritzburg in Zeitz mit Schlosspark

Einladung zum 28. Sächsischen Seniorentreffen

Der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer und in seinem Auftrag die Kommission Senioren lädt auch im Jahr 2024 wieder zu einer Tagesfahrt im Herbst ein. Ziel der Fahrt ist Naumburg. Die Organisation und Durchführung obliegt – wie in den vergangenen Jahren – unserem Reisepartner Muldental Reisen.

Der Ausflug beginnt mit einer Besichtigung des Naumburger Doms St. Peter und St. Paul. Dieser zählt zu den bedeutendsten Kulturdenkmälern aus der Zeit des europäischen Hochmittelalters. Mit dem Kreuzgang, dem Domgarten und den umliegenden Kuriengebäuden bildet er eines der herausragenden Architekturensembles in Mitteleuropa.

Die größte Anziehungskraft übt der Westchor mit dem Lettner und seinen zwölf Stifterfiguren aus der Mitte des 13. Jahrhunderts aus. Geschaffen durch die Hand des Naumburger Meisters, ist speziell die Stifterfigur Uta das Sinnbild für die „schönste Frau des Mittelalters“. Seit dem 1. Juli 2018 trägt das Gotteshaus den Titel UNESCO-Welterbe.

Nach einem Mittagessen haben Sie am Nachmittag die Wahl, an einer Führung und Verkostung in der Naumburger Wein & Sektmanufaktur oder an einem Besuch im Kloster Pforte teilzunehmen.



Uta, die berühmteste der zwölf Stifterfiguren des Naumburger Doms, wurden etwa in der Mitte des 13. Jahrhunderts aus Sandstein gefertigt

Im Jahr 1824 wurde die älteste Fabrik moussierender Weine in Deutschland durch W. F. Bürger & Sohn gegründet. Im Jahr 1856 errichtete W. F. Bürger & Sohn das noch heute erhaltene imposante Hauptgebäude und weihte es als Sektfabrik ein. Im Jahre 2002 wurde die Naumburger Wein & Sekt Manufaktur gegründet und somit diese Ära wiederbelebt.

Zeitgleich bringt Sie unser Reisebus nach Schulpforte. Wer in der Welterberregion an Saale und Unstrut nach

Schulpforte kommt, schaltet automatisch einen Gang zurück. Im Jahr 1137 gründeten Zisterziensermönche das Kloster St. Marien zur Pforte. Es entwickelte sich zu einem der einflussreichsten Klöster im ostthüringischen Raum. In Schulpforte erwarten Sie einmalige Zeugnisse zisterziensischer Baukunst.

Abschließend findet wie immer ein gemeinsames Kaffeetrinken statt.

Geplant sind vier Reisetage Ende September. Ebenso wird es wieder entsprechende Zubringerbusse (*siehe Anmeldeformular) geben.

Nachfolgend werden Ihnen die Reisetage, die Zustiege zu den Bussen, die Mittagessenauswahl, die Kosten und auch die Stornierungsbedingungen mitgeteilt. Die Anmeldung erfolgt auf dem beigefügten Formblatt, das Sie bitte aus dem Heft heraustrennen und unserem Reisepartner Muldental Reisen postalisch zusenden, faxen oder per Mail zukommen lassen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir hoffen, unsere Auswahl des Ziels der Ausfahrt findet Ihr Interesse. Wir freuen uns auf einen interessanten, kollegialen Tag. ■

Dr. med. Ute Göbel
Vorsitzende Kommission Senioren

Anmeldeformular für das Seniorentreffen 2024

An
Muldental Reisen GmbH
Markt 25
04668 Grimma

Verbindliche Anmeldung zum 28. Sächsischen Seniorentreffen 2024 – Naumburg

Termine für die Kammerbereiche	Mein bevorzugter Termin	Weitere mögliche Termine (bitte ankreuzen)
17.09.2024 Leipzig und Dresden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.09.2024 Dresden und Chemnitz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25.09.2024 Dresden und Leipzig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26.09.2024 Chemnitz und Leipzig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mein Zustieg ist

- Leipzig**, Goethestraße Bushalt gegenüber Vienna Hotel
- ***Torgau**, Bhst. Straße der Jugend nur am 25.09.2024
- ***Oschatz**, Busbahnhof nur am 25.09.2024
-
- Dresden**, Schützenhöhe, an der Ärztekammer
- Dresden**, Am Zwingerteich (am Bistro)
- ***Görlitz**, Bahnhofstraße Busbahnhof nur am 18.09.2024
- ***Bautzen**, Busbahnhof – August-Bebel-Platz, Stand 9 nur am 18.09.2024
-
- Chemnitz**, ZOB Georgstraße
- ***Plauen**, Oberer Bahnhof – Bhst. Hohe Straße nur am 26.09.2024
- ***Zwickau**, Lessingstr. 1 – Kunstsammlungen Zwickau – nur am 26.09.2024

	Kammermitglied	Begleitperson (auch Kammermitglied)	Begleitperson (kein Kammermitglied)
Anzahl Personen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gewünschtes Mittagessen: Menü I Fisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
oder Menü II Fleisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
oder vegetarisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Absender (Bitte Telefon-Nr. nicht vergessen!):

Name, Vorname

Geburtsdatum* (*wichtig für Reise-Rücktritts-Kostenversicherung)

E-Mail-Adresse (wenn vorhanden)

PLZ / Ort

Tel.-Nr.

Name, Vorname (Begleitperson)

Geburtsdatum*

Straße / Hausnummer

Straße / Hausnummer

Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, vom Reisebüro über aktuelle Angebote zu Kultur- und Urlaubsreisen informiert zu werden.
Diese Einwilligung kann ich jederzeit formfrei widerrufen.

Informationen zu den Reisekosten

Der Reisepreis beträgt 105 EUR/Person.

Durch die finanzielle Unterstützung nachfolgend aufgeführter Kreisärztekammern ermäßigt sich der Reisepreis (nur) für entsprechend zugehörige Kammermitglieder auf folgende Beträge:

Kreisärztekammer	EUR
Chemnitz (Stadt)	80
Erzgebirgskreis	80
Mittelsachsen	80
Vogtlandkreis	80
Zwickau	80
Dresden (Stadt)	80
Bautzen	75
Görlitz	105
Meißen	80
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	80
Leipzig (Stadt)	70
Leipzig (Land)	70
Nordsachsen	80

Wichtiger Hinweis:

Bitte beachten Sie, dass die Teilnahme mit der Anmeldung verbindlich ist.

Es gelten die gesonderten Reise- und Stornobedingungen der Muldental Reisen GmbH (www.muldental-reisen.de/agb.pdf), soweit nicht nachstehend etwas Anderes geregelt ist. Eine Stornierung muss schriftlich an den Veranstalter zugestellt werden.

Für diese Reise bestehen folgende gesonderte Stornierungsbedingungen und Stornokosten:

- bis 22 Tage vor Fahrttermin: kostenfreie Stornierung möglich
- ab 21. Tag vor Fahrttermin:
 - Stornokosten in Höhe von 35,00 €
 - Die betroffenen Personen erhalten den überzahlten Betrag zurück.
- bei Nichtteilnahme (no show) am Fahrttermin erfolgt keine Rückerstattung.

Ausnahmen:

Der Reisepreis beinhaltet die Kosten für eine Stornokostenversicherung für bestimmte Sachverhalte, wie unerwartete schwere Erkrankung, Tod, Unfall oder erhebliche Schäden am Eigentum. Nicht versichert sind Erkrankungen oder Tod infolge von Pandemien. Genaue Informationen erhalten Sie beim Veranstalter. Sollte eine Stornierung aufgrund eines versicherten Ereignisses erfolgen, erfolgt eine Rückzahlung des berechneten Reisepreises. Der im Veranstalterpreis eingerechnete Versicherungsanteil von 3,00 € + Bearbeitungsgebühr 5,00 € werden nicht erstattet.

Gern beantworten wir Ihre Fragen (Tel. 03437/911311).

Konzerte und Ausstellungen

Ausstellungen im Foyer und in der 4. Etage der Sächsischen Landesärztekammer

ÜBER LEBEN

Druckgrafische Werke des Leipziger Künstlers Erik Seidel bis 12. Juli 2024



Aktuelle Ausstellung: Erik Seidel

VORSCHAU

UNSCHULD

Ainara Torrano

9. August bis 18. Oktober 2024

Vernissage: 8. August 2024, 19.30 Uhr

Junge Matinee

29. September 2024, 11.00 Uhr

Herbstliche Klänge

Es musizieren Schülerinnen und Schüler der Musikschule des Landkreises Meißen

Im Anschluss an das Konzert wird ein Mittagsbuffet angeboten (kostenpflichtig). Bitte reservieren Sie vorab unter Tel. 0351 8267-110.

Ehrenamtliche Prüfer gesucht

Das Referat MFA Ausbildung sucht engagierte Ärztinnen und Ärzte als Beauftragte der Arbeitgeber zur Durchführung der fachlich anspruchsvollen praktischen Prüfungen zum Abschluss im Ausbildungsberuf Medizinische Fachangestellte/Medizinischer Fachangestellter. Prüfungsorte sind Dresden, Leipzig und Chemnitz.

Medizinische Fachangestellte spielen eine wichtige Rolle zur Fachkräfteentwicklung innerhalb des dualen Ausbildungssystems.

Die Prüfungen sind praxisbezogen und handlungsorientiert. In einer Prüfung wird ermittelt, ob das erworbene Wis-

sen in Verbindung mit Berufspraxis auf berufstypische Situationen angewandt werden kann. Eine Prüfung bewertet somit die zu diesem Zeitpunkt zu erwartende berufliche Handlungsfähigkeit der Prüfungsteilnehmer.

Vorrangig werden Prüfer aus dem Raum Chemnitz und Leipzig gesucht. Weitere Informationen erhalten Sie bei den Mitarbeiterinnen im Referat MFA Ausbildung unter mfa@slaek.de oder telefonisch unter 0351 8267-170/-171/-173/-168. ■

Lydia Seehöfer
Sachbearbeiterin

Referat Medizinische Fachangestellte

VERSCHIEDENES

Täterorientierte Beratung im Kontext häuslicher Gewalt

Umfrage zum Bekanntheitsgrad von Beratungsstellen

Im Rahmen unseres Studiums an der Hochschule Mittweida möchten wir den Bekanntheitsgrad täterorientierter Beratungsstellen für häusliche Gewalt erfassen.

Häusliche Gewalt betrifft Menschen aller sozialen Schichten, jeden Alters und Geschlechts. Dabei bleibt sie dem Umfeld weitgehend verborgen, denn sie äußert sich nicht immer durch (sichtbare) Verletzungen. Die Formen von Gewalt reichen von Bedrohungen und Beschimpfungen bis hin zu Belästigungen oder der Ausübung von Kontrolle durch den Partner oder die Partnerin.

Wenn Sie uns in unserem Forschungsvorhaben unterstützen möchten, würden wir uns sehr freuen, wenn Sie **bis**

zum 19. Juni 2024 an der Umfrage teilnehmen.

