

# Ärzteblatt Sachsen



## Inhalt 2/2004

<b>Berufspolitik</b>	Gesundheitsreform muss nachjustiert werden!	<b>40</b>
	Wo bleiben die AllgemeinmedizinerInnen?	<b>41</b>
	Qualitätsbericht 2005	
	Position der Sächsischen Qualitätsbeauftragten	<b>43</b>
<b>Medizinrecht</b>	Das GKV-Modernisierungsgesetz und die neuen Versorgungsstrukturen	<b>44</b>
	Das Dresdner Medizinrechtsforum für Ärzte stellt sich vor	<b>47</b>
	Impressum	<b>47</b>
<b>Gesundheitspolitik</b>	Grenzüberschreitende medizinische Fortbildung	<b>48</b>
<b>Mitteilungen der Geschäftsstelle</b>	Einrichtung der Ärztlichen Stelle nach Strahlenschutzverordnung zum 1. 1. 2004	<b>49</b>
	Konzerte und Ausstellungen	<b>49</b>
	Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden	<b>49</b>
	Erlebnisse – Sächsische Ärzte in der Zeit von 1939 bis 1949	<b>50</b>
	Internetecke	<b>50</b>
<b>Mitteilungen der KVS</b>	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	<b>51</b>
<b>Originalien</b>	O. Rilke Alkoholbezogene Störungen in Sachsen – Epidemiologie und Möglichkeiten früher Interventionen	<b>52</b>
	W. Haße Sprachwechsel in der Medizin	<b>55</b>
	Chr. Rühlmann und K. Wittig Interventionelle Rekanalisationen bei Patienten mit peripherer arterieller Verschlusskrankheit	<b>58</b>
<b>Tagungsbericht</b>	Jahrestagung der Sächsischen Gesellschaft für Urologie in Dresden	<b>61</b>
<b>Verschiedenes</b>	Fort- und Weiterbildung in der Palliativmedizin	<b>63</b>
<b>Personalia</b>	Verdienstkreuz für sächsische Ärzte Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Dürwald zum 80. Geburtstag	<b>64</b>
	Dr. med. habil. Wolfgang Kunze zum 65. Geburtstag	<b>66</b>
	Unsere Jubilare im März	<b>66</b>
<b>Medizingeschichte</b>	Zum 150. Geburtstag des Leipziger Neurologen, Psychiaters und Medizinschriftstellers Paul Julius Möbius	<b>68</b>
<b>Kultur und Kunst</b>	Ausstellung Prof. em. Dr. med. habil. Herbert Edel zum 90. Geburtstag	<b>71</b>
	Ausstellung Horst Weber – Bilder zur Musik	<b>71</b>
<b>Beilagen</b>	Fortbildung in Sachsen – April 2004	

Sächsische Landesärztekammer und „Ärzteblatt Sachsen“:  
<http://www.slaek.de>, E-Mail: [dresden@slaek.de](mailto:dresden@slaek.de),  
 Redaktion: [presse@slaek.de](mailto:presse@slaek.de),  
 „Gesundheitslotse Sachsen“: [www.gesundheitslotse-sachsen.de](http://www.gesundheitslotse-sachsen.de)

## Gesundheitsreform muss nachjustiert werden!



Von links: Dr. Heckemann (KVS), Frau Rothe (BDA), Prof. Dr. Schulze (Sprecher), Herr Schmidt (Apothekerkammer), Prof. Dr. Leonhardt (Hartmannbund), Herr Saft (Sächsische Zeitung)

Auf einer Pressekonferenz des „Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen“ am 21. Januar 2004 hat dessen Sprecher, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, nachdrücklich die Probleme im Gesundheitssystem aufgezeigt und humane Nachbesserungen eingefordert.

### Arztpraxis als Beratungsstelle

Prof. Dr. Schulze: „Die Bundespolitik hat Deutschland durch unzureichende Sachkunde und fehlenden Basiskontakt ein Chaos im Gesundheitssystem beschert. Die Ursache dafür ist im undifferenzierten ideologisierten Medizinverständnis und der Beratungsunwilligkeit der Bundesgesundheitsministerin und einiger ihrer prominenten Berater zu suchen. Nach der Verabschiedung des GKV-Moderisierungsgesetzes war allen Beteiligten klar, wohin die Reise geht: Die GKV soll modernisiert sowie deren Einnahmen verbessert werden, und dies schon ab dem 1. Januar 2004“. Die Fristen dazu waren sehr kurz gesetzt, die Aufgaben für die Systembeteiligten vielfach und das Geld verknapp. Es geht damit nicht um das „Ob“, sondern um das „Wie“ der Umsetzung dieser Gesundheitsreform, von der Patienten und Leistungserbringer derzeit nur die Schattenseiten zu spüren bekommen. – Wut, Frust und Verdruss auf „die da oben“ lassen sich an den Zuzahlungs- und Ausgrenzungstatbeständen (Beispiel Praxisgebühr) sowie der zu Beginn des Jahres undifferenzierten

Streichung der Transport- und Beförderungsfinanzierung festmachen. Ärzte und Angestellte fungierten zu Jahresbeginn als Beratungsstelle des Bundesgesundheitsministeriums. „Immer mehr Zeit geht für die Patienten wegen der Bürokratie verloren. Auch die Arzt- und Zahnarthelferinnen spüren verstärkt die Unzufriedenheit der Bevölkerung und müssen zusätzlich Überstunden leisten“, so Frau Sabine Rothe, Präsidentin des Berufsverbandes der Arzt-, Zahnarzt- und Tierarthelferinnen. Von ethisch fragwürdigen Zuständen konnte sie sich ein Bild in den Pflegeheimen und Sozialeinrichtungen machen. Frau Rothe: „Ein Epileptiker hielt nach einem Anfall die zehn Euro Praxisgebühr in den zitternden Händen. Dieses Bild vergisst man nicht.“

### Reform mit Fehlern

Die Hauptkritik richtete sich vor allem an die Bundesressortministerin, die ein brisantes unfertiges Gesetz mit einschneidenden Konsequenzen für die breite Bevölkerung in Kraft gesetzt hat, obwohl wesentliche Ausfüllungsregeln nicht wirksam definiert waren. Dieses Wirrwarr in der Versorgung infolge undefinierter Ausführungsbestimmungen hätte vermieden werden können, wenn zum Beispiel eine Forderung des „Bündnis Gesundheit 2000 im Freistaat Sachsen“ im Dezember 2003 vom Gesetzgeber befolgt worden wäre, dieses Gesetz erst nach seiner Komplettierung und stufenweise umzusetzen.

Die Anfang des Jahres erfolgten Schuldzuweisungen und Drohungen seitens der Ministerin an die Adresse der Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen sollten von eigenen Versäumnissen ablenken. Handwerkliche Fehler in der Gesetzgebung können schließlich nicht durch die Mitarbeiter der Heilberufe beseitigt werden.

Auch der Präsident der Sächsischen Apothekerkammer, Herr Friedemann Schmidt, prangerte die vielen Unklarheiten im Gesetz an. „Glücklicherweise haben die Patienten viel Verständnis und lassen ihren Unmut nicht in der Praxis oder der Apotheke aus“.

### KVS lässt Unterschriften sammeln

Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (KVS) hat Mitte Januar 2004 die Ärzte und Patienten zu einer Unterschriftenaktion aufgerufen. Herr Dr. Klaus Heckemann, stellvertretender Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, sagte dazu in der Pressekonferenz: „Damit will die KVS die Art und Weise des Einzugs der Praxisgebühr verändern. Denn trotz einiger besserer Vorschläge im September 2003 hat das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung an dem derzeitigen Einzugsverfahren fest gehalten. Bis zum 27. Januar 2004 konnten bereits 170.000 Unterschriften gesammelt werden.“

Die Bündnispartner erwarten, dass nach Klärstellung und rascher Überarbeitung des Reformgesetzes keine weiteren Schuldzuweisungen erfolgen sollten. Vielmehr kommt es darauf an, die Chancen dieses Gesetzes auszuloten und – wo möglich und sinnvoll – umzusetzen.

Stichworte dazu sind:

- die Finanzierung und Ausgestaltung der integrierten Versorgung,
- die hausarztzentrierte Versorgung und
- die Ausgestaltung medizinischer Versorgungszentren.

Die Reformmaßnahmen können nur in einem vertrauensvollen Miteinander realisiert werden. Hier sieht sich die Selbstverwaltung auch in der Pflicht.

Knut Köhler

Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## Wo bleiben die AllgemeinmedizinerInnen?

Es ist allgemein bekannt, dass besonders im Fach Allgemeinmedizin der Nachwuchs fehlt. Ausgerechnet die Arztgruppe, die aus Sicht des Gesetzgebers als Lotse im Gesundheitssystem fungieren soll, steht nach der im „Deutschen Ärzteblatt“ (Heft 3/2002) veröffentlichten KBV-Studie in den neuen Bundesländern vor dem Kollaps. Es wird angenommen, dass bis 2012 ca. 35 bis 40 % der Hausärzte ausscheiden und die verbleibenden Ärzte nicht ausreichen werden, um die hausärztliche Versorgung sicherstellen zu können. Hinzu kommt eine Mehrbelastung des ambulanten Gesundheitsnetzes nach Einführung des DRG-Systems („Blutige Entlassung“).

An Universitäten wurde teils mit gutem Erfolg für die Allgemeinmedizin geworben und durch die GKV-Spitzenverbände und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) eine Vereinbarung über die Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin gemäß Artikel 8 Abs. 2 GKV/SolG unterzeichnet, die eine Förderung für jede Krankenhausstelle, die zur Weiterbildung in Allgemeinmedizin umgewidmet ist, von monatlich 1000 EUR vorsieht. Die Förderung wurde für den Zeitraum 1. 1. 1999 bis 31. 12. 2003 festgelegt. Bisher hat nur die Krankenhausgesellschaft den Vertrag um ein Jahr bis zum 31. 12. 2004 verlängert.

***Was könnten die Gründe sein, dass nicht deutlich mehr Ärzte den Weg in die AllgemeinmedizinerInnen-Ausbildung eingeschlagen oder beibehalten haben?***

Als der Mangel an Assistenzärzten im Krankenhaus noch kein Problem darstellte, waren die Krankenhäuser an Ausbildungsassistenten für Allgemeinmedizin trotz Fördergelder nicht verstärkt interessiert, denn die Fördergelder wurden nur gezahlt, wenn eine schon bestehende Assistenzarztstelle, zum Beispiel für Neurologie, von einem Allgemeinmediziner besetzt wurde („umgewidmet wurde“). Gerade dann, wenn das Fördergeld dringend erforderlich wäre, also für eine zusätzlich geschaffene Stelle für einen Allgemeinmediziner, blieb die Förderung aus.

Voraussetzung für eine Ausbildung von jungen Kollegen ist ein solides Ausbildungssystem. Richtet man sich nach der geltenden (Muster-) Weiterbildungsordnung für den Facharzt für Allgemeinmedizin, dann sind am Kranken-

haus mindestens drei Bewerbungen notwendig (Innere/Chirurgie/Pädiatrie). Will man als Ausbildungsassistent zusätzlich das „variable Jahr“ im Krankenhaus verwenden, dann sind bis zu drei zusätzliche Bewerbungen erforderlich. Die Möglichkeit, auch Fächer wie beispielsweise Psychiatrie, HNO, Orthopädie, Dermatologie und andere zu durchlaufen, bietet einen großen Anreiz, da auf den Hausarzt zwar überwiegend, aber nicht nur internistische Krankheitsbilder treffen und, wie politisch gewollt, eine breite Grundversorgung angestrebt wird. Ideal wären Rotationsstellen in geeigneten Krankenhäusern.

Das HELIOS Klinikum Aue, Akademisches Lehrkrankenhaus an der Technischen Universität Dresden, stellt erstmals seit Juni 2002

ein Rotationssystem zur Ausbildung von Fachärzten für Allgemeinmedizin entsprechend den Vorschlägen der (Muster-)Weiterbildungsordnung bereit. Es ist statt den bisher notwendigen vielen Einzelbewerbungen nur eine Bewerbung beim Ärztlichen Direktor des Hauses erforderlich. Das Rotationssystem ist nachfolgend beschrieben.

Jeder Ausbildungsassistent arbeitet jeweils neun Monate in der Klinik für Innere Medizin I und II, sechs Monate in der Klinik für Pädiatrie und sechs Monate in der Klinik für Viszeral- und Gefäßchirurgie. Von den Wahlfächern kann man maximal drei (je vier Monate) oder zwei (je sechs Monate) wählen. Die bisherigen AusbildungsassistentInnen sprechen von einem mustergültigen System. Die

Pflichtfächer	Monate
Innere Medizin (Gastroenterologie, Infektiologie und Pulmologie)	9
Innere Medizin (Kardiologie, Angiologie, Nephrologie, Diabetologie...)	9
Pädiatrie	6
Chirurgie (tlw. in der Rettungsstelle)	6
Wahlfächer (maximal 3 – 4 Monate oder 2 – 6 Monate)	
Anästhesie	4 oder 6
Augenheilkunde	4 oder 6
Dermatologie	4 oder 6
Gynäkologie	4 oder 6
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	4 oder 6
Innere Medizin	4 oder 6
Neurologie	4 oder 6
Orthopädie	4 oder 6
Psychiatrie	4 oder 6
Urologie	4 oder 6

Sicherheit, entsprechend der Weiterbildungsordnung den Weg in der Klinik zu bestreiten und durch die festgelegten Zeitabschnitte terminlich selbst die ambulante Zeit planen zu können, macht die Ausbildung nicht nur attraktiv, sondern steigert auch das eigene Interesse und Engagement auf dem Weg zum Hausarzt.

**Wie geht es nach dem Abschnitt in der Klinik weiter?**

Für die ambulante Tätigkeit (eineinhalb bis zweieinhalb Jahre) sind die Fördergelder besonders wichtig. Budgets, gedeckelte Honorarverteilung, die Einführung der Marktwirtschaft sind Problemfelder. Jeder freie Arbeitgeber kann nach den Regeln der Marktwirtschaft entsprechend der Nachfrage seine Arbeit regeln, nicht jedoch der Mediziner. Stellt er einen Ausbildungsassistenten ein, dann kann er zwar mehr Leistungen erbringen, mehr Patienten behandeln, jedoch nicht über das Budget hinaus die Einnahmen steigern. So kann die zusätzliche Ausbildungskraft sozusagen nicht

bezahlt werden. Der Fördertopf ist ein guter Weg. Doch die Ungewissheit, ob die Förderung auch von Seiten der GKV weitergeht, verunsichert nicht nur AusbildungsassistentInnen und vorübergehende ArbeitgeberInnen gravierend, sondern macht, falls keine Verlängerung bewilligt wird, den ambulanten Ausbildungsabschnitt praktisch nicht durchführbar. Ganz zu schweigen von dem Wunsch für die zukünftige Praxisübernahme etwas ansparen zu können, denn die Löhne sind schon jetzt – trotz Unterstützung – im Vergleich zur Klinik deutlich niedriger. In Köln wurde zum 106. Deutschen Ärztetag eine alleinige Kostenträgerschaft der Kassen angestrebt, da bei allen Problemen, die die Vertragsärzteschaft hat, die Mitfinanzierung durch diese immer schwieriger wird.

Geht ein Mediziner den geraden Weg in seiner Ausbildung, dann sind mindestens zwei zusätzliche Schuljahre bis zum Abitur und sechs weitere Jahre für das Studium einschließlich Praktischem Jahr ohne Entlohnung. Mit 26 bis 27 Jahren durfte man als Akademiker mit einem Einkommen für eineinhalb Jahre als AiP (ohne Dienste) von ca. 1000 EUR Brutto seine eventuell schon vorhandene Familie ernähren und die ehemals glücklichen BAföG-Empfänger schon etwas Geld für die Rückzahlung beiseite legen. Durchschnittlich ab dem 27. bis 28. Lebensjahr verdiente man im Krankenhaus erstmals wirklich Geld, verbunden mit meist unbezahlten Überstunden, einem überbordenden Verwaltungsaufwand, neuerdings eine intensive Beschäftigung mit

DRGs, Art der Verschlüsselung für die bestmögliche Verweildauer und zusätzlich eine öffentliche und wahrscheinlich politisch gewollte Diffamierung des bisherigen Traumberufes Arzt, nicht nur durch die Medien. Und doch wundert man sich, warum es generell zu einem Mangel an ÄrztInnen in ihrem eigentlichen Beruf kommt, warum ÄrztInnen ihrem teilweise schon als Kind gehegten Wunsch, am Patienten zu arbeiten, nach aufwendigen Bewerbungen an den Universitäten, teils in Kauf genommenen Wartezeiten auf einen Studienplatz, nach langer und intensiver Ausbildungszeit plötzlich abtrünnig werden. Das geschah fast immer in der PJ- und AiP-Zeit.

Ein Hauptziel des aufwendigen DRG-Systems ist, die teuren Krankenhausaufenthalte zu reduzieren und das kostengünstigere ambulante System verstärkt zu nutzen. Es ist daher zwingend notwendig, das Zusammenbrechen des ambulanten Gesundheitsnetzes zu verhindern und auf die neuen Anforderungen vorzubereiten, um eine solide Grundversorgung der Patienten zu gewährleisten. Es sollten aus oben genannten Gründen Anreize geschaffen werden, Rotationsstellen für Hausärzte an geeigneten Krankenhäusern einzuführen und – auch im Interesse der Krankenkassen – den Nachwuchs an „Grundversorgern“ durch sichere Fördergelder, die – wie oben beschrieben – unabdingbar sind, tatkräftig zu unterstützen. Bis 2012 sind es nur noch neun Jahre; bedenkt man eine Mindestweiterbildungszeit zum Facharzt für Allgemeinmedizin von fünf Jahren, ist es höchste Zeit gemeinsame Anstrengungen zu unternehmen.

Lars Schirmer  
 Assistenzarzt für Allgemeinmedizin  
 Ausschussmitglied „Junge Ärzte“  
 Mandatsträger der  
 Sächsischen Landesärztekammer  
 Kontakt: junge-aerzte@web.de

# Qualitätsbericht 2005

## Position der Sächsischen Qualitätsbeauftragten

Spätestens im Jahr 2005 verlangt der Gesetzgeber von den nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern die Veröffentlichung eines im Abstand von zwei Jahren zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichtes (§ 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V). Er ist von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen im Internet zu veröffentlichen und enthält auch Art und Anzahl der Leistungen des Krankenhauses. Folgende Ziele werden mit der Erstellung eines Qualitätsberichtes verfolgt:

- Information und Entscheidungshilfe für Versicherte und Patienten im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung,
- eine Orientierungshilfe bei der Einweisung und Weiterbetreuung der Patienten insbesondere für Vertragsärzte und Krankenkassen,
- die Möglichkeit für die Krankenhäuser ihre Leistungsfähigkeit nach außen transparent und sichtbar darzustellen.

Die Arbeitsgruppe Sächsischer Qualitätsbeauftragter hat sich in ihrer Beratung am 3. 12. 2003 in der Sächsischen Landesärztekammer mit diesen Schwerpunktthema beschäftigt und folgende Position erarbeitet, die hiermit zur Diskussion gestellt wird:

■ Einvernehmen herrscht darüber, dass das Problem der Zielgruppe und der hiervon abgeleiteten Bedürfnisse an einen Qualitätsbericht bislang nicht geklärt ist. Das „Einmal-eins“ des Qualitätsmanagements lehrt hierzu, dass an dieser Stelle die Kernfrage des „Nutzens“ sowie des „Verständnisses“ zu klären ist. So interessieren niedergelassene Ärzte als Orientierungshilfe Daten zur Mortalität, zur Anzahl nosokomialer Infektionen bis hin zur Obduktionsrate. Patienten interessieren Angaben zu Wartezeiten, Eintreffen des Arztbriefes beim Hausarzt sowie Möglichkeiten der individuellen Beratung. Es erhebt sich damit die Frage, wem der Qualitätsbericht mit welchen Angaben nutzen und auf wen er in der Folge ausgerichtet werden soll?

■ In diesem Zusammenhang bleibt das Problem der Vergleichbarkeit bestehen. Wer legt fest, welche „krankenhausspezifischen Besonderheiten“ zu veröffentlichen werden? Sollten hierzu keine Festlegungen erfolgen, wird ein Vergleich nicht möglich sein und damit auch nicht das gesetzte Ziel zum Beispiel einer Entscheidungshilfe für versicherte Pa-

tienten im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung! Damit werden die „ersten Versionen“ eines Qualitätsberichtes individuelle Beschreibungen eines Qualitätsmanagementsystems sein, vielleicht auch als ein sehr pragmatischer Ansatz, sich dieser Herausforderung zu stellen.

■ Neben dem Problem der Vergleichbarkeit besteht weiterhin das Problem der „Kontrolle der Inhalte“. Hierzu existiert kein strukturiertes Konzept. So stellt sich zum Beispiel die Frage, wie mit einer Rate nosokomialer Infektionen von Null Prozent umgegangen wird. Wer kontrolliert die Validität der Daten? Wer übernimmt die Verantwortung? Wer fordert zur Korrektur der Berichte auf? Bisher scheint es so zu sein, dass dieses Problem der Leser selbst für sich klären muss und hierzu braucht es wiederum das entsprechende Verständnis, das heißt Wissen!

■ Die Arbeitsgruppe der Sächsischen Qualitätsbeauftragten empfiehlt, sich in einem ersten Schritt an den Bedürfnissen des Patienten zu orientieren, für den zum Beispiel eine schnelle Arztbriefübermittlung, ein kurzfristiger Ambulanztermin und möglichst kurze Wartezeiten von besonderer Bedeutung sind. Krankenhausinfektionen (nosokomiale Infektionen), Mortalitäts- und Obduktionsraten können dem Patienten nur mit einer verständlichen Lesehilfe „zugemutet“ werden.

■ Der Qualitätsbericht als eine neue Form, auch mit dem Patienten in Kontakt zu treten, sollte Ansprechpartner nennen als ein Angebot für das persönliche Beratungsgespräch.

Die Arbeitsgruppe der Sächsischen Qualitätsbeauftragten ist sich der Problematik um die Erstellung des Qualitätsberichtes im Jahr 2005 bewusst. Zugleich wird jedoch bei aller Skepsis um die gesetzgeberische Vorgabe die Chance erkannt, Qualitätsdaten „nach außen zu kommunizieren“. Gelingt es, dies zielgruppenorientiert auszurichten, in Kenntnis der hohen Verantwortung für die Leistung der eigenen Mitarbeiter, könnte hieraus ein Instrument entstehen, dass ein selbstverständlicher Bestandteil eines Geschäfts- oder Jahresberichtes eines Unternehmens wird. Damit könnte auch der Aufwand „in Grenzen“ gehalten werden, zumal der gesetzgeberische Auftrag nicht „belohnt“ wird, sondern vielmehr als selbstverständliche Aufgabe aus

dem Budget des jeweiligen Krankenhauses zu finanzieren ist.

Nachtrag:

Inzwischen wurde die Vereinbarung über Inhalt und Struktur eines strukturierten Quali-

tätsberichtes auf Selbstverwaltungsebene konsentiert und ist unter [www.dkgev.de](http://www.dkgev.de) nachlesbar.

Das **nächste Treffen** der Sächsischen Qualitätsbeauftragten ist am Mittwoch, **10. März 2004** in der Sächsischen Landesärztekammer.

