

Ärzteblatt Sachsen



Inhalt 11/2001

Berufspolitik	Bedingungen für die ärztliche Arbeit im Vereinten Europa	496
	Aus der Vorstandssitzung	500
	Sächsischer Verdienstorden an Mediziner Dr. med. Friedrich Rolle	501
	Ehrenbürger von Beilrode	502
	Gesundheitspolitischer Wahlkampf eröffnet! Euro-Umstellung	504
Amtliche Bekanntmachungen Mitteilungen der Geschäftsstelle	Zur Problematik der Blutentnahmen	504
	Impressum	505
	Kurs zur Erlangung der Fachkunde »Suchtmedizinische Grundversorgung«	506
	Konzerte und Ausstellungen	506
	Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden	506
	Internet-Ecke	507
Mitteilungen der Sächsischen Ärzteversorgung Mitteilungen der KVS	Informationen zum Altersvermögensgesetz	507
	Ausschreibung von Vertragsarztsitzen	508
	Abgabe von Vertragsarztsitzen	508
Originalie	D. Reimann, J. Henschkowski, C. Palm, P. Gross Peritonealdialyse – die Alternative in der Nierenersatztherapie	509
Leserbriefe	Leserbrief von Prof. Dr. Krüger	513
	Leserbrief von Prof. Dr. Behrendt	513
	Leserbrief von Anja Kanitz	514
	Leserbrief von Dr. med. Hanno Grethe	514
	Leserbrief von Prof. Dr. med. Albrecht Scholz	515
	Leserbrief von Dr. Gerhard Naser	515
Verschiedenes Personalie Medizingeschichte	Zeitzeugen gesucht	516
	Unsere Jubilare im Dezember	516
	Zur Geschichte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Sachsen	518
	M. Schollmeyer, Th. Schollmeyer	
	Georg Kelling und die sächsischen Wurzeln der Laparoskopie	522
	Dr. med. Erich Thomas	525
Beilagen	Fortbildung in Sachsen – Januar 2002	
	Qualitätssicherung in der Perinatalogie und Neonatalogie im Freistaat Sachsen 2000	

Die Sächsische Landesärztekammer und das
„Ärzteblatt Sachsen“ sind im Internet unter <http://www.slaek.de>,
per e-mail: dresden@slaek.de, die Redaktion: presse@slaek.de
und der „Sächsische Gesundheitslotse“
unter www.gesundheitslotse-sachsen.de
zu erreichen/abrufbar.

Bedingungen für die ärztliche Arbeit im Vereinten Europa



Prof. Dr. med. habil. Jörg-Dietrich Hoppe

**Vortrag anlässlich des
Deutsch-polnischen Symposiums
„Vergangenheit verstehen –
Zukunft gestalten“
15. September 2001
Krzyzowa (Kreisau)**

Die Erweiterung der Europäischen Union wird auf beiden Seiten, sowohl in den zukünftigen neuen Mitgliedsländern, als auch in den alten Mitgliedsländern der Union und so auch in Deutschland mit Enthusiasmus und Skepsis gleichermaßen gesehen. Enthusiasmus, weil der Gedanke der Freiheit und der Zusammenarbeit, der die Union trägt, nicht an den Grenzen zu Polen, Tschechien, Ungarn oder Slowenien Halt macht, sondern darauf drängt, das gemeinsame Streben mit anderen zu teilen und die Türen so offen wie möglich zu lassen. Skepsis, weil Menschen hier, wie auch in Deutschland und in anderen Ländern Angst vor Veränderungen, Fremdem und vor Verlust an Eigentum oder Identität haben.

Diese Ängste sind verständlich, aber nicht rational und der Prozess der bisherigen Erweiterung der Europäischen Union hat gezeigt, dass die düsteren Bilder, die gemalt wurden, besonders als Portugal, Spanien und Griechenland der

Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft beitraten, immer nur Trugbilder waren. Das Wachsen der Union stellte sich bisher immer als ein für alle hilfreicher und sinnvoller Prozess dar.

So ist es auch nicht verwunderlich, dass die deutschen Ärzte der Erweiterung der Europäischen Union überwiegend positiv gegenüber stehen und die Chancen und Möglichkeiten, die gesehen werden, gegenüber den befürchteten Nachteilen durchaus überwiegen.

Anfang der 50er Jahre blickte Europa auf ein ausgesprochen schmerzhaftes Jahrhundert zurück. Große Kriege und Hungersnöte hatten den Kontinent bis an den Rand seiner Existenzfähigkeit getrieben und das Leid, das die Generationen bis dahin ertragen hatten, rief nach Besinnung auf eine bessere Zukunft. Eine Zusammenarbeit zwischen den Staaten sollte für die Zukunft Hungersnöte und Krieg verhindern helfen. Die Geschichte der Europäischen Union wurde zu einem Erfolgsbeispiel der freiwilligen und friedlichen Zusammenarbeit von selbständigen Staaten, die es bis dahin auf der Welt noch nicht gegeben hat.

Die Europäische Union ist in den vier Jahrzehnten ihres Bestehens stets in erster Linie eine Wirtschaftsgemeinschaft gewesen und sie ist auch als solche gewachsen. In der Montanunion wurden 1951 zunächst die kriegswichtigen Industrien des Bergbaus und der Metallverarbeitung zusammengefasst und in ein gemeinsames System gebracht. Dazu kamen EURATOM und die Europäische Wirtschaftsgemeinschaft „EWG“, die 1957 mit den „Römischen Verträgen“ gegründet wurden. Die EWG hatte vornehmlich die Koordination der landwirtschaftlichen Produktion und des Handels mit landwirtschaftlichen Gütern zur Aufgabe und es ist zumindest im Binnenverhältnis gelungen, beide Hauptziele, nämlich die Verhinderung des Krieges und der Hungersnot zu erreichen.

Über lange Zeit waren wegen der Fixierung auf Landwirtschaft und Handel, die

in ihren ethnischen Traditionen ausgeprägten Sozialsysteme völlig aus der gemeinsamen Regelsetzung ausgenommen. Doch bereits Ende der 60er/Anfang der 70er Jahre erkannte man, dass eine wirtschaftliche Zusammenarbeit ohne Berücksichtigung der sozialen Dimensionen nicht funktioniert. Da aber die „Harmonisierung“, das heißt die Vereinheitlichung der Sozialsysteme, niemals geplant oder auch nur gewollt war, hat man sich 1971 in der Verordnung 1408 auf eine „Konvergenz“ der Sozialsysteme verständigt und dies in den letzten Jahrzehnten in Rechtsetzung und Rechtsprechung immer weiter ausgebaut. Konvergenz bedeutet ein technisches Zusammenwirken der Systeme, nicht ihre Vereinheitlichung. Zwar gibt es seit den Verträgen von Maastricht und Amsterdam eine marginale Kompetenz der Europäischen Union für das öffentliche Gesundheitswesen, doch sind die Gesundheitssysteme selbst aus der Zuständigkeit der Europäischen Union immer noch ausgenommen. Nur in Randbereichen, so zum Beispiel beim Arbeitsschutz, abgeleitet aus Regelungen zur Montanunion oder aber auch beim Strahlenschutz bis hin zur Qualitätssicherung in der Radiologie, hergeleitet aus den EURATOM-Verträgen, gibt es einen Regelungsauftrag der Europäischen Union. Im Weiteren ist es aber jedem Staat selbst überlassen, wie, in welchem Ausmaß und in welcher Qualität er die gesundheitliche Versorgung der Bürger regelt.

Es ist ein Konsens zwischen den europäischen Ärzteverbänden, dass wir das Gesundheitswesen nicht als einen Teil des kommerziellen Sektors betrachten, sondern als einen Teil des Sozialwesens. Aber es ist natürlich unrealistisch zu übersehen, dass erstens das Gesundheitswesen einen Markt darstellt – in diesem Zusammenhang wird auch von einer „Gesundheitswirtschaft“ gesprochen, und zweitens einen wichtigen und wesentlichen Wirtschaftsfaktor – der jenseits des Umsatzes, der in der „Gesundheitswirtschaft“ getätigt wird – seine

Bedeutung in der sozialen Stabilisierung des kommerziellen Wirtschaftssektors hat. Da die Ausprägungen der Gesundheitswesen eine scharfe Trennung vom restlichen Wirtschaftsleben nicht erlauben, gibt es in der Europäischen Union etliche Regelungen, die mehr oder weniger direkt eine in das Gesundheitswesen steuernde Wirkung entfalten, so zum Beispiel Richtlinien über die Qualität und Werbung von Arzneimitteln, über Medizinprodukte, In-vitro Diagnostika oder implantierbare Geräte und demnächst zu Blut und Blutprodukten.

In Deutschland gehört es zur akademischen Tradition des ärztlichen Berufes, dass Ärzte mehr als andere Professionen Erfahrungen im Ausland sammeln und sammeln sollen. Und da Ärzte sowohl selbständige Dienstleister als auch abhängige Arbeitnehmer sein können, war für sie die Frage der Migration von einem Mitgliedsland in das andere stets von großer Bedeutung. Bereits 1975 wurde eine Richtlinie über die gegenseitige Anerkennung von Diplomen und Befähigungsnachweisen von Ärzten verabschiedet. Es war die erste Richtlinie über die gegenseitige Anerkennung von Diplomen und sie ist bis heute – mit zahlreichen Änderungen – in Kraft.

Zwar sind durch die Verordnung 1408 von 1971 über die Konvergenz der Sozialsysteme, bereits wesentliche technische Details für die Inanspruchnahme von Sozialleistungen im Ausland geregelt worden, doch dauerte es bis 1998, bis der Europäische Gerichtshof grundsätzlich auch den Patienten eine Migrationsfreiheit in ihrer Rolle als Dienstleistungserbringer förmlich zugestand. Wenn auch die Migrationsrechte der Patienten faktisch noch recht beschränkt sind, so ist doch die Tendenz zu einem zusammenwachsenden Gesundheitswesen in Europa deutlich. Dies ist eine Herausforderung und Chance gleichermaßen, der sich Ärzte, besonders als Dienstleistungserbringer, in einem vereinten Europa stellen müssen. Ärzte werden gefordert sein,

flexibel über die Grenzen unserer Gesundheitssysteme hinaus Leistungen zu erbringen und in der Kooperation mit unseren Kollegen im Ausland auch abzurufen.

Die großen Unterschiede in der ethnischen Ausprägung der Gesundheitswesen, ihre unterschiedliche Organisation und Gestaltung, die stark unterschiedlichen Leistungsumfänge und Kosten ließen es mehr als verständlich erscheinen, dass der Gedanke der Harmonisierung für die Gesundheitswesen in der Europäischen Union bisher stets abgelehnt wurde. Das Prinzip der Harmonisierung war all zu oft in der Europäischen Union das Suchen nach einem Mittelweg. Ein solcher Mittelweg würde für die Hälfte der Bevölkerung eine Absenkung des Sozialschutzniveaus bedeuten und wäre allein deshalb inakzeptabel. Nicht „Harmonisierung“, sondern „Konvergenz“ war daher das Schlagwort. Die Systeme sollten zusammen arbeiten, aber sie sollten nicht gleich gemacht werden. Dies war für die Vergangenheit logisch oder richtig, wie auch immer man den Standpunkt wählen will. In einem Europa ohne Grenzen macht es jedoch keinen Sinn mehr, die Gesundheitswesen aus der gemeinsamen Diskussion und Entwicklung weiterhin auszuklammern.

Im letzten Jahr hat die Kommission der Europäischen Gemeinschaft eine neue Strategie für die öffentliche Gesundheit in Europa vorgelegt. Ein wesentliches Ziel dieser neuen Strategie ist der Vergleich der Gesundheitssysteme. Ein Vergleich wird natürlich zu einem gegenseitigen Betrachten, zu einer Konkurrenz der Systeme und zum Ruf nach Änderungen in dem einen oder anderen System führen. Spätestens in diesem Vergleich treffen die unterschiedlichen Gesundheitssysteme Europas konkurrierend aufeinander und werden sich in ihrer Leistungsfähigkeit, Gerechtigkeit und Qualität aneinander messen lassen müssen. Und jedes System wird seine Schwierigkeiten und Defizite erklären und hoffentlich auch abbauen müssen. In der Union lassen sich derzeit zwei

Grundtypen von Gesundheitswesen unterscheiden:

Zum Einen sind da die staatlichen Gesundheitssysteme, die nach dem britischen Sozialreformer Beveridge benannt werden. Sie zeichnen sich im Wesentlichen dadurch aus, dass Leistungen durch staatliche Stellen oder durch vom Staat unter Vertrag genommene Ärzte und Gesundheitseinrichtungen erbracht werden. Die Leistungen werden durch Steuern finanziert und bieten den Menschen in den betreffenden Ländern in der Regel einen kollektiven aber keinen individuellen Anspruch auf Gesundheitsleistungen (Zuteilungssystem). Solche Systeme finden sich zum Beispiel in Großbritannien, Irland, Skandinavien und in Abwandlungen auch in den mediterranen Ländern. Dem gegenüber stehen Sozialversicherungssysteme, die nach dem deutschen Reichskanzler Bismarck benannt sind. In diesen Systemen werden Leistungen aufgrund von Verträgen zwischen den Sozialversicherungen und den Leistungserbringern erbracht und abgerechnet. Diese Systeme zeichnen sich also durch ein hohes Maß der Selbstorganisation, anstelle der Regierungssteuerung in den staatlichen Gesundheitssystemen, aus. Dabei ist es auch konsequent, dass die Finanzmittel zu einem großen Teil durch Beiträge zu Sozialversicherungen, anstelle von Steuern aufgebracht werden. Die Zahlung eines individuellen Versicherungsbeitrages führt logischerweise auch dazu, dass die Versicherten einen individuellen und einklagbaren Anspruch gegen das Gesundheitswesen haben und nicht einen kollektiven.

Beginnend mit den Reformen im englischen National Health Service, NHS, unter der Premierministerin Thatcher, ist der Gedanke des Wettbewerbs in die europäischen Gesundheitswesen eingedrungen. Zumindest in Deutschland wird er immer noch politisch befördert, weil angenommen wird, dass Wettbewerb quasi automatisch leistungssteigernd und kostendämpfend sei. Da wir es mit einem Wett-

bewerb um Geld zu tun haben, geht dieser mit einer Kommerzialisierung des Gesundheitswesens einher. Und natürlich gelten dort wo das Gesundheitswesen zum Geschäft gemacht wird, auch die Abgrenzungen der sozialen Sicherungssysteme gegenüber der Europäischen Union nicht mehr. Mit der Kommerzialisierung des Gesundheitswesens findet also auch, und immer automatisch eine Globalisierung statt, die bedeutet, dass ein Wettbewerb über die Grenzen des eigenen Landes hinaus stattfinden muss. Allein aus diesem Grund lassen sich die Gesundheitswesen zukünftig nicht mehr in ihrer Betrachtung auf die Nationalstaaten beschränken.

Krankenversicherungen, auch solche, die eigentlich Sozialversicherungen sind, die als marktbeherrschende Unternehmen agieren, werden in einem europäischen Markt auch gezwungen sein, Leistungen europaweit auszuschreiben. Diese Kommerzialisierung medizinischer Leistungen, die in Deutschland schon in ihren negativen Auswirkungen durch einen Wettbewerb der verschiedenen Krankenkassen zu beobachten ist, wird sich natürlich auf einer europäischen, wenn nicht sogar globalen Ebene auf die Leistungserbringer übertragen.

Krankenkassen dürfen oder wollen in einigen Ländern, wie zum Beispiel in Deutschland in Zukunft mit Ärzten und Gruppen von Ärzten individuelle und selektive Verträge abschließen. Das wird bedeuten, dass der Preiswettbewerb von den Krankenkassen auf die einzelnen Ärzte übertragen wird. Das wird aber auch bedeuten, dass der soziale Charakter der Krankenversicherungen weiter an Bedeutung verliert. So wie Krankenkassen in einem Wettbewerb um Geld gezwungen sind, Risiken zu selektieren, dass heißt schwerkranke Patienten möglichst abzuschieben und junge gesunde Menschen als Versicherte anzuziehen, so werden auch Ärzte dieser Scheinrationalität der Selektionen folgen müssen. Für sie gilt das Gleiche wie für die Kran-

kenkassen: Man wird versuchen, teure Patienten möglichst gering versorgt zu lassen oder sich ihrer ganz zu entledigen und stattdessen wird man die Behandlung auf Patienten konzentrieren, die weniger krank sind, aber durch scheinbar hohe Bedürfnisse auffallen. Dies ist nicht die Frage, ob Manager von Krankenkassen und Krankenhäuser und Ärzte gute oder schlechte Menschen sind, sondern dies sind die Gesetze des freien Marktes. Eine solche Form des Wettbewerbs wird natürlich korrigiert werden können, so wie wir dies in den letzten 15 Jahren auch bei den Diagnosis Related Groups in Amerika oder Australien gesehen haben. Am Ende wird aber die Verwaltung eines solchen Systems teurer sein, als die Behandlung der Patienten selber. Knappe Ressourcen werden vermindert und Ungerechtigkeiten werden immer wieder neue Wege finden. In einem solchen System, wie es momentan vielen Politikern – auch in den Reihen der deutschen Sozialdemokraten – vorschwebt, wird soziale Gerechtigkeit ein reines Lippenbekenntnis sein.

