

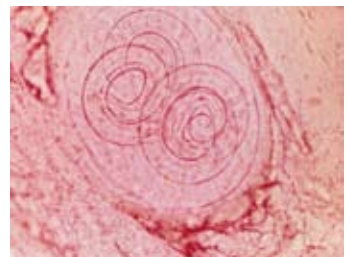
Berufspolitik	Leitbild der Sächsischen Landesärztekammer	192
	Bundesverdienstorden überreicht	194
	Wanderausstellung	
	„60 Jahre Bundesärztekammer“	194
	4. Stellenmesse in Österreich	195
	Ethik in der Medizin	196
	Externe vergleichende Qualitätssicherung in der Chirurgie	203
Gesundheitspolitik	Suchtprobleme im Freistaat Sachsen	199
Mitteilungen der Geschäftsstelle	18. Sächsischer Ärztetag / 38. Kammerversammlung am 27./28. Juni 2008	208
	Tarifeinigung für Klinikärzte	209
	Ablauf von weiteren Übergangsbestimmungen in der Weiterbildungsordnung	209
	15. Dresdner Ärzteball	210
	Studienfreunde wieder finden	210
	Konzerte und Ausstellungen	210
	Seniorentreffen	210
	Kurs „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“	225
	Impressum	210
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	211
Tagungsbericht	Tagung der AG Peri-/Neonatalogie mit dem Sächsischen Hebammenverband	212
Medizingeschichte	Prof. Dr. med. Hermann Eberhard Friedrich Richter (1808 – 1876) – 2. Teil	213
Personalia	Jubilare im Juni	217
	Prof. Dr. med. habil. Dieter Lohmann zum 80. Geburtstag	219
	Prof. Dr. med. habil. Gerhard Reichel zum 65. Geburtstag	220
	Dr. med. Hans-Jürgen Pollack zum 65. Geburtstag	221
Originalie	Entdeckungsgeschichte der Trichinen	222
Kunst und Kultur	Ausstellung Prof. Wolfram Hänsch	225
Mittelhefter	Fortbildung in Sachsen – Juli 2008	



Bundesverdienstorden für
Prof. Dr. med. habil. Behrendt
Seite 194



Prof. Dr. med. Hermann Eberhard
Friedrich Richter
Seite 213



Trichinenkrankheit
Seite 222



Ausstellung Wolfram Hänsch
Seite 225

Sächsische Landesärztekammer gibt sich ein Leitbild

Auf Beschluss des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer hat eine vom Vorstand eingesetzte Redaktionskommission ein Leitbild erarbeitet, welches nach vielerlei Vorwürfen und umfangreichen Diskussionen in den unterschiedlichen Arbeitsbereichen, natürlich auch im Vorstand selbst, am 5. 3. 2008 verabschiedet wurde. Die Redaktionskommission bestand aus den Damen und Herren: Prof. Dr. med. habil. Heinz Diettrich – Ehrenpräsident der Sächsischen Landesärztekammer, Erik Bodendieck, Vizepräsident, Prof. Dr. med. habil. Otto Bach, Vorsitzender der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung, Dr. Lutz Liebscher, Dr. Steffen Liebscher, beide Vorstandsmitglieder, Frau Dipl.-Ök. Kornelia Keller, Kaufmännische Geschäftsführerin, Herr Knut Köhler M.A., Presse-referent.

Es sei erlaubt, einige Ausführungen zu Sinn und Zweck eines solchen Leitbildes zu machen.

Jedes Wirtschaftsunternehmen, jede Körperschaft, die für große Personenkreise verantwortlich ist, bedarf

einer Unternehmensphilosophie, einer Unternehmenskultur, die Aussagen über ihre Wertesysteme zu treffen hat und ihre Mitarbeiter auf diesen Kanon von Werten der Gemeinschaft verpflichten kann.

Unsere Sächsische Landesärztekammer darf sich als solche Wertegemeinschaft betrachten, die von ihren ehrenamtlichen und hauptamtlichen Mitarbeitern Einstellungen und Haltungen erwartet, mit denen sie den Ärztinnen und Ärzten in Sachsen begegnen. Die Werte, denen die Mitarbeiter verpflichtet sind, lassen sich in einigen wesentlichen Wortmarken skizzieren:

Die Ärztekammer hat Gemeinwohl-aufgaben, sie ist eine gesundheitspolitisch wirksame Instanz im Interesse der von ihr vertretenen Ärztinnen und Ärzte; sie trägt eine sozialstaatliche Aufgabe (Versorgungswerk), sie ist – als ein zentrales Grundereignis – eine Service-Leisterin in vielen Belangen, zum Beispiel der Weiterbildung, der Fortbildung, der Qualitätssicherung und hat damit eine dienende Funktion. Die Ärztekammer ist eine demokratisch verfasste Institution.

Um erfolgreich zu arbeiten, muss den Mitarbeitern eine Orientierung gegeben werden, wie sie ihre Aufga-

ben im Sinne vorgegebener Werte erledigen können; die Leitungsstrukturen haben die Aufgabe, für entsprechende Bedingungen zu sorgen, die die Motivation fördern. Komplizierte Geschäftsprozesse und bürokratische Erfordernisse – die nicht selten eine Neigung zu proteushafter Ausweitung in sich tragen, verlangen im Sinne der Betreuten (also unserer Ärztinnen und Ärzte) eine Orientierung hin auf die Hauptaufgaben und deren personendienlicher Umsetzung.

Wichtig für traditionsreiche Institutionen, wie sie die ärztlichen Selbstverwaltungen darstellen, sind auch Aussagen zur Traditionspflege und zur Pflege von Kultur in ihrem Wirkungsbereich.

In diesem Sinne wird der Sächsischen Ärzteschaft das Leitbild im Folgenden vorgelegt. Wir bitten die Kollegen, unsere tägliche Arbeit an diesen Regeln zu prüfen und sind selbstverständlich bereit, Probleme, die sich aus der Kommunikation miteinander ergeben, im Sinne des Wertekanons zu lösen und gegebenenfalls auch das Leitbild – das selbst als auf Zukunft hin orientiertes Arbeitsinstrument anzusehen ist – zu modifizieren.

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach

Leitbild der Sächsischen Landesärztekammer

Die Sächsische Landesärztekammer ist als Körperschaft öffentlichen Rechts die Berufsvertretung der Ärzte im Freistaat Sachsen. Sie ist durch das Heilberufekammergesetz legitimiert, deren berufsständische, berufspolitische und berufsrechtliche Ange-

legenheiten selbst zu regeln. Sie bemüht sich um die Wahrnehmung der beruflichen Belange der Ärzteschaft unter Beachtung des Wohls der Allgemeinheit und sorgt für ein hohes Ansehen des Berufsstandes. Eine wichtige Aufgabe sehen alle Mitarbeiter in der stärkeren Vermittlung des Kammergedankens mit seinen Ideen und Prinzipien einer berufsständischen Selbstverwaltung der

Ärzteschaft, um mehr Ärzte für die Mitwirkung an der Kammerarbeit zu gewinnen.

Die Mitarbeiter der Sächsischen Landesärztekammer – ob in haupt- oder ehrenamtlicher Funktion – haben nachfolgende Grundsätze ihres Handelns im Sinne der vorgegebenen Aufgaben in einem Leitbild – als einer nach innen und außen wirksamen Handlungsmaxime – zusammengefasst:

1. **Die Sächsische Landesärztekammer fühlt sich dem Gedanken der berufsständischen Selbstverwaltung verpflichtet und bezieht aus deren geschichtlicher Tradition wichtige Impulse.**
2. **Die Mitarbeiter der Sächsischen Landesärztekammer verstehen sich als Interessenvertreter der Ärzteschaft und fühlen sich in diesem Sinne dem Berufsstand und jedem einzelnen Arzt verpflichtet.**
3. **Die Mitarbeiter der Sächsischen Landesärztekammer handeln serviceorientiert und bemühen sich um eine verständliche und zuvorkommend-gepflegte Kommunikation, lösungsorientierte und unvoreingenommene Aufgabenbewältigung.**
4. **Besonderen Wert legt die Sächsische Landesärztekammer auf eine sachbezogene und konstruktive Kooperation mit den Partnern im Gesundheitswesen. Sie setzt sich mit berufs- und gesundheitspolitischen Entwicklungen aufgeschlossen und kritisch auseinander.**
5. **Die Mitarbeiter der Sächsischen Landesärztekammer verpflichten sich, ihre berufliche Qualifikation an die sich wandelnden Arbeitsaufgaben engagiert anzupassen und ihren Arbeitsstil durch Eigenverantwortung und -initiative, bereichsübergreifende Organisation und Hilfsbereitschaft zu prägen.**
6. **Die Sächsische Landesärztekammer verwaltet finanzielle Mittel der Ärzteschaft. Diese setzen sich aus Mitgliedsbeiträgen, Gebühren und sonstigen Einnahmen zusammen. Sie sorgt für einen sparsamen und wirtschaftlichen Umgang mit den Finanzen und legt hohen Wert auf Transparenz in der Haushaltsführung.**
7. **Die Sächsische Ärzteversorgung, als Einrichtung der Sächsischen Landesärztekammer, setzt den durch das Sächsische Heilberufekammergesetz an sie übertragenen Versorgungsauftrag zum Wohle ihrer Mitglieder verantwortungsvoll, leistungsstark und zukunftsorientiert um. Der Schwerpunkt ihrer Tätigkeit liegt auf der Sicherung und Mehrung des Vermögens, dessen sparsamer Verwaltung und satzungsgetreuer Verwendung unter Berücksichtigung aller rechtlichen, versicherungsmathematischen und finanztechnisch relevanten Einflussfaktoren.**
8. **Die Sächsische Landesärztekammer betrachtet es als ein vornehmes Anliegen, Kunst und Kultur in ihren Räumen zu fördern, indem den Kammermitgliedern entsprechende Angebote unterbreitet werden.**
9. **Jeder Mitarbeiter der Sächsischen Landesärztekammer trägt mit seinem Wirken Verantwortung für das Ansehen der Sächsischen Landesärztekammer.**

Der Vorstand – Dresden, März 2008

Bundesverdienstorden überreicht



Prof. Dr. med. habil. Wolfram Behrendt

Der Ministerpräsident des Freistaates Sachsen, Prof. Dr. Georg Milbradt, überreichte am 25. März 2008 acht sächsischen Bürgerinnen und Bürgern das Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland.

Mit dieser Auszeichnung ehrt der Bundespräsident Menschen, die sich in Politik, Wirtschaft, Kultur, Sozialem, Gesellschaft oder Ehrenamt in herausragendem Maße engagiert haben.

Mit dem Bundesverdienstorden wurde auch Herr Prof. Dr. med. habil. Wolfram Behrendt aus Leipzig geehrt.

Prof. Dr. Wolfram Behrendt war dem Leipziger Universitätsklinikum mehr als 40 Jahre lang eng verbunden. Seine Abteilung für Stimm-, Sprach- und Hörstörungen hat er zu einer international renommierten Einrichtung ausgebaut. Er betreute seine an

Kehlkopfkrebs erkrankten Patienten vor und nach Operationen weit über seine beruflichen Pflichten hinaus. Außerdem ist er noch heute, nach seiner Emeritierung, als beratender Arzt im Bundes-, Landes- und Bezirksverband der Kehlkopfloren tätig und bietet unter anderem Seminare für Patientenbetreuer an. Trotz politischer Schwierigkeiten organisierte er bereits in der DDR Treffen für Kehlkopfloren. Wegen dieses unermüdlichen und ehrenamtlichen Engagements war ihm in der DDR trotz hervorragender Leistungen auf seinem Fachgebiet stets eine ordentliche Professur verwehrt worden.

Der Präsident und der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer gratulieren Herrn Prof. Dr. med. Wolfram Behrendt für die hohe Auszeichnung.

Wanderausstellung „60 Jahre Bundesärztekammer“

Vom 28. Mai bis 4. Juli 2008 wird im Foyer der Sächsischen Landesärztekammer die Wanderausstellung „60 Jahre Bundesärztekammer“ zu sehen sein. „Ich freue mich persönlich sehr, diese interessante Ausstellung auch in Dresden zeigen zu können“, so der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze. „Denn die Geschichte



Erster Sitz der Bundesärztekammer in Köln, Aufnahme aus den 80-iger Jahren
Foto: Deutsches Ärzteblatt

der Bundesärztekammer spiegelt auch die Entwicklung der ärztlichen Selbstverwaltung in Deutschland wider.“

Die heutige Bundesärztekammer ist aus der im Jahre 1947 gegründeten Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern hervorgegangen. Sie vertritt als Arbeitsgemeinschaft der 17 deutschen Landesärztekammern die berufspolitischen Interessen aller Ärzte in Deutschland. Die Wanderausstellung „60 Jahre Bundesärztekammer“ bietet auf ins-

gesamt 21 Ausstellungstafeln einen Rückblick auf eine bewegte 60-jährige Geschichte.

Zur feierlichen **Ausstellungseröffnung am 28. Mai 2008, 20.00 Uhr**, sind alle Interessierten herzlich ins Foyer der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, eingeladen.

Anja Miesner M. A.
Referentin für Presse- und
Öffentlichkeitsarbeit

Bericht über die 4. Stellenmesse in Österreich

Die von der Sächsischen Landesärztekammer gemeinsam mit der Krankenhausgesellschaft Sachsen und dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales in Kooperation mit der Österreichischen Ärztekammer getragene Stellenmesse zur Anwerbung österreichischer Ärzte fand vom 10. bis 12. März 2008 in den Städten Innsbruck, Graz und Wien statt. Die Veranstaltungen wurden gemeinsam mit Thüringen durchgeführt. Diesmal war auch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen beteiligt.

Auf den drei Stellenmessen haben sich ca. 380 junge Ärzte und Medizinstudenten, die dieses Jahr ihre universitäre Ausbildung beenden, für eine Tätigkeit in Sachsen oder Thüringen interessiert. Es war ein echtes Interesse zu verzeichnen, da nach wie vor die Ärzte in Österreich 18 bis 36 Monate auf eine Stelle als Turnusarzt zur Beendigung ihrer Ausbildung warten müssen. Daher stand für viele bereits fest, dass sie ins Ausland gehen werden, nur noch nicht wohin. Viele Ärzte hatten schon konkrete Vorstellungen über die angestrebte Fachrichtung.

Der Ablauf der Stellenmesse war so gestaltet, dass nach einem kurzen Grußwort des Präsidenten der jeweiligen Österreichischen Landesärztekammer der Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Bodendieck, zunächst einen allgemeinen Überblick über das Gesundheitswesen in Sachsen und Thürin-



Rene Schubert, Dr. Stephan Helm (Krankenhausgesellschaft Sachsen); Erik Bodendieck (Sächsische Landesärztekammer); Jürgen Hommel (Sächsisches Staatsministerium für Soziales), Foto: Schubert, Leipzig

gen gegeben hat. Dann hat der Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Sachsen, Herr Dr. Helm, die hochmoderne Krankenhauslandschaft in beiden Ländern herausgestellt. Den ambulanten Bereich stellte Herr Dr. Heckemann, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen vor. Schließlich hat Herr Hommel vom Sozialministerium das Prozedere zur Erteilung der Approbation/Berufserlaubnis und der gegenseitigen Anerkennung der Diplome erläutert. Abgerundet wurden die Vorträge durch einen Erfahrungsbericht von zwei jungen Ärzten, die letztes Jahr nach Thüringen gegangen sind.