Die Bearbeitung wird etwa drei bis fünf Minuten Ihrer Zeit in Anspruch nehmen. Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Wir wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie die Umfrage nutzen, um Ihre Ansichten in das Ergebnis der Studie einfließen zu lassen.

Anbei der QR-Code zu der Umfrage:



Vielen Dank für Ihre Zeit. ■

Projektgruppe der Hochschule Mittweida

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. Bei Ausschreibungen von Praktischen Ärzten können sich Fachärzte für Innere

Medizin bewerben, wenn sie als Hausarzt tätig sein wollen sowie Fachärzte für Allgemeinmedizin.

**) Ausschreibungen im Umfang von einem Viertel einer Vollzeitstelle dienen der Aufstockung einer hälftigen oder dreiviertel Zulassung bzw. der Anstellung eines Arztes/einer Ärztin.

Nähere Informationen hinsichtlich des räumlichen Zuschnitts sowie der arztgruppenbezogenen Zuordnung zu den einzelnen Planungsbereichen bzw. Versorgungsebenen sind auf der Homepage der KV Sachsen abrufbar:

www.kvsachsen.de → Für Praxen → Zulassung und Niederlassung → Bedarfsplanung → Bedarfsplanung und Sächsischer Bedarfsplan

Es können nur schriftliche und unterschriebene Bewerbungen berücksichtigt werden. Die Übergabe der Bewerbungen muss per Post, per Fax oder als eingescannte PDF-Datei per E-Mail erfolgen. Die Bewerbung muss die Registrierungs-Nummer (Reg.-Nr.) der betreffenden Ausschreibung nennen.

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

Zulassungsbezirk Leipzig

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
24/L054	HNO - Heilkunde	Muldentalkreis	11.07.2024
24/L055	Kinder- und Jugendmedizin	Leipzig, Stadt	24.06.2024
24/L056	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Muldentalkreis	11.07.2024
24/L057	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Muldentalkreis	11.07.2024
24/L058	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Torgau-Oschatz	11.07.2024
24/L059	Chirurgie und Orthopädie	Torgau-Oschatz	11.07.2024
24/L060	Psychologische Psychotherapie Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (hälftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Leipzig, Stadt	24.06.2024
24/L061	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (hälftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Leipzig, Stadt	24.06.2024
GESONDERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
24/L062	Kinder- und Jugendpsychiatrie	Westsachsen	24.06.2024

Die Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der vorgenannten Hinweise und innerhalb der jeweiligen Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Ressort Vertragsärztliche Versorgung, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz (Fax 0351 8290 7333 | beratung@kvsachsen.de) zu richten.

Zulassungsbezirk Dresden

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG			
24/D074	Allgemeinmedizin*	Dresden, Stadt	11.07.2024
24/D075	Allgemeinmedizin* (häftiger Vertragsarztsitz)	Dresden, Stadt	11.07.2024
24/D076	Allgemeinmedizin*	Radeberg	11.07.2024
24/D077	Allgemeinmedizin*	Radeberg	11.07.2024
ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
24/D078	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Bautzen	11.07.2024
24/D079	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Bautzen	11.07.2024
24/D080	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Bautzen	24.06.2024
24/D081	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	Bautzen	11.07.2024
24/D082	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Dresden, Stadt	24.06.2024
24/D083	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Dresden, Stadt	24.06.2024
24/D084	Neurologie und Psychiatrie	Dresden, Stadt	24.06.2024
24/D085	Psychotherapeutisch tätige Ärztin Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (häftiger Vertragsarztsitz)	Görlitz, Stadt/ Niederschlesischer Oberlausitzkreis	11.07.2024
24/D086	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Verhaltenstherapie	Hoyerswerda, Stadt/ Kamenz	24.06.2024
24/D087	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Hoyerswerda, Stadt/ Kamenz	24.06.2024
24/D088	Psychologische Psychotherapie Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie/Verhaltenstherapie	Löbau-Zittau	11.07.2024
24/D089	Kinder- und Jugendmedizin	Meißen	11.07.2024
24/D090	Augenheilkunde	Riesa-Großenhain	24.06.2024
24/D091	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (häftiger Vertragsarztsitz)	Riesa-Großenhain	24.06.2024
24/D092	Kinder- und Jugendmedizin	Riesa-Großenhain	11.07.2024
24/D093	Kinder- und Jugendmedizin	Riesa-Großenhain	11.07.2024
SPEZIALISIERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
24/D094	Innere Medizin/SP Pneumologie	Dresden, Stadt	24.06.2024
24/D095	Innere Medizin/SP Pneumologie (häftiger Vertragsarztsitz)	Meißen	11.07.2024
24/D096	Anästhesiologie (Tätigkeitsschwerpunkt Spezielle Schmerztherapie)	Oberlausitz- Niederschlesien	24.06.2024

Die Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der vorgenannten Hinweise und innerhalb der jeweiligen Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Ressort Vertragsärztliche Versorgung, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz (Tel. 0351 8290 6706, -6707 oder -6708 | Fax 0351 8290 7333 | beratung@kvsachsen.de) zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
24/C059	Psychologie Psychotherapie Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Annaberg	11.07.2024
24/C060	Kinder- und Jugendmedizin (Dreiviertel-Vertragsarztsitz)	Chemnitz, Stadt	24.06.2024
24/C061	Psychologie Psychotherapie Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Chemnitz, Stadt	24.06.2024
24/C062	Psychologie Psychotherapie Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Chemnitz, Stadt	24.06.2024
24/C063	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Döbeln	24.06.2024
24/C064	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Döbeln	24.06.2024
24/C065	Psychologie Psychotherapie Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Döbeln	24.06.2024
24/C066	Psychologie Psychotherapie Verhaltenstherapie	Freiberg	24.06.2024
24/C067	Psychologie Psychotherapie Verhaltenstherapie	Mittlerer Erzgebirgskreis	11.07.2024
24/C068	Psychologie Psychotherapie Tiefenpsychologie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Mittweida	11.07.2024
24/C069	Psychologie Psychotherapie Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Plauen, Stadt / Vogtlandkreis	24.06.2024
24/C070	Psychologie Psychotherapie Verhaltenstherapie	Plauen, Stadt / Vogtlandkreis	24.06.2024
24/C071	Psychiatrie, ZB Psychotherapie (häftiger Vertragsarztsitz)	Zwickau	24.06.2024

Die Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der vorgenannten Hinweise und innerhalb der jeweiligen Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Ressort Vertragsärztliche Versorgung, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz (Fax 0351 8290 7333 | beratung@kvsachsen.de) zu richten.

Wichtige Information

für Weiterbildungsbefugte und Ärzte in Weiterbildung

MS Teams-Sitzung
Handhabung
eLOGBUCH

**Logbucheinstellung, Dokumentation und Freigabe durch AiW
Gegenzeichnung eines Logbuchs durch WBB und Rückgabe**
11.06.2024, 18.00 - 19.30 Uhr
06.08.2024, 18.00 - 19.30 Uhr
08.10.2024, 18.00 - 19.30 Uhr
26.11.2024, 18.00 - 19.30 Uhr



Einwahllink erhalten: E-Mail mit Termin an elogbuch@slaek.de

Abgabe von Vertragsarztsitzen

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

Zulassungsbezirk Chemnitz

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG		
Allgemeinmedizin*) ZB Naturheilverfahren	Annaberg-Buchholz	geplante Abgabe: 01.04.2025
Allgemeinmedizin*)	Aue	geplante Abgabe: 01.01.2025

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Ressort Vertragsärztliche Versorgung, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz (Tel. 0351 8290 6703, -6704 oder -6705 | Fax 0351 8290-7333 | beratung@kvsachsen.de).

Zulassungsbezirk Dresden

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG		
Allgemeinmedizin*)	Meißen	Abgabe: ab sofort
Allgemeinmedizin*)	Bautzen	Abgabe: ab sofort
Allgemeinmedizin*)	Freital	Abgabe: ab sofort
Allgemeinmedizin*)	Meißen	Abgabe: ab sofort
Allgemeinmedizin*)	Löbau	Abgabe: 12/2024
Allgemeinmedizin*)	Bautzen	Abgabe: 01/2025
Allgemeinmedizin*)	Bautzen	Abgabe: 01/2025
Allgemeinmedizin*)	Riesa	Abgabe: 01/2025
Allgemeinmedizin*)	Bischofswerda	Abgabe: 04/2025
Allgemeinmedizin*)	Bischofswerda	Abgabe: 04/2025
Allgemeinmedizin*)	Riesa	Abgabe: 04/2025
Allgemeinmedizin*)	Freital	Abgabe: 07/2025
Allgemeinmedizin*)	Weißwasser	Abgabe: 01/2026
Allgemeinmedizin*)	Weißwasser	Abgabe: 01/2026
ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Riesa-Großenhain	Abgabe: 06/2024
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Riesa-Großenhain	Abgabe: 10/2024
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Riesa-Großenhain	Abgabe: 01/2025
Augenheilkunde	Bautzen	Abgabe: 01/2025
Neurologie und Psychiatrie	Bautzen	Abgabe: 01/2025
SPEZIALISIERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG		
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Oberes Elbtal/Osterzgebirge	Abgabe: 4. Quartal 2024
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Oberlausitz-Niederschlesien	Abgabe: 4. Quartal 2024

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Ressort Vertragsärztliche Versorgung, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz (Tel. 0351 8290 6706, -6707 oder -6708 | Fax 0351 8290-7333 | beratung@kvsachsen.de).

Opium und Cannabis – zwei Panaceae in der Schmerztherapie?

R. Sabatowski^{1,2}, G. Goßrau¹, R. Scharnagel^{1,2}

Einleitung

Ende des 20. Jahrhunderts begann der Siegeszug der Opiode in der Schmerztherapie. Noch bis weit in das späte 20. Jahrhundert wurden diese Substanzen fast ausschließlich zur Behandlung von Tumorschmerzen eingesetzt. Im Verlauf kam es dann zu einer Ausweitung des Indikationsspektrums, das zu einem immensen Bedeutungsgewinn in weiten Bereichen der Schmerztherapie führte, der – im Nachhinein betrachtet – durchaus auch kritisch zu bewerten ist.

Vor wenigen Jahren rückten dann auch die Cannabinoide wieder in den Fokus der medizinischen Anwendung und ihnen wird eine hohe Bedeutung unter anderem in der Behandlung unterschiedlichster Schmerzsyndrome zugesprochen.

In diesem Beitrag sollen problematische Mechanismen, die den Einsatz von Opioiden begünstigten, und gleichzeitig vergleichbare Tendenzen bei der Etablierung von Cannabinoiden aufgezeigt werden, sodass die Leserinnen und Leser ermutigt werden, sich aus einer medizinisch eher unüblichen Perspektive mit diesem Thema kritisch auseinanderzusetzen.