Eine besondere Gefahr liegt in der Tatsache, dass ein solches System selbst eskaliert: Gesetzliche Krankenversicherungen, also Sozialversicherungen, die wie Unternehmen agieren und in einem Wettbewerb operieren, müssen entsprechend den Grundgedanken des gemeinsamen Marktes dereguliert werden. Das heißt, sie müssen dann wie andere Versicherungen am Markt operieren und am Markt bestehen. Es zeigt sich, dass der Gedanke, die soziale Sicherung und damit die Entscheidung, die Gesetzliche Krankenversicherung aus dem Markt heraus zu nehmen, sowie dies Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts gemacht worden ist, völlig korrekt war. Die Fiktion, dass ein freier Markt ein sozial gerechter Markt sein könnte, lässt sich durch nichts belegen. Im Gegenteil: Es gibt genügend Beispiele dafür, dass gerade das Gegenteil zutrifft. Die Nationalstaaten in Europa müssen sich also der Frage stellen, ob sie ihre Gesundheitswesen weiterhin als Teil



Dr. med. Otmar Kloiber

ihrer Sozialwesen verstehen wollen. Und wenn sie diese Frage mit „Ja“ beantworten, werden sie die Systeme mit sozialen Kompetenzen und einer klaren Abgrenzung zum freien Markt versehen müssen. Natürlich werden Wirtschaftlichkeit, Qualität, die Äquivalenz von Leistung und Bezahlung und die grenzüberschreitende Zusammenarbeit wichtige Prinzipien sein, doch die Gestaltung der sozialen Dimension braucht im vereinten Europa einen eigenen Stellenwert gleichwertig zum und unabhängig vom Binnenmarkt in Europa.

Die Ausprägungen der einzelnen nationalen Gesundheitssysteme wird allerdings nur dann eine Chance haben, wenn sich dokumentieren lässt, dass die Menschen in Europa, unabhängig vom Ort ihrer Geburt und ihres Wohnortes zukünftig gleiche oder ähnliche Chancen haben, ärztliche Prävention, Behandlung und Rehabilitation zu erhalten. Die Entscheidung, ob die ärztliche Arbeit in Zukunft rein kommerziell und am Profit ausgerichtet wird oder ob Ärzte in einem freien Beruf Partner der Patienten bleiben werden, liegt nicht in der Hand der Selbstverwaltung. Dies ist eine Entscheidung, die unsere Parlamente zu treffen haben, nur ist es bedauerndswert, dass die Parlamente dies bisher offenbar noch nicht erkannt haben.

Anschrift der Verfasser:

Prof. Dr. med. habil. Jörg-Dietrich Hoppe
Präsident der Bundesärztekammer
Dr. med. Otmar Kloiber
Dezernat der Bundesärztekammer
Herbert Lewin-Straße 1 - 5, 50931 Köln

Aus der Vorstandssitzung

11. 10. 2001

Nach der Begrüßung durch den Präsidenten sowie der Protokollbestätigung und der Beschlusskontrolle aus der letzten Vorstandssitzung folgte zunächst die Diskussion zum Tagesordnungspunkt Stand, Probleme und Gedanken zur gesundheits-, sozial- und berufspolitischen Lage.

■ Der Runde Tisch, angesiedelt beim Bundesgesundheitsministerium, hat mit folgenden Themen seine Arbeit aufgenommen:

- Modernisierung der Arznei- und Heilmittelversorgung,
- Strategien zum Ausbau sektorübergreifender Versorgungsformen,
- Weiterentwicklung der Qualität der Gesundheitsversorgung unter Nutzung evidenzbasierter Leitlinien,
- Stärkung der Prävention,
- Zukunft der ambulanten Versorgung.

■ Die von der Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt geplante Aut-idem-Regelung bei der Medikamentenversorgung, mit der bis zu 500 Mill. DM Einsparung erreicht werden sollen, wird heftig kritisiert und abgelehnt. Sie ist praxisfern, teuer, gefährlich und begrenzt die Therapiehoheit der Ärzte.

■ Im Rahmen der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung wird eine neue Rollenverteilung zwischen dem herkömmlichen Hausarzt und Internist diskutiert. Den bisherigen Allgemeinmediziner wird es möglicherweise nicht mehr so geben. Internisten werden dann nur noch auf Spezialgebieten tätig sein.

■ Das Fortbildungsdiplom wurde bundesweit vereinheitlicht und kann mit einer Gesamtpunktzahl von 150 Fortbildungspunkten innerhalb von drei Jahren erwor-

ben werden. Die Bepunktung der Einzelveranstaltungen erfolgt auf Landesebene.

■ Von der Bundesärztekammer wurde eine Fortbildungsdatenbank eingerichtet, die im Internet abrufbar ist.

■ In den neuen Bundesländern ist die Anhebung der GOÄ auf 90 % ab Januar 2002 realistisch.

■ Dr. Kirsch berichtete über eine Veranstaltung anlässlich des 10-jährigen Bestehens privater Krankenanstalten in Sachsen. Er hob hervor, dass Sachsen bundesweit den höchsten Anteil an privaten Krankenhäusern hat. Die Krankenhausplanung in Sachsen wurde als gut eingeschätzt.

Frau Dr. Trübsbach berichtete im nächsten Tagesordnungspunkt über die 14. Beratung des Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen. Diskussionspunkte waren hier die Positionspapiere der großen Parteien zur Gesundheitspolitik. Über Probleme des Arzneimittelbudgets sowie das Arzneimittelbudgetablösesgesetz referierte Herr Dr. med. habil. Hans-Jürgen Hommel, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen.

Als Voraussetzung für eine Diskussionsrunde mit Politikern auf Landesebene wurde eine Arbeitsgruppe zur Erstellung eines Fragenkataloges zu gesundheitspolitischen Problemen gebildet.

Im weiteren Verlauf der Vorstandssitzung berichtete Herr Dr. Windau über den Gesetzentwurf von SPD und Grünen zu Disease-Management-Programmen. Es soll hierdurch ein Finanzausgleich der Krankenkassen unter Beachtung der medizinischen Risiken erfolgen. Disease-Management-Programme sind aber nur Geldbeschaffungsmaßnahmen der Krankenkassen. Sie dienen vorgeblich der

optimierten Versorgung chronisch Kranker, in Wahrheit sind sie aber dazu gedacht, das Behandlungsmonopol der Ärzte abzuschaffen, da weder Kassenärztliche Bundesvereinigung noch Bundesärztekammer Vertragspartner sind. Diese können nur noch beratend tätig werden. Die Qualitätssicherung ist bei diesen von den Krankenkassen erstellten Programmen nicht mehr gewährleistet.

Im Anschluss berichtete Herr Dr. Marx über den Lebensverlängerungsprozess in Deutschland. Dieser ist mit weitreichenden medizinischen Implikationen verbunden und führt sowohl zu einem Strukturwandel in der Medizin als auch in den Versorgungsaufgaben, wie Rehabilitation und Pflege. Der Lebensverlängerungsprozess erhöht zwar das Lebenspotential, aber nicht das Arbeitspotential.

Finanzen: Der Vorstand befasste sich mit der Haushaltsinanspruchnahme per 31.8. 2001. Insgesamt konnte vom kaufmännischen Geschäftsbereich ein ausgeglichener Haushalt vorgelegt werden, so dass die Einhaltung des Haushaltsplanes gewährleistet sein wird.

Berufsrecht: Erfreulicherweise konnte ein Ordnungswidrigkeitsverfahren gegen ein Kammermitglied wegen einer unterbliebenen ordnungsgemäßen Anmeldung bei der Sächsischen Landesärztekammer durch Vorlage der beglaubigten Berufsurkunden eingestellt werden.

Durch den ärztlichen Geschäftsbereich eingebrachte Vorschläge für die Besetzung in verschiedenen Prüfungskommissionen der Sächsischen Landesärztekammer sowie der Widerspruchskommission konnten vom Vorstand einstimmig angenommen werden.

Dr. med. Claus Vogel
Vorstandsmitglied

Sächsischer Verdienstorden an Mediziner

Die höchste sächsische Auszeichnung für verdienstvolle Bürgerinnen und Bürger des Freistaates Sachsen ging in diesem Jahr, am 12. Oktober, auch an zwei Mediziner: Frau Prof. Dr. med. Gabriele Schmitz-Schackert und Herrn Dr. med. Peter Schwenke. **Frau Prof. Dr. med. habil. Schmitz-Schackert** ist Direktorin der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie am Universitätsklinikum Dresden. Sie erhielt die Auszeichnung aus den Händen vom sächsischen Ministerpräsidenten Kurt Biedenkopf für die erstmalige erfolgreiche Implantation eines Hirnschrittmachers. Seit Juni 1995 führen Frau Prof. Dr. Schmitz-Schackert und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mittels eines Neuronavigationssystems computergestützte operative Eingriffe am Hirn durch. Kollegen der Technischen Universität Dresden schätzen sie wegen ihrer Fähigkeit zur interdisziplinären Zusammenarbeit.

Herr Dr. Peter Schwenke aus Leipzig wurde für seine Verdienste um den Aufbau einer kammerähnlichen Selbstverwaltungsstruktur für Ärzte, Zahnärzte und Apotheker Anfang der sechziger Jahre in Leipzig, seine Mitarbeit am Runden Tisch Gesundheitswesen und sein Engagement



*Prof. Kurt Biedenkopf, Sächsischer Ministerpräsident (3. v. r.),
Prof. Dr. med. habil. Gabriele Schmitz-Schackert (5. v. r.), Dr. med. Peter Schwenke (6. v. r.)*

bei der Gründung und den Aufbau der Sächsischen Landesärztekammer seit 1990 geehrt. Er war wesentlich an der Umwandlung des Gesundheitswesens nach 1989 beteiligt und von 1991 bis 1999 Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer. Er hat sich intensiv für eine Zusammenarbeit mit der polnischen Niederschlesischen Ärztekammer eingesetzt und bei Beratungen zur Umgestaltung des dortigen staatlichen Gesundheitssystems vor Ort mit seinen Erfahrungen geholfen. Herr Dr. Schwenke leitet zukünftig eine Deutsch-polnische Arbeitsgruppe, welche sich am 17. Oktober 2001 in Dresden gebildet hat. Diese soll eine dauerhafte fachliche Zusammen-

arbeit zwischen den beiden Ärztekammern grenzüberschreitend koordinieren.

Der sächsische Verdienstorden wird als Zeichen dankbarer Anerkennung für hervorragende Verdienste um den Freistaat Sachsen und seiner Bevölkerung an in- und ausländische Persönlichkeiten verliehen. Seit 1997 haben bisher 48 Personen diese Auszeichnung erhalten. Neben dem sächsischen Ministerpräsidenten war unter anderem der sächsische Landtagspräsident, Herr Erich Iltgen, bei der Verleihung anwesend.

Kö

Dr. med. Friedrich Rolle Ehrenbürger von Beilrode

Kreisärztekammer
Torgau-Oschatz



Der Bürgermeister von Beilrode, Herr Kuschel, überreicht Herrn Dr. Rolle die Ehrenbürgerurkunde

Lieber Friedrich,

mit der Ehrung zum Civis honoris causa beilrodenensis würdigt Deine Heimatgemeinde Dein über drei Jahrzehnte währendes aufopferungsvolles Wirken für die vielen tausend Dir anvertraut gewesenen Mitbürger Deines großen Versorgungsgebietes. Den hier lebenden Menschen warst Du zu Deiner Zeit in gesundheitli-

chen Nöten einzige ärztliche Erst- und zumeist Dauerhilfe.

Ungläubig vernimmt oft unsere medizinische Nachfolgeneration, welch breiten Umfang das uns selbstverständliche Leistungsspektrum in den Jahren hatte, in denen Du und auch ich als Medicus rusticus communis simplex (Peter Bamm), das heißt als Landärzte tätig waren.

Es reichte von der Beherrschung aller geburtshilflicher Komplikationen über die Kinder- und Seniorenbetreuung bis in die Sterbestunde unserer Patienten, es umspannte Nothilfe vor Ort bei allen erdenklichen Unfällen ebenso wie bei plötzlichen lebensbedrohlichen Zuständen und beinhaltete Früherkennung abwendbar gefährlichere Verläufe in gleicher Weise wie die Langzeitbetreuung chronisch Kranker und Behinderter.

Das dafür notwendige Wissen und Können hattest Du Dir bereits als Student vor den Kathedern berühmter deutscher und österreichischer Kapazitäten und danach als Assistenzarzt am Sudenburger Krankenhaus erworben. Hier hast Du aber auch die ethische Grundhaltung und den selbstlosen Einsatzwillen gewonnen, ohne den unser Beruf erfolgreich nicht ausübbar ist. In unserer Generation haben sich diese ärztlichen Attribute verfestigt in den Jahren, in denen wir als Arzt der Fronttruppe im Inferno eines

mörderischen Krieges standen.

Landärztliche Tätigkeit ist am ehesten wohl dem Wirken des Truppenarztes in vorderster Linie vergleichbar. Für Beilrode und sein Umfeld war es ein Glücksfall, dass sich im Chaos nach 1945 mit dem aus dem Krieg heimgekehrten Dr. Friedrich Rolle ein Arzt fand, der nicht nur Heimatliebe mit dem ärztlichen Rüstzeug für die Praxis verband, sondern auch den Mut hatte, in turbulenter Zeit in diesem bisher aus Torgau oder Arzberg medizinisch versorgten Ort erstmalig dem Aufbau einer ärztlichen Praxis zu wagen. Denn es fehlte damals an allem: an Medikamenten, Instrumenten und Fahrzeugen.

Wir Ärzte des Kreises Torgau-Oschatz danken dem Gemeinderat, dass Beilrode mit der Verleihung der Ehrenbürgerwürde die Verdienste anerkennt, die Du Dir bei der Versorgung seiner Bürger erworben hast. An unseren Glückwunsch, den wir Dir überbringen, knüpfen wir die Hoffnung, dass Du Dich noch lange bei bester Gesundheit mit Deiner Familie dieser Würde erfreuen kannst.

Meine Frau und ich wünschen Dir weiterhin alles Gute und schließen die Deinen in unseren Wunsch ganz herzlich ein.

Dr. med. habil. Heinz Brandt

Gesundheitspolitischer Wahlkampf eröffnet!

Unter diesem Motto wurde am 28. September 2001 zu einer Pressekonferenz des „Aktienbündnisses der Ärzte und Psychotherapeuten“ in der Landespressekonferenz des Sächsischen Landtages eingeladen. Gegenüber den anwesenden Medienvertretern wurde auf die derzeitige Lage der Ärzteschaft in Bezug auf Arbeitszeit, Arbeitsvolumen und Einkommen hingewiesen. 77% Westeinkommen und 115% Arbeit bei den niedergelassenen Ärzten sowie ungenügende Arbeitsbedingungen und Überstunden an Kliniken machen den Beruf des Arztes unattraktiv. Arbeitszeit und Bezahlung der Mediziner in den neuen Bundesländern werden deshalb auch im Wahlkampf vor dem Hintergrund sinkender Arztzahlen zu einem wichtigen Thema. Es müssen Konzepte zur Attraktivitätssteigerung des Berufes entwickelt und Überstunden sowie Arbeitsbedingungen auf ein normales Maß gebracht werden. Gleichzeitig gingen an die Adresse der Politik deutliche Forderungen nach sinnvollen Lösungen in der Gesundheitspolitik. Zu den zentralen Anliegen, die auf der Pressekonferenz angesprochen worden, gehörten unter anderem die Angleichung der Mittel für die ambulante Versorgung an das Niveau der alten Bundesländer, die Abschaffung des kollektiven Arzneimittelregresses und die Anpassung der damit verbundenen entscheidenden Richtgrößen an die Krankheits- und Altersstruktur der ostdeutschen Bevölkerung. Herr Dr. Hans-Jürgen Hommel, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, mahnte wiederholt die Transparenz der Krankenkassenabrechnung und die Offenlegung altersbereinigter Zahlen an. Herr Dr. Stefan Windau als Vertreter des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer unterstützte die geplanten weiteren Aktionen. Seit Anfang Oktober 2001 werden Plakate „Gesundheitspolitischer Wahlkampf“ in den Arztpraxen ausgelegt. Der Patient soll sich mit den gesundheitspolitischen Konzepten der Parteien intensiv auseinandersetzen und danach seine Wahlentscheidung



Herr Dr. Stefan Windau (SLÄK), Frau Angela Gröber (Psychotherapeuten), Herr Dr. Hans-Jürgen Hommel (KVS), Herr Dr. Klaus Hamm (Fachärzte), Herr Dr. Diethard Sturm (Hausärzte) Frau Sabine Rothe (Arztshelferinnen)

treffen. In den kommenden Sitzungen des „Sächsischen Bündnis Gesundheit 2000“ ist vorgesehen, einzelne Bundes- und Landespolitiker einzuladen, um mit ihnen über parteipolitische Gesundheitskonzepte und Positionen des Bündnisses zu dis-

kutieren. Die Standpunkte des Bündnisses finden so vielleicht stärker als bisher Eingang in gesundheitspolitische Diskussionen der Parteien. Wir werden entsprechend berichten.

Kö

Euro-Umstellung

Euro-Umstellung im Zusammenhang mit den Formularen des Sächsischen Bestattungsgesetzes

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie hat mit Schreiben vom 24.09.2001 der Sächsischen Landesärztekammer im Zusammenhang mit dem Vollzug des Sächsischen Gesetzes über das Friedhofs-, Leichen- und Bestattungswesen (Sächs BestG) vom 8. Juli 1994, zuletzt geändert durch Artikel 19 des 2. Gesetzes zur Euro-bedingten und erweiterten Änderung des Sächsischen Landesrechts vom 28. Juni 2001 (SächsGVBl. vom 27.07.

2001, S. 426) Folgendes mitgeteilt: „Im Hinblick auf die Währungsumstellung in Rechtsnormen auf Euro weise ich auf die durch Artikel 19 erfolgte Anpassung des SächsBestG hin. Die erforderliche Überarbeitung der Anlagen des SächsBestG (Formulare) erfolgt im Zusammenhang mit der vorgesehenen Novellierung des Sächsischen Bestattungsgesetzes. Es bestehen keine Bedenken, wenn aus Kostengründen die zwischenzeitlich erforderlich gewordenen Korrekturen handschriftlich eingearbeitet werden. Dies betrifft im Einzelnen die in der Todesbescheinigung enthaltene Rubrik „Infektionsgefahr“. Der bisherige § 3

Bundesseuchengesetz ist zu ersetzen durch § 6 Infektionsschutzgesetz – IfSG. Des Weiteren ist im Formular Leichenpass die Verwaltungsgebühr, bisher in DM angegeben, ab 1. 1. 2002 durch die Angabe in Euro zu ersetzen. Bei der Währungsumstellung sind DM-Beträge in Rechtsnormen und Verwaltungsvorschriften des Freistaates Sachsen grundsätzlich spitz umzurechnen.