Anschließend hatten die jungen Ärzte Gelegenheit sich an den Ständen der beteiligten Krankenhäuser über konkrete Stellenangebote zu informieren oder weitergehende Informationen bei den Vertretern der beteiligten Körperschaften einzuho-

len. Aus Sachsen waren auch fünf Krankenhäuser vertreten.

Die Österreichische Ärztekammer hat am 12. März mit dem Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit ebenfalls einen „Freundschaftsvertrag“ nach sächsischem Muster abgeschlossen.

Nach Einschätzung der Beteiligten war die Stellenmesse ein Erfolg. Es ist damit zu rechnen, dass wir auch 2008 wieder einige österreichische Ärzte für Sachsen gewinnen werden.

Für die Initiativgruppe:
Erik Bodendieck
Vizepräsident der Sächsischen
Landesärztekammer
Jürgen Hommel
Sächsisches Staatsministerium für Soziales
Referatsleiter
Abteilung Gesundheits- und Veterinärwesen,
Gesundheitlicher Verbraucherschutz



Graz, Hörsaal, Foto: Schubert, Leipzig

Ethik in der Medizin

Ergebnisse einer Umfrage an sächsischen Krankenhäusern zur Existenz und zur Arbeitsweise von Ethikkomitees oder von Ethikberatungen.

Ethischer Beratungsbedarf zu einzelnen Krankheitssituationen bei Patienten, zu Fragen der Therapie bei schweren Krankheitsverläufen, zu Problemen des mutmaßlichen Patientenwillens und zu Diskrepanzen zwischen Patientenverfügungen (Willensfestlegung) und ärztlicher Bewertung der Prognose besteht offensichtlich (Andrea Dörries – 2008, Gisela Klinkhammer – 2007, Frank Oehmichen – 2008 und R. Charbonnier und Mitarbeiter – 2008).

Der Gesprächskreis „Ethik in der Medizin“ der Sächsischen Landesärztekammer hat deshalb 2007 eine Fragebogenaktion durchgeführt, mit deren Hilfe Aussagen zur Situation von Ethikberatungen in den sächsischen Krankenhäusern ermittelt werden sollten. Der Gesprächskreis wollte damit auch eine Grundlage schaffen für Fortbildungsangebote zu diesen Problemen und zum Erfahrungsaustausch zwischen den Kliniken.

Ein von Andrea Dörries erarbeiteter Fragebogen des Zentrums für Gesundheitsethik an der Evangelischen Akademie Loccum wurde (Oehmichen und Haupt) etwas modifiziert und von der Sächsischen Landesärztekammer an die 85 Kliniken in Sachsen verschickt.

Das durch die Beantwortung der Fragebögen bekundete Interesse der beteiligten Kliniken und die Antwortergebnisse sind Anlass und Auftrag, über diese Auswertungen zu berichten.

Es werden teilweise Prozentangaben zum besseren Verständnis der Häufigkeiten verwendet, obwohl der Rücklauf unter 100 Prozent liegt. Von den 85 angeschriebenen Krankenhäusern Sachsens haben 69 ausführlich geantwortet, das entspricht 81,2 Prozent. An den 69 Antworten waren 64 Leitende Chefarzte (92,8 Prozent), zweimal stellvertretende

Leitende Chefarzte und einmal die Oberin beteiligt, zweimal lag keine Angabe vor.

Die Struktur der antwortenden Krankenhäuser nach Bettenzahl und Versorgungsauftrag geht aus den Tabellen 1 und 2 hervor.

Unter den Fachkrankenhäusern waren fünf für Orthopädie, acht für Neurologie und Psychiatrie, drei für Innere Medizin und Pädiatrie und eine Reha-Klinik. Offenbar lagen unter diesen 17 Antworten einige Mehrfachnennungen vor (Grundversorgung und Fachklinik).

Die Antwort auf die Frage nach der Trägerschaft (Tabelle 3) ergab: 23 Krankenhäuser befanden sich in kommunaler Trägerschaft (= 1/3), 23 in privater Trägerschaft (1/3), neun Häuser hatten kirchliche Trägerschaften (8 x Diakonie, 1 x Caritas), vier waren Anstalten öffentlichen Rechts (darunter die beiden Universitätskliniken), bei zehn Häusern konnte aus den Antworten keine eindeutige Zuordnung abgeleitet werden.

30 Einrichtungen hatten eine Form der Ethikberatung (46,2 Prozent), weitere neun planten eine solche (Tabelle 4). Das sind zusammen 39 Kliniken (60 Prozent). Bei 24 Häusern (36,9 Prozent) ist eine solche nicht eingeplant oder wird sogar ausdrücklich nach eingehender Beratung abgelehnt.

Stellt man die Antworten auf die Fragen zur Trägerschaft und zur Ethikberatung in Beziehung dann ergibt sich folgendes Bild:

Von den 23 kommunalen Krankenhäusern wurden 14 positive Antworten bezüglich einer Ethikberatung und 9 Verneinungen angegeben. Von den 23 Krankenhäusern privater Trägerschaft ergaben sich 12 positive und 11 negative Beantwortungen. Die Krankenhäuser mit dem Status öffentlichen Rechts erbrachten zwei vorhandene Ethikberatungen, zwei Mal wurde diese Frage verneint. Bei den Häusern in kirchlicher Trägerschaft (n = 9) haben oder planen acht eine solche Beratung, nur ein Mal wurde eine negative Antwort gegeben.

Mit der Frage „Wenn kein Ethikkomitee vorhanden, würden Sie ein Ethikkomitee an Ihrem Haus befürworten?“ waren die Häuser ohne ethische Beratung nach Einführung einer solchen angefragt. 45 Antworten zeigen offensichtlich eine Überschneidung (36 waren zu erwarten). Es wurde 27 Mal eine ethische Beratung in diesen Krankenhäusern befürwortet (das entspricht 60 Prozent dieser Einrichtungen).

Die Tabelle 5 listet die Häufigkeiten der an den Ethikgruppen beteiligten Berufsgruppen auf. Dabei dominierten Ärzte und Pflegekräfte, offen-

Tabelle 1: Anzahl der Betten der teilnehmenden Krankenhäuser

Bettenanzahl	Anzahl der KH	prozentualer Anteil
1 – 200	22	31,9
201 – 350	26	37,7
351 – 500	9	13,0
501 – 1000	7	10,1
Über 1001	5	7,2
	69	~100

Tabelle 2: Versorgungsauftrag der teilnehmenden Krankenhäuser

Art des Versorgungsauftrages	Anzahl der KH	prozentualer Anteil
Grund- und Regelversorgung	39	56,2
Schwerpunktversorgung	12	17,4
Maximalversorgung	4	5,8
Fachkrankenhaus*	10	14,5
Sonstige*	7	10,1
	72*	~100

* Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 3: Trägerschaften der teilnehmenden Krankenhäuser

Art der Trägerschaft	Anzahl	prozentualer Anteil
Kommunales Krankenhaus	23	33,3
Einrichtung der Diakonie	8	13,0
Einrichtung der Caritas	1	
Anstalt öffentlichen Rechts	4	5,4
Private Trägerschaft	23	33,3
Sonstige	6	14,5
Ohne genaue Angabe	4	
	69	~100

Tabelle 4: Klinische Ethikberatung

Klinisches Ethikkomitees (65 Antworten ~ 100 %)

Bei uns besteht:	Anzahl KH	prozentualer Anteil
Klinisches Ethikkomitee	17	60,0
Ethischer Konsiliardienst	4	
Offenes Ethikforum/Runder Tisch	9	
Kein Ethikkomitee, ist aber geplant	9	
Kein Ethikkomitee, wurde abgelehnt	5	36,9
Kein Ethikkomitee, nicht geplant	19	
Sonstiges	2	3,1
	65	100

Tabelle 5: Beteiligte Personengruppen in Ethikberatungsteams

(28 Antworten von 30 möglichen Krankenhäusern)

n = 28	beteiligte Personen	prozentualer Anteil
Ärzte	28	100,0
Pfleger/Schwester	22	78,6
Ergotherapeuten	2	7,1
Physiotherapeuten	4	14,3
Psychotherapeuten	5	17,9
tech. Mitarbeiter	2	7,1
Sozialarbeiter	11	39,3
Seelsorger	20	71,4
Juristen	11	39,3
Laien	4	14,3
Verwaltung	2	7,1

sichtlich als ebenfalls wichtig wurde die Teilnahme von Seelsorgern neben Juristen und Sozialarbeitern angegeben. Aus der Analyse der Strukturierung der Arbeit von Ethikkomitees oder Ethikberatungen ergaben sich 11 komplexe Angaben. So genannte Fallberatungen mit Beachtung von Leitlinien und gleichzeitig auch als Fortbildungsveranstaltungen wurde von elf (von 25 Antworten) Krankenhäusern genannt, sieben Mal war anhand von Leitlinien, zwei Mal nur auf Station am Krankenbett und drei Mal über ein Ethikkomitee berichtet worden. Hier treten offensichtlich deutlich jeweils krankenhausspezifische Verfahrensweisen in den Vordergrund.

Der Anlass zur Etablierung einer Ethikberatung oder eines Ethikkomitees war in 14 Fällen (von 20), also in

zwei Dritteln, die Zertifizierung des Krankenhauses! Bei drei Krankenhäusern war es ein besonders schwerwiegendes Krankheitsbild mit konkretem Beratungsbedarf.

Die Nachfrage nach initiiierenden Personen oder Gruppen für die Einrichtung einer Ethikberatung im Krankenhaus wurde bei 25 Beantwortungen (30 Nennungen) 15 Mal die Krankenhausleitung angegeben (etwa 60 Prozent), sieben Mal waren Mitarbeitergruppen (Ärzte und Pflegedienst sowie Seelsorger), also die praktisch auf der Station tätigen Mitarbeiter die Initiatoren.

Die Frage nach der Zufriedenheit mit dem Aufbau einer Ethikberatung (24 Antworten) ergab: sechs Mal sehr zufrieden, 12 Mal zufrieden, vier Mal etwas zufrieden; somit also in 3/4 der befragten Krankenhäuser waren die Mitarbeiter mit der Installation einer Ethikberatung zufrieden.

Einen Überblick auf die Frage „Was würden Sie im Rückblick als das erfolgreichste Element beim Aufbau Ihres Projektes ansehen?“ vermittelt Tabelle 6.

Als Schwierigkeit bei der Einrichtung von Ethikberatungen (24 Antworten, davon 3 x Mehrfachantworten) wurden Widerstände durch einzelne Mitarbeiter (6), auch durch Ärzte und formale Gründe (10), bei der Mitgliederberufung (15) oder der Erstellung einer Geschäftsordnung (3) und einer Verbundlösung (2) genannt. 11 Krankenhäuser gaben ausdrücklich an, keinerlei Schwierigkeiten bei der Einrichtung gehabt zu haben.

Tabelle 6: Was war das erfolgreichste Element bei der Etablierung einer Ethikberatung? (25 Antworten)

Gruppe oder Personen	Anzahl*	prozentualer Anteil
Unterstützung durch Geschäftsführer	5	
Mitarbeiterbefragung	2	
Beharrlichkeit einer Person	3	10,3
Beharrlichkeit einer Gruppe	12	41,4
	15	51,7
Übernahme bewährter Probenabläufe	2	20,7
Übernahme bewährter Strukturen (Leitbild, Qualität)	4	
externe Beratung	2	
nicht zu sagen	2	

*teilweise Mehrfachnennungen

Tabelle 7: Bedeutungswert ethischer Probleme im klinischen Alltag im Krankenhaus (57 Antworten ~ 100 %)

Qualität	Anzahl	prozentualer Anteil
nicht bedeutend	1	
kaum bedeutend	5	10,6
	6	
mittelstark bedeutend	13	
ziemlich bedeutend	25	84,2
sehr bedeutend	10	61,4
keine genaue Einschätzung	3	
	57	

Die Beantwortung der Frage nach der Überwindung von Schwierigkeiten (21 Antworten) und nach Vorschlägen zu besseren Methoden der Einführung einer Ethikberatung (23 Antworten) ergaben nur bei der Überwindung acht Mal die Hervorhebung der Öffentlichkeitsarbeit für die Bereitschaft zur Einrichtung einer Ethikberatung, die übrigen Antworten waren ohne eindeutige Häufungen. In einem Drittel der Antworten wurde auf komplett fehlende Schwierigkeiten hingewiesen. Besonders wichtig erscheinen uns die Antworten auf die Frage „Für wie bedeutend halten Sie ethische Probleme in Ihrer klinischen Abteilung?“. Die Antworten sind in Tabelle 7 aufgelistet (57 Antworten).

Es wurde auch nach besonderen Themen gefragt, die Gegenstand bei der Ethikberatung sein sollten (23 Einzelantworten aus 13 Krankenhäusern). Die wichtigsten seien im Folgenden genannt:

- Fortbildungsangebote anhand von Praxisbeispielen,
- künstliche Ernährung als Beratungsthema,

- Patientenverfügung und Therapiebegrenzungen,
- Einbeziehung des ökonomischen Klinikleiters zu Fragen der Rationierung,
- juristische Relevanz ärztlicher Entscheidungen,
- einschränkend für die Durchführung regelmäßiger Ethikberatungen ist die enorme Arbeitsbelastung.

Wichtig erscheint uns in diesem Zusammenhang der Hinweis aus den Einrichtungen, dass eine Beratung in Ethikkomitees nicht zu einer Verwässerung des Arzt-Patienten-Verhältnisses führen darf!

Eine Mitteilung über die Umfrageergebnisse haben 57 Krankenhäuser gewünscht, dies betrifft 61 Antworten. Bezogen auf die beteiligten Krankenhäuser sind das 93,4 Prozent und bezogen auf alle Krankenhäuser in Sachsen (85) 67 Prozent. Zusammenfassend hat somit die Umfrage folgende Kernaussagen ergeben: Die Beteiligung der Krankenhäuser in Sachsen an der Befragung ist mit

81,2 Prozent der Befragten gut. Ethische Probleme, die einer Beratung bedürfen, werden von 84,2 Prozent der beteiligten Krankenhäuser bejaht. Bei der knappen Hälfte (30 von 65) der antwortenden Krankenhäuser bestehen Ethikkomitees oder Ethikberatungen, bei weiteren neun sind solche geplant. Somit ergeben sich 39 positive Antworten (60 Prozent). Bei 36,9 Prozent der Krankenhäuser bestehen keine Beratungen und sind solche auch nicht geplant. (24 von 65). Den höchsten Anteil an Ethikberatungen oder Ethikkomitees wiesen die konfessionellen Krankenhäuser auf. Bei antwortenden Krankenhäusern in kommunaler und privater Trägerschaft oder im Rechtsstatus des öffentlichen Rechts war etwa jeweils in der Hälfte der Kliniken eine Ethikberatung etabliert.

Der bisher beteiligte Personenkreis bei Ethikberatungen in Krankenhäusern wird vorwiegend von Ärzten und Pflegekräften gestellt, weiterhin sind Seelsorger, Juristen und Sozialarbeiter häufig und offensichtlich erfolgreich einbezogen. Die Beharrlichkeit derartiger Mitarbeitergruppen führt zumeist zur Einrichtung von Ethikberatungen. Der konkrete Anlass war nicht selten eine anstehende Krankenhauszertifizierung.