¹ UniversitätsSchmerzCentrum, Universitätsklinikum und Medizinische Fakultät „Carl Gustav Carus“, Technische Universität Dresden

² Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie, Universitätsklinikum und Medizinische Fakultät „Carl Gustav Carus“, Technische Universität Dresden



Opium hat kultur- und medizingeschichtlich eine ebenso lange Tradition wie Cannabis

Kapitel 1

„Opium! dread agent of unimaginable pleasure and pain!“ (Thomas de Quincey)[1]

Um die durchaus auch tragischen Aspekte des Einsatzes von Opium und seinen Derivaten zu verstehen, ist ein Blick in die Medizingeschichte hilfreich. Opium, der getrocknete Saft der Schlafmohnkapsel, wurde zwar schon seit vielen tausend Jahren in unterschiedlichen Kombinationen, Anwendungsgebieten und Kulturen eingesetzt, unser moderneres Verständnis dieser Substanz beginnt aber erst im 19. Jahrhundert mit dem Pharmazeuten Friedrich Wilhelm Adam Ferdinand Sertürner (1783 – 1841), dem es 1805 als erstem gelang, aus dem Opium das Alkaloid Morphin, den schlaffördernden Faktor („principium somniferum“), zu isolieren [2]. Nur drei Jahrzehnte später (1840) begann die Firma Merck & Co. aus Darmstadt mit dessen industrieller Produktion. Mit Einführung der Hohl-nadeln (Charles Gabriel Pravaz; 1831 – 1892) und Spritzen (Alexander Wood;

1817 – 1884) in den 1850er Jahren wurde in den großen Kriegen in Nordamerika (Amerikanischer Bürgerkrieg; 1861 – 1865) und Zentraleuropa (Deutsch-Französischer Krieg; 1870/71) in der Behandlung der Verwundeten die subkutane Morphinapplikation mit breiter Akzeptanz eingesetzt. Dies wurde durch die Vorstellung begünstigt, dass es bei der subkutanen im Gegensatz zu der oralen Verabreichung von Morphin keine unangenehmen Nebenwirkungen gebe [3]. T. L. Brunton berichtete 1899 von einer Beobachtung, die er bei einem befreundeten Arzt aus Bonn gemacht hatte.

Prof. Binz „went about armed with a bottle of morphine solution and a hypodermic syringe, and before a (wounded) man was removed he gave him a subcutaneous injection, which put the man to sleep, prevented any pain [...] so that the patient was in a better condition“ [4]. Diese Erfahrungen und Einstellungen blieben jedoch nicht ohne negative Folgen: So stellte man fest, dass es nach der abgeschlos-

senen Behandlung von Kriegsverwundeten eine große Zahl von betroffenen Soldaten gab, die morphinabhängig und damit zu sogenannten „Morphinisten“ geworden waren – im 20. Jahrhundert wurde hierfür der Begriff „soldier's disease“ eingeführt [2]. Dennoch stellte noch 1895 die British Royal Opium Commission fest, dass Opiumgebrauch weder „physischen noch moralischen Verfall bewirke“ [5].

Auf der Suche nach weniger suchterzeugenden Substituten wurde 1874 erstmalig Diacetylmorphin synthetisiert; 1897 entwickelte der Chemiker Dr. Felix Hofmann (1868 – 1946) Acetylierungsverfahren zur Herstellung der Acetylsalicylsäure (Aspirin®) und von Diacetylmorphin (Heroin®), die die industrielle Produktion dieser Substanzen durch die Elberfelder „Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co.“ ermöglichte [6]. Die Firma Bayer bewarb Heroin neben vielen weiteren Indikationen als Schmerz- und Hustenmittel sowie als nicht süchtig machendes Medikament gegen die Entzugssymptome von Morphin und Opium. Diese Annahme bestätigte sich nicht, ganz im Gegenteil wurde die Heroinabhängigkeit vor allem in den USA zu einem wachsenden gesellschaftlichen Problem. Heroin war bis zu diesem Zeitpunkt ohne Einschränkungen durch ärztliche Verordnungen in den unterschiedlichsten Verabreichungsformen erhältlich und auch breit zugänglich, was einem nichtmedizinischen Gebrauch Vorschub leistete [2]. Diese frühe zweite „Epidemie“ eines Opioids – nach den Erfahrungen aus den Kriegen – führte nicht zuletzt auch im Zuge der Prohibition 1914 zu ersten regulatorischen Beschränkungen in den USA [7]. Das erste internationale Opiumabkommen von 1912 sollte den Gebrauch von Opiumalkaloiden, unter anderem auch Morphin und Diacetylmorphin regeln. In Deutschland erfolgte die Ratifizie-

rung dieses Abkommens erst 1929 in der Weimarer Republik mit dem ersten Opiumgesetz, das 1971 in der BRD durch das in revidierter Form noch heute geltende Betäubungsmittelgesetz abgelöst wurde [8].

Erst im Verlauf des 20. Jahrhunderts entwickelte sich ein Verständnis dafür, dass es sich bei von „Morphinismus“ Betroffenen nicht um ein rein juristisch zu regulierendes Problem, sondern um eine behandlungsbedürftige Suchterkrankung handelte, die unter anderem in ausgewählten Fällen auch eine rechtssichere Möglichkeit zur kontrollierten Substitution erfordert.

Geschichtlich interessant ist die gegenläufige Entwicklung der beiden zeitgleich entwickelten Medikamente Heroin und Aspirin. Aufgrund seines ausgeprägten Suchtpotenzials ist Heroin inzwischen ein nicht verkehrs- und nicht verschreibungsfähiges Betäubungsmittel. Dagegen ist Aspirin, dessen Beliebtheit unter anderem auf die effektive Linderung der Allgemeinsymptome der Spanischen Grippe zurückgeht, trotz seines erheblich organschädigenden Potenzials weiterhin eines der weltweit meistverwendeten Schmerzmittel überhaupt.

Bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts wurden zahlreiche weitere Opiode synthetisiert und in der klinischen Versorgung eingesetzt (unter anderem Oxycodon 1915, Hydromorphon 1926, Pethidin 1939) [2]. Im Jahr 1983 war erstmalig ein retardiertes Morphinpräparat (MS Contin®) verfügbar. Durch dessen verlängerte kontinuierliche Wirkstoffabgabe konnte so eine relevante Verbesserung der Versorgungssituation von Krebspatienten erzielt werden [2]. Interessanterweise unterließ die produzierende Firma in den USA den Zulassungsprozess der Arzneimittelbehörde und brachte die Substanz ohne Zulassung durch die FDA in Umlauf. Aufgrund der so geschaffenen Tatsachen (viele Patienten wurden

bereits mit dem retardierten Präparat behandelt) und politischer Einflussnahme blieb das Medikament auf dem Markt [9]. In der Kombination mit den 1986 erstmalig publizierten WHO-Empfehlungen zur Behandlung von Tumorschmerzen, in denen im Stufenschema der Einsatz von Opioiden empfohlen wurde, brachte die Einführung eines retardierten Präparats durchaus Vorteile für Krebspatienten und verbesserte die Versorgung von Tumorschmerzpatienten nachhaltig. Darüber hinaus stieg die Akzeptanz für den Einsatz von Opioiden in der Behandlung von Tumorschmerzen weltweit.

Die zunehmende Anwendung dieser wichtigen Medikamentengruppe hatte auch Schattenseiten. Anfang der 1990er Jahre wurden zuerst durch den Neurologen R. K. Portenoy aus New York, kurz danach aber auch von dem deutschen Anästhesisten M. Zenz aus Bochum, Fallserien publiziert, in denen berichtet wurde, dass auch Patienten, die an chronischen, nicht-tumorbedingten Schmerzen litten, von einer Opioidbehandlung profitieren würden und es wurde die Frage in den Raum gestellt, ob es ethisch vertretbar sei, Patienten eine effektive Behandlung vorzuenthalten, nur, weil sie keine Tumorerkrankung hatten [10–12]. Zahlreiche Publikationen in der Folge belegten die Effektivität von Opioiden bei den unterschiedlichsten nicht-tumorbedingten Schmerzerkrankungen und entsprechend wuchs auch in der Ärzteschaft die Bereitschaft, diese Substanzen zunehmend breiter einzusetzen. Begleitet wurde dies von intensiven Marketingstrategien seitens der pharmazeutischen Industrie und nicht evidenzbasierten Annahmen, wie „retardierte Opiode führen in der Schmerztherapie nicht zur Abhängigkeit“, „wenn ein Opioid den Schmerz nicht ausreichend reduziert, ist dies ein Problem der zu geringen Dosierung“, die von vielen

Ärzten kritiklos übernommen wurden. Auch wurde nicht nach der Diagnose der Grunderkrankung differenziert, vielmehr hieß es: „Die Indikation für eine Opioidtherapie wird durch die Stärke der Schmerzen bestimmt, nicht durch die Diagnose“ [11]. Eine fatale Fehleinschätzung, wie man heute weiß. Die Folge waren unter anderem Patienten mit exorbitant hohen Opioiddosierungen, deren Schmerz in der Regel dennoch nicht ausreichend kontrolliert war.

Auch „gesundheitspolitische“ Strategien und Projekte, wie das „Schmerzfreie Krankenhaus“ oder das „Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster“, beide gefördert durch dasselbe Pharmaunternehmen, hatten zur Folge, dass die Forderung nach einem „Recht auf Schmerzfreiheit“ – im Gegensatz zu einem Recht auf adäquate medizinische Schmerzbehandlung – auch in der Bevölkerung immer mehr in den Fokus geriet und die von denselben Unternehmen angebotenen Behandlungsoptionen mit Opioidanalgetika in diesem Zusammenhang als wirkmächtige Lösung erachtet wurden [13, 14].

Zwischenzeitlich gipfelte der Versuch, eine Gewinnmaximierung durch eine Markterweiterung für Opioide zu erzielen, in der Initiative eines Unternehmens, welches schnell freisetzendes Fentanyl, das bisher ausschließlich zur Behandlung des Durchbruchschmerzes bei starken Tumorschmerzen zugelassen war, durch fragwürdige Studien für den Bereich des chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzes zu öffnen [15–17]. Der Einsatz buccaler, transmucosaler oder nasaler Applikationsformen von Fentanyl führt allerdings aufgrund der extrem schnellen Anflutungskinetik dieser Formulierungen zu einem unkalkulierbaren hohen Risiko der Abhängigkeitsentwicklung mit der daraus resultierenden Morbiditätserhöhung. Entsprechende Anträge bei der European Medicines Agency (EMA)

wurden mit Hinweisen auf unter anderem eine unzureichende Basistherapie der Studienpopulation und zahlreichen berichteten Fällen von Medikamentenmissbrauch während der Studienteilnahme trotz vorselektierter Patienten und kontrollierter Rahmenbedingungen abgelehnt. Das einreichende Pharmaunternehmen zog daraufhin 2013 seinen Antrag auf Zulassungserweiterung für „breakthrough pain“ bei nicht-tumorbedingten Schmerzen zurück [18].

