

Ärzteblatt Sachsen



Inhalt 6/199

Laudatio	Laudatio und Danksagung an den Gründungspräsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Prof. Dr. Heinz Diettrich	238
	Laudatio und Danksagung an den Vizepräsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Herrn Dr. Peter Schwenke	239
Berufspolitik	Aus der Vorstandssitzung am 5. Mai 1999	240
Amtliche Bekanntmachungen	Abwehr von Arzneimittelrisiken	
	Information der Ärzteschaft über dringende Arzneimittelrückrufe Angabe des Patientennamens in dem zu steuerlichen Zwecken geführten Fahrtenbuch durch Ärzte	241
	Zeitzeugen/Dokumente gesucht	242
	Impressum	242
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Haftpflichtversicherung bei Praxisaufgabe	244
	Konzerte und Ausstellungen in der Sächsischen Landesärztekammer	247
Mitteilungen der KV Sachsen	Ausschreibung von Vertragsarztsitzen	248
Originalien	Richtlinien zur intensivmedizinischen Behandlung des schweren Schädel-Hirn-Traumas	249
	A. Raabe, V. Seifert	
	Insektengiftallergie - Übersicht zu Diagnostik und Therapie bei Erwachsenen	254
	J. Bickhardt, W. Matthiessen	
Verschiedenes	Aus der Arbeit des Landesbeirates für Psychiatrie im Freistaat Sachsen	260
	Mitteldeutsche Gesellschaft für Pneumologie gegründet	264
Leserbriefe	Leserbrief der Ärzteschaft des Altkreises Niesky im Niederschlesischen Oberlausitzkreis	265
	Leserbrief von Clemens Weiss	266
Hochschulnachrichten	TU Dresden/Universität Leipzig	267
Buchbesprechungen		270
Personalien	Geburtstage im Juli	274
Medizingeschichte	Zum Gedenken an Fritz Lickint (1898 - 1960)	275
Beilage	Fortbildung in Sachsen - August 1999	

Laudatio und Danksagung an den Gründungspräsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Herrn Prof. Dr. med. habil. Heinz Diettrich

Mit der Konstituierung der eben gewählten 3. Kammerversammlung am 12./13. Juni 1999 und dem Rechenschaftsbericht von Präsident und Vorstand endet offiziell die überaus erfolgreiche Tätigkeit der bisherigen Verantwortlichen für die sächsischen Ärzte in den zurückliegenden beiden Wahlperioden. Diese Zäsur ist Anlaß genug zu verweilen, sich rückschauend zu besinnen, zu werten und zu würdigen!

Nur wenigen Menschen ist es vergönnt, in historisch kurzem Zeitlauf eine wahrlich herkulische Arbeit zu leisten und diese mit repräsentativen Ergebnissen zu krönen! Der damals noch vorläufige Vorsitzende der Sächsischen Landesärztekammer, Doz. Dr. Heinz Diettrich - Vollblut Chirurg und Hochschuldozent - beginnt, noch weit vor der deutschen Einheit, mit einer Schar gleichgesinnter Kollegen aus Klinik und Praxis die Vorbereitungsarbeiten zum Aufbau einer berufsständischen Vertretung der Ärzte Sachsens.

In dieser Umbruchzeit gehörten Mut, klare Ziele, Durchsetzungsvermögen und Standhaftigkeit zu den Tugenden, die notwendig waren, diese Aufgabe ins Werk zu setzen. Das damals selbst gewählte Motto, das die Titelseite der 1. Edition unseres neu geschaffenen Ärzteblattes zierte, wurde zum Programm:

„Das Streben zu neuen Ufern hat die gewünschten Fortschritte in dieser Welt gebracht. Der politische Umbruch gibt uns die gewaltige Chance, unserem Arztsein wieder den Stellenwert einzuräumen, den er in den letzten 40 Jahren vermissen mußte.“ (Gemeint war die Anerkennung des Arztberufes in der Gesellschaft, die zu korrigieren war.)

Wer ist dieser Mann, der sich und die aus altruistischen Motiven angetretene Schar mit revolutionärem Schwung, Tatkraft und Erfolgen zu dieser Aufbauarbeit motivierte?

Prof. Diettrich ist ein Tatmensch, Chirurg, Oberarzt an der Klinik für Chirurgie der damaligen Medizinischen Akademie Dresden, habilitiert seit 1983, voller Elan, Durchsetzungsvermögen und Humor. Für die am 12. Mai 1990 begründete Sächsische Landesärztekammer war er „die Idealbesetzung“ eines 1. Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, zu dem er folgerichtig mit großer Mehrheit am 20. April 1991 gewählt und am 10. Mai



1995 wiedergewählt wurde.

Stichpunktartig seien einige Hauptereignisse und Glanzpunkte aus den mittlerweile 2 Legislaturperioden unseres Präsidenten und der Vorstandsriege ins Gedächtnis gerufen, die sonst allzu schnell in Vergessenheit geraten:

1. Januar 1992: Gründung des berufsständischen Versorgungswerkes der sächsischen Ärzte, das sich zu einer beeindruckenden zahlungskräftigen Alterssicherung entwickelt hat;

12. Mai 1995: Grundsteinlegung für den Bau eines Kammergebäudes im Carolapark, dessen Entwurf, Funktionalität und Ausgestaltung in vielen Details der Intentionen von Präsident und Bauausschuß folgten;

25. Oktober 1996: Feierliche Einweihung des neuen Kammergebäudes, das sich trotz mancher Kassandrurufe von Anfang an als ideale Begegnungsstätte für in der Berufspolitik, Fortbildung und Wissenschaft tätigen Ärzte erwies. Ganz ausdrücklich wurde durch den Kunstliebhaber und talentierten Pianisten Prof. Diettrich die Begegnung der Künste in diesem Haus möglich gemacht und gefördert.

Bis zum definitiven Einzug in die eigene Kammer mußten 3 Interimsquartiere bezogen werden; was erhebliche logistische und organisatorische Probleme mit sich brachte. Alle diese Etappen - und noch vieles mehr - konnten oft nur gegen Widerstände, Zögerlichkeit und hemmendes juristisches Kalkül durch den „homo faber“ Diettrich bewältigt werden.

Kaum zu glauben, daß inzwischen

- neun Sächsische Ärztetage (bzw. 20 Kammerversammlungen)
- 12 Jahrestagungen der Kreisärztekammervorsitzenden
- 100 Vorstandssitzungen

erfolgreich abgelaufen sind, die unter prägendem Einfluß und Gestaltungswillen dieses Präsidenten standen. Für die „kritische Stimme aus Sachsen“ am Tisch der Bundesärztekammer und der sächsischen Ärzte war es ein besonderer Erfolg, daß der 96. Deutsche Ärztetag im Jahre 1993 nach Dresden vergeben wurde und zu einem großen berufspolitischen Ereignis werden konnte.

Mit dem selbstbestimmten Ausscheiden aus der Kammerführung geht eine berufspolitische Ära der Gründungs- und Aufbauarbeit zu Ende. Das Haus ist wohl bestellt, und es werden die Geschicke der ärztlichen Selbstverwaltung nun in neue Hände übergeben werden. An diesem Einschnitt gelten dem scheidenden Präsidenten tiefe Dankbarkeit, Anerkennung und hohe Wertschätzung für seine überaus erfolgreiche Tätigkeit zum Wohl der sächsischen Ärzte. Es ist sein historischer Verdienst, die ärztliche Körperschaft etabliert zu haben und ihr gesundheitspolitisches Profil, Stimme und Gewicht verliehen zu haben. Vorstand und Geschäftsführung wünschen Herrn Prof. Heinz Diettrich für seinen neuen Lebensabschnitt und sein Wirken - nun ohne Kammerbürden - Glück, Gesundheit und Erfolg.

Mit der Wehmut des Abschieds verbinden wir den Wunsch, daß er der Kammer - allerdings nun mit weisem Abstand und dennoch mit Rat und Tat - weiterhin zur Verfügung stehen möge. Doch vorerst rufen wir ihm frei nach Wilhelm Busch augenzwinkernd zu:

Ohne Amt lebst Du so friedlich
und so ruhig und so gemütlich.
Du sparst Kraft und Geld und Zeit,
wirst geachtet weit und breit.

Drum, so rat' ich Dir im Treuen:
Willst Du Frau und Kind erfreuen,
soll Dein Kopf Dir nicht mehr brummen,
laß' das Amt doch and'ren Dummen!

im Namen des Vorstandes und der
Geschäftsführung
Prof. Dr. med. Jan Schulze

Laudatio und Danksagung an den Vizepräsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Herrn Dr. med. Peter Schwenke

Geboren am 2. Juli 1934 blieb Herr Dr. Peter Schwenke seiner sächsischen Heimat treu. Er studiert bis 1957 an der Alma Mater Lipsiensis Medizin und arbeitet im folgenden von 1958 bis 1963 als Stationsarzt im Kreis Krankenhaus Wurzen, war 1963 bis 1965 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Pathologischen Institut von Prof. Holle und von 1965 bis 1970 unter Prof. Emmrich an der Medizinischen Klinik der Universität Leipzig tätig. Hier schloß er seine Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin ab und promovierte zum Doktor der Medizin. Seine wissenschaftliche Arbeit galt vor allem der Histologie des Knochens und des Knochenmarkes, insbesondere bei hämatologischen Erkrankungen.

Als ärztlicher Direktor baute er in Merseburg eine Kreispoliklinik mit 14 Fachabteilungen und 42 akademischen Mitarbeitern in den Jahren 1970 bis 1972 auf und arbeitete danach als Internist an einer Stadtambulanz in Leipzig (1972 bis 1979). Eine zweite Weiterbildung zum Facharzt für Radiologische Diagnostik folgte bis 1990 an der Akademie für Ärztliche Fortbildung in Berlin während der Tätigkeit als Leiter einer poliklinischen Röntgenabteilung. Standespolitischer Einsatz und Weitblick zeigte Herr Dr. Schwenke schon 1962/63 bei dem Versuch der Gründung eines Bundes Deutscher Ärzte, Zahnärzte und Apotheker im Bezirk Leipzig zusammen mit Prof. Uebermuth, Prof. Tosetti, Dr. med. Schönlebe und Dr. med. dent. Richter. Durch eine Änderung der Gesundheitspolitik der DDR konnte dieses Projekt jedoch nicht verwirklicht werden.

Erst mit der politischen Wende wurde diese Idee weiter konsequent verfolgt und durch die Mitarbeit am „Runden Tisch Gesundheitswesen“ in Leipzig 1990, im gleichen Jahr als Gründungsmitglied der Sächsischen Landesärztekammer und Gründung der Kreisärztekammer Leipzig verwirklicht. Die säch-



sische Ärzteschaft würdigte dieses Engagement mit der Wahl zum Vizepräsidenten der Sächsischen Landesärztekammer 1991 und 1995 sowie durch die Verleihung der Herrmann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille 1996.

In den acht Jahren seiner Vizepräsidentschaft zeigte sich Herr Kollege Schwenke in Kammerversammlungen und Vorstandssitzungen redegewandt, oft mit erkennbarer Freude am gesprochenen Wort, sehr engagiert, belesen, akribisch, manchmal mit spitzbübischem Humor, in der Form offen und verbindlich.

Seine Beiträge in Kammervorstandssitzungen, auf Kreis-, Landes- und Bundesebene waren stets geprägt von seiner großen beruflichen und berufspolitischen Sachkenntnis, immer wieder gut für unkonventionelle Gedankengänge. Am selbstgewollten Ende seines Mandats als Vizepräsident wird deutlich, daß sich Herr Dr. med. Peter Schwenke nicht in eine politische Schublade pressen läßt, weder in die eines „linken Konservativen“, noch in das Fach eines „politischen Schwärmers“, sondern daß er vor allem im Umgang der Ärzte untereinander Kollegialität und die Priorität ethischer Werte anmahnt.

Diese hohen Zielstellungen waren und sind Grundlage seines berufspolitischen

Wirrens. Das kommt auch zum Ausdruck in seinem Bestreben, nach gelungenem Aufbau der Selbstverwaltungsstrukturen in Sachsen Verbindungen zu den östlichen Nachbarn, insbesondere zu den Ärztekammern in Polen, zu knüpfen oder zu vertiefen.

Herrn Dr. med. Peter Schwenke kann am Ende der Aufbauphase unserer Sächsischen Landesärztekammer, die ja aus dem Nichts heraus begann, mit begründetem Stolz auf seinen erheblichen persönlichen Anteil an diesem Werk zurückschauen.

Möge das weitere Wirken unseres verehrten Kollegen noch manches Jahr für die sächsischen Ärzte Frucht bringen.

Dr. med. Günter Bartsch
im Namen des Vorstandes der Sächsischen
Landesärztekammer

Aus der Vorstandssitzung am 5. Mai 1999

Der Vorstand ist vollzählig. Es wird pünktlich 16.00 Uhr begonnen mit einer freundlichen und fröhlichen Begrüßung durch den Präsidenten.

Zuerst erfolgt eine Würdigung und verbale Belobigung der Herren Kögler und Eckert, die sich verdient gemacht haben in der Software-Entwicklung für die Sächsische Landesärztekammer.

Nach Protokollbestätigung und Be-

Zu diesem Ärztetag erfolgt die Wahl des Präsidenten der Bundesärztekammer und seiner Vizepräsidenten. Die Präsidenten der Landesärztekammern sind geborene Mitglieder des Vorstandes der Bundesärztekammer. Man darf gespannt sein, ob ein Ostdeutscher zum Vizepräsidenten gewählt wird. Mit 39 Stimmen sind die neuen Bundesländer immer unterlegen.



schlußkontrolle aus der 46. Vorstandssitzung wird der Stand der Finanzen dargestellt und diskutiert.

Die Schlußbesprechung am 28. 4. 1999 hat den Jahresabschluß 1998 bestätigt. Die Bilanz kann zum 9. Sächsischen Ärztetag der 20. Kammerversammlung den Mandatsträgern vorgestellt und zur Diskussion gegeben werden.

Ein Rückblick auf die 12. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern läßt die Fruchtbarkeit der gemeinsamen Arbeit erkennen, vor allem im Prozeß der Demokratisierung. Eine wesentliche Aufgabe liegt immer wieder darin, den Mitgliedern den Aufgabenbereich und die gesetzliche Verantwortung der Ärztekammern deutlich zu machen.

Zur Vorbereitung des 102. Deutschen Ärztetages vom 1. bis 5. Juni 1999 in Cottbus treffen sich die Delegierten nochmals am 26. 5. 1999. Eine schwerpunktmäßige Aufgabenverteilung der Vertretung des sächsischen Standpunktes ist erfolgt, ebenso ist die Berichterstattung organisiert.

Auch in Sachsen wurde die Kammerversammlung für die Wahlperiode 1999/2003 gewählt. Das Ergebnis wurde im Heft 5/99 veröffentlicht. Die Wahlbeteiligung von 49,7 % ist zu bedauern, besonders niedrig war die Wahlbeteiligung der Ärzte aus den großen Kliniken. Dadurch ist es zu einer Verschiebung der Mandatsträger zugunsten der niedergelassenen Ärzte gekommen.

Großen Raum in den Vorstandssitzungen nimmt immer wieder das Berufsrecht ein.

Es wurde diesmal mit regionalen und mit Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen die Situation der Zweigpraxen diskutiert. Im Bedarfsfall werden Zweigpraxen von der Kammer genehmigt, die jedoch widerrufen werden, wenn die Sicherstellung anderweitig durch niedergelassene Ärzte übernommen wurde. Die Zulassungen zur Niederlassung folgen einem gesetzlich verankerten Bedarfsplan.

Eine weitere wichtige Aufgabe der Ärztekammer sind die Maßnahmen der

Qualitätssicherung. Es kam zur Beschlußfassung über eine erfreuliche Initiative der sächsischen angestellten und niedergelassenen Pathologen, die sich freiwillig zur Qualitätssicherung ihrer eigenen histologischen Diagnostik untereinander und miteinander entschlossen haben. Ziel ist die Sicherung und Verbesserung der Qualität.

Die Kosten werden von den Teilnehmern selbst getragen.

Die erfolgreiche Teilnahme wird bestätigt durch die Sächsische Landesärztekammer. Die Bestätigung hat eine Gültigkeit von drei Jahren.

Weiter stand auf der Tagesordnung die geplante Fragebogenaktion der Arbeitsgruppe „Junge Ärzte“ der Sächsischen Landesärztekammer. Herr Gölfert trug das Anliegen vor (nach einem Hamburger Beispiel), die Situation und Befindlichkeit der in Weiterbildung sich befindenden jungen Ärzte zu erfragen.

In der Diskussion wurde herausgearbeitet, daß 500 Fragebögen verschickt werden sollen. Die Beantworter bleiben anonym. Eine weitere Aktion soll gestartet werden, die die Weiterbilder über ihre Erfahrungen mit den Weiterzubildenden befragt.

Nach Abschluß der Tagesordnungspunkte erfolgte wie immer eine freie Diskussion. Es kam unter anderem der Ostdeutsche Kassenärztetag zur Sprache und die Unzufriedenheit über fehlende konkrete Aussagen von Frau Bundesgesundheitsministerin Fischer.

Der Präsident berichtete über die Vorbereitung der ständigen Konferenz der Versorgungswerke unter seinem Vorsitz. Die Existenz der Versorgungswerke wird von Herrn Dreßler, SPD, und von Grünen Politikern hinterfragt. Der Kanzler ist jedoch für die Beibehaltung der Versorgungswerke.

Bereits jetzt hat sich unser Sächsisches Versorgungswerk bewährt und ist unverzichtbar geworden.

Die Sitzung wird 22.30 Uhr geschlossen.

Dr. med. Gisela Trübsbach
Vorstandsmitglied

Abwehr von Arzneimittelrisiken Information der Ärzteschaft über dringende Arzneimittelrückrufe

Im Rahmen des „Stufenplanes“ nach § 63 des Arzneimittelgesetzes wurde bundesweit ein Informationssystem aufgebaut, das im Falle von Arzneimittelrisiken kurzfristig, in der Regel innerhalb weniger Stunden, eine Abstimmung zwischen den beteiligten Behörden über zu treffende Maßnahmen sowie die Information der Verkehrskreise - Hersteller, Vertriebsunternehmer, Großhändler, Apotheken - ermöglicht.

In dieses Informationssystem sind die Ärzte nicht einbezogen. Dies führt dazu, daß insbesondere niedergelassene Ärzte von dringenden Arzneimittelrückrufen und sonstigen Warnhinweisen häufig nicht oder nicht mit der erforderlichen Geschwindigkeit erreicht werden. Der vom pharmazeutischen Unternehmer versandte „Rote-Hand-Brief“ ist nicht in

jedem Falle ein geeignetes Mittel und erreicht den Arzt nur im Rahmen der über den Postversand zu realisierenden Fristen.