Schlussfolgernd meint der Gesprächskreis „Ethik in der Medizin“ der Sächsischen Landesärztekammer, seien Angebote zum Erfahrungsaustausch und Seminarangebote für interessierte Vertreter von Krankenhäusern wünschenswert und sollten von der Sächsischen Akademie für Fort- und Weiterbildung angeboten werden. Ebenfalls ethischer Beratungsbedarf wurde für ambulant tätige Ärzte angemahnt, besonders wenn diese Alters- und Pflegeheime ambulant zu betreuen haben.

Die letztgenannten Wünsche sollen im Arbeitskreis weiter beraten werden und zu Angeboten führen.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Prof. Dr. med. habil. Rolf Haupt
Moderator des Gesprächskreises
„Ethik in der Medizin“
Lemseler Weg 21, 04129 Leipzig

Suchtprobleme im Freistaat Sachsen

Aktuelle Daten aus sächsischen Suchtberatungsstellen im Rahmen des Suchthilfemonitorings

Zusammenfassung

Dargestellt werden aktuelle Daten zur Prävalenz von suchtbezogenen Störungen im Freistaat Sachsen sowie Klientendaten aus sächsischen Suchtberatungsstellen. Analysiert werden Vermittlungswege, soziodemografische Charakteristika und Behandlungsergebnisse verschiedener Klientengruppen. Veränderungen der Hilfebedarfe und multiple soziale Problemlagen erfordern zukünftig eine engere Zusammenarbeit im System der sächsischen Suchtkrankenhilfe.

Suchtprobleme und resultierende Erkrankungen als auch soziale Folgen gehören zu den aktuellen gesellschaftlichen Herausforderungen. Die Kosten für Gesundheits- und Sozialsysteme sind beträchtlich und somit sind Strategien zur Therapie und Prävention von Suchtstörungen von besonderer Bedeutung.

Im vorliegenden Beitrag soll der Problemumfang für Sachsen näher beschrieben werden. Am Beispiel sächsischer Suchtberatungsstellen werden differenziert Klientengruppen soziodemografisch als auch hinsichtlich der Behandlungsergebnisse näher dargestellt.

Schlüsselwörter: Alkohol, Drogen, Suchterkrankungen, Suchtkrankenhilfe

Sucht-Epidemiologie

Tab. 1 fasst aktuelle Zahlen zum Umfang suchtbezogener Störungen zusammen. Datengrundlage sind aktuellste repräsentative Erhebungen, zusammenfassend dargestellt im Jahrbuch Sucht 2008 der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS, 2008). Eine Hochrechnung auf Sachsen erfolgte entsprechend des Bevölkerungsanteils unter der Annahme, dass sich die Prävalenz von Suchterkrankungen ähnlich darstellt wie in anderen deutschen Regionen. Diese Annahme wird unterstützt in der Aussagen der Autoren im Jahrbuch

Sucht 2008, die feststellt, dass „nach nicht einmal zwei Jahrzehnten die deutsche Einheit im Suchtmittelkonsum vollzogen ist“.

Die aktuellen Prävalenzzahlen verweisen auf den notwendigen Hilfebedarf innerhalb einzelner Suchtstörungen, welcher für alkoholbezogene Störungen am stärksten ausgeprägt ist. Der Vergleich mit Daten zur Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen (siehe Abb. 1) deutet darauf hin, dass Klienten mit einer Problematik im Bereich pathologisches Glücksspiel noch nicht ausreichend von den Beratungsangeboten profitieren und innerhalb dieser Gruppe eine geringe Behandlungsprävalenz besteht. Aktuelle Bundesmodellprojekte und länderspezifische Initiativen bemühen sich zur Zeit um eine Weiterentwicklung der Beratungsangebote für Probleme im Zusammenhang einer Spielsucht.

Sächsisches Suchthilfemonitoring 2006

Folgend werden Daten der Deutschen Suchthilfestatistik ausgewertet, die jährlich in Suchtberatungsstellen unter Beachtung der Grundsätze des Datenschutzes erhoben werden. Die bundesweite Auswertung erfolgt jährlich in der Fachpresse (Sonntag, D., 2007). Mit Hilfe des länderspezifischen Datensatzes wurde eine sachsenspezifische Auswertung sowie der Vergleich mit dem deutschen Datensatz vorgenommen. Bei der Dokumentation des Deutschen Kerndatensatzes für die ambulante Suchthilfestatistik werden Klienten nach

einer benutzten Hauptsubstanz erfasst. Zu beachten ist jedoch ein weitgehend verbreiteter Mischkonsum, auf welchen in den folgenden Ausführungen nicht näher eingegangen wird. Ein erheblicher Anteil der Klienten kommt ohne Vermittlung in eine Beratungsstelle (25 %). Das unmittelbare soziale Umfeld beteiligt sich mit 15 % am Vermittlungsprozess. Bei Frauen sind Familie und Freunde mit 19 % stärker im Vermittlungsprozess einbezogen als bei Männern (13 %). Die Vermittlung über Arztpraxen, Krankenhäuser und stationären Suchteinrichtungen erfolgt mit 33 % sehr häufig und spiegelt die intensive Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen in den Regionen wider. Relativ selten erfolgt mit 3 % eine Vermittlung über Arbeitgeber und Bildungseinrichtung, welches jedoch auch durch die hohe Beschäftigungslosigkeit bei Suchtkranken bedingt ist. Weitere Anstrengungen sind jedoch notwendig, um bei suchtbezogenen Störungen frühzeitiger zu intervenieren und somit weitere Chronifizierung zu vermeiden. Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang die Intensivierung der Zusammenarbeit im regionalen Suchthilfeverbund und medizinischen Versorgungssystem, mit der Arbeitsverwaltung als auch der beschleunigte Zugang in die Sucht-Rehabilitation („Therapie sofort“).

Chancen ergeben sich in der engen Kooperation mit den Hausärzten, welche mit ca. 70 – 80 % der Suchtkranken mindestens einmal Kontakt innerhalb eines Jahres haben. Des

Tab. 1: Daten zur Prävalenz ausgewählter Suchtprobleme in Deutschland und Sachsen

	Deutschland insgesamt	Sachsen insgesamt (Bevölkerungsanteil 5,2 %)
Alkoholabhängigkeit	1,3 Mio.	68.000
Alkoholmissbrauch	2,0 Mio.	104.000
abhängig von illegalen Drogen (darunter v. a. opiat-, kokain-, stimulantien-, cannabisabhängig)	290.000	15.000
Tabletten-/ Medikamentenabhängigkeit (vor allem Benzodiazepine)	1,4 Mio.	70.000
Pathologisches Glücksspiel (ohne Differenzialdiagnose Manie)	100.000	5.000

Daten aus DHS, 2008

SBB-Sachsen, Betreuungsgrund 2006
Gesamtklientel: N = 11.795

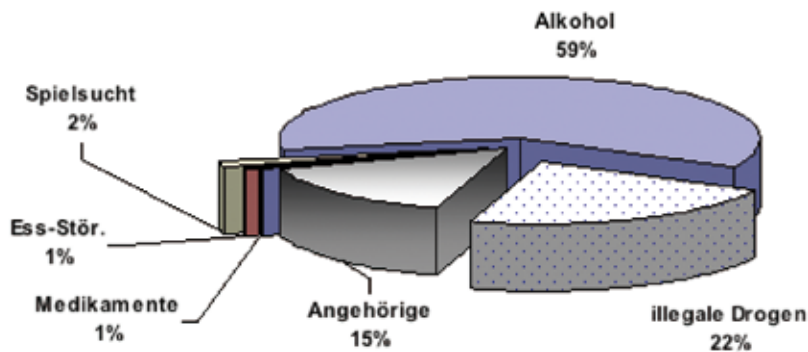


Abb. 1: Betreuungsgründe von Klienten in sächsischen Suchtberatungsstellen

Weiteren gilt es, suchtspezifische Beratung im Sinne von Kurzinterventionen am Krankenbett flächendeckend zu implementieren, da in 20 % aller Krankenhausbetten täglich Suchtkranke zur Behandlung liegen (Mann, K. 2002). Ergebnisse von Modellprojekten weisen auf geeignete Ansätze, Suchtkranke während des Aufenthaltes im somatischen Krankenhaus in Kooperation mit Suchtberatungsstellen für eine suchtspezifische Behandlung zu motivieren. Zum Behandlungsstandard gehört bereits der enge Kontakt von psychiatrischen Abteilungen und Krankenhäusern zu den Suchtberatungsstellen.

Entsprechend der hohen Prävalenz nimmt die Behandlung alkoholbezogener Störungen mit annähernd 60 % anteilmäßig den größten Stellenwert in Suchtberatungs- und Behandlungsstellen ein. Der Anteil von Klienten mit Suchtproblemen im Bereich Illegale Drogen hat in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen. Während vor fünf Jahren (2001) dieser Anteil ca. 12 % betrug, sind aktuell bei fast ein Viertel aller Klienten Suchtprobleme im Bereich Illegalen Drogen zu verzeichnen. Diese Verhältnisse entsprechen weitgehend der bundesdeutschen Suchthilfestatistik.

Im Vergleich mit bundesdeutschen Verhältnissen sind in Sachsen regionalspezifische Unterschiede in der Dominanz von Problemsubstanzgruppen im Bereich der Illegalen Drogen festzustellen (Abb. 2).

Der Klientenanteil mit Cannabis-bezogenen Störungen sowie mit Suchtproblemen im Zusammenhang mit Stimulantien (zum Beispiel Crystal) ist in Sachsen mit 40 % bzw. 27 % überdurchschnittlich hoch. Dem gegenüber ist der Klientenanteil mit Opioid-Diagnose nicht so stark ausgeprägt und Suchtprobleme im Zusammenhang mit Kokain spielen eine geringere Rolle in den sächsischen Suchtberatungsstellen.

Die zu registrierenden Unterschiede stehen im engen Zusammenhang mit der Grenznähe zu Tschechien, da sich innerhalb von Sachsen zum Beispiel Probleme im Zusammenhang mit Crystal in grenznahen Regionen häufen (zum Beispiel Aue-Schwarzenberg, Plauen, Löbau-Zittau).

Sächsische Suchtberatungsstellen arbeiten mit Ausnahme von spezialisierten Einrichtungen in den Großstädten Dresden und Leipzig mit einem universellen Arbeitsansatz im

Sinne eines regionalen Kompetenzzentrums für die verschiedensten Suchtprobleme. Die Altersverteilung der Klienten ist somit in den SBB heterogen und substanzabhängig zu beachten. Konzeptionell haben sich Beratungsstellen auf diese Situation mit differenzierten Beratungsangeboten und den notwendigen Kooperationsbeziehungen (zum Beispiel mit der Jugendhilfe) eingestellt.

Der Altersdurchschnitt als auch das Alter verschiedener Klientengruppen beim Erstkonsum sind im Vergleich zu den deutschen Durchschnittswerten in Tab. 2 dargestellt. Unterschiede zwischen Sachsen und Deutschland bestehen mit Ausnahme bei Opioid-Klienten geringfügig. Generell sind die Klienten in Sachsen im Durchschnitt etwas jünger.

Der Alkohol-Konsumbeginn setzt etwa mit durchschnittlich 15 Jahren ein. Cannabis wird zum ersten Mal mit 16 Jahren sowie Amphetamine mit etwa 17 bis 18 Jahren konsumiert. Ein Unterschied zur bundesweiten Suchthilfestatistik kann nicht festgestellt werden (Sonntag, D. 2007). Opioid-Klienten sind in Sachsen durchschnittlich 4,4 Jahren jünger und der Erstkonsum findet mit durchschnittlich 19 Jahren und somit 13 Monate deutlich früher statt als im Vergleich zum Bundesdurchschnitt. Im Vergleich zu den Vorjahren kann ein Absinken der Einstiegsalter in den Suchtmittelkonsum verschiedener Substanzen in Sachsen nicht festgestellt werden.

Tab. 2: Alters-Mittelwerte verschiedener Klientengruppen in der Gegenüberstellung Sachsen-Deutschland (EBIS-Tab. 2006 1.2; 2.3)

Klientengruppen	Altersmittelwerte 2006 (in Jahre)		Alter beim Erstkonsum (in Jahre)- 2006	
	Sachsen	Deutschland	Sachsen	Deutschland
Alkohol	41,8	43,2	15,2 (15,3)	15,2
Opiode	27,9	32,3	19,0 (18,7)	20,1
Stimulantien	24,2	25,4	17,1 (17,0)	17,7
Cannabis	23,3	23,7	15,6 (15,6)	15,7

In Klammer: Alter beim Erstkonsum der Klientengruppen aus dem Jahr 2001

Die in den vergangenen Jahren zunehmende Alkoholproblematik unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen spiegelt sich direkt in der aktuellen Altersstruktur der Klienten mit alkoholbezogenen Störungen wider. In der Abb. 3 ist im Vergleich die Altersstruktur der Klienten in sächsischen Suchtberatungsstellen mit einer alkoholbezogenen Störung aus den Jahren 2000 bzw. 2006 dargestellt. Im Jahr 2000 stellte sich diese Altersstruktur als Normalverteilung mit einem Gipfel in den Altersgruppen 35 bis 49 Jahre dar (violette Kurve). In den folgenden Jahren hat sich diese Struktur grundlegend geändert, so dass neben einer Häufung in den Altersgruppen 35 bis 54 Jahre, eine stärkere Belastung in der Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen zu registrieren ist (*), welche eine Zunahme alkoholbezogener Störungen (schädlicher bzw. abhängiger Alkoholkonsum) in dieser Altersgruppe bedeutet.

Zu beachten ist eine weitere Auffälligkeit in der Altersstruktur mit der Zunahme innerhalb der Altersgruppe der 50- bis 54-Jährigen (*) gegenüber dem Jahr 2000. Es ist davon auszugehen, dass dies aus einer intensiveren Zusammenarbeit mit der Arbeitsverwaltung bzw. mit optierenden Kommunen resultiert und gerade Vertreter dieser Altersgruppe zunehmend in die suchtspezifische Beratung / Behandlung (zum Beispiel im Rahmen § 16 SGB II) vermittelt werden. Wie bereits in Abb. 1 dargestellt, erfolgt bei ca. 8 % eine Erstvermittlung der Klienten im Rahmen von Eingliederungsvereinbarungen durch die ARGE / optierende Kommune.