Um Kenntnisnahme und Beachtung wird gebeten.

gez. Jürgen Hommel
Referatsleiter
Sächsisches Staatsministerium für Soziales,
Gesundheit, Jugend und Familie“

Zur Problematik der Blutentnahmen

Zur Problematik der Blutentnahmen zur Feststellung von Alkohol-, Medikamenten- und Drogeneinfluss bei Straftaten und Ordnungswidrigkeiten

In einer gemeinsamen Verwaltungsvorschrift haben Sächsisches Justiz-, Innen- und Gesundheitsministerium 2000 Verfahrensregeln zur Anordnung und Durchführung von Blut-, Urin- und Haarentnahmen festgelegt (VwV Alkohol-, Medikamenten-, Drogeneinfluss vom 28. Juni 2000, Sächsisches Amtsblatt Nr. 32, vom 10. August 2000, S. 646 ff.). Danach dürfen Blutproben nur von Ärzten (hier auch für Ärztinnen stehend), einschließlich von Ärzten im Praktikum, entnommen werden. Haarproben können durch Polizeibedienstete entnommen werden. Die Anordnung hierfür steht dem Richter, bei Gefährdung des Untersuchungserfolges durch Verzögerung auch der Staatsanwaltschaft, deren Hilfsbeamten und den Verfolgungsbehörden zu. Hilfsbeamte der Staatsanwaltschaft in den Polizeivollzugsbehörden sind die Laufbahngruppen der mittleren und gehobenen Dienste:

1. bei der Kriminalpolizei von Kriminalmeister bis Erste Kriminalhauptkommissare,
 2. bei der Schutz-, Wasserschutz- und Bereitschaftspolizei die Berufsgruppen von Polizeimeister bis Erste Polizeihauptkommissare,
 3. Dienstkräfte, die ohne Beamte zu sein, die Aufgaben einer der vorgenannten Beamtengruppen wahrnehmen, sofern sie im öffentlichen Dienst stehen, das 21. Lebensjahr vollendet haben und mindestens vier Jahre in der bezeichneten Angestelltengruppe tätig sind (§ 81a Abs. 2 der Strafprozessordnung in Verbindung mit § 152 des Gerichtsverfassungsgesetzes und der Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums der Justiz über die Hilfsbeamten der Staatsanwaltschaft vom 26. März 1996, SächsGVBl. S. 158).
- Die Entnahmen und Untersuchungen sind nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchzuführen. Die Anordnung der Maßnahmen gibt dem Arzt das **Recht**, die Maßnahmen auch ohne Einwilligung des Delinquenten durchzuführen. Nach der einleitend genannten gemeinsamen Verwaltungsvorschrift sind die Ersuchen an Ärzte zu stellen, die dazu rechtlich ver-

pflichtet oder bereit sind, die Probenentnahmen durchzuführen. Das bedeutet, dass der Arzt im vertragsärztlichen Notfalldienst nicht **verpflichtet** ist, dem Ersuchen nachzukommen. Die Meinungen in der Literatur gehen darüber auseinander, ob ein blutentnehmender Arzt schon Sachverständiger im Sinne der Strafprozessordnung ist. Unstrittig ist, dass auch dem Arzt in folgenden Fällen gesetzliche Weigerungsgründe zustehen:

- es handelt sich beim Delinquenten um den/die Verlobte(n) des Arztes/der Ärztin,
- es handelt sich um den Ehegatten (auch nach geschiedener Ehe),
- es handelt sich um Verwandte oder Verschwägerete.

Die Patienten- oder Kollegeneigenschaft des Delinquenten reicht nicht aus, den Ruf zum Sachverständigen abzulehnen. Konfliktfälle dürften eigentlich nicht entstehen, da nur Ärzte herangezogen werden sollen, die rechtlich verpflichtet sind oder die sich bereit erklärt haben.

Bei der Haarprobennahme ist zu beachten:

- Die Entnahme sollte in erster Linie über dem Hinterhauptshöcker erfolgen. Ist dies nicht möglich, muss die Entnahmestelle entsprechend dokumentiert werden.

- Die Probe sollte aus einem mindestens bleistift- bis kleinfingerdicken Strang bestehen.
- Die Haare sind vor dem Abschneiden mit einem Bindfaden, möglichst 2 bis 3 cm von der Kopfhaut entfernt, fest zusammenzubinden.
- Die zusammengebundenen Haare sind möglichst direkt an der Kopfhaut abzuschneiden. Sollte dies nicht möglich sein, ist die Länge der zurückgebliebenen Haarreste zu dokumentieren. Im Hinblick auf die Prüfung der Gewahrsamsfähigkeit ist zu sagen, dass die Polizei verpflichtet ist, von einem Arzt feststellen zu lassen, ob die Person gewahrsamsfähig ist. In der entsprechenden Verwaltungsvorschrift (VwV Gewahrsam v. 01.11.1999) heißt es hierzu:
„...Grundsätzlich darf eine Person nur in Gewahrsam genommen werden, wenn sie gewahrsamsfähig ist. Gibt ihr Gesundheitszustand Anlass zur Besorgnis, so ist eine ärztliche Untersuchung zu veranlassen. Anlass zur Besorgnis besteht bei
a) äußeren, offensichtlich nicht unerheblichen Verletzungen,
b) Verdacht auf innere Verletzungen,
c) offensichtliche Anzeichen auf Einwirkung von Alkohol und/oder anderen berauschenden Mitteln,
d) wenn Betrunkene nicht ansprechbar sind oder sich in einem Dämmerzustand befinden,
e) wenn Betrunkene durch besondere Aggressivität auffallen bzw. einen sogenannten pathologischen Rausch erkennen lassen,
f) Alkohol- oder Drogenentzugssymptome (Verwirrheitszustände, Halluzinationen),
g) Orientierungslosigkeit, Bewusstseinsstörungen, mangelnde Ansprechbarkeit,
h) deutlich depressiven Zuständen, Suizidandrohungen sowie Suizidversuchen,
i) Äußerungen der in Gewahrsam genommenen Person über Schmerzen, krankhafte Zustände, Medikamentenbedarf,
j) Schwangerschaft, sofern diese optisch erkennbar bzw. durch die in Gewahrsam genommene Person mitgeteilt wird,
k) Anzeichen von Infektionskrankheiten,

l) der Forderung oder dem Wunsch der in Gewahrsam genommenen Person nach einer ärztlichen Untersuchung, auch ohne Angabe von Gründen.

In Zweifelsfällen ist stets ein Arzt hinzuzuziehen.

...

Zu Untersuchungen der Gewahrsamsfähigkeit können niedergelassene Ärzte in Anspruch genommen werden, die Einrichtungen der öffentlich-rechtlichen Krankenhausträger (zum Beispiel Unikliniken, Kreis- oder städtische Krankenhäuser) sowie die Gesundheitsämter sind nur nach den Grundsätzen der Amtshilfe verpflichtet. Die Mitwirkungspflicht der einzelnen Krankenhausärzte ergibt sich aus ihrem Dienst- und Treueverhältnis. Ferner ist auch die Inanspruchnahme der Polizeiarzte möglich.

Dem untersuchenden Arzt sind die Vordrucke „Ärztliche Bescheinigung zur Gewahrsamsfähigkeit“ (...) und „Entscheidung des Arztes“ (...) vorzulegen. Die Gewahrsamsfähigkeit ist grundsätzlich schriftlich bescheinigen zu lassen.“

Meines Erachtens stellt die Verwaltungsvorschrift keine ausreichende Rechtsgrundlage dar, dass der Arzt gegen den Willen des Delinquenten tätig wird. Konflikte könnten sich ergeben, wenn der hinzugezogene Vertragsarzt durch die Untersuchung bei der Polizei seine vertragsärztlichen Verpflichtungen vernachlässigt. In Analogie zu den Blutentnahmen sollten diese Untersuchungen durch Ärzte vorgenommen werden, die besonders rechtlich dazu verpflichtet sind oder die sich bereit erklärt haben. Allerdings sollte beachtet werden, dass die Gewahrsamsuntersuchung dazu dient, gesundheitlichen Schaden von dem Delinquenten abzuwenden. Der Arzt nimmt gegenüber dem Delinquenten eine Garantenstellung ein. Die auszustellende ärztliche Bescheinigung sollte unbedingt für die eigenen Unterlagen kopiert werden (Dokumentationspflicht!).

Dr. med. Andreas Prokop
Vorsitzender des Ausschusses Berufsrecht der
Sächsischen Landesärztekammer

Ärzteblatt Sachsen

Offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer mit Publikationen ärztlicher Fach- und Standesorganisationen, 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: presse@slaek.de

Redaktionskollegium:

Prof. Dr. Winfried Klug (V.i.S.P.)
Dr. Günter Bartsch
Prof. Dr. Siegwart Bigl
Prof. Dr. Heinz Dietrich
Dr. Hans-Joachim Gräfe
Dr. Rudolf Marx
Prof. Dr. Peter Matzen
Prof. Dr. Jan Schulze
Dr. jur. Verena Diefenbach
Knut Köhler M.A.

Redaktionsassistent: Ingrid Hüfner

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: Maja V. Schneider (-27)

Anzeigenannahme: Silke El Gendy (-26)

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 04 65, 01074 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 71,00 € (138,86 DM) zzgl. Versandkosten
Ausland: jährlich 73,00 € (142,78 DM) zzgl. Versandkosten
Einzelheft: 7,41 € (14,49 DM) zzgl. Versandkosten

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

LA-MED

Die Leipziger Messe Verlag und Vertriebsges. mbH ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranalyse Medizinischer Zeitschriften e. V.

Kurs zur Erlangung der Fachkunde »Suchtmedizinische Grundversorgung«

Restplätze

Am 1. April 2000 ist das Dritte Gesetz zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes (Drittes BtMG-Änderungsgesetz – 3. BtMG-ÄndG vom 28. März 2000, BGB1. I S. 302) in Kraft getreten. Gegenstand der Gesetzesänderung ist unter anderem, dass das Verschreiben von Substitutionsmitteln für Drogenabhängige von der Erfüllung von Mindestanforderungen an die Qualifikation der verschreibenden Ärzte abhängig gemacht wird. Die Sächsische Landesärztekammer bietet nun wieder einen Kurs zum Erwerb der entsprechenden Qualifikation, der Fachkunde „Suchtmedizinische Grundversorgung“, an.

Fachärzte, die diese Qualifikation erlangen können, sind in einer Satzung der Sächsischen Landesärztekammer festgeschrieben (Ärzteblatt Sachsen, Heft 12/1999).

Kurstermin:
15.11. – 17.11.2001 Teil 1
22.11. – 24.11.2001 Teil 2

Kursort:
Sächsische Landesärztekammer
Heinrich-Braun-Saal
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach,
Dr. med. Peter Grampp,
Prof. Dr. Harald Petermann,
Dr. med. Frank Härtel,
Dr. med. Siegfried Herzig

Anmeldung:
Sächsische Landesärztekammer
Referat Fortbildung – Frau Heilfurth
Tel. (03 51) 82 67 – 3 24
Fax (03 51) 82 67 – 3 12

Gebühren: 700,- DM

Dr. med. Siegfried Herzig
Ärztlicher Geschäftsführer

Konzerte und Ausstellungen in der Sächsischen Landesärztekammer

Konzerte

Sonntag, 2. Dezember 2001
11.00 Uhr

Junge Matinee
Bläsermusik zum
Weihnachtsfest

Es musizieren Schüler des
Heinrich-Schütz-Konservatoriums Dresden e.V.

Donnerstag, 13. Dezember 2001
19.30 Uhr

Weihnachtliches Konzert
Es musiziert die Streichergruppe des
Carl-Maria-von-Weber-Gymnasiums,

Sächsische Spezialschule für Musik Dresden
Leitung: Kammervirtuos Volker Dietzsch

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

Im Anschluss an die Sonntagskonzerte besteht in unserem Kammerrestaurant die Möglichkeit zum Lunch. Tischbestellungen werden unter der Telefon-Nr. 03 51/8 26 71 10 (Frau Arnold) entgegengenommen.

Ausstellung

Foyer der
Sächsischen Landesärztekammer

Ali Nassir
Malerei und Zeichnungen
13. November 2001 bis 14. Januar 2002

Vernissage:
Donnerstag, 15. November 2001,
19.30 Uhr
Einführung: Dr. phil. Ingrid Koch,
Dresden

Foyer der
Sächsischen Ärzteversorgung

Dyrck Bondzin
„Still-Leben, Portraits,
Landschaft“
bis 28. Februar 2002

Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden

Zum letzten Seniorentreffen vor dem Jahreswechsel möchten wir Sie wieder herzlich einladen.

Wir treffen uns am **5. 12. 2001, 15.00 Uhr**, im Gebäude der Sächsischen Landesärztekammer.

Frau Dr. Schulz-Beer wird in ihrem Vortrag Historische Friedhöfe vorstellen und Wissenswertes zu diesem interessanten Thema referieren.

Seien Sie und Ihre Partner dazu sowie zum anschließenden weihnachtlichen Beisammensein bei Stollen und Kaffee herzlich willkommen.

Ihr Seniorenausschuss der
Kreisärztekammer Dresden

Internet-Ecke

In diesem kleinen Kasten möchten wir Sie in Zukunft regelmäßig auf für die ärztliche Arbeit hilfreichen Internet-Adressen hinweisen. Dies soll gezielt zu einem bestimmten Thema und mit einer kurzen Charakteristik dieser Adresse(n) geschehen.

Die Kompetenz der Anbieter und der praktische Nutzen sind die wichtigsten Auswahl-Kriterien

**Heute:
Diagnostik-Leitlinien und
Therapieempfehlungen**

in www.awmf-leitlinien.de.

- Qualität und Aktualität ist durch den Anbieter Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWmF) garantiert;
- einfache Stichwortsuche und Suche nach Facharztbereichen (Volltext) sowie ICD-Ziffern;
- kurzgefasste Leitlinien für Patienten;
- Links (Verweise) zu Leitlinien-Seiten anderer Organisationen, insbesondere der Zentralstelle der Deutschen Ärzteschaft für Qualitätssicherung in der Medizin (aezg), ebenso sind die Leitlinien ausländischer Anbieter zu finden;

■ eine weitere gute Adresse ist das DGN (www.dgn.de). Hier sind auch die Leitlinien anderer Länder zu finden. In der linken Themenleiste klicken Sie auf Leitlinien & Richtlinien und können die übersichtlichen, rechtlich nicht bindenden Hinweise Ihres Fachgebietes auswählen.

Wir hoffen, Ihnen in den weiteren Folgen hin und wieder mit diesem Angebot zeitraubende eigene Sucherfahrungen zu ersparen.

Dr. med. Günter Bartsch
Vizepräsident, AG Multimedia

Sächsische Ärzteversorgung: Information zum Altersvermögensgesetz

Diese Information bezieht sich ausschließlich auf die Mitglieder der Sächsischen Ärzteversorgung.

Sehr geehrtes Mitglied,

ab 1. Januar 2002 fällt der Startschuss für die staatliche Förderung einer zusätzlichen Altersvorsorge als Bestandteil der Rentenreform (Altersvermögensgesetz). Mit diesem Modell einer zusätzlichen privaten kapitalgedeckten Altersabsicherung soll der Leistungsrückgang in der gesetzlichen Rentenversicherung ausgeglichen werden. Hierzu zahlt der Staat in Abhängigkeit von den persönlichen Verhältnissen einen Zuschuss.

Die Sächsische Ärzteversorgung erhielt zu diesem Thema einige Anfragen von unseren Mitgliedern und möchte Ihnen mit den nachfolgenden Ausführungen Anhaltspunkte zum Verständnis der neuen gesetzlichen Regelung geben:

1. Das Altersvermögensgesetz ändert die Satzung der Sächsischen Ärztever-

sorgung nicht, insbesondere bleiben die Leistungen der Sächsischen Ärzteversorgung unverändert erhalten.

2. Die Fördermöglichkeit stellt deshalb auf die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung und nicht auf die Mitgliedschaft in der Sächsischen Ärzteversorgung ab.

3. Eine Fördermöglichkeit ist für die Mitglieder der Sächsischen Ärzteversorgung in der Regel ausgeschlossen, wenn sie zugunsten des Versorgungswerkes von der gesetzlichen Rentenversicherungspflicht gemäß § 6 Absatz 1, Nr. 1 SGB VI befreit sind oder als Selbständige dieser Versicherungspflicht (BfA) nicht unterliegen.

4. Wer nicht ärztlich tätig ist, nicht von seinem Befreiungsrecht in der gesetzlichen Rentenversicherung Gebrauch gemacht hat oder von der Pflichtmitgliedschaft befreit wurde, sollte bei den zuständigen Beratungsstellen der gesetzlichen Rentenversicherung seinen Anspruch

auf Förderung einer zusätzlichen Altersvorsorge klären lassen.

5. Gehört jedoch der Ehepartner des Mitgliedes zum förderfähigen Personenkreis, kann auch der nicht förderfähige Ehepartner (Pflichtmitglied der Sächsischen Ärzteversorgung) eine Zulage erhalten.

Bitte beachten Sie, dass die Sächsische Ärzteversorgung aufgrund fehlender Zuständigkeit eine endgültige Klärung über die Zugehörigkeit zum förderfähigen Personenkreis nicht herbeiführen kann.

Wenden Sie sich insbesondere an die Informations- und Auskunftsstellen der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte in Berlin (BfA), der Landesversicherungsanstalten, der Bundesknappschaft, der Bahnversicherungsanstalt, der Seekasse oder der Landwirtschaftlichen Alterskasse.

Angela Thalheim
Geschäftsführerin



Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden gemäß § 103 Abs. 4 SGB V in Gebieten für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf Antrag folgende Vertragsarztsitze zur Übernahme durch einen Nachfolger ausgeschrieben:

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

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

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

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

■ Bezirksstelle Chemnitz

Planungsbereich

Plauen Stadt/Vogtlandkreis

2 Fachärzte für Allgemeinmedizin*)

1 Facharzt für Kinderheilkunde

1 Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Planungsbereich Freiberg

Facharzt für Innere Medizin*)

(Hausärztlicher Versorgungsbereich)

Planungsbereich Mittweida

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Planungsbereich Zwickauer Land

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Planungsbereich Zwickau-Stadt

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 8. 12. 2001 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.