Ansprechpartnerin:

Dr. med. Maria Eberlein-Gonska  
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus  
Geschäftsbereich Qualitätsmanagement  
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden  
[Maria.Eberlein-Gonska@uniklinikum-dresden.de](mailto:Maria.Eberlein-Gonska@uniklinikum-dresden.de)

## Das GKV-Modernisierungsgesetz und die neuen Versorgungsstrukturen

I. Die Dezemberversammlung des Dresdner Medizinrechtsforum für Ärzte stand unter dem Thema „Rechtliche Auswirkungen der bevorstehenden Gesundheitsreform für die niedergelassenen Ärzte“. Am 25. 2. 2004 veranstaltet das Forum in Dresden eine Fortbildungsveranstaltung zum Thema „Die Tätigkeit des niedergelassenen Arztes an der Schnittstelle ambulanter und stationärer Versorgung“. Die Gesundheitsreform ist auch Gegenstand dieses Artikels.

Das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz-GMG) ist am 1. 1. 2004 in Kraft getreten. Das Gesetz verändert ein ganzes Paket von Vorschriften. Am deutlichsten werden die Novellierungen beim SGB V. Die folgenden Ausführungen konzentrieren sich auf die Erläuterung der im Gesetz genannten neuen Versorgungsstrukturen.

II. Im Kern geht es um folgende gesetzgeberische Weiterentwicklungen:

### a) **Künftig werden medizinische Versorgungszentren zugelassen:**

In den medizinischen Versorgungszentren können freiberuflich tätige und angestellte Ärzte tätig sein. Nach der Legaldefinition des § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V handelt es sich dabei um fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, als Angestellte oder als Vertragsärzte tätig sind. Das Angebot von Gesundheitsleistungen hat mithin interdisziplinären Charakter in einheitlicher Trägerschaft. Medizinische Versorgungszentren können sich aller zulässigen Organisationsformen bedienen. Neben Personengesellschaften und Partnerschaftsgesellschaften ist auch die GmbH oder Aktiengesellschaft als Trägerform mög-

lich. Den für die niedergelassenen Ärzte stattlichen Gesellschaftsformen wird künftig die Rechtsform der juristischen Person des privaten und des öffentlichen Rechts als Träger zur Seite gestellt. Neben die freiberufliche Form der Leistungserbringung tritt künftig die durch eine juristische Person als Träger, die – ähnlich wie bei Krankenhäusern – überwiegend mit angestellten Ärzten arbeiten wird (1).

Der Gesetzeswortlaut besagt, dass medizinische Versorgungszentren nur von Leistungserbringern, die an der medizinischen Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung teilnehmen, gegründet werden dürfen. Diese Gründungsvoraussetzungen müssen auch später beibehalten werden, ansonsten droht Zulassungsentzug. Die Leistungserbringer nehmen an der medizinischen Versorgung teil im Status der Zulassung (Vertragsärzte, Krankenhäuser, Heilmittelerbringer), im Status der Ermächtigung oder über Verträge (zum Beispiel häusliche Krankenpflege, Apotheken). Krankenkassen oder andere Sozialversicherungsträger können keine medizinischen Versorgungszentren errichten (2). Darüber hinaus sind pharmazeutische Hersteller und Großhändler keine zugelassenen Leistungserbringer. Insbesondere zugelassene Vertragsärzte (Ärzte-GmbH) sowie alle stationären Leistungserbringer sollen für die Trägerschaft eines medizinischen Versorgungszentrums prädestiniert sein, gegebenenfalls kombiniert mit einem Integrationsvertrag in Form einer Managementgesellschaft (3). Medizinische Versorgungszentren müssen unternehmerisch geführt werden. Die Vergütung der ärztlichen Leistungen, die durch angestellte Ärzte des Versorgungszentrums erbracht werden, erfolgt bis 2006 aus der Gesamtvergütung und ab 2006 auf der Grundlage der arztgruppen- bzw. arztbezogenen Regelleistungsvolumina.

Die medizinischen Versorgungszentren werden wie niedergelassene Vertragsärzte im Rahmen der vertragsärztlichen Bedarfsplanung zugelassen. Um angestellten Ärzten von medizinischen Versorgungszentren den Weg in die eigene Niederlassung nicht zu erschweren ist geregelt, dass sie auf Antrag nach fünfjähriger Tätigkeit im medizinischen Versorgungszentrum eine Zulassung als niedergelassener Arzt erhalten, und zwar unbeschadet dort bestehender Zulassungsbeschränkungen(4).

Zu beachten ist, dass in Sachsen eine ärztliche Praxis in der Rechtsform einer juristischen Person des Privatrechts nicht zulässig ist. (§ 16 Abs. 4 SächsHKaG – Sächsisches Heilberufekammergesetz). Man wird nicht abstreiten können, dass ein medizinisches Versorgungszentrum eine Sonderform der ärztlichen Praxis darstellt, so dass zumindest gegenwärtig die GmbH oder Aktiengesellschaft als Träger ausscheidet. Es ist durchaus problematisch, dass der Bundesgesetzgeber den Bundesländern vorschreibt, welche Organisationsstrukturen zu schaffen sind. Letztlich wird hier jedoch die Macht des Faktischen siegen, so dass ein Wegfall des GmbH-Verbotes in Sachsen absehbar sein dürfte. Darüber hinaus werden die Berufsordnungen der einzelnen Ärztekammern an die neue Gesetzeslage anzupassen sein. Es ist davon auszugehen, dass der Landesgesetzgeber und die Sächsische Landesärztekammer für diesen Fall Regelungen schaffen werden die sicherstellen, dass die Rechte der beteiligten Ärzte angemessen gewahrt werden, indem beispielsweise dafür gesorgt wird, dass solche Gesellschaften durch Ärzte geführt werden, Ärzte in ihrer ärztlichen Entscheidung keinen Weisungen von Nichtärzten unterliegen und Dritte nicht am Gewinn beteiligt werden. Darüber hinaus muss im Patienteninteresse als auch im Interesse der Ärzte abgesichert sein, dass für jeden in

---

einer Gesellschaft privaten Rechts tätigen Arzt eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung besteht.

**b) Die Krankenkassen werden verpflichtet, flächendeckend hausärztlich zentrierte Versorgungsformen anzubieten:**

Die Krankenkassen haben zur Sicherstellung der hausarztzentrierten Versorgung mit besonders qualifizierten Hausärzten Verträge abzuschließen. Die Verträge können sowohl mit niedergelassenen Vertragsärzten abgeschlossen werden als auch mit den unter a) vorgestellten medizinischen Versorgungszentren (§ 73 b SGB V). In den Gesamtverträgen ist das Nähere über den Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung zu regeln. Ausweislich der Gesetzesbegründung müssen die Krankenkassen nicht jeden Hausarzt unter Vertrag nehmen. Die Kassen haben nur mit so vielen Hausärzten diskriminierungsfrei einen Vertrag zu schließen, wie für an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmende Patienten notwendig ist. Es kommt also nicht jeder Hausarzt in Frage, sondern nur ein solcher, der durch Einzelvertrag mit einer Krankenkasse in das System der hausarztzentrierten Versorgung einbezogen ist. Die Hausärzte, mit denen Verträge abgeschlossen werden, müssen besondere Anforderungen an die Qualität der hausärztlichen Versorgung erfüllen. (§ 73 b Abs. 2 Satz 1 SGB V). Als Beispiele werden in der Gesetzesbegründung genannt: hausärztliche Behandlung auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien, Teilnahme an Qualitätszirkeln sowie Einführung eines zertifizierten praxisinternen Qualitätsmanagements. Die Verträge werden von den Krankenkassen öffentlich ausgeschrieben.

Für die Patienten ist die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung freiwillig. Sie können sich also freiwillig in schriftlicher Form gegenüber ihrer gesetzlichen Krankenkasse verpflichten, ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung des von ihnen gewählten und an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Der Patient ist an diese Verpflichtung für mindestens ein Jahr gebunden. Ein Hausarztwechsel während der Bindungsfrist ist nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes möglich. Das Nähere zur Teilnahme der Patienten an der hausarztzentrierten Versorgung regeln die Krankenkassen in

ihren Satzungen. Die Kassen können künftig in ihren Satzungen Boni für Patienten gewähren, die an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen, die in Form von ermäßigten Zahlungen, aber auch in Form von Beitragsermäßigungen gewährt werden können. In den Gesamtverträgen sind Regelungen zu treffen, wie die hausarztzentrierte Versorgung zu vergüten ist sowie ob und wie diese Vergütung auf die in den Gesamtverträgen nach § 85 oder 85 a vereinbarten Vergütungen anzurechnen ist.

**c) Krankenkassen können auf der Grundlage von Gesamtverträgen auch mit einzelnen Vertragsärzten Versorgungsverträge abschließen:**

Voraussetzung hierfür ist, dass die Durchführung derartiger Verträge besondere qualitative oder organisatorische Anforderungen an die Vertragsärzte stellt. Vergütungen für diese Versorgungsformen können auch zusätzlich zur Gesamtvergütung gezahlt werden. Darüber befinden die Partner in den Gesamtverträgen. Durch die Neuregelung des § 73 c SGB V wurde das Kollektivvertragssystem mit besonders für die fachärztliche Versorgung bedeutsamen neuen vertraglichen Elementen weiterentwickelt. Nunmehr können Krankenkassen mit einzelnen (Fach-) Ärzten und mit medizinischen Versorgungszentren im Rahmen kollektivvertraglicher Regelungen besondere Versorgungsaufträge vereinbaren. Dies gilt zum Beispiel für die Versorgung von Dialysepatienten oder Patienten mit Diabetes Typ II (5).

**d) Die integrierte Versorgung wird weiterentwickelt:**

Hier versuchte der Gesetzgeber, juristische und ökonomische Hemmnisse zu beseitigen. Um weitere Anreize zur Vereinbarung integrierter Versorgungsverträge zu geben, stehen zwischen 2004 und 2006 bis zu 1 % der jeweiligen Gesamtvergütung sowie der Krankenhausvergütungen in den KV-Bezirken zur Anschubfinanzierung zur Verfügung. Apotheken können ebenfalls in die integrierte Versorgung einbezogen werden (6). Krankenkassen können Verträge zur integrierten Versorgung auch mit den Trägern von medizinischen Versorgungszentren abschließen. Die Krankenkassen können künftig sogar Verträge mit Trägern schließen, die nicht selbst Versorger sind, sondern eine Versorgung durch dazu be-

rechtigte Leistungserbringer anbieten, sogenannte Managementgesellschaften.

Als Vertragspartner der Krankenkassen kommen neben oben genannten medizinischen Versorgungszentren auch die Träger zugelassener Krankenhäuser (soweit sie zur Versorgung der Patienten berechtigt sind), Träger von stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (soweit mit ihnen ein Versorgungsvertrag besteht) sowie Trägern von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen in Frage. Hinzu kommen natürlich auch die einzelnen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzte und Zahnärzte oder deren Gemeinschaften. (§ 140 b SGB V).

Für die Schaffung von Einrichtungen der integrativen Versorgung stehen wiederum sämtliche Rechts- und Gesellschaftsformen zur Verfügung, insbesondere Personengesellschaften und die juristischen Personen des Privatrechts (zum Beispiel GmbH) einschließlich Vereine (7).

Der Grundgedanke der integrierten Versorgung besteht darin, sektorenübergreifende und/oder interdisziplinäre (fachübergreifende) Versorgungsangebote zu vereinbaren. Interdisziplinäre/fachübergreifende Versorgung ist die verschiedene vertragsärztliche Fachrichtungen zusammenfassende Tätigkeit. Sektorenübergreifend ist insbesondere eine Versorgung, in der verschiedene Leistungssektoren (zum Beispiel ambulant und stationär) zu einem Versorgungsangebot zusammengefasst werden (8). Um die Chancen der Umsetzung der integrierten Versorgung zu erhöhen wurden die Vorschriften über die auf Bundesebene vorgesehene Rahmenvereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aufgehoben. Darüber hinaus sind die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztlichen Vereinigungen an der integrierten Versorgung nicht mehr beteiligt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind mithin auch nicht mehr potentielle Vertragspartner einer integrierten Versorgung.

In der Gesetzesbegründung wird unter Bezugnahme auf § 140 b SGB V ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der Grundsatz der Beitragsstabilität bis zum 31. 12. 2006 durchbrochen wird. Dies geschieht mit Rücksicht auf das unternehmerische Risiko, das die Vertragspartner der Krankenkassen eingehen. Darüber hinaus wird in der Gesetzesbegründung darauf aufmerksam gemacht, dass für die Durchführung der integrierten Versorgung

davon abgesehen wurde, die Leistungserbringung an den Zulassungs-, Ermächtigungs- oder sonstigen Berechtigungstatus der beteiligten Leistungserbringer zu binden (9).

Hier ist jedoch folgendes zu beachten: Speziell bei Krankenhäusern war die bisherige Regelung so, dass diese Leistungen nur im Rahmen ihres bisherigen Zulassungsstatus erbringen konnten. Ambulante Leistungen konnten grundsätzlich nicht erbracht werden, da die Krankenhäuser auf den Status ihrer stationären Zulassung begrenzt waren. Der Gesetzgeber hat für die integrierte Versorgung basierend auf der ab 1. 1. 2004 geltenden Rechtslage keine uneingeschränkte Öffnung der Krankenhäuser im Rahmen von Integrationsverträgen zugelassen. Die Öffnung im Zuge der Integrationsversorgung sieht so aus, dass ein Krankenhaus dann im Rahmen eines Integrationsvertrages über seinen Zulassungsstatus hinaus ambulante Leistungen erbringen darf, wenn Teilnehmer der Integrationsvereinbarung auch zur ambulanten Versorgung zugelassene Vertragsärzte sind, mit denen die Öffnung für die ambulante Versorgung vereinbart wird (10).

**e) Für bestimmte Indikationen und hochspezialisierte Leistungen und schwerwiegende Erkrankungen erfolgt eine Teilöffnung der Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung:**

Die hier maßgebliche Bestimmung ist § 116 b SGB V, wobei die wichtigste Neuerung im Abs. 2 geregelt wurde. Danach können die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen oder die Verbände der Ersatzkassen mit zugelassenen Krankenhäusern Verträge über die ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen sowie zur Behandlung seltener Erkrankungen und von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen schließen. Die oben genannten hochspezialisierten Leistungen (CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen sowie Brachytherapie) sowie die seltenen Erkrankungen und Krankheiten mit besonderen Krankheitsverläufen (zum Beispiel Diagnostik und Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen, Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Multipler Sklerose) wurden im Gesetz abschließend festgelegt. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat den Katalog bis 31. 3. 2004 zu ergänzen.

Die Vergütung wird unmittelbar zwischen der Krankenkasse oder dem Verband der Kasse und dem Krankenhaus vertraglich vereinbart. Die Vergütung erfolgt nicht auf der Grundlage von DRGs; sie muss der Vergütung einer vergleichbaren vertragsärztlichen Leistung entsprechen.

#### f) Eine Teilöffnung zur ambulanten Versorgung kann bei Unterversorgung in dem entsprechenden Fachgebiet erfolgen:

Sofern durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für ein bestimmtes ärztlichen Fachgebiet im Planungsbereich Unterversorgung festgestellt wird, kann der Zulassungsausschuss zugelassene Krankenhäuser für das entsprechende Fachgebiet auf dessen Antrag hin zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, soweit und solange dies zur Deckung der Unterversorgung erforderlich ist. (§ 116 a SGB V).

In der Gesetzesbegründung wird darauf verwiesen, dass ein Anspruch auf Ermächtigung nicht eingeräumt würde. Es sei beispielsweise möglich, dass mehrere Krankenhäuser einen Ermächtigungsantrag stellen würden oder dass die persönliche Ermächtigung eines Krankenhausarztes zur Behebung der Unterversorgung ausreichend sei.

Die Vergütung des Krankenhauses als ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung richtet sich nach § 120 Abs. 1 SGB V, also den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen und erfolgt aus der Gesamtvergütung.

Literatur bei den Verfassern

Dr. med. Michael Kirsch und  
RA Dr. Jürgen Trilsch  
Dresdner Medizinrechtsforum für Ärzte,  
Erna-Berger-Str. 3  
01097 Dresden

## Das Dresdner Medizinrechtsforum für Ärzte stellt sich vor

Das Dresdner Medizinrechtsforum für Ärzte wurde im Januar 2003 von Dr. med. Michael Kirsch, niedergelassener Facharzt für Neurologie und Psychiatrie und RA Dr. Jürgen Trilsch, niedergelassener Rechtsanwalt mit dem Tätigkeitsschwerpunkt Medizinrecht, gegründet.

Etwa einmal im Monat werden medizinrechtliche Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt, und zwar jeweils mittwochs ab 19.00 Uhr im Konferenzraum des Hotel Martha-Hospiz, Nieritzstraße 11, 01097 Dresden. Die Veranstaltungen sind insbesondere auf die Interessen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ausgerichtet und generell gebührenfrei. Die maximale Teilnehmerzahl beträgt 25 Personen, so dass nach einem Vortragsteil genügend Raum für Fragen und Diskussionen zur Verfügung steht. Die Besonderheit der Fortbildungsver-

anstaltungen besteht ferner darin, dass die zu besprechenden medizinrechtlichen Themen nicht nur aus der Sicht des Juristen, sondern auch aus dem Blickwinkel des Arztes dargestellt werden. Die Themen werden praxisnah erläutert, mit Fallbeispielen untersetzt und anhand von aktuellen Gerichtsentscheidungen vorgestellt.

Die einzelnen Veranstaltungen sind im Fortbildungsteil des „Ärztblatt Sachsen“ veröffentlicht. Die Veranstalter beantragen für jede Fortbildung die Anerkennung für das Sächsische Fortbildungszertifikat.

Wir würden uns freuen, Ihr Interesse geweckt zu haben und Sie in einer der nächsten Veranstaltungen begrüßen zu dürfen.

Dr. med. Michael Kirsch,  
RA Dr. Jürgen Trilsch

#### Ärztblatt 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 0351 8267-0  
Telefax 0351 8267-412  
Internet: <http://www.slaek.de>  
E-Mail: [presse@slaek.de](mailto:presse@slaek.de)

#### Redaktionskollegium:

Prof. Dr. Jan Schulze  
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  
Dr. jur. Verena Diefenbach  
Knut Köhler M.A.

#### Redaktionsassistent: Ingrid Hüfner

#### Anschrift der Redaktion

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden  
Telefon 0351 8267-351  
Telefax 0351 8267-352

#### Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb

Leipziger Verlagsanstalt GmbH  
Käthe-Kollwitz-Straße 60, 04109 Leipzig  
Telefon: 0341 710039-94  
Telefax: 0341 710039-99  
Internet: [www.leipziger-verlagsanstalt.de](http://www.leipziger-verlagsanstalt.de)  
E-Mail: [info@leipziger-verlagsanstalt.de](mailto:info@leipziger-verlagsanstalt.de)

Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe  
Anzeigenleitung: Kristin Böttger  
Anzeigendisposition: Silke El Gendy  
*Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste Nr. 7 vom 1.1.2004 gültig.*  
Druck: Druckhaus Dresden GmbH,  
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Titelgestaltung: Hans Wiesenhütter, Dresden

Zuschriften redaktioneller Art bitten wir, nur an die Redaktion, Postanschrift: Postfach 10 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 89,00 € incl. Versandkosten  
Einzelheft: 8,40 € zzgl. Versandkosten 2,00 €

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

Die Leipziger Verlagsanstalt ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Lesermanalyse Medizinischer Zeitschriften e.V.

ISSN: 0938-8478

## Grenzüberschreitende medizinische Fortbildung

### Dreiländertagung der erweiterten Euroregion Neiße – eine fast 10jährige Tradition grenzüberschreitender medizinischer Fortbildung zwischen Polen, Tschechien und Deutschland

Im Mai 2004 werden unter anderen Polen und Tschechien Mitglieder der Europäischen Union. Zur gleichen Zeit wird in Görlitz die 10. Dreiländertagung, eine grenzüberschreitende medizinische Fortbildung, zum Thema „Moderne Aspekte von Herz- und Nierenerkrankungen“ stattfinden.

Es handelt sich dabei um eine Veranstaltungsreihe, die auf Internisten/Nephrologen von Polen, Tschechien und Deutschland zurückgeht und jedes Jahr in einem der Länder stattfindet. Austragungsorte sind überwiegend Breslau, Liberec und Görlitz.

Eigens dazu wurde in Görlitz die Gesellschaft „Medizinkongresse Euroregion Neiße e. V.“, seinerzeit unter dem Vorsitz von Herrn Dr. Klaus Zenker (siehe Personalien, Seite 64) gemeinsam mit Dr. Bernhard Wachartz gegründet, einer Gesellschaft zur Aktivierung der medizinischen Kongresse in der Euroregion, der ich zurzeit als Vorsitzender vorstehe. Von polnischer Seite sind unter anderem Prof. Dr. Kokot aus Katowice, Prof. Dr. Klinger aus Wrocław und von tschechischer Seite Chefarzt Dr. Nedvidek aus Liberec zu nennen, die von Anfang an Motor dieser grenzüberschreitenden Kongressstätigkeit waren und es bis heute geblieben sind.

Das Anliegen war und ist es, den aktuellen Wissensstand grenzüberschreitend auszutauschen und dabei die Gemeinsamkeiten in der Medizin hervorzuheben, um so sich näher zu kommen und gleichzeitig die Grenzen nach und nach zu überschreiten. Internationale medizinische Fortbildungskongresse dieser Art mit einer so hohen Frequenz der jährlichen Austragung sind nicht alltäglich, denn dabei gilt es, ständig vorgegebene Barrieren zu überwinden und dies besonders bei der Organisation derartiger Tagungen.

Vor 10 Jahren hat natürlich noch keiner daran gedacht, dass die Grenzen durch den EU-Beitritt 2004 nunmehr verschwinden werden.

Es war von vornherein in den ersten Jahren ein alleiniges ärztliches Anliegen, auf der Basis des wissenschaftlichen Gedankenaustausches persönliche Kontakte zu entwickeln und zu pflegen, so dass das menschliche Miteinander, das heißt das Soziale, einer der wichtigsten Beweggründe war und geblieben ist.

Vor vier Jahren entwickelte sich dazu zunächst unabhängig davon das grenzüberschreitende Pflegesymposium dieser drei Länder in der Euroregion mit einer überraschend hohen Beteiligung der Krankenschwestern aus den anliegenden Krankenhäusern. Inzwischen wurden die Krankenschwestern auch Mitglied der Gesellschaft Medizinische Kongresse Euroregion Neiße e. V., so dass es nur eine logische Folgerung war, deren Kongressstätigkeit zusammenzulegen und daraus eine Veranstaltung mit Paralleltagungen zu gestalten. So trafen sich im April 2003 in Liberec nicht nur 100 Ärzte, sondern auch bis zu 400 Krankenschwestern zu einer Dreiländertagung mit sehr hohem nationalen und internationalen fachlichen Niveau. Dies ist bisher in der Medizin einmalig und muss besonders hervorgehoben werden.

Während sich im Bereich der Krankenpflege die Tagung vorwiegend mit der Qualitätssicherung auf der Basis von Pflegestandards beschäftigten, werden auf der ärztlichen Tagung die aktuellen Aspekte der modernen, internationalen Diagnostik und Therapie von Herz- und Nierenkrankheiten aus verschiedenen wissenschaftlichen Bereichen vorgetragen und ausführlich diskutiert. Mehr und mehr erhält diese Dreiländertagung durch das Hinzutreten anderer Fachgebiete auch einen interdisziplinären Charakter, so zum Teil durch das Hinzukommen von wissenschaftlichen Beiträgen aus der Pathologie und der Epidemiologie.

Natürlich gibt es Barrieren, doch sind es wider Erwarten nicht vordergründig die Sprachbarrieren, da inzwischen die Ärzte sich auf Englisch als Kongresssprache geeinigt haben, während noch die Krankenschwestern in der Paralleltagung die zahlreichen Vorträge simultan übersetzen.