Soziale und berufliche Lage suchtkranker Menschen in Sachsen

Suchterkrankungen haben direkte Auswirkungen auf die soziale, medizinische und berufliche Situation betroffener Personen als auch deren Familien, sehr oft verschlechtern sich Familienbeziehungen, finanzielle und Beschäftigungssituation. Aktuelle Daten zu den Lebensumständen verschiedener Klientengruppen sind in Tab. 3 dargestellt. Entsprechend der

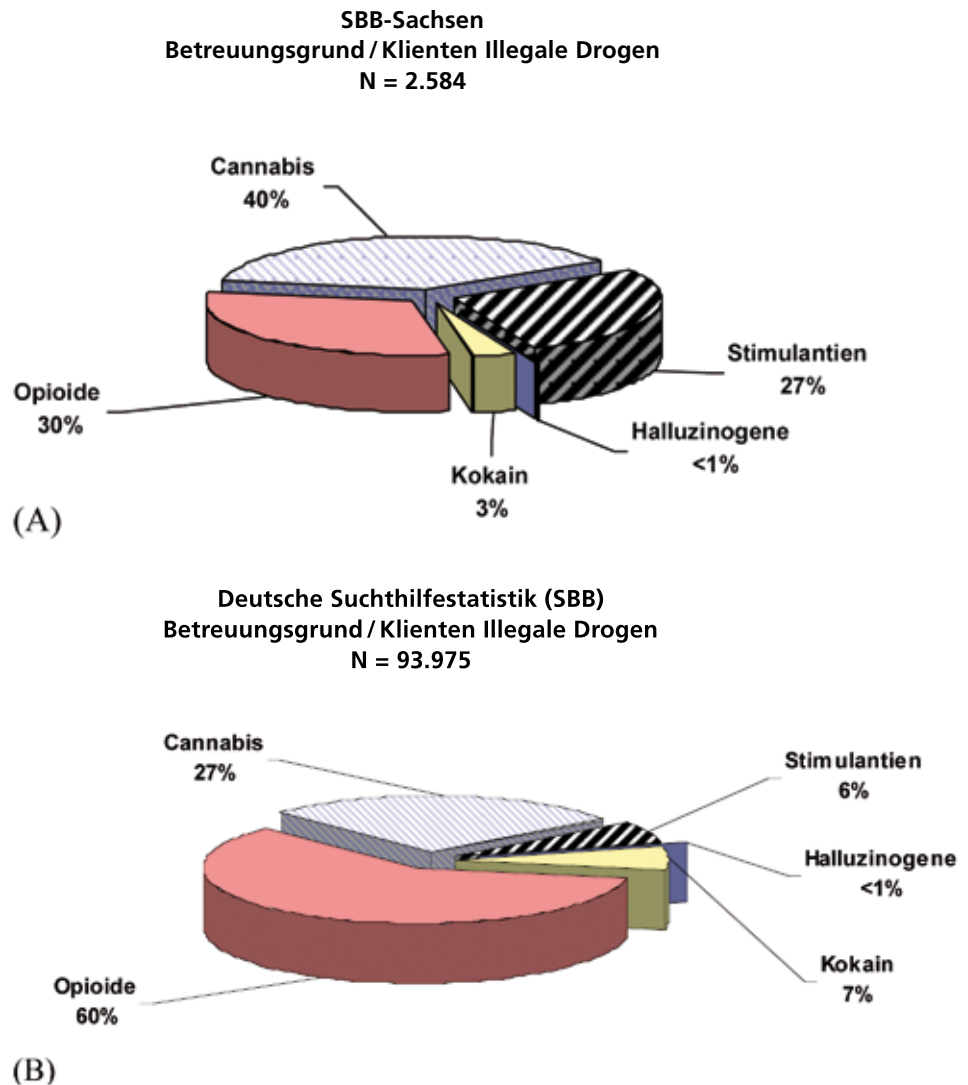


Abb. 2: Problemsubstanzen im Bereich Illegale Drogen in Sachsen (A) und Deutschland (B)

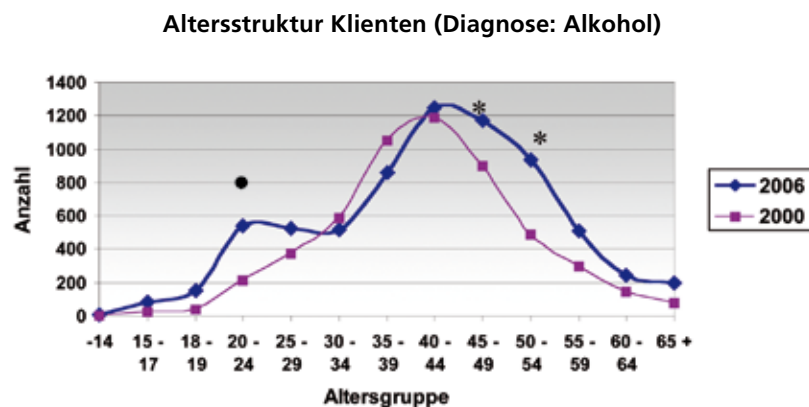


Abb. 3: Altersstrukturvergleich Klienten mit alkoholbezogenen Störungen in SBB in den Jahren 2000 und 2006; Quelle: EBIS-Statistik Sachsen 2000 / 2006

unterschiedlichen Altersstruktur stellt sich die Situation hinsichtlich des Familienstandes / Partnerbeziehung zwischen den Klientengruppen verschieden dar. So sind Klienten mit einer Hauptdiagnose im Bereich der Opioiden und Cannabis ledig (83 und

94 %) und leben in keiner festen Beziehung (67 bis 74 %). Jedoch ist auch der alleinstehende und ledige Anteil bei Klienten mit einer Alkohol-Diagnose mit knapp 50 % überdurchschnittlich hoch im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung. Neben

Tab. 3 Lebensumstände verschiedener Klientengruppen

	Alkohol (%)	Opioide (%)	Cannabis (%)
Familienstand			
ledig	42,5	83,0	93,8
Verheiratet, zusammen lebend	28,6	7,4	2,7
Verheiratet, getrennt lebend	5,1	3,3	1,0
geschieden	21,2	6,2	2,4
verwitwet	2,6	0,1	0,1
n	6.320	728	919
Partnerbeziehung			
alleinstehend	46,5	59,9	66,1
zeitweilige Beziehung	6,1	7,0	8,0
feste Beziehung	47,4	33,1	25,9
n	6.007	596	873
Einkommenssituation			
Lohn / Gehalt	24	14	13,8
Ausbildungsbeihilfe, Unterhalt	2,5	2,9	18,3
Rente, Pension	9,6	2,3	0,4
ALG I	6,7	1,5	5,2
ALG II (nach SGB II)	40,9	30,2	36,9
n	3.463	308	558

Tab. 4: Beratungs- und Behandlungsergebnisse bei Klienten mit substanzbezogenen Hauptdiagnosen für planmäßig Beendete (Angaben in Prozent)

	Alkohol	Opioide	Cannabis
Planmäßig beendet			
erfolgreich	55,9	16,7	32,5
gebessert	31,8	56,5	48,3
unverändert	11,7	26,1	18,9
verschlechtert	0,6	0,7	0,3
n	2.148	138	350

der dargestellten ungünstigen Situation hinsichtlich unterstützender soziale Bindungen sind die Klienten in den Suchtberatungsstellen überdurchschnittlich nicht beruflich integriert: Nur 14 bis 24 % der Klienten beziehen ein eigenes Gehalt. Ein großer Anteil der Klienten ist auf Lohnersatzleistungen in Form des ALG II (30 bis 40 %) angewiesen. Fehlende soziale Netzwerke verbunden mit einer ungünstigen Beschäftigungssituation auf der einen Seite und der besondere Stellenwert von sozialer Unterstützung und beruflicher Reintegration für die langfristige Bewältigung von Suchtproblemen auf der anderen Seite, unterstreichen die besonderen Herausforderungen aller Akteure der sächsischen Suchtkrankenhilfe.

Beratungs- und Behandlungsergebnisse

Eine Behandlung gilt dann als erfolgreich, wenn gemäß der Einschätzung des Behandelnden die zu Beginn der Behandlung bestehende Problematik behoben und in Bezug auf das Suchtverhalten Abstinenz erreicht wurde. In Tab. 4 sind die Behandlungsergebnisse in den Klientengruppen für die planmäßig beendeten Betreuungen (etwa bei 50 % der Betreuungen) dargestellt. Allgemein kann festgestellt werden, dass die übergroße Mehrheit der Klienten von der Behandlung / Beratung in der Suchtberatungsstelle profitieren. So hat sich bei annähernd drei Viertel und mehr der Klienten (73,1 % Opiat-Klienten; 80,8 % Cannabis-Klienten; 87,7 % Alkohol-Klienten) die Symp-

tomatik gebessert oder konnte erfolgreich behandelt werden. Behandlungserfolge gelingen nur im Zusammenwirken aller Beteiligten im Versorgungssystem. Den Erfolg determiniert neben der frühzeitigen Vermittlung durch niedergelassene Ärzte, Arbeitgeber, soziale Verwaltungen vor allem auch die Motivation und Vermittlung weiterführender suchtspezifischer Behandlungen in Form von medizinischen Suchtrehabilitationen (Entwöhnungsbehandlungen). Sächsische Suchtberatungsstellen stellten 2006 insgesamt 2.814 Anträge zur medizinischen Sucht-Rehabilitation, welche zu 90 % stationär durchgeführt wurden. Annähernd ein Drittel (29 %) aller Rehabilitationen wurden auf Grund einer Drogenproblematik durchgeführt. Untersuchungen zur Ergebnisqualität belegen die Effektivität medizinischen Rehabilitationsbehandlungen, sodass ein großer Anteil an Patienten langfristig von dieser Behandlung profitiert. Etwa 40 % aller Patienten sind nach einem Beobachtungszeitraum von einem Jahr abstinent (Missel, P.; Zobel, M., 2007). Die katamnestiche Erfolgsquote ist jedoch abhängig von nachsorgenden Angeboten bzw. Reintegrationsbemühungen im Anschluss an die Rehabilitation. Niedergelassene Ärzte, Selbsthilfegruppen und Suchtberatungsstellen spielen dabei eine nicht zu unterschätzende Rolle. Zusammenfassend ist festzustellen, dass vor dem Hintergrund einer hohen Prävalenz suchtspezifische Störungen eine große gesellschaftliche Herausforderung in Sachsen darstellen. Bio-psycho-soziale Aspekte von Suchterkrankungen verlangen multiprofessionelle Ansätze und Netzwerke. Das medizinische Versorgungssystem, Suchtberatungsstellen und Suchtfachkliniken sind wichtige Kooperationspartner im System der Suchtkrankenhilfe, welches sich auf verändernde Klientengruppen und multiple soziale Problemlagen einstellen muss.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Dr. rer. medic. Olaf Rilke
Sächsische Landesstelle gegen die
Suchtgefahren e. V.
Glacisstraße 26, 01099 Dresden

Externe vergleichende Qualitätssicherung in der Chirurgie 2006

Die Arbeitsgruppe Chirurgie begleitet die Maßnahmen der externen Qualitätssicherung in der Gefäß- und Viszeralchirurgie. Die Auswertung erfolgte für die verpflichtend zu erfassenden Module 10/2 (Karotis-Rekonstruktion) und 12/1 (Cholezystektomie).

Gefäßchirurgie (Operative Karotisrekonstruktion: Modul 10/2)

Schröder, A., Florek, H.-J.

Im Jahr 2006 haben im Land Sachsen 27 Krankenhäuser (2005: 26 Krankenhäuser) an der externen Qualitätssicherung „Karotisrekonstruktion“ teilgenommen. Insgesamt wurden 1.271 Datensätze importiert und ausgewertet, 29 weniger als im Jahr 2005.

68,3 Prozent der Patienten wurden nach der ASA-Klassifikation als Patienten mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung (ASA III) eingestuft. Im Bundesdurchschnitt waren es 65,3 Prozent. Die Anzahl der fachneurologisch untersuchten Patienten ist gegenüber dem Jahr 2005 leicht angestiegen (präoperativ 49,3 Prozent gegenüber 40,3 Prozent, postoperativ 32,7 Prozent gegenüber 27,5 Prozent). Es bleibt hier ein deutliches Verbesserungspotential, da nach den Empfehlungen der Bundesfachgruppe alle zu operierenden Karotis-Patienten fachneurologisch untersucht werden sollten. Die präoperative apparative Diagnostik umfasste in 98,3 Prozent der Fälle die Duplexsonographie (2005: 95,8 Prozent), die Magnetresonanzenangiographie in 34,9 Prozent der Fälle. Letztere wird inzwischen häufiger als die intraarterielle Subtraktionsangiographie (25,4 Prozent) angewendet.

Die Patienten wurden jeweils zur Hälfte in Loko-Regionalanästhesie oder in Allgemeinanästhesie operiert. Operationstechnisch wird wie im Vorjahr die Eversionsendarteriektomie favorisiert (65,9 Prozent). Eine intraoperative Qualitätskontrolle (über-

wiegend als Angiographie) erfolgte in 58,1 Prozent der Fälle, eine postoperative Kontrolle in 53,1 Prozent der Fälle (überwiegend als Duplexsonographie).

In der Gesamtanalyse der Qualitätsindikatoren (QI) (siehe Übersichtstabelle) lagen die Ergebnisse im Land Sachsen innerhalb der Referenzbereiche für die QI 1, 2, 3, 5 und 6. Nur bei dem QI 4 wurde der Referenzwert überschritten (5,7 statt 5).

Insgesamt 561 operative Karotisrekonstruktionen wurden wegen hochgradiger Stenosen (≥ 60 Prozent NASCET) im asymptomatischen Stadium vorgenommen, davon 491 ohne (QI 3 asymptomatische Karotisstenose I) und 70 mit (QI 4 asymptomatische Karotisstenose II) kontralateralem Verschluss oder kontralateraler Stenose (≥ 75 Prozent NASCET). Der Nutzen der Operation zur Vorbeugung eines Schlaganfalls ist im asymptomatischen Stadium hochgradiger Karotisstenosen (ACAS-Studie und ACST-Studie) deutlich geringer als im symptomatischen Stadium (NASCET-Studie) – die Anzahl notwendiger Operationen, um 1 Schlaganfall innerhalb von 5 Jahren zu verhindern, beträgt 17 bis 19 im asymptomatischen Stadium gegenüber 6 im symptomatischen Stadium. Die Forderung, dass die Rate „perioperativer Schlaganfall oder Tod“ unter dem Referenzwert liegt, ist deshalb im asymptomatischen Stadium von besonderer Bedeutung. Im Land Sachsen war diese Rate im Jahr 2006 bei den Operationen hochgradiger asymptomatischer Karotisstenosen mit kontralateralem Verschluss (QI 4) ($n = 70$) leider zu hoch (5,7 Prozent statt < 5 Prozent). Über die Jahre 2002 bis 2006 verteilt beträgt bei einer Gesamtzahl von 355 Operationen in dieser Gruppe (QI 4) die Rate „perioperativer Schlaganfall oder Tod“ 4,2 Prozent und liegt damit auch nur knapp unter dem Referenzwert von 5 Prozent. Die Datenanalyse zeigt, dass diese relativ hohe Rate nicht abhängig scheint vom Gesamtvolumen operierter Karotiden in den einzelnen Kliniken, die den Grenzwert überschreiten. Die hohe Rate mahnt uns zur Vorsicht und besonders sorgfältigen Überprüfung der Operations-

indikation und des Operationsrisikos in dieser Gruppe von Patienten.