Planungsbereich Zwickau-Stadt

Facharzt für Urologie

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 25. 11. 2001 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.

■ Bezirksstelle Dresden

Planungsbereich Dresden-Stadt

Facharzt für Innere Medizin/Kardiologie

(Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 27. 11. 2001 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Telefon-Nr. (03 51) 88 28 – 3 30 zu richten.

Planungsbereich Landkreis Bautzen

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Planungsbereich

Landkreis Sächsische Schweiz

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10. 12. 2001 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Telefon-Nr. (03 51) 88 28 – 3 30 zu richten.

■ Bezirksstelle Leipzig

Planungsbereich Delitzsch

Facharzt für Innere Medizin/Nephrologie

(Fachärztlicher Versorgungsbereich)

(Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 23. 11. 2001 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Telefon-Nr. (03 41) 2 43 21 53 zu richten.

Planungsbereich Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Facharzt für Innere Medizin*)

(Hausärztlicher Versorgungsbereich)

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 8. 12. 2001 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Telefon-Nr. (03 41) 2 43 21 53 zu richten.

Abgabe von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden für Gebiete, für die keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, folgende Vertragsarztsitze zur Übernahme veröffentlicht:

■ Bezirksstelle Chemnitz

Planungsbereich Chemnitz-Stadt

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

geplante Praxisabgabe: Februar 2003

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 1164, 09070 Chemnitz, Tel.-Nr. (03 71) 27 89 – 4 06 oder 27 89 – 4 03.

■ Bezirksstelle Dresden

Planungsbereich Dresden-Stadt

– Schönfeld-Weißig –

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

geplante Praxisabgabe: so bald wie möglich

Planungsbereich Dresden-Stadt

Facharzt für Kinder- und

Jugendpsychiatrie und –psychotherapie

geplante Praxisabgabe: sofort

Planungsbereich Weißeritzkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

geplante Praxisabgabe: 1. 7. 2002

Planungsbereich Hoyerswerda-Stadt/Landkreis Kamenz

– zwischen Dresden und Kamenz –

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

geplante Praxisabgabe: 2003

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Telefon-Nr. (03 51) 8 82 83 30.

■ Bezirksstelle Leipzig

Planungsbereich Leipziger Land

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

geplante Praxisabgabe: Juli 2002

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Telefon-Nr. (03 41) 24 32 – 1 53.

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Landesgeschäftsstelle

D. Reimann, J. Henschkowski, C. Palm, P. Gross

Peritonealdialyse – die Alternative in der Nierenersatztherapie

Universitätsklinikum
TU Dresden
Medizinische Klinik III

Zusammenfassung

Die kontinuierliche ambulante Peritonealdialyse (CAPD) findet als alternatives Nierenersatzverfahren zur Hämodialyse in der Behandlung terminal niereninsuffizienter Patienten Anwendung. Die weltweit verbreitetste Heimdialysemethode ist in Deutschland trotz einer zunehmenden Inzidenz und Prävalenz von terminal niereninsuffizienten Patienten zahlenmäßig deutlich unterrepräsentiert.

Die Funktionsweise der Peritonealdialyse beruht auf einem osmotischen und konvektiven Stoffaustausch zwischen den Kapillaren des Peritoneums und der, über einen permanent in der Bauchhöhle platzierten Katheter eingebrachten Dialyselösung. Verwendung finden in erster Linie Glukoselösungen in unterschiedlichen Konzentrationsstufen. Das Angebot wird durch moderne Aminosäure- und Polyglukoselösungen komplettiert.

Die intraabdominell befindliche Dialyselösung muss vom Patienten mit einfachen Handgriffen viermal täglich gewechselt werden. Diese Handlungsabläufe werden im Dialysezentrum von fachkundigem Personal gelehrt, so dass der Patient Sicherheit und umfassende Kenntnisse über sein Nierenersatzverfahren erhält.

Der Vorteil der Peritonealdialyse begründet sich aus der kontinuierlichen und schonenden Entgiftung und Entwässerung. Die meist längerfristig erhaltene Urinausscheidung des Patienten ermöglicht diesem nicht nur eine großzügigere Trinkmenge als an der Hämodialyse, sondern trägt auch zu einer hohen Dialyseeffizienz bei.

Schlüsselwörter: Peritonealdialyse, CAPD, Nierenersatztherapie, Niereninsuffizienz

Einleitung

Nach 25 Jahren stellt die Peritonealdialyse (PD) heute eine, der Hämodialyse gleichwertige Behandlungsform der terminalen Niereninsuffizienz dar. Weltweit führen ca. 15 % der Dialysepatienten die PD durch, wobei die jährliche Zuwachsrate ca. 15 % beträgt (Gokal, Mistry, Peers, 1995).

Ausgehend von der Anzahl der Patienten ist in Deutschland die Peritonealdialyse unterrepräsentiert. Dieser Beitrag soll dazu dienen, die Indikationen und Besonderheiten, aber auch die Vorteile der PD für bestimmte Patienten besser bekannt zu machen.

Bei der PD erfolgt die Entgiftung und Entwässerung über eine in der Bauchhöhle verweilende, osmotisch wirksame Dialyselösung. Der Wasser- und Solutaustausch verläuft zwischen dem Blut in den Kapillaren und der Dialyselösung. Das Peritoneum fungiert als semipermeable Membran, welche kleinen und mittelgroßen Molekülen (Kreatinin, Harnstoff, Phosphat, Kalium) den Übergang in die Dialyselösung erlaubt. Die dabei ablaufenden Transportvorgänge (Diffusion, Osmose, Konvektion) ähneln denen der Hämodialyse. Erhöhte Glukosekonzentrationen in der Dialyselösung ermöglichen aufgrund des osmotischen Gradienten die Ultrafiltrationsleistung.

Obwohl schon früher ähnliche Verfahren

versucht wurden, ist die PD erst seit 1976 als eine routinemäßig praktikable Technik akzeptiert. Popovich und Moncrief entwarfen das noch heute in vollem Umfang gültige PD – Konzept und ermöglichten damit Patienten, welche aus verschiedenen Gründen Probleme an der Hämodialyse Schwierigkeiten boten, oder bestrebt waren, eine eigenverantwortliche Behandlung vorzunehmen, eine Alternative in der Nierenersatztherapie (Popovich et al., 1976).

Ablauf der Peritonealdialyse:

Über einen dauerhaft implantierten sterilen Katheter wird aus kommerziell erhältlichen Beuteln die Dialyselösung der Schwerkraft folgend in die Bauchhöhle eingebracht. Die Menge der pro Wechsel instillierten Flüssigkeit variiert je nach Körpergröße und Retentionswerten des Patienten zwischen 1,5 und 2,5 l. Das Dialysat verbleibt tagsüber 4 – 6 nachts 8 – 10 Stunden in der Bauchhöhle. Nach dem Einlassen der Dialyselösung wird

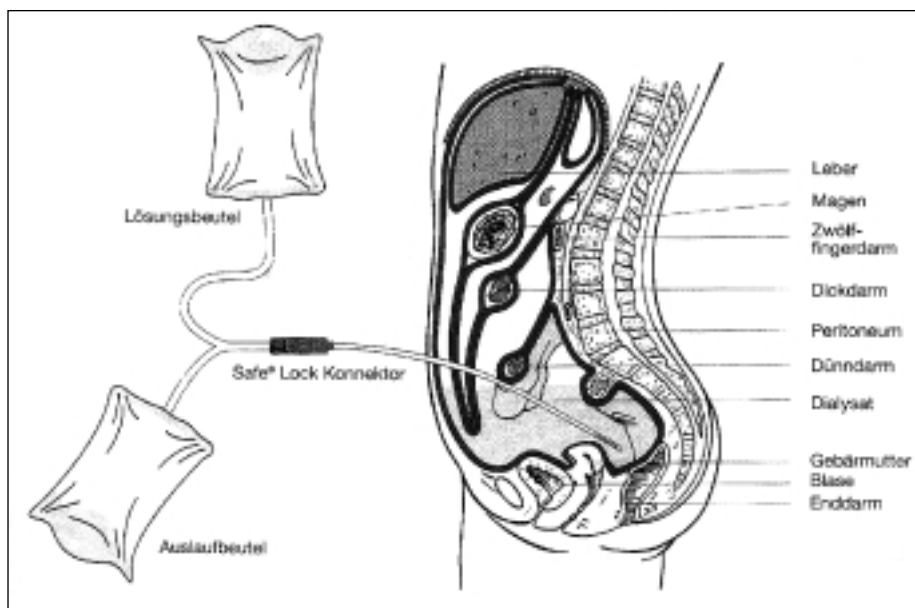


Abbildung 1: Schematische Darstellung der Lage des Peritonealdialysekatheters

der Katheter mit einer sterilen Kappe verschlossen. Die Entleerung der Bauchhöhle erfolgt über das gleiche Schlauchsystem während des nächsten Beutelwechsels. Grundsätzlich stehen die CAPD (Continuous ambulatory peritoneal dialysis) sowie die CCPD (Continuous cyclic peritoneal dialysis) zur Verfügung. Bei der klassischen CAPD führt der Patient 4 – in Ausnahmefällen 5 manuelle Beutelwechsel in 4 – 6 Stunden – Abständen durch. Bei der CCPD wird die Dialyse vor allem in den Nachtstunden mittels 8 – 10 schnell aufeinanderfolgender Beutelwechsel durchgeführt. Dies wird über eine einfach zu bedienende, computergesteuerte Maschine („Cycler“) ermöglicht. Tagsüber genügen bei CCPD 1 bis 2 zusätzliche manuelle Beutelwechsel. Ob ein Patient für diese automatisierte Form der Peritonealdialyse in Frage kommt, hängt von den individuellen Eigenschaften des Bauchfells ab.

Hat sich ein präterminal niereninsuffizienter Patient zur Durchführung der Peritonealdialyse entschlossen, erfolgt die Implantation eines Kunststoffkatheters in die Bauchdecke. Die heute gebräuchlichen „double-cuff“ Katheter (doppelte Manschette) bestehen aus einem intraabdominellen, einem intramuralen (in der Bauchwand) und einem externen Anteil. Die drei Abschnitte sind durch 2 Muffen voneinander getrennt.

Die Vorgehensweise bei der Implantation dieser Katheters unterscheidet sich in den



Abbildung 2: Reizlose Austrittsstelle des Peritonealdialysekatheters

verschiedenen Dialysezentren. In unserer Einrichtung wird dieser Eingriff von den Chirurgen laparoskopisch vorgenommen. Dazu ist eine Vollnarkose erforderlich. Insgesamt wird diese Operation, welche eine etwa gleichwertige Belastung für den Patienten, wie die Anlage einer Dialysefistel darstellt, gut toleriert. Nach Implantation des Katheters ist prinzipiell ein sofortiger Beginn der PD möglich. Zu bevorzugen ist jedoch eine zirka 3-wöchige Heilungsphase, in der die Bauchhöhle nur intermittierend gespült wird. Der Patient kann also im Regelfall wenige Tage nach Implantation der Katheters das Krankenhaus verlassen und wird zum Dialysebeginn erneut stationär aufgenommen.

Gleichzeitig mit dem Start der PD beginnt die gründliche und kontinuierliche Schulung des Patienten durch erfahrenes, fachkundiges Pflegepersonal. Ausbildungsinhalte sind neben dem Handlungsablauf beim Beutelwechsel und ggf. der Bedienung des Cyclers auch die kritische Bewertung infektiöser Komplikationen. In vielen Zentren ist es üblich, dass die Patienten ein tägliches Kurzprotokoll über Gewicht, Ultrafiltrationsmenge und Restausscheidung führen. Dies ermöglicht dem Dialyseteam bei den, aller 4 Wochen stattfindenden Konsultationen in der Ambulanz eine Bewertung der Dialysequalität und Rückschlüsse auf notwendige Veränderungen des PD-Regimes.

Neben den regelmäßigen ambulanten Vorstellungen steht in den Dialysezentren rund um die Uhr ein, mit dem Nierenersatzverfahren vertrauter Arzt für Notfälle zur Verfügung. Peritonealdialysepatienten können somit – obwohl sie ein Heimdialyseverfahren durchführen – jederzeit auf kompetente ärztliche Hilfe zurückgreifen.

Welche Dialyselösungen sind verfügbar?

Die industriell gefertigten Lösungen enthalten Glukose in drei verschiedenen Konzentrationen (1,36 %, 2,27 % und 3,86 % Glukose-Anhydrat). Diese Stan-



Abbildung 3: Dialyselösungen; links: Dialysat vor dem Einlauf rechts: Dialysat auslauf

dardlösungen führen jedoch manchmal zu metabolischen Komplikationen am Peritoneum. Man hat sich aus diesem Grund um Alternativmöglichkeiten bemüht. So steht neuerdings eine Polyglukoselösung zu Verfügung, von welcher insbesondere Patienten mit geringer Restdiurese und Diabetiker profitieren. Neueste Entwicklungen haben den Einsatz von Bikarbonat als Puffersubstanz möglich gemacht. Im Gegensatz zu Laktat ist Bikarbonat der physiologische Puffer im Organismus. Bisher wurde den PD-Lösungen aus technischen Gründen Laktat zugesetzt. Man verwendet heute Doppelkammerbeutel, bei denen Elektrolyte und Bikarbonat in zwei verschiedenen Kompartimenten vorliegen und erst kurz vor der Verwendung gemischt werden. Gleichzeitig kann damit ein nahezu physiologischer pH-Wert im Dialysat erzielt werden.

Welche Patienten kommen für PD in Frage und welche nicht?

Gern wird die PD als Nierenersatzverfahren für junge, berufstätige Patienten ohne komplizierende Begleiterkrankungen gesehen. Es gibt jedoch darüber hinaus Patienten, welche dieses Verfahren zu ihrem Vorteil durchführen können.

Als Kontraindikationen für eine Peritonealdialysebehandlung gelten aktive entzündliche und ischämische Darmerkrankungen. Des Weiteren ist von der Behandlung schwer psychisch Kranker mit

diesem Verfahren abzuraten. Bedenklich erscheint auch die Durchführung der PD bei immunsupprimierten Patienten, da die Gefahr einer Peritonitis deutlich erhöht ist. Hat sich der Patient in der Vergangenheit abdomineller Eingriffe unterziehen müssen, erschweren häufig Verwachsungen das Ein- und Auslaufen der Dialyselösungen. In diesem Falle gehen wir wie folgt vor: Während der Laparoskopie, welche letztlich zur Einlage des PD-Katheters führen soll, wird das Abdomen zunächst inspiziert und – evtl. bestehende Adhäsionen gelöst. Der Chirurg entscheidet dann, ob verbleibende Verwachsungen das Funktionieren der PD behindern könnten. Ist dies der Fall, wird keine Katheterimplantation vorgenommen. Der Patient wird im Vorfeld über diese Verfahrensweise aufgeklärt. Bestehende inguinale oder abdominelle Hernien sollten vor dem Beginn der PD operativ beseitigt werden. Problematisch erscheint es, Patienten mit mangelnden hygienischen Verhältnissen (Körperhygiene, häusliche Umgebung) und solche mit bekannter Non-Compliance für dieses Verfahren zu empfehlen. Die PD ist auch bei Hämodialysepatienten mit Problemen des Gefäßzuganges einsetzbar. Schließlich gibt es Berichte, wonach die PD bei fortgeschrittener hydropischer Dekompensation herzinsuffizienter Patienten zum Flüssigkeitsentzug, sowie bei Leberzirrhose und schwer be-

herrschbarem Aszites erfolgreich eingesetzt worden ist.

Wie bereits angedeutet, können Diabetiker – vor allem seit der Möglichkeit des Einsatzes von Polyglukoselösungen – ohne größere metabolische Effekte mit PD behandelt werden.

Einen Sonderfall stellt die Behandlung von Patienten, welche aus objektiven Gründen die PD nicht eigenhändig durchführen können (zum Beispiel Blinde) dar. Besteht dennoch der dringende Wunsch oder ist eine Hämodialyse zum Beispiel aufgrund von Fistelproblemen nicht möglich, kann eine Hilfsperson des Patienten in diesem Verfahren geschult werden.

Vorteile der Peritonealdialyse

Die Patienten sind sicher nicht vom Dialyseverfahren unabhängiger als an der Hämodialyse, können sich jedoch ihren Tagesablauf mit dem Nierenersatzverfahren – in gewissen Grenzen – selbständiger einteilen. Dies ist vor allem dadurch bedingt, dass sie nicht zu festen Zeiten im Dialysezentrum erscheinen müssen. Gerade für Berufstätige ist dies von Vorteil und führt nicht selten zur Weiterführung der Arbeitstätigkeit oder einer Lehre. PD-Patienten können – wie auch Hämodialysepatienten – nach ihren Wünschen reisen. Die Herstellerfirmen sind in der Lage, das nötige Verbrauchsmaterial auf Anfrage an den jeweiligen Urlaubsort zu liefern.

Durch die kontinuierliche Behandlungsform und den relativ schonenden Entwässerungsvorgang bleibt den Patienten länger als bei Hämodialyse eine adäquate Restdiurese erhalten. Dadurch ist das Reglement der Trinkmenge wesentlich weniger streng als an der Hämodialyse, gleiches gilt auch für den Genuss kaliumhaltiger Nahrungsmittel (zum Beispiel Obst). Oftmals trägt die Resturinproduktion auch noch einen wichtigen Anteil zur Entgiftung bei. Nicht zuletzt wirkt sich eine erhaltene intakte Blasenfunktion positiv auf die Urinausscheidung nach erfolgreicher Nierentransplantation aus.