§ 20 der Apothekenbetriebsordnung schreibt vor, daß der Apotheker Kunden und die zur Ausübung der Heilkunde, Zahnheilkunde oder Tierheilkunde berechtigten Personen zu informieren und zu beraten hat, soweit dies aus Gründen der Arzneimittelsicherheit erforderlich ist. Das Sächsische Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie hat auf dieser Grundlage die sächsischen Apothekerinnen und Apotheker aufgefordert, ihnen zur Kenntnis gelangende Informationen über Arzneimittelrisiken, insbesondere Arzneimittelrückrufe, auf Relevanz für die Ärztinnen und Ärzte des Einzugsbereiches ihrer Apo-

theke zu prüfen und in eigener Verantwortung gezielt an betroffene Ärzte weiterzuleiten.

Aus rechtlichen Gründen wurde auf eine formelle Zuordnung der niedergelassenen Ärzte zu bestimmten Apotheken verzichtet. Das Ministerium erwartet dennoch, daß auf diesem Wege alle Ärzte kurzfristig über die betreffenden Arzneimittelrisiken informiert werden, bittet aber gleichzeitig um Verständnis dafür, daß eine parallele Information eines Arztes durch mehrere Apotheken nicht ausgeschlossen werden kann.

Dr. Heiner Frenzel
Sächsisches Staatsministerium für Soziales,
Gesundheit und Familie
Refertat 56, Arzneimittel- und
Apothekenwesen/Suchtfragen

Angabe des Patientennamens in dem zu steuerlichen Zwecken geführten Fahrtenbuch durch Ärzte

Im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 2/1998, Seite 42, hatten wir mitgeteilt, daß im Schreiben des Bundesfinanzministeriums vom 1. 8. 1997, Aktenzeichen: VI B 2 S - 2177-80/97, festgelegt worden ist, daß Ärzte ab 1. 1. 1998 verpflichtet seien, im Fahrtenbuch die aufgesuchten Patienten als Geschäftspartner zuzüglich zu der Angabe „Patientenbesuch“ genau zu bezeichnen.

Obwohl nach Auffassung aller Datenschutzbeauftragten und auch der Sächsischen Landesärztekammer diese Forderung der Bundesfinanzbehörden die ärztliche Schweigepflicht unberücksichtigt läßt, hat dies keine Änderung der Ansicht des Bundesfinanzministeriums zur Folge gehabt.

Wir müssen derzeit konstatieren, daß Ärzte nach Auffassung der Datenschutzbeauftragten und der Sächsischen Landesärztekammer gegen die ärztliche Schweigepflicht verstoßen, wenn sie ihren steuerrechtlichen Verpflichtungen nachkommen wollen.

Eine Klärung dieser Frage ist nur auf gerichtlichem Wege möglich. Denkbar

wäre, daß die Finanzbehörden dann diese Kosten nicht als Betriebsausgaben berücksichtigen und der Arzt auf dem Klageweg durch den Bundesfinanzhof diese Frage klärt. Ein anderer Wege wäre, daß ein Arzt die Angaben im Fahrtenbuch macht und ein Patient den Arzt wegen Verstoßes gegen die ärztliche Schweigepflicht bei der Staatsanwaltschaft anzeigt. Dann müßte diese Frage auf dem strafrechtlichen Sektor geklärt werden.

Soweit ein Arzt den Klageweg beschreiben will, kann er sich wegen weiterer Informationen an die Sächsische Landesärztekammer, Juristische Geschäftsführerin, Frau Glowik, wenden.

Für Rückfragen in dieser Angelegenheit stehen die Juristische Geschäftsführerin, Frau Glowik, Tel. (03 51) 82 67 4 21, bzw. Frau Rätz, Sachbearbeiterin Berufsrechtliche Angelegenheiten, Telefon (03 51) 82 67 4 24, zur Verfügung.

Ass. Iris Glowik
Juristische Geschäftsführerin

Zeitzeugen/Dokumente gesucht

Für eine Promotion werden Zeitzeugen - oder deren Angehörige und Bekannte - sowie Zeitdokumente gesucht, die Angaben über das Bestehen und die Arbeitsweise der Klinischen Einrichtungen und der Hauptgeschäftsstelle der Allgemeinen Ortskrankenkasse für Dresden am Sternplatz 7 in der Zeit von 1912 bis 1945 machen können. Von be-

sonderem Interesse sind Informationen über das Bestehen des Röntgeninstitutes und der Physikalischen Heilanstalt am Sternplatz in den Jahren 1938 bis 1945.

Über schriftliche Hinweise würden wir uns freuen im Institut für Geschichte der Medizin, Frau Haym, Löscherstr. 18 in 01309 Dresden.

Ärzteblatt Sachsen

Offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer mit Publikationen ärztlicher Fach- und Ständesorganisationen, erscheint monatlich, Redaktionsschluß ist jeweils der 10. des vorangegangenen Monats.

Herausgeber:

Sächsische Landesärztekammer,
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden,
Telefon (03 51) 82 67 - 0
Telefax (03 51) 82 67 - 4 12
Internet: <http://www.slaek.de>
e-mail: dresden@slaek.de

Redaktionskollegium:

Prof. Dr. Winfried Klug (V.i.S.P.)
Dr. Günter Bartsch
Prof. Dr. Heinz Dietrich
Dr. Hans-Joachim Gräfe
Dr. Rudolf Marx
Prof. Dr. Peter Matzen
Dr. Hermann Queißer
Prof. Dr. Jan Schulze
Dr. jur. Verena Diefenbach

Redaktionsassistentz: Ingrid Hülfer

Anschrift der Redaktion

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Telefon (03 51) 82 67 - 3 51, Telefax (03 51) 82 67 - 3 52

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

Leipziger Messe Verlag und Vertriebsgesellschaft mbH
Messe-Allee 1, 04356 Leipzig
Postfach 90 11 23, 04358 Leipzig
Telefon (03 41) 67 87 70, Telefax: (03 41) 6 78 77 12
Internet: <http://www.leipziger-messeverlag.de>
e-mail: boettcher@leipziger-messeverlag.de

Verlagsleitung: Thomas Neureuter

Herstellungsleitung: Elma Böttcher

Anzeigenleitung: Stefan Will

Annahme von Kleinanzeigen für das Land Sachsen:
Andrea Winkler, Leipziger Messe Verlag,
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden,
Telefon (03 51) 8 26 72 28, Fax (03 51) 8 26 72 29
z. Z. ist Anzeigenpreisliste Nr. 2 vom 1. 1. 1999 gültig.

Druck: Druckhaus Dresden GmbH,
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Titelgestaltung: Hans Wiesenhütter, Dresden

Zuschriften redaktioneller Art bitten wir, nur an die Redaktion, Postanschrift: Postfach 10 05 10, 01075 Dresden, zu richten. Für drucktechnische Fehler kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt, Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers und Verlages statthaft. Mit Namen oder Signum des Verfassers gezeichnete Artikel entsprechen nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte übernehmen Redaktion und Verlag keine Haftung.

Es werden nur unveröffentlichte Manuskripte angenommen. Mit der Annahme von Originalbeiträgen zur Veröffentlichung erwerben Herausgeber und Verlag das uneingeschränkte Verfügungsrecht. Die Redaktion behält sich Änderungen redaktioneller Art vor.

Bezugspreise/Abonnementpreise

Inland: jährlich 138,00 DM zzgl. Versandkosten
Ausland: jährlich 142,80 DM zzgl. Versandkosten
Einzelheft: 14,50 DM zzgl. Versandkosten

Bestellungen nimmt der Verlag entgegen. Die Kündigung des Abonnements ist mit einer Frist von drei Monaten jeweils zum 31.12. eines Kalenderjahres möglich und schriftlich an den Verlag zu richten. Die Abonnementgelder werden jährlich im voraus in Rechnung gestellt.

Haftpflichtversicherung bei Praxisaufgabe

Für jeden niedergelassenen Arzt kommt einmal der Zeitpunkt, alters- oder gesundheitsbedingt seine Praxis aufgeben zu müssen. Wir erhalten deshalb häufig Anfragen, ob in einem solchen Fall die nach der Berufsordnung vorgeschriebene Haftpflichtversicherung gekündigt werden kann, ohne daß dem Arzt oder seinen Erben Nachteile entstehen. Der Arzt haftet nämlich für Behandlungsfehler aus dem Behandlungsvertrag 30 Jahre lang; für Schmerzensgeldansprüche nach den Vorschriften über die unerlaubte Handlung noch drei Jahre. Dabei können sich Folgen einer fehlerhaften Behandlung nicht selten erst nach Jahren zeigen. Die Verjährungsfrist beginnt zudem erst, wenn der Patient „ohne medizinisches Einzelwissen“ dauerhaft überzeugt ist, daß eine bestimmte gesundheitliche Beeinträchtigung die Folge einer fehlerhaften Behandlung ist - so das Oberlandesgericht Düsseldorf in „Versicherungsrecht“, 1985, S. 744.

Nach erbrechtlichen Vorschriften haften auch die Erben des Arztes für solche Schadensereignisse, wobei diese ihre Haftung nur ausschließen können, wenn sie die Erbschaft ausgeschlagen haben. Für die Ausschlagung gilt aber eine Frist von nur sechs Wochen ab Kenntnis vom Erbfall.

Der Bundesgerichtshof hat zwar für die Eintrittspflicht des Haftpflichtversicherers auf den Zeitpunkt des Kausalereignisses abgestellt, also auf das den Schadensfall auslösende Ereignis, welches im Regelfall noch in der Laufzeit der Haftpflichtversicherung liegen dürfte. Dies heißt, der Haftpflichtversicherer muß in einem solchen Fall eintreten, selbst wenn der Versicherungsvertrag bereits beendet ist - vgl. Bundesgerichtshof in „Versicherungsrecht“, 1981, S. 173.

Es kann jedoch Grenzfälle geben, zumal wenn der Zeitpunkt des Kausalereignisses strittig ist oder wenn der Schaden erst nach Abschluß der Behandlung und

nach Ablauf des Versicherungsvertrages eingetreten ist. Als Beispiel mag hier etwa eine nicht sachgemäße Schwangersenvorsorge dienen, bei der sich der Schaden erst nach der Geburt des behinderten Kindes zeigt.

Um auch in solchen Fällen den Arzt oder dessen Erben nicht schutzlos zu lassen, bieten die Haftpflichtversicherer eine sogenannte **Nachhaftungsversicherung** an. Der Abschluß einer solchen Nachhaftungsversicherung empfiehlt sich im Fall der Praxisaufgabe dringend.

Der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. hat hierzu auf Anfrage der Sächsischen Landesärztekammer mitgeteilt:

„Diese Versicherung ist erforderlich, um Schadensfälle abzudecken, die noch in Zeiten der Wirksamkeit der Arzthaftpflichtversicherung verursacht wurden, in denen das Schadensereignis und damit der Versicherungsfall erst nach Aufgabe der Praxis eintritt. Die Versicherungsgesellschaften haben sich im übrigen in einer geschäftsplanmäßigen Erklärung dazu verpflichtet, den Versicherungsnehmer im Fall des vollständigen und dauernden Wegfalls des versicherten Risikos auf die Möglichkeit des Abschlusses einer Nachhaftungsversicherung hinzuweisen.“

Häufig wird ein Arzt aber auch nach Aufgabe der Praxis gelegentlich beruflich tätig werden, sei es bei der Behandlung im Verwandten- oder Bekanntenkreis oder als Praxisvertreter.

Um auch dabei aufgetretene Haftpflichtschäden abzudecken, bieten die Versicherungen den Abschluß einer „**Ruhestandsversicherung**“ (Versicherung für gelegentliche ärztliche Tätigkeiten, Erste-Hilfe-Leistungen und Nachbarschaftshilfe) an. Diese wird häufig mit der Nachhaftungsversicherung gekoppelt.

Auch zu einer „Ruhestandsversicherung“ ist zu raten, denn auch unvorhergesehen, z. B. in Notfällen, kann der Arzt im Ruhestand in die Lage kommen, ärztlich tätig werden zu müssen.

Die Zeitdauer, für welche die Nachhaftungsversicherung abgeschlossen werden soll, ist unterschiedlich. Sie wird sich stark an der bisherigen Tätigkeit des Arztes orientieren müssen. Mindestens wird sie für eine Laufzeit von fünf Jahren abzuschließen sein; ein deutlich längerer Zeitraum wird sich empfehlen, wenn die Tätigkeit des Arztes besonders „gefahrengeneigt“ war.

Über die Höhe der Prämien hat der Verband der Versicherungswirtschaft keine Auskunft gegeben, da die Prämienberechnung der einzelnen Versicherung obliegt und auch von der jeweiligen Tätigkeit des Arztes abhängig ist. Sicher ergeben sich dabei Unterschiede. Ein Versicherer hat mitgeteilt, daß als Prämie für eine auf Dauer von fünf Jahren abgeschlossene Nachhaftungsversicherung - einmalig - der bisherige Jahresbeitrag berechnet wird.

Zweckmäßig wird es sein, zunächst beim bisherigen Haftpflichtversicherer ein Angebot zu erholen. Auf keinen Fall sollte zwischen dem Ablauf der Berufshaftpflichtversicherung und dem Beginn der Nachhaftungs- oder Ruhestandsversicherung eine versicherungslose Zeit liegen, um im Schadensfall diesbezüglich Streit zu vermeiden.

Für weitere Fragen von angestellten oder im Ruhestand befindlichen Ärzten zur Haftpflichtversicherung verweisen wir auf den Artikel „Haftpflichtversicherung von Ärzten, insbesondere bei ärztlicher Hilfeleistung“ im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 11/1997, Seite 513.

Sächsische Landesärztekammer
Schlichtungsstelle
Rudolf Koob

Vorsitzender Richter am Oberlandesgericht a.D.
Juristischer Berater der Schlichtungsstelle

Konzerte in der Sächsischen Landesärztekammer

Die Veranstaltungen sind öffentlich

Donnerstag, 17. Juni 1999, 19.00 Uhr

Sonderkonzert Junge Meister

Trios für Flöte, Klarinette und Fagott von: Joseph Haydn, Antonio Vivaldi, Jean Francaix, Charles Koechlin u. a.
Anja Setzkorn - Flöte, Jan Seifert - Klarinette, Steffen Albert - Fagott
- Absolventen der Hochschule für Musik Dresden -
(Eintrittspreis 20,- DM/ermäßigt 10,- DM)

Sonntag, 4. Juli 1999, 11.00 Uhr

Junge Matinee

Hochschule für Musik Dresden

Klavier- und Kammermusik von Johann Sebastian Bach, Ludwig van Beethoven, Alban Berg u. a.
Ausführende: Christina Brandner und Kyeon-Won Roh, Klavier (Klasse Prof. Arkadi Zenzipér)
und Schüler der Sächsischen Spezialschule für Musik Dresden
(Eintrittspreis 8,- DM/ermäßigt 5,- DM)

Alle Kammermitglieder sind mit ihren Angehörigen und Freunden sehr herzlich eingeladen.

Im Anschluß an die Sonntagskonzerte „Junge Matinee“ besteht in unserem Kammerrestaurant die Möglichkeit zum Lunch.
Tischbestellungen werden unter der Telefon-Nr. (03 51) 8 26 71 10, Frau Arnold, gern entgegengenommen.

Ausstellungen in der Sächsischen Landesärztekammer

Prof. Siegfried Klotz - Malerei und Zeichnungen

(Hochschule für Bildende Künste Dresden)

vom 28. 4. 1999 bis 25. 6. 1999

Malerei und Zeichnungen „Erlebnis Krankheit“

vom 28. 6. 1999 bis 24. 8. 1999

Vernissage am Donnerstag, dem 8. Juli 1999, 19.00 Uhr

Vortrag: Herr Prof. Dr. med. Albrecht Scholz

Ausstellung im Foyer der Sächsischen Ärzteversorgung

Werner Haselhuhn - Malerei

Die Ausstellung ist bis zum 31.7.1999 zu sehen.



Ausschreibung von Vertragsarztsitzen in Gebieten, für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind

Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, **Bezirksstelle Chemnitz**, schreibt gemäß § 103 Abs. 4 SGB V auf Antrag des abgebenden Arztes folgenden Vertragsarztsitz zur Übernahme durch einen Nachfolger aus:

**Planungsbereich
Mittlerer Erzgebirgskreis
1 FA für Allgemeinmedizin**

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10. 7. 1999 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. (03 71) 2 78 94 06 oder 2 78 94 03 zu richten.

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

Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, **Bezirksstelle Chemnitz**, schreibt gemäß § 103 Abs. 4 SGB V auf Antrag des abgebenden Arztes folgenden Vertragsarztsitz zur Übernahme durch einen Nachfolger aus:

**Planungsbereich
Plauen-Stadt/Vogtlandkreis
1 FA für Chirurgie**

Anteil einer Gemeinschaftspraxis
Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 24. 6. 1999 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. (03 71) 2 78 94 06 oder 2 78 94 03 zu richten.

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

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, **Bezirksstelle Dresden**, wird auf Antrag des bisherigen Praxisinhabers folgender Vertragsarztsitz zur Fortführung durch einen Nachfolger ausgeschrieben:

**Planungsbereich Weißeritzkreis
1 FA für Allgemeinmedizin**

Nähere Auskünfte erhalten Sie über die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 88 28 - 3 30. Wir weisen darauf hin, daß sich auch die in der Warteliste eingetragenen Ärzte bei Interesse um den betreffenden Vertragsarztsitz bewerben müssen.

Bitte senden Sie Ihre Bewerbung bis zum 15. 7. 1999 an die o.g. Bezirksstelle.

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, **Bezirksstelle Dresden**, wird auf Antrag eines Partners einer Gemeinschaftspraxis folgender Vertragsarztsitz zur Fortführung durch einen Nachfolger ausgeschrieben:

**Planungsbereich Dresden-Stadt
1 FA für Allgemeinmedizin**

Nähere Auskünfte erhalten Sie über die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 88 28 - 3 30. Wir weisen darauf hin, daß sich auch die in der Warteliste eingetragenen Ärzte bei Interesse um den betreffenden Vertragsarztsitz bewerben müssen.

Bitte senden Sie Ihre Bewerbung bis zum 30. 6. 1999 an die o.g. Bezirksstelle.

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, **Bezirksstelle Dresden**, wird auf Antrag des bisherigen Praxisinhabers folgender Vertragsarztsitz zur Fortführung durch einen Nachfolger ausgeschrieben:

**Planungsbereich
Landkreis Riesa-Großenhain
1 FA für Haut- und Geschlechtskrankheiten**

Nähere Auskünfte erhalten Sie über die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 88 28 - 3 30. Wir weisen darauf hin, daß sich auch die in der Warteliste eingetragenen Ärzte bei Interesse um den betreffenden Vertragsarztsitz bewerben müssen.

Bitte senden Sie Ihre Bewerbung bis zum 30. 6. 1999 an die o.g. Bezirksstelle.

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, **Bezirksstelle Dresden**, wird auf Antrag des bisherigen Praxisinhabers folgender Vertragsarztsitz zur Fortführung durch einen Nachfolger ausgeschrieben:

**Planungsbereich Weißeritzkreis
1 FA für Urologie**

Nähere Auskünfte erhalten Sie über die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. (03 51) 88 28 - 3 30. Wir weisen darauf hin, daß sich auch die in der Warteliste eingetragenen Ärzte bei Interesse um den betreffenden Vertragsarztsitz bewerben müssen.

Bitte senden Sie Ihre Bewerbung bis zum 30. 6. 1999 an die o.g. Bezirksstelle.