Kontrovers beurteilt wird der Sinn und Nutzen eines risikoadjustierten Karotis-Scores, da keine evidenzbasierten Referenzwerte zu Verfügung stehen und die Bundesfachgruppe entschieden hat, dass Ergebnisse, die über der 95 Prozent Perzentile liegen, diskutiert werden müssen. Im Score I sind es Ergebnisse $> 3,1$ Prozent, das heißt wenn die beobachtete Rate mehr als 3,1fach höher als die erwartete Rate „Schlaganfall oder Tod“ beträgt; im Score II sind es Ergebnisse $> 3,6$ Prozent, das heißt wenn die beobachtete Rate mehr als 3,6fach höher als die erwartete Rate „schwerer Schlaganfall oder Tod“ beträgt. In dem Risikoadjustierungsmodell, das der Berechnung der erwarteten Rate zu Grunde liegt, wird die heterogene Indikationsgruppe C (Karotischirurgie unter besonderen Bedingungen) mit einbezogen. Sie beinhaltet sowohl Notfalloperationen an der Karotis im Stadium des akuten / progredienten Schlaganfalls als auch Simultaneingriffe an den Koronarien, der Aorta oder peripheren Gefäße und andere Indikationen. Welche Rate an perioperativen Schlaganfällen oder Todesfällen insbesondere bei synchronen Eingriffen an den Koronarien und an der Karotis akzeptabel ist, bleibt Thema einer ständigen Debatte. In der Literatur wird die Rate „jeder Schlaganfall und Tod“ bei synchronen Operationen an den Koronarien und der Karotis mit 8,7 Prozent (7,7 – 9,8) angegeben. (Naylor A.R. et al., Eur J Vasc Endovasc Surg 2003; 25, 280-389). Abweichungen von den Referenzwerten sind nach wie vor in einigen Kliniken durch Dokumentationsfehler bedingt. In anderen Kliniken sind wiederum die Grundgesamtheiten der Untergruppen, in denen Abweichungen von den Referenzwerten bestanden, so klein, dass statistische Aussagen problematisch sind. Die von den angeschriebenen Institutionen gelieferten Epikrisen zu den beanstandeten Referenzwerten ließen im allgemeinen keine Auffälligkeiten in der Behandlung erkennen. Die mit der Qualitätssicherungsgruppe geführte Diskussion war sachlich. Wir

Tabelle: Übersicht Qualitätsindikatoren Karotis-Rekonstruktion (10/2)
Jahresauswertung Sachsen 2006

Qualitätsindikator	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Abwei- chung
QI 1: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose	86,7 %	≥ 80 %	6,7 %
QI 2: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose	96,4 %	≥ 90 %	6,4 %
QI 3: Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose I Patienten ohne kontralateralen Verschluss oder kontralaterale Stenose ≥ 75 Prozent (NASCET)	0,8 %	< 3 %	2,2 %
QI 4: Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose II Patienten mit kontralateralem Verschluss oder kontralaterale Stenose ≥ 75 Prozent (NASCET)	5,7 %	< 5 %	- 0,7 %
QI 5: Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose I Patienten mit einem Stenosegrad ≥ 70 Prozent (NASCET)	2,4 %	< 6 %	3,6 %
QI 6: Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose II Patienten mit einem Stenosegrad 50 – 69 Prozent (NASCET)	3,3 %	< 6 %	2,7 %
QI 7: Perioperative Schlaganfälle oder Tod risikoadjustiert nach logistischem Karotis-Score I Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate nach logistischem Karotis-Score I Risikoadjustierte Rate nach logistischem Karotis-Score I	1,23 4,2 %	≤ 3,1 ≤ 8,5 %	- -
QI 8: Schwere Schlaganfälle oder Tod Beobachtete Rate unter allen Patienten Verhältnis der beobachteten Rate zur erwarteten Rate nach logistischem Karotis-Score II Risikoadjustierte Rate nach logistischem Karotis-Score II	2,1 % 1,32 2,81 %	nicht definiert ≤ 3,6 % ≤ 5,5 %	- - -

danken allen beteiligten Kliniken für ihre ständigen Bemühungen um Qualitätsbesserung.

Viszeralchirurgie (Cholezystektomie: Modul 12/1)

Jungnickel, H.

Vorwort

Im Jahre 2006 wurde die Verpflichtung zur Dokumentation wie auch in den Vorjahren durch den QS-Filter (Kombination zwischen Entlassungsdiagnose und dokumentierter OPS-Prozedur) ausgelöst.

In der Viszeralchirurgie war nur das Modul 12/1 (Cholezystektomie) verpflichtend zu erfassen. Es sei aber nochmals darauf hingewiesen, dass die Module 12/2 (Appendektomie) und 12/3 (Leistenhernienchirurgie) auf freiwilliger Basis weiter erfasst werden können. Es wird zwar keine Auswertung auf Landes- oder Bundesebene durchgeführt, aber die Software bietet den einzelnen Abteilungen die Möglichkeit, die Daten klinikintern zu bewerten.

Von der BQS wurden wiederum 8 Qualitätsindikatoren vorgegeben. Bei

der Auswertung der Ergebnisse der einzelnen Kliniken (in anonymisierter Form) wurden diejenigen Abteilungen herausgefiltert, welche außerhalb der festgelegten Referenzbereiche lagen. Diese wurden um Überprüfung der Dokumentation im Rahmen eines strukturierten Dialoges gebeten. Der strukturierte Dialog ist nunmehr abgeschlossen. Die Antwortschreiben der Kliniken liegen vor, so dass auch diese im Folgenden mit berücksichtigt werden können.

Basisauswertung:

Im Jahre 2006 wurden insgesamt 8.681 Cholezystektomien im Rahmen der externen Qualitätssicherung (QS) im Freistaat Sachsen erfasst. In 26,1 Prozent wurden akute Entzündungszeichen dokumentiert (Vorjahr 25,8 Prozent). Damit hat sich der über viele Jahre zu beobachtende Trend des kontinuierlichen Anstieges an akuten Behandlungsfällen nicht so deutlich fortgesetzt.

Die Anzahl an laparoskopischen Eingriffen lag mit 82,9 Prozent auf dem Höchststand seit Beginn der Qualitätssicherung, die Umsteigerrate ist

dagegen mit 6,3 Prozent wieder leicht gesunken (Tabelle 1).

52,9 Prozent aller operierten Patienten war 60 Jahre und älter, das ist ein nahezu identischer Wert zum Vorjahr (Tabelle 1).

Eine medikamentöse Thromboseprophylaxe wurde bei 99,3 Prozent der Patienten durchgeführt, ein Zeichen für einen sehr hohen Standard. Im Jahr 2006 war ein weiterer Anstieg an histologischen Untersuchungen des Operationspräparates zu verzeichnen, mit 99,3 Prozent ist die angestrebte vollständige Untersuchung der entfernten Gallenblasen jedoch weiterhin nicht erreicht. Da es sich hierbei um einen ausgewählten Qualitätsparameter handelt, wird im Weiteren dazu noch Stellung bezogen. Die Gesamtletalität (unabhängig von der OPS-Prozedur und der ASA-Klassifikation) ist mit 0,7 Prozent identisch zum Vorjahr (Tabelle 1).

Da die bereits im Jahr 2004 von der BQS bestimmten Qualitätsindikatoren und deren Referenzbereiche in den Jahren 2005 und 2006 nahezu unverändert beibehalten wurden, können diese Jahre gut verglichen werden. Im Folgenden werden nun die Ergebnisse der einzelnen Qualitätsmerkmale dargestellt.

Qualitätsmerkmal: Indikation

Ziel: selten fragliche Indikation

Eine fragliche Indikation zur Cholezystektomie lag vor bei operierten Patienten mit uncharakteristischen Beschwerden im rechten Oberbauch ohne sicheren Steinnachweis, ohne Cholestase und ohne akute Entzündungszeichen. Das war in 1,4 Prozent der Fälle so dokumentiert (Vorjahr 2,0 Prozent). Sachsen lag damit deutlich unter dem von der BQS vorgegebenen Referenzbereich von ≤ 5,0 Prozent. Bei einer Schwankungsbreite von 0 – 5,5 Prozent lagen lediglich zwei Kliniken außerhalb des Referenzbereiches, diese erhielten im Rahmen des strukturierten Dialoges einen Hinweis. Nach Durchsicht der Akten konnte festgestellt werden, dass es sich häufig um eine Fehldokumentation gehandelt hat. Die Indikation zur Operation

Tabelle 1: Ausgewählte Parameter

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
	operativ behandelte Patienten				auswertbare Datensätze					
Gesamtzahl	9.397	9.706	9.766	9.407	7.252	8.949	6.967	9.077	8.936	8.681
davon	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Operationsverfahren										
laparoskopisch	66,1	68,6	72,1	74,8	80,5	79,4	78,9	78,3	81,1	82,9
konventionell	27,7	24,7	21,7	19,0	14,0	13,6	14,9	14,3	12,0	10,6
lapar. begonnen, konv. beendet	6,2	6,8	6,2	6,3	5,5	7,0	6,2	6,9	6,5	6,3
Alter > 60 Jahre	49,3	50,4	51,5	52,0	51,0	52,7	54,0	54,3	54,0	52,9
Thromboseprophylaxe	99,7	99,7	99,7	99,7	99,3	99,2	99,3	99,3	99,4	99,3
Histologische Untersuchung	98,8	98,8	98,6	98,4	99,3	97,7	96,9	97,4	98,1	99,3
Letalität	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	0,7	0,8	0,9	0,7	0,7

wurde von uns in allen Fällen bestätigt, so dass letztendlich hinsichtlich dieses Qualitätsmerkmals keine Klinik in Sachsen auffällig bleibt.

Qualitätsmerkmal: Präoperative Abklärung bei extrahepatischer Cholestase

Ziel: Bei extrahepatischer Cholestase immer präoperative Abklärung der Gallenwege

Von der BQS ist ein Referenzbereich von 100 Prozent festgelegt wurden. Dieser angestrebte Wert erschien der Arbeitsgruppe aufgrund von Notfällen unrealistisch. Wir hatten nach Rücksprache mit der BQS bereits im vergangenen Jahr darauf hingewiesen, dass eine alleinige Sonographie zur Abklärung der Cholestase ausreichend ist (siehe Erfassungsbogen). Wir gehen davon aus, dass diese Untersuchung präoperativ in allen Kliniken durchgeführt wird und haben deshalb wie auch im Vorjahr auf einen strukturierten Dialog verzichtet. Dieser Punkt sollte beim Ausfüllen der Erfassungsbögen jedoch in Zukunft beachtet werden. Es wurde im Jahr 2006 für Sachsen ein Wert von 97,0 Prozent dokumentiert (Vorjahr 96,6 Prozent).

Qualitätsmerkmal: Erhebung eines histologischen Befundes

Ziel: immer Erhebung eines histologischen Befundes

Wie von der BQS-Fachgruppe gefordert, sollte auch im Freistaat Sachsen jede entfernte Gallenblase histologisch untersucht werden. Mit 99,3

Prozent ist ein deutlicher Anstieg im Vergleich zu den Vorjahren zu beobachten (Tabelle 1). Die Schwankungsbreite zwischen den einzelnen Abteilungen ist mit 96,1 Prozent – 100 Prozent nur noch unerheblich (im Vorjahr Minimalwert einer Klinik 78,2 Prozent). Die Dokumentationsqualität hat sich somit deutlich gebessert. Es sei nochmals darauf hingewiesen, dass nur abgefragt wird, ob eine histologische Untersuchung veranlasst wurde, und nicht, ob der histologische Befund zur Entlassung bereits vorlag oder ob dieser pathologisch war. Die fünf Kliniken mit einem Wert unter 98 Prozent wurden angeschrieben. Der strukturierte Dialog hat wie bereits in den beiden vergangenen Jahren die Vermutung bestätigt, dass es sich um Dokumentationsfehler handelt. Praktisch wird jede entfernte Gallenblase in Sachsen auch histologisch untersucht.

Qualitätsmerkmal: Eingriffsspezifische Komplikationen

Ziel: selten eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikationen in Abhängigkeit vom Operationsverfahren

Von der BQS wurde für das Jahr 2006 nur für die Gruppe 2 (Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation) ein Referenzbereich von $\leq 7,0$ Prozent festgelegt. Hier liegt Sachsen mit 3,2 Prozent deutlich unter diesem Wert (Tabelle 2).

Die Schwankungsbreite zwischen den einzelnen Abteilungen in der Gruppe 2 lag zwischen 0 Prozent und 24,7 Prozent. Die vier Kliniken,

die außerhalb des Referenzbereiches lagen, wurden angeschrieben und vor allem gebeten, welche Komplikationen unter der Rubrik „sonstiges“ angegeben wurden, zu benennen. Dieses Feld im Erfassungsbogen gibt es seit 2004 und macht ca. 50 Prozent der dokumentierten eingriffsspezifischen Komplikationen aus. Es hat sich gezeigt, dass auch hier häufig ein Dokumentationsfehler vorgelegen hat und unter dieser Rubrik weder eingriffsspezifische noch behandlungsbedürftige Komplikationen verschlüsselt wurden. Nach Meinung der Fachgruppe ist dieses Feld im Erfassungsbogen überflüssig und irreführend.

In der Gruppe 1 (alle Patienten) und in der Gruppe 2 (laparoskopisch begonnene Operationen) sind die Gesamtkomplikationen weiter leicht rückläufig.

Als besonders gravierende Komplikation sollte die Okklusion oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus (DHC) als „Sentinel Event“ nach Meinung der BQS betrachtet werden. In Sachsen wurde bei insgesamt 27 Patienten (0,3 Prozent) diese Komplikation dokumentiert. Damit muss ein deutlicher Anstieg im Vergleich zum Vorjahr (12 Patienten) beobachtet werden. Alle Fälle wurden im strukturierten Dialog ausgewertet. Es lagen ausnahmslos schwierige anatomische Verhältnisse vor, ein systematischer Behandlungsfehler konnte in keiner Klinik aufgedeckt werden. Es ist ungewiss, ob es sich tatsächlich um einen deutlichen Anstieg an DHC-Verletzungen handelt oder ob

Tabelle 2: Eingriffsspezifische behandlungsbedürftige Komplikationen (in Prozent)

	alle Fälle			lapar. begonnen			offen-chirurgisch		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004	2005	2006
Komplikationen gesamt	4,5	4,0	3,9	3,6	3,3	3,2	9,5	9,0	9,2
Blutung	1,5	1,3	1,5	1,4	1,1	1,3	1,9	2,2	2,6
Periphere Gallengangsverletzung	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	0,3	0,8	1,2	0,8
Okklusion/Durchtrennung des DHC	0,1	0,1	0,3	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	1,0
Residualstein im Gallengang	0,7	0,5	-	0,5	0,4	-	2,3	1,3	-
Sonstige	2,0	1,9	2,0	1,5	1,5	1,5	5,2	4,7	5,8

(Residualsteine im Gallengang wurden 2006 nicht mehr gesondert erfasst.)

Tabelle 3: Postoperative Wundinfektion der Risikoklasse 0 (in Prozent)

	alle Fälle			offen-chirurgisch			laparoskopisch		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004	2005	2006
Postoperative Wundinfektion	0,7	0,7	0,8	3,9	2,4	4,7	0,5	0,6	0,6
Oberflächliche Wundinfektion	0,6	0,7	0,5	3,0	2,0	3,7	0,4	0,6	0,3
Tiefe Wundinfektion	0,1	0,0	0,2	0,6	0,0	0,9	0,0	0,0	0,2
Infektion von Räumen und Organen	0,1	0,0	0,1	0,3	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1

Tabelle 4: Allgemeine postoperative Komplikationen (in Prozent)

	alle Fälle			offen-chirurgisch			laparoskopisch		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004	2005	2006
Patienten mit mindestens einer postoperativen Komplikation	4,8	4,4	4,7	15,6	15,1	16,1	3,0	2,9	3,3
Pneumonie	1,1	0,9	1,0	4,5	3,9	3,9	0,5	0,4	0,6
Kardiovaskuläre Komplikationen	1,9	1,6	1,5	7,2	6,3	7,8	1,0	0,9	0,8
Tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose	0,0	0,1	0,0	0,2	0,6	0,1	0,0	0,0	0,0
Lungenembolie	0,1	0,1	0,1	0,4	0,5	0,4	0,1	0,0	0,1
Harnwegsinfekt	0,4	0,5	0,3	1,4	2,5	1,1	0,2	0,2	0,2
Sonstige	2,6	2,7	2,7	7,8	9,4	8,1	1,7	1,8	2,1

im Jahre 2005 Patienten mit DHC-Durchtrennung verschwiegen wurden. Zu hinterfragen bleibt auch die Validität der Daten bei Abteilungen mit hohen Fallzahlen ohne jegliche gemeldete Komplikation.