Komplikationen der PD:

Die typische Komplikation der PD ist die Peritonitis. Die Keimassenzion erfolgt entweder durch den Katheter (unsteriles Arbeiten beim Ankoppeln der Dialysatbeutel) oder entlang des Kathetertunnels (ausgehend von einem Infekt der Katheteraustrittsstelle). Seltener sind diese Peritonitiden durch Darmkeime bedingt. Dies ist vor allem bei Vorliegen einer akuten Divertikulitis der Fall. Da über den liegenden PD-Katheter gezielt das ausgewählte Antibiotikum in die Bauchhöhle gebracht werden kann, gelingt in den meisten Fällen eine rasche Sanierung des entzündlichen Geschehens. Rezidivierende oder sehr schwere, septische Peritonitiden resultieren in der Notwendigkeit

einer Katheterentfernung und damit in der Beendigung der PD. Besonderes Augenmerk bei den ambulanten Kontrollen legt das Dialyseteam auf den Zustand der Katheteraustrittsstelle. Die Patienten werden unter den Gesichtspunkten streng sterilen Arbeitens geschult, Tunnelinfekte zu vermeiden. Selten treten aufgrund der mechanischen Beanspruchung des Binde- und Stützgewebes durch die Bauchfüllung inguinale und abdominelle Hernien (Nabel- oder Narbenbrüche) auf. Diese müssen chirurgisch versorgt werden. Die PD kann in den meisten Fällen fortgesetzt werden. 1997 wurde die bisher größte prospektive Studie über PD-Effektivität und Ergebnisse publiziert. Einbezogen wurden 680 Peritonealdialysepatienten aus Kanada und den USA (CANUSA-Studie). Wenngleich es immer schwierig ist, PD und Hämodialysepatienten vergleichbar einzuschließen, zeigten die Daten der CANUSA-Studie keinen Mortalitätsunterschied zwischen Patienten an PD oder

Hämodialyse an. PD-Patienten schienen in den ersten Behandlungsjahren einen Überlebensvorteil zu haben. Die Krankenhausverweildauer war bei Hämo- und Peritonealdialysepatienten bei gleicher Risikokonstellation vergleichbar. Die Ultrafiltrationsleistung des Peritoneums nimmt im Laufe der Zeit ab. Dieser Vorgang wird beschleunigt, wenn der Patient an rezidivierenden Peritonitiden leidet. Insgesamt hat die Anzahl derer, die aus diesem Grunde an die Hämodialyse wechseln mussten, aufgrund besserer therapeutischer Möglichkeiten abgenommen. Im Langzeitverlauf ist das technische Überleben bei Hämodialysepatienten länger als bei PD-Patienten. Laut Angaben der Patienten war die Lebensqualität an beiden Dialyseverfahren vergleichbar, jedoch berichteten die PD-Patienten Vorteile in ihren sozialen Aktivitäten (Churchill et al., 1997; Coles, Williams, 1998). Die PD ist genau wie die Hämodialyse eine Therapieform, welche einen tiefen Einschnitt in die bisherigen Lebensbe-

dingungen des Patienten darstellt. Es sollte deshalb das Anliegen eines jeden Behandelnden sein, diesen Vorgang so schonend wie möglich zu gestalten. Ein ausführliches Aufklärungsgespräch mit der Vorstellung und dem Angebot beider Methoden – sofern nicht von vorn herein sichtbare Kontraindikationen vorliegen – ist dazu unerlässlich. Erfahrungsgemäß lassen sich unangenehme Tatsachen leichter verarbeiten, wenn es für den Patienten noch eine gewisse Möglichkeit gibt, deren Verlauf selbst mitzubestimmen. Vielen Patienten ist durchaus an einer eigenverantwortlichen, aktiven Mitgestaltung ihrer Gesundheit gelegen. Diese suchen manchmal nach einer Alternative zur Hämodialyse.

Literatur beim Verfasser:

Korrespondenzadresse:

Dr. Doreen Reimann

Medizinische Klinik III/Nephrologie

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Email: doreenreimann@hotmail.com

Tabelle 1: Vergleich Hämo- und Peritonealdialyse

	Hämodialyse	Peritonealdialyse
Welcher Zeitaufwand ist zu erwarten?	intermittierend 3 x 4 bis 3 x 5 Std./Woche → 12 - 15 Std./Woche	kontinuierlich 4 Beutelwechsel/Tag (Dauer eines Wechsels ca. 30 min) → ca. 14 Std./Woche
Wo wird die Dialyse durchgeführt ?	Dialysezentrum selten: Heim-Hämodialyse	zu Hause bzw. an geeigneter Stelle am Arbeitsplatz selten: Intermittierende PD 3 x Woche 12 Std./Tag im Dialysezentrum
Welche Dialysezugänge sind Voraussetzung?	Permanenter Gefäßzugang in Form einer subkutanen arteriovenösen Fistel (engl. Shunt) → Cimino-Brescia-Shunt (am häufigsten Anlage einer Gefäßanastomose zwischen A. radialis und V. cephalica)	Implantation eines Kunststoff-Verweilkatheters in die freie Bauchhöhle (heute meist laparoskopisch möglich)
Welche Komplikationen können auftreten?	<ul style="list-style-type: none"> • Hypotone Phasen während der Dialysebehandlung • Shuntverschlüsse bzw. Teilthrombosen • Muskel (Waden -) krämpfe • Blutungskomplikationen aufgrund der, während der Dialyse notwendigen Antikoagulation • selten: Hämolyse 	<ul style="list-style-type: none"> • Peritonitis • Katheteraustritts- bzw. Tunnelinfekt • Eiweißverlust über die Dialyselösung • schlecht einstellbarer Hypertonus • selten: Verschlechterung einer diabetischen Stoffwechsellaage
Wodurch ist die Durchführung des Dialyseverfahrens limitiert?	sehr selten durch fehlende Möglichkeit der Anlage eines Gefäßzuganges	je nach Ultrafiltrationsleistung des Bauchfells zeitlich begrenzt (5 – 8 Jahre)

Leserbriefe

Universitätsklinikum Leipzig
Vorstand

Ärzteblatt Sachsen
Herrn Professor Klug
Schützenhöhe 16
01099 Dresden

16. Oktober 2001

Ärzteblatt Sachsen 10/2001 Beitrag von Herrn Professor Dr. med. habil. Wolfram Behrendt

Sehr geehrte Damen und Herren, sehr geehrter Herr Professor Klug, der Vorstand des Universitätsklinikums Leipzig ist beeindruckt vom hohen Interesse und der Solidarität zahlreicher Kollegen bezüglich der Weiterentwicklung des Universitätsklinikums. Hervorzuheben ist dabei, dass sich Herr Professor Behrendt nach seiner Pensionierung für das Universitätsklinikum weiter engagiert. Ziel des Vorstandes ist es, ein zukunftsfähiges, finanzierbares Klinikum in Leipzig mit höchster Qualität und Wettbewerbsfähigkeit zu gewährleisten. Geplant ist dabei ein kompletter Neubau für die konservativen Fächer. Aufgrund der Grundstückssituation in der Liebigstraße und fehlender alternativer Standorte soll das konservative Zentrum in unmittelbarer Nachbarschaft des chirurgischen Zentrums gebaut werden. Bautechnisch besteht die Schwierigkeit, dass die Hals-, Nasen-, Ohrenklinik genau innerhalb des neuen Gebäudeensembles steht. Der Vorstand des Universitätsklinikums prüft die möglichen Alternativen und hat insbesondere frühzeitig Fragen des Denkmalschutzes berücksichtigt. Im Rahmen eines Findungsprozesses, der zusammen mit der Sächsischen Landesregierung und dem Denkmalschutz geführt wird, werden medizinhistorische, denkmalpflegerische und wirtschaftlich-medizinische Interessen des Klinikums gegeneinander abgewogen.

Proteste a priori und Vokabeln wie „mutwillige Zerstörung“ und „unmoralisches Handeln“ entsprechen nicht einer sachlichen Argumentation. Tatsache ist, dass die Hals-, Nasen-, Ohrenklinik jetzt an drei verschiedenen und räumlich ent-

fernten Standorten arbeiten muss. Dies ist mit Sicherheit keine optimale Voraussetzung, um die Zukunftsfähigkeit eines Klinikums sowohl in Hinblick auf die Patientenorientierung als auch in Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit zu sichern. Widersprochen werden muss auch der Behauptung, dass die Liebigstraße 18 a in der renovierten Hals-, Nasen-, Ohrenklinik keine Engpässe für die studentische Ausbildung aufweist. Tatsache ist hier, dass pro Semester mehr Studierende in der Fakultät eingeschrieben sind als der Hörsaal der Hals-, Nasen-, Ohrenklinik Plätze bietet; auch hier besteht Handlungsbedarf. Die von Herrn Professor Behrendt zitierten 8 Mio. DM finanzielle Aufwendungen für die Renovierung der alten HNO-Klinik werden vom Vorstand der Klinik mit Sicherheit nicht ignoriert, leider hat Herr Professor Behrendt vergessen zu erwähnen, dass davon ca. 4 Mio. DM die Ausstattung der Klinik betreffen. Der bauliche Anteil liegt unter 4 Mio. DM, das heißt weniger als die Hälfte der angegebenen 8 Mio. DM. Diese Geräte der Ausstattung können selbstverständlich auch in einem Neubau teilweise mit übernommen werden.

Abschließend erwähnt werden muss auch die Tatsache, dass die jetzige Hals-, Nasen-, Ohrenklinik noch längere Zeit genutzt werden wird, bevor ein Neubau realisiert ist. Ich möchte der Vollständigkeit halber erwähnen, dass sowohl die Mehrheit der Mitarbeiter als auch die Leitung der Hals-, Nasen-, Ohrenklinik die konzeptionellen Überlegungen des Vorstandes zur Neustrukturierung des Standortes Liebigstraße uneingeschränkt mittragen.

Ich möchte Sie bitten, diese Argumentation des Vorstandes in Ihrer nächsten Ausgabe in Form einer Gegendarstellung wiederzugeben.

Mit freundlichen Grüßen

Professor Dr. Krüger
Medizinischer Vorstand und
Sprecher des Vorstandes

Ärzteblatt Sachsen
Herrn Prof. Dr. med. Klug
Schützenhöhe 16
01099 Dresden
Leipzig, den 28. 10. 2001

Sehr geehrter Herr Kollege Klug, haben Sie herzlichen Dank für die Übersendung des Schreibens von Herrn Prof. Krüger, Medizinischer Vorstand des Universitätsklinikums Leipzig. Ich wäre Ihnen und dem Redaktionskollegium sehr dankbar, wenn Sie die nachfolgenden Ergänzungen mit diesem Schreiben aus meiner Sicht darstellen würden.

Die „Gegendarstellung“ des Medizinischen Vorstandes des Universitätsklinikums Leipzig, Herrn Prof. Dr. Krüger, veranlasst mich zu einigen Bemerkungen und Ergänzungen, könnte doch sonst leicht der Eindruck entstehen, dass ich ungenaue Angaben oder falsche Darstellungen in meinem „Offenen Brief“ aufgenommen hätte.

Zunächst möchte ich noch einmal betonen, dass ich natürlich den Neubau einer modernen Klinik für mein Fachgebiet begrüße. Ich habe lediglich die Bitte an den Vorstand des Leipziger Klinikums gerichtet, einen solchen Neubau nicht mit dem Abriss der erst unlängst fertiggestellten Klinik in der Liebigstraße 18a zu verbinden, sondern eine vorliegende Variante zu bevorzugen, die dieses denkmalgeschützte Gebäude in den Neubau architektonisch integriert. Dies erscheint möglich, wenn man nur will. So ist mein Protest zunächst prophylaktisch zu sehen, falls man auf dem Abriss besteht; und deshalb handelt es sich nicht um „Vokabeln“, sondern es entspricht meiner Auffassung, dass man damit eine mutwillige Zerstörung begehen würde. Wenn Herr Prof. Krüger jetzt beklagt, dass die HNO-Klinik derzeit an drei verschiedenen und räumlich entfernten Standorten arbeiten muss – was wirklich nicht optimal ist – vergisst er allerdings, dass der dritte Standort, Bereitschaftsdienste in der Notfallambulanz, erst unter seiner Leitung geschaffen wurde und die Situation in einem neugebauten Klinikum

möglicherweise ähnlich sein wird. Ich habe gleichwohl nicht behauptet, dass in der Liebigstraße 18a keine „Engpässe“ für den studentischen Unterricht entstehen könnten. Ich habe lediglich darauf hingewiesen – und tue dies nochmals –, dass die Rekonstruktion des Hauses sehr studentenfreundlich war. Seminarräume für fachbezogene Untersuchungstechniken sprechen für sich. Der Hörsaal ist einer der modernsten in der Fakultät, ausgestattet sowohl mit Videotechnik wie Telemedizin. Er wird darüber hinaus für Tagungen genutzt.

Wenn Herr Prof. Dr. Krüger den Anschein erwecken will, ich könne möglicherweise nicht rechnen, kann ich dies natürlich nicht einfach so stehen lassen. Er weiß ganz genau – falls er sich wirklich mit den räumlichen Verhältnissen des Hauses vertraut gemacht hat –, dass die Ausstattung fast nicht von den räumlichen Vorgaben zu trennen ist und deshalb in einen Neubau kaum übernommen werden kann. Auch erhebt sich die entscheidende Frage, wie die jetzige „noch längere Zeit genutzt werden wird“, wenn die Realisierung eines Neubaus vom Abriss des Hauses abhängt. Wie soll das gehen und wo sollen die Patienten in der Zwischenzeit betreut werden?

Abschließend möchte ich mir die Bemerkung gestatten, dass ich die Behauptung, die Mehrheit der Mitarbeiter würden die Überlegungen des Vorstandes uneingeschränkt mittragen, nicht beurteilen kann. Soweit mir bekannt ist, sind die Mitarbeiter bisher gar nicht um ihre Meinung befragt worden. Ich selbst vermeide jede Diskussion mit den Mitarbeitern und betrete die Klinik nur selten, eben weil ich keine Diskussionen in Form von Stimmungsmacherei betreiben will. Ich fühle mich auch dem Klinikdirektor kollegial-freundschaftlich verbunden und möchte keinen Keil in die Mitarbeiterschaft treiben. Wenn sich allerdings Herr Prof. Krüger den Anschein gibt, den Mehrheitswillen der Mitarbeiter zu erfüllen, überrascht mich dies. Dass die Leitung des Klinikums seit einigen

Wochen die Sicherheitskräfte an der Pforte einspart, hat bei der Mehrheit der Mitarbeiter und auch der Patienten Unverständnis und in der derzeitigen Zeit des erhöhten Sicherheitsbedürfnisses Sorgen hervorgerufen.

Deshalb wäre eine baldige Aussprache mit der Mitarbeiterschaft dringend indiziert. Ich werde nicht müde werden, auch weiterhin gegen den Abriss der HNO-Klinik in der Liebigstraße zu protestieren.

Mit vorzüglicher kollegialer Hochachtung

Prof. Dr. med. habil. Wolfram Behrendt
Kommandant-Prendel-Allee 116,
04299 Leipzig

Anja Kanitz
Chr.-Ferkel-Straße 12
04159 Leipzig

„Ärzteblatt Sachsen“
Redaktion
Postfach 10 04 65
01074 Dresden

Leipzig, den 26. 9. 2001

Sehr geehrtes Redaktionskollegium, mein Leserbrief nimmt Bezug auf den Artikel über das Kriseninterventionsteam Leipzig e.V. (KIT). Ich begrüße es sehr, dass diese Einrichtung in Ihrer Zeitschrift erwähnt wird.

Den Mitarbeitern des KIT bringe ich große Achtung und Anerkennung entgegen. Die Notwendigkeit der Betreuung von Angehörigen und Opfern wird ja noch häufig unterschätzt.

Als Notarzt habe ich schon selbst nach erfolgloser Reanimation die Dienste des KIT in Anspruch genommen und kann den Mitarbeitern nur meinen Dank aussprechen.

Das KIT ist ein sinnvolle und notwendige Ergänzung und Unterstützung des Rettungsdienstes vor Ort.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen
Anja Kanitz

Dr. med. Hanno Grethe
Bärensteiner Straße 21
09465 Sehmatal-Sehma

Redaktion „Ärzteblatt Sachsen“
Herrn Prof. Dr. W. Klug
Schützenhöhe 16
01099 Dresden

Sehma, den 26. 8. 2001

**Buchbesprechung G. Naser
„Hausärzte in der DDR – Relikte des
Kapitalismus oder Konkurrenz für
die Polikliniken?“ (A. Scholz)
Ärzteblatt Sachsen 12 (2001)**

H. 8 S. 392

– **Leserbrief** –

Sehr geehrter Herr Professor Klug, es ist gewiss wichtig, die Entwicklung des Gesundheitswesens in der Sowjetischen Besatzungszone und der DDR aus heutiger Sicht zu untersuchen. Die Frage zu beantworten, inwieweit ein Außenstehender und Zurückblickender dies abschließend tun kann, fällt nicht in meine Kompetenz. Der Rezensent hat ausführlich, gut und anschaulich die wesentlichen Ergebnisse der Arbeit des Autors wie auch die offenen Fragen geschildert. Dafür gebührt ihm Dank. Allerdings vermisse ich in seinen Ausführungen eine Stellungnahme zum Titel des Buches. Waren denn etwa nur die niedergelassenen Ärzte Hausärzte? Diese Formulierung ist ein Schlag ins Gesicht all jener fleißigen Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin, die in Staatlichen Arztpraxen, Land- und Stadtambulatorien sowie Polikliniken genau dies zum Ziel ihrer täglichen Arbeit gemacht haben: den sich ihnen anvertrauenden Bürgern in gesunden und kranken Tagen Hausärzte im besten Sinne auf hohem fachlichen und menschlichen Niveau zu sein – und das bei allen und trotz aller Einschränkungen, die die wirtschaftliche Situation in der DDR hervorgerufen hat.

Ich glaube, das muss gerechterweise gesagt werden.

Mit den besten kollegialen Grüßen
Ihr H. Grethe

Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus
der TU Dresden
Institut für Geschichte der Medizin
Direktor Prof. Dr. med. Albrecht Scholz

Herrn Prof. Dr. med. Winfried Klug
Vorsitzender des
Redaktionskollegiums
„Ärzteblatt Sachsen“
Schützenhöhe 16
01099 Dresden

Dresden, den 8. Oktober 2001

Lieber Herr Kollege Klug,
in Ihrem Brief vom 3. 9. 2001 baten Sie
um eine Ergänzung meiner Rezension,
die ich Ihnen unter Bezugnahme auf den
Leserbrief von Herrn Kollegen Grethe hier-
mit zusende.