Mit der Zeit wuchsen die Zweifel an dem Konzept des unkritischen und damit auch zunehmenden Einsatzes der Opioidanalgetika und es wurden in Deutschland im Jahr 2002 erstmalig Leitlinien für die Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen (CONTS; Konsensbildung zu Opioidlangzeitanwendung bei Nicht-Tumorbedingten Schmerzen) veröffentlicht [19]. Diese Leitlinien wurden in der Folge immer wieder überarbeitet und aktualisiert (LONTS-Leitlinien) [20, 21]. Sie beinhalten klare und evidenzbasierte Empfehlungen zum Einsatz von Opioiden bei Patienten, die unter chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen leiden. Im Rahmen dieser Leitlinie wurden Schmerzerkrankungen genannt, bei denen – in der Regel nicht als Erstlinientherapie – durchaus eine zeitlich begrenzte Behandlung mit Opioiden erwogen werden kann. Hierzu gehören unter anderem neuropathische Schmerzen, Schmerzen bei Osteoporose, Schmerzen aufgrund von Wirbelkörperfrakturen, Arthroseschmerzen. Auf der anderen Seite wurden auch Erkrankungen benannt, bei denen eine Opioidtherapie kontraindiziert beziehungsweise nicht zu empfehlen ist. Hierzu zählen unter anderem primäre Kopfschmerzen, Fibromyalgie und chronischer Schmerz als Leitsymptom einer psychischen Erkrankung [20, 21]. Verglichen mit Deutschland entwi-

ckelte sich die Situation in den USA deutlich dramatischer. Hier kam es in den letzten 20 Jahren zu einem kaum mehr zu kontrollierenden Problem mit Opioiden, die oftmals über den Weg des nichtmedizinischen Gebrauchs primär ärztlich verordneter Medikamente in den illegalen Markt diffundierten. Die sogenannte „Opioidkrise“ führt in den USA zu steigenden Todeszahlen durch illegale Drogen (zum Beispiel Heroin) aber auch durch rezeptpflichtige Opioide (zum Beispiel Oxycodon, Fentanyl). So gehören in den USA Todesfälle durch unbeabsichtigte Fentanylüberdosierungen mittlerweile zu den häufigsten Todesursachen bei unter 50-Jährigen. Hinter dieser fatalen Entwicklung stand in den USA exemplarisch ein Pharmaunternehmen, welches Werbekampagnen entwickelte, die sich gezielt an Ärzte richteten und prominente Ärzte fungierten hier als „key opinion leaders“. Hinweise auf missbräuchliche Verschreibung und deren Folgen wurden gezielt zurückgehalten und auch die Verordnung von Oxycodon in sogenannten „pill mills“ wurde durch Honorierung der Vertreter für steigende Umsätze belohnt. Bei den „pill mills“ handelte es sich um Einrichtungen, bei denen bekannt war, dass sie ohne ausreichende Indikation, Überwachung et cetera große Mengen von Opioiden verschrieben. Somit wird ein nicht unerheblicher Teil dieser Opioidkrise in den USA auf das Marktverhalten eines Unternehmens zurückgeführt, das aber – so muss man es sicherlich auch sehen – nicht ohne das Zutun der Ärzteschaft und aufgrund fehlender institutioneller, medizinischer und gesundheitspolitischer Regularien im Umgang mit Opioiden und ihrem Einsatz zur Schmerzbehandlung unterstützt wurde [9]. Heutzutage gibt es in den USA vielerorts sogenannte „opioid stewardship“-Programme, die diese Lücke zu schließen versuchen, um das Problem zu bekämpfen [22].



Gibt es problematische Mechanismen beim Einsatz von Cannabis in der Schmerztherapie?

Kapitel 2

„Legalize it!“ (unbekannt)

Cannabis hat kultur- und medizingeschichtlich eine ebenso lange Tradition wie Opium [23]. Doch erst mit dem Nachweis von Cannabinoid-Rezeptoren – der CB1-Rezeptor wurde erstmals 1988 beschrieben, endogene Cannabinoide und deren potenzielle pharmakologische Eigenschaften in den 1990er Jahren – gerieten Cannabinoide vermehrt in das Interesse der Schmerztherapie [23, 24]. Wie schon beim Einsatz von Opioiden zur Behandlung des Nicht-Tumorschmerzes wurde dieses Interesse unter anderem durch Einzelfallberichte (auch in den Medien) gefördert [25–27]. THC-haltige Fertig- und Rezepturarzneimittel konnten seit längerem für bestimmte Indikationen verschrieben werden. Zudem war es möglich, bei einer nachzuweisenden schwerwiegenden therapieresistenten Erkrankung eine Umgangserlaubnis für den strafreien Bezug und die Eigenanwendung von Cannabisblüten zu erhalten. Aus gesundheits- und ordnungspolitischen Gründen erfolgten im Jahr 2017 Gesetzesänderungen und das Gesetz „Cannabis als Medizin“ wurde veröffentlicht

[28]. Betäubungsmittelrechtliche Vorgaben wurden dahingehend geändert, dass medizinische Cannabisblüten fortan als verkehrs- und verschreibungsfähige Betäubungsmittel geführt und in das SGB V als erstattungsfähige Arzneimittel aufgenommen wurden. Damit können sie, wie auch THC-Medikamente, ärztlich verordnet werden. Weiterhin muss das Vorliegen einer „schwerwiegenden Erkrankung“ nachgewiesen werden. Die Verordnung steht unter Genehmigungsvorbehalt der Kostenträger und setzt voraus, dass „eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht oder im Einzelfall [...] nicht zur Anwendung kommen kann“, sowie eine „nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf [...] besteht“ [28, 29].

Diese Formulierung stellt natürlich alles andere als eine evidenzbasierte und leitliniengerechte Therapieempfehlung dar. Vereinfacht ausgedrückt, steht die Ärzteschaft nunmehr vor dem Problem, für ein nicht nach den üblichen Regularien zugelassenes Medikament eine „passende Erkrankung“ zu

finden. Durch diese Regelung war es für Anbieter von Cannabinoiden nicht mehr zwingend notwendig, den aufwendigen und kostenintensiven Zulassungsprozess zu durchlaufen und – bei möglicherweise negativen Ergebnissen – keine Zulassung erteilt zu bekommen. Initial wurde das Gesetz „Cannabis als Medizin“ durch eine nicht-interventionelle Begleiterhebung der Bundesopiumstelle beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) flankiert. Die Erhebung umfasste Cannabisarzneimittel, die gesetzlich Versicherten nach Genehmigung der Krankenkassen verschrieben wurden und die zur Behandlung der bestehenden Erkrankung beziehungsweise Symptomatik nicht als Fertigarzneimittel zugelassen waren [30, 31]. Die Datenqualität war insgesamt eher unbefriedigend, so konnten zum Beispiel sinnvolle Indikationen nicht konkretisiert werden. Auf der anderen Seite werden von entsprechenden Interessensgruppen eine Vielzahl von Indikationen (auf der Homepage des Deutschen Hanfverbands werden über 60 aufgeführt) genannt, die aber in den wenigsten Fällen eine Evidenzprüfung überstehen würden [32].

Und auch beim Thema Cannabinoide sehen wir wieder, wie bereits bei den Opioiden, ein verstärktes marktwirtschaftliches Interesse seitens der pharmazeutischen Industrie. Trotz überwiegend eher negativer Empfehlungen für den Einsatz von Cannabinoiden zur Schmerzbehandlung, die wiederholt in systematischen Reviews publiziert wurden, ist die Nachfrage groß und es wird immer wieder behauptet, dass Cannabinoide besonders in der Tumorschmerztherapie – aber auch bei der Behandlung neuropathischer Schmerzen – effektiv seien [u. a. 33–38]. Entwicklungen zu Netzwerken, die zu einer Verbindung von Pharmafirmen zu Betrieben, die Medizinalhanf

anbauen, über finanzielle Unterstützungen von medizinischen Fachgesellschaften bis hin zum Betreiben „eigener“ Praxen, in denen ausschließlich mit Cannabisarzneimitteln behandelt wird, sollten zu besonders kritischer Aufmerksamkeit anregen. In den „Cannabispraxen“ werden unter anderem Patienten mit „chronischen Schmerzen“, „Migräne“, „Endometriose“ – meist auf privatärztlicher Basis – behandelt. Dort wird unter anderem mit Slogans wie „Natürliche Therapie bei Krebspatienten“ oder „Natürliche Therapie gegen chronische Schmerzen“ geworben [39].

In diesem Kontext fällt eine Publikation aus Bogota, Kolumbien, besonders ins Auge. Innerhalb von nur fünf Monaten wurden hier mehr als 2.000 Patienten mit zwei verschiedenen Vollspektrum Cannabinoidpräparaten behandelt, wovon 92,5 Prozent (!) der Patienten profitierten („some improvement in their primary symptom“) [40]. Abgesehen von relevanten Problemen im Studiendesign und in der Beschreibung der Daten, fällt vor allem auf, dass die Einrichtung, die die Studie durchgeführt hat, ausschließlich mit Cannabinoiden behandelt und sie darüber hinaus von einem international agierenden Pharmaunternehmen betrieben wird [41]. Auch eine später veröffentlichte Studie aus dieser Arbeitsgruppe zur Behandlung mit inhalativen Cannabinoiden kommt zu ähnlich positiven Ergebnissen; doch auch hier zeigt das Studiendesign erhebliche Probleme, sodass die Schlussfolgerungen nur mit großer Vorsicht gelesen und interpretiert werden sollten [42]. Vergleichbar mit der beschriebenen Entwicklung der Opioidverordnungen sehen wir auch hier wieder einen nicht zu unterschätzenden marktwirtschaftlich getriebenen Einsatz einer Medikamentengruppe, bei der eine evidenzbasierte Anwendung noch in vielen Bereichen im Dunkeln liegt, dafür aber mit einem breiten

Anwendungsgebiet geworben wird und durch gezielte Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit sowie Werbung in der Ärzteschaft ein lukratives Geschäft aufgebaut werden soll. Natürlich gibt es auch von der Seite der Patienten, spätestens nach der Änderung der Gesetzgebung und vielen Berichten in den unterschiedlichsten Medien, ein erhöhtes Interesse und eine gesteigerte Nachfrage nach einer Behandlung mit Cannabinoiden, auf die reagiert werden muss. Hierzu sind aber weniger Mythen hilfreich, vielmehr braucht es überprüfbare Fakten, die auf den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin erhoben worden sind [29]. Die Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin e. V. hat sich unter anderem als Ziel gesetzt, die Forschung zu unterstützen und soziale und politische Gremien sowie Funktionsträger in Politik, Justiz und Medizin zu beraten [43].

Dabei darf durchaus als kritisch gesehen werden, dass zu den Sponsoren dieses Vereins mehrere große Pharmafirmen zählen, die Cannabisprodukte anbieten. Dennoch sollte nicht außer Betracht gelassen werden, dass auch seitens der Patienten beziehungsweise ihrer Organisationen, wie zum Beispiel dem Bund Deutscher Cannabis-Patienten e. V., ein berechtigtes Interesse besteht, Behandlungen mit Cannabinoiden zu ermöglichen beziehungsweise diese zu vereinfachen [44]. Zu fordern ist darüber hinaus seitens der Fachgesellschaften, dass vergleichbar mit den Leitlinien zur Opioidverordnung auch solche für den Einsatz von Cannabinoiden erarbeitet und konsentiert werden. Zur Erstellung einer solchen Leitlinie könnte hilfreich sein, dass aktuell große randomisierte und Placebo kontrollierte klinische Studien durchgeführt werden, die die Wirkung und Sicherheit von cannabisbasierten Arzneimitteln bei chronischen Schmerzen untersuchen, zum Beispiel bei chroni-

scher Lumbago [45]. Darüber hinaus kommen Metaanalysen zu bisher vorgelegten klinischen Studien zur Wirksamkeit und Sicherheit von cannabisbasierten Wirkstoffen nicht durchgehend oder grundsätzlich zu einer negativen Beurteilung [33–38]. Vielmehr lassen sich positive Effekte cannabisbasierter Arzneimittel in Bezug auf Schmerz zeigen, wobei die Studien überwiegend von mittlerer bis geringer Qualität sind und teils die positiven Effekte im Kontext der beobachteten Nebenwirkungen aufgehoben werden können.