Qualitätsmerkmal: Postoperative Wundinfektion

Ziel: selten postoperative Wundinfektionen

Bezogen auf alle Patienten wurde eine postoperative Wundinfektionsrate von 2,1 Prozent dokumentiert, damit musste ein leichter Anstieg der Wundinfektionen beobachtet werden. Die Schwankungsbreite zwischen den einzelnen Abteilungen ist mit 0 Prozent bis 8,6 Prozent erheblich. Ein Referenzbereich wurde hier von der BQS nicht festgelegt. In Auswertung des strukturierten Dialogs kann Folgendes festgehalten werden: die meisten Kliniken benutzen einen Bergebeutel nicht routinemäßig, son-

dern nur bei akuter Cholezystitis, iatrogenen Gallenblaseneröffnung oder Malignomverdacht. Auch eine perioperative Antibiotikaphylaxe wird nicht generell in allen Kliniken durchgeführt und ist teilweise eine Entscheidung des Operateurs anhand des intraoperativen Befundes. Bei dieser Vorgehensweise muss mit einer geringeren Effektivität der perioperativen Antibiotikaphylaxe gerechnet werden.

Von der BQS wurde in Anlehnung an die Vorjahre eine Stratifizierung nach Risikoklassen gemäß NNIS (National Nosocomial Infections Surveillance der Centers for Disease Control) vorgenommen und ein Referenzbereich für die Risikoklasse 0 mit ≤ 2 Prozent festgelegt. Da trotz wiederholter Hinweise unsererseits bezüglich des Kontaminationsgrades auch im Jahr 2006 noch 41,7 Prozent aller Eingriffe als aseptisch eingestuft wurden (Vorjahr 46,2 Prozent), ist weiterhin von einer Datenfehlage hin-

sichtlich der Risikoklasse 0 auszugehen. Wir bitten um sorgfältige Ausfüllung der Erhebungsbögen und stellen die Ergebnisse in Tabelle 3 unkommentiert dar.

Qualitätsmerkmal: Allgemeine postoperative Komplikation

Ziel: selten behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen

Die Häufigkeit des Auftretens von postoperativen Komplikationen ist der Tabelle 4 zu entnehmen. Im Vergleich zum Vorjahr ist ein leichter Anstieg zu beobachten. Die von der BQS vorgegebenen Referenzbereiche werden aber in allen 3 Gruppen (Gruppe 1 = alle Patienten: 8,9 Prozent, Gruppe 2 = laparoskopisch begonnene Operationen: 7,1 Prozent und Gruppe 3 = offene Operationen: 29,2 Prozent) deutlich unterboten. Somit ist eine gute Qualität zu verzeichnen. Dennoch ist eine erhebliche Schwankungsbreite zwischen

Tabelle 5: Reinterventionen (in Prozent)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Alle Fälle	2,9	2,6	2,3	2,0	2,9	2,6	2,8
Offen-chirurgische Operation	6,5	5,5	5,2	4,5	8,1	6,6	8,6
Laparoskopische Operation	1,9	1,9	1,5	1,7	1,9	2,0	1,3

Tabelle 6: Letalität (in Prozent)

	2002	2003	2004	2005	2006
Alle Fälle	0,7	0,8	0,9	0,7	0,7
Offen-chirurgische Operation	4,2	3,0	4,8	4,3	5,3
Laparoskopische Operation	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
ASA 1-3		0,6	0,6	0,4	0,4
ASA 4/5		23,5	22,4	21,6	17,9

den einzelnen Kliniken vorhanden. Die Kliniken, welche außerhalb des Referenzbereiches lagen, wurden angeschrieben. In Auswertung des strukturierten Dialoges hat sich gezeigt, dass in dem Feld „sonstige“ häufig Fehleintragungen vorgenommen wurden, zum Beispiel Doppelt-nennung einer Nachblutung oder Wundinfektion sowie Verschlüsselung von Ereignissen, welche mit der Operation nicht unmittelbar in Verbindung stehen, sondern Vorerkrankungen angeschuldigt werden müssen. Wie auch bei den eingriffsspezifischen Komplikationen werden aber gerade in diesem Feld ca. 50 Prozent aller Komplikationen dokumentiert.

Qualitätsmerkmal: Reinterventionsrate

Ziel: geringe Reinterventionsrate

Der von der BQS festgelegte Referenzbereich von 1,5 Prozent bezieht sich auf die laparoskopisch operierten Patienten. Dabei wurden nur Patienten der Risikoklasse ASA I – III erfasst und die akuten Entzündungen herausgerechnet. Somit ist der Referenzbereich von ehemals 2 Prozent deutlich strenger gestellt – ein Vergleich mit den Vorjahren ist nur bedingt möglich, da bis 2005 alle Patienten einbezogen wurden. In Sachsen liegt mit 1,3 Prozent die Reinterventionsrate im Normbereich. Die Schwankungsbreite zwischen den einzelnen Abteilungen ist mit 0 – 8,0 Prozent jedoch erheblich. Alle Kliniken, die über 3 Prozent lagen, wurden angeschrieben. Häufig hat es sich um eine Fehldokumentation gehandelt (eine postoperative ERCP

im Rahmen des therapeutischen Splittings ist keine Komplikation), es sind aber auch echte operative Reinterventionen wie zum Beispiel bei Cholangios oder Nachblutung dokumentiert wurden. Letztendlich bleibt jedoch keine Klinik in Sachsen hinsichtlich der tatsächlichen operativen Reinterventionen auffällig (Tabelle 5).

Qualitätsmerkmal: Letalität

Ziel: geringe Letalität

Die Gesamtlealität ist mit 0,7 Prozent im Vergleich zum Vorjahr unverändert (Tabelle 1 und 6). In diese Auswertung gehen aber alle verstorbenen Patienten ein, unabhängig, ob der Tod in Zusammenhang mit der Cholezystektomie eintrat oder nicht. Ein Zusammenhang zwischen Tod und erfolgter Operation wurde in 46,8 Prozent (Vorjahr 41,5 Prozent) dokumentiert. Von der BQS wurde ein „Sentinel Event“ bei Patienten der ASA-Klassifikation 1 – 3 gefordert. Dem ist die Arbeitsgruppe wie bereits im Vorjahr gefolgt. Es liegen die ausführlichen Antwortschreiben der betroffenen Kliniken vor. Eine Letalität infolge eines Behandlungsfehlers konnte dabei nicht festgestellt werden. Vielmehr handelte es sich häufig um schicksalhafte Verläufe bei multimorbiden Patienten, welche allerdings nicht in die ASA-Klassifikation 1-3 gehörten (Fehldokumentation!).

Die Fachgruppe bedankt sich recht herzlich für die hohe Auskunftsbereitschaft der beteiligten Kliniken und die sachlich geführte Diskussion mit der Qualitätssicherungsgruppe.

Ausblick

Wie im letzten Jahr stellt die Fachgruppe Chirurgie fest, dass insgesamt eine gute Versorgungssituation aus den vorliegenden Ergebnissen abgeleitet werden kann. Aufgabe der Qualitätssicherung ist es, dieses Versorgungsniveau auch weiterhin zu sichern, erkannte Auffälligkeiten zu analysieren und eventuell bestehenden Defiziten in einzelnen Krankenhäusern nachzugehen. Von der BQS wurde deshalb auch für das Jahr 2009 eine Fortsetzung der stationären Qualitätssicherung im Modul 12/1 (Cholezystektomie) beschlossen. Allerdings soll geprüft werden, ob möglicherweise mit einer weniger aufwendigen Datenerhebung (zum Beispiel: Verwendung von Abrechnungsdaten der Krankenhäuser) diese Zielsetzung ebenfalls erreicht werden kann. Es ist eine Verknüpfung von mehreren Krankenhausaufenthalten geplant (zum Beispiel: Wiederaufnahme des Patienten infolge einer Komplikation).

Künftig besteht die Möglichkeit einer sektorübergreifenden Qualitätssicherung. Diese soll an ein neues unabhängiges Institut vergeben werden (unter anderem hat sich die BQS um diesen Auftrag beworben). Eine endgültige Entscheidung wurde zur Zeit noch nicht getroffen. In diesem Zusammenhang wäre aber die Wiederaufnahme der Leistenhernienchirurgie unter Einbeziehung des ambulanten Sektors und einer Longitudinalbeobachtung (welche Voroperation führte zum Rezidiv) zu befürworten. Des weiteren werden neue Leistungsbereiche, wie das colorektale Karzinom diskutiert.

Kontaktaufnahme bitte über die Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung bei der Sächsischen Landesärztekammer.

Mitglieder der Arbeitsgruppe Chirurgie

Vorsitzender Dr. med. Henry Jungnickel
Dr. med. Arne Dietrich
Dr. med. Hubert Eßbach
Dr. med. Hans-Joachim Florek
Dr. med. Klaus-Peter Heinemann
PD Dr. med. habil. Alfred Schröder

18. Sächsischer Ärztetag 38. Kammerversammlung am 27./28.6.2008

Der 18. Sächsische Ärztetag/38. Kammerversammlung findet am 27. und 28. Juni 2008 im Kammergebäude der Sächsischen Landesärztekammer statt. Die Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer können an den Arbeitstagen mit Vorlage des Arztausweises als Zuhörer teilnehmen.

Tagesordnung

18. Sächsischer Ärztetag Freitag, 27. Juni 2008, 14.00 Uhr

1. **Eröffnung des 18. Sächsischen Ärztetages Feststellung der Beschlussfähigkeit**
Herr Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident
2. **Aktuelle Probleme der Gesundheits- und Berufspolitik**
Bericht: Herr Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident
Ausführliche berufspolitische Aussprache zum
– Bericht des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer
– Tätigkeitsbericht 2007 der Sächsischen Landesärztekammer
3. **Künftige Struktur der Kreisärztekammern**
Bericht: Herr Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident
Herr PD Dr. jur. Dietmar Boerner, Hauptgeschäftsführer
4. **Mitgliedschaft in der Kreisärztekammer des früheren Tätigkeitsortes nach Beendigung der Berufstätigkeit**
Bericht: Herr Prof. Dr. Eberhard Keller
Herr PD Dr. jur. Dietmar Boerner, Hauptgeschäftsführer
5. **Finanzen**
 - 5.1. **Änderung der räumlichen Kapazitäten der Sächsischen Landesärztekammer**
Bericht: Herr Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident
Herr Dr. Steffen Liebscher, Vorsitzender des Verwaltungsausschusses der Sächsischen Ärzteversorgung
 - 5.2. **Jahresabschlussbilanz 2007**
Bericht: Herr Dr. Claus Vogel,

Vorstandsmitglied
Vorsitzender des Ausschusses
Finanzen
Herr Dipl.-Kfm. Wulf Frank,
Wirtschaftsprüfer
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Bansbach, Schübel,
Brösztel & Partner

- 5.3. **Entlastung des Vorstandes und der Geschäftsführung für das Jahr 2007**
- 5.4. **Wahl des Abschlussprüfers für das Jahr 2008**
6. **Änderung der Reisekostenordnung der Sächsischen Landesärztekammer**
Bericht: Herr Dr. Claus Vogel, Vorstandsmitglied
Vorsitzender des Ausschusses
Finanzen

Abendveranstaltung

Freitag, 27. Juni 2008, 19.30 Uhr

Begrüßung
Herr Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident
Totenehrung
Verleihung der „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ 2008 für Verdienste um die sächsische Ärzteschaft
Festvortrag: „Medicina Oeconomica? Ärzte gestern und morgen“
Referent: Herr Prof. Dr. phil. Klaus Bergdolt, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Universität Köln
Musikalischer Ausklang

Fortsetzung der

38. Kammerversammlung Sonntag, 28. Juni 2008, 9.00 Uhr

7. **Begrüßung, Feststellung der Beschlussfähigkeit**
Herr Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident
8. **Arztbild im Wandel !?**
– **Aspekte der kollegialen Zusammenarbeit in der Patientenversorgung**
Moderation: Herr Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident
Herr Prof. Dr. phil. Wolfgang Weigand (angefragt)
Impulsreferate:
 1. **Ethik in der Berufsordnung**
Referent: Herr Prof. Dr. Wolfgang Saueremann
 2. **Freiberuflichkeit und Institutionalisierung**
Referent: Herr Dr. Michael Nitschke-Bertaud

3. **Arztbild und wissenschaftliches Umfeld**
Referent: Herr Dr. Rainer Kobes

4. **Ökonomisierung der Medizin**
Referent: Herr Prof. Dr. Frank Oehmichen

9. **Bekanntgabe des Termins der 39. Kammerversammlung**
10. **Verschiedenes**

21. Erweiterte Kammerversammlung Sonntag, 28. Juni 2008, 13.00 Uhr

1. **Eröffnung der 21. Erweiterten Kammerversammlung und Feststellung der Beschlussfähigkeit**
Herr Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident
2. **Tätigkeitsbericht 2007 der Sächsischen Ärzteversorgung**
 - 2.1. **Bericht des Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses**
Bericht: Herr Dr. Steffen Liebscher
 - 2.2. **Bericht des Vorsitzenden des Aufsichtsausschusses**
Bericht: Herr Prof. Dr. Eberhard Keller
 - 2.3. **Versicherungsmathematisches Gutachten Rentenbemessungsgrundlage und Rentendynamisierung 2009**
Bericht: Herr Dipl.-Math. Hans-Jürgen Knecht
Mitglied des Verwaltungsausschusses der Sächsischen Ärzteversorgung
- 2.4. **Satzungsänderungen 2008**
Bericht: Herr Dr. Steffen Liebscher
Vorsitzender des Verwaltungsausschusses der Sächsischen Ärzteversorgung
- 2.5. **Jahresabschlussbericht für das Jahr 2007 und Diskussion**
Bericht: Herr Dipl.-Kfm. Wulf Frank, Wirtschaftsprüfer
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Bansbach, Schübel, Brösztel & Partner GmbH
- 2.6. **Entlastung des Verwaltungsausschusses, des Aufsichtsausschusses und der Verwaltung für das Jahr 2007**
3. **Bekanntgabe des Termins der 22. Erweiterten Kammerversammlung**
4. **Verschiedenes**

Tarifeinigung für Klinikärzte

Der Tarifkonflikt der Klinikärzte ist endlich beigelegt. Nach einem Verhandlungsmarathon haben sich die Ärztegewerkschaft Marburger Bund (MB) und die Vereinigung kommunaler Arbeitgeberverbände auf eine Erhöhung der Ärztegehälter geeinigt. Demnach steigen die Einkommen der kommunalen Klinikärzte in zwei Stufen um insgesamt rund acht Prozent. Darüber hinaus wurde eine umgehende Anpassung der Ostgehälter an das Westniveau vereinbart. 18 Jahre nach der deutschen Wiedervereinigung war diese Angleichung längst überfällig!