„Lieber Herr Kollege Grethe, Sie hinter-
fragen in Ihrem Leserbrief den Titel des
Buches „Hausärzte in der DDR“ aus Ihrer
persönlichen Erfahrung in den Jahrzehnten
der DDR. Ich möchte Ihnen in dem
Sinn beipflichten, dass der Titel „Haus-
ärzte in der DDR“ mehr verspricht als er
erfüllt. Der Leser erwartet vom Bild des
Begriffes Hausarzt her eine Einschätzung
der allgemeinmedizinischen Betreuung
über die gesamte Zeitphase der Sowjeti-
schen Besatzungszone und der DDR. Da
ich seit 1964 selbst als Arzt in der DDR
tätig war, weiß ich um das hohe Engage-
ment und die vorbildlichen Leistungen der
Kollegen in der Allgemeinmedizin.

Als Rezensent des Buches war der auf
Seite 4 abgedruckte Untertitel Orientierung
für meine sachliche Auseinandersetzung
mit dem Inhalt „Die Ärzte in eigener Pra-
xis in der Sowjetischen Besatzungszone
und in der DDR bis 1961. Ein Beitrag zu
ihrem Rechtsstatus“. Demgemäß stand
die Entwicklung des Niederlassungsrechts
im Mittelpunkt. Die von Ärzten und Pa-
tienten erlebte hohe Qualität der Betreuung
unter den Bedingungen der DDR stand
nicht in der von Ihnen titelbedingt erwar-
teten Einschätzung im Zentrum meiner
Rezension.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Prof. Dr. med. Albrecht Scholz

Dr. Gerhard Naser
Am Eichenhain 25
70619 Stuttgart

Sächsische Landesärztekammer
Ärzteblatt Sachsen
zu Händen Herrn Prof. Dr. med. Winfried Klug
Postfach 100465
01074 Dresden

4. 10. 2001

**Leserbrief von Herrn Dr. Hanno Grethe
zu der Rezension meines Buches „Haus-
ärzte in der DDR ...“ von Herrn Prof.
Dr. Scholz in Heft 8/2001 des „Ärzte-
blatt Sachsen“**

Ihr Schreiben vom 4. 9. 2001

Sehr geehrter Herr Dr. Klug,
ich habe Ihnen schon bei unserem Tele-
fongespräch meine Meinung zu dem Le-
serbrief dargelegt.
Das Buch ist die Publikation meiner Dok-
torarbeit. Auf Seite 4 wird dies durch
den Text für die CIP-Einheitsaufnahme
der Deutschen Bibliothek dem Leser deut-
lich gemacht. Der Titel meiner Disserta-
tion erscheint in dem Zitat „Die Ärzte in

eigener Praxis in der Sowjetischen Be-
satzungszone und in der DDR bis 1961“.
Für das Buch musste ein Titel gefunden
werden, der das Käuferinteresse weckt.
Da meine Arbeit die wissenschaftliche
Darstellung des ambulanten Sektors in
den Staatlichen Arztpraxen, Land- und
Stadtambulatorien sowie in den Polikli-
niken nicht leisten konnte, ist die Haus-
arztproblematik dieses Personenkreises
in meiner Arbeit nicht abgehandelt wor-
den. Sie harrt der wissenschaftlichen Auf-
arbeitung. Deshalb lautet mein Buchtitel
auch nicht „Die Hausärzte in der DDR
...“, sondern einschränkend „Hausärzte
in der DDR ...“. Wer mein Buch in die
Hand nimmt, wird auch sehr schnell fest-
stellen, dass der Verfasser keine Anti-Hal-
tung gegenüber dem medizinischen Per-
sonal in den staatlichen Einrichtungen
einnimmt.

Ich hoffe, Sie können mit diesen Ausfüh-
rungen etwas anfangen.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. Gerhard Naser

Zeitzeugen gesucht

Im Rahmen eines Dissertationsprojektes zum Widerstand der „Weißen Rose“ (studentischer Widerstand des Kreises um Hans Scholl) soll unter anderem auch das studentische Umfeld der damaligen Widerständler Hans Scholl, Alexander Schmorell, Willi Graf und Christoph Probst, die fast alle Mediziner waren, erkundet werden. Hierfür sind

die Erfahrungen von Personen, die in München in den Jahren 1939 bis 1944 studiert haben oder auch die Beteiligten kannten, von übergroßer Bedeutung. Als Stichpunkte seien genannt: Aufenthalt in Russland Juli bis Oktober 1942, Rede des Gauleiters Giesler im Deutschen Museum, eigene Reaktionen, die der Studierende auf die Widerstandsaktionen,

Kundgebung in der Universität nach der Hinrichtung der Geschwister Scholl, Widerstandsaktionen als Folge auf die Hinrichtungen, (Alltags)erfahrungen in der Studentenkompagnie. Auch an Fotografien, wie zum Beispiel von der Studentenkompagnie oder der Universität besteht Interesse. Zuschriften bitte an: Sönke Zankel, Gutenbergstraße 62, 24118 Kiel.

Unsere Jubilare im Dezember

Wir gratulieren

01.12.	60 Jahre Dr.med. Schweißinger, Jürgen 01326 Dresden	14.12.	Dr.med. Förster, Ute 09212 Limbach-Oberfrohna	28.12.	Dr.med. Schröder, Werner 04509 Delitzsch
02.12.	Dr.med. Donner, Christian 01587 Riesa	14.12.	Greif, Roswitha 01640 Coswig	30.12.	Dr.med. Flade, Beate 09125 Chemnitz
02.12.	Dr.med. Lange, Ursula 04651 Bad Lausick	14.12.	Dr.med. Jäger, Volker 09322 Penig	30.12.	Dr.med. Hoeger, Helga 01877 Wölkau
02.12.	Dr.med. Lietz, Hannemarie 04279 Leipzig	15.12.	Dr.med. Herrfurth, Doris 02708 Löbau	31.12.	Dr.med. Fischer, Kay 01917 Kamenz
02.12.	Dr.med. Voß, Gretel 01217 Dresden	15.12.	Dr.med. Wallmeyer, Jürgen 09114 Chemnitz	31.12.	Hett, Rainer 04207 Leipzig
03.12.	Dr.med. Coder, Claus 08280 Aue	17.12.	Breyer, Dieter 02625 Bautzen		65 Jahre
03.12.	Dr.med. Stolper, Heide 09120 Chemnitz	20.12.	Dr.med. Görne, Ingeborg 01816 Bad Gottleuba	03.12.	Spilke, Anneliese 01705 Freital-Wurgwitz
04.12.	Dr.med. Ernst-Brennecke, Brigitte 04209 Leipzig	20.12.	Dr.med. Heuschkel, Hans-Jörg 04318 Leipzig	03.12.	Dr.med. Zipfel, Lothar 08496 Reuth
04.12.	Kalff, Eva-Maria 04416 Markkleeberg	21.12.	Dr.med. Ritter, Joachim 08107 Kirchberg	06.12.	Bartz, Ljudmila 01097 Dresden
04.12.	Dr.med. Märten, Jutta 09419 Thum	22.12.	Doz.Dr.med.habil. Sauer, Dieter 04158 Leipzig	09.12.	Dr.med. Friedemann, Reiner 09575 Eppendorf
04.12.	Dr.med. Stiegler, Klaus 09337 Hohenstein-Ernstthal	23.12.	Dr.med. Kirmes, Joachim 01737 Pohrsdorf	09.12.	Wiedemann, Karlheinz 09126 Chemnitz
04.12.	Dr.med. Tellkamp, Frank 01474 Rockau	23.12.	Prof.Dr.med.habil. Scholz, Michael 01309 Dresden	10.12.	Dr.med. Gneuß, Gerlinde 02625 Bautzen
05.12.	Dr.med. Müller, Heide 04874 Lausa	23.12.	Dr.med. Unger, Frank 08228 Rodewisch	12.12.	Dr.med. Reinhardt, Frieder 08468 Reichenbach
06.12.	Dr.med. Demmler, Günter 01157 Dresden	24.12.	Dr.med. Reech, Renate 04107 Leipzig	13.12.	Dr.med. Hohaus, Bernhard 01640 Coswig
06.12.	PD Dr.med.habil. Schulze, Manfred 02763 Zittau	25.12.	Dr.med. Benndorf, Monika 09669 Frankenberg	14.12.	Dr.med. Hartmann, Edith 04457 Mölkau
06.12.	Dr.med. Winkler, Karin 08280 Aue	25.12.	Dr.med. Gerlach, Christine 09366 Stollberg	19.12.	Dr.med. Houda, Walter 08525 Plauen
07.12.	Dr. med. Dr. phil. nat. Gross, Hans-Joachim 08359 Breitenbrunn	25.12.	Dr.med. Küster, Dorothea 02957 Krauschwitz	19.12.	Dr.med. Spychala, Ursula 02763 Zittau
09.12.	Dr.med. Mehlhorn, Jörg 04860 Torgau	25.12.	Dr.med. Pohl, Christoph 01099 Dresden	20.12.	Dr.med.habil. Hommel, Hans-Jürgen 04155 Leipzig
09.12.	Dr.med.habil. Meinel, Klaus 04277 Leipzig	26.12.	Prof.Dr.med.habil. Henker, Jobst 01157 Dresden	22.12.	Dr.med. Schädlich, Udo 08209 Schnarrtanne
10.12.	Erbgen, Anemone 01594 Stauchitz	26.12.	Dr.med. Reichelt, Margitta 08129 Oberrothenbach	22.12.	Prof. Dr.med.habil. Schönfelder, Manfred 04229 Leipzig
10.12.	Dr.med. Kotte, Ulla 01217 Dresden	26.12.	Dr.med. Richter, Jörg 09127 Chemnitz	24.12.	Dr.med. Göbel, Christian 09599 Freiberg
11.12.	Mehlaus, Karin 04229 Leipzig	28.12.	Dr.med. Kracht, Karla 04329 Leipzig	24.12.	Dr.med. Wolf, Karlheinz 09337 Hohenstein-Ernstthal
13.12.	Hartmann, Ute 01465 Langebrück	28.12.	Dr.med. Märtens, Horst 01309 Dresden	29.12.	Dr.med. Bugal, Johannes 09366 Stollberg
13.12.	Dr.med. Neuhäuser, Jens 04275 Leipzig	28.12.	Dr.med. Pilz, Dietrich 09131 Chemnitz	29.12.	Dr.med. Rothenberger, Brunhilde 08060 Zwickau

-
- | | | |
|---|---|---|
| 30.12. Hintersdorf, Helga
04425 Taucha | 17.12. Dr.med. Migale, Rudolf
01824 Kurort Gohrisch | 87 Jahre |
| 30.12. Prof.Dr.med.habil. Hutschenreiter, Winfried
04299 Leipzig | 26.12. Dr.med. Neumann, Edith
04299 Leipzig | 15.12. Prof. Dr. med. habil Ludwig, Werner
01324 Dresden |
| 30.12. Dr.med. Krone, Christiane
04288 Leipzig | 83 Jahre | 28.12. Dr.med.habil. Jacob, Günter
09125 Chemnitz |
| 30.12. Dr.med. Voigt, Gisela
04720 Döbeln | 21.12. Dr.med. Hellfritzsich, Fritz
01587 Riesa | 31.12. Dr.med. Born, Helmut
01326 Dresden |
| 31.12. Prof.Dr.med.habil. Hinkel, Klaus
01277 Dresden | 26.12. Dr.med.habil. Brandt, Heinz
04889 Gneisenaustadt Schildau | 88 Jahre |
| 70 Jahre | 84 Jahre | 10.12. Dr.med. Rudolph, Peter
01445 Radebeul |
| 01.12. Dr.med. Gammitzer, Christa
04279 Leipzig | 11.12. Dr.med. Schenkel, Hans-Joachim
08412 Werdau | 18.12. Dr.med. Emmrich, Kurt
09127 Chemnitz |
| 01.12. Schaarschmidt, Klaus
09126 Chemnitz | 85 Jahre | 23.12. Dr.med. Steuer, Margarethe
08373 Niederlungwitz |
| 02.12. Dr.med. Krondorf, Christine
09599 Freiberg | 22.12. Dr.med. Eckelt, Hans
04275 Leipzig | 90 Jahre |
| 03.12. Dr.med. Heinzig, Barbara
04317 Leipzig | 86 Jahre | 13.12. Dr.med. Kasperek, Bernhard
08645 Bad Elster |
| 05.12. Herrmann, Ruth
04838 Eilenburg | 15.12. Dr.med. Weisbach, Hans-Georg
08056 Zwickau | 91 Jahre |
| 11.12. Dr.med. Scheffler, Hannelore
08435 Ruppertsgrün | | 31.12. Dr.med. Dennhardt, Elfriede
04416 Markkleeberg |
| 23.12. Dr.med. Krumbiegel, Reiner
09366 Stollberg | | |
| 30.12. Prof.Dr.med.habil. Schubert, Ernst
09125 Chemnitz | | |
| 31.12. Dr.med. Zahrend, Rolf
04758 Oschatz | | |
| 75 Jahre | | |
| 02.12. Dr.med. Gülke, Karl
08228 Rodewisch | | |
| 12.12. Müller, Georg
02979 Bergen | | |
| 19.12. Dr.med. Herrmann, Käthe
01309 Dresden | | |
| 19.12. Dr.med. Kaden, Manfred
08129 Crossen | | |
| 20.12. Dr.med. Schönlebe, Wolfgang-Dieter
04157 Leipzig | | |
| 25.12. Dr.med. Kriester, Otto
08209 Auerbach | | |
| 26.12. Dr.med. Walther, Siegfried
08280 Aue | | |
| 29.12. Dr.med. Spangenberg, Georg
04158 Leipzig | | |
| 80 Jahre | | |
| 07.12. Dr. Seefried-Hahn, Franziska
01326 Dresden | | |
| 10.12. Dr.med. Peege, Oskar
04109 Leipzig | | |
| 81 Jahre | | |
| 01.12. Dr.med. Wehnert, Hans
01454 Radeberg | | |
| 15.12. Dr.med. Gebhardi, Rosemarie
08523 Plauen | | |
| 17.12. Prof.Dr.med.habil. Haller, Hans
01069 Dresden | | |
| 29.12. Prof.em.Dr.med.habil.
Pickenhain, Lothar
04299 Leipzig | | |
| 82 Jahre | | |
| 06.12. Dr.med. Steffan, Otto
08645 Bad Elster | | |
-

Zur Geschichte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Sachsen

In Sachsen hat der Öffentliche Gesundheitsdienst eine lange Tradition. Zunächst waren es im Mittelalter die Städte, die eigene Medizinalordnungen erließen. Durch sie wurde insbesondere die Aufsicht über die Tätigkeit aller Medizinalpersonen, also über Ärzte, Apotheker, Hebammen und Bader, die Seuchenbekämpfung im weitesten Sinne sowie die ärztliche Betreuung der kranken Armen und erkrankter Reisender in den Spitälern geregelt. Die Städte bestellen ihre Stadtphysici, die als Vorläufer späterer Medizinalbeamten von den Kommunen mehr schlecht als recht besoldet, neben der Patientenversorgung in den Spitälern die ihnen übertragenen Aufgaben, wie sie in den jeweiligen Medizinalordnungen festgelegt waren, wahrzunehmen hatten.

Beispielgebend auch für die kursächsischen Städte war zu dieser Zeit die Medizinalordnung der Stadt Görlitz aus dem Jahre 1348, eine der wohl ältesten ihrer Art. Hier wurde 1264 als erstes der um 1300 schon existierenden vier Hospitäler das Heilig-Geist-Spital seiner Bestimmung übergeben. 1305 gab es in Görlitz die erste durch die Stadt privilegierte Apotheke (Freiberg 1294, Meißen 1403 und Leipzig 1415). 1348 wurde ein erster Stadtarzt angestellt. 1390 taucht in den Stadtrechnungen die Bezahlung eines Magister Petrus als Stadtphysicus auf. Die schon aus dem frühen 13. Jahrhundert stammende Versorgung der Stadt mit sauberem Quellwasser als Trinkwasser, das über hölzerne Röhren in die Stadt geleitet wurde, die durchgängige Beseitigung der Fäkalien und Abwässer durch die „Abzüchte“ (gemauerte, mannshohe, unterirdische Abwasserkanäle, die durch natürliches Gefälle die Abwässer in die Neiße außerhalb der Stadt einleiteten) und die in der gleichen Zeit erfolgte Pflasterung aller innerstädtischen Gassen boten allerdings für Deutschland zu dieser frühen Epoche einzigartige hygienische Verhältnisse.

Görlitz, damals noch zweitgrößte Stadt des Königreichs Böhmen und bedeutendste Stadt an der Via regia zwischen

Breslau und Erfurt, an der Hohen Straße zwischen Prag und Stralsund, hatte in jeder Hinsicht als Hauptstadt des 1346 gegründeten Sechs-Städte-Bundes der Oberlausitz großen Einfluss auf die politischen wirtschaftlichen, juristischen, kulturellen und sozialen Entwicklungen in den Kommunen Sachsens, die die Probleme des Gesundheitsschutzes der Bevölkerung in eigener Kompetenz regelten. Als erste staatliche Ordnung wird am 15. September 1474 für das Kurfürstentum Sachsen ein landesherrlicher Erlass wirksam, in dem die Aufsicht über den Umgang mit Medikamenten und den Handel mit Wein, damals häufig verordnete Arznei und deshalb überwiegend durch Apotheker vertrieben, geregelt wird.

Den Zusammenhang zwischen hygienischen Bedingungen und der raschen Ausbreitung von Seuchen erkennend, erließ die Görlitzer Stadtoberigkeit 1548 die „Statuta der Stadt Görlitz“ mit klaren Festlegungen über das Hygiene-Verhalten der Bürger der Stadt, über deren Einhaltung der Stadtphysicus zu wachen hatte. Wohl durch dieses Beispiel ermuntert, stellt die Stadt Dresden 1594 mit Dr. Kaspar Koegler ihren ersten Stadtphysicus an.