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, **Bezirksstelle Leipzig**, wird auf Antrag des bisherigen Praxisinhabers folgender Vertragsarztsitz zur Übernahme durch einen Nachfolger ausgeschrieben:

**Planungsbereich Leipziger Land
1 FA für Allgemeinmedizin**

Nähere Auskünfte erhalten Sie über die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. (03 41) 2 43 21 53.

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

Bitte senden Sie Ihre Bewerbung bis zum 12. 7. 1999 an die o.g. Bezirksstelle.

A. Raabe, V. Seifert

Richtlinien zur intensivmedizinischen Behandlung des schweren Schädel-Hirn-Traumas

Klinik und Poliklinik
für Neurochirurgie der
Universität Leipzig

Zusammenfassung

Nach einem schweren Schädel-Hirn-Trauma wird die Prognose des Patienten nicht allein durch die primäre Hirnverletzung, sondern auch vom Ausmaß der als Folge pathophysiologischer Prozesse auftretenden sekundären Hirnschädigung bestimmt. Aufgabe der oft interdisziplinären intensivmedizinischen Behandlung ist die Prävention und konsequente Behandlung sekundärer zerebraler Insulte, die durch Hypotonie, intrakranielle Drucksteigerung, Ischämie, Hypoxie, Hyperglykämie und Fieber entstehen können. In den letzten Jahren haben mehrere Expertengremien auf nationaler und internationaler Ebene nach systematischer Auswertung der publizierten klinischen Ergebnisse Richtlinien zur Behandlung des schweren Schädel-Hirn-Traumas verabschiedet. Damit soll eine weitgehende Standardisierung des Managements des schweren SHT entsprechend des gegenwärtigen Erkenntnis-

standes erreicht und die Grundlage für eine optimale Behandlung gebildet werden. Im Mittelpunkt dieser Richtlinien steht die konsequente Behandlung von arterieller Hypotonie und Hypoxie bereits im Rahmen der Primärversorgung. Es ist Ziel, bereits in der Prähospitalphase einen mittleren arteriellen Blutdruck von > 90 mmHg einzustellen, um einen zerebralen Perfusionsdruck von > 70 mmHg zu gewährleisten und die Gefahr zerebral ischämischer Perioden zu minimieren. In allen Phasen der Behandlung steht die Aufrechterhaltung eines zerebralen Perfusionsdruckes von > 70 mmHg, die konsequente Behandlung intrakranieller Druckanstiege > 25 mmHg auf der Basis einer verlässlichen Hirndruckmessung und die Vermeidung einer aggressiven Hyperventilation und ihrer ischämischen Folgen im Mittelpunkt. Es besteht keine Indikation zur prophylaktischen Entwässerung oder der Verabreichung von Steroiden und Kalziumantagonisten.

Einleitung

Das schwere Schädel-Hirn-Trauma (SHT) gehört zu den zentralen gesundheitspolitischen Problemen mit hoher sozialer, ökonomischer und medizinischer Relevanz. Trotz der signifikanten Verbesserung der Prognose nach einem schweren SHT in den letzten beiden Dekaden versterben 35 - 40 % der Patienten und überleben weitere 20 % nur in einem persistierenden vegetativen oder in einem abhängigen behinderten Zustand mit schweren Beeinträchtigungen [10].

Aufgrund der in der klinischen Praxis oft interdisziplinären, zugleich aber auch häufig unterschiedlicher intensivmedizinischer Behandlung, der teilweise fehlenden oder veralteten Therapieprinzipien und der in den letzten Jahren angesammelten klinischen und experimentellen Daten haben seit 1995 verschiedene Kommissionen auf internationaler [5, 7, 9] und nationaler Ebene [1 - 4] Richtlinien zum Management des schweren Schädel-Hirn-Traumas verabschiedet. Es war das Ziel dieser Kommissionen, durch eine systematische Auswertung der publizierten klinischen Ergebnisse, Empfehlungen mit unterschiedlicher Gewichtung herauszugeben. Damit soll eine weitgehende Standardisierung des Managements des schweren SHT entsprechend des gegen-

wärtigen Erkenntnisstandes erreicht und die Grundlage für eine optimale Behandlung gebildet werden.

Alle Publikationen wurden hinsichtlich des experimentellen Designs und der statistischen Validität analysiert und entsprechend der Güte und Härte der Daten und klinischen Schlußfolgerung in 3 Klassen eingeteilt:

- **Klasse I** beinhaltet nur prospektive, randomisierte, kontrollierte Studien, die entsprechend entworfen, ausgeführt und ausgewertet wurden,
- **Klasse II** beinhaltet prospektive, randomisierte, kontrollierte Studien, die nicht die strengen Kriterien der Klasse I erfüllten, nicht randomisierte prospektive Studien und prospektiv gesammelte Datenbanken,
- **Klasse III** beinhaltet retrospektive Untersuchungen, Fallbeschreibungen und persönliche Meinungen.

Die verabschiedeten Empfehlungen standen direkt zur Güte der zugrundeliegenden Daten in Beziehung und wurden in Behandlungsstandards, Richtlinien und Therapieoptionen eingestuft:

- **Standards** ergeben sich aus Daten der Klasse I und stellen akzeptierte und

notwendige Prinzipien des Managements von hoher klinischer Sicherheit und Beweiskraft dar,

- **Richtlinien** beruhen auf Daten der Klasse II mit nachgewiesener mäßiggradiger Beweiskraft,
- **Therapieoptionen** ergeben sich aus Daten der Klasse III und stellen eine Behandlungsmöglichkeit dar, deren Wirksamkeit oder Vorteil für die breite klinische Anwendung unsicher ist, die aber in selektierten Fällen eine effektive Behandlung darstellen können.

Im folgenden werden die Prinzipien der intensivmedizinischen Behandlung von Patienten mit schwerem Schädel-Hirn-Trauma dargestellt, wie sie von der Brain Trauma Foundation und der Joint Section on Neurotrauma and Critical Care of the American Association of Neurological Surgeons and the Congress of Neurological Surgeons, der Kommission Intensivmedizin der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin und der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie verabschiedet wurden.

Bedeutung der Intensivmedizin für die Prognose nach schwerem SHT

In den letzten Jahren ist durch klinische und experimentelle Daten deutlich geworden, daß die Prognose des schweren Schädel-Hirn-Traumas nicht nur von der Schwere der primären Hirnverletzung, sondern auch vom Ausmaß sekundärer zellulärer Schädigungen abhängt, die sich als Folge posttraumatisch ablaufender pathophysiologischer Veränderungen und aus sekundären Insulten ergeben. Die Aufgabe der intensivmedizinischen Behandlung ist die Verhinderung und konsequente Behandlung sekundärer Insulte wie arterieller Hypotonie, Hypoxie, Ischämie und intrakranieller Drucksteigerung, Hyperglykämie und Fieber.

Primärversorgung

Die Strategie der konsequenten Vermeidung sekundärer Hirnschädigungen beginnt bei der primären Versorgung am Unfallort und erreicht dort ihre höchste Effizienz.

Sie hat die Ziele der

- Sicherung und Stabilisierung der Vitalfunktionen,
- Beurteilung der Bewußtseinslage und des Verletzungsmusters,
- Stabilisierung der Halswirbelsäule.

Arterielle Hypotonie (systolischer Blutdruck < 90 mmHg) und Hypoxämie (Apnoe, Zyanose oder $\text{paO}_2 < 60 \text{ mmHg}$) sind die häufigsten sekundären Insulte in der Frühphase nach schwerem SHT, die rigoros vermieden oder, wenn vorhanden, sofort behandelt werden müssen. Hypotonie und Hypoxie erhöhen den Anteil von Patienten mit schlechtem klinischem Zustand nach 6 Monaten (Glasgow Outcome Scale: schwere Behinderung, vegetativer Zustand, Tod). Eine Hypotonie in der Prähospitalphase war mit einer Verdopplung des schlechten Outcomes verbunden [6]. Die Behandlung in dieser Phase beinhaltet ei-

nen vollen Flüssigkeitsausgleich ohne Flüssigkeitsrestriktion. Die Infusion großer Mengen hypotoner Flüssigkeit (Glukose 5 %, Ringer-Laktat-Lösung) sollte vermieden werden, da durch den Abfall der Plasmaosmolalität eine Wasserbewegung nach intrazerebral und damit ein Hirnödem ausgelöst werden kann. Es ist Ziel, bereits in der Prähospitalphase einen mittleren arteriellen Blutdruck von > 90 mmHg einzustellen, um einen zerebralen Perfusionsdruck von > 70 mmHg (CPP = mittlerer arterieller Druck - mittlerer intrakranieller Druck) zu gewährleisten und die Gefahr zerebral ischämischer Perioden zu minimieren. Gelingt es nicht, die arterielle Hypotonie innerhalb weniger Minuten durch eine Volumengabe zu beheben, ist die Gabe vasoaktiver Substanzen indiziert.

Während der Prähospitalphase sollten nur dann spezifische Maßnahmen zur Senkung des intrakraniellen Druckes durchgeführt werden, wenn **klinische Zeichen einer Hirndrucksteigerung** auftreten:

- uni- oder bilaterale Pupillenerweiterung,
- asymmetrische Lichtreaktion,
- Beuge- oder Streckmechanismen,
- unklare neurologische Verschlechterung ohne erkennbare Ursache.

Die prophylaktische Gabe von Mannitol ist nicht berechtigt, weil dadurch die Kreislaufstabilisierung und die Aufrechterhaltung des mittleren arteriellen Blutdruckes > 90 mmHg gefährdet werden kann.

Eine Hyperventilation bewirkt eine zerebrale Vasokonstriktion und damit eine Abnahme der zerebralen Durchblutung und des zerebralen Blutvolumens. Klinische Untersuchungen der letzten 20 Jahre haben klar demonstriert, daß die Hirndurchblutung während der ersten 24 Stunden nach einem schweren SHT weniger als die Hälfte des Normalwertes beträgt und daß in dieser Situation eine hyperventilationsbedingte weitere Abnahme der Hirndurchblutung mit ei-

nem signifikanten Risiko einer zerebralen Ischämie verbunden ist. Grundsätzlich sollte nur eine moderate Hyperventilation ($\text{paCO}_2 30 - 35 \text{ mmHg}$) und nur bei Auftreten klinischer Zeichen einer intrakraniellen Drucksteigerung durchgeführt werden. Bei Fehlen klinischer Zeichen einer intrakraniellen Drucksteigerung ist eine Normoventilation anzustreben.

Bei 10 % aller Patienten mit schwerem SHT ist mit einer begleitenden Wirbelsäulenverletzung zu rechnen, die klinisch nicht ausgeschlossen werden kann. Die Kombination Hypotonie/Bradycardie kann auf eine Verletzung des Rückenmarkes hinweisen, obwohl meist klinische Zeichen fehlen. Bis zum endgültigen Ausschluß einer HWS-Verletzung bis BWK I muß bei allen Patienten mit schwerem SHT die Halswirbelsäule immobilisiert werden.

Eine intrakranielle Blutung ist beim Erwachsenen nie Ursache eines hämorrhagischen Schockes. Bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern können dagegen intrakranielle Blutungen oder Galeahämatome kreislaufwirksam sein. Es gibt keine Indikation zur prophylaktischen Verabreichung hypothetisch „neuroprotektiver“ Medikamente wie Steroide, Barbiturate, Kalziumantagonisten oder Tris-Puffer.

Behandlung des schweren Schädel-Hirn-Traumas auf der Intensivstation

Bei Vorliegen eines schweren gedeckten SHT oder eines offenen SHT jeglichen Schweregrades muß im erstversorgenden Krankenhaus eine neurochirurgische Abteilung/Klinik mit 24-stündiger OP-Bereitschaft vorhanden sein. Nach Abschluß der Stabilisierung der Vitalfunktionen, Durchführung der kranialen Computertomographie und Ausschluß einer akut lebensbedrohlichen intrathorakalen oder intraabdominellen Verletzung werden im Rahmen der Akutversorgung raumfordernde intrakranielle Blutungen operativ versorgt. Bei Fehlen

einer raumfordernden intrakraniellen Blutung sollte in der Mehrzahl der komatösen Patienten nach einem Schädel-Hirn-Trauma eine Überwachung des intrakraniellen Druckes durchgeführt werden. Bei Vorliegen pathologischer Befunde bei der kranialen CT besteht generell die Indikation zur Hirndruckmessung. Bei Vorliegen eines normalen CT-Befundes besteht die **Indikation zur Hirndruckmessung**, wenn zwei der drei folgenden Kriterien erfüllt sind:

- *Alter > 40 Jahre*
- *unilaterale oder bilaterale Beuge- oder Streckmechanismen*
- *Systolischer Blutdruck < 90 mmHg.*

Als Verfahren wird die intraventriculäre oder intraparenchymatöse Druckmessung favorisiert, die verlässliche Meßwerte liefert. Subdurale oder subarachnoidale Drucksonden werden als Systeme zweiter Wahl angeführt. Die epidurale Druckmessung weist in 30 % der Messungen eine Fehlerquote von > 10 mmHg auf und kann häufiger als die bisher genannten Systeme zu inadäquaten therapeutischen Entscheidungen führen [12]. Sie ist ebenfalls nur zweite Wahl.

Die Hirndruckmessung gehört bei Vorliegen obengenannter Indikationen zum Basismanagement des schweren SHT und liefert essentielle diagnostische Informationen, die sich auf die Prognose des Patienten auswirken können. Die Messung des intrakraniellen Druckes kann eine zunehmende intrakranielle Raumforderung diagnostizieren und eine rasche, je nach Ursache operative oder intensivmedizinische hirndrucksenkende Therapie einleiten, bevor als Folge des pathologisch erhöhten Hirndruckes oft irreversible, klinische Zeichen der transtentoriellen Herniation auftreten. Sie stellt die objektive Basis für die Anwendung der mit möglichen Nebenwirkungen behafteten hirndrucksenkenden intensivmedizinischen Therapieverfahren dar. Die Messung des Hirndruckes erlaubt die Berechnung und optimale Einstellung des zerebralen

Perfusionsdruckes. Eine erneute CT-Diagnostik zum Ausschluß einer neuen operativ behandelbaren Raumforderung und/oder eine hirndrucksenkende Therapie sollte ab einem Wert von 20 - 25 mmHg durchgeführt werden.

Eine zerebrale Ischämie ist die häufigste Ursache der sekundären Hirnschädigung nach einem schweren SHT. Besonders in der Frühphase nach dem Trauma ist, wie bereits erwähnt, die zerebrale Durchblutung vermindert. Störungen wie eine Hypotension, eine intrakranielle Drucksteigerung oder eine Hyperventilation, die zu einer weiteren Verminderung der Durchblutung führen, können eine zerebrale Ischämie verursachen oder verstärken. Ischämische Zellveränderungen werden bei 90 % aller Patienten gefunden, die an einem schweren SHT versterben [8]. Eine Erhöhung des zerebralen Perfusionsdruckes durch Anhebung des mittleren arteriellen Druckes oder Senkung des intrakraniellen Druckes kann die Perfusion verbessern und eine globale oder regionale Ischämie vermeiden oder minimieren. Es wird empfohlen, durch Volumensubstitution und, wenn nötig, den Einsatz sympathikomimetischer Substanzen (meist Dopamin, Noradrenalin) den zerebralen Perfusionsdruckes konsequent auf über 70 mmHg aufrechtzuerhalten. Für die Flüssigkeitssubstitution gilt auch hier, daß eine Infusion grosser Mengen hypotoner Flüssigkeit (Glukose 5 %, Ringer-Laktat-Lösung) vermieden werden sollte, da durch den Abfall der Tonizität oder effektiven Plasmaosmolalität eine Wasserbewegung nach intrazerebral und damit ein Hirn-ödem ausgelöst werden kann. Oft unterschätzt und damit neuroprotektives Potential verschenkt wird bei Fieber und Hyperglykämie. Eine Erhöhung der Körpertemperatur um 2 °C steigert beim Menschen den Stoffwechsel um 24 % und senkt entsprechend die Ischämietoleranz. Eine Hyperglykämie nach fokaler oder globaler Ischämie ist mit einem signifikant schlechterem Outcome verbunden. Ursache ist die substrata-

abhängige anaerobe Glykolyse in Regionen verminderter Durchblutung. Es gibt keine Schwelle für diesen Effekt. Empfohlen wird ein maximaler Grenzwert von < 13 mmol/l und ein optimaler Grenzwert von < 7 mmol/l. Dabei ist wichtig, daß nicht die Anwendung glukosehaltiger Lösungen per se, sondern ausschließlich die auftretende Hyperglykämie nachteilig ist.

Die Gabe von Steroiden ist nach einem SHT nicht indiziert. Für Steroide ist bisher kein Effekt auf den intrakraniellen Druck oder die Prognose des Patienten nachgewiesen worden.

Die prophylaktische Gabe von Phenytoin, Carbamazepin oder Phenobarbital ist nicht geeignet, einer Spätepilepsie vorzubeugen.

Behandlung einer intrakraniellen Drucksteigerung

Vor jeder spezifischen Therapie zur Hirndrucksenkung muß geprüft werden, ob eine ausreichende Analgosedierung vorliegt und mit einem aktuellen CT eine operativ behandelbare Raumforderung ausgeschlossen werden (Blutung, Kontusion, Hydrozephalus).

Als Richtlinie zur Behandlung einer Hirndrucksteigerung werden die Liquordrainage, die Gabe von Mannitol zur Osmotherapie und die moderate Hyperventilation (pCO_2 30 - 35 mmHg) empfohlen.

Die kontrollierte Drainage von Liquor zerebrospinalis über einen intraventriculären Katheter ist eine einfache, effektive und relativ komplikationsarme Methode. Der intrakranielle Druck kann um einen Betrag gesenkt werden, der dem Produkt aus Liquorproduktion und Abflußwiderstand, also dem Anteil der Liquodynamik am aktuellen Druck, entspricht (3 - 7 mmHg, in Einzelfällen 10 - 15 mmHg).

Bei der Osmotherapie wird Mannitol der Vorzug vor Glycerol und Sorbitol gegeben. Intermittierende Bolusinfusionen sind effektiver als eine kontinuierliche Anwendung. Effektive Dosierungen reichen von 0,25 - 1 g/kg KG. Mannitol wird praktisch nicht verstoffwechselt

und kann bei vorgeschädigter Niere ein Nierenversagen auslösen. Die Serumosmolalität sollte < 320 mosmol/l betragen. Bei der Osmotherapie ist auf eine strenge Bilanzierung, euvolämischen Flüssigkeitsausgleich und einen stabilen arteriellen Blutdruck zur Aufrechterhaltung eines zerebralen Perfusionsdruckes von > 70 mmHg zu achten.