Die große politische Ungerechtigkeit, ostdeutsche Klinikärzte mit einem

Abschlag zu bestrafen, hat nicht zuletzt im erheblichen Maße zur Ärzteflucht aus Sachsen in den Westen der Republik, ins Ausland oder in andere Berufsfelder beigetragen.

Laut Tarifparteien sollen die Gehälter der Klinikärzte noch in diesem Jahr rückwirkend zum 1. April 2008 um durchschnittlich rund vier Prozent steigen. Zum 1. Januar 2009 steigt das Gehalt um weitere 3,8 Prozent. Eine Verlängerung der Arbeitszeit der Mediziner von 40 auf 41,5 Wochenstunden konnte dagegen verhindert werden. Den Ärzten im öffentlichen Dienst, die ohnehin mit Abstand die längsten Arbeitszeiten haben, können keine weiteren Belastungen zugemutet werden.

Allerdings erfordert die Umsetzung der Tarifeinigung eine verbesserte

Finanzausstattung der Krankenhäuser, damit es nicht aus finanziellen Gründen zu Schließungen kommt und die flächendeckende stationäre Versorgung in Sachsen gefährdet wird.

Ein weiteres wichtiges Element dieser Tarifeinigung ist zudem der Einstieg in eine neue Struktur der Entgeltabelle. Ab dem 1. Januar 2009 steigen beispielsweise Fachärzte der vierten Entgeltstufe nicht mehr wie bisher erst nach 60 Monaten, sondern bereits nach 24 Monaten in die nächste, höhere Entgeltstufe auf.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Ablauf von weiteren Übergangsbestimmungen in der Weiterbildungsordnung

Hinweise auf befristete Übergangsregelungen:

- für die Anerkennung von Schwerpunkten und Zusatzbezeichnungen nach der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 08. November 1993 sowie
- für Anerkennungen neuer eingeführter Arztbezeichnungen nach der derzeit gültigen Weiterbildungsordnung vom 26. November 2005.

Die neue Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 26. November 2005 ist zum 01.01.2006 in Kraft getreten.

Der Weiterbildungsausschuss möchte auf die Frist zur Beantragung der Anerkennung von Schwerpunkten

und Zusatzbezeichnungen auf Grundlage der bisher gültigen Weiterbildungsordnung vom 08. November 1993 hinweisen.

Gemäß § 20 Abs. 5 und 6 der neuen Weiterbildungsordnung können Kammermitglieder, die sich bei Inkrafttreten dieser Weiterbildungsordnung nach Facharztanerkennung in einer Weiterbildung zum Schwerpunkt oder in einem Bereich (Zusatzbezeichnung) befinden, diese innerhalb einer Frist von drei Jahren nach den Bestimmungen der bisher gültigen Weiterbildungsordnung abschließen und die Zulassung zur Prüfung beantragen.

Danach kann die Anerkennung für Schwerpunkte und Zusatzbezeichnungen nach den Bestimmungen der bisher gültigen Weiterbildungsordnung nur noch bis zum 31. 12. 2008 beantragt und erteilt werden.

Nach § 20 Abs. 8 letzter Absatz der neuen Weiterbildungsordnung kön-

nen Anträge auf Anerkennungen von Arztbezeichnungen, die neu in diese Weiterbildungsordnung aufgenommen wurden, im Rahmen von Übergangsbestimmungen ebenfalls nur innerhalb einer Frist von drei Jahren gestellt werden. Anträge im Rahmen der Übergangsregelungen können daher nur bis 31.12.2008 berücksichtigt werden.

Für alle Anträge, die nach dieser Frist eingehen, muss grundsätzlich die reguläre Weiterbildung entsprechend den Forderungen der neuen Weiterbildungsordnung nachgewiesen werden.

Die bisher gültige und die neue Weiterbildungsordnung können auf der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer unter <http://www.slaek.de> in der Rubrik Weiterbildung eingesehen werden.

Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler
Vorsitzender des Ausschusses Weiterbildung
der Sächsischen Landesärztekammer

Seniorentreffen der KÄK Dresden

Wir möchten Sie hiermit zur nächsten Veranstaltung am **Dienstag, dem 3. Juni 2008, 15.00 Uhr**, in den Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer einladen. Zu Gast ist Dr. Alexander von Ardenne vom „von Ardenne-Institut für Angewandte Medizinische Forschung“ in Dresden. Sein Vortrag fokussiert die von Prof. Dr. h. c. mult. Manfred v. Ardenne entwickelten Therapieverfahren zur Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie und Ganzkörperhyperthermie sowie die weiteren Entwicklungen in diesen Gebieten. Im Anschluss haben Sie Gelegenheit zum gemeinsamen Kaffee im Foyer. Sie sind mit Ihrem Partner herzlich eingeladen!

Ihr Seniorenausschuss
der Kreisärztekammer Dresden

Konzerte und Ausstellungen

Sächsische Landesärztekammer Konzerte

Festsaal, Sonntag, 1. Juni 2008
11.00 Uhr

Junge Matinee

Johannes Brahms – Der Historiker
Studierende der Hochschule für Musik
Carl Maria von Weber Dresden
Konzeption und Moderation:
Prof. Dr. Michael Heinemann

Festsaal, Sonntag, 6. Juli 2008
11.00 Uhr

Junge Matinee

Johannes Brahms
Studierende der Hochschule für Musik
Carl Maria von Weber Dresden
Konzeption und Moderation:
Prof. Dr. Michael Heinemann

Ausstellungen

Foyer und 4. Etage

Wolfgang Hänsch
Malerei und Grafik
14. Mai 2008 bis 13. Juli 2008

Vernissage: Donnerstag,
15. Mai 2008, 19.30 Uhr
Einführung: Gunter Ziller
Galerie am Blauen Wunder, Dresden

Studienfreunde wieder finden

Erstes Alumnitreffen am Universitätsklinikum Jena

Die Medizinische Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena lädt im Jubiläumsjahr 2008 zum ersten Ehemaligentreffen am **28. Juni 2008** in das neue Universitätsklinikum Jena-Lobeda ein.

Willkommen sind alle Absolventen der Medizin und Zahnmedizin der Universität. Das Klinikum möchte den Ehemaligen mit dem Alumnitreffen im 450. Jahr des Bestehens der Jenaer Universität und der Medizinischen Fakultät einen festlichen Rahmen für ein Wiedersehen mit Kommilitonen an der alten Alma mater bieten. Gleichzeitig kann auch das neue Klinikum Lobeda, das zu den modernsten Krankenhausbauten gehört, besichtigt werden, ebenso wie die Jubiläumsausstellung „Schätze der Medizin“. Alle ehemaligen Studenten und Absolventen sind sehr herzlich eingeladen, an diesem Tag in Jena zusammenzukommen. Anmeldungen können per E-Mail unter alumni@med.uni-jena.de vorgenommen werden.

Dr. med. Lothar Menz
Schulstraße 18, 09661 Striegal

15. Dresdner Ärzteball

Die Kreisärztekammer Dresden erlaubt sich einzuladen zum

15. Dresdner Ärzteball am 30. August 2008 um 19.00 Uhr in die Orangerie Schloss Pillnitz

Um Kartenreservierung wird höflich gebeten bei Frau Riedel, Sächsische Landesärztekammer, Postfach 10 04 65, 01074 Dresden, Tel.: 0351 8267131, Fax: 0351 8267132, E-Mail: kaek-dd@slaek.de.

Der Preis der Ballkarte beträgt: 65,00 EUR für Mitglieder der Kreisärztekammer Dresden, 80,00 EUR für Nichtmitglieder.

Kreisärztekammer Dresden

Ärzteblatt Sachsen

ISSN: 0938-8478
Offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer

Herausgeber:

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

Anschrift der Redaktion:

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Telefon 0351 8267-161
Telefax 0351 8267-162
Internet: <http://www.slaek.de>
E-Mail: redaktion@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 Diettrich
Dr. Hans-Joachim Gräfe
Dr. Rudolf Marx
Prof. Dr. Peter Matzen
Uta Katharina Schmidt-Göhrich
PD Dr. jur. Dietmar Boerner
Knut Köhler M.A.

Redaktionsassistent: Ingrid Hüfner

Grafisches Gestaltungskonzept:

Hans Wiesenhütter, Dresden

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Gruner-Straße 62, 04107 Leipzig
Telefon: 0341 710039-90
Telefax: 0341 710039-99
Internet: www.leipziger-verlagsanstalt.de
E-Mail: info@leipziger-verlagsanstalt.de
Geschäftsführer: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigendisposition: Silke El Gendy-Johne
Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste Nr. 11 vom 1.1.2008 gültig.
Druck: Druckhaus Dresden GmbH,
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Manuskripte bitte nur an die Redaktion, Postanschrift: Postfach 10 04 65, 01074 Dresden senden. Für unverlangt eingereichte Manuskripte wird keine Verantwortung übernommen. 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 gezeichnete Artikel entsprechen nicht unbedingt der Meinung der Redaktion oder des Herausgebers. Mit der Annahme von Originalbeiträgen zur Veröffentlichung erwerben Herausgeber und Verlag das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung in gedruckter und digitaler Form. Die Redaktion behält sich – gegebenenfalls ohne Rücksprache mit dem Autor – Änderungen formaler, sprachlicher und redaktioneller Art vor. Das gilt auch für Abbildungen und Illustrationen. Der Autor prüft die sachliche Richtigkeit in den Korrekturabzügen und erteilt verantwortlich die Druckfreigabe. Ausführliche Publikationsbedingungen: <http://www.slaek.de> oder auf Anfrage per Post.

Bezugspreise/Abonnementpreise:

Inland: jährlich 93,50 € incl. Versandkosten
Einzelheft: 8,85 € 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 Leseranalyse Medizinischer Zeitschriften e.V.

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden gemäß § 103 Abs. 4 SGB V in Gebieten, für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind bzw. für Arztgruppen, bei welchen mit Bezug auf die aktuelle Bekanntmachung des Landes Ausschusses der Ärzte und Krankenkassen entsprechend der Zahlenangabe Neuzulassungen sowie Praxisübergabeverfahren nach Maßgabe des § 103 Abs. 4 SGB V möglich 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 Registrierungs-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.

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Zwickau-Stadt

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Reg.-Nr. 08/C027
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 26.05.2008

Plauen-Stadt/Vogtlandkreis

Facharzt für Urologie
Reg.-Nr. 08/C028

Zwickauer Land

Facharzt für Innere Medizin-hausärztlich*)
Reg.-Nr. 08/C029
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 08/C030

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10.06.2008 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirks-geschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel.: (0371) 27 89-406 oder 27 89-403 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Bautzen

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 08/D034
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 23.05.2008
Facharzt für Innere Medizin-hausärztlich*)
Reg.-Nr. 08/D035
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 23.05.2008

Meißen

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Reg.-Nr. 08/D036

Riesa-Großenhain

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 08/D037
verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 23.05.2008

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10.06.2008 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirks-geschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 8828-310, zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 08/L045
Facharzt für Allgemeinmedizin*)
(Vertragsarztsitz in Gemeinschafts-praxis)
Reg.-Nr. 08/L046
Facharzt für Innere Medizin-hausärztlich*)
Reg.-Nr. 08/L047
Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 08/L048
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 08/L049
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 08/L054

Torgau/Oschatz

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Reg.-Nr. 08/L050

Delitzsch

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 08/L051

Döbeln

Facharzt für Augenheilkunde
Reg.-Nr. 08/L052

Muldentalkreis

Facharzt für Allgemeinmedizin*)
Reg.-Nr. 08/L053

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 13.06.2008 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirks-geschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.: (0341) 243 21 54 zu richten.

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Landesgeschäftsstelle

Tagung der AG Peri-/Neonatologie mit dem Sächsischen Hebammenverband

2. Gemeinsame Tagung der Arbeitsgruppe Perinatalogie/Neonatologie und der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung mit dem Sächsischen Hebammenverband e. V.

Durch gemeinsame Arbeit von Geburtshelfern, Kinderärzten und Hebammen gelang es in den letzten Jahren in Sachsen die perinatale Mortalität und Säuglingssterblichkeit deutlich zu verringern und dabei bundesweit vordere Ränge zu belegen.

Nach einer frühzeitigen Entlassung aus der Klinik, wie sie in den letzten Jahren überwiegend praktiziert wird, oder nach außerklinischen Geburten ist die Hebamme die erste Ansprechpartnerin für alle auftretenden Fragen und Probleme beim Neugeborenen, beim Stillen und bei Komplikationen im Wochenbett.

Deshalb ist es nahe liegend, sinnvoll und notwendig, im Interesse von Mutter und Kind in gemeinsamen Veranstaltungen beider Berufsgruppen allseits interessierende fachliche und organisatorische Probleme zu erkennen und daraus thematisch abgeleitet entsprechende Fortbildungsveranstaltungen durchzuführen.

Die diesjährige, von Frau Dr. med. Gabriele Kamin, Dresden, moderierte Veranstaltung in der Sächsischen Landesärztekammer war von klinisch und außerklinisch tätigen Hebammen sowie von Ärzten mit insgesamt 100 Teilnehmern gut besucht. Teilweise lebhaft Diskussionen nach den Vorträgen zeigten, dass die ausgewählten Themen überwiegend den Wünschen der Teilnehmer entsprachen.

Im ersten Vortrag wurde von Frau Professor Dr. med. habil. Eva Robel-Tillig, Leipzig, ausführlich und praxisnah über die Bedeutung des postnatalen Gewichtsverlustes referiert. Unzureichende Ernährung während der ersten Lebenstage darf nicht zu

einem Gewichtsverlust von mehr als 10 Prozent der Körpermasse führen, da dies akut zur Hypothermie, Hypoglykämie und Hyperbilirubinämie führen kann, in schweren Fällen durch stark erhöhte Serum-Natriumwerte zur hypertonen Dehydration mit nachfolgendem Hirnschaden. Tägliche Kontrollen des Körpergewichts in den ersten Lebenstagen und eine ausreichende Energiezufuhr sind deshalb zwingend, um diese Gefahren vom Neugeborenen abzuwenden. Gelingt dies durch alleiniges Stillen nicht, führt eine vorübergehend erforderliche Flaschenernährung nicht zur „nipple confusion“.

Dr. med. Jürgen Dinger, Dresden, referierte danach über neonatologisch relevante postnatale generalisierte Infektionen, die bei etwa 1,7 bis 2,7 Prozent der Neugeborenen beobachtet werden. Anschaulich wurden die hierbei zunächst uncharakteristischen Allgemeinsymptome und die nachfolgend diagnostischen Möglichkeiten bakterieller und viraler Erkrankungen dargestellt und durch klinische Beispiele unteretzt. Besonders interessant war dabei der Fall eines Neugeborenen mit B-Streptokokkensepsis durch infizierte Muttermilch ohne begleitende Mastitis.

Dr. med. habil. Reinhold Tiller, Chemnitz, stellte anschließend charakteristische Leitsymptome postnataler Anpassungsstörungen dar, die kinderärztlicher Diagnostik und Therapie erfordern.

Im zweiten Teil der Veranstaltung wurde von der Vorsitzenden des Sächsischen Hebammenverbandes, Frau Grit Kretschmar-Zimmer, Hoyerswerda, über die Notwendigkeit einer Familienhebamme zur Betreuung von Problemfamilien während des ersten Lebensjahres ausführlich und konstruktiv diskutiert. Durch entsprechende Ausbildung müssen Hebammen aber hierzu befähigt werden. Im Gegensatz zu anderen Bundesländern kam in Sachsen die geplante Ausbildung zur Familienhebamme bislang leider nicht zustande.