Erst sehr spät setzte sich die Erkenntnis durch, dass nur der Staat alle Bürger seines Landes unabhängig von ihrer gesellschaftlichen Stellung in ihrer Gesundheit zu fördern vermag, wenn er durch einen eigenen ärztlichen Dienst die Lebensverhältnisse im weitesten Sinne, die Entwicklung von Krankheiten und deren Ausbreitung in der Bevölkerung fortlaufend beobachten und beschreiben lässt und dafür Sorge trägt, dass die junge Generation vor vermeidbaren Schäden an Leib und Seele bewahrt bleibt.

Kurfürst Johann Georg III. lässt das Krankheitsgeschehen in Sachsen und den Nachbarländern überwachen und sorgt unter anderem durch Erlasse vom 15. August 1678, 14. Dezember 1679, 23. April 1680 und 25. Mai 1680 für zeitweilige Grenzsicherungen, um die Einschleppung von „Contagiosa“ aus Böhmen, Schlesien, Polen, Ungarn, Preußen und Frankreich

zu verhindern, wobei es sich wohl offenbar um die Pocken, die Pest oder die Cholera gehandelt haben mag.

Ein Dekret König Friedrich August I. vom 10. Oktober 1702 verordnet eine weitere Grenzsicherung wegen der in Frankreich sich ausbreitenden Syphilis. 1707 findet ein Dr. Johann Elias Mäderjan Erwähnung als Landesschulphysicus, was vermuten lässt, dass es in Sachsen zu dieser Zeit bereits eine gewisse ärztliche Überwachung der Schulen und Schüler gegeben haben muss. 1710 wird durch die Sächsische Landesregierung im Amt Grimma die Anstellung von Dr. Christian Jahn als Amtsphysicus angeordnet, der am 17. März 1711 zum Amtsphysicus in Dresden ernannt wird.

Am 11. Mai 1723 erlässt die Sächsische Regierung eine Anordnung „die Visitation der Apotheken und Wehe-Mütter betreffend“, die durch die zu diesem Zeitpunkt bereits überall in Sachsen in ihre Ämter eingeführten Landphysici durchzuführen ist.

Die „Verordnung über die Errichtung eines Sanitäts-Collegii zur Verbesserung des Medicinal-Wesens“ vom 18. September 1748 verfügt die Einsetzung von Amtsphysici. Es wird ferner festgelegt, dass die Landphysici im Leipziger, im Thüringischen und im Querfurtischen Kreise durch die Medizinische Fakultät der Universität Leipzig, im Markgrafentum Niederlausitz durch die Medizinische Fakultät der Universität Wittenberg, im Markgrafentum Oberlausitz und die anderen Kreise aber direkt durch das Sanitätskollegium in Dresden anzuleiten, fortzubilden und zu überwachen sind, um die Qualität des Öffentlichen Gesundheitswesens zu heben. Außerdem werden regelmäßige Berichte aus allen Kreisen über alle medizinischen Fragen angeordnet.

Eine „General-Verordnung wegen Abstellung verschiedener bey dem Medicinal-Wesen zu verspürender Missstände“ ergeht durch König Friedrich August III. am 29. Juli 1750. Hierin ist eine „neue Ordnung über die Bestallung der Ambts-, Land- und Stadtphysici“ festgelegt. Sie

sollen im Regelfall durch eine der beiden inländischen medizinischen Fakultäten promoviert sein. Auch wird deren fortlaufende ärztliche Weiterbildung verfügt. Mit dem 22. Januar 1772 tritt in Sachsen eine Meldepflicht für „alle Unglücksfälle, ansteckende Krankheiten und Hungersnöte“ in Kraft. Ihr folgt am 20. November 1779 ein „Churfürstliches Mandat wegen der auf wahnsinnige und melancholische Personen zutreffenden Obsicht...“ sowie am 2. April 1796 eine Anordnung, die der Verhütung der Tollwut dient.

Johann Peter Frank (1745 bis 1821) überzeugte schließlich die Regierungen der Länder der zivilisierten Welt davon, dass ein modernes Staatswesen nur dann seine volle Funktionstüchtigkeit erreichen und erhalten kann, wenn es über eine „vollständige medizinische Polizey“, also einen Öffentlichen Gesundheitsdienst verfügt.

Unmittelbar nach der Veröffentlichung der Werke Johann Peter Franks wurden seine Erkenntnisse auch in Sachsen aufgegriffen und umgesetzt. So wurde schon am 17. Oktober 1776 „Die Amtsinstruktion für die Land-, Stadt- und Kreisphysiker“ für das Königreich Sachsen erlassen.

Besonders hervorzuheben ist hier das Wirken der ärztlichen Mitglieder der 1779 gegründeten Oberlausitzschen Gesellschaft der Wissenschaften zu Görlitz, unter denen sich der Görlitzer Arzt Dr. Christian August Struve durch die Einführung der Jenner'schen Pockenvaccination in der Oberlausitz als der ersten Region in Deutschland hervortat. So konnte er im Jahre 1804 an das Kurfürstlich-Sächsische Sanitätskollegium in Dresden einen Bericht über seine Impftätigkeit und ein Namensverzeichnis von 2017 von ihm seit Januar 1801 erfolgreich geimpften Personen senden. Am 20. Februar 1805 erließ dann die Königlich-Sächsische Regierung die erste deutsche Impfordnung „Generale, die Kuhpockenimpfung betreffend“, die eine Unterstützung der Impftätigkeit zusicherte und der jeweiligen Obrigkeit vorschrieb, die Kosten der Vaccination für die ärmere Bevölkerung zu

übernehmen. Die Impfung blieb aber freiwillig. Insbesondere mit seiner Publikation „Noth- und Hülftafel zur Verminderung des Pockenelends“ sorgte Struve im deutschsprachigen Raum für eine rasche Information der Ärzteschaft über die Möglichkeiten zur Prävention der Pocken und für eine große Akzeptanz der Impfung.

Durch das Gesetz vom 30. Juli 1836 wurden die bisherigen Physikate aufgehoben und für die unmittelbare Verwaltung der Medizinalpolizei Königlich-sächsische Bezirksärzte im Königreich Sachsen bestellt. Damit hatte schließlich der Staat die bisher weitgehend durch die Kommunen und die Landstände ausgeübte Exekutive in allen Fragen der Öffentlichen Gesundheit an sich gezogen. 1850 hatte der Leipziger Stadtphysikus Schreiber zur Hebung des Gesundheitszustandes der Arbeiter und ihrer Familien die Gründung von Kleingarten-Kolonien angeregt.

In den vierziger Jahren des 19. Jahrhunderts trat dann Rudolf Virchow dafür ein, dass die Grundlage der öffentlichen Gesundheitspflege nicht „die Barmherzigkeit der verschiedensten caritativen Organisationen sein dürfe. Es müsse vielmehr das gesetzlich verbrieftete Recht eines jeden Bürgers auf Gesundheit geben“. Er forderte in Anbetracht der „Schulkrankheiten“ eine Schulaufsicht durch Ärzte. F. Falk publiziert 1868 in Leipzig ein Buch unter dem Titel „Die sanitätspolizeiliche Überwachung der Schulen in Sachsen“, in dem er mit Nachdruck die Gedanken Virchows aufgreift und eine ärztliche Betreuung der Schulkinder fordert. Die Sächsische Regierung folgt dieser Forderung sehr rasch, denn schon am 3. April 1873 trat im Königreich Sachsen die „Verordnung des Ministeriums des Kultus und öffentlichen Unterrichts, die Anlage und innere Einrichtung der Schulgebäude in Rücksicht auf die Gesundheitspflege betreffend“ in Kraft. Im Sächsischen Schulgesetz vom 26. April 1873 wird erstmalig in Deutschland festgelegt, dass „die Bezirksärzte bei der Er-

richtung von Schulen mitwirken müssen und dazu verpflichtet sind, hygienische Revisionen aller Schulen regelmäßig durchzuführen“.

1889 gilt als das „Geburtsjahr des Schularztes“. In diesem Jahr wurde in Leipzig der erste hauptamtliche Schularzt angestellt, der ausschließlich für die sanitätspolizeiliche Überwachung der Schulen, regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen aller Schulkinder und die Durchführung von Schutzimpfungen in den Schulen zuständig war. Bereits drei Jahre später waren in der Stadt Leipzig 15 Schulärzte tätig, die etwa 50 000 Schüler zu betreuen hatten. 1893 nahmen in Dresden erste Schulärzte ihre Tätigkeit auf.

In Anbetracht der föderalen Reichsverfassung blieben auch nach der Reichsgründung am 18. Januar 1871 trotz der 1873 auf Betreiben Robert Kochs erfolgten Errichtung des Reichsgesundheitsamtes in Berlin die Bundesstaaten, unter ihnen also auch das Königreich Sachsen, selbständig in der Regelung aller die Volksgesundheit betreffenden Fragen, was auch durch die Weimarer Verfassung nicht angetastet wurde. Der Wettbewerb zwischen den deutschen Bundesländern blieb für die Entwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zunächst durchaus befruchtend. Aber nun treten neben die eigentlichen gesundheitspolizeilichen Aufgaben zunehmend neue Aufgabengebiete wie Vorsorge, Fürsorge, Beratung und Erziehung zu gesundheitsbewusstem Verhalten. Dass in diesem Prozess das Königreich und nach 1918 der Freistaat Sachsen stets eine bedeutsame Rolle einnahm, geht aus der Fülle der Publikationen sächsischer Medizinalbeamter hervor und den Bemühungen Karl August Lingners, der 1900 mit der Errichtung der „Wissenschaftlichen Zentralstelle für Zahnhygiene“, 1906 mit der auf seine Kosten errichteten Schulzahnklinik in Dresden und schließlich seiner Stiftung des Deutschen Hygiene-Museums wichtige Impulse für ein gesundheitsbewusstes Verhalten der Bevölkerung beförderte. Besonders hervorzuheben ist, dass in Dres-

den die Bedeutung der Zahngesundheit erstmalig hervorgehoben wird. Eine Vorreiterrolle fiel Sachsen überhaupt bei der präventiv-medizinischen Betreuung der Kinder und Jugendlichen zu. So wird zum Beispiel im 6. Jahresbericht des Landesgesundheitsamtes über das Gesundheitswesen im Freistaat Sachsen für die Jahre 1925 und 1926 darauf verwiesen, dass durch die gesetzlichen Bestimmungen die Jugendgesundheitspflege um die Säuglingsfürsorge und Schulgesundheitspflege sowie die Fürsorge für sittlich-gefährdete und verwahrloste Kinder erweitert wurde und in allen Bezirken sowohl Schulärzte als auch Schulschwester zur Verfügung stehen. Die Schulzahnpflege hatte sich schließlich in Sachsen soweit als Teil des Öffentlichen Gesundheitsdienstes etabliert, dass zum Beispiel allein im Jahre 1925 in der Schulzahnklinik der Stadt Dresden sechs hauptamtliche Zahnärzte beschäftigt wurden, die mehr als 28.000 Kinder pro Jahr untersuchten, von denen 77 % als behandlungsbedürftig befunden wurden.

Da in Deutschland von Ort zu Ort die Aktivitäten unterschiedlich verliefen, entstand insgesamt das Bedürfnis, die vielfältigen Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung zusammenzufassen, die Erfahrungen der einzelnen Länder zu verallgemeinern, die Gesetze zu nivellieren und insgesamt wirksamer zu machen. Die Gesetzesinitiativen der Bundesstaaten und des Reichstages hatten schon lange vor 1933 zu einem weitgehend abgeschlossenen Konzept für den Öffentlichen Gesundheitsdienst geführt. Mit dem „Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens im Deutschen Reich“ vom 3. Juli 1934 war es dann gelungen, unter Wahrung der föderalen Verfassung des Reiches einheitliche Grundsätze für die Gesundheitsverwaltung in Deutschland festzulegen, was sich in der Folgezeit als außerordentlich fruchtbar erwies.

Das „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ samt den Durch-

führungsverordnungen wurde nach dem Kriegsende 1945 durch die Kontrollratsgesetze 1 und 16 nicht aufgehoben, weil sie „keine typischen nationalsozialistischen Grundsätze“ enthielten, so dass es auch in Sachsen zunächst fortgalt, was von wesentlicher Bedeutung für die Beseitigung der vielfältigen Nöte der Nachkriegszeit, war, weil ein straffer und funktions-tüchtiger öffentlicher Gesundheitsdienst insbesondere die 1945/46 grassierenden Seuchen, wie Typhus, Fleckfieber, Ruhr und die sexuell übertragbaren Krankheiten, schnell unter Kontrolle bringen konnte. Die Demontage des Öffentlichen Gesundheitsdienstes alter deutscher Prägung in der Sowjetischen Besatzungszone erfolgte gleichzeitig mit der Zerschlagung der Länder im Jahre 1952. Die Gesundheitsämter, bis zu diesem Zeitpunkt auch in Sachsen noch staatliche Ämter, wurden aufgelöst. Die Aufgaben der Gesundheitsfachverwaltung wurden den kommunalen Verwaltungen übertragen, die sogenannte „Abteilungen Gesundheits- und Sozialwesen“ bildeten, denen jeweils ein Kreisarzt vorstand, der fachlich einem Bezirksarzt (Leiter der Abteilung Gesundheits- und Sozialwesen des Rates des Bezirkes) politisch und verwaltungstechnisch aber dem Leiter der Kreisverwaltungsbehörde (Vorsitzender des Rates des Kreises, in kreisfreien Städten einem Oberbürgermeister) unterstellt war. Zur Lösung der Aufgaben des Jugendgesundheitsdienstes erfolgte zum gleichen Zeitpunkt die Bildung der Einrichtungen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes, die von Kreisjugendärzten geleitet wurden, die kommunalhygienischen Aufgaben wurden hingegen den auch in dieser Entwicklungsphase etablierten Hygiene-Inspektionen zugewiesen, die auf der Kreisebene den Kreishygieneärzten unterstellt wurden.

Eine vollständige Darstellung der Geschichte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Zeit von 1933 bis 1990 würde den Rahmen dieser Information sprengen. Festzustellen aber bleibt, dass

auch in den Zeiten staatlicher Willkürherrschaft in Sachsen eine Fülle von Ärzten in selbstlosem und unermüdlichem Einsatz für die Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung der Bevölkerung aktiv tätig waren. Besonders hervorzuheben sind gerade aus dieser Zeit die trotz oft erheblich begrenzter Ressourcen großartigen Leistungen beim Schutz der Bevölkerung vor übertragbaren Krankheiten, zum Beispiel die Eradikation der Tuberkulose und des Tetanus bei Kindern und der Diphtherie, der Poliomyelitis und der Masern in der Gesamtbevölkerung, bei der Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und die leider oft fruchtlosen Mühen um Durchsetzung der vielfältigen Gesetze zum Schutze der Volksgesundheit.

Die am 17. Mai 1990 erlassene „Kommunalverfassung der DDR“ in Verbindung mit der am 8. August 1990 vom Ministerrat der DDR erlassenen „Verordnung über den Öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten“ begründet das rechtliche Fundament für die Wiedererrichtung traditioneller Gesundheitsämter in der DDR und damit auch in Sachsen. Es erfolgt sofort der Aufbau einer einheitlichen Gesundheitsfachverwaltung und kommunaler Gesundheitsämter.

Unmittelbar nach der Wiedererrichtung des Freistaates Sachsen kommt es zu der spezifisch sächsisch geprägten Entwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Am 11. Dezember 1991 beschließt der Sächsische Landtag das „Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Freistaat Sachsen“, dem nun eine Fülle von Gesetzen und Verordnungen folgt, die hier nur punktuell genannt werden können. So werden 1991 noch das „Gesetz zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen im Freistaat Sachsen“ und die „Sächsische Smog-Verordnung“ erlassen. Es folgen in rascher Abfolge 1992 die „Verordnung über die Schulgesundheitspflege im Freistaat Sachsen“ und das „Sächsische Ausführungs-

gesetz zum Tierseuchengesetz“, 1993 das „Sächsische Krankenhausgesetz“ und das „Sächsische Wassergesetz“, 1994 das „Sächsische Gesetz über die Hilfen und die Unterbringung bei psychischen Krankheiten“ und das „Sächsische Bestattungsgesetz“, 1995 die „Sächsische Verordnung über die Zuständigkeiten auf dem Gebiet des Lebensmittelrechts“ und die „Erweiterte sächsische Meldeordnung nach dem Bundesseuchengesetz“, 1997 das „Sächsische Krebsregister-Gesetz“ und die „Sächsische Badegewässerverordnung“, 1998 die „Sächsische Krankenhaushygienerahmenverordnung“ und 1999 das „Gesetz über die Hochschulmedizin“. Damit verfügt Sach-

sen über ein vorbildliches Gesetzeswerk, das alle Belange des Gesundheitswesens verbindlich regelt.

Im Jahre 1992 war die Sächsische Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen als zentrale Untersuchungseinrichtung gegründet worden, in der Ärzte, Tierärzte, Apotheker und Lebensmittelchemiker eng zusammenarbeiten, womit ein Staatliches Institut entstand; das auf höchstem wissenschaftlichen Niveau alle Untersuchungen durchführt, die notwendig sind, um den Verbraucherschutz im Freistaat in beispielgebender Weise zu sichern.

Abschließend kann festgestellt werden: Heute existiert im Freistaat Sachsen wie-

der ein voll funktionstüchtiger Öffentlicher Gesundheitsdienst, dessen vornehmste Aufgabe es ist, die Gesundheit der Bevölkerung zu schützen, zu fördern und zu bewahren. Es ist Aufgabe aller politisch Verantwortlichen, durch dauerhafte Sicherung der materiellen und personellen Voraussetzungen die qualifizierte Arbeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes auch in Zukunft zu erhalten. Der Freistaat Sachsen würde so gute alte sächsische Traditionen fortführen, auf die wir mit Fug und Recht stolz sein dürfen.