Das größte Problem bleibt die Finanzierung dieser jährlichen Dreiländertagung, da über-

wiegend die Tagung sich selbst finanziert durch Beiträge der Teilnehmer und insbesondere durch Standgebühren der ausstellenden Pharmaindustrie. Nur selten und zu geringem Anteil fließen Fördergelder aus der EU ein. Hier wäre eine verstärkte Unterstützung durch die EU wünschenswert, denn nicht selten ist die Finanzierung dieser jährlichen Dreiländertagung noch wenige Wochen vor Beginn nicht vollends gesichert. Dennoch, was bleibt ist nicht nur der Wissensaustausch, sondern die zunehmende internationale Kollegialität und Entwicklung von Freundschaften untereinander, was in der Tat eine Art Zusammenwachsens im Zentrum von Europa darstellt. Letzteres ist auch der Stimulus, dass trotz organisatorischer Schwierigkeiten und der sehr umfangreichen Arbeit in der Vorbereitung dieser Tagungen an der Tradition festgehalten wird und zahlreiche Referenten schon seit Jahren sehr gern der Einladung zur Dreiländertagung folgen.

Bedingt durch den jährlichen Rhythmus der Kongresse ergeben sich natürlich mehrmalige internationale Sitzungen und Begegnungen auf der Vorstandsebene der wissenschaftlichen und organisatorischen Komitees, so dass damit die Kontakte sehr eng und auch persönlich geworden sind. Das bedeutet gleichzeitig, dass auch der Gedanken- und Meinungsaustausch über die bloße Vorbereitung von Kongressen hinausgeht. Inzwischen unterstützt natürlich der Medizinkongresse Euroregion Neiße e. V. auch andere medizinische Veranstaltungen verschiedenster Fachdisziplinen außerhalb der offiziellen Dreiländertagung. Einmalig ist zweifelsohne national wie auch international die Gemeinsamkeit von grenzüberschreitender Pflege-Fortbildung mit grenzüberschreitender ärztlicher Fortbildung, so dass von der Beteiligung her inzwischen daraus mittelgroße bis große Kongresse geworden sind. Kaum ist der eine Kongress zu Ende gegangen, so freuen sich schon viele Teilnehmer auf den nächsten Kongress am 23. und 24. April 2004, zu dem ich auch Sie herzlich nach Görlitz einlade.

Dozent Dr. med. habil. Roland Goertchen,  
Görlitz

## Einrichtung der Ärztlichen Stelle nach Strahlenschutzverordnung zum 1. 1. 2004

Entsprechend der Festlegungen des § 83 der Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) vom 20. 7. 2001 sind alle Bundesländer zur Errichtung Ärztlicher Stellen als Instrumente der Qualitätssicherung verpflichtet.

Im Freistaat Sachsen wurde durch das Sächsische Ministerium für Umwelt und Landwirtschaft die Sächsische Landesärztekammer mit der Wahrnehmung dieser Aufgaben und mit der Schaffung entsprechender Strukturen beauftragt.

Gegenwärtig werden die Strahlenschutzverantwortlichen von strahlentherapeutischen und nuklearmedizinischen Einrichtungen in Sachsen durch Anschreiben aufgefordert, zur Schaffung der Arbeitsvoraussetzungen eine Zusammenstellung relevanter Stammdaten der Ärztlichen Stelle mitzuteilen.

Für die Durchführung der Qualitätskontrollen ist ein Themenkatalog in Vorbereitung, so dass für alle Einrichtungen vorab umfassende Informationen zum Ablauf des Verfahrens zur Verfügung stehen werden.

Ansprechpartner für fachliche Fragen  
Nuklearmedizin:  
Frau Dr. med. habil. A. Wünsche (Leipzig)  
Tel. dienstl. 0341-213 8210

Ansprechpartner für fachliche Fragen  
Strahlentherapie:  
Herr Prof. Dr.med. habil F. Kamprad (Leipzig)  
Tel. dienstl. 0341-971 8400

Dr. med. Peter Wicke  
Sächsische Landesärztekammer  
Ärztliche Stelle RöV/StrlSchV

## Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden

Verbunden mit den besten Wünschen zum Neuen Jahr möchte Sie der Seniorenausschuss der Kreisärztekammer Dresden zur ersten Veranstaltung in diesem Jahr einladen. Nach unserem letzten auswärtigen Termin treffen wir uns am **Mittwoch, dem 3. März 2004, 15.00 Uhr** im Plenarsaal der Landesärztekammer, Schützenhöhe.

Der Vortrag führt in die Welt der Musik und der Geschichte. Prof. Dr. Ingo Zimmermann, Präsident der Sächsischen Akademie der Künste, spricht zum Thema

**„Die Wirklichkeit des Reichs der Töne. Geschichtliche Wirkungen der Musik in Sachsen“**

Wir freuen uns über Ihre rege Teilnahme. Im Anschluss besteht wieder die Möglichkeit zum gemeinsamen Kaffee. Gleichzeitig dient das Treffen zur Registrierung der diesjährigen gemeinsamen Ausfahrt. Ziel ist die Botanische Sammlung im Landschloss Pirna-Zuschendorf. Die Kamelienblüte im Frühjahr soll zum gemeinsamen Erlebnis werden. In Abhängigkeit der diesjährigen Blüte wird der genaue Termin der Ausfahrt noch festgelegt und Ihnen am 3. März bekannt gegeben.

Sie sind mit Ihrem Partner herzlich eingeladen.

Ihr Seniorenausschuss der  
Kreisärztekammer Dresden

## Konzerte und Ausstellungen

### Konzerte

Sonntag, 1. März 2004,  
11.00 Uhr

### Junge Matinee

Es musizieren Schülerinnen und Schüler des Carl-Maria-von-Weber-Gymnasiums der Sächsischen Spezialschule für Musik Dresden

### Ausstellungen

#### Foyer der Sächsischen Landesärztekammer

**Horst Weber (1932 – 1999)**  
**Malerei – Zeichnungen**  
**Gedenkausstellung**  
bis 14. März 2004

#### 3. und 4. Obergeschoss der Sächsischen Landesärztekammer

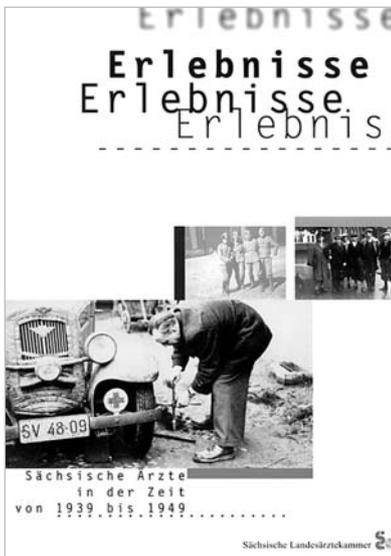
**Prof. em. Dr. med. habil.**  
**Herbert Edel**  
**zum 90. Geburtstag**  
**des Arztes und Malers**  
bis 14. März 2004

**Midissage:**  
Donnerstag, 19. Februar 2004, 19.30 Uhr

**Werner Juza**  
**Linie und Farbe**  
16. März 2004 bis 11. Mai 2004

**Vernissage:**  
Donnerstag, 18. März 2004, 19.30 Uhr  
Eröffnung: Dr. phil. Ingrid Koch,  
Kulturjournalistin, Dresden

## Erlebnisse – Sächsische Ärzte in der Zeit von 1939 bis 1949



Herausgegeben von der  
Sächsischen Landesärztekammer,  
1. Auflage 2003, 195 Seiten, 15 x 21 cm,  
fester Einband, Schutzgebühr 8,00 EUR

Es gibt zwei Gründe, weshalb wir für die Veröffentlichung des vorliegenden Buches dankbar sind. 23 Zeitzeugen haben die Kraft und oft auch den Mut aufgebracht, die Zeiten ihres Medizinstudiums und der ersten ärztlichen Tätigkeit vor 50 bis 60 Jahren ungeschminkt zu beschreiben. Die Initiative dazu ging von Kollegen des vorbildlich aktiven Seniorenausschusses der Sächsischen Landesärztekammer aus. Den Herausgebern muss für die edi-

torische Arbeit und Mühe nachhaltig gedankt werden.

Der zweite Punkt ist die Wahl des richtigen Zeitpunktes. Das Buch kommt in eine Phase, in der erstmalig Vertreibung, Flucht, Elend und Belastung des Kriegsendes und der ersten Nachkriegsphase in den Medien in aller Deutlichkeit artikuliert werden. Das Buch liest sich deshalb so spannend, weil jeder Autor seine persönlichen Erlebnisse in großer Authentizität beschreibt. Damit sind es jeweils subjektive Schilderungen der Erlebnisse, die jedoch die Atmosphäre dieser Jahre zu einem anschaulichen Bild werden lassen. Wir hören von positiven Erfahrungen und von schmerzlicher Hilflosigkeit. Es gibt keine polemischen Anklagen und Schuldzuweisungen. Die Erfahrung des Abzuges der Amerikaner in Leipzig, Torgau, Wurzen, Zwickau und Westsachsen wird rückwirkend nicht politisierend gewertet. Es war Frieden und dafür waren die Menschen dankbar. Die Verfasser sind 75 Jahre und älter. Sie haben in Jahrzehnten ihres Arztseins erfahren, dass Toleranz und Verständnis die Basis für ein menschliches Miteinander sind. Der Leser erfährt Einzelheiten zur Verkürzung des Studiums in Trimester, von Studentenkompanien, die ausschließlich in Uniform ihre Vorlesungen hörten, vom Wechsel zwischen Hörsaal, Front und Hörsaal. Schilderungen berühmter Professoren sind eine zusätzliche Information. Eine Bautzner Kinderärztin erinnert sich an einen „Professor, der in Graz in Uniform dozierte“. Ein Hinweis, der medizinisch aufgeklärt werden müsste, ist der Bericht, dass die Studenten 1942/43 in der

Anatomie in Leipzig an Leichen präparierten, die in Dresden enthauptet worden seien. Kriegsende, Tod und Zerstörung, Bedingungen des Wiederaufbaus spiegeln sich weiterhin in den Biographien. Typhus, Geschlechtskrankheiten, Tuberkulose prägten den Einsatz der jungen Ärzte direkt nach ihrem Studienabschluss. Stationäre Behandlung von Syphilis und Gonorrhoe, Razzien in den Ballsälen von Etablissements, Liegekuren und Pneumothorax bei der Tuberkulose – die Einzelheiten nehmen kein Ende. Die Berichte sind von einer solchen Anschaulichkeit, dass sich dem Leser viele Szenen einprägen.

Das Buch ist das „Hohe Lied“ des ärztlichen Ethos, der totalen Einsatzbereitschaft und einem vorbildlichen Miteinander der Ärzte in der frühen Nachkriegszeit. „Es sind die harten Zeiten, die den inneren Menschen formen“ urteilte der vor 200 Jahren geborene Maler Ludwig Richter.

Die „Erinnerungen sächsischer Ärzte“ sollten eine weite Verbreitung finden. Für die ältere Generation ist das Buch Bestätigung ihres Lebensweges, den Jüngeren könnte bewusst werden, dass sie ein Glied in der Kette ärztlichen Wirkens sind.

Prof. Dr. Albrecht Scholz, Dresden

Das Buch ist nicht im Buchhandel erhältlich. Es kann gegen eine Schutzgebühr von 8,00 EUR unter Tel.: 0351 8267-351 oder per E-Mail: [presse@slaek.de](mailto:presse@slaek.de) bestellt werden.

## Internetecke

Projekt CrescNet – Forschungsbereich  
Auxologie  
Universitätsklinik für Kinder und  
Jugendliche Leipzig

[www.crescnet.de](http://www.crescnet.de)

CrescNet ist ein Kompetenznetzwerk in der Kinder- und Jugendmedizin. Es wurde von Prof. Dr. Eberhard Keller 1998 initiiert. In einem trialen System arbeiten niedergelassene Ärzte für Kinder- und Jugend-

medizin, eine zentrale Datenbank und Zentren für pädiatrische Endokrinologie eng zusammen.

Mit CrescNet ist es möglich, Störungen des Wachstums und der Gewichtsentwicklung frühzeitig zu erkennen.

Grundlage ist der freiwillige Zusammenschluss von Kinder- und Jugendarztpraxen. Die in diesen Praxen im wesentlichen anlässlich von Vorsorgeuntersuchungen oder

Impfterminen durchgeführten Messungen der Körpergröße und des Körpergewichtes werden anonymisiert an eine zentrale Datenbank weitergeleitet und fortlaufend im Sinne eines Screenings ausgewertet. Erkrankungen, die mit einer gestörten Wachstums- und Gewichtsentwicklung im Kindesalter einhergehen, werden durch eine Datenanalyse im CrescNet früher erkannt, so dass diagnostische, therapeutische und präventive Maßnahmen zu einem optimalen Zeitpunkt eingeleitet werden können.



## 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 der **Planungsbereiche** 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. Bitte geben Sie bei der Bewerbung die betreffende Registrier-Nummer (Reg.-Nr.) an.

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

### ■ Bezirksstelle Chemnitz

#### Zwickauer Land

Facharzt für Innere Medizin\*)  
(Hausärztlicher Versorgungsbereich)  
Reg.-Nr. 04/C003

#### Aue-Schwarzenberg

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
(Teil einer Gemeinschaftspraxis)  
Reg.-Nr. 04/C004

#### Mittweida

Facharzt für Frauenheilkunde und  
Geburtshilfe  
Reg.-Nr. 04/C005

#### Zwickau-Stadt

Facharzt für Orthopädie  
Reg.-Nr. 04/C006

#### Chemnitz-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 04/C007  
2 Fachärzte für Augenheilkunde  
(in Gemeinschaftspraxis)  
Reg.-Nr. 04/C008  
Reg.-Nr. 04/C009

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 9. 3. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789406 oder 2789403 zu richten.

### Freiberg

Facharzt für Frauenheilkunde und  
Geburtshilfe  
Reg.-Nr. 04/C010

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 24. 2. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789406 oder 2789403 zu richten.

### ■ Bezirksstelle Dresden

#### Dresden-Stadt

Facharzt für Chirurgie  
Reg.-Nr. 04/D005

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 26. 2. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 8828330 zu richten.

#### Dresden-Stadt

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde  
Reg.-Nr. 04/D006  
Facharzt für Frauenheilkunde und  
Geburtshilfe  
Reg.-Nr. 04/D007

#### Bautzen

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 04/D008

#### Weißeritzkreis

Facharzt für Frauenheilkunde und  
Geburtshilfe  
Reg.-Nr. 04/D009

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10. 3. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 8828330 zu richten.

### ■ Bezirksstelle Leipzig

#### Leipzig-Stadt

Facharzt für Chirurgie  
Reg.-Nr. 04/L003

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 24. 2. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Telefon-Nr. 0341 2432153 zu richten.

#### Leipzig-Stadt

Facharzt für Frauenheilkunde und  
Geburtshilfe  
Reg.-Nr. 04/L004

### Delitzsch

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
Reg.-Nr. 04/L005  
**Torgau-Oschatz**  
Facharzt für Kinder- und  
Jugendmedizin  
Reg.-Nr. 04/L006

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 9. 3. 2004 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Telefon-Nr. 0341 2432153 zu richten.

## Abgabe von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden für Gebiete, für die keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, folgende Vertragsarztsitze in den **Planungsbereichen** zur Übernahme veröffentlicht.

### ■ Bezirksstelle Chemnitz

#### Aue-Schwarzenberg

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
(Teil einer Gemeinschaftspraxis)  
geplante Praxisabgabe: 1. 10. 2004  
Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe:  
II. Quartal 2004

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Chemnitz, Postfach 1164, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789406 oder 2789403

### ■ Bezirksstelle Leipzig

#### Muldentalkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe: Juli 2004  
**Torgau-Oschatz**  
Facharzt für Allgemeinmedizin\*)  
geplante Praxisabgabe: Juli 2004

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. 0341 2432153.

O. Rilke

# Alkoholbezogene Störungen in Sachsen Epidemiologie und Möglichkeiten früher Interventionen

## Zusammenfassung

Aktuelle epidemiologische Daten zur Häufigkeit von alkoholbezogenen Störungen sowie deren Folgekosten für die Gesellschaft verdeutlichen die Notwendigkeit effizienter Maßnahmen zur Konsumreduktion. Vorgestellt werden anhand spezifisch sächsischer Daten aus dem Bereich der Suchtkrankenversorgung Konzepte zur Frühintervention, welche auf Grundlage einer engen Zusammenarbeit der Versorgungsbereiche zur Reduktion alkoholbezogene Störungen bei-

tragen können. Beschrieben werden die spezifisch sächsischen Strukturen der Suchtkrankenhilfe, deren Kontaktadressen in ausgewiesenen und regelmäßig aktualisierten online-Dokumenten dem interessierten Leser zur Verfügung stehen.

## Schlüsselwörter

Alkohol, Epidemiologie, Versorgung, Suchtkrankenhilfe

## Häufigkeit und Schäden alkoholbezogener Störungen

Nach aktuellen epidemiologischen Untersuchungen leben in Deutschland rund 4,3 Millionen Menschen mit behandlungsbedürftigen Alkoholproblemen. Zusätzlich wird eingeschätzt, dass weitere 5 Millionen Menschen riskant Alkohol konsumieren und somit suchgefährdet sind. Neben den Betrachtungen zur Häufigkeit von alkoholbezogenen Störungen verdeutlichen Erhebungen zur Mortalität sowie volkswirtschaftlichen Auswirkungen die gesamtgesellschaftliche Dimension und Verantwortung. In Tabelle 1 wurden einige Fakten zu den Auswirkungen zusammengefasst und gesondert in einer eigenen Hochrechnung auf sächsische Verhältnisse bezogen.

Im Freistaat Sachsen muss demnach von einem alkoholbedingten Beratungs- und Behandlungsbedarf von insgesamt einer halben Million Menschen (das heißt 480.000 Menschen) ausgegangen werden, die jedoch entsprechend des Ausmaßes der alkoholbedingten Störung (riskanter Konsum, Alkoholmissbrauch, Alkoholabhängigkeit) differenzierte Interventionsstrategien erfordern. So geht es darum, bereits im frühen Stadium eine Alkoholabhängigkeit zu diagnostizieren und in Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe im Behandlungsverbund (qualifizierte Entzugsbehandlung, ambulante und stationäre Rehabilitationsbehandlung, Si-

cherung der Therapieerfolge durch eine langfristige Nachsorge, zum Beispiel Selbsthilfegruppe oder Maßnahmen zur sozialen und beruflichen Reintegration) zu behandeln. Katamnestiche Untersuchungen belegen mit Abstinenzraten von 60 bis 68 % zum Zeitpunkt der Nachuntersuchungen von einem Jahr eine generelle Wirksamkeit und den Erfolg von Rehabilitationsbehandlungen (Mann 2002). Andere Interventionsstrategien stehen bei Personen mit schädlichem (missbräuchlichem) Alkoholkonsum oder riskantem Konsummuster im Vordergrund. Primäres Therapieziel der sogenannten Kurzinterventionen ist eine Reduktion der Trinkmenge und der verantwortungsvolle Umgang mit Alkohol. Mit Techniken der motivierenden Gesprächsführung lernen die Betroffenen zwischen harmlosen und kritischen Trinksituationen zu unterscheiden und werden zum Alkoholverzicht in kritischen Trinksituationen (Punktabstinenz) motiviert.

Entscheidend für eine langfristige Senkung von alkoholbedingten Schäden ist ein funktionierendes Behandlungsnetz mit den bereits angedeuteten differenzierten Angeboten und Leistungen. Im Folgenden soll das sächsische Behandlungsnetz näher charakterisiert und Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgungslandschaft diskutiert werden. Gleichzeitig soll mit dem Verweis auf online-verfügbare

Adressverzeichnisse vernetzende Arbeit im Interesse einer effizienten Suchtkrankenhilfe geleistet werden.

## Sächsische Suchtkrankenhilfe – Strukturen und Leistungen

Sachsen verfügt über differenzierte Angebote im Bereich der Suchtkrankenhilfe, die spezifische Aufgaben in der Versorgung übernehmen und innerhalb von regionalen Verbänden kooperativ zusammenarbeiten. Zu diesen Angeboten zählen:

- sachsenweit 47 Suchtberatungs- und -behandlungsstellen mit insgesamt 23 Außenstellen für die gemeindenahere Versorgung,
- eine Kapazität von ca. 500 Betten in den psychiatrischen Einrichtungen des Freistaates Sachsen für psychiatrische Behandlung nach Psych-PV S1 - S4,
- sachsenweit 5 Suchtfachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige mit insgesamt 422 Plätzen und 20 Plätzen für eine Adaption,
- sachsenweit 2 Einrichtungen zur Drogenentwöhnungsbehandlung mit insgesamt 56 Plätzen sowie zusätzlichen Adaptionsangeboten,
- sachsenweit 8 Sozialtherapeutische Einrichtungen für chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke mit insgesamt 302 Plätzen sowie 35 Plätzen in Außenwohngruppen,
- mehr als 360 Sucht-Selbsthilfegruppen, die sich teilweise in Landesverbänden zusammengeschlossen haben,
- verschiedene Wohnangebote als Übergangswohnen, als Clean-WG oder als Not-schlafstelle für Suchtkranke.

Im Überblick sind diese Elemente eines leistungsfähigen Suchthilfverbundes in Abbildung 1 (s. S. 53) dargestellt. Zusätzliche Informationen, das heißt vor allem Adressverzeichnisse der vorhandene Angebote in den Regionen Sachsens, sind über die angegebenen Internet-Adressen online verfügbar. Diese werden von der Sächsischen Landesstelle gegen die

Tab.1: Prävalenz, Mortalität und volkswirtschaftliche Auswirkungen in Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit (Datenquelle: aus DHS (2003))

	Deutschland	Sachsen (eigene Hochrechnung)
<b>Prävalenz alkoholbezogener Störungen</b>		
Abhängigkeitserkrankung	1,6 Mio.	80.000
Alkoholmissbrauch	2,7 Mio.	140.000
Riskanter Konsum	5,0 Mio.	260.000
<b>Todesfälle als direkte oder indirekte Folge von Alkoholmissbrauch bzw. -abhängigkeit</b>	42.000 pro Jahr	2.200 pro Jahr
<b>volkswirtschaftliche Kosten von Alkoholmissbrauch bzw. -abhängigkeit</b> (davon ca. ein Drittel durch Mortalität bedingt)	20 Mrd. € pro Jahr	1 Mrd. € pro Jahr

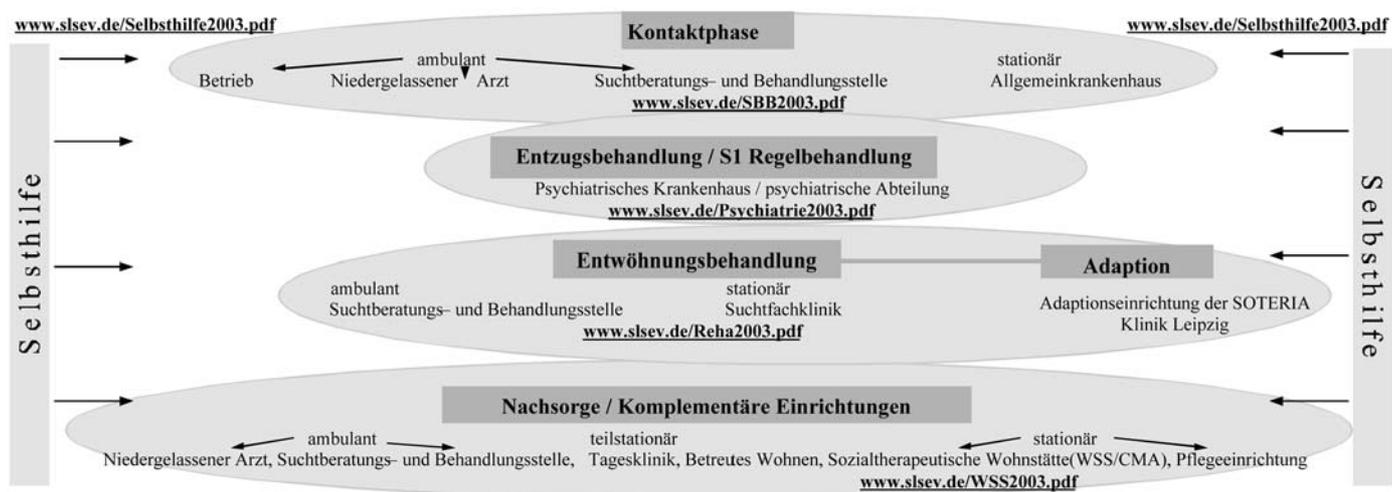


Abb.1: Wege aus der Sucht – Aktuelle online-Verzeichnisse von Einrichtungen der sächsischen Suchtkrankenhilfe

Suchtgefahren e. V. halbjährlich aktualisiert und fördern eine Vernetzung der Akteure im Suchthilfeverbund.