Die moderate Hyperventilation senkt die zerebrale Durchblutung und vermindert den Hirndruck über eine vasokonstriktorisch bedingte Abnahme des zerebralen Blutvolumens. Wie bereits angeführt, besteht nach einem schweren SHT bereits eine Minderdurchblutung, so daß die Vasokonstriktion, die durch eine Hyperventilation hervorgerufen wird, eine zerebrale Ischämie begünstigen kann. Patienten, die mit einer aggressiven Hyperventilation ($pCO_2 < 25$ mmHg) behandelt wurden, hatten nach 6 Monaten ein signifikant schlechteres Outcome verglichen mit einer normoventilierten Kontrollgruppe [11]. Bei einer Hyperventilation mit einem $pCO_2 < 30$ mmHg war bei 20 - 30 % der Patienten eine Verminderung des Hirngewebes - pO_2 oder des jugulärvenösen pO_2 in ischämische Bereiche zu beobachten. Aufgrund dieser Klasse I-Befunde wurde als Standard festgelegt, daß eine aggressive Hyperventilation ohne Hinweise auf eine Hirndrucksteigerung kontraindiziert ist. Als Richtlinie wurde anhand der Klasse II-Daten festgelegt, daß auch eine prophylaktische Hyperventilation mit einem pCO_2 von < 35 mmHg nicht durchgeführt werden sollte. Eine therapeutische moderate Hyperventilation bei Vorliegen einer intrakraniellen Drucksteigerung sollte einen pCO_2 von 30 mmHg nicht unterschreiten. Auch nach Ausschöpfung dieser als Richtlinie empfohlenen Maßnahmen verbleiben immer noch etwa 10 - 15 % der Patienten mit einer therapierefraktären Hirndrucksteigerung, die eine Mortalität von 60 - 90 % aufweisen. Für diese Patientengruppe bestehen als Therapieoptionen (Klasse III-Daten) das Barbiturat-koma, die Hypothermie, die aggressive Hyperventilation unter Überwachung

des Hirngewebe- pO_2 oder des jugulärvenösen pO_2 und die Entlastungskraniektomie. Für jede dieser Therapieoptionen ist ein therapeutischer Vorteil nur bei selektierten Patienten mit therapierefraktärer Hirndrucksteigerung, nicht aber als generelle Therapiemaßnahme nachgewiesen worden. Sie sind mit zum Teil erheblichen Nebenwirkungen verbunden, erfordern ein spezielles Neuro-monitoring und sollten nur von in der Methode entsprechend erfahrenen Intensivmedizinern auf der Basis einer verlässlichen Hirndruckmessung, nach Ausschöpfung der Standardtherapie und einem aktuellen CT mit Ausschluß einer operativ behandelbaren Raumforderung, in Betracht gezogen werden.

Ein Barbiturat-koma muß obligat unter kontinuierlichem Monitoring von arteriellem Blutdruck, intrakraniell Druck und EEG erfolgen. Voraussetzung für eine hirndrucksenkende Wirkung sind eine erhaltene zerebrovaskuläre Reaktivität, vorhandene EEG-Aktivität und ein Ansprechen auf eine Testdosis (Responder).

Bei Anwendung der moderaten Hypothermie sollte die Körperkerntemperatur bis maximal 31 - 33 °C gesenkt und eine Dauer von 48 Stunden nicht überschritten werden. Die Nebenwirkungen können alle Organsysteme betreffen, bestehen aber am häufigsten in Gerinnungsstörungen, Elektrolytstörungen (vorwiegend Kaliumverschiebungen), Sepsis, Arrhythmie und Pankreasenzym erhöhungen.

Eine aggressive Hyperventilation ($pCO_2 < 25 - 29$ mmHg) darf aufgrund des relativ hohen Risikos einer induzierten zerebralen Ischämie nur unter Überwachung des Hirngewebe- pO_2 oder des jugulärvenösen pO_2 durchgeführt werden.

Bei weiterhin therapierefraktärer Hirndrucksteigerung kann eine großflächige Entlastungskraniektomie mit Duraerweiterungsplastik in Betracht gezogen werden, die gegenwärtig immer häufiger zur Anwendung kommt. Obwohl es sich dabei um einen operativen Eingriff handelt, ist das Nutzen-Risiko-Verhältnis

deutlich höher als bei den anderen genannten Therapieoptionen. Verglichen mit Barbiturat-koma, Hypothermie und aggressiver Hyperventilation ist die Entlastungskraniektomie mit Duraerweiterungsplastik unter den Therapieformen der ultima ratio eine relativ komplikationsarme Therapie, deren Hauptrisiken in einer Blutung und einer Infektion bestehen. Der Erfolg ist hauptsächlich davon abhängig, ob für die Prognose des Patienten die primäre Verletzung (keine Indikation) oder die sekundären Insulte durch die therapierefraktäre Hirndrucksteigerung dominieren. Obwohl die Vorstellung verbreitet ist, daß vor allem Kinder von dieser Therapie profitieren, besteht auch bei Erwachsenen eine hohe klinische Erfolgsquote, wenn therapierefraktäre, kritisch hohe Hirndruckwerte ohne Zeichen einer schweren primären Schädigung (Ausfall der evozierten Potentiale, Bulbärhirnsyndrom, Glasgow Coma Score 3) vorliegen und die Operation rechtzeitig durchgeführt wird.

Alle bisher mit Antioxidantien, Steroiden, Kalziumkanalblockern oder Glutamatantagonisten durchgeführten klinischen Studien zur pharmakologischen Intervention in die posttraumatisch ablaufende pathophysiologische Kaskade, die zu einer sekundären neuronalen Schädigung führt, haben sich als ineffektiv erwiesen. In diesem Licht erhöht sich der Stellenwert einer auf Prävention sekundärer Hirnschädigungen und konsequenter Behandlung sekundärer Insulte ausgerichteten modernen Intensivmedizin, deren Einfluß auf die Prognose des Patienten im Sinne einer „evidence based medicine“ nachgewiesen ist.

Literatur beim Verfasser

Anschrift der Verfasser:
Dr. med. Andreas Raabe
Prof. Dr. med. habil. Volker Seifert
Neurochirurgische Klinik und Poliklinik
Universität Leipzig
Johannisallee 34
04103 Leipzig

Artikel eingegangen: 11. 1. 1999
Artikel angenommen: 27. 1. 1999

J. Bickhardt, W. Matthiessen

Insektengiftallergie - Übersicht zu Diagnostik und Therapie bei Erwachsenen

Fachkrankenhaus Coswig GmbH
Zentrum für Pneumologie,
Thorax- und Gefäßchirurgie

Zusammenfassung

Anaphylaktische Reaktionen bis hin zum Schock sind bedrohliche Zwischenfälle nach Insektenstichen. Nicht selten berichten die Patienten über frühere milde systemische Reaktionen nach Stichen durch Bienen oder Wespen, seltener auch Hornissen oder Hummeln.

Nach Abklingen der akuten Symptomatik muß durch gezielte allergologische Anamnese, Hauttest und immunologische Untersuchungen die Art des auslösenden Insekts differenziert und die Frage der IgE-vermittelten Pathogenese geklärt werden.

Die kausale Behandlung der Insektengiftallergie ist die Hyposensibilisierung. Die Behandlung wird zumeist als Schnell-Hyposensibilisierung unter stationären Bedingungen begonnen und nach Erreichen der Erhaltungsdosis ambulant alle 4 bis 6 Wochen fortgesetzt.

Die Therapie sollte je nach Schwere der primär abgelaufenen Reaktion, dem Expositionsrisiko und dem kardiovaskulären Risiko des Patienten 3 bis 5 Jahre lang durchgeführt werden. Die Effektivität der Hyposensibilisierung hinsichtlich der Unterdrückung systemischer Reaktionen nach erneutem Insektenstich liegt bei 80 bis 100 %.

Epidemiologie

Systemische Reaktionen nach Bienen- oder Wespenstichen stellen wegen der Schwere der Reaktionen und der Prognose ein ganz wesentliches Problem der praktischen Allergologie dar. Die Prävalenz der Insektengiftallergie wird mit 0,4 bis 5 % in Abhängigkeit von der untersuchten Stichprobe angegeben. In einer auf fast 10 000 Interviews basierenden repräsentativen Bevölkerungsumfrage des Emnid-Institutes Bielefeld bezeichneten sich 8 % der von Insekten gestochenen Personen als allergisch, 7 % suchten wegen subjektiver Beschwerden einen Arzt auf. Eine „Allergiebehandlung“ erhielten 2,3 % der Betroffenen. Ausgehend von der Prävalenzrate einer „Allergiebehandlung“ kann vorsichtig von etwa 600 000 bis 800 000 Insektengiftallergikern im Alter ab 14 Jahren in Deutschland ausgegangen werden (Fischer, 1993).

Nach einer Hochrechnung der Insektenstichnotfälle in München 1992 kann in Deutschland eine jährliche Inzidenz von etwa 3 000 Fällen angenommen werden (Bresser, 1995). Insgesamt 117 Todesfälle infolge Anaphylaxie nach Insektenstich sind für die Jahre 1990 bis 1995 vom Statistischen Bundesamt dokumentiert (nach Schäfer, 1997).

Ätiologie

Als Auslöser systemischer Reaktionen sind in unseren Breiten lediglich die Mitglieder der Familie Apidae (Bienen) und Vespidae (Faltenwespen) unter den Insekten der Ordnung Hymenoptera

(Hautflügler) von Bedeutung. Deutlich seltener werden systemische Reaktionen durch Hummeln (*Bombus*) und Hornissen (*Vespa*) ausgelöst. In Einzelfällen sind auch Allgemeinreaktionen durch andere stechende Insekten wie Mücken oder Bremsen beschrieben.

Bei den parenteral applizierten Insektengiften sind einerseits pharmakologisch-toxische Wirkungen durch Histamin oder andere vasoaktive Peptide und Proteine nachweisbar. Dem Mellitin werden dabei direkt zytotoxische Wirkungen, dem Apamin direkt neurotoxische Effekte zugeschrieben. Als Allergene wirken andererseits verschiedene Enzyme, insbesondere Phospholipase A₂. Darauf reagieren über 90 % der im Hauttest mit Bienengift positiven Patienten. Weiterhin sind die Hyaluronidase, Allergen C und bei Wespengift Antigen 5 sowie weitere Inhaltsstoffe als Allergene beschrieben (Przybilla, 1993; Forck, 1988).

Eine Kreuzreagibilität findet sich regelmäßig zwischen Bienen- und Hummelgift sowie zwischen Wespen- und Hornissengift. Nur selten kann durch RAST-Inhibition auch eine Kreuzreaktion zwischen Bienen- und Wespengift nachgewiesen werden (Schlenvoigt, 1996).

Klinik

Neben der typischen toxischen Lokalreaktion sind systemische Toxineffekte extrem selten anzutreffen. Sie können aber bei mehreren hundert bis tausend Stichen zu Rhabdomyolyse, Hämolyse,

Niereninsuffizienz, Leberparenchymschäden und zentral-nervösen Störungen führen. Häufiger dürften Lokalreaktionen an den oberen Atemwegen mit durch die akute Obstruktion gefährlichem Krankheitsbild auftreten. In ihrem klinischen Bild, von der allergischen IgE-vermittelten Reaktion nicht unterscheidbar, treten mitunter auch „pseudoallergische“ systemische Reaktionen auf, die wohl durch direkte Freisetzung vasoaktiver Mediatoren ausgelöst werden.

Das Spektrum der allergischen Reaktionen, die zumeist rasch einsetzen, reicht von der generalisierten Urtikaria und dem Angioödem als den häufigsten objektiven Hautsymptomen über respiratorische, kardiovaskuläre und gastrointestinale Symptomatik, bis hin zum schweren anaphylaktischen Schock. Die Möglichkeit von dualen Reaktionen mit Wiederauftreten der Symptomatik nach einigen Stunden muß in der Überwachung und Therapie von Patienten mit anaphylaktischen Reaktionen nach Insektenstich dringend beachtet werden. Die Schweregradeinteilung folgt bei den meisten Autoren der von Ring und Messmer 1977 vorgeschlagenen Skalierung (Tab. 1).

Diagnostik

Die Diagnostik bei Verdacht auf Insektengiftallergie muß klären, ob eine systemische Reaktion vorlag, die Art des auslösenden Insektes differenzieren und die IgE-vermittelte Pathogenese der Reaktion nachweisen oder ausschließen.

Tabelle 1: Schweregradskala anaphylaktischer Reaktionen (nach Ring, 1991)

Grad	Haut	Abdomen	Respirationstrakt	Herz-Kreislauf
I	Juckreiz Flush Urtikaria Angioödem	-	-	-
II	'' (nicht obligat)	Nausea Krämpfe	Rhinorrhoe Heiserkeit Dyspnoe	Tachykardie ($\Delta > 20/\text{Min.}$) Hypotension ($\Delta > 20 \text{ mmHg}$ systolisch) Arrhythmie
III	''	Erbrechen Defäkation	Larynxödem Bronchospasmus, Zyanose	Schock
IV	''	''	Atemstillstand	Kreislaufstillstand

Anamnese

Bei der Anamnese sind neben der Befragung bezüglich früherer Stiche Ereignisse der Zeitpunkt und die Lokalisation des letzten Stiches sowie das vermutete Insekt zu erfragen. Das zeitliche Intervall bis zum Einsetzen der Symptomatik und die Frage nach einer eventuell frühzeitig stattgehabten Notfalltherapie können hilfreich sein zur Abgrenzung gegenüber neurovegetativen oder vasovagalen Reaktionen. Weiterhin müssen konkurrierende Auslöser (Nahrungsmittelallergie etc.) ausgeschlossen werden. Ebenso sind begünstigende Faktoren,

wie die Therapie mit ACE-Hemmern oder Betablockern, Infekte, weitere Nebenleiden (zum Beispiel Schilddrüsenüberfunktion) zu beachten. Die Angaben der Patienten zur vermutlich reaktionsauslösenden Insektenart sind mitunter nicht verlässlich, obgleich der Verbleib des Stachels in der Haut, die Jahreszeit (Wespentische eher im späteren Sommer) und die Expositionsbedingungen gewisse Hinweise geben können. Auf Bienenarten, die Wespen täuschend ähnlich sehen, sei in diesem Zusammenhang hingewiesen (Abb. 1 und 2).

Bei der **Hauttestung** mit kommerziellen Bienen- und Wespengiftextrakten muß die mögliche irritative Reaktion durch das Gift an der Haut (Pricktest ab 100 - 300 $\mu\text{g/ml}$, Intrakutantest ab 0,1 - 1,0 $\mu\text{g/ml}$) abgegrenzt werden (Müller, 1993).

Spezifische IgE-Antikörper werden mit dem **Radioallergosorbentest (RAST)** oder äquivalenten Methoden bestimmt. Neben dem Hauttest ist dies die wesentlichste Methode, den IgE-abhängigen Charakter der Reaktion nachzuweisen. Sie ist damit für die Indikationsstellung zur Hyposensibilisierung von entscheidender Bedeutung. IgG-Antikörper haben gelegentlich einen Stellenwert für die Differenzierung der Insektenart bei unklaren Fällen, werden von einigen Autoren aber auch weiterhin als Verlaufsparemeter unter Hyposensibilisierung verwendet. Falls bei typischer systemischer Reaktion keine spezifischen IgE-Antikörper nachweisbar sind, kann der Histaminfreisetzungstest oder Leukotriennachweis mit dem CAST-ELISA weiterführende Information erbringen. Diese Untersuchungsverfahren haben sich jedoch in der Routinepraxis nicht etabliert und sind zum Teil umstritten (Müller, 1993; Höxtermann, 1995).



Abbildung 1: Wollbiene (*Anthidium manicatum*)
Bienenarten mit Ähnlichkeiten zu Wespen



Abbildung 2: Wespenbiene (*Nomada spec.*)

(Fotos: S. Fröhner, Nossen)

Bei der Interpretation der Testergebnisse müssen verschiedene Variable beachtet werden. So kommt es nach einer anaphylaktischen Reaktion zum IgE-Verbrauch, so daß unmittelbar nach dem Stichereignis die Testergebnisse für etwa 2 - 4 Wochen falsch negative Befunde aufweisen können. Bei Wespen- giftallergikern liegt das durchschnittliche Niveau der spezifischen IgE-Antikörpertiter auch bei abgelaufenen schweren Reaktionen gewöhnlich niedriger als bei Bienengiftallergikern. Mit zunehmendem Zeitablauf nach dem letzten Stichereignis kommt es zur Normalisierung der Testergebnisse, wobei eine RAST-Negativierung meist vor der Negativierung der Hauttestung eintritt. Liegt bei dem betreffenden Patienten eine Sensibilisierung gegenüber häufigen Inhalationsallergenen vor, fallen die Hauttestergebnisse und die spezifischen IgE-Titer bezüglich der Insektengiftallergie stärker positiv aus. Im höheren Lebensalter ist mit schwereren systemischen Reaktionen zu rechnen, wohl weil im Alter die kardiovaskuläre Reagibilität und damit die Kompensationsfähigkeit von anaphylaktoiden Ereignissen abnimmt.

Therapie

Die Behandlung von Patienten mit Bienen- und Wespengiftallergie umfaßt wie bei anderen allergologischen Fragestellungen die Allergenkarrenz, Pharmakotherapie und die Hyposensibilisierung. Eine absolute **Allergenkarrenz** gegenüber Insektengiften ist nicht möglich. Eine gewisse Expositionsprophylaxe kann jedoch durchaus effektiv sein und umgekehrt korreliert die erhöhte Exposition (zum Beispiel Imkerei, berufliche Tätigkeit im Freien oder in Bäckereien) mit der Entwicklung von Insektengiftallergien. Die Patienten sollen aufgeklärt werden, daß der Verzehr von Speisen und Getränken im Freien nach Möglichkeit zu vermeiden ist. Der Aufenthalt im Bereich von Müllanlagen, Tiergehegen oder der Kontakt zu Fallobst geht mit einem erhöhten Expositionsrisiko einher. Parfüm und andere duftende

Kosmetika locken ebenso wie stark gemusterte Kleidung die Insekten an. Das Tragen leichter, weitgeschnittener Garderobe kann dazu führen, daß sich die Insekten in der Kleidung verfangen. Wenn sich betroffene Patienten doch in der Nähe von Bienen oder Wespen befinden, so sollten sie hektische Abwehrbewegungen vermeiden. Bienen- oder Wespennester im gewöhnlichen Aufenthaltsbereich von Insektengiftallergikern sollten entfernt werden (Przybilla, 1993).

Die zweite Säule in der Therapie der Patienten mit Bienen- und Wespengiftallergie ist die **Pharmakotherapie**. Noch vor Abschluß der Diagnostik sollten die Patienten, bei denen anamnestisch der Verdacht auf eine Insektengiftallergie besteht, mit einem Notfallbesteck ausgerüstet werden, das ein Antihistaminikum mit raschem Wirkungseintritt sowie ein Glukokortikoid enthält. Die Medikation in flüssiger Darreichungsform ist wegen der besseren Anwendbarkeit (zum Beispiel im Freien) vorzuziehen (zum Beispiel Celestamine N[®], Fenistil[®]). Eine inhalative Adrenalinapplikation steht derzeit in Deutschland als Pumpspray (Infectokrupp[®]) zur Verfügung. Das Medikament muß vor der ersten Anwendung mit einer beiliegenden Ampulle verdünnt werden und ist dann nur vier Wochen haltbar. Ein weiterer Nachteil ist der Gehalt an Sulfiten, die selbst eine Pseudoallergie auslösen können. Als Alternative kann die Verordnung eines sulfitfreien Präparates vom amerikanischen Markt (Primate-ne[®]) zumindest für Patienten mit Kontraindikationen zur Adrenalininjektion (Herzrhythmusstörungen, Sulfittoleranz etc.) empfohlen werden. Alle anderen Insektengiftallergiker, insbesondere mit anamnestisch hohen Schweregraden, sollten einen Adrenalin-Injektor erhalten. Dieses Notfallset muß ein Allergiker während der Insektenflugperiode stets bei sich tragen. Über die Anwendung sollte er im Gespräch und mittels eines Merkblattes ausführlich informiert werden. Es wird im allgemeinen em-

pfohlen, bei einem erneuten Insektenstich die orale Medikation einzunehmen und bei Eintritt von Symptomen das Adrenalinpräparat anzuwenden.