Literatur beim Verfasser

PD Dr. med. habil. Joachim Richter
Augustastr. 26, 02826 Görlitz

M. Schollmeyer¹, Th. Schollmeyer²

Georg Kelling und die sächsischen Wurzeln der Laparoskopie

Ein Beitrag
zum 100. Geburtstag
der Laparoskopie

¹ Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung der Collm Klinik Oschatz

² Frauenklinik der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Zusammenfassung

Am 23. September 1901 demonstrierte der Dresdner Chirurg und Gastroenterologe Georg Kelling auf der 73. Versammlung der Deutschen Naturforscher und Ärzte in Hamburg am Ende seines Vortrages „Über die Besichtigung der Speiseröhre und des Magens mit biegsamen Instrumenten“ an einem Hund eine Bauchspiegelung. Er nannte das Verfahren Coelioskopie. Kellings geniale Idee, seinen oralen Luftinsufflationsapparat mit dem Fiedlerschen Trokar und dem Zystoskop von Nitze zu verbinden, führte 1901 zur Coelioskopie und war die Geburtsstunde

der Laparoskopie. Georg Kelling hat bisher nicht die Würdigung erfahren die ihm zusteht. Er ist der vergessene Pionier einer Methode, die heute einen festen Platz bei der Diagnostik und Therapie in den konservativen und operativen Fächern der Medizin hat. Der heutige Standard der endoskopischen Diagnostik und Therapie hat die wissenschaftlichen Arbeiten, Forderungen und Voraussetzungen Georg Kellings vor 100 Jahren bestätigt. Sein Name verdient deshalb einen festen Platz in der Geschichte der Medizin und besonders in der Geschichte der Endoskopie.



Abb. 1: Prof. Dr. med. Georg Kelling (1866-1945)

Georg Kelling wurde am 07. Juli 1866 in Dresden-Friedrichstadt als ältester Sohn des Ingenieur's Emil Kelling und seiner Frau Margarethe geboren. Nach dem Besuch der Bürgerschule, des Gymnasium „Zum heiligen Kreuz“ und dem „Vitzthum'schen“ Gymnasium in Dresden verließ Kelling 1885 mit dem Zeugnis der Reife seine Heimatstadt, studierte in Leipzig und Berlin Humanmedizin, bestand im Juni 1890 die „Medizinische Staatsprüfung“ und promovierte 1890 mit dem Thema: „Über die Ermittlung

der Magengröße“. Die erfolgreiche Promotion hat seine weitere berufliche Entwicklung ganz wesentlich beeinflusst, denn er entschied sich, seine Weiterbildung auf dem Gebiet der Magen- und Darmkrankheiten zu beginnen. Im Sommer 1891 ging er zur Fortsetzung seiner Ausbildung für fünf Jahre nach Berlin. Im Jahre 1896 ließ sich Kelling als Arzt für Magen-Darm-Krankheiten in Dresden nieder. Neben dem Aufbau seiner Praxis beschäftigte er sich zunächst intensiv mit endoskopischen Fragestellungen am Stadt-

krankenhaus Dresden-Friedrichstadt sowie an der Königlichen Tierärztlichen Hochschule zu Dresden und hospitierte außerdem im Sommer 1898 bei Johannes von Mikulicz-Radecki an der Königlichen Chirurgischen Klinik in Breslau. Kellings weitere Arbeit ist vor dem Hintergrund der Tätigkeit der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden und der Dresdner Medizin zur Exploration und Endoskopie offener und geschlossener Körperhöhlen im ausgehenden 19. Jahrhundert zu sehen. Kelling trat 1894 in die „Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden“ ein und wurde hier mit den Forschungen von Fiedler, Schramm-Vogelsang, Nitzze und Oberländer konfrontiert. In seiner Dissertation „**Ueber die Ermittlung der Magengröße**“ hatte sich Kelling 1890 mit der Größenbestimmung des Magens mittels Perkussion beschäftigt. Im Ergebnis kam er zu dem Schluss, dass diese wenig geeignet erschien, Größe und Volumen des Magens zu ermitteln und schlug vor, mit einer oralen Gasinsufflation das Magenvolumen zu bestimmen. Den dafür notwendigen Apparat gab er an, verwies aber darauf, bisher selbst noch keine Untersuchungen durchgeführt zu haben. Ausgehend von seiner Promotion beschäftigte sich Kelling zwischen 1890 und 1900 mit der Anatomie und Physiologie des Magens und sammelte

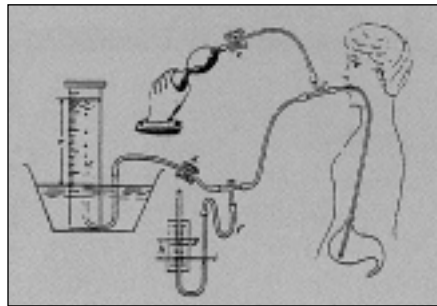


Abb. 2: Orale Luftinsufflation

Erfahrungen mit der **oralen Luftinsufflation** (Abb. 2).

In seinem am 17. September 1901 vorgelegten Aufsatz „**Die Tamponade der Bauchhöhle mit Luft zur Stillung lebensgefährlicher Blutungen**“ setzte sich Kelling mit den bis dahin bekannten und offensichtlich insuffizienten Methoden der Blutstillung bei Intestinalblutungen auseinander und stellte dann seine Überlegungen vor, mit einer **abdominalen Luftinsufflation** (Abb. 3) eine intraabdominale Gefäßkompression bei Drücken von 50 bis 80 mm Hg zu erreichen. Er schrieb:

„**Um dies festzustellen, schuf ich mir eine Methode der Endoskopie der uneröffneten Bauchhöhle (Coelioskopie) ...**“

Am 23. September 1901 hielt Kelling auf der 73. Versammlung Deutscher Na-

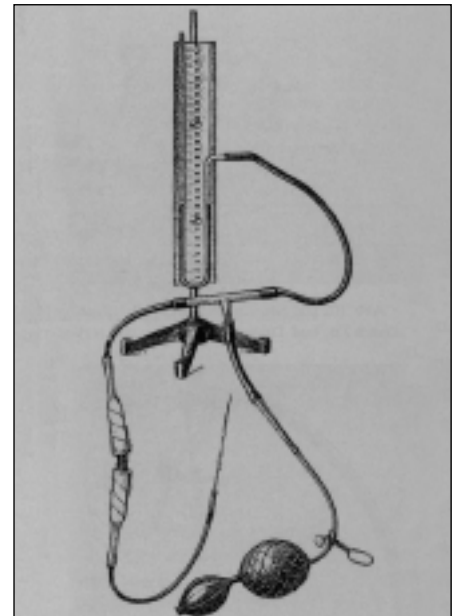


Abb. 3: Abdominale Luftinsufflation

turforscher und Ärzte in Hamburg den denkwürdigen Vortrag „**Über die Besichtigung der Speiseröhre und des Magens mit biegsamen Instrumenten**“. Nach der Besprechung der Ösophagoskopie und Gastroskopie erläuterte er am Schluss das Prinzip seiner neuen Methode, der Coelioskopie und führte aus: „*Sie beruht darauf, dass die vordere Bauchwand außerordentlich nachgiebig ist. Machen wir also den Magen und den Darm*

leer und füllen die Bauchhöhle durch Einblasen von Luft, welche durch Watte filtriert wird, so bekommen wir einen großen Kuppelraum, in welchem wir uns bequem orientieren können (Kelling verwendete die Luftpumpe nach Politzer – die Verfasser). Das Einblasen der Luft erfolgt durch einen Fiedlerschen Trokar, welcher bekanntlich so beschaffen ist, dass man nach dem Durchstechen der Bauchwand das Ende stumpf machen kann. Dieses stumpfe Instrument kann gleichzeitig zum Palpieren benutzt werden. Die Besichtigung erfolgt so, indem man einen zweiten Trokar einsticht, durch welchen ein feinstes Nitze'sches Zystoskop eingeführt wird.

Ich schließe, meine Herren, mit dem Wunsche, dass die endoskopischen Methoden für den Verdauungstractus mehr Anwendung finden möchten, als bisher geschehen ist, denn sie sind tatsächlich berufen, die Laparotomie in vielen Fällen ersetzen zu können“.

Auf der 47. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie im Jahre 1923 nahm Kelling das Thema „Endoskopie“ noch einmal auf. In seinem Vortrag „**Zur Cölioskopie und Gastroskopie**“ berichtete er, dass er sich in jüngster Zeit wieder der Besichtigung der Bauchhöhle zugewandt hat und formulierte: „...*hauptsächlich aus wirtschaftlichen Gründen, weil die große Teuerung dazu nötigt, den Patienten Verpflegtage, Verbandstoffe, Medikamente und insbesondere evtl. vermeidbare Operationen, wie Probelaparotomien, nach Möglichkeit zu ersparen...*“ Wie viele Wissenschaftler vor ihm, musste sich Kelling in den Jahren 1910, 1921 und 1932 mit unerfreulichen Prioritätsansprüchen auseinandersetzen, die aber seine Schaffenskraft nicht beeinträchtigten. Der Internist Egmont Wildhirt, langjähriger Mitarbeiter von Kalk, beschrieb 1964 die Priorität Kellings wie folgt: „*Von ihm stammt aber die Konzeption, die Bauchhöhle mit Luft zu füllen und sich damit ein Gesichtsfeld zu schaffen,*

um die Bauchorgane besichtigen zu können“... „*Kelling muss also als eigentlicher Erfinder der Laparoskopie gelten, wenn auch seine Pionierarbeit wieder in Vergessenheit geraten war.*“

Georg Kelling und seine zweite Frau Johanna sind am 13./ 14. Februar 1945 bei den schweren Luftangriffen auf Dresden ums Leben gekommen. Die totale Zerstörung ihres Wohnhauses in der Christianstrasse Nr. 30 ist verbunden mit dem Verlust ihrer persönlichen Unterlagen. Sterbliche Überreste von Georg Kelling und seiner Frau gibt es nicht. Der vermutliche Todestag ist auf einer schlichten Grabplatte des Familiengrabes auf dem Annenfriedhof in Dresden dokumentiert. Die wissenschaftliche Arbeit von Georg Kelling ist in der bisherigen Geschichtsschreibung nicht gewürdigt worden. Mit dem Abstand von einem Jahrhundert und unter Berücksichtigung des heutigen Stellenwertes der Endoskopie muss man die endoskopischen Arbeiten Kellings wie folgt bewerten:

1. Dem Zeitgeist widersprechend hatte Kelling frühzeitig die endoskopischen Verfahren gegenüber der Probelaparotomie favorisiert (1898).
2. Eine stadiengerechte operative Behandlung bösartiger Erkrankungen wurde von Kelling weitsichtig gefordert und zu diesem Zweck der primäre Einsatz endoskopischer Verfahren angemahnt (1898).
3. Kelling hat erstbeschreibend und vollständig das erforderliche Grundinstrumentarium mit Insufflationsnadel (Fiedlerscher Trokar), Insufflationsapparat (Luftpumpe nach Politzer), Optiktrokar und Optik (Nitzes Cystoskop) für die Bauchspiegelung zusammengestellt und die Methodik beschrieben (1901).
4. Die ersten Indikationen und Kontraindikationen zur Coelioskopie/Laparoskopie wurden von Kelling formuliert (1901).
5. Erstmals wurden von Kelling die Möglichkeiten der intraabdominalen Diagnostik mit endoskopischer Inspektion und Palpation aufgezeigt (1901).

6. Kelling empfahl, offensichtlich die Probleme bei der Ausbildung junger Ärzte voraussehend, endoskopische Verfahren an der Leiche zu üben (1901).

7. Kelling hatte nahezu visionär die ambulante Durchführung endoskopischer Eingriffe, besonders der Bauchspiegelung vorausgesagt (1901).

8. Weit seiner Zeit voraus, erkannte Kelling die vorteilhaften ökonomischen Aspekte endoskopischer Behandlungsverfahren (1923).

Die umfangreiche Bibliographie Kellings belegt die vielseitige wissenschaftliche Arbeit des Dresdner Chirurgen und Gastroenterologen. Niederschlag findet seine Arbeit in mehreren nach ihm benannten Untersuchungsmethoden und Operationsverfahren, auch wenn diese heute nicht mehr üblich sind oder von der Entwicklung überholt wurden.

Eine späte, aber sehr wertvolle Ehrung erfuhr das Werk Kellings im Oktober 1992 vom Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Unter dem Namen

**„Johannes von Mikulicz-Radecki-
Georg Kelling Förderpreis
Endoskopische Chirurgie“**

stellt die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie jährlich einen Preis für besondere wissenschaftliche und praktische Leistungen aus dem Bereich der endoskopischen Chirurgie zur Verfügung.

Weiterführende Literatur in:
Schollmeyer, M., Schollmeyer, Th.
Georg Kelling und die sächsischen Wurzeln der
Laparoskopie – 100 Jahre Laparoskopie
Herausgeber: Verein Oschatzer Frauenärzte
Wagner Verlag und Werbung GmbH,
Siebenlehn, 2001

Anschrift für die Verfasser:
Dr. med. Manfred Schollmeyer
Chefarzt der Gynäkologisch-geburtshilflichen
Abteilung an der COLLM KLINIK OSCHATZ
04758 Oschatz, Parkstraße 1

Dr. med. Erich Thomas

1886 bis 1985



„Alt sein ist eine herrliche Sache, wenn man nicht verlernt hat, was anfangen heißt.“

Martin Buber

Mit diesem Spruch des jüdischen Religionsphilosophen versah Dr. Thomas die Danksagung für die Gratulanten anlässlich seines 90. Geburtstages. An diesem Tag endete für ihn eine 64-jährige Berufsarbeit als Arzt. Es war ein Leben mit der Radiologie und ein langer Kampf gegen den Krebs. Arthur Erich Thomas wurde am 2. Juli 1886 in Dresden geboren, wo er 1906 das Abitur am Wettiner Gymnasium ablegte. Anschließend studierte er bis 1911 Medizin an der Universität Leipzig, promovierte mit einer Arbeit über das leucocytäre Blutbild diphtheriekranker Kinder und erhielt 1912 die Approbation als Arzt. Stationen seiner Ausbildung waren das Pathologisch-bakteriologische Institut Zwickau (Prof. Dr. Riesel) von 1912 bis

1918 und die Medizinische Universitätsklinik Leipzig (Prof. Dr. Stümpell), wo er von 1919 bis 1922 unter Prof. Dr. Assmann in die Theorie und Praxis der Röntgenologie und Radiologie eingearbeitet wurde. Sein erworbenes Wissen bestimmte seinen weiteren Berufsweg im Kampf gegen den Krebs.

Am 1. August 1922 übernahm Dr. Thomas die Leitung der Röntgenabteilung im Stadt Krankenhaus Plauen/Vogtland als erster ausgebildeter Röntgenarzt. Mit Energie und großer Ausdauer schuf er eine moderne Röntgen-Diagnostik-Strahlungsabteilung, die 1933 zu den am besten ausgestatteten Krankenhausabteilungen Deutschlands zählte.

Da sich Dr. Thomas 1933 gegenüber der nationalsozialistischen Stadtführung oppositionell verhielt, drohte ihm der damalige Oberbürgermeister Wörner mit der vorzeitigen Pensionierung. Dr. Thomas, der nie der NSDAP angehörte, bekam seine Haltung wirtschaftlich mittels Honorarkürzung zu spüren.

Als gegen Ende des 2. Weltkrieges die großen Krankenhausabteilungen evakuiert werden mussten, blieb Dr. Thomas als einziger Facharzt bei den nicht transportfähigen Patienten und erlebte mit ihnen die Teilerstörung des Krankenhauses. Den Bomben auf Plauen fiel auch seine Wohnung zum Opfer.

59-jährig ging Dr. Thomas an den Wiederaufbau im privaten und im beruflichen Bereich. Mit Umsicht und Tatkraft organisierte er den Krankenhausbetrieb. So gelang ihm mit Zustimmung des amerikanischen Kommandanten, der Krankenhausküche Nahrungsmittel aus ehemaligen Wehrmachtdepots zuzuführen. Die Beseitigung der Kriegsschäden im Stadt Krankenhaus Plauen dauerte zwei Jahre. Die Aufgaben der Zeit waren für Dr. Thomas eine Herausforderung, die er an-

nahm. Als Mitglied der LDPD (1946 bis 1953) und als Stadtverordneter vertrat er die Belange des Gesundheitswesens der Stadt Plauen. 1948 übernahm er zusätzlich die Leitung des Stadtkrankenhauses. Ab 1950 war Dr. Thomas in dieser Funktion „Ärztlicher Direktor“ und hatte bis 1958 maßgeblichen Anteil an der Schaffung neuer Krankenhausabteilungen (HNO, Augen, Pädiatrie, Pathologie). Dies war eine wichtige Voraussetzung für die 1960 erfolgte Ernennung der Einrichtung zum Bezirkskrankenhaus Plauen.

Ab 1958 widmete sich Dr. Thomas als Chefarzt der Radiologischen Klinik mit ganzer Kraft seinem Spezialgebiet, für das er bereits 1941 mit der Einführung einer unentgeltlichen Krebsprechstunde, den Grundstein gelegt hatte. Dazu stand ihm die Kreismeldestelle für Geschwulstkrankheiten, die er 1952 aufgebaut hatte und seitdem leitete, zur Verfügung. Aufklärung, Prophylaxe, Früherfassung, Therapie und Nachbetreuung im Rahmen onkologischer interdisziplinärer Zusammenarbeit, all das war sein Arbeitsgebiet. Mit 80 Jahren schied er aus dem Klinikbetrieb aus, um für weitere 10 Jahre als Kreisbeauftragter für Geschwulstbekämpfung tätig zu sein.

Die Gesellschaft für Medizinische Radiologie ernannte Dr. Thomas zum Ehrenmitglied, die Stadt Plauen ehrte ihn mit der Eintragung in das Goldene Buch.

Pflichtbewusst und zielstrebig hat Dr. Erich Thomas bis in das hohe Alter mit bewundernswerter Vitalität sein Leben gestaltet, denn er hatte es nicht verlernt, was anfangen heißt.

Der unermüdete Dr. Thomas bleibt als Arztpersönlichkeit in Plauen unvergessen.

Dr. med. Heinz Zehmisch
Plauen/Vogtland