Fazit

Immer wieder werden neue oder vermeintlich neue Medikamente auf dem Markt angeboten, oftmals begleitet von neuen Erkenntnissen aber auch Wunschvorstellungen (wie im Fall von Heroin als weniger suchterzeugend im Vergleich zu Morphin), die in der Folge einer unreflektierten und unkontrollierten Übernahme nicht nur zu medizinischen Fehlbehandlungen, sondern auch zu gesellschaftlichen Problemen führen können. Opiode sind trotz der dargestellten negativen Erfahrungen vor allem in der Schmerztherapie und Palliativmedizin bei fach- und indikationsgerechtem Einsatz alternativlos. Der Stellenwert von Cannabinoiden in der Schmerztherapie lässt sich zum gegenwertigen Zeitpunkt noch nicht abschließend beurteilen. Beiden ist allerdings gemein, dass sie nicht als Panaceae anzusehen sind. ■

Interessenkonflikte: keine

Literatur unter www.slaek.de → Über Uns →
Presse → Ärzteblatt

Korrespondierender Autor:
Prof. Dr. med. Rainer Sabatowski
UniversitätsSchmerzCentrum
Universitätsklinikum „Carl Gustav Carus“
Technische Universität Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
E-Mail: rainer.sabatowski@ukdd.de

Editorial „Sind wir von Sinnen?“

Leserbriefe zum Editorial „Sind wir von Sinnen?“ von Dr. med. Thomas Lipp im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 4/2024, Seite 4

Sind wir von Sinnen oder nach einem aktuellen Buchtitel: Sind wir aus der Zeit gefallen?

Dr. Lipp beschreibt sehr treffend die persönliche und gesellschaftliche Kommunikationsrealität, den Zeitgeist. Ein taktisches Schweigen verhindert oft einen offenen Bruch mit den Menschen in seinem Umfeld. Es ist nicht mehr nur vorauseilender Gehorsam, sich in Wort und Schrift selbst zu zensieren, es ist der Schutz vor Ausgrenzung, Abberufung und Häme in den sozialen Medien. Die Gleichbehandlung aller Hilfsbedürftigen in unserer ärztlichen Tätigkeit und die Achtung der Selbstbestimmung des Patientenwillens ist das Grundverständnis unseres Berufes.

Ob des neuen Genfer-Gelöbnisses oder der traditionellen Eid des Hippokrates, immer ist der Arzt der Helfer.

Wo bleibt der politische Helfer, die Journalisten, auch diesen wird ein Berufsethos vermittelt.

Der Auftrag, umfassend mit weit-schweifendem Blick zu analysieren und zu berichten, wurde und ist wieder auf den genannten Schießscharten-Blick verengt.

Danke Dr. Lipp für den Mut, diesen Artikel so treffend zu formulieren und Dank an die Redaktion für die Veröffentlichung auf der ersten Seite.

Dipl.-Med. Reinhard Mütze, Taucha

Sehr geehrter Herr Dr. Lipp, Ihr Editorial im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 4/2024, habe ich mehrfach lesen müssen. Ich wollte es auf keinen Fall falsch verstehen. Nun habe ich aber dennoch Fragen und Anmerkungen.

Sind Sie tatsächlich der Auffassung, dass der derzeitige gesellschaftliche

Diskurs in seinen Auswirkungen auf den Einzelnen mit dem vergleichbar ist, was Menschen in der DDR drohte, wenn sie an den falschen Stellen eine von der Staatsdoktrin abweichende Meinung äußerten? Was wohl all jene davon halten, denen der Zugang zu höherer Bildung trotz ausgezeichneter Leistung aus politischen Gründen verweigert wurde, die ihren Arbeitsplatz verloren, weil sie in einem anderen Land leben wollten, die in Bautzen oder Hoheneck einsitzen mussten, weil sie sich für eine offenere Gesellschaft einsetzten oder offenkundige Probleme laut benannten. Wie vielen unserer Kollegen wurde ihr Studium nur durch Verpflichtung für drei oder vier Jahre Dienst in den sogenannten bewaffneten Organen gestattet. Ich persönlich durfte nur deshalb Medizin studieren, weil in der Zusammensetzung des Studienjahres die soziale Herkunft „sonstige“ auch irgendwie abgebildet werden musste.

Mitschüler, die gleiche oder bessere Noten hatten, wurden hingegen abgelehnt. Das alles waren tatsächlich Auswirkungen auf das persönliche und berufliche Umfeld, die von den heutigen Spielregeln der freiheitlich-demokratischen Grundordnung allerdings maximal weit entfernt sind. Es ist vielmehr in unserer liberalen Demokratie und gerade in Sachsen beispielsweise vielfach folgenlos, dass Politiker symbolisch an Galgen aufgeknüpft werden, dass verfassungsfeindliche Symbole gezeigt werden oder Barrikaden brennen, dass Journalisten tätlich angegriffen werden und dass Wissenschaftsfeinde in aller Öffentlichkeit gefährlichen Unsinn verbreiten dürfen.

Vielmehr scheint es aber heute so zu sein, dass schon der bloße Widerspruch

zur eigenen Meinung von etlichen als Ausgrenzung gewertet wird, die sich vom Widerspruch adressiert fühlen. Dabei ist doch der Diskurs unter Demokraten das, was uns voranbringt. Es scheint auch eine allgemeine Überforderung unserer Gesellschaft vorzuliegen, weil es so langsam dämmert, dass wir womöglich unsere Komfortzone verlassen müssen.

Dazu zwingen uns diverse Krisen und Kriege auf der Welt und auch die gesellschaftliche Entwicklung im eigenen Land. Die vielen Menschen, die nie eine Komfortzone hatten, leiden immer als erste. Sie aufzufangen, dafür stehen Extremisten aller denkbaren Arten gerne bereit.

Klarzustellen, dass diese für die Lösung der Probleme keine einzige praktikable Lösung parat haben und echte Alternativen aufzuzeigen, ist Aufgabe aller Demokraten. Trotz der Vielzahl drängender und ungelöster Themen würde ich es aber nicht als „Sprech- und Denkverbote“ bezeichnen, wenn sich Menschen für ihre Auffassung von Zukunft leidenschaftlich engagieren. Im Übrigen sind selbst unter Berücksichtigung von strafgesetzlichen Verboten bestimmter sprachlicher Ausdrücke die Gedanken immer noch frei. Und selbst wenn der eigene innere Kompass eine andere Richtung anzeigen sollte, so verpflichten uns diverse Artikel unseres Grundgesetzes dazu, auch und gerade als Ärzte die Stimme zu erheben, wenn Menschen wegen ihrer Hautfarbe, Religion oder sexueller Identität entwürdigt, diffamiert oder ausgegrenzt werden.

Ich persönlich kenne auch keine „Denk- und Sprechstandards“, die mir eine

„zahlenmäßig deutliche Minderheit“ vor-schreibt. Deutlicher kann ich es nicht ausdrücken, denn Sie hatten es tun-lichst vermieden, diejenigen zu benen-nen, denen Sie das unterstellen. Mit „oktrozierter Spachverhuzung“ meinen Sie vermutlich gendergerechte Sprache, die nach meiner Kenntnis und in mei-nem Umfeld eine persönliche Entschei-dung ist.

Das kann man maximal mögen oder – wie ich persönlich in den meisten Fäl-len – als übertrieben oder gar albern abtun. Als Thema hingegen wird es nach meinem Empfinden von einer eher konservativen politmedialen Öffent-lichkeit hochgejazzt und zur Stilisierung von Feindbildern benutzt.

Ich gebe Ihnen vollkommen recht, die Sprache verroht, Dinge werden so lange simplifiziert, bis deren Kern nicht mehr sichtbar ist, und Ärzte müssen ihre Patienten unabhängig von deren politi-schen Ansichten nach wissenschaftli-

chen Standards und dem Patientenwil-len folgend behandeln.

Sie und alle anderen Heilberufsangehö-rigen müssen sich aber nicht dafür beleidigen oder gar angreifen lassen.

Auch wenn ich nicht mit allem einver-standen sein kann, danke ich Ihnen dennoch sehr für Ihren Betrag zum Dis-kurs. Und danke, dass Sie Grün nicht mit Links in einen Topf geworfen haben. (*Zwinkersmiley*)

Angelika Matzker, Dresden

Sehr geehrte Damen und Herren, haben Sie recht herzlichen Dank für die Veröffentlichung des klugen und aus-gewogenen Artikels von Thomas Lipp. Solche Meinungen sind notwendig. Ich wünsche mir weitere solcher Beiträge.

Dr. med. Philipp Conradi, Dresden

Liebe Redaktion des Ärzteblattes, im Heft 4 fand ich den Artikel „Sind wir von Sinnen?“ von Dr. Lipp außerordent-lich bemerkenswert. Ich stimme dem Autor in allen Punkten zu.

Gabriele Thiele, Schneeberg/Erzgebirge

Sehr geehrter Herr Kollege Lipp, ich möchte ganz herzlich für Ihren sehr scharfsinnigen und treffenden Beitrag im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 4/2024, danken.

Sie haben nach meiner Auffassung den Finger in die entscheidenden Wunden gelegt. Wir haben als Ärzte auch einen gesellschaftlichen Auftrag, der über die unmittelbare Behandlung unserer Pati-enten hinausgeht, vollkommen richtig! Machen Sie bitte weiter so, lassen Sie sich nicht verbiegen,

Dr. med. Christian Süß, Halsbrücke

Die staatlich-medizinische Nutzung von Schloss Colditz 1800 bis 1996

Leserbrief zum Beitrag „Die staatlich-medizinische Nutzung von Schloss Colditz 1800 bis 1996“ von Dr. med. Thomas Beyer im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 2/2024, Seite 35 f.

Zu dem Artikel von Dr. Thomas Beyer über die staatlich-medizinische Nut-zung von Schloss Colditz von 1800 bis 1996 möchte ich auf eine weitere Nut-zung 1945 hinweisen, die leider unrich-tig auf einer Bronzetafel auf der Zuwegung zum Schloss Colditz wiedergege-ben wird und die korrekterweise in dem Artikel ergänzt beziehungsweise als Lesermeinung wiedergegeben werden sollte. Das Schloss Colditz diente unmittelbar nach der Bodenreform (1945 – 1949) für alle Rittergutsbesitzer und Industriellen nach ihrer menschen-

unwürdigen und fraglich rechtswidri-gen Enteignung in Sachsen als Gefäng-nis, um sie gegen ihren Willen danach in ein Flächenlager auf die Insel Rügen oft mit Todesfolgen zu deportieren. Diese Maßnahmen dienten aus Sicht des damaligen Staates der Gründung eines antifaschistischen Arbeiter- und Bauernstaates ohne Ausbeuter der Arbeiterklasse. Dieser Eingriff hatte verheerende Folgen für Ökologie, Wirt-schaft, Landwirtschaft, Kirchgemein-den und Gesellschaft. Erst nach der Wiedervereinigung konnten sich die

betroffenen Menschen überlegen, ob sie in ihre verlorene Heimat zurückkeh-ren, indem sie ihr Eigentum von der Treuhand et cetera (also vom neuen gesamtdeutschen Staat) in Einzelteilen teuer zurückerwerben. Die Hannah Arendt Institution der TU-Dresden will sich zurzeit mit der Umgestaltung der historisch falschen Bronzetafel auf Schloss Colditz befassen.