Die Notfalltherapie bei systemischer anaphylaktischer Reaktion nach einem Insektenstich erfolgt symptombezogen nach den Regeln der Notfalltherapie und unterscheidet sich nicht von der Behandlung der Anaphylaxie anderer Ursache (Tryba, 1994).

Die kausale Behandlung der Insektengiftallergie ist die **Hyposensibilisierung**. Unter dieser Therapie kommt es zur Modifikation der T-Zellantwort mit Unterdrückung der für den allergischen Mechanismus wesentlich verantwortlichen TH2-Zellen (Jutel, 1995).

Indikation zur Hyposensibilisierung bei Insektengiftallergie ist die IgE-vermittelte systemische anaphylaktische Reaktion, wobei der Nachweis der IgE-abhängigen Pathogenese durch positiven Hauttest oder in-vitro-Testergebnisse gefordert wird. Gesteigerte Lokalreaktionen und sogenannte ungewöhnliche Reaktionen (arthritische Beschwerden, Fieber, Kopfschmerzen, Parästhesien) stellen keine gesicherte Indikation dar. Die Indikationsstellung muß immer im Einzelfall mit dem Patienten - auch unter Berücksichtigung der individuellen Situation einschließlich eines eventuell erhöhten Expositionsrisikos - geprüft werden. Zur Durchführung sind die Regeln der Hyposensibilisierungsbehandlung mit den entsprechenden Vorichtsmaßnahmen einschließlich Bereitstellung entsprechender Notfallmedikamente und der Beachtung von Kontraindikationen gültig (Müller, 1993; Sennekamp, 1995). Bei Patienten mit Kontraindikationen zur Hyposensibilisierung muß wegen des lebensbedrohlichen Charakters der Insektengiftallergie die Risiko-Nutzen-Relation der spezifischen Immuntherapie sehr sorgfältig abgewogen und mit dem Patienten besprochen werden. An unserem Hause sind mehrfach Patienten mit schweren systemischen Reaktionen nach Insektenstich erfolgreich hyposensibilisiert worden,

bei denen schwere Nebenleiden wie chronisch-obstruktive Bronchitis oder Lungenemphysem, Morbus Werlhof sowie Autoimmunthyreoiditis vorlagen. Die gleichzeitige Therapie mit Beta-blockern und ACE-Hemmern sollte - wenn irgend möglich - beendet werden.

Die Behandlung wird zumeist als Schnell-Hyposensibilisierung mit wässrigen Allergenzubereitungen begonnen. Diese muß wegen der Gefahr systemischer anaphylaktischer Nebenreaktionen unter stationären Bedingungen eingeleitet werden. Als Erhaltungsdosis werden üblicherweise 100 µg Hymenoptergift aller vier bis sechs Wochen ambulant vom Allergologen appliziert. Bei hohem Expositionsrisiko des Patienten und in der Vorgeschichte sehr schweren Reaktionen kann eine höhere Erhaltungsdosis von 200 µg pro vier Wochen notwendig sein (Przybilla, 1993). Dies betrifft insbesondere Bienengiftallergiker, da bei dieser Gruppe trotz einer lege artis durchgeführten Hyposensibilisierung nach Stichprovokation gehäuft systemische Reaktionen auftreten.

Alternativ kann die **spezifische Immuntherapie** auch nach konventionellem Protokoll mit Dosissteigerung über mehrere Wochen ambulant durchgeführt werden. Eine primäre Behandlung mit aluminiumhydroxid-adsorbiertem Insektengift ist ebenfalls möglich. In einzelnen Arbeitsgruppen wurde über die Ultrarush-Hyposensibilisierung mit Dosissteigerung bis zur Erhaltungsdosis innerhalb eines Tages und Fortsetzung in vierzehntägigem Abstand berichtet. Hier ist jedoch eine deutlich höhere Nebenwirkungsrate in Kauf zu nehmen. Eine solche Behandlung sollte nur unter intensivtherapeutischen Bedingungen eingeleitet werden (Müller, 1993).

Wenn eine Doppelsensibilisierung gegen Bienen- und Wespengift im RAST-Inhibitionstest nachweisbar ist, besteht die Indikation zur Hyposensibilisierung gegenüber beiden Allergenen. Die Behandlung kann alternierend oder nacheinander durchgeführt werden (Schlenvoigt, 1996).

Unter der spezifischen Immuntherapie kommt es nach unseren Erfahrungen regelmäßig zu einer gesteigerten Lokalreaktion, die gelegentlich zur Therapiepause zwingt. Das Ausmaß der Lokalreaktionen kann erfahrungsgemäß mit einem Antihistaminikum und gegebenenfalls niedrigdosierter Prednisolongabe reduziert werden. Diese Prämedikation muß aber in der Erhaltungstherapie unbedingt ausgeschlichen werden, da eine Minderung des Effekts der Hyposensibilisierung zu befürchten ist, Studien zu dieser Problematik aber nicht vorliegen.

Systemische anaphylaktische Reaktionen in der Steigerungsphase der Hyposensibilisierung werden in bis zu 40 % der Fälle beschrieben, scheinen uns aber eher seltener zu sein (Ruëff, 1996). Insgesamt gibt es bei Bienengiftallergikern unter der Hyposensibilisierung häufiger Nebenreaktionen als bei Wespengiftallergikern. Bei systemischen Nebenreaktionen in der Steigerungsphase, oder wenn während der Erhaltungstherapie die Injektionen wieder schlechter vertragen werden, müssen fokale Infekte, eine sich entwickelnde Hyperthyreose oder Begleitsensibilisierungen ausgeschlossen werden. Bei dem Krankheitsbild der systemischen Mastozytose wird die Hyposensibilisierung mitunter deutlich schlechter vertragen und kann gelegentlich nicht durchgeführt werden.

Allgemein wird eine **Therapiedauer** von 3 - 5 Jahren angegeben. Es liegen allerdings bisher keine gesicherten Daten über einen langfristigen Schutz der Patienten vor systemischen anaphylaktischen Reaktionen vor. Bei Wespengiftallergikern im klinischen Stadium III und IV sowie Bienengiftallergikern ab Stadium II und bei älteren Patienten mit kardiovaskulären Begleiterkrankungen, aber auch bei sehr hohem Expositionsrisiko (zum Beispiel Bäcker), orientieren wir primär auf eine fünfjährige Therapie. Bei guter Verträglichkeit der Immuntherapie (ohne Prämedikation), vollständiger Negativierung von Prick- und Intrakutantest sowie negativiertem spezifischen IgE in einem empfindli-

chen in-vitro-Test-System scheint es uns jedoch möglich, die Therapie auch bei diesen Patienten nach drei Jahren zu beenden. In der Praxis sind diese Kriterien jedoch selten vollständig erfüllt.

Die **Stichprovokation** mit einem lebenden Insekt kann die Entscheidung über die Beendigung der Hyposensibilisierung erleichtern. Wichtiger erscheint uns aber die Durchführung einer Stichprovokation unter der Frage der Notwendigkeit einer Dosisanpassung in der Erhaltungstherapie. Falls im zweiten Jahr der Hyposensibilisierung unter der Provokation noch (leichte) systemische Reaktionen auftreten, halten wir eine Steigerung der Erhaltungsdosis auf 200 µg für erforderlich. Treten nach dem Insektenstich im Labor keine systemischen Nebenwirkungen auf, wird die Behandlung regulär nach drei oder fünf Jahren beendet. Die Patienten müssen über die notwendige Therapiedauer auch bei vertragener Stichprovokation aufgeklärt werden (Ruëff, 1996; Müller 1993). Stichprovokationen zur Diagnostik bei Verdacht auf Insektengiftallergie vor Einleitung einer spezifischen Immuntherapie sind gefährlich und obsolet.

Die **Effektivität der Therapie** wird mit 80 - 100 % angegeben. Wie lange der Schutz durch die Hyposensibilisierung nach Absetzen der Therapie anhält, ist weitgehend unbekannt. In einzelnen Studien sind jedoch 2 - 5 Jahre nach Beendigung der Behandlung noch 3 - 17 % systemische Reaktionen bei erneutem Insektenstich aufgetreten (Rakoski, 1993; Lerch, 1998). Aus diesem Grund wird auch bei erfolgreich durchgeführter Hyposensibilisierung für den weiteren Verlauf die Verordnung eines Notfallbesteckes empfohlen (Müller, 1993).

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Fachkrankenhaus Coswig, Zentrum für
Pneumologie, Thorax- und Gefäßchirurgie
OA Dr. med. Jakob Bickhardt
Neucoswiger Straße 21, 01640 Coswig

Artikel eingegangen: 4. 1. 1999

Artikel angenommen: 14. 1. 1999

Aus der Arbeit des Landesbeirates für Psychiatrie im Freistaat Sachsen

Seit 1994 ist im Freistaat - wie in allen Bundesländern - ein „Sächsisches Gesetz über die Hilfen und die Unterbringung bei psychischen Krankheiten“ (Sächs. PsychKG) wirksam. Unter anderem regelt das Gesetz im § 7 die Einrichtung eines Landesbeirates für Psychiatrie, der als beratendes Organ zu Fragen der Struktur der Versorgung psychisch Kranker Stellung nehmen soll.

Derzeit besteht der Landesbeirat aus den Herren:

Prof. Dr. Otto Bach

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden

Chefarzt Dr. Waldemar Baron

Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Rodewisch

Chefarzt Dr. Dieter Herrmann

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Klinikum Chemnitz

Jan Hermann

Pflegedienstleiter Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Arnsdorf

Chefarzt Dr. Horst Krömker

Sächsisches Krankenhaus Zschadraß

Dr. Wolfgang Kupfernagel

Sozialpsychiatrischer Dienst, Gesundheitsamt Chemnitz

Chefarzt Dr. Ralf Schädlich

EKA Erzgebirgskrankenhaus Annaberg gGmbH

Stefan Scheiter

Pflegedienstleiter Klinikum Chemnitz

Dr. Ulrich Schumann

Nervenarzt und Kinder- und Jugendpsychiater in eigener Niederlassung, Pirna

Prof. Dr. Klaus Waldmann

Vogtland-Klinikum Plauen GmbH

Die Sitzungen des Landesbeirates finden 2 - 3 mal jährlich in der Sächsischen Landesärztekammer statt. Der Beirat hat beratende Funktionen gegenüber der Landesregierung und er arbeitet eng mit den Besuchskommissionen zusammen, die ebenfalls durch das Psychiatriegesetz installiert, durch regelmäßige Besu-

che in psychiatrischen Einrichtungen die notwendige Öffentlichkeit und Transparenz psychiatrischer Versorgung herstellen sollen. Fast alle einschlägigen Einrichtungen Sachsens wurden zwischenzeitlich schon besucht.

Ein Ergebnis der Arbeit des Landesbeirates ist ein Thesenpapier zu psychiatrischer Betreuung, das nachfolgend abgedruckt wird.

Thesen zur Spezialisierung in der klinischen Betreuung psychiatrisch erkrankter Patienten

Im Zusammenhang mit Anfragen seitens des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie des Freistaates Sachsens an den Landesbeirat für Psychiatrie bzw. einzelne Mitglieder desselben (u. a. Schreiben von Staatsminister Dr. Geisler vom 7. 7. 1998: „Vollversorgungsauftrag der psychiatrischen Krankeneinrichtungen und differentielle Versorgungsvereinbarung“; Schreiben von Ministerialdirigent Einbock vom 27. 4. 1998: Positionspapier „Zum Diskurs Psychiatrisches Fachkrankenhaus versus psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus“) werden nachfolgend Thesen formuliert, die von den Mitgliedern des Landesbeirates bei verschiedenen Gelegenheiten diskutiert und abgestimmt wurden.

1. Neben den traditionell die psychiatrische Versorgung ganz wesentlich getragen habenden Landeskrankenhäusern bzw. psychiatrischen Fachkrankenhäusern haben sich insbesondere seit der Psychiatrie-Enquete zunehmend psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern etabliert. In der Bundesrepublik gibt es derzeit etwa 120 solche Abteilungen, die auch in Ostdeutschland nach der Wende vermehrt eingerichtet wurden. Im Freistaat Sachsen bestehen zur Zeit acht psychiatrische Fachkrankenhäuser beziehungsweise Landeskrankenhäuser und zwölf psychiatrische Ab-

teilungen am Allgemeinkrankenhaus; zwei weitere sind im Entstehen.

Die durchschnittlichen Bettenzahlen dieser stationären Behandlungsstrukturen betragen für die Landeskrankenhäuser 233 und die psychiatrischen Abteilungen 80.

In diesem Zusammenhang geht der Landesbeirat für Psychiatrie davon aus, daß die starke Annäherung der Bettenzahlen beider Typen von Behandlungsstrukturen (vernünftigerweise sollte man die Unterscheidung Landeskrankenhäuser - Abteilungen gar nicht mehr treffen, sondern von größeren und kleineren psychiatrischen Kliniken sprechen, weil die Etiketten das Element von Ideologisierung in sich tragen, die alte Streitpunkte nur perpetuieren) zu immer stärkeren Annäherungen auch der funktionellen Gestaltung sowie der behandelungstechnischen und verwaltungstechnischen Abläufe führen werden.

2. Während die größeren Kliniken - Landeskrankenhäuser etwa vom Typ der Kliniken in Arnsdorf oder Großschweidnitz - den Vorteil ländlicher Lage und weiträumiger Anlagen sowie großzügigeren Angebot umbauten Raumes aufweisen, sind die städtischen psychiatrischen Kliniken mit den Beengungen, wie sie sich allgemein in den Krankenhäusern ergeben, mehr konfrontiert, wenngleich auch gerade in Sachsen in den letzten Jahren großzügige psychiatrische Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern geschaffen wurden. Letztere haben gegenüber den Landeskrankenhäusern den Vorteil der Gemeindennähe, so daß sich die Therapie und vor allem die Rehabilitation direkt in der Nähe des Lebensmittelpunktes der Patienten abspielen können.
3. Moderne klinisch-psychiatrische Versorgung ist ausgesprochen interdisziplinär angelegt. Der Psychiater hat in

einem Klinikum als Konsiliarius (gegebenenfalls auch als Liaisonpsychiater) dankbare, aber auch arbeitsintensive Aufgaben, andererseits muß er praktisch täglich mit anderen Fachgebieten kooperieren und fremden Sachverstand in seine Klinik holen (zum Beispiel Internisten im Hinblick auf multimorbide Alterspatienten, Anästhesisten wegen der Elektroheilkampfbehandlung, Neurologen wegen diverser Krankheiten im neurologisch-psychiatrischen Grenzbereich). Hier bietet die Abteilung einen großen Vorteil. Die Landeskrankenhäuser müssen sich diesbezüglich (und nicht selten geschieht dies auch schon) Kooperationspartner in regionalen Krankenhäusern suchen. Dies ist auch aus Gründen einer differenzierten somatischen Diagnostik (zum Beispiel Neuroradiologie) erforderlich, die aus wohlverstandenen wirtschaftlichen Erwägungen nicht in jedem Krankenhaus vorgehalten werden kann.

4. Psychiatrische Kliniken benötigen im gemeindepsychiatrischen Verbund lebendige Kooperationsbeziehungen. Hier bietet die Abteilung, die direkt in der versorgten Region angesiedelt ist, Vorteile. Diese können dann durch die psychiatrischen Fachkrankenhäuser ausgeglichen werden, wenn sie ausgelagerte Strukturen in der Versorgungsregion plazieren und ihnen eine ausreichende Selbständigkeit gewähren (zum Beispiel Institutsambulanzen, Tageskliniken außerhalb des Krankenhauses).

Diese Beispiele zeigen, daß der Weg der psychiatrischen Fachkrankenhäuser in die Richtung gewiesen ist, sich ebenfalls funktionell als Abteilung zu verstehen, so daß sich die Strukturqualität beider wie gesagt annähert.

5. Zur Frage der Spezialisierung hinsichtlich der Struktur von Krankenhäusern geht der Landesbeirat davon aus, daß man zwischen strukturellen

Spezialitäten und patientenzentrierten (auf das einzelne Krankheitsbild bezogenen) Spezialisierungen unterscheiden muß.

Die strukturellen Spezialisierungen der psychiatrischen Fachkrankenhäuser liegen in einerseits lokalen Besonderheiten, die sich traditionell entwickelt haben, etwa neurologischen Kliniken, kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken unter gemeinsamer verwaltender und ärztlich-direktoraler Leitung.

Andererseits sind Spezialeinrichtungen wie Maßregelvollzugseinrichtungen, unter Umständen auch Sucht- und Drogenkliniken in ihnen sinnvoll untergebracht. Dabei spielen Aspekte der Sicherung (Maßregelvollzug), umfangreichere Arbeitstherapiemöglichkeiten und besseres Raumangebot eine besondere Rolle, auch im Hinblick auf die viel längeren Verweildauern in bestimmten Bereichen.

Natürlich lassen es Kliniken mit mehr als 200 Betten auch zu, innerbetriebliche Spezialisierungen zu betreiben, die sinnvoll sein können, ohne daß es ein Qualitätsmanko wäre, wenn man sie nicht hätte (gedacht werden kann diesbezüglich an Stationen für alterspsychiatrische Patienten, Depressionsstationen und so fort). Beispielsweise gibt es ein großes Fachkrankenhaus in Norddeutschland, in dem man gute Erfahrungen mit einer Station für Borderline-Patienten gemacht hat. Ein Fehler wäre es aber, wenn man den größeren Bettenbestand der Landeskrankenhäuser meinte begründen zu müssen mit weitergehenden Spezialisierungen im Betreuungssetting der Stationen. Es ist im Gegenteil zu befürchten, daß mit derartigen Spezialisierungen durch die Hintertür wieder eine Zweiklassenpsychiatrie Einzug hält. Auf gemischten Stationen läßt sich übrigens auch flexibler auf Einweisungen reagieren und die Bettenauslastung erhöhen. Die Verweildauer ist in den Abteilungen des-

halb auch niedriger als in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern.

6. Das Fach Psychiatrie und Psychotherapie gehört zu den größeren medizinischen Fächern, weswegen es auch Erwägungen gibt, neue Fachschwerpunkte in die Weiterbildungsordnung aufzunehmen (zum Beispiel Sucht, Gerontopsychiatrie, Forensik). Daraus darf aber nicht der Schluß gezogen werden, kleinere Bereiche könnten diese Ausbildung nicht angemessen leisten. Es muß einer individuellen Qualifizierung der Mitarbeiter und der Qualifizierung zur Arbeit im multiprofessionalen Team (Ärzte, Psychologen, Schwestern, Ergotherapeuten) das Wort gesprochen werden. Psychotherapeutische Basisqualifizierungen in Tiefenpsychologie, Verhaltenstherapie, klientenzentrierter Therapie sind genauso erforderlich wie soziologisches Wissen und diagnostische Fertigkeiten neben anderem psychiatrischen Fachgrundwissen.