Zusätzlich zu diesen suchtspezifischen Strukturen haben Einrichtungen der psychosozialen/psychiatrischen Basisversorgung und medizinischen Primärversorgung wichtige Funktionen in der Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen (Wienberg 2002). Entscheidend für die Effizienz des gesamten Behandlungssystems ist die Qualität der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Versorgungsstrukturen.

Auf Grundlage von Daten der ambulanten Suchtkrankenhilfe (EBIS-A Sachsen 2002 und SLS-Standardisierter Jahresbericht „SBB-2002“) werden einige Aussagen zu suchtspezifischen ambulanten Interventionen in Sachsen zusammengefasst, und gemeinsam mit Strukturdaten vorgestellt (Tabelle 2). Des Weiteren erfolgt eine Darstellung ausgewählter Daten im gesamtdeutschen Vergleich (EBIS-A Deutschland 2002).

Wie dem Vergleich zu entnehmen, verfügt die sächsische Suchtberatungsstelle im Durchschnitt nur über knapp 64 % des Budgets, welches durchschnittlich einer deutschen Beratungsstelle zur Verfügung steht. Dementsprechend sind in einer sächsischen Suchtberatungsstelle im Vergleich zum deutschen Durchschnitt weniger Fachkräfte angestellt. Für die Versorgung bedeutet diese Situation eine Überlastung der Beratungskapazität. Die im Folgenden zu diskutierenden neuen Interventionsformen sind somit nur durch eine

substanzielle Verbesserung der Personalsituation in den Beratungsstellen umzusetzen. Mit Blick auf die hohen volkswirtschaftlichen Kosten von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit sind stärkere Investitionen in Prävention und frühe Intervention angezeigt, welche einen Beitrag zur Senkung der auf rund eine Milliarde EUR pro Jahr in Sachsen geschätzten Folgekosten leisten (siehe auch Tabelle 1). Insgesamt weisen die Daten im Rahmen einer Totalerhebung in sächsischen SBB (SLS-Standardisierter Jahresbericht „SBB 2002“)

auf vielfältige Leistungen der Beratungsdienste im gemeindenahen Suchthilfeverbund. Neben den dargestellten Maßnahmen wie Therapievermittlung, -durchführung oder Einzelberatung, werden umfangreiche Hilfen im Bereich soziale Beziehungen, Wohnen, Finanzen oder Arbeit geleistet. Bezogen auf den in Tabelle 1 dargestellten Behandlungsbedarf muss jedoch festgestellt werden, dass etwa 17 % alkoholabhängiger Personen in Sachsen (13.740 von 80.000) in 2002 eine Beratungsstelle aufgesucht haben, während nur 2 % der

Tab.2: Daten und Leistungen von SBB in 2002

	Sachsen	Deutschland
<b>Strukturdaten: Suchtberatungsstellen</b> (EBIS-A-Sachsen/Deutschland 2002)		
- Anzahl von Suchtberatungsstellen	47	ca. 1.000
- Durchschnittliches Budget der Einrichtung	210.000 €	329.000 €
<b>Inanspruchnahme suchtspezifischer Leistungen in SBB</b> (SLS-Standardisierter Jahresbericht SBB 2002)		
- ambulant betreute Klienten mit einer Alkoholproblematik in den sächsischen Suchtberatungsstellen (N=47)	16.554	
darunter Diagnose: schädlicher Alkoholgebrauch (F10.1)	17 % (2.814)	
Alkoholabhängigkeitssyndrom (F10.2)	83 % (13.740)	
- Vermittlung in stationäre Entzugsbehandlung (vorwiegend in psychiatrische Einrichtungen)	ca. 2.700	
- Vermittlung in stationäre Alkoholentwöhnungsbehandlung	1.969	
- Durchführung ambulanter Alkoholentwöhnungsbehandlung	130	
- aufsuchende Betreuung (Anzahl der Hausbesuche)	5.818	
<b>Klientencharakteristika (EBIS-A-Sachsen/Deutschland 2002)</b>		
- Durchschnittsalter	39,6 Jahre	42,3 Jahre
- durchschnittliche Dauer der Symptomatik	11,2 Jahre	12,8 Jahre
- Symptomatik nach planmäßigem Abschluss:		
abstinent	49 %	50 %
gebessert	35 %	35 %

sächsischen Bevölkerung mit Alkoholmissbrauch oder schädlichen Gebrauch von Alkohol (2.814 von 140.000) den Beratungsdienst in den sächsischen Suchtberatungsstellen in Anspruch nehmen. Die mit „vergessene Mehrheit“ (Wienberg 2001) beschriebene Problematik hinsichtlich der Nicht-Inanspruchnahme von suchtspezifischen Hilfen stellt sich somit für Sachsen wesentlich differenzierter dar und bezieht sich vorrangig auf Personen mit schädlichem Alkoholgebrauch. Für zukünftige Interventionsstrategien ergibt sich somit die Notwendigkeit von Angeboten zur frühen Intervention bei alkoholbezogenen Störungen.

### Frühe Erkennung und Intervention bei alkoholbezogenen Störungen

Suchtkranke und Suchtgefährdete werden häufig in Arztpraxen, im Krankenhaus oder am Arbeitsplatz auffällig, so dass in diesen Einrichtungen suchtspezifische Interventionen oder Vermittlungen in suchtspezifische Einrichtungen erfolgen können. Wie in Abbildung 2 dargestellt, erfolgt jedoch nur etwa jede 10. Vermittlung in eine Suchtberatungsstelle durch ein Krankenhaus oder einen niedergelassenen Arzt. Eine Vermittlung durch den Arbeitgeber/Betrieb oder andere Arbeitsstätte ist mit knapp 3 % sehr selten. Über ein Viertel (27 %) der Klienten nehmen ohne Vermittlung eine Beratung in Anspruch. Diese Zahlen offenbaren Reserven in der Erreichbarkeit von Menschen mit Alkoholproblemen vor allem im medizinischen Versorgungssystem und betrieblichen Bereich, zumal die Mehrzahl (ca. 70 %) der Betroffenen mindestens einmal jährlich medizinische Dienste in Anspruch nehmen.

Indikator für eine frühe Erkennung von alkoholbezogenen Störungen ist die Dauer der Abhängigkeitserkrankung vor Inanspruchnahme von suchtspezifischen Hilfen. Klienten in den sächsischen Suchtberatungsstellen leiden vor einer Erstberatung durchschnittlich 11,2 Jahre (siehe Tabelle 1) an den Symptomen einer Abhängigkeitserkrankung. Der Vergleich zu gesamtdeutschen Verhältnisse macht deutlich, dass sächsische Klienten im Bundesvergleich 2,7 Jahre jünger sind und somit auch tendenziell früher erreicht werden. Es gilt jedoch, die lange Zeitspanne von über 11 Jahren von Beginn der Suchterkrankung zur Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen signifikant zu reduzieren und somit auch den Erfolg suchtspezifischer Intervention zu erhöhen.

## Die Vermittlung in einer Suchtberatungsstelle erfolgt in Sachsen ...

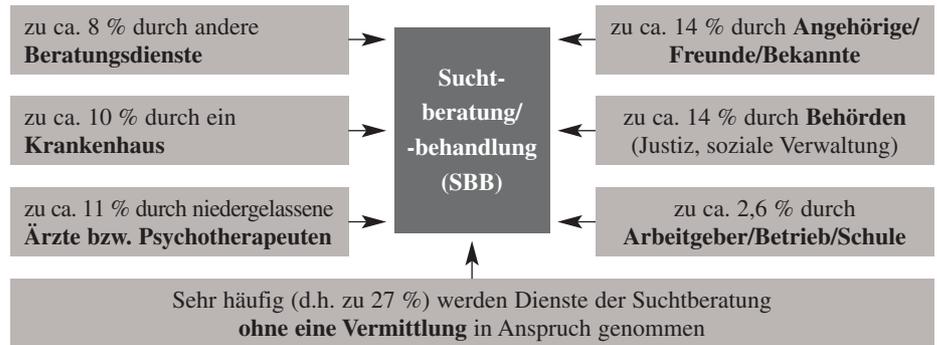


Abb.2: Wege aus der Sucht - Vermittlung der Klienten in eine Suchtberatungsstelle, (Quelle: EBIS-A 2002 Sachsen)

Wesentliche Beiträge dazu könnten Aktivitäten/Initiativen in den folgendend erwähnten Bereichen leisten.

#### Suchthilfe im Krankenhaus

Stationäre medizinische Einrichtungen bieten einen geeigneten Rahmen für Angebote der Früherkennung, Diagnostik und Kurzbehandlung von Patienten mit Alkoholproblemen. Diese Leistungen könnten im engen Verbund mit Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe (in der Regel Suchtberatungsstellen und Selbsthilfegruppen) als auch im Rahmen eines psychiatrischen Konzils organisiert werden (Arnold 1999). Wie eine Umfrage der SLS in den sächsischen Sucht-Selbsthilfegruppen ergab, haben ca. 50 % der Selbsthilfegruppen (von insgesamt 366 in Sachsen) regelmäßige Kontakte zu verschiedenen stationären medizinischen Einrichtungen. Diese und andere Angebote gilt es in Zukunft im Interesse der Patienten mit alkoholbezogenen Störungen stärker zu nutzen und im Krankenhausalltag zu implementieren (alkoholspezifische Eingangsdagnostik, Vermittlung zu Beratungsangeboten).

#### Früherkennung in den Praxen niedergelassener Ärzte

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat ein Manual herausgegeben, das sich primär an niedergelassene Ärzte wendet und das praxisorientierte Leitlinien für die Diagnostik und Beratung von Patienten mit Alkoholproblemen enthält (BZgA 2001). Im Rahmen einer gemeinsamen Aktion der Diakonie, des Gesamtverbandes Suchtkrankenhilfe sowie der BZgA unter dem

Motto „1.000 Ärzte – Sucht frühzeitig erkennen“ wird ab Mai 2003 die intensive Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und spezifischem Suchthilfesystem gefördert. Ziel ist es, Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit frühzeitig zu erkennen und in enger Zusammenarbeit mit dem suchtspezifischen Hilfesystem effizient zu behandeln. In den Regionen ist die Zusammenarbeit zwischen den Behandlungssystemen zum Beispiel mit Kooperationsvereinbarungen zu organisieren. Langfristig könnte die Einführung des Curriculums „Suchtmedizinische Grundversorgung“ in die medizinische Ausbildung zur Professionalisierung der ambulanten ärztlichen Suchtkrankenversorgung beitragen.

#### Betriebliche Suchtprävention

Eine Vielzahl von Arbeitsunfähigkeitsgründen (unter anderem in Form alkoholassoziierter Erkrankungen) stehen im Zusammenhang mit einem schädlichen Alkoholkonsum. Trotz der Auswirkungen von Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit auf Leistungsfähigkeit, Arbeitssicherheit und Gesundheit und der damit verbundenen Kosten und Nachteile sind die meisten Arbeitgeber auf diesem Gebiet der Prävention kaum tätig geworden (siehe auch niedrige Vermittlungsraten von 2,6 % in die SBB aus dem betrieblichen Bereich, Abbildung 2).

Betriebs- bzw. Dienstvereinbarungen fördern eine Früherkennung von suchtmittelbezogenen Problemen und den adäquaten Umgang mit Betroffenen am Arbeitsplatz sowie langfristig eine Reduktion alkoholbedingter Betriebs- und Wegeunfälle oder Erkrankungen. Neben Maßnahmen zur Personal- und Orga-

nisationsentwicklung im Betrieb sind Angebote der Mitarbeiterberatung, -vermittlung im engen Kontakt mit externen Suchtberatungsstellen vorzuhalten.

Der Bereich der betrieblichen Suchtprävention findet insbesondere Berücksichtigung im § 20 Abs. 2 SGB V und wird in den „Gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfeldern und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V“ (Fassung vom 27. Juni 2001) konkretisiert dargestellt.

#### Ausblick

Das Bundeskabinett hat am 25. 6. 2003, dem Vortag des Weltantidrogentages, den „Aktionsplan Drogen und Sucht“ verabschiedet, welcher Strategien zur Reduktion von Suchtproblemen in der Gesellschaft in den nächsten

fünf bis zehn Jahren vorgibt. Neben generellen Zielsetzungen enthält der Aktionsplan substanzbezogene Ziele, wie eine deutliche Senkung des Alkoholkonsums, der mit über 10 Liter reinem Alkohol pro Kopf und Jahr in Deutschland im europäischen Vergleich sehr hoch ist. Neben anderen wird eine zunehmende Bedeutung der bereits erwähnten Handlungsfelder zur Frühintervention in der Arztpraxis, im Allgemeinkrankenhaus sowie am Arbeitsplatz als wesentliches Element zur Konsumreduktion angestrebt. Eine Umsetzung dieser Zielsetzung ist jedoch davon abhängig, inwieweit es gelingt, geeignete Rahmenbedingungen (zum Beispiel Abrechnungsmöglichkeiten) für die Erbringung suchtspezifischer Leistungen in der Arztpraxis und dem Krankenhaus zu finden. Strukturelle Voraussetzung sind funktionierende regionale Suchthilfeverbände,

in welchen die 47 sachsenweiten Suchtberatungs- und -behandlungsstellen zentrale Aufgaben in Beratung, Vermittlung und Behandlung übernehmen und wesentlich zur Vernetzung der Akteure aus den verschiedenen Hilfebereichen wie medizinische Basisversorgung und Suchtkrankenhilfesystem beitragen. Wie eingangs erwähnt, sind dafür jedoch angemessene personelle Voraussetzungen notwendig.

Literatur beim Verfasser:

Anschrift des Verfassers:  
Dr. rer. medic. Olaf Rilke  
Sächsische Landesstelle gegen  
die Suchtgefahren e. V. (Geschäftsstelle)  
Glacisstraße 26, 01099 Dresden  
Tel./Fax: 0351-804 5506  
E-Mail: SLSeV@t-online.de

W. Haße

## Sprachwechsel in der Medizin?

Stimmen, die vor einer Homogenisierung der Wissenschaftssprache durch das Englische warnen, werden von Verlegern, Herausgebern medizinischer Zeitschriften, Universitätsvertretern und Verantwortlichen in den Fachgesellschaften mehrheitlich ignoriert (4, 9, 11, 12, 13). So warnte zum Beispiel der ehemalige Leiter des „Instituts für Deutsch als Fremdsprache“ der Ludwig-Maximilians-Universität München H. Weinrich (14) vor einer sprachlichen Monokultur, deren Gefahren man im Auge behalten und abwehren sollte. Der Germanistenverband befürwortete auf der Erlanger Tagung im Oktober 2001 die von Ehlich vorgelegene Empfehlung, die deutsche Sprache im „Konzert der europäischen Sprachen“ zu stärken. Eine Festlegung auf eine Hochsprache – zum Beispiel Englisch – wurde von Germanisten abgelehnt (2).

Der unkontrollierten sprachlichen Anglisierung ist auch die Ärzteschaft ausgesetzt. Englisch ist in der **Spitzenwissenschaft** und **-forschung** unbestritten die Kommunikationssprache (7, 8, 9). Aber wie sind diese Termini zu definieren? Nicht jede medizinische Einrichtung, Abteilung eines Pharmakonzerns oder einer Krankenkasse sind diesen Spitzenbereichen zuzuordnen. Diese Institutionen und die Ver-

lage überschütten die Ärzteschaft und auch die Bevölkerung kontinuierlich mit überflüssigen zum Teil irreführenden Anglizismen wie zum Beispiel Disease Management, Evidence Based Medicine, Long Term Results, Follow Up u.a.. Welche(r) Angehörige eines Schlaganfallpatienten versteht das Hinweisschild „Stroke Unit“ im Krankenhaus? (Das Zertifikat wird von der Stiftung „Deutsche Schlaganfall-Hilfe“ Bertelsmann-Stiftung ausgegeben).

Großes Mißfallen löst auch die Verdrängung der Landessprache zugunsten des Englischen in inländischen medizinischen Fachzeitschriften und Lehrbüchern aus. (Abbildung 1) Diese inakzeptable Verdrängung der Landessprache war im Sommer 2001 Veranlassung für eine 1. bundesweite Befragung der Ärzteschaft (5). Anlässlich des 51. Deutschen Ärztekongresses im Juni 2002 in Berlin erfolgte eine 2. Umfrage. Hier wurden 365 Fragebo-

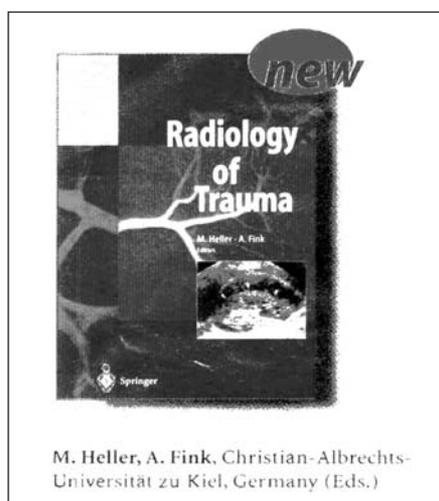
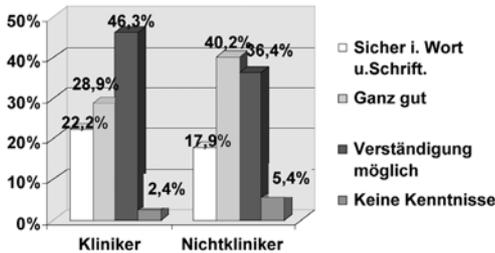


Abb. 1: Beispiele für inländische Verlagsprodukte in englischer Sprache. (Bertelsmann-Springer Wiss. Verlag)

Diagramm 1: Englische Sprachkenntnisse der Ärzteschaft



Tab 1: Der exakte Fisher-Test lieferte keine signifikante Abhängigkeit des Kenntnisstandes vom Alter (Fisher-Test  $p=0,181$ )

	Sicher in Wort u. Schrift	Ganz gut	Verständigung möglich	Keine Kenntnisse	keine Angaben
bis Jahrgg. 1950 (ges. 198)	29 14,8%	75 38,4%	81 41,5%	10 5,1%	3
Jahrgg. 1951-1960 (ges. 75)	19 27,5%	20 28,9%	28 40,5%	2 2,8%	6
ab Jahrgg. 1961 (ges. 87)	22 25,5%	27 31,3%	35 40,6%	2 2,3%	1
Antworten (ges. 360)	70 20,0%	122 34,8%	144 41,1%	14 4,0%	10

Diese Englischkenntnisse erklären, dass im Durchschnitt 84,7% der Ärzteschaft aus Gründen der Fortbildung rein englischsprachige Fachzeitschriften deutscher Verlage ablehnen. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass es unverständlich ist, dass das im Juni 2003 neu herausgegebene e.Journal „German Medical Science“, trotz umfangreicher Proteste der Ärzteschaft, in einer 1. Ebene (interdisziplinäre) nur Publikationen in Englisch mit deutscher Zusammenfassung veröffentlicht wird. Eine gute Chance, der deutschen Wissenschaftssprache wieder zu einem besseren Ansehen zu verhelfen, wurde nicht genutzt. Die Weiterbildung der Mehrheit der inländischen Ärzteschaft wird behindert.

gen an die Besucher ausgegeben und zusätzlich bundesweit 345 Fragebogen an 3 Universitätskliniken, 27 Kliniken oder Abteilungen akademischer Lehrkrankenhäuser verschickt (6). Befragt wurden in der 1. Umfrage 500, in der 2. Befragung 710 Ärztinnen und Ärzte in Klinik und Praxis. Die Rücklaufquoten der Fragebogen betragen 66,8% bzw 51,1%.

**Ergebnisse Englische Sprachkenntnisse**

Aus den Antworten ergab sich, dass nur 19% bzw. 20% der Befragten Englisch „sicher in Wort und Schrift“ beherrschen (Selbsteinschätzung). (Diagramm 1) Um der häufigen Aussage, dass die jüngere Generation bessere Englischkenntnisse habe, nachzugehen, wurden bei der 2. Umfrage (6) die Antworten nach Altersgruppen aufgeschlüsselt (Tabelle 1).

Viele junge Wissenschaftler sind wegen mangelnder Englischkenntnisse vom Diskurs ausgeschlossen. Von den Vertretern der Universitäten werden kritische Stellungnahmen zur Sprachnötigung reflexartig mit dem Schlagwort „Globalisierung“, „internationale Positionierung“ der Institution und des jungen wissenschaftlichen Nachwuchses abgetan. Die weit verbreitete Meinung: Publikationen in Deutsch fänden international keine Beachtung, widerlegten

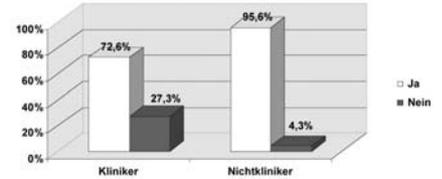
2002 Winkmann et al (16): „Durchschnittlich ... 45% englischsprachige Artikel zitierten im Zeitraum 1995 – 2000 die 1995 – 1999er Beiträge der deutschsprachigen Journalen“.

Ein Hinweis auf den „Impact Factor“ wird routinemäßig vorgetragen. Dieser von Garfield (3) in den USA entwickelte Qualitätsfaktor gilt ausschließlich für Zeitschriften, hat aber für die Beurteilung einer Publikation oder des Autors selbst in den USA keine Bedeutung. Nur die Zitierungen sind wichtig (10). In diesem für alle Autoren und Verlage wichtigen Bereich machen sich die Zitiergewohnheiten deutscher Autoren schädigend bemerkbar. Die Literaturverzeichnisse verweisen kaum noch auf inländische Arbeiten und wenn, dann meist nur auf Publikationen des Autors (Abbildung 2).

**Chirurgische Therapie beim malignitätsbedingten Verschlussikterus**  
F.M. et al.  
Zitierungen gesamt: 30  
Deutschsprachig: 1 = 1 Vorpublikation des Autors  
CHAZ 2003; 4.Jhrg. H.2 S.62

**Ablehnung rein englischsprachiger Fachzeitschriften deutscher Verlage**  
84,7% der Befragten lehnen rein englischsprachige Fachzeitschriften deutscher Verlage ab (Diagramm 2).