Dr. med. Hubertus von Below, Grimma

Antwort des Hannah-Arendt-Instituts für Totalitarismusforschung e. V.

Die in Rede stehende Gedenktafel am Schloss Colditz erinnert an das Schicksal jenes Teils von adligen und bürgerlichen Gutsbesitzern und Pächtern samt ihren Familien, die im Spätherbst 1945 aus der Region Nordwestsachsen auf die Insel Rügen deportiert worden sind. In Sachsen hat es insgesamt drei Sammellager gegeben (Colditz, Coswig, Radeberg), in denen circa 1.400 Menschen interniert worden sind. Diese Menschen wurden im Zuge der Bodenreform enteignet und deportiert. Verantwortlich dafür waren die bereits politisch dominierende KPD und die sowjetische Besatzungsmacht. Die circa 2012 errichtete Tafel erinnert an die in Colditz Inhaftierten. Zuständig

war und ist die Schlösserverwaltung Sachsen, zu der das Schloss Colditz gehört. Der Tafeltext beschreibt in eindrücklichen Worten die Internierung und Deportation der Menschen und völlig zu Recht deren „mensenunwürdige“ Behandlung. Der Hinweis auf die „mangelnde Bewachung“ resultiert aus dem Vorgehen der sowjetischen Besatzungsmacht, die den Rügendam mit eigenen Soldaten bewachen sollte, dies aber nicht komplett durchsetzte. So gelang es einem Teil der Deportierten, nach Sachsen zurückzukommen, was wiederum den Chef der sächsischen Polizei, einen KPD-Spitzenfunktionär, dazu animierte, der sowjetischen Besatzungsmacht darüber Vorhaltungen zu machen. Aus der Forschung ist bekannt, dass ein Teil der

zumeist bürgerlichen Gutsbesitzer wieder in Sachsen wohnhaft wurde, allerdings nicht an ihren vormaligen Wohnorten, weil das verboten war. Fast alle adligen Gutsbesitzer flohen von Rügen aus in die Westzonen Deutschlands. Genauere Zahlen sind nicht bekannt, weil die Ende 1945 nur in Sachsen vorgenommene Deportationsaktion nicht hinreichend erforscht ist. Es ist daher notwendig und zielführend, diese Aktion in ihrer administrativen und menschlichen Dimension angemessen zu erforschen. Erst dann lassen sich weitere und sicher auch präzisere Aussagen treffen. ■

Prof. Dr. Mike Schmeitzner,
Hannah-Arendt-Institut
für Totalitarismusforschung e. V.
an der Technischen Universität Dresden

Anzeige



Medizinische Versorgung von Kriegsverletzten
Besondere Herausforderungen für Ärztinnen, Ärzte und Therapeuten

14. September 2024

Wichernhaus, 02826 Görlitz, Johannes-Wüsten-Str. 23A
Infos unter www.slaek.de | Anmeldung foreigndocs@slaek.de

Fortbildungspunkte 8

Eine Tagung von Niederschlesischer Ärztekammer Wrocław & Sächsischer Landesärztekammer

Program



Unsere Jubilare im Juli 2024

Wir gratulieren!

65 Jahre

- 05.07.** Dr. med. Gert Hennig
01309 Dresden
- 06.07.** Dipl.-Med. Karsten Eulitz
01640 Coswig
- 06.07.** Dipl.-Med. Andrea Otto
08060 Zwickau
- 06.07.** Dr. med. Susanne Riha
09120 Chemnitz
- 06.07.** Dr. med. Torsten Nadler
01326 Dresden
- 07.07.** Dipl.-Med. Gerald Urban
02829 Schöpstal
- 08.07.** Dr. med. Gabriele Bastek
04275 Leipzig
- 11.07.** Dr. med. Ralph Fickert
08527 Neundorf
- 11.07.** Dipl.-Med. Matthias Wehner
01877 Bischofswerda
- 12.07.** Dr. med. Klara Wilhelm
04416 Markkleeberg
- 16.07.** Dr. med. Regina Steglich
01219 Dresden
- 21.07.** Dipl.-Med. Kerstin Gräfe
01796 Pirna
- 22.07.** Dr. med. Andrea Hildebrandt
02733 Cunewalde
- 22.07.** Dipl.-Med. Rita Schünemann
02943 Boxberg/O.L.
- 22.07.** Dr. med. Glenn Sommer
09496 Marienberg
- 23.07.** Dr. med. Kathrin Zönnchen
04105 Leipzig
- 24.07.** Dipl.-Med. Martina Kaden
09548 Deutschneudorf
- 25.07.** Dipl.-Med. Petra Janich
04552 Borna
- 26.07.** Dr. med. Simone Müller
08359 Breitenbrunn/Erzgeb.
- 26.07.** Dr. med. Birgit Tomaschek
01904 Neukirch/Lausitz

- 26.07.** Dr. med. Andreas Hans
01259 Dresden
- 26.07.** Dipl.-Med. Andreas Gabriel
01705 Freital
- 27.07.** Dipl.-Med. Doris Oehme
09350 Lichtenstein/Sa.
- 27.07.** Dr. med. Andreas Scholz
04435 Schkeuditz
- 31.07.** Dr. med. Angela Hartig
04425 Taucha

70 Jahre

- 04.07.** Dipl.-Med. Birgit Lauke
09456 Annaberg-Buchholz
- 06.07.** Dipl.-Med. Petra Wartmann
01069 Dresden
- 06.07.** Dr. med. Inge Scherwinski
04416 Markkleeberg
- 09.07.** Dr. med.
Wolfgang Scharfenberg
01217 Dresden
- 10.07.** Dipl.-Med. Cornelia Münnich
04229 Leipzig
- 11.07.** Dr. med. Gundolf Lauke
09456 Annaberg-Buchholz
- 15.07.** Dipl.-Med. Uwe-Michael Arnold
02763 Zittau
- 17.07.** Dipl.-Med. Thorsten Ferl
09350 Lichtenstein/Sa.
- 18.07.** Dipl.-Med. Evelyn Kühn
01809 Heidenau
- 19.07.** Dr. med. Knut Prügner
09116 Chemnitz
- 19.07.** Dr. med. Henning Lippoldt
08064 Zwickau
- 19.07.** Dr. med. Ralf Jähnig
02625 Bautzen
- 19.07.** Dipl.-Med. Elke Schmidt
04420 Göhrenz
- 20.07.** Dipl.-Med. Cornelia Kühnert
04155 Leipzig

- 20.07.** Dipl.-Med. Wolfram Oelßner
04442 Zwenkau
- 22.07.** Dr. med. Rosemarie Voerkel
04277 Leipzig
- 24.07.** Dr. med. Volker Hendel
08064 Zwickau
- 25.07.** Dr. med. Volker Olbrich
09127 Chemnitz
- 25.07.** Dipl.-Med. Christine Demme
04179 Leipzig
- 26.07.** Dr. med. Andreas Preusche
01744 Dippoldiswalde
- 26.07.** Dr. med. Sibylle Berndt
01728 Possendorf
- 29.07.** Natali Barwich
01237 Dresden
- 31.07.** Dr. med. Jens-Uwe Opitz
01279 Dresden

75 Jahre

- 04.07.** Dr. med. Heiner Wölfel
09125 Chemnitz
- 07.07.** Dr. med. Reinhardt Dachsel
09244 Lichtenau
- 15.07.** Dr. med. Gisela Rammelt
08062 Zwickau
- 15.07.** Dr. med. Ingrid Hache
02627 Hochkirch
- 21.07.** Dr. med. Eva-Maria Wagner
01187 Dresden
- 25.07.** Dr. med. Doris Stibenz
01896 Pulsnitz
- 27.07.** Dr. med. Martina Nagel
08523 Plauen
- 27.07.** Dr. med. Hans-Joachim Florek
01187 Dresden
- 27.07.** Dr. med. Arndt Loßnitzer
01307 Dresden
- 28.07.** Prof. Dr. med. habil.
Frank Emmrich
04299 Leipzig
- 30.07.** Dr. med. Birgit Preißer
01239 Dresden
- 31.07.** Aina Wunderlich
02953 Bad Muskau