Die Frage lautet nicht, ob Patienten mit endogenen Psychosen, Borderline-Störungen, akuten Intoxikationen und Alterserkrankungen auf einer oder getrennten Stationen zu behandeln seien, sondern ob ein Team vorhanden ist, in dem sich die entsprechende fachliche Kompetenz herauskristallisiert hat und ob die Klinik ein Setting bietet, das gegebenenfalls Patienten mit Borderline-Störungen oder gerontopsychiatrischen Störungen beispielsweise eben im Gesamtrahmen der Angebote gerecht wird. Spezialisierung in der Psychiatrie in diesem individuumzentrierten (im Gegensatz zum weiter oben apostrophierten strukturzentrierten) Sinne bedeutet individuelle fachliche Kompetenz der Therapeuten, Strukturen von Supervisionen und Fallberatungen (derartige Maßnahmen sind in kleineren Behandlungseinheiten besser steuerbar), „Mehr-Augen-Supervision“ durch die interdisziplinäre Betreuung vieler Patienten und Strukturierung

der Nachsorge in den Lebensbereich des Patienten hinein. Nicht zu vergessen ist, daß die wohnortnahe Versorgung auch die so wichtige Arbeit mit den Angehörigen erst ermöglicht.

Jeder Kollege, der einigermaßen Einblick in die Behandlungsszene hat, weiß, daß es über das Gesagte hinaus Vorlieben von Therapeuten für bestimmte Krankheiten gibt, die unter Umständen zu höherer Betreuungskompetenz geführt haben, mit anderen Worten, manche können manches besser als andere. Es obliegt dem freien Spiel der interkollegialen Zusammenarbeit, daß man sich dieser Kompetenz bedient. Schließlich entscheidet auch das Wahlverhalten der Patienten selbst, wie diese Kompetenz genutzt wird. Dieser Bereich entzieht sich jeglicher Regulierung, er ist im vernünftigen interkollegialen Umgang im Interesse der Patienten zu nutzen.

7. Aus Gründen der Qualitätssicherung, der ausreichenden Ausbildungsmöglichkeiten und aus wirtschaftlichen Gründen dürfen psychiatrische Klini-

ken eine Mindestbettenzahl nicht unterschreiten. Insbesondere auch, um alle ärztlichen Dienste zu sichern und alle erforderlichen Berufsgruppen nach der Psychiatriepersonalverordnung einsetzen zu können, ist dies erforderlich. Der Landesbeirat geht davon aus, daß Kliniken einschließlich Tagesklinik mindestens 80 - 100 Behandlungsplätze vorhalten müssen, die dann aber eine Vollversorgung ohne weiteres sichern. Dies wiederum bedeutet, daß eine angemessen große Betreuungsregion auch verfügbar sein muß. Der Einrichtung von Kleinstkliniken gleichsam als strukturpolitische oder regionalpolitische Maßnahme ist nicht das Wort zu reden.

8. In die Versorgungsstrukturen im Freistaat Sachsen sind nach Meinung des Landesbeirates für Psychiatrie alle Behandlungseinrichtungen psychiatrischer Provenienz einzubeziehen, wie es der Landespsychiatrieplan vorsieht:

- Psychiatrische Fachkrankenhäuser (z. B. die Landeskrankenhäuser)
- Psychiatrische Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus

- Universitätskliniken für Psychiatrie und Psychotherapie.

9. Der Landespsychiatriebeirat verwarft sich energisch dagegen, daß das Prinzip der psychiatrischen Vollversorgung, welches in Sachsen geregelt ist, aufgeweicht wird durch Initiativen der Kassen, Versorgungsvereinbarungen mit einzelnen Krankenhäusern zu treffen, die ausgewählte psychiatrische Patienten nur in bestimmte Krankenhäuser (vermutlich mit niedrigeren Tagespflegesätzen) führen sollen. Damit würden die mühsam errungenen Betreuungsfortschritte in der Versorgung psychisch Kranker gefährdet. In diesem Sinne werden auch Versuche, die Psychiatrie-Personalverordnung außer Kraft zu setzen, energisch zurückgewiesen.

Für den Landesbeirat für Psychiatrie
Prof. Dr. med. O. Bach

Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie
und Psychotherapie des Universitätsklinikums
Carl Gustav Carus
der Technischen Universität Dresden
Fetscherstraße 74
01307 Dresden

Mitteldeutsche Gesellschaft für Pneumologie (MDGP) gegründet

Ende Februar 1999 wurde in Weimar die Mitteldeutsche Gesellschaft für Pneumologie gegründet. Es handelt sich dabei um eine wissenschaftliche Vereinigung, die sich mit verschiedenen Aspekten der Diagnose und Therapie von Lungenerkrankungen beschäftigt. Die neugegründete Gesellschaft will die Zusammenarbeit zwischen ambulant und stationär tätigen Ärzten verbessern, für die Vermittlung von neuesten wissenschaft-

lichen Erkenntnissen auf dem Gebiet der Lungenheilkunde sorgen und den Erfahrungsaustausch unter den Kollegen fördern mit dem Ziel der fachgerechten Versorgung der Patienten mit Lungenerkrankungen weiter zu verbessern.

Zum Präsidenten wurde Prof. Dr. med. Joachim Schauer vom Universitätsklinikum Leipzig gewählt, zum Geschäftsführer Dr. Manfred Franke aus Sonne-

berg, Tätigkeitsbereich der Gesellschaft ist Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen. Die MDGP ist dem Ziel der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie verpflichtet.

Adresse: Mitteldeutsche Gesellschaft für Pneumologie, Prof. Dr. med. Joachim Schauer, Johannisallee 32, 04103 Leipzig.

Ärzteschaft des Altkreises Niesky
im Niederschlesischen Oberlausitzkreis
Kreisärztekammer

KV Sachsen
Bezirksverwaltung Dresden
z. Hd. Herrn Dr. Baumann
Schützenhöhe 12
01076 Dresden

**Mit der Bitte um Weiterleitung
an die AOK Sachsen,
Regierungsbezirk Dresden,
an den Landesverband der VdAK
sowie an die Ärztekammer,
Ausschuß ambulante Versorgung
und den Hausärztetag Oybin**

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit Betroffenheit müssen wir feststellen, daß es trotz Budgetierung mit nachfolgender Mengenbegrenzung zu einem weiteren Umsatzverlust in allen Fachbereichen gekommen ist. Die von der KV erläuterten Ursachen sind für uns nicht akzeptabel, zum Beispiel Mitgliederschwind, Risikostrukturausgleich usw. Es zeigt sich zunehmend, daß die Leistungserbringer an der Basis mit ihrer zwölfstündigen Präsenzpflicht und Absicherung der Notdienste, zunehmender Versorgung Schwerstkranker sowie Übernahme zusätzlicher Versorgungsaufgaben durch Verlagerung aus der sta-

tionären Betreuung in den ambulanten Bereich Ziel und Opfer der verfehlten Sparpolitik sind.

Viele Kollegen sind an der Grenze ihrer Leistungsfähigkeit angekommen. Leistungen, die mit „westlichen“ Investitionskosten finanziert werden, werden mit „östlichen“ Punktwerten bezahlt.

Die Krankenkassen suggerieren ihren Mitgliedern eine Vollversorgung und einen unbegrenzten Leistungsanspruch, sind aber nicht bereit, diesen zu finanzieren.

Aus diesem Sachstand ergeben sich für uns folgende Schlußfolgerungen und Forderungen:

1. Der prozentuale Anteil der Finanzmittel der Kassen für die ambulante Versorgung muß auf Westniveau angehoben werden.
2. Mit dem Budget wurde uns ein stabiler Punktwert mit kalkulierbarer, betriebswirtschaftlicher Größe versprochen. Die Realität sieht ganz anders aus.
3. Ein völliger Widerspruch ergibt sich aus steigenden Verwaltungskosten und 100 %igen Gehaltszahlungen an Mitarbeiter der Krankenkassen und der KV bei sinkenden Mitgliederzahlen der Kassen und Honorarverkürzungen bei der ambulanten Versorgung. Wir

fordern Ankopplung auch dieser Kosten und Gehälter sowie des Punktwertes für ärztliche Leistungen an die Beitragseinnahmen der Krankenkassen und Ausgaben für die ambulante Versorgung. Somit sollte auch für die Verwaltungsebene prozentual gesehen nicht mehr Geld zur Verfügung stehen als für die Leistungserbringer.

4. In Zeiten sinkender Honorierung ärztlicher Leistungen ist uns der Plan der Krankenkassen und Politiker, die Beitragssätze der Krankenkassen zu senken und die Zuzahlungsregelung für Arzneimittel zurückzunehmen, unverständlich.

5. Die durch den Chipkarten-Mißbrauch, der von den Krankenkassen toleriert wird, verursachten Mehrkosten in Höhe von geschätzten 3 Mrd. DM/Jahr, ebenso wie das Versicherungsrisiko werden einzig und allein auf die Ärzte verlagert, statt - wie vom Gesetzgeber gefordert - von den Krankenkassen getragen.

Bei Fortsetzung dieser Entwicklung droht der finanzielle Kollaps von Arztpraxen und der flächendeckenden ambulanten Versorgung. Es werden Mitgliedsbeiträge für unsinnige Werbeaktionen und Verwaltungspaläste der Krankenkassen ausgegeben, während die ambulante Betreuung durch rigoroses Sparen gefährdet wird.

Es wird unsere Aufgabe sein, den Krankenkassenmitgliedern bzw. Beitragszahlern diese Fehlentwicklung augenscheinlich zu machen und damit die Entscheidung über die Mitgliedschaft bei beziehungsweise den Wechsel zu einer Krankenkasse zu beeinflussen.

Die Ärzteschaft des Altkreises Niesky im Niederschlesischen Oberlausitzkreis i.A. Dipl.-Med. Thomas Flämig
Vorsitzender der Kreisärztekammer Niederschlesischer Oberlausitzkreis

Bemerkungen zur Laudatio zur Emeritierung von Prof. Dr. med. habil. W. Hartig von J. Wilde

Ärzteblatt Sachsen 4/99

Es überrascht mich, daß Herr Wilde die Verleihung des Karl-Marx-Ordens an Prof. Hartig in den 80er Jahren nicht erwähnt.

Mir war und ist nicht bewußt, daß man sich eines solchen Faktums schämen muß.

Bezieht sich denn diese Scham womöglich auch auf die Nationalpreisträger der DDR-Zeit? Oder auf die Aktivisten, die Medizinalräte und so weiter?

Der Gedanke, daß sich heute mein Vater im Grabe überlegen müßte, ob er zu sei-

ner Ehrung mit dem Nationalpreis der DDR, 1959, stehen könne, oder nicht, macht mich lachen. Wollen wir wirklich auf diese Weise die Deutsche Vergangenheit in den Griff bekommen? Bedauerlicherweise gibt es ja im ganzen Lande große Schwierigkeiten mit dieser Vergangenheit.

Wie anders soll man die alberne Diskussion über einen neuen Namen für den Deutschen Reichstag zu Berlin anläßlich des Einzuges der Bundesregierung beurteilen. Nicht einmal die in diesen Dingen fast kindischen Sowjets sind doch je auf den Gedanken gekommen, dem Kreml in Moskau einen anderen Namen zu geben.

Clemens Weiss
Wurzen/Leipzig

Erfasste übertragbare meldepflichtige und andere Infektionskrankheiten im Freistaat Sachsen
Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen

Vorläufige Zahlen

Berichtszeitraum		05.04.99 - 02.05.99 (14.BW -17.BW)																	
Reg.-bezirk	Enteritiss infectiosa		Shigellose	Virushepatitis				Meningitis/Enz.*				Malaria	Marsern	Mumps	Röteln	Scharlach	Tuberkulose	Pertussis	Andere (s.u.)
	Salmonellose	übrige Formen 1)		HA	HB	HC	übr. Fo.	a	b	c	d								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Rg.-bz. Chemnitz	129	637	4	3		2							1		3	123	16	3	M 6,N 2,P 1,Sa 1,V 55,Ro 407, Ca 101
Rg.-bz. Dresden	125	709	5	1	1			3	3	4					3	177	17	17	M 4,N 37,Sa 1,V 67,Ro 383,Ca 100
Rg.-bz. Leipzig	95	263	4	2	5	1	1	1	1	2		1	4	1	1	94	5	4	M 3,N 31,V 26,Ro 140,Ca 69
Sachsen	349	1609	13	6	6	3	1	4	4	6		1	5	1	7	394	38	24	M 13,N 70,P 1,Sa 2,V 148,Ro 930, Ca 270

- A = Brucellose
- B = Virusbedingtes hämorrhagisches Fieber
- C = Botulismus
- D = Diphtherie
- E = Tularämie
- F = Lepra
- Ga = Anaerobe Wundinfektion, Gasbrand/Gasödem
- Gb = Tetanus
- H = Milzbrand
- I = Rotz
- Ka = Leptospirose, Weil'sche Krankheit
- Kb = Leptospirose, übrige Formen
- L = Poliomyelitis
- M = Borreliose
- N = Tollwut-Exp.
- O = Trachom
- P = Ornithose
- Q = Q-Fieber
- R =
- Sa = Angeborene Cytomegalie
- Sb = Angeborene Listeriose
- Sc = Angeborene Lues
- Sd = Angeborene Toxoplasmose
- Se = Rötelnembryopathie
- T = Trichinose
- U =
- V = Influenza(Virusgrippe)
- W = Puerperalsepsis
- X = Fleckfieber
- Y = Rückfallfieber
- 1) Ro = Rotavirus
- Ca = Campylobakter
- Ye = Yersinien
- EC = E-Coli
- Am = Amöbenruhr
- LV = mikrobiell bedingte LM-Vergiftungen
- * a = Meningokokken-Meningitis
- b = andere bakterielle Meningitiden
- c = Virus-Meningoencephalitis
- d = übrige Formen

Prof. Dr.med.habil.Bigl
Präsident
Abteilungsdirektor Humanmedizin

Technische Universität Dresden

Medizinische Fakultät

Verleihung des akademischen Grades Doctor medicinae

Beschluß des Promotionsausschusses vom 12. 1. 1999

Herr Ulrich Fitzner aus Hoyerswerda

Neurophysiologisches Monitoring mittels pEEG zur Bestimmung der „Narkosetiefe“ in der Anästhesiologie unter Berücksichtigung verschiedener Narkoseformen

Herr Axel Gatzweiler aus Dresden

Die Modulation der intra- und extrazellulären Produktion reaktiver Sauerstoffverbindungen FMLP- bzw. zymosanstimulierter polymorphkerniger Leukozyten durch Adrenalin und Endothelin-1

Frau Karin Horn aus Leipzig

Eine manuelle Methode zur Erfassung von Körperschemastörungen bei Anorexie-Patienten: Ergebnisse einer Kontrollgruppenuntersuchung

Frau Wiete Viererbe aus Neuruppin

Lebensqualität chronisch schizophrener Patienten in unterschiedlichen Betreuungsformen

Beschluß des Promotionsausschusses vom 26. 1. 1999

Frau Beate Geyer aus Chemnitz

Untersuchungen zur Genomstruktur von Legionella pneumophila, Serogruppe 1, Stamm Corby

Frau Shengnan Li aus Singapore

Modulation of Intracellular Calcium und Concentration in NG 108-15 Cells: Effects of Dihydropyridine Derivatives; Calcium Channels' Involvement in ATP-mediated Responses; Interaction between ATP- and Potassium-induced Calcium Signals

Herr Michael Nalenz aus Kirn/Nahe

Veränderungen im Gesundheitsversorgungssystem in Deutschland von der Bismarck'schen Gesetzgebung bis zur Gegenwart - Geschichtliche Entwicklung, Bilanz und Perspektiven

Herr Sven Richter aus Kreischa

Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) im Regierungsbezirk Dresden im Zeitraum von Januar 1991 bis Mai 1995

Herr Uwe Zschille aus Görlitz

Untersuchungen über das Vorkommen pathohistologischer

Veränderungen des blutbildenden Knochenmarkes und der Spongiosa von Wirbelkörpern - eine pathoklinische Obduktionsanalyse auf der Basis hoher Sektionsfrequenz eines jährlichen Zeitraumes in Görlitz

Beschluß des Promotionsausschusses vom 28. 1. 1999

Herr Klaus Matschke aus Dresden

Der Einfluß des Spenderorganalters bei herztransplantierten Patienten auf die spätpostoperative Transplantatfunktion und auf das Auftreten von Koronarsklerose. Eine retrospektive Studie

Herr Andreas Wohlfahrt aus Dresden

Bakterielle Vaginitis in der Geburtshilfe und Neonatologie unter besonderer Berücksichtigung der Chlamydieninfektion

Beschluß des Promotionsausschusses vom 16. 2. 1999

Frau Beata Frackowiak aus Hoyerswerda

Bildgebende Diagnostik des Ikterus beim Erwachsenen - Ansprüche und Realität

Frau Kathrin Göbel aus Freiberg

Das Hypersensitivitätssyndrom auf Dapson (Diaminodiphenylsulfon) - eine epidemiologische Zusammenstellung aus Tropenmedizin und Dermatologie einschließlich opportunistischer Infektionen bei AIDS

Frau Grit Thiede aus Dresden

Untersuchungen von Kindern präkonzeptionell bestrahlter Eltern - Eine Longitudinalstudie -

Beschluß des Promotionsausschusses vom 23. 2. 1999

Frau Antje Biesenack aus Annaberg-Buchholz

Die Perforationsrate bei akuter Appendizitis - Eine retrospektive Vierzehnjahresstudie des Patientengutes der Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie des Universitätsklinikums Dresden

Herr Steffen Leike aus Dresden

Der Wert der retroperitonealen Lymphadenektomie in der kombinierten Therapie des malignen Keimzelltumors unter besonderer Beachtung der ejakulationsprotektiven Vorgehensweise

Frau Kirsten Löbmann aus Glauchau

Leben und wissenschaftliches Werk des Zwickauer Chirurgen
Diedrich Kulenkampff (1880 - 1967)

Frau Claudia Martin aus Dresden

Vergleich der Enterostomatherapie bei ausgewählten Patienten
des ostsächsischen Raumes vor und nach der deutschen Wie-
dervereinigung

Herr Alexander Scholze aus Löbau

Konventionelle versus laparoskopische Appendektomie - Eine
dreijährige retrospektive Studie an der Klinik für Allgemein-
und Abdominalchirurgie des Städtischen Klinikums Dresden-
Friedrichstadt im Zeitraum 1. 5. 1994 bis 30. 4. 1997

**Beschluß des Promotionsausschusses
vom 25. 2. 1999**

Frau Ina Hofmeister aus Dresden

Korrelation zytologischer und histologischer Endometriums-
befunde bei länger liegendem Intrauterine Device (IUD) mit
dem Keimpektrum und der Keimbesiedlung sowie ihre Be-
deutung für die Klinik

Herr Axel Schindelhauer aus Dresden

Die Rolle der Douglaslavage und der DNA-Analyse in der
Nachsorge von an malignem Ovarialtumor erkrankten Patien-
tinnen

Universität Leipzig

Medizinische Fakultät

Berufung

Herr Privatdozent Dr. med. Dieter Körholz,

zuvor am Zentrum für Kinderheilkunde der Heinrich-Heine-
Universität Düsseldorf tätig,

hat am 1. Mai 1999 eine C3-Professur für Kinderheilkunde mit
dem Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie an der Medizini-
schen Fakultät der Universität Leipzig übernommen.