Diagramm 2:



Tab. 2: **Ablehnung nach Altersgruppen**  
Die Ablehnung inländischer Zeitschriften auf Englisch schwächt sich signifikant ab, je jünger die Befragten sind. (Fisher-Test  $p<0,001$ ), aber auch in der Gruppe der Jüngsten überwiegt noch signifikant die Ablehnung (Vorzeichentest  $p<0,001$ ).

	Ja	Nein	keine Angaben
bis Jahrgg. 1950 (ges. 198)	177 91,6%	16 8,3%	5
Jahrgg. 1951-1960 (ges. 75)	62 83,7%	12 16,2%	1
ab Jahrgg. 1961 (ges. 87)	61 69,7%	26 30,2%	
Antworten (ges. 360)	300 84,7%	54 15,2%	6

Ebenso wie die rein englischsprachigen Fachzeitschriften deutscher Verlage stoßen auch die inländischen nationalen und internationalen Tagungen in Englisch auf die Ablehnung der Ärzteschaft (5, 6, 7). Die Umfrageergebnisse aus dem Jahre 2002 sind in den Diagrammen 3 und 4 sowie Tabellen 3 und 4 dargestellt.

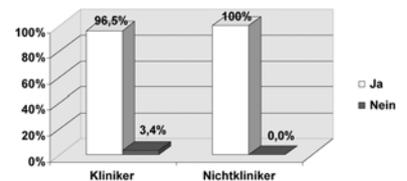
**Sprachen auf nationalen und internationalen Kongressen in Deutschland**

Auch für internationale Kongresse und Tagungen in Deutschland lehnt eine deutliche Mehrheit der inländischen Ärzteschaft Deutsch oder Englisch als alleinige Kongresssprache ab.

**Folgerungen**

Die Dominanz des Englischen in den medizinischen Publikationen hat zur Folge, dass die Mehrheit der Ärzteschaft, aber auch die der Patienten die Inhalte nicht mehr versteht. Die

Diagramm 3: Die große Mehrheit der befragten Ärzteschaft fordert auf **nationalen** Kongressen Deutsch als Kongresssprache.

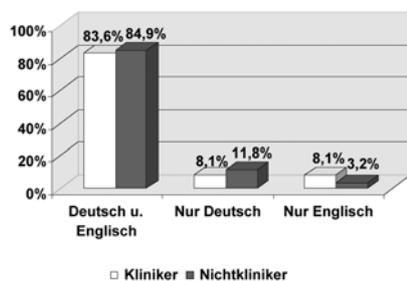


Tab. 3: **Kongresssprache auf nationalen Kongressen soll Deutsch sein.**  
**Ausnahme: ausländische Gastredner**

Die Befürwortung der deutschen Sprache hängt nicht signifikant vom Alter ab. (Exakter Fisher-Test  $p=0,088$ )

	Ja	Nein	keine Angaben
bis Jahrgg. 1950 (ges. 198)	197 99,4%	1 0,5%	
Jahrgg. 1951-1960 (ges. 75)	72 97,2%	2 2,7%	1
ab Jahrgg. 1961 (ges. 87)	83 96,5%	3 3,4%	1
Antworten (ges. 360)	352 98,3%	6 1,6%	2

Diagramm 4: Eine **überzeugende Mehrheit** der befragten Ärzteschaft fordert Deutsch und Englisch als Kongresssprache. Aus diesen Ergebnissen ergibt sich unmißverständlich die Forderung nach Simultanübersetzungen aus dem Deutschen in das Englische bzw. umgekehrt.



Tab. 4: **Kongresssprachen auf internationalen Kongressen in Deutschland**

Eine eindeutige Mehrheit der Umfrageteilnehmer fordert Deutsch und Englisch als Vortrags-sprachen. Nur eine Minorität favorisiert Englisch. Die Sprachforderungen sind nicht signifikant vom Alter abhängig. (Fisher-Test  $p=0,227$ )

	Deutsch und Englisch	Nur Deutsch	Nur Englisch	keine Angaben
bis Jahrgg. 1950 (ges. 198)	171 86,8%	20 10,1%	6 3,0%	1
Jahrgg. 1951-1960 (ges. 75)	60 81,0%	8 10,8%	6 8,1%	1
ab Jahrgg. 1961 (ges. 87)	70 81,3%	8 9,3%	8 9,3%	1
Antworten (ges. 360)	301 84,3%	20 5,6%	20 5,6%	1

ärztliche Fortbildung droht in Deutschland in eine Zweiklassen-Weiterbildung zu zerfallen, eine landes- und eine englischsprachige. Der legitime Anspruch der Ärzteschaft und auch der Gesellschaft auf Information über Neuerungen in Wissenschaft und Forschung in der Landessprache wird ignoriert, obwohl die Universitäten, die Deutsche Forschungsgemeinschaft und die Fachgesellschaften etc. durch Steuergelder oder Mitgliedsbeiträge finanziert werden. Der Veranstalter hat die Verpflichtung, die Information der Gesellschaft und der Ärzteschaft in der Landessprache auch bei internationalen Tagungen sicherzustellen. Überle-

gungen die Gemeinnützigkeit solcher Tagungen steuerlich zu überprüfen, liegt nahe.

### Europäische Datenbank und Europäischer Zeitschriftenfaktor

Um für die nationalsprachlichen Fachzeitschriften die Unabhängigkeit von der Dominanz der in den USA befindlichen Datenbanken wiederherzustellen, erscheint der Aufbau einer europäischen Zentraldatei, neben der niederländischen Datei -EMBASE-, dringend erforderlich. Winkmann et al. berichteten 2002, dass die meist zitierten Periodika 1998 (Impact Factor  $\geq 3$ ) zu 71% in den USA herausgegeben wurden. Im gleichen Jahr sind 85,6% der Periodika als Englisch ausgewiesen. (15) Selbstverständlich sollte auch die Schaffung eines europäischen Wertfaktors für die Fachzeitschriften sein. Eine europäische Datenbank und ein europäischer Zeitschriftenfaktor hätten zur Folge, dass sich das Ansehen der hiesigen Wissenschaftler und ihrer Sprachen unabhängiger entfalten könnten.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:  
Prof. Dr.med. Wolfgang Haße  
Eitel-Fritz-Str. 35,  
14129 Berlin

[www.gesundheitslotse-sachsen.de](http://www.gesundheitslotse-sachsen.de)

INFORMATIONEN FÜR ÄRZTE UND PATIENTEN



### Korrektur

Korrektur im Nachruf für Dr. med. habil. Hans-Werner Kintzel, „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 1/2004, Seite 30, 3. Spalte

... Dankbar war ich, als er (Kurt Lorenz – die Autoren) am zweiten Verhandlungstag vortrat und dem Gericht erklärte, dass ich eben nicht nur, wie behauptet, **Pasternak**, Solschenyzin und Sacharow gelesen hätte, **sondern** mich auch mit der anderen zeitgenössischen sowjetischen Literatur befasst hätte...“.

Chr. Rühlmann und K. Wittig

# Interventionelle Rekanalisationen bei Patienten mit peripherer arterieller Verschlusskrankheit

Praxis für  
Gefäßkrankheiten  
Leipzig

## Zusammenfassung

Ambulant durchgeführte interventionelle Rekanalisationen bei Patienten mit peripheren arteriellen Durchblutungsstörungen gehören in Sachsen noch nicht zum medizinischen Alltag. Im Jahre 2002 wurden in unserer internistisch-angiologischen Gefäßpraxis 257 PAVK-Patienten mit insgesamt 297 interventionellen Eingriffen (Ballondilatation, Stentimplantation, Katheterlyse) behandelt. Es werden primäre Rekanalisationsraten und Komplikationen aufgezeigt. Die Behandlungsergebnisse zeigen, dass unter Einhaltung bestimmter

Voraussetzungen kathetertechnische Eingriffe ambulant durchführbar sind. Weiterhin werden die Grenzen der ambulanten Versorgung angesprochen und die Notwendigkeit einer Kooperation mit einem gefäßchirurgischen Zentrum und einem stationären internistischen Bereich hervorgehoben.

**Schlüsselwörter:** periphere arterielle Verschlusskrankheit, ambulante Therapie, PTA, Stentimplantation, Katheterlyse

## Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung unter ambulanten Bedingungen

### Einleitung

Interventionelle Rekanalisationen von arteriellen Gefäßen sind neben gefäßchirurgischen Eingriffen und der konservativen Therapie ein etabliertes Konzept zur Behandlung von Patienten mit peripherer arterieller Verschlusskrankheit (PAVK). In den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Angiologie werden vier interventionelle Verfahren im Sinne der „evidence based medicine“ als medizinisch hinreichend erprobt empfohlen: perkutane transluminale Angioplastie (PTA), Stentimplantation, Katheterlyse und Thrombusaspiration. (DGA 2001) Diese Eingriffe waren in den zurückliegenden Jahren fast ausschließlich mit einem stationären Aufenthalt der Patienten verbunden. In der gegenwärtig bevorstehenden Phase einer grundlegenden Umstrukturierung des Gesund-

heitswesens müssen neue Verfahren und Organisationsformen der Leistungserbringung gefunden werden, um den Ansprüchen einer effizienten Patientenversorgung gerecht zu werden. Unter diesem Aspekt sollen Möglichkeiten und Grenzen aufgezeigt werden, wie interventionelle Eingriffe am Gefäßsystem der Becken-Beinregion im ambulanten Versorgungsbereich qualitätsgerecht, sicher für den Patienten und kostengünstig erbracht werden können.

### Patienten und Methoden

Im Erfassungszeitraum vom 1. 1. bis 31. 12. 2002 wurden 257 PAVK-Patienten (188 Männer, 69 Frauen) mit einem interventionellen Verfahren unter ambulanten Bedingungen behandelt. Das Alter der Männer betrug  $38,3 \pm 10,0$ , das der Frauen  $47,86 \pm 9,6$  Jahre. Die geschlechtsspezifische Verteilung zeigt für die weiblichen PAVK-Patienten einen Altersgipfel, der in Bezug auf die männlichen Patienten um eine Dekade zum höhe-

ren Lebensalter verschoben ist (Abbildung 1). An den 257 Patienten wurden 297 interventionelle Rekanalisationen an den Arterien der Becken-Beinregion durchgeführt. 32 Patienten erhielten eine Zweit- und 4 Patienten eine Drittbehandlung. Bei diesen 40 Eingriffen wurde in 30 Fällen eine zweite Gefäßregion und in 10 Fällen ein Rezidiv behandelt. Das klinische Stadium nach Fontaine verteilte sich auf die 297 Eingriffe wie folgt: 15 x II a, 264 x II b, 8 x III und 10 x IV. Die Einschlusskriterien für eine ambulante Behandlung sind aus Abbildung 2 ersichtlich:

## Einschlusskriterien für eine ambulante interventionelle Behandlung

- klinisches Stadium II – IV nach Fontaine
- Leidensdruck des Patienten
- komplette Gefäßdarstellung (DSA, MRA)
- Wille des Patienten zur ambulanten Behandlung
- häusliche Betreuung für 24 Stunden

## Behandlungsschema:

Das Aufklärungsgespräch erfolgte, für Patienten im höheren Lebensalter häufig in Anwesenheit einer vertrauten Begleitperson, mindestens 24 Stunden vor dem geplanten Eingriff anhand eines standardisierten Aufklärungsbogens. (Kern 2001) Die interventionelle Therapie wurde mit der manuellen Kompression der Punktionsstelle (A. femoralis) und der Anlage eines Druckverbandes beendet. Die Nachbeobachtung in der Praxis erfolgte für 3 bis 4 Stunden. In dieser Zeit wurden regelmäßig Kontrollen von Blutdruck und Puls sowie Inspektionen der Punktionsstelle vorgenommen. Anschließend wurden die Patienten liegend mit dem Krankentransport nach Hause gefahren. Nach durchschnittlich 8 Stunden

## Altersverteilung der PAVK-Patienten

(n=257; männlich: 188, weiblich: 69)

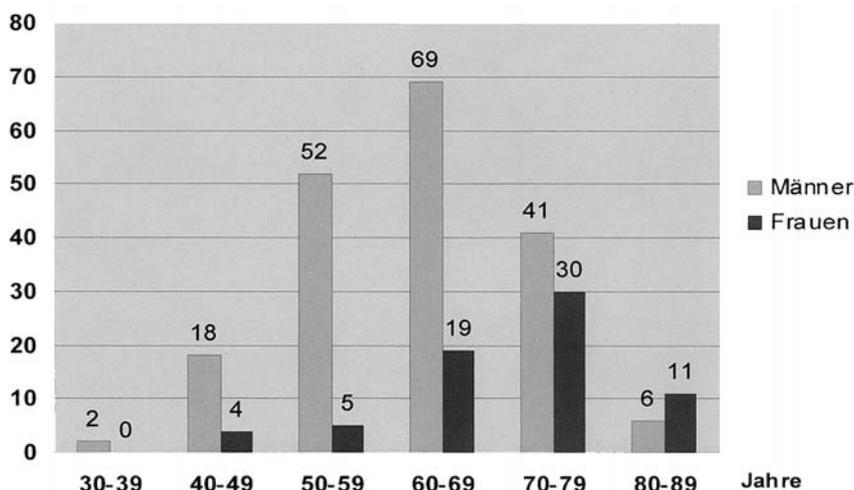


Abbildung 1

entfernte der Patient den Druckverband. Eine Stunde später meldete er sich telefonisch bei dem Arzt, der den Eingriff durchgeführt hatte, um Auskunft über die gegenwärtige Situation zu geben. Die Option der ständigen telefonischen Erreichbarkeit war für jeden Patienten bis zum Tag nach dem Eingriff gegeben. Die Liegezeit im häuslichen Milieu betrug etwa 20 Stunden, in der Regel bis zum nächsten Morgen. An diesem Tag hatte der Patient einen erneuten Konsultationstermin in der Praxis. Hier wurden das klinische Ergebnis der Behandlung und die Punktionsstelle kontrolliert. Allen Patienten wurden am Monitorbild oder anhand ihrer Angiographie-Filme die wesentlichen Schritte des Eingriffs erläutert und das abschließende Ergebnis demonstriert.

#### Lokalisation der behandelten

##### Gefäßprovinzen:

In 135 Fällen (124 Stenosen, 11 Verschlüsse) wurde die Beckenetape behandelt. Die A. femoralis superficialis einschließlich des ersten Segments der A. poplitea wurden 148 mal (88 Stenosen, 60 Verschlüsse) rekanalisiert. An dem zweiten und dritten Segment der Kniearterie und den Unterschenkelgefäßen kamen die interventionellen Verfahren 14 mal (3 Stenosen, 11 Verschlüsse) zum Einsatz.

##### Prozeduren der Rekanalisation:

Die eingesetzten Katheterverfahren zur Therapie arterieller Stenosen und Okklusionen wa-

ren PTA, Stentimplantation und lokale Lysebehandlung. Die einzelnen Techniken kamen indikationsbezogen in Abhängigkeit von der Gefäßetape und dem Lokalbefund (Stenose oder Verschluss) in unterschiedlicher Häufigkeit zum Einsatz (Tabelle 1).

Für Ballondilatation und Katheterlyse wurden 5- oder 6-French-Schleusen, für Stentimplantationen 6- oder 7-French-Schleusen verwendet. Die Katheterlyse wurde mit rtPA (Actilyse®), in der Regel mit 10 mg über 4 bis 5 Stunden durchgeführt. (Rühlmann 1997) Dieses Behandlungsverfahren war immer eine Kombination aus der eigentlichen Lysetherapie (Lyse und Antikoagulation) sowie einer sich anschließenden Ballondilatation oder Stentimplantation. Zu Beginn jedes Eingriffs erhielten die Patienten 5000 IE Heparin. Begleitmedikation für eine Stentimplantation waren 1 g Aspirin® i.a. und 75 mg Clopidogrel.

##### Ergebnisse

Die Primärergebnisse wurden in drei Kategorien bewertet: erfolgreiche, ausreichende und keine Rekanalisation. Als „erfolgreich“ wurde der Eingriff eingeschätzt, wenn das Behandlungsziel mit gutem bis sehr gutem Ergebnis abgeschlossen, eine glattwandige Kontinuität des Gefäßes wiederhergestellt wurde und eine eventuell verbleibende Reststenose unter 10% lag. Eine ausreichendes Ergebnis lag vor, wenn das Gefäßsegment rekanalisiert werden konnte,

weiterhin aber Wandunregelmäßigkeiten, Dissektionen oder Reststenosen von über 10% nicht behoben werden konnten. Keine Rekanalisation bedeutete: Das okkludierte Gefäß konnte mit den eingesetzten Kathetermaterialien nicht passiert werden, oder die geplante Intervention musste in der Anfangsphase wegen subintimaler Lage des Führungsdrahtes oder ähnliches abgebrochen werden (Tabelle 1). Die primären Behandlungsergebnisse sind in Tabelle 2 zusammengefasst dargestellt. Von den 124 Stenosen der Beckenetape konnten 91% erfolgreich und 8% mit ausreichendem Ergebnis behandelt werden. Ein Patient hatte im Abgangsbereich der A. iliaca communis eine anatomische Normvariante, die kathederteknisch nicht therapierbar war. Verschlüsse der Beckenarterien konnten interventionell in 82% der Fälle rekanalisiert werden. Der Anteil von guten bis sehr guten Ergebnissen steht mit 64% deutlich hinter den Behandlungsergebnissen von Stenosen der Beckenetape zurück.

Im Bereich des Oberschenkels wurden alle Stenosen erfolgreich (73%) oder mit ausreichendem Ergebnis (27%) behandelt. Okklusionen der Oberschenkelarterie sind gegenüber der Beckenetape wesentlich effizienter zu therapieren. Die Quote einer fehlenden Rekanalisation lag bei 7%.

Die Behandlung der Unterschenkelregion betraf in erster Linie das zweite und dritte Segment der A. poplitea sowie den Truncus tibiofibularis und den Abgangsbereich der Unterschenkelarterien. Die Ergebnisse zeigen die Effizienz interventioneller Techniken auch in dieser Etage. Erfolgreich konnte die Katheterlyse bei 91% von Verschlüssen der A. poplitea eingesetzt werden.

##### Komplikationen:

Komplikationen betreffen bei interventionellen Eingriffen in erster Linie die arterielle Punktionsstelle. Von den 297 durchgeführten Behandlungen unserer Patienten ergab die klinische Kontrolle der Punktionsstelle in 91,6% einen unauffälligen Befund oder ein geringfügiges oberflächliches Hämatom. Bei 8,1% der Patienten zeigten sich ausgedehnte Hämatome, welche ausnahmslos konservativ behandelt werden konnten. Es traten keine transfusionspflichtigen Blutungen, keine arteriovenöse Fistel und kein Aneurysma spurium auf. Eine Patientin (0,3%) musste wegen einer Ver-

Tabelle 1: Häufigkeit der eingesetzten interventionellen Verfahren (PTA, Stentimplantation, Katheterlyse) in Abhängigkeit von der behandelten Gefäßregion und vom Lokalbefund (Stenose vs. Verschluss)

Intervention	Beckenetape		Oberschenkel		Unterschenkel	
	Stenose	Verschluss	Stenose	Verschluss	Stenose	Verschluss
PTA	2	1	79	32	2	1
Stent	121	4	9	4	1	0
Lyse	0	4	0	22	0	9
Abbruch	1	2	0	2	0	1

Tabelle 2: Primäre Behandlungsergebnisse in Abhängigkeit von der behandelten Gefäßregion und vom Lokalbefund (Stenose vs. Verschluss)

Rekanalisation	Beckenetape		Oberschenkel		Unterschenkel	
	Stenose	Verschluss	Stenose	Verschluss	Stenose	Verschluss
erfolgreich	113	7	64	29	2	8
ausreichend	10	2	24	27	1	2
keine	1	2	0	4	0	1

letzung der Beckenarterie akut gefäßchirurgisch versorgt werden. Andere Komplikationen (arterio-arterielle Embolien, iatrogene Gefäßverschlüsse), die zu einer klinischen Verschlechterung der Durchblutungssituation der behandelten Extremität geführt hätten, traten nicht auf.

Bei 21 Patienten (7,1%) wurde am Tag des Eingriffs eine stationäre Einweisung erforderlich. Die Gründe hierfür waren:

- 8 Patienten (2,7%), die unmittelbar vor oder während des Eingriffs baten, doch ins Krankenhaus aufgenommen zu werden oder die erforderliche häusliche Betreuung durch Angehörige nicht gewährleisten konnten;
- 4 Patienten (1,4%), bei denen die begonnene Katheterlyse wegen noch unzureichenden Therapieerfolges für die nächsten 24 Stunden auf einer ITS fortgesetzt werden musste;
- 4 Patienten, die während der 4stündigen Nachbeobachtung ein ausgedehntes Hämatom entwickelten;
- 2 Patienten (0,7%), die nach mehrfacher Gefäßpunktion, durchgeführter Lysetherapie und bei Adipositas permagna aus Sicherheitsgründen stationär nachbeobachtet werden sollten;
- 2 Patienten mit Kreislaufdysregulationen (hypertone Krise, vasovagale Reaktion), die ambulant schlecht beherrschbar waren;
- 1 Patientin (0,3%), bei der eine akute gefäßchirurgische Therapie notwendig war.

### Diskussion

PTA, Stentimplantation und Katheterlyse sind anerkannte Verfahren zur Behandlung von Patienten mit peripheren arteriellen Durchblutungsstörungen. Bereits vor 15 Jahren wurde über die Möglichkeit der ambulanten PTA berichtet (Lemarbe et al. 1987). Anfänglich wurden Ergebnisse aufgezeigt, die ambulant oder stationär durchgeführte Eingriffe hinsichtlich der primären Behandlungserfolge und der Komplikationsraten als gleichwertig ansaher (Struk et al. 1993). Ein Trend zu besseren Behandlungsergebnissen bei weniger Komplikationen in der ambulant behandelten Patientengruppe wurde von Gross-Fengels et al. (1998) aufgezeigt. Die Begründung liegt in der Patientenselektion. Multimorbide Patienten, „komplikationsträchtige“ Gefäßbefunde und Patienten im Stadium IV nach Fontaine

sollten in erster Linie unter stationären Bedingungen behandelt werden. Auf der anderen Seite wäre die oben aufgezeigte Tendenz viel deutlicher, würden Patienten, bei denen nach Einschätzung der Tasc-Group (2000) Gefäßbefunde vorliegen, für die eine PTA das Therapieverfahren der ersten Wahl ist, in verstärktem Maße ambulant versorgt werden. Ein- und Ausschlusskriterien für die ambulante interventionelle Therapie werden in den einzelnen Behandlungszentren unterschiedlich bewertet. Es wurden unter anderem folgende Ausschlusskriterien angegeben: Notwendigkeit einer lokalen Fibrinolysetherapie, primäre Stentindikation, dialysepflichtige Niereninsuffizienz, insulinpflichtiger Diabetes mellitus, frühere Kontrastmittel-Unverträglichkeiten, biologisches Alter über 75 Jahre, fehlende Röntgenthoraxaufnahme (Günther 1993, Rieser und Rückner 1995, Gross-Fengels et al. 1998). Die aufgeführten Begleiterkrankungen spielen natürlich für die Planung des Eingriffs eine wichtige Rolle, galten für unsere Patienten aber nicht als Ausschlusskriterium. Für den Dialysepatienten gibt es Abstimmungsmöglichkeiten mit dem behandelnden Nephrologen. Der insulinpflichtige Diabetiker bekommt für den Eingriff den ersten Behandlungstermin um 7.30 Uhr und kann nach Beendigung der Prozedur bei Notwendigkeit seinen BZ-Wert bestimmen, Insulin spritzen und essen. Bekannte Kontrastmittel-Unverträglichkeiten werden unter ambulanten Bedingungen gleichermaßen vorbehandelt wie im Krankenhaus. Für die Festlegung der Ausschlusskriterien ist hinsichtlich einer oft notwendigen Mitbehandlung der vielfältigen Begleiterkrankungen sicher von Bedeutung, ob der interventionelle Eingriff in einer radiologischen oder internistisch-angiologischen Praxis stattfindet. Ungeachtet dessen muss neben einer qualitätsgerechten Therapie die Sicherheit des Patienten immer im Vordergrund stehen. Hierzu gehören drei Voraussetzungen: Die umfassende Erfahrung des behandelnden Arztes, die Möglichkeit, den Patienten jederzeit zur Nachbehandlung stationär unterbringen zu können und kollegiale Kontakte zu einem im Bedarfsfall kurzfristig erreichbaren gefäßchirurgischen Zentrum. In diesem Verbund wird die ambulant durchgeführte Intervention sicher und stellt für den Patienten kein erhöhtes Risiko dar.