80 Jahre

- 02.07.** Dr. med. Gudrun Sandner
04107 Leipzig
- 03.07.** Dipl.-Med. Gabriele Karbaum
02826 Görlitz
- 06.07.** Dr. med. Anita Kneschke
09603 Oberschöna
- 08.07.** Dr. med. Gabriele Löffler
08064 Zwickau
- 08.07.** Dipl.-Med. Gerd Holzmann
01665 Diera-Zehren
- 08.07.** Dr. med. Ursula Walter
04416 Markkleeberg
- 08.07.** Dipl.-Med. Ursula Olma
04207 Leipzig
- 10.07.** Dr. med. Willmar Schwarze
04828 Bennewitz
- 12.07.** Dr. med. Jürgen Brüggemann
08645 Bad Elster
- 12.07.** Dr. med. Wolf-Jürgen Kirseck
09126 Chemnitz
- 13.07.** Dr. med. Detlev Chudoba
09599 Freiberg
- 17.07.** Dr. med. Rosel Just
01069 Dresden
- 17.07.** Dr. med. habil. Karin Langrock
02977 Hoyerswerda
- 23.07.** Dr. med. Jürgen Bitterlich
08058 Zwickau
- 25.07.** Dr. med. Ute Gebauer
01259 Dresden
- 29.07.** Dr. med. Christian Wallmann
01468 Moritzburg
- 29.07.** Dr. med. Bernd Strohbach
01848 Hohnstein
- 30.07.** Dr. med. Ruth Krautz
01237 Dresden
- 30.07.** Dipl.-Med. Wolfgang Laesch
01471 Radeburg
- 05.07.** Dr. med. Wiebke Roeckl
01277 Dresden
- 08.07.** Wilhelm Sonntag
08648 Bad Brambach
- 08.07.** Dr. med. Brigitte Himmstedt
02826 Görlitz
- 10.07.** Dr. med.
Christine Schmitt-Hermann
01689 Weinböha
- 10.07.** Dr. med. Friederike Blumensaat
01809 Dohna
- 11.07.** Dr. med. Arnd Ballin
04229 Leipzig
- 13.07.** Dr. med. Peter Fischer
01816 Bad Gottleuba-
Berggießhübel
- 13.07.** Dr. med. Isolde Schubert
01445 Radebeul
- 15.07.** Dr. med. Christine Deparade
04319 Leipzig
- 15.07.** Dr. med. Marlies Mank
04103 Leipzig
- 17.07.** Dr. med. Manfred Schollmeyer
04758 Oschatz
- 17.07.** Margot Krause
04347 Leipzig
- 18.07.** Dr. med. Ingrid Schiller
01796 Pirna
- 18.07.** Dr. med. Helga Gatzke
09112 Chemnitz
- 19.07.** Dr. med. Dietrich Schulze
08064 Zwickau
- 20.07.** Dr. med. Normann Haßler
08529 Plauen
- 21.07.** Prof. Dr. med. habil.
Karlheinz Sandner
08258 Markneukirchen
- 24.07.** Barbara Orphal
01900 Großröhrsdorf
- 25.07.** Dr. med. Christa Göckeritz
04155 Leipzig
- 26.07.** Dr. med. Gertrud Vogel
02763 Zittau
- 29.07.** Dr. med. Dieter Schoch
01326 Dresden
- 06.07.** Dr. med. Ingrid Schumann
01069 Dresden
- 08.07.** Dr. med. Hellfried Grundmann
01640 Coswig
- 08.07.** Ingrid Keller
04288 Leipzig
- 09.07.** Dr. med. Gisela Liebold
04299 Leipzig
- 11.07.** Dr. med. Hans Heger
04779 Wernsdorf
- 14.07.** Dr. med. Ursula Wagner
01737 Kurort Hartha
- 16.07.** Dr. med. Monika Schulze
01326 Dresden
- 17.07.** Herbert Hübel
02708 Löbau
- 18.07.** Steffi Mälzer
04451 Borsdorf
- 22.07.** Renate Stritzke
01069 Dresden
- 24.07.** Dr. med. Ingrid Klinger
02906 Niesky
- 24.07.** Dr. med. Karl Stepan
08289 Schneeberg
- 26.07.** Dr. med. Ursula Kunath
01259 Dresden
- 27.07.** Dr. med. Gerlinde Kludszuweit
01277 Dresden
- 28.07.** Dr. med. Erika Schmutzler
04229 Leipzig
- 29.07.** Atina Krieger
08359 Breitenbrunn/Erzgeb.
- 29.07.** Prof. Dr. med. habil.
Peter Matzen
04229 Leipzig
- 30.07.** Dr. med. Irmgard Seifert
09130 Chemnitz
- 31.07.** Dr. med. Doris Joachim
02826 Görlitz

85 Jahre

- 02.07.** Dr. med. Dieter Langpeter
04425 Taucha
- 05.07.** Dr. med. Peter Hofmann
08289 Schneeberg
- 05.07.** Dr. med. Klaus Hofmann
09244 Lichtenau

86 Jahre

- 03.07.** Dr. med. Joachim Münch
02977 Hoyerswerda

87 Jahre

- 02.07.** Gerhard A. Helm
01067 Dresden
- 03.07.** Eva-Maria Zenner
01097 Dresden
- 06.07.** Dr. med. Hildegund Mangelsdorf
01445 Radebeul
- 09.07.** Dr. med. Gertrud Selle
01723 Grumbach

- 09.07.** Dr. med. Ingrid Karow
04229 Leipzig
- 10.07.** Dr. med. Elfriede Ueckert
08280 Aue-Bad Schlema
- 11.07.** Dr. med. Anneliese Wirsing
01328 Dresden
- 11.07.** Dr. sc. med. Hans Haase
01920 Haselbachtal
- 13.07.** Dr. med. Bärbel Köhler
04129 Leipzig
- 14.07.** Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Klaus Mann
01833 Stolpen
- 17.07.** Dr. med. Volkhard Schneider
01217 Dresden
- 20.07.** Dr. med. Helmut Rieger
08451 Crimmitschau
- 22.07.** Dr. med. Karl-Friedrich Breiter
02625 Bautzen
- 22.07.** Dr. med. Karin Wieting
01109 Dresden
- 26.07.** Dr. med. Brigitta Schindler
09526 Olbernhau
- 26.07.** Dr. med. Brigitta Kumpf
01445 Radebeul
- 27.07.** Dr. med. Susanne Holotiuk
01067 Dresden
- 30.07.** Dr. med. Erika Schulze
08340 Schwarzenberg/Erzgeb.
- 30.07.** Dr. med. Hermann Schäfer
04159 Leipzig
- 31.07.** Dr. med. Karin Häußler
04205 Leipzig

88 Jahre

- 03.07.** Dr. med. Erika Thuncke
01904 Steinigtwolmsdorf
- 03.07.** Helga Böger
04229 Leipzig
- 12.07.** Dr. med. Karin Luther
04157 Leipzig
- 14.07.** Dr. med. Gabriele Uhlemann
09126 Chemnitz
- 17.07.** Dr. med. Erich Kerkhoff
04654 Frohburg
- 20.07.** Dr. med. Regine Bröker
04347 Leipzig
- 25.07.** Hans-Joachim Buschbeck
09456 Annaberg-Buchholz

- 25.07.** Dr. med. Joachim Scheffler
08529 Plauen
- 25.07.** Dr. med. Joachim Franck
08412 Werdau
- 29.07.** Dr. med. Magda Erler
09111 Chemnitz

89 Jahre

- 03.07.** Dr. med. Siegfried Trültzsch
08064 Zwickau
- 09.07.** Dr. med. Heinz Heyser
02625 Bautzen
- 11.07.** Dr. med. Ingrid Scheidig
01219 Dresden
- 12.07.** Dr. med. Liesa Möckel
09599 Freiberg
- 13.07.** Dr. med. Wolfgang Vettters
01445 Radebeul
- 20.07.** Dr. med. Ute Lehnert
01324 Dresden
- 23.07.** Dr. med. Karl-Heinrich Brauer
01307 Dresden
- 23.07.** Dr. med. Margrid Kipping
04329 Leipzig
- 26.07.** Dr. med. Dieter Langner
04328 Leipzig

90 Jahre

- 13.07.** Dr. med. Christa Kluge
01259 Dresden
- 15.07.** Dr. med. Wolfgang Ständer
04435 Schkeuditz
- 30.07.** Dr. med. Adelheid Fickert
08525 Plauen

91 Jahre

- 02.07.** Dr. med. Ulrich Nestler
08289 Schneeberg
- 03.07.** Dr. sc. med. Hubert Palowski
01279 Dresden
- 09.07.** Prof. Dr. med. habil.
Dieter Gmyrek
01445 Radebeul
- 26.07.** Dr. med. Annemarie Löhnert
01814 Prossen
- 29.07.** Dr. med. Eva Runge
01277 Dresden

- 31.07.** Dr. med. Gisela Scharfe
01774 Klingenberg

92 Jahre

- 06.07.** Dr. med. Gertrut Hacker
01157 Dresden
- 10.07.** Johanna Auerbach
01454 Radeberg
- 20.07.** Dr. med. Ilse Rothe-Horn
04318 Leipzig

93 Jahre

- 08.07.** Dr. med. Christa Schuster
08261 Schöneck/Vogtl.

94 Jahre

- 11.07.** Dr. med. Hans Wunderlich
04643 Geithain
- 22.07.** Dr. med. Rudi Stafetzky
08321 Zschorlau

96 Jahre

- 13.07.** Inge Jänicke
04288 Leipzig

102 Jahre

- 12.07.** Dr. med. Charlotte Weißbrodt
04157 Leipzig

Hinweis: Derzeit erfolgt die Einarbeitung aller Rückmeldungen zur aktuellen Datenschutzabfrage (Redaktionsschluss: 22. Mai 2024)

Franz Kafkas Tuberkulose – oder der „Gott des Erstickens“

Ein Beitrag zu seinem 100. Todestag

Am 4. September 1917 schrieb Franz Kafka an seinen Leipziger Verleger Kurt Wolff (1887 – 1963), dass seine seit Jahren mit Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit angelockte Krankheit plötzlich ausgebrochen sei. Dennoch, so hoffte er, falls seine Kräfte aushielten, seinem Förderer bessere Arbeiten als die Erzählung „In der Strafkolonie“ zuschicken zu können, deren Veröffentlichung zusammen mit anderen Erzählungen dem Verleger zu risikoreich erschien [1]. Die Verbindung zu Kurt Wolff bestand schon seit dem Jahre 1912 und war von dessen Compagnon Ernst Rowohlt (1887 – 1960) vermittelt worden, den Kafka in Leipzig mehrfach getroffen hatte [2].



Franz Kafka (1883 – 1924)

Die tuberkulöse Lungenblutung des Dichters und ihre Ursachen

Den nächtlichen Ausbruch des Leidens, bei dem es sich um eine Tuberkulose handelte, empfand der Dichter, wie er in seinem Brief an Kurt Wolff bemerkt, fast als Erleichterung, obwohl er eine solche Menge Blut ausgehustet hatte, dass sein Dienstmädchen, als sie am Morgen die Folgen des Blutsturzes sah, zu ihm sagte: „Herr Doktor, mit ihnen dauert's nicht mehr lang“ [1, 3]. Zu diesem Zeitpunkt war der am 3. Juli 1883 geborene Sohn des jüdischen Kaufmanns Hermann Kafka (1852 – 1931) und seiner Frau Julie (1856 – 1934) gerade 34 Jahre alt. Dennoch suchte er erst nach erneut aufgetretenen Hämoptysen und dem intensiven Drängen seines Freundes Max Brod (1884 – 1968) einen Arzt auf, der einen „Spitzenkarrh“ feststellte, eine damals übliche bewusst bagatellisierende Umschreibung für die Tuberkulose [3].

Kafka, der von der schulärztlichen Medizin wenig hielt und die körperliche Krankheit vor allem als eine Manifestation seiner seelischen Leiden und Konflikte betrachtete, schrieb am 15. September 1917 sich selbst befragend in sein Tagebuch: „Ist die Lungenwunde nur ein Sinnbild wie du behauptest, Sinnbild der Wunde, deren Entzündung F.“ (Felice), die Verlobte Kafkas, „und deren Tiefe Rechtfertigung heißt, ist dies so, dann sind auch die ärztlichen Ratschläge (Licht, Luft, Sonne, Ruhe) Sinnbild. Fasse dieses Sinnbild an“ [4].