Verleihung des akademischen Grades Doctor medicinae

Fakultätsratssitzung vom 23. 2. 1999

Frau Antje Coder aus Leipzig

Retrospektive Analyse der Therapieergebnisse nach strahlen-
schutztherapeutischer Behandlung von gynäkologischen Sar-
komen an der Universität Leipzig in den Jahren 1950 - 1996

Beschluß des Promotionsausschusses vom 16. 3. 1999

Herr Jörn Conell aus Dresden

Die Krankheitsentwicklung von Langzeitpatienten mit affekti-
ven und schizophrenen Störungen vor, während und nach der
politischen und gesellschaftlichen Wende in Ostdeutschland

Herr Matthias Eckert aus Räckelwitz

Monitoring und supplementäre Sauerstoffinsufflation in der
endoskopischen Praxis

Frau Janet Favresse aus Dresden

Erfassung des gegenwärtigen Standes der Betreuung von Pa-
tienten mit Down-Syndrom hinsichtlich ihrer medizinischen,
sozialpädagogischen und integrativen Fürsorge. Analyse von
70 Einzelfällen

Herr Thoralf Porst aus Dresden

Chronische Virushepatitis C: Re-Therapie mit alpha-2b-Inter-
feron (IFN) versus Re-Therapie IFN kombiniert mit Ribavirin

Herr Matthias Seiffert aus Dresden

Suizid nach Parasuizid - eine katamnestiche Studie anhand
von 2623 Parasuizidenten und Möglichkeiten für die Prädik-
tion rezidivierenden suizidalen Verhaltens

Herr Dirk Hausen aus Leipzig

Differenzierte Vulnerabilität im zerebralen Kortex bei der Alz-
heimerschen Krankheit: Beziehung zu Verteilungsmustern der
extrazellulären Matrix

Herr Swen Hesse aus Leipzig

Zur bildgebenden Diagnostik beim stumpfen Bauchtrauma im
Kindesalter und deren Einfluß auf die Operationsindikation -
ein Vergleich zweier Krankengruppen der Klinik für Kinder-
chirurgie der Universität Leipzig, 1986 bis 1990 und 1990 bis
1994

Herr Dominik Huster aus Leipzig

Glutathion in der Retina - zelluläre und subzelluläre Lokalisation, Transport und ischämiebedingte Stoffwechselveränderungen

Herr Thorsten Klemm aus Leipzig

Langzeitverlauf von Plasmaleptinkonzentration und Körperfettgehalt unter einer hypokalorischen Diät bei adipösen Frauen

Herr Thomas Kunze aus Holzhausen

Der muskuläre Wirkungsgrad als Leistungsparameter zur Beurteilung der Ausdauerleistungsfähigkeit bei Radsportlern

Herr Eberhard Künzel aus Leipzig

Der periurethrale Muskelkomplex - Histomorphologische Untersuchungen zur Entwicklung des M. sphincter urethrae und M. transversus perinei profundus bei menschlichen Feten

Frau Britta Mark aus Bad Saarow

Morphologische Veränderungen mikrovaskulärer Endothelzellen des Hundemyokards nach Ischämie und Reperfusion unter dem Einfluß des Lipoxygenasehemmstoffes FLM 5011

Herr Björn Olaf Ostwald aus Leipzig

Die Chirurgische Abteilung des St. Elisabeth-Krankenhauses in Leipzig unter Alfons Kortzeborn (1931 - 1939) und Erich Hempel (1945 - 1966)

Frau Ulrike Schlegel aus Löbnitz

Klinik, Diagnostik und Therapie von Pneumonien: Retrospektive Untersuchungen an einem Krankengut aus der Medizinischen Universitätsklinik Leipzig

Frau Ulrike Sittner aus Panitzsch

Leberveränderungen nach Knochenmarkstransplantation - ein Vergleich klinischer und autoptischer Befunde

Frau Susann Stephan aus Leipzig

Experimentelle Untersuchung zur ASS-Wirkung auf die Thrombozytenfunktion

Frau Manuela Walter aus Schneeberg

Akutreaktionen und verzögerte Frühreaktionen nach fraktionierter Ganzkörperbestrahlung und hochdosierter Cyclophosphamidgabe zur Konditionierung vor Knochenmarkstransplantation

Herr Peer Wolf aus Frankenberg

Untersuchung der Tumormarkerkonzentrationen von carcinoembryonalem Antigen, neuronspezifischer Enolase und Mucin-like associated Antigen in der Bronchiolo-alveolären Lavage von Patienten mit malignen Lungentumoren in Korrelation zu den Konzentrationen der Tumormarker im Serum

Herr Klaus Zöphel aus Schkeuditz

Der Einsatz radioaktiver Substanzen in der deutschen Medizin im Zeitraum 1900 - 1945 unter besonderer Berücksichtigung der Krebsforschung

Fakultätsratssitzung vom 16. 3. 1999**Frau Diana Craatz aus Unterägeri**

Phytotherapie im 20. Jahrhundert

Herr Franklin Danki Sillong aus Tokombéré

Untersuchungen über den Ernährungsstatus von Kleinkindern in der Unterpräfektur Tokombéré (Kamerun)

Herr Alexander Deten aus Leipzig

Klonierung, Sequenzierung und Homologieanalyse der pyrophosphatabhängigen Phosphofruktokinase aus Kartoffeln

Frau Mechthild Heider aus Leipzig

Simulation von corticalen cholinergen Defiziten - ein tierexperimenteller Ansatz zum Studium von pathogenetischen Aspekten der Alzheimer-Krankheit

Herr Stefan Lentz aus Lehnin

Der Einfluß von Interferon auf die Bindung von tryptisch gespaltenem Gliadin an Enterozyten der humanen Zelllinie HT-29

Frau Katrin Reischl aus Dortmund

Die submaximale aerobe Leistungsfähigkeit im Kindes- und Jugendalter in Abhängigkeit von Art und Umfang der sportlichen Freizeitbetätigung

Herr Björn Wito Walther aus Erfurt

Die neuronenspezifische Enolase (NSE) in Liquor cerebrospinalis und Serum bei neurologischen Erkrankungen

Herr Johannes Zeilinger aus Berlin

AUTOR IN FABULA. Karl Mays Psychopathologie und die Bedeutung der Medizin in seinem Orientzyklus

„Kursbuch der ärztlichen Begutachtung“

Ludolph, Lehmann, Schürmann

Begründet von Heinz Spohr /+/ Landsberg / ecomed

Grundwerk 1998, Loseblattsammlung im Arbeitsordner 650 Seiten, DM 198,- mit Ergänzungsdienst ISDN 3-609-71330-6

Diese Publikation, solide aufgemacht, im Arbeitsordner noch in vielen Teilen unvollständig, besteht aus 6 Hauptteilen. Allgemeines mit Geleit- und Vorwort, Inhaltsverzeichnis, Autorenverzeichnis, Abkürzungsverzeichnis und Stichwortverzeichnis eröffnen das Werk. Es schließen sich allgemeine Aspekte der Begutachtung, Kausalität und Beweisregeln sowie ein großes Kapitel Sozialversicherung und dazu gegenüberstehend ein Kapitel Individualversicherung an. Ein ausgiebiges Kapitel Begutachtung in bestimmten medizinischen Fachgebieten wie Chirurgie/Orthopädie, dazu einzelne Schadens- und Verletzungsbilder und Unfallzusammenhang von Folgeschäden koppelt an.

Neurologische Begutachtung folgt. Vorgesehen sind noch Aspekte der internistischen, augenärztlichen, rechtsmedizinischen, HNO, urologischen, dermatologischen, radiologischen sowie arbeitsmedizinischen Begutachtung. Zu hoffen ist, daß die vorliegenden übersichtlichen Kapitel, die prägnant und bündig in ihrer Aussage sind, auch in den folgenden noch offenen Kapiteln Nachfolge und Ergänzung erhalten werden und den Anspruch, Kursbuch zu sein, untermauern.

Bei der Durchsicht der vorliegenden Seiten sind keine Mängel bzw. Beanstandungen zu finden. An jedes Kapitel schließt sich ein kurzes aktuelles und nicht zu umfangreiches und damit abschweifendes Literaturgut an.

Das dem Werk vorangestellte Stichwortverzeichnis ist übersichtlich und klar dargestellt, so daß ein leichtes Nachschlagen möglich ist.

Da die Gutachtenerstellung nicht zur universitären Ausbildung gehört, ist es um so rühmlicher, daß hier ein Buch von Praktikern für Praktiker gemacht wurde, das unverkennbar aus der berufsgenossenschaftlichen, insbesondere unfallmedizinischen Sichtweise geboren wurde. Der Anspruch Fahrplan für Berufseinsteiger wie auch erfahrene Gutachter zu sein, wird bei weiterer Vervollständigung und Aktualisierung sicherlich erreicht. Medizinische wie auch versicherungsrechtliche Aspekte werden im Auge behalten. Schwerpunkte sind im Bereich der Sozialversicherung die gesetzliche Unfallversicherung und im Bereich der Individualversicherung und Haftpflichtversicherung die private Unfallversicherung. Den Berufskrankheiten ist ein ausführliches Kapitel gewidmet.

In seiner sprachlichen Diktion gut ist das Kursbuch interessant zusammengestellt und vermittelt neben theoretischen Grundlagen praktische Anleitung für das Gutachtengeschäft. Nicht gerade billig im Preis, aber dafür gut handhabbar, insbesondere durch die Auswechsel- und Ergänzungbarkeit, kann die Loseblattsammlung wertvolles Arbeitshilfsmittel in der täglichen Begutachtungspraxis werden.

Hans-Joachim Gräfe
Kohren-Sahlis

G. Gutenbrunner, Hannover und

G. Hildebrandt, Marburg/Lahn (Hrsg.)

Handbuch der Balneologie und Medizinischen Klimatologie Springer-Verlag Berlin, Heidelberg, New York 1998 mit 287 überwiegend farbigen Abbildungen und 120 Tabellen, 918 Seiten, gebunden, DM 348,00, ISBN 3-540-60534-7

Bekannt in Fachkreisen ist das 1985 von W. Amelung und G. Hildebrandt herausgegebene dreibändige Werk „Balneologie und Medizinische Klimatologie“.

Nach über 12 Jahren war nunmehr eine Überarbeitung notwendig geworden.

Gutenbrunner und Hildebrandt haben sich dieser anspruchsvollen Aufgabe unterzogen. Außerdem waren weitere 19 Fachwissenschaftler beteiligt.

Druckfrisch liegt seit Januar 1998 das „Handbuch der Balneologie und Medizinischen Klimatologie“ in einem Band vor. Der heutige Wissensstand mußte in logischer Folge neu aufbereitet werden.

Das Buch, über 900 Seiten umfassend, hat sieben Kapitel zum Inhalt. Es schließt sich eine Aufzeichnung von Heilbädern und Kurorten der BRD an. Das nachfolgende Literaturverzeichnis ist eine wahre Fundgrube.

2043 Literaturstellen jüngerer und älteren Datums zeugen von der fachüberschauenden Recherche zu diesem Buch.

Beginnend mit einem übersichtlichen Kapitel physiologischer Grundlagen wurde nachfolgend die Kur im einzelnen mit Kurverlauf, Kureffekt und Kurerfolg besprochen.

Der Balneologie und medizinischen Klimatologie sind zwei weitere umfangreiche Kapitel gewidmet.

Überschnidungen und Wiederholungen sind vielleicht gewollt, wären jedoch bei strafferem Aufbau überflüssig.

Kernpunkt des Handbuches ist das 5. Kapitel. Hier werden Balneo- und Klimatherapie praxisrelevant abgehandelt.

Der Rezensent vermißt allerdings die Besprechung orthopädischer und chirurgisch-traumatologischer Krankheitsbilder.

Ebensowenig wurde auf die balneologische und medizinische klimatologische Behandlung Pflegebedürftiger eingegangen.

Beide Indikationsgruppen haben aber gerade heute erheblich an Bedeutung gewonnen.

Bleibt zu hoffen, daß in einer Neu- bzw. Nachauflage auch diese Gesichtspunkte Berücksichtigung finden.

Wünschenswert wäre auch eine Anlage mit farbigen Bildern oder Fotografien zum besseren Verständnis des oft sehr theoretisch und trockenen Lehrstoffes. So beispielsweise in den Kapiteln Balneologie und Medizinische Klimatologie.

Neben den genannten kritischen Anmerkungen ist das Handbuch aber dennoch ein profitables Wissenskomprimat für die tägliche Praxis, das dem Anliegen der Herausgeber für ein besseres Verständnis von Balneologie und medizinischer Klimatologie, trotz genannter Mängel, gerecht wird.

Hans-Joachim Gräfe
Kohren-Sahlis

Hans Konrad Biesalski, Peter Grimm:
Taschenatlas der Ernährung.
Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1999,
342 Seiten, 156 Farbtafeln,
DM 49,80, ISBN 3131153512

„Ernährung“ und „Diät“ sind aktuelle und populäre Themen, täglich zu finden in der Boulevardpresse ebenso wie in Fachzeitschriften. Die Vielzahl der verschiedenen Theorien und Angebote ist jedoch im allgemeinen verwirrend und selten sachkundig belegt. Auch Medizinern fällt es oft schwer, den Patienten Ernährungswissen kompetent zu vermitteln, u. a. weil die Ernährungslehre ein im Studium vernachlässigtes Teilgebiet ist. Ziel der Autoren war es, Grundlagen der Ernährungswissenschaft kompakt, übersichtlich und auch kritisch darzustellen. Angesprochen werden sollten alle, die beruflich mit der Ernährung konfrontiert sind.

Einleitend findet sich eine schöne historische Darstellung über die Entwicklung der Ernährungswissenschaft, der Ernährungsempfehlungen und die Methoden der Ernährungserhebung. Nach einem Abriss über physiologische Grundlagen des Energiehaushaltes und der Nahrungsaufnahme werden die Hauptbestandteile der Nahrung (Kohlenhydrate, Lipide, Proteine, Vitamine, Mineralstoffe und Spurenelemente), ihre Struktur, Verdauung/Resorption, Vorkommen und Wirkung vorgestellt. Es fließen reichlich biochemische, molekularbiologische, medizinische und pharmakologische Erkenntnisse ein, so daß eine vollständige, übersichtliche, aber knappe Wissensvermittlung zustande kommt. Die Informationen sind aktuell und äußerst umfangreich durch Abbildungen, Diagramme und Graphiken illustriert. Jeder Textseite des Atlases ist eine Abbildungsseite zugeordnet. Die Abbildungen sind einerseits visuell sehr ansprechend, andererseits im Einzelfall durch die Vielzahl an dargestellten Fakten wenig übersichtlich.

Nur sehr kurz beschäftigen sich die Autoren mit der Ernährung in speziellen Lebenssituationen und besonderen Ernährungsformen wie Vegetarismus, Trennkost und Außenseiterdiäten. Diesen Teil hätte man sich in Anbetracht der Überfülle von Diätvorschlägen in Illustrierten und alternativer medizinischer Behandlungen ausführlicher gewünscht. Unzureichende Beachtung finden Ernährungsrichtlinien bei praxisrelevanten Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen, Niereninsuffizienz u. ä.

Vorbildlich und instruktiv dagegen die Ausführungen zur Nahrungsmittelqualität. Widerlegt werden Vorurteile gegen Zusatzstoffe und Konservierungsmethoden. Bei der Risikoeinschätzung stehen eigene Ernährungsfehler und hygienische Probleme im Vordergrund, während die nach Ansicht vieler Verbraucher durch Schadstoffe vergiftete Nahrung

eine untergeordnete Rolle spielt. Interessant sind abschliessend Ausführungen zur Gen-Technologie, zu Prä- und Probiotica und Ausblicke in die Zukunft mit „Designer-Food“ u. ä.

Der Taschenatlas ist gut geeignet, um das grundlegende Ernährungswissen zu vertiefen und Antworten auf spezielle Fragen zu finden. Systematisch wurden bekannte theoretische Grundlagen zusammengefaßt. Es fehlen dagegen weitestgehend praxisrelevante Hinweise und Richtlinien für Erkrankungen und Lebenssituationen, die wesentlich durch diätetische Maßnahmen zu beeinflussen sind.

Für Ärzte, Apotheker und Öcotrophologen ist der Taschenatlas der Ernährung ein ansprechendes, übersichtliches und verständliches Nachschlagewerk. Inwieweit mittleres medizinisches Personal, Diätassistenten und Laien mit den Informationen und Abbildungen umgehen können, bleibt abzuwarten.