Die Komplikationsrate bei Kathetereingriffen an den Arterien der Becken-Beinregion sollte unter 10% liegen (Labropoulos et al. 1994, Kruse und Cragg 2000). Bei allen Autoren steht die Hämatombildung im Bereich der Punktionsstelle mit ca. 85% aller Komplikationen an erster Stelle. Dabei sind transfusions- oder operationspflichtige Einblutungen eine Rarität. Die Häufigkeit der Einblutung hängt nach Burns et al. (2000) nicht von der Größe des verwendeten Schleusensystems ab. Gleiche Beobachtungen konnten am eigenen Patientengut gemacht werden. Die Wahrscheinlichkeit der Hämatombildung wird mit zunehmendem zeitlichen Abstand zum Eingriff immer geringer. Nur etwa 15% aller Hämatome entstehen nach einem 4 Stundenintervall (Burns et al. 2000). Diese Zeit der Nachbeobachtung wird an den meisten Behandlungszentren eingehalten.

Die ambulante Durchführung minimalinvasiver Eingriffe wird sich analog ambulanter Operationen aus verschiedenen Gründen weiter etablieren. Im Vordergrund stehen Kosteneffizienz und der zunehmende Wunsch der Patienten nach einem „komfortablen“ Behandlungsumfeld, welches für sie mit möglichst geringen Einschränkungen ihrer „Alltagsgewohnheiten“ einhergeht. Die Industrie schafft mit immer perfekteren und miniaturisierten Produkten eine wesentliche Voraussetzung für den aufgezeigten Trend. Neben den Becken-Beinarterien haben anderenorts weitere Gefäßprovinzen wie die A. renalis, die Koronararterien und die A. carotis längst Einzug in das ambulante Behandlungskonzept gefunden (Peterson et al. 2000, Knopf et al. 1999, New et al. 1999).

Aus unserer Sicht ist die ambulante Durchführung interventioneller Verfahren unter Einhaltung vorgegebener Richtlinien ein adäquates Konzept zur Behandlung von Patienten mit einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Christof Rühlmann  
Dr. med. Kathrin Wittig  
Praxis für Gefäßkrankheiten am  
Diakonissenkrankenhaus Leipzig  
Georg-Schwarz-Str. 151, 04177 Leipzig  
E-Mail: Ruehlmann\_Wittig@t-online.de

## Jahrestagung der Sächsischen Gesellschaft für Urologie in Dresden

Die diesjährige Jahrestagung der Sächsischen Gesellschaft für Urologie fand am 15. November unter der Tagungspräsidentschaft von Prof. Dr. Wirth, Direktor der Klinik und Poliklinik für Urologie des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden, in Dresden statt.

Neben Referenten verschiedener Klinika aus Sachsen waren als prominente Gastredner von außerhalb Sachsens Prof. Dr. Altwein, Chefarzt am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in München und ehemaliger Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie, und Prof. Dr. Weißbach, Euromed Clinic Fürth und ehemaliger Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft, nach Dresden gekommen.

Der thematische Schwerpunkt der wissenschaftlichen Fortbildungstagung lag auf uroonkologischen Themen. PD Dr. Hakenberg, Dresden, referierte über die Möglichkeiten und Ergebnisse potenterhaltender Radikaloperationen beim lokalisierten Prostatakarzinom sowie über Möglichkeiten der Förderung der Regeneration der Potenzfunktion. Während in der Frühphase der postoperativen Rehabilitation die Mehrzahl der Patienten impotent sein wird, ist eine Regeneration der Potenzfunktion nach einseitiger, besonders aber nach beidseitiger Erhaltung der neurovaskulären cavernösen Nervenbündel in bis zu mehr als 60 % der Fälle möglich. Eine solche Regeneration der Potenz nach radikaler Prostatektomie ist aber direkt alterskorreliert und in jüngeren Jahren günstiger jedoch mit zunehmendem Alter geringer ausgeprägt. Die Ergebnisse von Nervinterponaten nach Resektion der neurovaskulären Bündel sind klinisch bislang nicht eindeutig geklärt, jedoch gibt es hierzu vielversprechende tierexperimentelle Untersuchungen. Die Ergebnisse der Nervenregeneration könnte hiernach zukünftig durch neurotrophe Faktoren und kultivierte Schwann'sche Zellen verbessert werden. Eine frühzeitige erektionsfördernde postoperative Behandlung mittels intrakavernöser oder oraler erektionsinduzierender Medikation durch Phosphodiesterase-5-Hemmer kann durch die Vermeidung von langanhaltender relativer Hypoxie der Schwellkörper die Regeneration der Potenzfunktion deutlich fördern, wie in Untersuchungen zu Sildenafil und Vardenafil gezeigt werden konnte.

Prof. Dr. Altwein referierte über die Möglichkeiten einer medikamentösen Prophylaxe von Prostataerkrankungen. Die Behandlung mit Finasterid hat in einer grossen placebo-

kontrollierten Multicenter-Studie zur Therapie der benignen Prostatahyperplasie eine signifikant niedrigere Anzahl von neu entdeckten Prostatakarzinomen im Behandlungsarm gezeigt. Gleichzeitig hat die gleiche Studie jedoch bei weniger entdeckten Prostatakarzinomen einen schlechteren Differenzierungsgrad dieser Prostatakarzinome im Finasteridarm im Vergleich zur Placebogruppe ergeben. Eine Behandlungsempfehlung allein zur Prophylaxe eines potentiellen Prostatakarzinoms könne laut Prof. Dr. Altwein aus dieser Studie nicht abgeleitet werden. Andere Behandlungsstudien zur BPH haben eine deutliche Verminderung des Progressionsrisikos der BPH zu operationspflichtigen Interventionen, Harnverhalt oder deutlicher Symptomenzunahme unter Kombinationstherapie mit dem Alphablocker Doxazosin und Finasterid nachgewiesen. Da auch hier jedoch das absolute Risiko dieser Progressionskriterien relativ gering sei, könne auch daraus keine allgemeine Empfehlung zur prophylaktischen Therapie einer BPH gegeben werden.

Prof. Dr. Weißbach sprach zum Thema des „Off-label“ Gebrauchs von Arzneimitteln beim Prostatakarzinom. Dabei verwies er nachdrücklich auf den Unterschied zwischen „Standard“ als definiert durch Leitlinien und gedeckt durch die Leistungspflicht der Kostenträger und „Stand des Wissens“. Letztere gehe sehr oft weit über das hinaus, was anerkannter und durch Empfehlungen abgedeckter Standard – besonders in der onkologischen Therapie – sei. Der „Off-Label“-Gebrauch, definiert als Anwendung von Arzneimitteln außerhalb des zugelassenen Indikationsbereichs,

sei daher in der Krebsbehandlung fast mehr die Regel als Ausnahme geworden. Dazu würde die Politik der Arzneimittelproduzenten wesentlich beitragen, in dem diese zunehmend eine Zulassung für sehr eng begrenzte Indikationsbereiche oder Einzelindikationen erwirken, um schnell eine Marktzulassung zu erreichen. Der durch zahlreiche klinische Studien dann rasch erweiterte „Stand des Wissens“ mit der nachgewiesenen guten Wirksamkeit auch außerhalb des engen Zulassungsbereiches führe dann zwangsläufig zur Off-label-Anwendung, was naturgemäß auch zu Schwierigkeiten mit Kostenträgern führen könne. Für die Patienten sei jedoch eine Anwendung gemäß dem „Stand des Wissens“ notwendig und nicht nur nach „Standard“.

Dr. Ebermayer von der Bavaria-Klinik in Kreischa berichtete über Ergebnisse der stationären Frührehabilitation von radikal prostatektomierten Männern aufgrund einer Untersuchung von 451 Patienten. Die Patienten wurden dabei aus praktisch allen sächsischen Kliniken nach Kreischa zur Rehabilitation eingewiesen. Er verglich dabei die Frühergebnisse der verschiedenen Operationsmethoden, nämlich die der offenen retropubischen Operation, dem zahlenmäßig in Deutschland überwiegend angewandten Standardverfahren, mit denen der perinealen radikalen Prostatektomie und der oft als minimal invasiv bezeichneten laparoskopischen Prostatektomie. Dabei zeigte sich im Patientengut der Bavaria-Klinik ein insgesamt eindeutig und deutlich besseres Abschneiden der offenen retropubischen radikalen Prostatektomie sowohl im Vergleich zur perinealen Operation wie auch zur laparosko-

pischen Variante. Die Rate an R1-Resektionen (nicht-tumorfrem Absetzungsrand) betrug für die retropubische Operation 6%, für die laparoskopische 8% und für die perineale Operation 21%. Die Frühkontinenzrate war am schlechtesten bei der perinealen Operation, gefolgt von der laparoskopischen Operation und am besten bei der retropubischen Prostatektomie. Die Rate an Wundheilungsstörungen betrug für die retropubische und für die laparoskopische Operation jeweils 4%, für die perineale jedoch 37%. Überraschend war auch der ermittelte Analgetikabedarf in der Phase der Anschlussheilbehandlung; dieser lag bei der offenen Standardoperation mit 3% am niedrigsten, deutlich höher nach laparoskopischer Prostatektomie (23%) und am höchsten mit 30% nach perinealer Prostatektomie. Ebenfalls zeigten diese Zahlen bessere Ergebnisse größerer Kliniken mit höherer Operationsfrequenz der radikalen Prostatektomie im Vergleich zu Kliniken mit kleinerer diesbezüglicher Fallzahl. In der Diskussion wurde darauf hingewiesen, dass diese Ergebnisse für Fachleute nicht überraschend seien, diese Zahlen ein jedoch deutlich anderes Bild ergäben, als vielfach in der Presse dargestellt. PD Dr. Steinbach, Dresden-Friedrichstadt, sprach über Stand und Ergebnisse der organerhaltenden Nierenteilresektion. Galt bis vor wenigen Jahren die radikale Tumornephrektomie als Standard der Therapie des lokalisierten Nierenzellkarzinoms, so hat sich aus der Notwendigkeit der Teilresektion aufgrund der sogenannten imperativen Indikation bei Einzelniere heute die Sichtweise deutlich gewandelt. Die publizierten größeren Serien zur Komplikationsrate und Nachsorge des durch Teilresektion organerhaltend operierten Nierenzellkarzinoms haben übereinstimmend gute Ergebnisse auch nach elektiver Indikation bei kleinen Nierentumoren unter 4 cm im Durchmesser ergeben. Das Langzeitüberleben wie auch die Rezidivrate unterscheiden sich nicht von denen von radikal tumornephrektomierten Patienten, wenn die Tumorgöße als limitierendes Indikationskriterium beachtet wird. Eine Einschränkung ist jedoch möglicherweise bei entdifferenzierten Tumoren zu beachten.

PD Dr. Manseck, Urologische Universitätsklinik Dresden, referierte über Stand und Indikationen der laparoskopischen Operationsverfahren beim Nierenzellkarzinom und stellte eigene Ergebnisse dar. Während die Indikation und Technik sowohl der transperitonealen laparoskopischen als auch der retroperitoneos-

kopischen Technik zwar bislang wenig standardisiert seien, seien beide prinzipiell zur radikalen Tumornephrektomie gut geeignet, wenn die Tumorgöße 8 bis 10 cm nicht überschreite und eine Tumorthromboseextension in die Vena cava auszuschließen sei. Der retroperitoneoskopische Zugang biete jedoch die Vorteile eines Ein-Höhlen-Eingriffs und vermeide intraabdominale Verwachsungen als mögliche Folgen. Der Stellenwert einer laparoskopischen Nierenteilresektion, obwohl technisch mit deutlichem Mehraufwand möglich, sei in seiner Wertigkeit noch zu recht umstritten, da eine R0-Resektion weniger sicher garantiert werden könne als bei einer offenen Nierenteilresektion, welche damit weiterhin als Standard anzusehen sei.

Dr. Zacharias, Universitätsklinikum Halle, sprach über die Möglichkeiten und Ergebnisse der Chemotherapie beim fortgeschrittenen Blasenkarzinom. Die Ergebnisse der adjuvanten konventionellen Chemotherapie beim Lymphknotenpositiven Blasenkarzinom mit dem MVEC- oder MVAC-Schema sind mit deutlichen chemotherapiespezifischen Nebenwirkungen behaftet und verlängern das Überleben der Patienten nicht. Positiver zu bewerten sind die Anwendung der Taxane und anderer neuerer Substanzen, die bei erheblich geringerer Toxizität bei Patienten mit Organmetastasen wirksam sind. Die Entwicklung anderer, neuer Substanzen ist in der klinischen Erprobung, lässt aber positive Entwicklungen erwarten.

Dr. Schalenberg, Universitätsklinikum Leipzig, referierte über moderne Verfahren der Harnableitung nach radikaler Zystektomie. Die Ileumneoblase nach Hautmann sei beim Mann und auch bei der Frau zum Standard einer möglichen kontinenten Harnableitung geworden. Die Harnableitungsverfahren mittels kontinenter, katheterisierbarer Pouchbildung sei ebenso möglich, werde aber vergleichsweise selten angewandt. Aufgrund des Alters und der Komorbidität der Patienten sei nach wie vor eine inkontinente Harnableitung über ein Dünndarm- oder Dickdarmlituit eine vielfach gewählte und bessere Alternative für ältere Menschen. Zu einem nicht onkologischen Thema sprach Dr. Leike, Universitätsklinikum Dresden, über die Möglichkeiten und Grenzen der perkutanen endoskopischen Nierensteintherapie (perkutane Nephrolitholapaxie, PNL). Die Technik dieser früher als minimal-invasiv betrachteten Methode habe sich durch die Geräteentwicklung nur geringfügig verändert,

jedoch sei mit der Lasertechnik die Anwendung hochenergetischer Energieverfahren zur Steinerztrümmerung möglich. Kritische Punkte dieser Operation seien die richtige Indikationsstellung, die Wahl der Kelchgruppe für den Zugang und eine sichere Punktions- und Bougierungstechnik. Die Steinfreiheitsraten nach der PNL liegen zwischen 85 und 90%. Sekundäreingriffe zur Entfernung kleiner Reststeine nach PNL seien vergleichsweise wenig belastend.

PD Dr. Janitzky, Heidenau, referierte über die Therapie des unteren Harnleitersteins mittel ESWL oder Ureterskopie. Beide Methoden seien effektiv, die Indikation abhängig von der Steingröße und anatomischen Gegebenheiten. Bei gleichen Ausgangsbedingungen ist die Steinfreiheit sicherer und rascher mit ureterskopischer Stein Entfernung zu erreichen bei geringfügig höherer Komplikationsrate. Die Definition eines Standards sei hier jedoch durch die Fachgesellschaften noch nicht erfolgt.

Dr. Böhm, Dresden, berichtete über die Erfahrungen in der Praxis mit den neuen Therapieverfahren zur erektilen Dysfunktion. Die drei zugelassenen Phosphodiesterasehemmer Sildenafil, Vardenafil und Tadalafil unterscheiden sich in der Wirkungsweise nicht wesentlich, es bestünden jedoch Unterschiede in der Wirksamkeit wie auch der Wirkdauer, auch in Abhängigkeit von der therapierten Patientengruppe. Alle drei Medikamente würden von Patienten gut angenommen, die Präferenz richte sich prinzipiell nach den persönlichen Umständen und Vorstellungen der Patienten.

Abschließend gab es eine Rundtischdiskussion zu uroonkologischen Problemfällen mit den Teilnehmern PD Dr. Barth, Aue, Prof. Dr. Dorschner, Leipzig, Dr. Lammert, Görlitz, Dr. Raßler, Leipzig, PD Dr. Steinbach, Dresden, Prof. Dr. Wirth, Dresden und Dr. Wittig, Chemnitz. Von den Teilnehmern wurde dabei eine breite Spektrum an uroonkologischen Kasuistiken mit speziellen Fragestellungen vorgestellt und diskutiert. Es schloss sich dabei eine breite Diskussion an.

Fast erwartungsgemäß wurde aufgrund des dicht gepackten wissenschaftlichen Programms der Zeitrahmen auch aufgrund der angeregten Diskussion etwas überzogen. Die Fortbildungsveranstaltung wurde von mehr als 120 Urologen aus Kliniken und Praxen Sachsens besucht.

Prof. Dr. Manfred Wirth, Dresden

## Fort- und Weiterbildung in der Palliativmedizin

Im Januar 2002 wurde die Akademie für Palliativmedizin und Hospizarbeit Dresden als vierte Akademie der Deutschen Krebshilfe e.V. in Dresden eröffnet. Sie ist als gemeinnützige GmbH eine rechtlich selbständige Einrichtung der Katholischen Wohltätigkeitsanstalt zur heiligen Elisabeth, Reinbek.

Ausgestattet mit der Anschubfinanzierung durch die Deutsche Krebshilfe e.V. hat sie den Auftrag, Fort- und Weiterbildungskurse für Ärzte, Pflegende, Sozialpädagogen, Therapeuten und Seelsorger in Palliativmedizin, Palliative Care und Hospizarbeit in Dresden, Sachsen und bundesweit anzubieten. Grundlage unserer Kurse sind die Lehrpläne der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (Medizin und Pflege). Im Bereich Hospizarbeit konzentrieren wir uns auf die Anforderungen, die der § 39 a SGB V und die Richtlinien des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales zur Förderung von Hospizeinrichtungen vom 5. November 2001 stellen. Die Akademie steht in enger Kooperation mit weiteren von der Deutschen Krebshilfe e.V. teilfinanzierten Einrichtungen: Dr. Mildred Scheel Akademie Köln, Zentrum für Palliativmedizin am Malteser Krankenhaus Bonn-Hardtberg und der Akademie für Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit in München. Auf universitärer Ebene steht die Dresdner Akademie für Palliativmedizin und Hospizarbeit in enger Zusammenarbeit mit Fakultäten der Technischen Universität Dresden, der Universitätsklinik Carl Gustav Carus Dresden und dem Institut für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung – Abteilung Palliative Care und Organisationsethik – an der Universität Wien.

Das Kursprofil umfasst unter anderem die Basiscurricula in Palliativmedizin, Palliative Care und Sozialer Arbeit sowie die Fortbildungsseminare gemäß § 39 a: Koordinatoren- und Führungskompetenzseminar sowie das Werkstattseminar Öffentlichkeitsarbeit.

**Kursziel:** Im Vordergrund steht die fundierte Vermittlung von theoretischem und Erfahrungswissen, die Erarbeitung und Weiterentwicklung von Palliativkonzepten und deren Einsatz in der ambulanten und stationären Praxis, die interdisziplinäre Entwicklung von Standards in Palliative Care sowie die Integration der Hospizgrundsätze in das Gesundheits- und Sozialwesen.

**Zielgruppe:** Aus der interdisziplinären Perspektive der Palliativversorgung ist das Akademieprogramm auf Ärzte, Pflegende, Therapeuten, Seelsorger und Mitarbeiter aus psychosozialen Berufen mit praktischer Erfahrung in der Begleitung schwerstkranker Menschen ausgerichtet.

**Lernformen:** Die Lehrangebote finden jeweils in geschlossenen Kursgruppen statt, die nach modernen pädagogischen Methoden (Didaktische Vermittlung, selbstorganisiertes Lernen, Prozess der arbeitsimmanenten Qualifizierung) aufbereitet und multimedial umgesetzt werden.

Persönliche Studienzeit für die Projektarbeit sowie themenzentrierte Arbeitsgruppentreffen ergänzen die Workshops und Seminare.

**Abschluss:** Die Lehrgänge schließen mit der Dokumentation und Präsentation eines Projektes ab. Die Teilnehmer erhalten ein Abschlusszertifikat.

Die Kurse für Ärztinnen und Ärzte werden von der Sächsischen Landesärztekammer akkreditiert.

**Themenspektrum:** In den Kursen werden zahlreiche Themen aus dem Spektrum der Palliativversorgung behandelt:

Grundlagen der Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit,

- interdisziplinäre ganzheitliche Schmerz- und Symptomlinderung,
- Modelle von Palliative Care im Akutkrankenhaus, in der häuslichen Betreuung, in der Brückenpflege, im Hospiz und in der geriatrischen Versorgung,
- psychosoziale Aspekte von Krankheit, Sterben, Tod und Trauer,
- Ethik und Kommunikation,
- spirituelle Aspekte, Rituale, Trauerbegleitung,
- Analyse und Einbeziehung der sozialen Bezugswelt, wie Familiensystem, berufliche Situation, Gesundheitssystem und Gesellschaft,
- Ethik in Organisationen; Qualitätsstandards in der palliativen Versorgung,
- Projektarbeit und Projektpräsentation.

Unser aktuelles Programm für das 1. Halbjahr 2004 sowie weitere Informationen erhalten Sie in unserer Geschäftsstelle:

Akademie für Palliativmedizin und Hospizarbeit Dresden gGmbH,  
Wintergartenstraße 15 – 17, 01307 Dresden,  
Tel.: 0351 44402901, Fax.: 44 402999,  
Leiterin: Dr. phil. Ingrid-Ulrike Grom

Dr. phil. Ingrid-Ulrike Grom

## Verdienstkreuz für sächsische Ärzte

### Dr. Clemens Weiss

Im Auftrag von Herrn Bundespräsidenten Johannes Rau erhielt Herr Dr. Clemens Weiss am 19. Januar 2004 das Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland aus den Händen der Sächsischen Staatsministerin für Soziales, Frau Helma Orosz. Die hohe Auszeichnung erhielt er sowohl für sein ehrenamtliches als auch sein berufsständisches und soziales Engagement. Herr Dr. Weiss entwickelte frühzeitig eine für den späteren Arzt unverzichtbare Sensibilität, hinzusehen und zu handeln, wo Menschen von Sorge oder Not betroffen sind. Im Frühjahr 1989 übernahm er den verwaisten Platz des Chefarztes der chirurgischen Abteilung des Muldentalklinikums Wurzen. In dieser Zeit führte er die endoskopischen Operationen in einer der ersten Kliniken im Leipziger Raum ein.

Im November 1993 übernahm Dr. Weiss im Klinikum die Stelle des Ärztlichen Direktors. Bei der Erweiterung und Modernisierung des Klinikums war er immer maßgeblicher Initia-



*Dr. Clemens Weiss, Frau Helma Orosz, Staatsministerin für Soziales*

tor, ebenfalls auch Mitbegründer des Fördervereins am Muldentalklinikum.

Weiterhin hervorzuheben ist sein berufsständisches Engagement. Als Mandatsträger der Landesärztekammer hat er seit 1991 in „vorderster Front“ am Aufbau der ärztlichen Selbstverwaltung in Sachsen mitgewirkt. Als Vorsitzender der Kreisärztekammer setzte Dr. Weiss sich für die Interessen der Ärzte des

Muldentalkreises ein. Von 1995 bis 2003 vertrat er die Sächsische Landesärztekammer als Delegierter in der Bundesärztekammer und trat sachlich engagiert für die Anliegen der sächsischen Ärzteschaft ein.