Mit diesen Überlegungen hatte der Dichter nicht ganz unrecht. Denn die Tuberkulose wird von Bakterien ausgelöst, die durch Tröpfcheninfektion über die Atemwege in die Lunge gelangen. Die Entzündung wird aber von 90 bis 95 Prozent der Infizierten vorerst oder auf

Dauer beherrscht. Dies geschieht durch die Entwicklung einer T-Zellenimmunität, die das intrazelluläre bakterielle Wachstum mindert, sowie durch die Ausbildung eines tuberkulösen verkäsenden Granuloms. Dieser spezifische Herd enthält ruhende Bakterien, weshalb man von latenter Tuberkulose spricht, von der gegenwärtig ein Viertel der Weltbevölkerung betroffen ist. Ob das Stadium der Latenz erreicht wird, hängt von der Abwehrkraft des Körpers ab. Diese ist von der Ernährung, Milieufaktoren, bestehenden Krankheiten, aber auch von psychischen Faktoren abhängig. Ungelöste seelische Konflikte begünstigen den Ausbruch der Krankheit wie bei Kafka [5–7]. Er versuchte sich in dieser Zeit endgültig von seiner in Berlin wohnenden Freundin Felice Bauer (1887 – 1960) zu trennen, wozu sich der sensible Dichter erst im Dezember des Jahres 1917 durchringen konnte. Er hatte sie 1912 kennengelernt und sich im April 1914 mit ihr verlobt, beabsichtigte, sie zu heiraten, bereute diesen Entschluss jedoch bald und wollte sich noch im gleichen Jahr wieder von ihr trennen. Vor der Fahrt nach Berlin, wo ihn ein unangenehmes klärendes Gespräch mit Felice erwartete, besuchte Kafka Dresden und seinen Vorort Hellerau und versuchte vergeblich, seinen Verleger in Leipzig zu treffen. Wie sehr den von Schuldgefühlen gepeinigten Schriftsteller schon dieser erste Trennungsversuch belastete und verwirrte, geht aus seinen Tagebucheintragungen im Vorfeld der Aussprache hervor. Dort notiert er: „Konnte nicht fragen, nicht antworten, nicht mich bewegen, knapp noch in die

Augen sehn. [...] – Schrecken über Schrecken.“ In Berlin löste er die Verlobung zwar, versöhnte und verlobte sich später aber erneut mit Felice Bauer [4, 8].

Sein Verhältnis nicht nur zu dieser Frau war problematisch, aber der für ihn „ungeheuer maßgebende Mensch“ stellte der erfolgreiche, aus einfachen Verhältnissen aufgestiegene, übermächtige Vater dar. Im „zuschnürenden Ring“ seines Einflusses kam er sich „vollständig wehrlos“ vor und war vom „Gefühl der Nichtigkeit“ und von Schuldgefühlen beherrscht. Da er glaubte, dem Vater nur so zu genügen, studierte er Jura, übte aber seinen „Brotberuf“ in einer Arbeiter-Unfallversicherungsanstalt dennoch sehr erfolgreich aus [9]. Übrigens fuhr er, der inzwischen 20-Jährige noch im Jahre 1903 zusammen mit den Eltern in den Urlaub, den er freilich unterbrechen musste, um sich in der Naturheilstätte des Dr. Heinrich Lahmann (1860 – 1905) in Dresden behandeln zu lassen.

Auch später besuchte Kafka unterschiedliche Naturheilstätten und lehnte es ab, nach der 1917 aufgetretenen Lungenblutung ein Sanatorium aufzusuchen, sondern fuhr zu seiner Schwester Ottla (1892 – 1943), die ein kleines Landgut bewirtschaftete. Körperlich erholt überstand er 1918 sogar die spanische Grippe. Die vom Vater als nicht standesgemäß abgelehnte Beziehung, die er danach mit Julie Wohryzek (1891 – 1944) einging, scheiterte freilich ebenso wie diejenige mit Milena Jesenská (1896 – 1944), obwohl sich Milena als erste für seine Texte interessierte.

Im Jahre 1920 zeigte sich bei ihm erneut ein „zartes Fieber“, weshalb er in Meran Genesung suchte, wonach aber keine andauernde Besserung eintrat. Am 14. Oktober 1920 stellte der Anstaltsarzt Dr. Kodým Infiltrationen

beider Lungenflügel fest. Seiner Empfehlung folgend entschloss sich Kafka, ein Sanatorium in der Hohen Tatra aufzusuchen. Erst hier im Kontakt mit anderen Patienten wurde ihm der schicksalhafte Charakter seiner Krankheit voll bewusst, und er glaubte nun nicht mehr, dass er gesund werden wird [3, 10]. Seine Aussichten wären im Zeitalter der Tuberkulostatika günstiger gewesen, wenngleich die Behandlung langwierig und infolge zunehmender Resistenzen inzwischen schwieriger geworden ist [5]. Der Dichter lernte in der Heilanstalt den Medizinstudenten Robert Klopstock (1899 – 1972) kennen, der ihm zum treu-dienenden Begleiter wurde. Während der Kur nahm er langsam an Gewicht zu, der Husten verminderte sich und auch das Fieber schwand. Dennoch wurde ihm am 13. September 1921, wenige Monate nach seiner Rückkehr nach Prag, von seinem Arzt ein erneuter Aufenthalt in einem Lungensanatorium empfohlen. Kafka hoffte jedoch während eines Urlaubs in Spindlermühle auf Besserung, verfiel dort jedoch in Grübeleien. Das Kommen der Lungenentzündung fürchtend schrieb er in sein Tagebuch: „Jedem Kranken sein Hausgott, dem Lungenkranken der Gott des Erstickens.“ Da nach dem ärztlichen Gutachten eine Heilung in nächster Zeit undenkbar erschien, wurde er am 30. Juni 1922 pensioniert. Zu Beginn des Jahres 1923 plagte ihn eine derartige Schlaflosigkeit, dass er, ein radikaler Gegner der Schulmedizin, zu Schlafmitteln griff.

Kafkas letzte Liebe, ein tragisch endender Ausbruchversuch

Eine Reise in das Ostseebad Graal-Müritz verschaffte ihm Erleichterung, zumal er auf Dora Diamant (1898 – 1952) traf, seine letzte Freundin. Mit ihr unternahm er einen späten Ausbruchversuch aus dem altstädtischen Prag, dem Symbol für seine Abhängigkeit vom Elternhaus, und zog mit ihr nach

Berlin. Freilich verschlimmerte sich dort im turbulenten Inflationsjahr 1923 seine Tuberkulose. Er begann zu husten, hatte hohes Fieber, nahm erheblich an Gewicht ab, verspürte ein Brennen im Hals und litt unter bedenklichen Stimmstörungen. So blieb ihm keine Wahl: Er musste erneut eine Heilstätte aufsuchen.

Der Dichter wählte zunächst das Sanatorium Wienerwald. Da er nur noch flüstern konnte, bestand dringender Verdacht, dass sich die Tuberkulose inzwischen auf den Kehlkopf ausgebreitet hatte. Nachdem ihm Codein und Pyramidon kaum Linderung verschafften und Schluckbeschwerden auftraten, wurde er in die laryngologische Klinik des allgemeinen Krankenhauses in Wien verlegt, die damals von Professor Markus Hajek (1861 – 1941) geleitet wurde. Hier wurde die Kehlkopftuberkulose bestätigt, obwohl die Spiegelung des Kehlkopfes ohne Kokain nicht recht gelingen wollte. Ein internistischer Konsiliararzt fand bei der Auskultation Bronchialatmen in einem umschriebenen Bezirk, sodass ein tuberkulöses Infiltrat in der Lunge anzunehmen war. Die Kehlkopftuberkulose behandelte man, wie damals allgemein üblich, mit einer Menthol-Lösung, die auf die Stimmlippen geträufelt wurde, verbunden mit einer Schweigekur. Darunter trat bei Kafka eine temporäre Besserung ein. Er verließ das Hospital jedoch auf eigenen Wunsch und begab sich in das kleine, aber behagliche Sanatorium des Dr. Hugo Hoffmann (1862 – 1927) nach Kierling. Dora Diamant und der mit ihm befreundete Medizinstudent Robert Klopstock begleiteten ihn. Hier ging es ihm zunächst relativ gut. Bald aber verschlechterte sich sein Zustand, sodass er das Bett nicht mehr verlassen konnte. Die Schluckbeschwerden und der Husten nahmen zu und er war nur noch in der Lage, breiige Kost zu sich zu nehmen. Die Menthol-Einträu-

felungen und die verordnete Schweigekur verloren ihre Wirksamkeit. Kafka konnte kaum noch schlucken und wog nur noch 45 Kilogramm, weshalb die verzweifelte Freundin den Wiener Ohrenarzt Professor Heinrich von Neumann (1873 – 1939) sowie Dozent Oscar Beck (1882 – 1928) zu Hilfe rief. Der Letztere versuchte das Leiden des Dichters durch eine temporäre künstliche Ausschaltung des Nervus laryngeus recurrens zu bessern. Da dessen operative Durchtrennung den Schwerverkranken zu stark belastet hätte, nahm er eine Injektion mit 85-prozentigem Alkohol in Nervennähe vor [3, 11]. Der Nerv ist nicht leicht zu finden und die Prozedur ist sehr schmerzhaft, weshalb dem Alkohol häufig eine geringe Menge des Lokalanästhetikums Novocain (Procain) beigemischt wurde. Traf man den Nerv, so konnte damit eine mehrmonatige therapeutische Lähmung der Stimmlippe erzeugt werden, die zur Heilung beitrug [10, 11]. Bei Franz Kafka wurde jedoch nur ein vorübergehender Erfolg erzielt.

Der Dichter, der häufig unter schweren Todesängsten gelitten hatte, die er als die schreckliche Angst zu sterben, ohne gelebt zu haben, zutreffend deutete, entwickelte jetzt einen verzweifelten Lebenswillen. Denn er, der noch 1922 in sein Tagebuch geschrieben hatte, dass er nicht lieben könne und „ausgewiesen“ sei, hatte in Dora Diamant eine Frau gefunden, die er liebte und heiraten wollte. Aber das Leiden schritt unerbittlich fort. Die Schmerzen wurden unerträglich, sodass ihm sein Freund Robert Klopstock, der ihm ins Sanatorium gefolgt war, auf seine verzweifelte Bitte hin Pantopon spritzte, ein Präparat, welches aus allen im Opium enthaltenen natürlichen Alkaloiden besteht. Als er die Spritze reinigte, bat der Dichter ihn: „Gehen Sie nicht fort“. Nachdem der Freund dem Dichter versprach, ihn nicht allein zu lassen, erwiderte er: „Aber ich gehe fort.“

Er starb am 3. Juni 1924 und wurde, begleitet von nur wenigen Trauernden, in Prag bestattet [3, 4]. Nur einige seiner Freunde und sein Leipziger Verleger hatten die Genialität Franz Kafkas, des heute meist gelesenen deutschsprachigen Autors, frühzeitig erkannt und an den allzu früh verstorbenen Dichter geglaubt.

Leider stellte er nur eines aus der langen Reihe prominenter von den Zeitgenossen häufig verkannter Opfer dieser Volksseuche dar. Obwohl die Zahl der Erkrankten in unserem Land mit 4.076

gemeldeter Neuerkrankungen pro Jahr zwar wieder leicht angestiegen ist, stellt die Tuberkulose in Deutschland inzwischen eine relativ seltene Krankheit dar. Weltweit fordert sie jedoch jährlich 1,6 Millionen zumeist namenlose Todesopfer. Sich auch ihrer zu erinnern und im Kampf gegen die Tuberkulose nicht nachzulassen, mahnt uns das Schicksal des großen Dichters [5, 12]. ■

Literatur unter www.slaek.de → Über Uns → Presse → Ärzteblatt

Dr. med. Dietmar Seifert, Delitzsch

Anzeige

Barrierefreies Bauen – Lieblingsplätze für alle

Förderprogramm für Praxen

www.behindern.verhindern.sachsen.de/liebblingsplaetze-fuer-alle.html