Kathrin Würfl, Dresden

Unsere Jubilare im Juli

Wir gratulieren

60 Jahre

1. 7. Doehner, Inge
09111 Chemnitz
1. 7. Dr. med. Koblicheck, Bertram
09114 Chemnitz
2. 7. Dr. med. Langpeter, Dieter
04425 Taucha
3. 7. Dr. med. Steich, Wolfgang
04129 Leipzig
4. 7. Dr. med. Sauer, Wolf-Norbert
04655 Kohren-Sahlis
5. 7. Dr. med. Guth, Regina
08525 Plauen
5. 7. Dr. med. Hofmann, Klaus
09238 Auerswalde
5. 7. Dr. med. Hofmann, Peter
08289 Schneeberg
6. 7. Dr. med. Wicke, Peter
01816 Bad Gotttleuba
7. 7. Priv.-Doz. Dr. sc. med.
Broeker, Harald
01309 Dresden
8. 7. Dr. med. Himmstedt, Brigitte
02826 Görlitz
8. 7. Dr. med. Scheffel, Reiner
02977 Hoyerswerda
8. 7. Sonntag, Wilhelm
08648 Bad Brambach
9. 7. Dr. med. Tier, Gerhild
09337 Hohenstein-Ernstthal
10. 7. Dr. med. Blumensaat, Friederike
01809 Dohna
10. 7. Dr. med. Schmitt-Hermann, Christine
01689 Weinböhla
11. 7. Dr. med. Ballin, Arnd
04229 Leipzig
13. 7. Dr. med. Fischer, Peter
01816 Bahratat
13. 7. Nitschke, Winfried
02906 Klitten
13. 7. Dr. med. Schubert, Isolde
01445 Radebeul
15. 7. Dr. med. Deparade, Christine
04457 Mölkau
15. 7. Dr. med. Mank, Marlies
04420 Lausen
16. 7. Dr. med. Steinbeck, Christian
01665 Burkhardswalde
17. 7. Dr. med. Bittner, Edith
04107 Leipzig
17. 7. Krause, Margot
04347 Leipzig
17. 7. Dr. med. Schollmeyer, Manfred
04758 Oschatz
17. 7. Dr. med. Straßner, Michael
01277 Dresden
18. 7. Dr. med. Gatzke, Helga
09113 Chemnitz
18. 7. Dr. med. Riese, Günter
01468 Moritzburg
18. 7. Dr. med. Schiller, Ingrid
08371 Glauchau
19. 7. Dr. med. Lißner, Sieglinde
01129 Dresden
19. 7. Dr. med. Schulze, Dietrich
08064 Zwickau
19. 7. Dr. med. Wollgast, Edith
01309 Dresden
20. 7. Dr. med. Haßler, Normann
08529 Plauen
21. 7. Dr. med. Hartig, Werner
04439 Engelsdorf
21. 7. Prof. Dr. med. habil.
Sandner, Karlheinz
04275 Leipzig
22. 7. Dr. med. Müller, Roland
09350 Lichtenstein
24. 7. Dr. med. Engler, Christine
09128 Euba
24. 7. Orphal, Barbara
01896 Leppersdorf
25. 7. Dr. med. Göckeritz, Christa
04105 Leipzig
26. 7. Patton, Gisela
04720 Döbeln
28. 7. Dr. med. Hellich, Reiner
09114 Chemnitz
29. 7. Dr. med. Schoch, Dieter
01326 Dresden
29. 7. Prof. Dr. sc. med. Schott, Jürgen
38704 Liebenburg

65 Jahre

2. 7. Dr. med. Schwenke, Peter
04157 Leipzig
6. 7. Dr. med. Weinhold, Christine
09599 Freiberg
7. 7. Dr. med. Buczek, Boguslaw
50825 Köln
7. 7. Dr. med. Kopmann, Gudrun
04416 Markkleeberg
11. 7. Pahlig, Brigitte
04552 Borna
12. 7. Dr. med. Bursy, Brigitte
09385 Lugau
12. 7. Dr. med. Fischer, Edith
04552 Borna
15. 7. Dr. med. Grimmman, Manfred
09456 Annaberg-Buchholz
15. 7. Dr. med. Ständer, Wolfgang
04469 Lützschena
17. 7. Dr. med. Hamann, Horst
02779 Großschönau
18. 7. Dr. med. Pampel, Wolfgang
09366 Stollberg
22. 7. Dr. med. Wolf, Christian
04720 Gärtitz
26. 7. Schmidt, Anita
02906 See
29. 7. Dr. med. dent. Weber, Horst
04860 Torgau
30. 7. Dr. med. Fickert, Adelheid
08525 Kauschwitz

70 Jahre

8. 7. Dr. med. Selig, Rolf
09366 Stollberg
13. 7. Dr. med. Gitter, Werner
09116 Chemnitz
13. 7. Dr. med. Queißer, Hermann
01109 Dresden
16. 7. Prof. Dr. med. habil. Leutert, Gerald
04454 Holzhausen
29. 7. Dr. med. Meier, Achim
08060 Zwickau

75 Jahre

18. 7. Dr. med. Dr. dent. Rennefarth, Ilse
01067 Dresden
31. 7. Dr. med. Seikowski, Gisela
08645 Bad Elster

81 Jahre

22. 7. Dr. med. Streckfuß, Dietrich
01662 Meißen
23. 7. Dr. med. Marschner, Erhard
09355 Gersdorf

82 Jahre

1. 7. Dr. med. Queck, Elfriede
01796 Pirna
17. 7. Dr. med. Fischer, Gerhard
04457 Mölkau

83 Jahre

8. 7. Dr. med. Wirth, Klaus
04357 Leipzig
31. 7. Oelsner, Heinz
09366 Stollberg

84 Jahre

7. 7. Dr. med. Einecker, Lisa
01067 Dresden
13. 7. Dr. med. Wolf, Konrad
08606 Oelsnitz

85 Jahre

23. 7. Dr. med. Schubert, Erich
08371 Glauchau

86 Jahre

15. 7. Dr. med. Drahtschmidt, Paul
02826 Görlitz
21. 7. Dr. med. Ries, Traude
04279 Leipzig
23. 7. Dr. med. Roßberg, Heinz
09306 Wechselburg

88 Jahre

25. 7. Dr. med. Meyer, Jörg
01109 Dresden
29. 7. Portsch, Eberhard
01474 Schönfeld

90 Jahre

13. 7. Dr. med. Auster, Ulrich
08371 Glauchau

91 Jahre

13. 7. Dr. med. Stiller, Eva
08412 Werdau

Zum Gedenken an Fritz Lickint (1898 - 1960)

„[...] daß m. E. kein Zweifel mehr daran bestehen kann, daß der Tabakrauch eine erhebliche Bedeutung für die Entstehung der Bronchialkrebs-erkrankung besitzt [...]“

Es kursiert in Dresdner Ärztekreisen eine Anekdote: Der größte Verfechter der These, daß Tabakkonsum die Bildung von Bronchialkarzinomen begünstigt, Fritz Lickint, starb an einem - Bronchialkarzinom. Diese Behauptung ist falsch. Doch dokumentiert sie etwas anderes: Viele Ärzte haben noch vor 30, 40 Jahren den Zusammenhang zwischen Rauchen und Lungenkrebs negiert oder wenigstens in seiner Bedeutung heruntergespielt. Um so höher ist das unermüdliche Engagement Lickints für die Prophylaxe von Erkrankungen, insbesondere seine Arbeiten zum Zusammenhang von Rauchen und Lungenerkrankungen, einzuschätzen. Vor 60 Jahren, im Jahre 1939, legte Lickint sein umfangreichstes Werk, das mehr als 1 000 Seiten starke Handbuch der gesamten Tabakkunde „Tabak und Organismus“ vor. Dieses kleine Jubiläum ist uns Anlaß, Lickint und sein Wirken zu würdigen. Dabei soll zunächst kurz auf einige biographische Daten hingewiesen werden, die auch seine wissenschaftlichen Arbeitsmöglichkeiten beeinflusst haben.

Fritz Balduin Lickint wurde am 1. Oktober 1898 in Leipzig-Möckern als fünftes Kind der Familie Lickint geboren. Nach dem Volksschulbesuch in Leipzig und Dresden war er ab 1909 Schüler am König Georg-Gymnasium in Dresden-Johannstadt. Nach seiner Teilnahme am Ersten Weltkrieg studierte er ab 1919 Medizin an der Universität in Leipzig, wo er 1923 auch das Staatsexamen ablegte und promovierte. Seine Medizinalpraktikantenzeit absolvierte er 1923/24 bei Otto Rostoski (1872 bis 1962) im Stadt Krankenhaus Dresden-Johannstadt. In dieser Zeit publizierte er seine ersten wissenschaftlichen Beiträge.



Daran anschließend arbeitete Lickint bis Juni 1929 als Assistenzarzt an der Inneren Abteilung des Krankenhauses Zwickau. Der Chefarzt der Abteilung, Karl Eskuchen (1885 - 1955), hatte eine eigene Methode der subokzipitalen Liquorpunktion entwickelt. Davon ange-regt, befaßte sich Lickint mit Untersuchungen des Liquor cerebrospinalis und veröffentlichte seine Erkenntnisse in insgesamt zehn Zeitschriftenbeiträgen. Ebenfalls aus dieser Zeit stammen die ersten Arbeiten über den Zusammenhang von Rauchen und Krankheit, dem späteren Hauptarbeitsgebiet Lickints.

In jener Zeit wurde Lickint - wohl unter dem Einfluß Eskuchens - Mitglied der SPD und des „Vereins sozialistischer Ärzte“ (VSÄ). Außerdem gehörte er der „Deutschen Liga für Menschenrechte“ an. Neben der Mitgliedschaft in politischen Organisationen hatte Lickint sich vor 1928 aufgrund seiner lebensreformerischen Grundhaltung dem „Verein abstinenter Ärzte“ und dem „Tabakgegner-Bund“ angeschlossen.

Im Sommer 1929 übernahm Lickint die Stelle als erster Oberarzt an der Inneren Abteilung des Chemnitzer Küchwaldkrankenhauses. Als er 1934 vor der Ernennung zum Chefarzt dieser Abteilung stand, wurde Lickint - ebenso wie sein damaliger Chef Eskuchen - auf der Grundlage des „Gesetzes zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums“ wegen seiner Zugehörigkeit zur SPD und zum VSÄ entlassen. Daraufhin kehrte er mit seiner Familie nach Dresden zurück und eröffnete eine internistische Praxis.

Die aus politischen Gründen erfolgte Entlassung Lickints aus dem öffentlichen Dienst und der Übergang in eine wirtschaftlich selbständige, unsichere Position hatten nicht zur Unterbrechung seiner wissenschaftlichen Arbeiten zur Tabakwirkung auf den menschlichen Organismus geführt. In der Zeit von 1929 bis 1939 erschienen weitere maßgebliche Publikationen Lickints zum Zusammenhang von Rauchen und Lungenkrebs. Allerdings waren für ihn die Möglichkeiten der experimentellen Forschung sehr begrenzt, so daß er sich auf kompilierende und statistische Methoden begrenzen mußte. Diese allerdings beherrschte er perfekt. Eine Ursache dafür, daß Lickint weitgehend ungehindert weiter veröffentlichen konnte, war seine Übereinstimmung mit den nationalsozialistischen Anschauungen bezüglich seiner Forderungen nach einer gesunden Lebensweise, Vorstellungen von der Rolle der Frau in der Gesellschaft und gewisser eugenischer Ansichten.

Der Zweite Weltkrieg führte auch bei Lickint zu einschneidenden Veränderungen. Er wurde 1939 zum aktiven Heeresdienst eingezogen und mußte bis 1942, als er aufgrund einer dritten Diphtherieerkrankung nach Chemnitz ins Reservelazarett versetzt wurde, an den Eroberungskriegen in Frankreich und Rußland teilnehmen. In Chemnitz war

er dann bis zum Ende des Krieges als Internist und Röntgenologe tätig.

Danach arbeitete Lickint zunächst wieder als Internist in Dresden, wurde aber - sicher auch aufgrund seiner politischen Maßregelung 1934 - von Dezember 1945 bis August 1946 als Leitender Arzt des Stadtkrankenhauses Weißer Hirsch eingesetzt. Nach der Übernahme durch die Sowjetische Militäradministration wurde er dort als Leitender Arzt der Poliklinik der Sowjetischen Militäradministration beschäftigt. Dem folgte ab 1948 bis Ende des Jahres 1952 die Tätigkeit als Leitender Arzt der Inneren Abteilung des Hilfskrankenhauses Wurzenstraße 5, das verwaltungstechnisch zum Stadt Krankenhaus Dresden-Neustadt gehörte.

Lickint verfolgte auch in dieser Zeit seine wissenschaftlichen Intentionen. Im Jahre 1948 habilitierte er sich an der Technischen Hochschule Dresden mit dem Thema „Saccharin und Organismus“ und wurde am 1. Februar 1949 zum Dozenten für Hygiene an der Fakultät für Mathematik und Naturwissenschaften ernannt. Lickints Berufung zum nebenamtlichen Professor für Hygiene erfolgte am 1. Oktober 1951. Bereits ab 1948 hatte er Vorlesungen gehalten zu den Themen Nahrungs- und Genußmittelhygiene, Anatomie der Bewegungs-, Verdauungs- und Atmungsorgane, Anatomie und Physiologie der Sinnesorgane und endokrinen Drüsen sowie allgemeine und spezielle Arbeitshygiene, Berufs- und Schulhygiene. Lickint, der stets die Propagierung prophylaktischer Maßnahmen und der Regeln einer gesunden Lebensweise für erforderlich gehalten und praktiziert hatte, wurde in seinem Anliegen nun umfassend gefördert.

1953 übernahm Lickint als Nachfolger Rostokis die Leitung der I. Medizinischen Klinik des Stadtkrankenhauses

Dresden-Friedrichstadt und damit eine der angesehensten Positionen im Dresdner Gesundheitswesen. Dort stand ihm erstmals ein Labor zur Verfügung, so daß er in größerem Umfang an der experimentellen Krebsforschung teilnehmen konnte. Neben der Publikation dieser Ergebnisse veröffentlichte er weiter zur Tabakproblematik und zu allgemeinen Fragen der Prophylaxe. Seine Wahl zum Vorsitzenden des neu gegründeten „Komitees zur Verhütung des Krebses“ der DDR im Jahre 1957 eröffnete ihm weitere Möglichkeiten der Propagierung seiner Erkenntnisse. Sein früher Tod - er starb am 7. Juli 1960 im Alter von 61 Jahren in Heidelberg an einem Hirntumor - beendete ein schöpferisches und an wissenschaftlichen Auseinandersetzungen reiches Leben.

Worin bestanden nun Lickints wesentliche wissenschaftliche Leistungen? Veröffentlichungen, die einen historischen Rückblick zum Thema Rauchen geben, gehen zumeist davon aus, daß erste Beiträge über den Zusammenhang zwischen Zigarettenrauchen und Lungenkrebs in der medizinischen Literatur frühestens Ende der 30er Jahre zu finden waren beziehungsweise daß erst Forschungsergebnisse der 50er Jahre das Interesse der Wissenschaftler auf die vielfältigen Nebenwirkungen und Gefährdungen durch das Rauchen lenkten. Dies ist jedoch nicht korrekt, da schon um 1900 Versuche unternommen wurden, zunächst durch Tabaksaft atypische Epithelwucherungen zu erzeugen, und es dem argentinischen Krebsforscher Roffo zirka 30 Jahre später gelang, Karzinome durch Aufbringen von Tabakrauch zu induzieren. Auch Lickint beschäftigte sich bereits 1930 in seinem Artikel „Tabak und Tabakrauch als ätiologischer Faktor des Carcinoms“ mit der Frage, ob Zigarettenrauchen für den seit Beginn des 20. Jahrhunderts zu verzeichnenden Anstieg der Lungenkrebsrate verantwortlich zu machen sei. 1935

erschien in der „Münchener Medizinischen Wochenschrift“ dann sein Beitrag „Der Bronchialkrebs der Raucher“. Darin erbrachte Lickint den Wahrscheinlichkeitsbeweis für die ursächliche Rolle des Rauchens bei der Entstehung des Bronchialkarzinoms und schloß mit dem Fazit: „Abschließend möchte ich daraus die Lehre ziehen, daß m. E. kein Zweifel mehr daran bestehen kann, daß der Tabakrauch auch eine erhebliche Bedeutung für die Entstehung der Bronchialkrebskrankung [...] besitzt.“ Nach Schüttmann ist dieser Artikel einer der ersten - eventuell der erste überhaupt - der im deutschen Sprachraum so eindeutig das Rauchen als ätiologischen Faktor des Bronchialkarzinoms darstellt.

1939 veröffentlichte Lickint sein umfangreichstes Werk, das mehr als 1 000 Seiten starke Handbuch der gesamten Tabakkunde „Tabak und Organismus“. Darin faßte er alle seinerzeit verfügbaren Ergebnisse der Tabakforschung zusammen. In einem allgemeinen Teil wurden neben der ausführlichen Darstellung der chemischen Zusammensetzung des Tabakrauches Themen wie die chronische Nikotinvergiftung abgehandelt. Der spezielle Teil befaßte sich mit der Wirkung des Rauchens auf die einzelnen Organsysteme. Ein ergänzender Teil stellte die Beziehung zwischen Rauchen und „allgemein-medizinischen Fragen“ dar. Leider stieß diese Publikation, obwohl sie eine außerordentlich wertvolle Grundlage für weitere Forschungen gebildet hätte, auf sehr geringe Resonanz. Allerdings war diese Nichtzurkenntnisnahme von Thesen eines deutschen Autors in dieser Zeit auch durch die wissenschaftliche Isolation Deutschlands und den Ausbruch des Zweiten Weltkrieges bedingt.

1953 erschien Lickints Monographie „Ätiologie und Prophylaxe des Lungenkrebses als ein Problem der Gewerbehy-

giene und des Tabakrauchens", neben dem Handbuch das bedeutendste Werk Lickints. Lickint handelte darin alle möglichen ätiologischen Faktoren des Lungenkrebses einschließlich der Ursachen aus Um- und Arbeitswelt ab und unterzog sie einer kritischen Wertung. Weit davon entfernt, die Bedeutung beruflicher Noxen für die Entstehung des Lungenkrebses zu unterschätzen, gelang es Lickint jedoch nachzuweisen, daß die besorgniserregende Zunahme des Lungenkrebses durch das Zigarettenrauchen bedingt war. Da zu Beginn der 50er Jahre auch Veröffentlichungen aus dem englischen Sprachraum auf diesen Zusammenhang aufmerksam gemacht hatten, wurde die Monographie nun mit großer Zustimmung von seiten anderer Wissenschaftler aufgenommen.

In seinen vielen Veröffentlichungen zum Rauchen befaßte sich Lickint wiederholt mit Fragen, die weit über seine Zeit hinaus Gegenstand von Forschungen waren und sind, beispielsweise das Rauchen als Sucht, Gefahren des Passivrauchens und die Frühdiagnostik des Lungenkrebses. Im Zusammenhang mit der Darstellung der Gefahren des Passiv-

rauchens forderte Lickint übrigens bereits 1960 (!): „Wäre ein Nichtraucher-schutzgesetz nicht endlich am Platze?“

Die von Lickint vertretene Ansicht, daß der Prophylaxe von Erkrankungen in der ärztlichen Tätigkeit ein hoher Stellenwert zukommt, wurde von ihm während seines gesamten Lebens auch praktiziert. Neben der Publikation von populärwissenschaftlichen Beiträgen nutzte er zu diesem Zweck unter anderem die am Deutschen Hygiene-Museum Dresden stattfindenden Aufklärungsveranstaltungen. Er sprach zu Themen wie „Wem schaden Alkohol, Nikotin und Kaffee?“, und „Unsere Erfahrungen bei der Bekämpfung des Krebses“. Die Besucherzahlen - der letztgenannte Vortrag wurde vor zirka 700 Teilnehmern gehalten - weisen auf eine große Resonanz dieser Veranstaltungen hin. Die Vehemenz, mit der sich Lickint gegen das Rauchen und für eine gesunde Lebensweise einsetzte, wurde von vielen seiner Kollegen offenbar als übertrieben empfunden. Neubert beschrieb dies in seinem Nachruf: „Man nahm ihn nicht ernst, hielt ihn für einen ‘Propagandisten’ und nicht für einen Wissen-

schaftler - als ob Propaganda für ein gesundes Leben etwas schlechtes sei. [...] in Deutschland ist volkstümliches Reden eines Gelehrten nicht würdig.“

Lickint hat mit seinen Arbeiten maßgeblich zur Klärung der Ätiologie des Lungenkrebses beigetragen. Der 1964 erschienene Terry-Report und viele später veröffentlichte Arbeiten zur Wirkung des Zigarettenrauchens haben die Untersuchungen Lickints zur Schädlichkeit des Rauchens voll bestätigt. Daß das Wissen um die Schädlichkeit des Rauchens heute zum Allgemeingut gehört, ist auch dem unermüddlichen Wirken Lickints zu verdanken.

Literatur bei den Verfassern

Anschrift der Verfasser:
Silke Benusch
Dr. phil. Marina Lienert
Institut für Geschichte der Medizin
Fetscherstraße 74
01307 Dresden