Mit viel Einsatz und Hingabe führte Dr. Weiss seit 1997 regelmäßige Hilfstransporte gemeinsam mit den Johannitern/Diakonie Annaberg-Buchholz in die Ukraine und nach Weißrussland als Dolmetscher und Chauffeur durch. Während der wochenlangen Vorbereitung für die Transporte erfordert vor allen die Werbung von Sach- und Geldspenden sehr viel Zeit.

Die Aus- und Fortbildung junger Ärzte aus Jemen, Libanon, Äthiopien und Tansania lag ihm besonders am Herzen. Bis heute steht er mit seinen „Schülern“ in guter Verbindung. Statt der Blumengrüße zum 60. Geburtstag bat er um Geldspenden für ein Krankenhaus in Tanga in Tansania. Die Mitgliedschaft im Verein „Ärzte ohne Grenzen“ unterstreicht sein großes Engagement für mehr Toleranz und Gerechtigkeit unter den Menschen.

### Dr. Klaus Zenker

Herrn Dr. Klaus Zenker wurde das Verdienstkreuz 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland am 19. Januar 2004 durch die Sächsische Staatsministerin für Soziales, Frau Helma Orosz verliehen. Sein herausragender ärztlicher Einsatz, aber auch sein beachtenswertes ehrenamtliches Engagement sind es, die zu dieser hohen Auszeichnung führten.

Nach dem Studium der Humanmedizin in Heidelberg wurde Dr. Zenker bereits ein Jahr nach Beendigung der Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin zum Oberarzt des Bezirkskrankenhauses Görlitz ernannt. Neun Jahre später im Jahr 1971 wurde er zum Chefarzt der I. Medizinischen Klinik des Bezirkskrankenhauses Görlitz berufen. In dieser Funktion hat er die Entwicklung und Etablierung der Nephrologie und der Dialyse im gesamten heutigen Regierungsbezirk Dresden entscheidend vorangebracht. Dies war nur möglich, weil er seine Verantwortung für diesen Bereich weit über die Zuständigkeit als Chefarzt eines Krankenhauses hinaus gesehen hat und nicht nachließ, den Standort Görlitz zu den ersten sechs Dialysezentren in der damaligen DDR zu entwickeln, noch bevor alle Universitäten Dialyseabteilungen betrieben.



*Dr. Klaus Zenker, Frau Helma Orosz, Staatsministerin für Soziales*

Wegen seiner Fachkompetenz in Fragen der Nephrologie wurde Dr. Zenker in den achtziger Jahren zum beratenden Nephrologen des damaligen Bezirkes Dresden berufen.

Die aufrechte Haltung als Christ veranlasste ihn, diese Berufung niederzulegen, als der damalige Bezirksarzt Dr. Zenker bedrängte, eine Dialysebehandlung an einem Schwarzafrikaner zu unterlassen und ihn stattdessen in sein Heimatland abzuschicken.

Über seine berufliche Tätigkeit hinaus engagierte er sich wissenschaftlich, damit auch andere Fachkollegen von den Ergebnissen profitieren und diese im Dienste der Patienten an-

wenden konnten. Besonders am Herzen lag ihm der Nachwuchs. 23 Promotionsarbeiten begleitete er und war seinen Schülern sehr oft der väterliche Freund und Ratgeber. Begründet in seiner nationalen und internationalen Anerkennung als Nephrologe gelang es ihm, in Görlitz eine Tradition von wissenschaftlichen Tagungen zu entwickeln, die üblicherweise in den Zentren universitärer medizinischer Forschung stattfinden. Als Arzt und Wissenschaftler war für Dr. Zenker die Grenzüberschreitungen nach Polen und Tschechien sowohl geboten als auch für alle bereichernd. Durch die Gründung des Vereins „Medizinische Kongresse – Euroregion Neiße“ wurden die Kontakte schon Anfang der neunziger Jahre manifestiert und ausgebaut. Er begründete weiterhin ein fachmedizinisches deutsch-polnisches-tschechisches Symposium, das seit 1994 regelmäßig stattfindet.

Sein mutiger Einsatz für das „Neue Forum“ in Görlitz machte ihn 1989 zum Mitglied des provisorischen Görlitzer Sprecherrates, in dem er taktisch klug und strategisch klar auf Veränderungen der politischen und gesellschaftlichen Verhältnisse redend und handelnd hinwirkte. Das Ausscheiden aus dem aktiven Berufsleben im Jahr 1995 bedeutete auch für ihn nicht Ruhestand, sondern weiterhin ehrenamtliches Engagement.

## Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Dürwald zum 80. Geburtstag



Am 13. Januar 2004 beging der emeritierte Direktor des Institutes für Rechtsmedizin der Universität Leipzig Wolfgang Dürwald seinen 80. Geburtstag, ein wissenschaftliches Symposium dazu erfolgte am 23. Januar 2004 an diesem Institut. Zahlreiche Gäste, Freunde und Weggefährten des beruflichen Wirkens waren der Einladung gefolgt.

Der Jubilar wurde in Hagen/Westfalen geboren und wuchs unbeschwert in einer bürgerlichen Familie auf, musste aber als junger Abiturient die Schrecken des Krieges an der Front und harte Zeiten in der Gefangenschaft ertragen. Nach Entlassung und Heimkehr zu seinen Eltern nach Jena konnte er 1945 das Medizinstudium an der Friedrich-Schiller-Universität Jena fortsetzen. Im Jahre 1949 legte er an der Medizinischen Fakultät sein Staatsexamen ab, im gleichen Jahre erfolgte die Promotion und Aufnahme der Tätigkeit als Arzt an der Chirurgischen, Medizinischen und Neurologisch-Psychiatrischen Klinik der Fakultät in Jena. Entscheidend für die weitere berufliche Entwicklung von Wolfgang Dürwald war nach dieser Zeit 1951 der Arbeitsbeginn an dem Gerichtsmedizinischen Institut der Friedrich-

Schiller-Universität Jena. Hier legte er den Grundstein für die ihn sein ganzes Leben im Fach bestimmende naturwissenschaftlich-kriminalistische Arbeitsrichtung. Gleichzeitig wurde er – bedingt durch den nach dem Kriege herrschenden Mangel an Fachleuten – als erster Obduzent bei gerichtlichen Sektionen und mit Leitungsaufgaben des Instituts betraut (kommissarischer Direktor – Oberarzt 1954). Die Habilitation erfolgte 1957. Nach Jahren der erfolgreichen Tätigkeit in Jena hospitierte Wolfgang Dürwald im gleichen Jahre bis 1958 bei Prof. Prokop (Berlin). Sehr bald folgte für ihn der Ruf auf den neu gegründeten Lehrstuhl für Gerichtliche Medizin an der Universität Rostock, so trat er 1958 sein Amt als Direktor eines erst aufzubauenden Institutes an. Es war eine arbeitsreiche Zeit, in der sich der Jubilar auf allen Gebieten der gerichtlichen Medizin und Kriminalistik entfaltete. Er stellte Kontakte zu den Behörden, dem Versicherungsunternehmen und den Rechtspflegeorganen her, gleichzeitig erschienen Publikationen in Fachzeitschriften. Da die Familie nach Rostock gefolgt war, er in Born/Darß ein Grundstück erwerben konnte, die berufliche Arbeit vielseitig war, fühlten sich alle in der schönen Umgebung Rostocks wohl. Da kam im Jahre 1961 – relativ unerwartet – der Ruf auf den Lehrstuhl für Gerichtliche Medizin der Universität Leipzig, der längere Zeit unbesetzt war und von Prof. Prokop (Berlin) als Kommissarius neben dem Institut in Halle mit betreut wurde. Das von Kockel 1900 gegründete Institut für Gerichtliche Medizin und Kriminalistik wurde – seine Namensgebung entsprach der Arbeitsrichtung von Kockel – von Dürwald 28 Jahre bis September 1989 in diesem Sinne weitergeführt und ausgebaut. Dabei verlangte er von seinen Mitarbeitern Exaktheit und Sorgfalt bei der Bearbeitung aller anfallenden Untersuchungen, wie zum Beispiel bei Sektionen, Gutachten, Gerichtsterminen und Publikationen. Andererseits entwickelte sich im Laufe der Jahre ein kameradschaftliches Verhältnis zu seinen Schülern und Assistenten, von denen er sieben zur Habilitation brachte. Die aufgeschlossene Atmosphäre im Institut gipfelte in gemeinsamen Assisten-

tenabenden und mehrtägigen Ausflügen zu Fachkollegen in das damals zugängliche Ausland (Polen, Ungarn, CSSR) – natürlich immer mit Chef!

Die forensische Praxis wurde von Dürwald durch die Einführung eines organisierten gerichtsarztlichen Tages- und Nachtdienstes, der Leichennachschau vor Kremationen, von Fortbildungskursen für Richter und Staatsanwälte unterstützt. Tathergangsrekonstruktionen und spurenkundliche Auswertungen waren neben wissenschaftlicher Tätigkeit und Studentenausbildung ein tägliches Geschehen.

Neben wissenschaftlichen Arbeiten des Jubilars sind Buchbeiträge, wie zum Beispiel das Kapitel „Schienenfahrzeuge“ (Eisenbahnunfälle) im Handbuch „Gerichtliche Medizin“ (2003) von Brinkmann/Madea und die von ihm herausgegebenen Bücher „Gerichtsmedizinische Untersuchungen bei Verkehrsunfällen“ sowie das Lehrbuch für Studenten „Gerichtliche Medizin“ hervorhebenswert. Allerdings fand das letztgenannte Lehrbuch nicht nur bei Studenten, sondern vor allem bei Juristen und Kriminalisten besonderen Anklang, was vier Auflagen in kurzer Zeit (die letzten 1988 und 1990) bewiesen haben.

Im Jahre 1978 wurde Wolfgang Dürwald zum Mitglied der Sächsischen Akademie der Wissenschaften gewählt, der er heute noch angehört. Er war Prodekan von 1966 bis 1967, Dekan (Bereichsdirektor) von 1968 bis 1972 der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig, weiterhin jahrelange im Vorstand und Vorsitzender der damaligen Gesellschaft für gerichtliche Medizin der DDR. In der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin ist er seit 1989 Ehrenmitglied und wurde 2002 mit dem Georg-Händel-Preis ausgezeichnet. Wolfgang Dürwald ist Träger der Richard-Kockel-Medaille.

In Vitalität und geistiger Frische begeht Wolfgang Dürwald seinen 80. Geburtstag, ich wünsche ihm – auch im Namen von Schülern, Wegbegleitern, Freunden und Angehörigen – weiterhin alles Gute für Gesundheit und Wohlergehen in den kommenden Jahren.

Prof. Dr. Horst Hunger, Leipzig

## Dr. med. habil. Wolfgang Kunze zum 65. Geburtstag



Am 24. Januar 2004 vollendete Dr. med. habil. Wolfgang Kunze sein 65. Lebensjahr. Geboren in Tetschen (Decin), Abitur 1957 in Klingenthal, danach Studium der Humanmedizin an der Universität Leipzig. 1963 Promotion, Facharzt Ausbildung an der Kinderklinik

des Bezirkskrankenhauses St. Georg und Universitätskinderklinik Leipzig, 1969 Facharztanerkennung Pädiatrie, anschließend als erster Kinderarzt in Delitzsch ambulant tätig; 1971 bis 1992 Chefarzt der neu eingerichteten Kinderabteilung des Kreiskrankenhauses Zwenkau (Kreis Leipzig). In dieser Zeit widmete sich Herr Kunze vor allem allergologischen, immunologischen und infektiologischen Themen, was sich auch in einer großen Zahl von Veröffentlichungen und Vorträgen niederschlug. Er war ein stets anerkannter Chef, der bei seinen Mitarbeitern sehr beliebt war. 15 Assistenten führte er zur Facharztanerkennung, 6 Dissertationsschriften entstanden unter seiner Anleitung. Ein besonderes Anliegen war ihm die kontinuierliche Weiterbildung seiner Assistenten. Nach wie vor organisiert er regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen auf regionaler Ebene mit namhaften Referenten. Neben hoher fachlicher Kompetenz zeichnete sich Herr Kunze auch dadurch aus, dass er menschliche Wärme ausstrahlte und versuchte, christliche Werte zu vermitteln, was zur damaligen Zeit nicht einfach war. 1990 Habilitation „Sekretorisches Immunglobulin A im Urin- Nachweis und klinische Relevanz bei Harnwegsinfektionen im Kindesalter“. 1992

Schließung der Kinderabteilung aus „wirtschaftlichen Gründen“, damit wurde sein Lebenswerk zerstört. Umso erfreulicher war deshalb, dass Herr Kunze nach einer Tätigkeit am Institut für Klinische Immunologie der Universität Leipzig und der SANITAS-Klinik in Scheidegg 1995 die Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin der Kliniken des Muldentalkreises in Wurzen übernehmen und somit sein Lebenswerk fortsetzen konnte. Nach erfolgtem Umbau wird sich diese unter seiner Leitung zu einer der modernsten in Sachsen profilieren können.

Herr Kunze ist ein pragmatischer Kliniker mit großem Engagement für seine Patienten und deren Familien – wer ihn kennt, wird sich einen Wolfgang Kunze im „Ruhestand“ kaum vorstellen können. Danke für das große Engagement, Danke für die Unterstützung auch in politisch schwierigen Zeiten. In Anerkennung hierfür die besten Wünsche für die kommenden Jahre, an der Seite seiner Frau, Dr. Marie-Luise Kunze, seiner Kinder und Enkelkinder.

Dr. Andreas Baudach, Bad Lippspringe  
Dr. Peter Kinzel, Leipzig

## Unsere Jubilare im März

Wir gratulieren

**60 Jahre**  
02. 03. Dr. med. Merkelbach, Karin  
04463 Großpözna  
02. 03. Dr. med. Rieske, Karin  
04317 Leipzig  
02. 03. Dr. med. Rose, Heiko  
04416 Markkleeberg  
03. 03. Dr. med. Danner, Wolfgang  
02827 Görlitz  
03. 03. Dipl.-Med. Tiede, Klaus  
01816 Bad Gottleuba  
04. 03. Dr. med. Schulze, Lutz  
01917 Kamenz  
06. 03. Vostry, Lilo  
90552 Röthenbach  
07. 03. Dr. med. Ernst, Peter  
01159 Dresden  
07. 03. Priv.Do. Dr. med. habil. Koban, Frank  
01328 Dresden  
08. 03. Dr. med. Kämpfer, Gottfried  
09126 Chemnitz  
08. 03. Dr. med. Klaus, Barbara  
01689 Weinböhla  
08. 03. Dr. med. Thiele, Frank  
04539 Groitzsch  
08. 03. Dr. med. Wagler, Steffi  
04318 Leipzig  
09. 03. Nemeč, Ivan  
08107 Hartmannsdorf

12. 03. Dr. med. Konzak, Klaus  
08606 Tirpersdorf  
12. 03. Dr. med. Teubner, Karin  
01454 Radeberg  
13. 03. Dr. med. Birke, Ingrid  
01445 Radebeul  
13. 03. Dr. med. Schreiner, Hans-Jürgen  
04277 Leipzig  
17. 03. Dr. med. Schäfer, Christiane  
04159 Leipzig  
17. 03. Dr. med. Spremberg, Eckehard  
01217 Dresden  
18. 03. Körner, Sieglinde  
02791 Oderwitz  
19. 03. Dr. med. Meyer, Annemarie  
09217 Mohnsdorf  
19. 03. Dr. med. Tränkner, Friedemann  
09376 Oelsnitz  
20. 03. Schäfer, Charlotte  
09113 Chemnitz  
22. 03. Dr. med. Pansegrau, Heike  
01069 Dresden  
23. 03. Dr. med. Fischer, Rosemarie  
08060 Zwickau  
27. 03. Bormann, Albrecht  
08058 Zwickau  
28. 03. Dr. med. Pätzold, Götz  
01689 Weinböhla  
29. 03. Palm, Birgit  
04849 Bad Dübén

29. 03. Dr. med. Porst, Karin  
01326 Dresden  
29. 03. Priv.-Doz. Dr. med. Tegeler, Joachim  
04275 Leipzig  
30. 03. Pursche, Ursula  
08144 Ebersbrunn  
**65 Jahre**  
01. 03. Dr. med. Hoffmeister, Johanna  
04420 Markranstädt  
01. 03. Prof. Dr. sc. med. Metzsig, Heinz  
04564 Böhlen  
01. 03. Dr. med. Nass, Johannes  
09557 Flöha  
02. 03. Dr. med. Böhmer, Reinhard  
09127 Chemnitz  
03. 03. Dr. med. Hüttner, Hans-Joachim  
08523 Plauen  
04. 03. Dr. med. Hausmann, Helga  
08541 Neuensalz  
04. 03. Hochmann, Rainer  
01259 Dresden  
04. 03. Dr. med. Köhler, Ingrid  
01558 Großenhain  
04. 03. König, Gertraude  
04299 Leipzig  
04. 03. Dr. med. Trausel, Wolfgang  
01705 Pesterwitz  
05. 03. Dr. med. Dahl, Christiane  
01069 Dresden

06. 03.	Dr. med. Thümmler, Klaus 08412 Werdau	11. 03.	Dr. med. Heymann, Roland 09122 Chemnitz	03. 03.	<b>82 Jahre</b> Dr. med. Eichfeld, Werner 04277 Leipzig
07. 03.	Dr. med. Allnoch, Gabriele 08412 Werdau	14. 03.	Treichel, Richard 08228 Rodewisch	10. 03.	Prof. Dr. med. habil. Rösner, Klaus 08058 Zwickau
08. 03.	Dr. med. Ehrenberg, Ursula 04463 Großpönsa	16. 03.	Dr. med. Bochmann, Klaus 09603 Oberschöna	18. 03.	Dr. med. Kluppach, Harry 04229 Leipzig
09. 03.	Freier, Mathilde 01454 Radeberg	19. 03.	Dr. med. Dr. med. dent. Möbius, Wolfgang 04680 Colditz	24. 03.	Dr. med. Stephan, Marianne 04703 Leisnig
09. 03.	Dr. med. Piekara, Anita 04277 Leipzig	21. 03.	Dr. med. Schmook, Brigitte 04279 Leipzig		
12. 03.	Dr. med. Zocher, Hannelore 04277 Leipzig	21. 03.	Dr. med. Schneider, Helga 09131 Chemnitz		<b>83 Jahre</b> Prof. Dr. med. habil. Aresin, Lykke 04299 Leipzig
14. 03.	Dr. med. Münch, Peter 09488 Wiesa	22. 03.	Dr. sc. med. Gallwas, Klaus 04668 Großbardau	11. 03.	Dr. med. Hansch, Ursula 04275 Leipzig
14. 03.	Dr. med. Stein, Hans-Eberhardt 04129 Leipzig	22. 03.	Dr. med. Schwerdtfeger, Renate 09599 Freiberg	11. 03.	Dr. med. Nartschik, Clemens 04157 Leipzig
15. 03.	Dr. med. Jähn, Peter 08297 Zwönitz	23. 03.	Dr. med. Weber, Horst 04849 Bad Dübena	18. 03.	Dr. med. Kemmer, Carl-Heinz 02742 Neusalza-Spremberg
15. 03.	Schulz, Marie-Luise 02625 Bautzen	28. 03.	Priebs, Hannelore 02739 Eibau	19. 03.	Steinmann, Erna 04205 Leipzig
18. 03.	Humann, Marianne 04668 Grimma	29. 03.	Dr. med. Wolowski, Helmut 09600 Weißenborn	20. 03.	Prof. Dr. med. habil. Ries, Werner 04279 Leipzig
18. 03.	Dr. med. Johne, Sigurd 02727 Neugersdorf	30. 03.	Dr. med. Martin, Roswitha 09366 Stollberg		
20. 03.	Dr. med. habil. Aurich, Gerhard 08280 Aue		<b>75 Jahre</b>	15. 03.	Dr. med. Heil, Gerhard 08056 Zwickau
20. 03.	Dr. med. Zeise, Heinz 09127 Chemnitz	01. 03.	Prof. Dr. med. habil. Weise, Klaus 04416 Markkleeberg		
21. 03.	Förster, Brigitte 02747 Hernhut	06. 03.	Dr. med. Müller, Edith 01129 Dresden		<b>85 Jahre</b> Dr. med. Will, Joachim 09112 Chemnitz
21. 03.	Dr. med. Münch, Annerose 09488 Wiesa	07. 03.	Dr. med. Rausch, Hans-Günther 04207 Leipzig	31. 03.	
21. 03.	Dr. med. Windisch, Hans 08132 Mülsen	10. 03.	Dr. med. Wintzer, Horst 09131 Chemnitz		<b>86 Jahre</b> Dr. med. Peißker, Elisabeth 04277 Leipzig
22. 03.	Doz. Dr. med. habil. Keitel, Reinhard 04425 Taucha	14. 03.	Dr. med. Schneider, Hans-Georg 04155 Leipzig	15. 03.	Prof. em. Dr. med. habil. Holtorff, Joachim 01326 Dresden
22. 03.	Dr. med. Otto, Heinz 01324 Dresden	22. 03.	Dr. med. Rotzsch, Rosemarie 04416 Markkleeberg	31. 03.	Dr. sc. med. Cordes, Christoph 04651 Bad Lausick
24. 03.	Dr. med. Goldmann, Annette 08115 Lichtentanne	24. 03.	Dr. med. Flex, Günter 04277 Leipzig		
25. 03.	Dipl.-Med. Richter, Rolf 09116 Chemnitz	24. 03.	Gropp, Waltraud 09119 Chemnitz	24. 03.	<b>87 Jahre</b> Dr. med. Nenoff, Jontscho 04277 Leipzig
26. 03.	Dr. med. Giese, Ute 01217 Dresden	25. 03.	Dr. med. Klein, Charlotte 04103 Leipzig		
26. 03.	Dr. med. Kühnemann, Peter 02943 Weißwasser	27. 03.	Dr. med. Waltherr, Johanna 08228 Rodewisch	27. 03.	<b>88 Jahre</b> Dr. med. Topalow, Stefan 04105 Leipzig
27. 03.	Dr. med. Hans, Gisela 01609 Frauenhain	29. 03.	Hahn, Isolde 04129 Leipzig		
27. 03.	Dr. med. Urban, Dietmar 02625 Bautzen		<b>80 Jahre</b>	02. 03.	<b>90 Jahre</b> Dr. med. Kummer, Johannes 01662 Meißen
28. 03.	Dr. med. Hums, Reiner 08315 Bernsbach	05. 03.	Dr. med. Trepte, Herbert 01689 Weinböhla		
29. 03.	Dr. med. Wiegand, Christine 01109 Dresden	09. 03.	Dr. med. Liebert, Helga 04451 Panitzsch	23. 03.	<b>91 Jahre</b> Dr. med. Fischer, Erwin 08280 Aue
30. 03.	Hunger, Hans 09306 Milkau	17. 03.	Dr. med. Dieke, Marianne 04107 Leipzig		
31. 03.	Dr. med. Bader, Klaus 09241 Mühlau	18. 03.	Dr. med. Nawka, Maria 02627 Radibor	15. 03.	<b>93 Jahre</b> Dr. med. Ranft, Wolfgang 08209 Auerbach
31. 03.	Dipl.-Med. Kuhn, Anneliese 04155 Leipzig	19. 03.	Dr. med. Stedtner, Gerd 01217 Dresden		
	<b>70 Jahre</b>	23. 03.	Dr. med. Mucke, Günther 01099 Dresden	20. 03.	<b>94 Jahre</b> Dr. med. Geuder, Hans 01259 Dresden
02. 03.	Prof. Dr. med. habil. Raatzsch, Heinz 01328 Dresden	24. 03.	Prof. Dr. med. habil. Pfeiffer, Joachim 04155 Leipzig		
02. 03.	Dr. med. Seeliger, Johannes 02625 Bautzen	27. 03.	Eisner, Ingeborg 04103 Leipzig	12. 03.	<b>95 Jahre</b> Dr. med. Himmel, Josef 08233 Treuen
03. 03.	Dr. med. Schubert, Karin 01217 Dresden		<b>81 Jahre</b>		
04. 03.	Dr. med. Bühr, Joachim 08468 Reichenbach	08. 03.	Dr. med. Viertel, Johanna 09484 Oberwiesenthal		
06. 03.	Dr. med. Aßmus, Peter 01307 Dresden	09. 03.	Dr. med. Müller-Stephann, Herbert 08349 Erlabrunn		
09. 03.	Dr. med. Dietrich, Günther 01445 Radebeul	25. 03.	Dr. med. Michaelis, Wolfgang 09366 Stollberg		
11. 03.	Dr. med. Gerisch, Renate 01844 Neustadt				

## Zum 150. Geburtstag des Leipziger Neurologen, Psychiaters und Medizinschriftstellers Paul Julius Möbius

### Vom niedergelassenen Nervenarzt zum kauzigen Stubengelehrten

Am 24. Januar 1853 als Sohn des späteren Direktors der ersten Bürgerschule und Enkel des Direktors der Sternwarte Professor August Ferdinand Möbius in Leipzig geboren, besuchte Paul Julius die Bürger- und Thomaschule. Im Herbst 1870 bestand er hier das Abiturientenexamen. Anschließend studierte er an der Universität seiner Heimatstadt sowie kurz in Jena und Marburg Theologie, Philosophie und Medizin. In den letzten beiden Wissenschaften erwarb er den Dokortitel. Nach einer kurzen Episode als Militärarzt widmete er sich der Nervenheilkunde und eröffnete 1879 in der Wintergartenstraße 15 eine private Praxis für Neurologie und Elektrotherapie.

Diese sollte er – zuletzt seit 1896 in der Rosentalgasse 1-3 - außerordentlich erfolgreich bis kurz vor seinem Tode betreiben. Als seine Hauptklientel kristallisierte sich bald das gehobene und gebildete Stadtbürgertum heraus. Vor allem die entsprechend der Mode an Nervosität Leidenden bildeten die Schar seiner Patientenschaft und bald auch eine getreue Gemeinde an vornehmlich weiblichen Neurasthenerinnen und Hysterikerinnen, die sich auf eine ganz eigene Art zu Möbius hingezogen fühlten. Ob ihn auch die Leipziger Schriftstellerin, Vorkämpferin für weibliches Selbstbewusstsein und Geliebte Max Klingers Elsa Asenijeff als ärztlichen Beistand suchte, muss vorerst noch offen bleiben, doch tauschten sich beide tiefgreifend geistig aus. Zu Möbius' Freundes- aber auch Patientenkreis zählte jedoch ganz sicher Gustav Theodor Fechner, der große Physiker, Psychophysiologe und Philosoph. Sein Einfluss auf Möbius' gesamte Lebens- und Geisteshaltung kann kaum überschätzt werden und diesem Seelenverwandten ließ Möbius die heute noch in Kopie erhaltene Fechner-Büste im Rosental errichten, unmittelbar am Ausflugsgasthaus Schweizerhaus, das historisch getreu rekonstruiert wurde und sich heute auf dem Areal des Zoos befindet. Der aus der Rosentalgasse in das Rosental zum Schweizerhaus hinausspazierende vollbärtige und durchgeistigt wirkende Nervenarzt gehörte jahrzehntelang zum festen Bild dieses Viertels. Als junger Mann trat er diesen Streifzug noch begleitet von Freunden an – etwa eskortiert von dem bis heute bekanntesten deutschen Psychiater Emil Kraepelin – und oft mündete dieser Rundgang in einem feucht-fröhlichen 'Hexensabbat', wenn nicht in der Restauration im Rosental, dann auch



*Paul Julius Möbius – bis heute anerkannter und zitiertener Nervenarzt, der auch der Psychiatrie wichtige Impulse zu vermitteln vermochte, gelang aufgrund seiner kantigen und der akademischen Medizin gegenüber gespannten Beziehung keine Universitätskarriere. Schließlich vereinsamte er der Welt fremd geworden zum Stubengelehrten. Quelle: Archiv für Leipziger Psychiatriegeschichte*

schon mal im Café Felsche am Augustusplatz. Doch später, kauzig und der Welt fremd geworden, fast tragisch vereinsamt, sah man den zum Stubengelehrten Gealterten beim Luftschöpfen nur noch geleitet von einem großen schwarzen Pudel oder einem massigen Foxterrier, seinen letzten Freunden.



*Im Medizinisch-Poliklinischen Institut im Mittel-Paulinum (Universitätsinnenhof am Augustusplatz) hatte Wilhelm Erb 1880 eine neurologisch-elektrotherapeutische Abteilung aufgebaut. Hier absolvierte Möbius dann vor allem unter Adolf von Strümpell seine wichtige neurologische Lehrzeit. Quelle: Füßler. Leipziger Universitätsbauten ... Leipzig: Bibliograph. Institut, 1961: 180*

Kraepelin und Möbius hatten ihre Freundschaft begründet während der wenigen gemeinsamen Monate 1882/83 als Volontäre an der Medizinischen Poliklinik der Universität unter dem berühmten Neurologen Wilhelm Erb. Zu dieser Zeit, 1883, hatte Möbius auch habilitiert und die Privatdozentur an der Medizinischen Fakultät erhalten. Doch seine innige Hoffnung auf eine akademische Karriere sollte immer wieder enttäuscht werden: So erhielt er zwar unter Erbs Nachfolger Adolf Strümpell die ersehnte bezahlte Assistentenstelle, doch als auch dieser Leipzig verließ, übertrug man nicht ihm, sondern zu seiner lebenslangen Verbitterung einem Jüngeren und Dienstunfahreneren das Direktorat des Instituts. Als ein solcher Vorgang sich 1888 sogar wiederholte, gab er bald aus Frust seinen Vorlesungsbetrieb auf und verbaute sich somit selbst den Weg, irgendwann doch noch zum Professor und Leiter befördert zu werden. In einem einigermaßen Aufmerksamkeit erregenden Hochschulschandal, in den er sogar den sächsischen Kultusminister hineinzog, gab Möbius 1893 lautstark seine Lehrbefugnis an die Fakultät zurück, nunmehr fest überzeugt, systematisch benachteiligt und übergangen worden zu sein. Damit war seine Isolation als Arzt und Wissenschaftler wie auch als Mensch eingeleitet. Er blieb beschränkt auf seine kleine Privatpraxis und im Wesentlichen auf seine Sprechstunde.

### Möbius und die Frauen: Weiberhasser oder Wegweiser für ein neues Konzept der Hysterie?

Um so erstaunlicher sind seine unglaublich zahlreichen medizinischen Schriften. Viele wurden zwar hitzig diskutiert, ja sogar massiv angegriffen, doch entzündete sich die Kritik zumeist am berühmt-berüchtigten populistischen Möbiusschen Zungenschlag. Wissenschaftlich war den medizinischen Erkenntnissen kaum beizukommen. Ein wenig anders mag sich das mit seinen psychologisch-philosophisch-anthropologischen Publikationen verhalten, für die sein Name vor allen Dingen bekannt blieb. Leider, möchte man sagen. Denn da lässt sich auch eine Abhandlung finden, die das Vorhandensein eines am Kopf über der linken Augenhöhle deutlich erkennbaren 'mathematischen Organs' zu beweisen erstrebt. Dieses auf außerordentliche logische Fähigkeiten hinweisende Merkmal will er auch am Totenschädel seines Großvaters ausgemacht haben, den er eigens während der Umbettung der auf dem Alten Johannisfriedhof



*Auf Initiative von Möbius wurde die heute noch in Kopie erhaltene Fechner-Büste im Rosental – unmittelbar am Ausflugsgasthaus Schweizerhaus – errichtet. Gustav Theodor Fechner prägte die philosophische Gedankenwelt seines jungen Freundes.*

*Quelle: Archiv für Leipziger Psychiatriegeschichte*

bestatteten Gebeine vermaß. In Besonderheit ist da aber weiterhin noch ein Pamphlet, das bis heute der Damenwelt urplötzlich die Zornesröte ins Gesicht aufsteigen lässt: Die unbeirrt immer wieder aufgelegte und verbreitete Schrift 'Ueber den physiologischen Schwachsinn des Weibes', worin der Autor einen Nachweis führen will, dass Frauen von Natur aus vorherbestimmt seien, sich auf die Austragung und Pflege der Kinder zu beschränken, während im Grunde einzig der Mann neben der schnell verrichteten Zeugung für geistige Dinge empfänglich sei. Da fällt es schwer zu diskutieren, ob der vermeintliche Frauenhasser, grundsätzlich, aber eben zeittypisch, nur darlegen wollte, ob nicht die Geschlechter aufgrund ihrer abweichenden physischen Beschaffenheit unterschiedliche psychologische Veranlagungen besäßen. Eine heute in der Wissenschaft längst bewiesene Tatsache. Dass Möbius durchaus nicht pauschal als Weiberfeind gelten kann zeigen allein schon der über Jahrzehnte hin keineswegs versiegende Zustrom von Patientinnen und seine erst jetzt in ihrer ganzen Bedeutung erkannten Aufsätze über die Hysterie. Hier nämlich wird deutlich, dass er das andere Geschlecht und deren

Erkrankungen sehr wohl ernst nahm. Denn noch vor den einschlägigen Arbeiten von Sigmund Freud und Josef Breuer war es nämlich Möbius, der die Hysterie als eine psychogene, ohne organische Grundlage existierende psychische Krankheit charakterisierte. Damit trug er wesentlich dazu bei, dass die just während dieser Jahre vielerorts vorgenommene Kastration von Hysterikerinnen – da sie vermeintlich an einem durch die weiblichen Geschlechtsorgane verursachten Gebrechen litten – nicht wirklich Eingang in das psychiatrische Behandlungsrepertoire fand. Im Übrigen ein Eingriff, den sein hoch dotierter akademischer Kollege aus der universitätspsychiatrischen und Nervenklinik, Professor Paul Flechsig, dröhnend propagierte. Möbius entwarf vielmehr auf der Einsicht, es handle sich hier um ein psychologisch entstandenes Leiden,

auch ein Konzept zu einer psychologischen, einer ärztlichen Psychotherapie. Und im Nachhinein kann man nicht mehr umhin zu resümieren, dass Möbius damit nicht nur schlechthin zu einem wichtigen Vordenker der Psychoanalyse wurde, sondern er wirkte damit sogar auf die Ideengeschichte der gesamten Disziplin Psychiatrie ein, indem er ihr einen Anstoß zur Überwindung der einseitigen himm-organisch orientierten Schule gab.

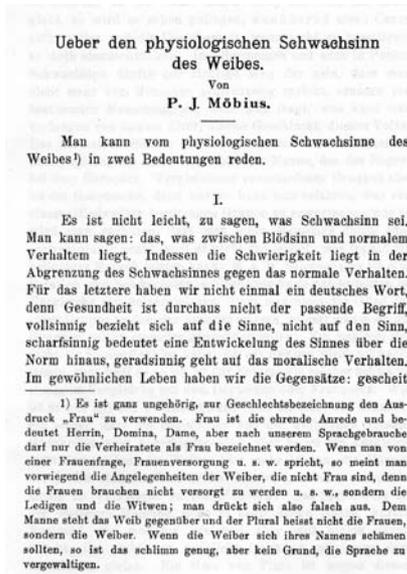
#### **Bleibende wissenschaftliche Verdienste**

Die anhaltende Beachtung des Leipziger Neurologen und Psychiaters gründet sich weiterhin auf die von ihm erstmals grundsätzlich vorgenommene Einteilung der Nervenkrankheiten in äußerliche und vom Nervensystem selbst ausgehende, die dann in ähnlicher Weise von der Psychiatrie – vermutlich erstmals

von seinem Freund Kraepelin – für Geisteskrankheiten übernommen wurde. Weiterhin war es Möbius, der als Ursache des Morbus Basedow die gesteigerte Tätigkeit der Schilddrüse entdeckte. Seine Studien über Augenschwächen ließen ihn das diagnostische Kriterium der Konvergenzschwäche bei Basedow-Kranken auffinden, in die Medizin ging es als das ‘Möbius-Zeichen’ ein. Auch mit der Bezeichnung ‘Möbius-Syndrom’ für hirnnervlich bedingte Lähmungen der Augen- und Gesichtsmuskeln infolge fehlender oder in der Kindheit untergegangener motorischer Ganglienzellgruppen würdigt man nach wie vor seine Forschung namentlich. Schließlich ist außerdem der Begriff der ‘Möbiusschen Krankheit’ geläufig, der die Migraine ophthalmoplégique bezeichnet, die Möbius – an ihr selbst leidend – ausführlich beschrieb. Wesentliches trug er weiterhin dazu bei, dass sich die Überzeugung durchsetzte, die Tabes und die progressive Paralyse basieren auf einer syphilitischen Infektion, das Schlagwort von der ‘Metasyphilis’ stammt von ihm. Doch engagierte Möbius sich auch praktisch, so im Kampf gegen Alkoholmissbrauch und sein sozial- und gesundheitspolitischer Unternehmungsgeist führte direkt zum Bau mehrerer Nervenheilstätten für Unbemittelte, in denen neben medikamentöser beispielhaft die Beschäftigungstherapie und die therapeutische Gemeinschaft verwirklicht werden sollten. Seine Forderung, dass der Psychiater neben medizinischen und anatomischen auch über einen weiten geisteswissenschaftlichen – um nicht zu sagen philosophischen – Horizont verfügen müsse, klingt hier an. Wie Möbius sich überhaupt vehement gegen einen puren Materialismus in der Seelenheilkunde aussprach, eine ganzheitliche Sicht verfocht. In diesem Sinne ist es ein selten glücklicher Umstand, dass Möbius das Gebiet der Psychiatrie sowohl mit dem Handwerkszeug des exakten neurologischen Forschers als auch mit der Weitsicht des Philosophen betrat.

**Der medizinisch-wissenschaftliche Publizist: Die Pathografien**

In besonderer Weise aber vermochte Möbius die Psychiatrie und Psychoanalyse zu bereichern durch seine Pathografien. Eben hier, am Ausgang seines Schaffens, kam ihm neben seinem psychopathologischen Gespür sein theoretisches, philosophisch-literarisches Vermögen wieder besonders zustatten. Sein Leben lang fesselte ihn die Beziehung von Wahn-



*Seit der Erstauflage von 1900 wurde Möbius’ ‘Physiologischer Schwachsinn’ nahezu regelmäßig wieder aufgelegt oder erschien in Reprints. Sie ist bis heute in der Öffentlichkeit die bekannteste, zugleich aber umstrittenste Schrift Möbius’. In der medizinhistorischen Forschung dagegen gelten viele seiner neurologisch-psychiatrischen Aufsätze und Bücher als wichtig und wegweisend. Gerade in letzter Zeit wird wieder verstärkt auf sie verwiesen. Quelle: Möbius. Ueber den physiologischen Schwachsinn des Weibes. Halle: Marhold, 1900: Titelseite*

sinn und Genie, von Psychopathologie und Kreativität. So durchforschte er das Werk von Jean Jacques Rousseau, den er an Verfolgungswahn leidend glaubte, Arthur Schopenhauer, dessen lebensfeindliche Stimmung krankhaft gewesen sei, Friedrich Nietzsche, bei dem er die bis heute nicht verworfene Diagnose Progressive Paralyse stellt, Robert Schumann, Joseph Victor von Scheffel und immer wieder Wolfgang von Goethe nach psychiatrisch Auffälligem. Natürlich musste sich besonders am Urteil über Letzteren der Widerstand entzünden, nicht nur unter hagiographisch eifrigen Literaturwissenschaftlern und Germanisten. Möbius verwarf zwar die seinerzeit allgemein verbreitete Ansicht, Goethe hätte Syphilis gehabt, diagnostizierte nun aber eine manisch-depressive Verstimmung, deren Ursache eine Entartung der Familie des Dichturfürsten gewesen sei.

Nicht vergessen sei Möbius’ Schaffen als Redakteur von ‘Schmidt’s Jahrbüchern der in- und ausländischen gesammten Medicin’, da er für diese Vertreter einer Zunft war, die längst

ausstarb: Rezensent medizinisch-literarischer Neuerscheinungen. Der ungebundene, privat niedergelassene Leipziger Nervenarzt, der als einer der vorzüglichsten Schriftsteller der Fachliteratur genannt werden muss, dessen Stil von dem langweilig leblos vorgesetzten Einheitsbrei der medizinisch-wissenschaftlichen Kollegen nicht grundlegender hätte abweichen können, urteilte ohne jede Rücksicht auf ein Amt oder eine Lehrmeinung. Durch seine fantasievollen, geradezu schwelgerischen Hymnen oder Streitschriften und Verrisse voller bitterer Ironie und zuweilen beißendem Sarkasmus stieg er binnen kurzem auf zu einer der letzten und höchsten Instanzen der medizinischen Kritik seiner Epoche. Doch immer respektierte der neutrale Beobachter seine Unbestechlichkeit, Treffsicherheit und seinen unbedingten Willen, die Medizin in ihrem Wissen voranzubringen. Dafür leistete Möbius nicht nur selbst eigene Beiträge auf den Gebieten der Neurologie und Psychiatrie, sondern nutzte nach bestem Wissen und Gewissen sein einflussreiches Amt als Publizist.

**Das tragische Ende**

Seit 1903 musste er sich wiederholt schweren Operationen unterziehen. Er litt an einem immer wiederkehrenden Karzinom des Unterkiefers. Sein Vermögen stiftete er zum Großteil dem Leipziger Tierschutzverein, seine wissenschaftlichen und Kunstsammlungen vermachte er einigen Universitätsinstituten oder dem Leipziger Kunstgewerbemuseum. Ebenfalls noch zu Lebzeiten verbat er sich die Mitwirkung eines Geisteslichen bei seiner Bestattung. Bis in den Tod am 8. Januar 1907 pflegte ihn eine noch treu gebliebene Cousine, die ihm seit 1902, seit der Trennung von seiner Frau, auch den Haushalt geführt hatte. Seine unglückliche Ehe mit Constanze Drobisch, einer zehn Jahre älteren Tochter des bekannten Philosophen und Mathematikers Moritz Wilhelm Drobisch, blieb kinderlos. Und so blieb der Kreis, derjenige, die an seiner Beerdigung auf dem Leipziger Südfriedhof teilnahmen, tatsächlich fast auf einige Kollegen und langjährige Patienten begrenzt. Zum Lebensschicksal Möbius’ passt es, dass auch seine Grabstelle nicht mehr erhalten ist. Sie wurde – vermutlich 1978 – abgebrochen.

Dr. rer. medic. Holger Steinberg  
Archiv für Leipziger Psychiatriegeschichte  
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie  
Universität Leipzig  
Johannisallee 20, 04317 Leipzig

## Prof. em. Dr. med. habil. Herbert Edel zum 90. Geburtstag

Ausstellung

Zum 90. Geburtstag des Arztes und Malers, Prof. em. Dr. med. habil. Herbert Edel, werden in Würdigung der insbesondere künstlerischen Verdienste Malerei und expressionistische Grafik in einer Ausstellung im 3. und 4. Obergeschoss der Sächsischen Landesärztekammer gezeigt. Auch fein gezeichnete Porträts und farbenfrohe Landschaften sind in dieser Präsentation zu sehen. Einige Werke entstanden während seiner Italienaufenthalte in den 30er Jahren und in seiner Eigenschaft als Truppenarzt bis 1945 in Frankreich, Polen, Russland und Griechenland. Diese Arbeiten sind durch völlig andere Lichtverhältnisse gekennzeichnet und unterscheiden sich deutlich von den Dresdner Arbeiten. Die Malerei von Prof. Edel zeichnet sich durch Spontaneität aus. Von seinen Bildern geht eine suggestive

Kraft an den Betrachter. Die expressive Farbenkraft erinnert an die Brücke Künstler um Kirchner, Schmidt-Rottluff und Heckel.

Die Einführung zur Midissage erfolgt durch die Galeristin Frau Angelika Sillack. Seine berufliche Laufbahn würdigt Herr Dipl.-Med. Albrecht Einbock vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales.

### Ausstellung:

14. Januar bis 14. März 2004

### Geöffnet:

Montag bis Freitag von 9.00 bis 18.00 Uhr

### Midissage:

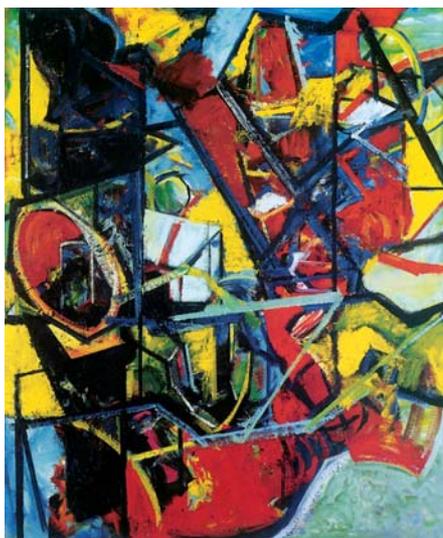
19. Februar 2004, 19.30 Uhr



kö

## Horst Weber – Bilder zur Musik

Ausstellung



*Fuge Hindemith, 1995*

Horst Weber (1932 bis 1999) fand überall künstlerische „Nahrung“ – in der Natur, in der Gesellschaft, auf Reisen, an seinem Lebensort Dresden, in biblischen Themen und besonders auch in der Musik. Die „Bilder zur Musik“ sind unter anderem von Bernd Alois Zimmermanns Oper „Soldaten“, Jörg Herchets „Abraum“, Werken Pendereckis, Schnittkes

oder Hindemiths inspiriert. Man sieht zusammen prallende, sich oft verhakende spitze Winkel, aufeinander getürmte kubistische Formen, kristalline Aufsplitterungen. Manchmal auch entdeckt man in diesen verwirrenden und kraftvollen Bildräumen figurative und gegenständliche Andeutungen.

Die Malerei Webers bezieht ihre Kraft zugleich aus kräftigen, häufig von den Grundfarben dominierten Farbklangen. Der Rhythmus der Arbeiten ist überwiegend hart, voller Dissonanzen – so wie viele der Weber inspirierenden Musikwerke. In ihnen fand er Anregungen, um Chaos, Brutalität, Zerstörung und persönlichem Betroffensein bildnerischen Ausdruck zu verleihen, Vielschichtigkeit und Vernetzung des Weltgeschehens sichtbar zu machen. „Es soll alles wie Musik sein ... wie atonale Musik, sperrig“, notierte der Künstler. Die Bilder selbst bedürfen allerdings nicht der „Erklärung“ durch die Musik. Wie Horst Webers Gesamtwerk zeigen sie ein in der Dresdner Kunstlandschaft unverwechselbares Gesicht.

Dr. Ingrid Koch, Dresden

### Ausstellung:

im Foyer der Sächsischen Landesärztekammer vom 14. Januar bis 14. März 2004

### Geöffnet:

Montag bis Freitag von 9.00 bis 18.00 Uhr  
Ein Werkkatalog liegt aus.