Frau Kristin Rammel, Leipzig, vom Sächsischen Hebammenverband berichtete anschließend über deutschlandweit durchgeführte statistische Erhebungen der außerklinischen Ge-

burtshilfe der Jahre 2000 bis 2004, die analog der Perinatalerhebung für Klinikgeburten durchgeführt werden. In einigen Bundesländern ist die Teilnahme der Hebammen an dieser Qualitätskontrolle zwingend, in Sachsen derzeit noch nicht.

Etwa 10.000 (80 Prozent) der außerklinischen Geburten pro Jahr werden so erfasst. Danach entbinden 1,5 Prozent der Frauen nicht in Kliniken.

Der Anteil älterer zweit- und mehrgebärender Frauen ist in der außerklinischen Geburtshilfe höher im Vergleich zu Klinikkollektiven. Die Verlegungsrate der Mütter liegt bei 12 Prozent. Hauptverlegungsgrund ist die verzögerte Geburt. Bei den postnatal verlegten Neugeborenen (2 bis 3 Prozent der Neugeborenen) handelt es sich ursächlich überwiegend um die Diagnosegruppen Unreife/Mangelgeburt und Asphyxie. Die Mortalitäts- und Morbiditätsziffern werden in der Regel durch unvorhersehbare Einzelfälle belastet und liegen damit zwangsläufig unterhalb derer von Kliniken.

Dr. med. Frank-Thomas Riede vom Herzzentrum Leipzig stellte dann vorläufige Ergebnisse der Pulsoxymetrie beim Neugeborenen vor. Ein Verfahren, dass sich bereits in vielen geburtshilflichen Einrichtungen Sachsens zur Früherkennung bislang nicht bekannter mit Hypoxie einhergehender Herzfehler bewährt hat.

Den Abschluss bildete nochmals ein Vortrag von Dr. Dinger, der aus kinderärztlicher Sicht auf die Notwendigkeit der postnatalen Augenprophylaxe, der Vitamin-D- und Fluoridgabe verwies. Um durch Vitamin-K Mangel bedingte Hirnblutungen besonders bei gestillten Neugeborenen und Säuglingen zu vermeiden, darf auch auf die prophylaktische Gabe von Vitamin K keinesfalls verzichtet werden.

Die Veranstaltung bewies gute Resonanz unter den Teilnehmern und ist Anlass und Verpflichtung zugleich, diese im Jahr 2009 fortzuführen.

Dr. med. habil. Reinhold Tiller
Vorsitzender der Arbeitsgruppe
Perinatalogie/Neonatologie

Prof. Dr. med. Hermann Eberhard Friedrich Richter (1808 – 1876)

2. Teil

Das Schicksal von Prof. H. E. F. Richter der nächsten Jahre ist eng mit dem Dresdner Maiaufstand 1849 verknüpft. Zum besseren Verständnis muss ich eine Skizze der zeitgenössischen Verhältnisse geben. Als im März 1848, von Paris ausgehend, die Revolution über Mitteleuropa fegte, blieb es in Sachsen verhältnismäßig friedlich. Seit 1831 hatte Sachsen eine Verfassung, es bestand eine konstitutionelle Monarchie, in der schrittweise demokratische Rechte erweitert wurden, Rede-, Presse- und Versammlungsfreiheit wurden sehr liberal gehandhabt. Völlig legal lief im April 1848 die Wahl zur Nominierung der sächsischen Abgeordneten für die Nationalversammlung in der Paulskirche in Frankfurt am Main ab. Von den gewählten 24 Abgeordneten gehörten 20 den Linken an. Erwähnt seien hier der Leipziger Publizist Robert Blum, der Tharandter Professor Emil Adolf Roßmäßler und der Dresdner Parlamentsstenograf Franz Jacob Wigard. Die Parlamentsverhandlungen wurden überall interessiert verfolgt und die mit der Parole „Einheit und Freiheit“ angetretene Revolution schien dem Erfolg nahe zu sein. Am 27. März 1849 beschloss die Frankfurter Nationalversammlung eine gemäßigt-liberale Reichsverfassung mit der Aufforderung an alle deutschen Länder, dieser Verfassung zu zustimmen.

In der Zwischenzeit hatte sich die Großwetterlage entscheidend verändert: In Wien war im November 1848 die Revolution militärisch niedergeworfen worden, Robert Blum am 9. November erschossen. Auch in Berlin siegte im Dezember 1848 die Losung: „Gegen Demokraten helfen nur Soldaten“. Somit brauchten sich die Großmächte Österreich und Preußen nicht mehr zu fürchten, sich einer parlamentarisch kontrollierten Zentralregierung in Frankfurt beugen zu müssen. Auch die in vielen Bundesländern regierenden Dynastien ver-

stärkten ihren Widerstand. Dagegen war in Sachsen die Zustimmung zu dieser Reichsverfassung im Volk allgemein und besonders in den gebildeten Schichten. Bekannt sind die Stellungnahmen vieler Persönlichkeiten, wie Richard Wagner, Gottfried Semper, Andreas Schubert und natürlich von Prof. H. E. F. Richter. Sogar Carl Gustav Carus, königlicher Leibarzt, versuchte seinen König zur Zustimmung zur Reichsverfassung zu bewegen. Als beide Kammern des Sächsischen Landtages fast einstimmig vom König die Annahme der Reichsverfassung forderten, löste der widerstrebende König am 28. April 1849 den Landtag auf. Diese Auflösung des Landtages wurde im liberalen Sachsen als Unrecht und fürstliche Willkür empfunden und führte direkt zum Dresdner Maiaufstand, dem tragischen Schlussakt der Revolution in Sachsen. Die Straßen der Dresdner Altstadt füllten sich mit empörten Massen, den Abgeordneten, die unter Ausbringung von Hochrufen auf die Freiheit und die Reichsverfassung aus ihrem Landtag vertrieben waren, mit Dresdnern und mit Zuzüglern von außerhalb. Das reguläre sächsische Militär sicherte nun den Schlossbereich, die Elbbrücke und die Elbufer. Am 3. Mai begann man nun, um den Zugang des Militärs zur aufständischen Stadt zu wehren, in den Zugangsstrassen zur inneren Altstadt mit dem Barrikadenbau. Eine große Barrikade befand sich am Eingang der Wilsdruffer Gasse

(heute am Postplatz/Abbildung 1), zu der Gottfried Semper seinen architektonischen Sachverstand beigetragen hatte. Die Bewaffnung der Aufständischen war kläglich, am 3. Mai wurde ein Sturm auf das Zeughaus versucht. Dabei kam es zu den ersten 12 Todesopfern, die als Märtyrer durch die Stadt gefahren wurden. Am 4. Mai früh floh die königliche Familie mit einem Dampfboot auf die Festung Königstein.

Die Reaktion der Dresdner auf diese Eskalation war verschieden: Viele flohen aus der unruhigen Stadt, wie das damals in Dresden ansässige Musikerehepaar Clara und Robert Schumann, manche vergruben sich ängstlich in ihren Häusern, wie der Maler und Graphiker Adrian Ludwig Richter berichtet. Der Zuzug von Studenten und einfachen Leuten vor allem aus den Industriestädten des Erzgebirges war erheblich, die auf den Barrikaden Stellung bezogen. Behauptet wurde später, dass viele Ausländer, Tschechen und Polen, mitgekämpft hätten, darüber gibt es aber keine sicheren Beweise. Der bekannte russische Anarchist Michael Bakunin war in Gesellschaft Richard Wagners in Dresden.

Als die Nachricht von der Flucht der königlichen Familie bekannt wurde, bildete man auf dem Rathause durch Akklamation eine „Provisorische Regierung“, bestehend aus den Landtagsabgeordneten Karl Todt, Otto Heubner und Samuel Tzschirner.

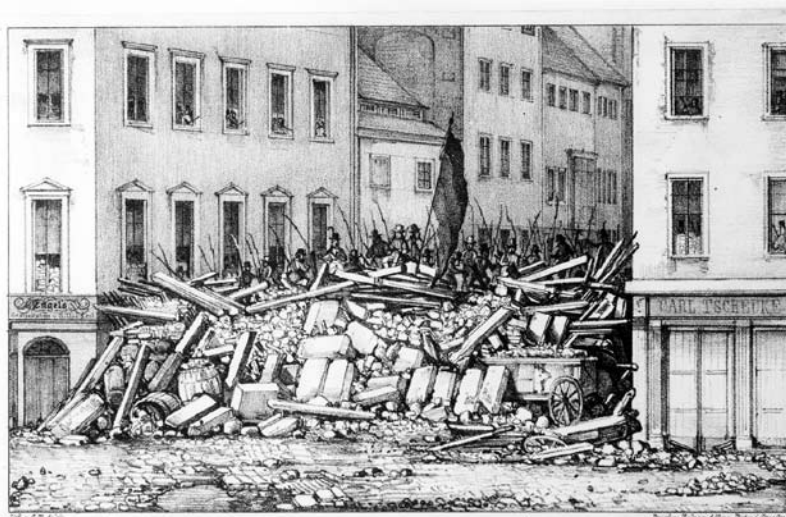


Abbildung 1: Große Barrikade auf der Wilsdruffer Gasse 1849, Litho. C.W. Artl Kupferstichkabinett Dresden, Foto: Deutsche Fotothek/SLUB Dresden

Von einer einheitlichen Haltung der Aufständischen konnte jedoch keine Rede sein, einige wollten den König zum Nachgeben oder zu einem Kompromiss nötigen, andere wollten das Königtum überhaupt abschaffen. Auch hoffte man auf Hilfe von außerhalb und darauf, dass das sächsische Militär nicht gegen eigene Landsleute vorgehen würde. Revolutionäre Rhetorik von „Freiheit oder Tod“ beherrschte auch die Szene.

Der Stadtverordnete Prof. Richter ließ sich auf dem Rathaus, wo die Provisorische Regierung in Permanenz tagte, in einen „Sicherheitsausschuss“ wählen, der städtische Belange vertreten sollte. Mit der Provisorischen Regierung lehnte die Königliche Regierung jegliche Verhandlung ab. Sie ließ aber wissen, dass ein Gespräch mit regulären Stadtverordneten möglich sei. Richter stellte daraufhin eine vierköpfige Delegation zusammen, die auf Umwegen, da die Provisorische Regierung diese Aktion nicht unterstützte, bis zur Königlichen Regierung vordrang. Die Verhandlungen, die unser Prof. Richter mit den Ministern F. v. Beust und B. Rabenhorst führte, hatten erwartungsgemäß nur ein mageres Ergebnis: Eine 24-stündige Waffenruhe wurde vereinbart, die von beiden Seiten nur teilweise eingehalten wurde. Die Hauptforderung der königlichen Minister, Entwaffnung der Aufständischen und Auslieferung der Anführer, konnte niemand realisieren.

Am 5. Mai entbrannten die Kämpfe um die Barrikaden und die anschließenden Häuser erbitterter als zuvor, zumal preußische Truppen, die mit der Eisenbahn eingetroffen waren, zum Einsatz kamen. Zur Versorgung der Verwundeten reichten bald das Spital auf der Stiftsstraße und die Betten der Chirurgisch-Medizinischen Akademie nicht mehr aus.

Um den Notstand zu steuern, wurde Prof. Richter auf dem Rathause zum „Hauptdirigenten des Lazarett-Wesens“ ernannt. Unermüdlich organisierte er die Einrichtung von Lazaretten, so eines im Polizeigebäude auf der Schießgasse, eines in der Kinderheilanstalt, wo die Räume des Nachbarhauses durch Einschla-

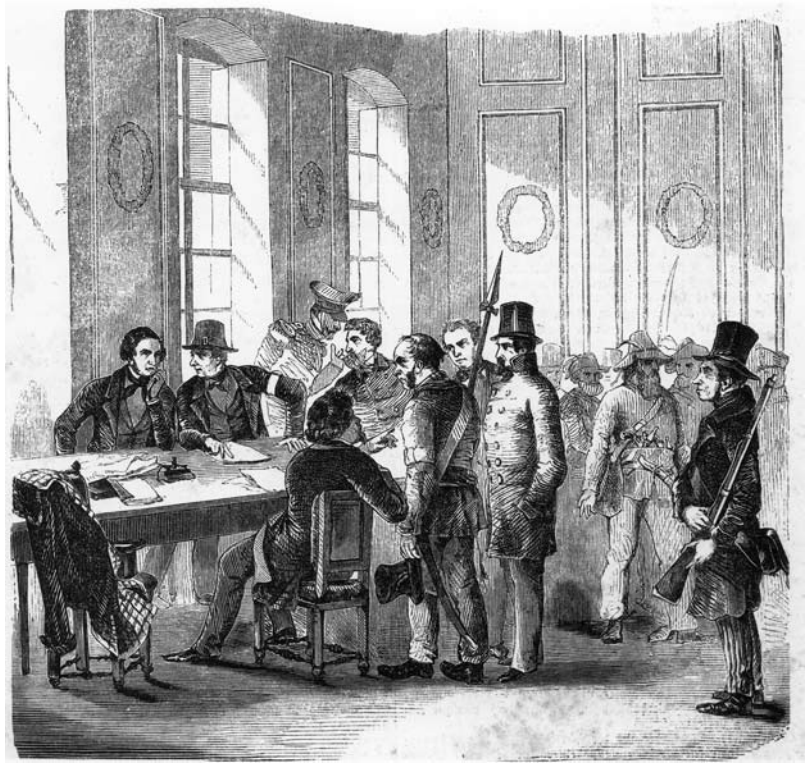


Abbildung 2: Sitzung der provisorischen Regierung im Ratssaale zu Dresden
Stadtmuseum Dresden, Deutsche Fotothek/SLUB Dresden

gen der Zwischenwände einbezogen wurden. Studenten der Akademie und Ärzte leisteten ununterbrochen Dienst.

Richter inspizierte Barrikaden, ermächtigte auch Ärzte, die notwendigen ärztlichen und diätetischen Bedürfnisse auf Kosten der Gemeinde zu requirieren. Auch ließ er das Marcolini-Palais in der Friedrichstadt, dessen Umbau zum Städtischen Krankenhaus schon geplant war, mit Verwundeten belegen. Mitte Mai, nach Niederschlagung des Aufstandes, lagen noch 92 Blessierte dort.

Ein Bild aus der „Leipziger Illustrierte Zeitung“, Ausgabe vom 2. Juni 1849, trägt die Unterschrift: „Die provisorische Regierung im Ratssaale zu Dresden“ (Abb. 2). Am Tisch links sitzen die drei Köpfe der Provisorischen Regierung Karl Todt, Otto Heubner (mit Hut), und mit dem Rücken zum Betrachter Samuel Tzschirner. Weiter sitzt am Tisch Prof. H. E. F. Richter mit Vollbart und dunklem hochgeschlossenen Rock, dem ein Militär mit Epauletten, der Militärbefehlshaber der Aufständischen, Oberstleutnant A. Heinze etwas ins Ohr sagt. Fotodokumente aus dieser Zeit gibt es noch nicht.

In den Morgenstunden des 9. Mai drang das sächsische und preußische Militär nach schwierigem Häuserkampf auf den Altmarkt vor und der Kampf war zu Ende. Noch unter dem Schutze der Dunkelheit konnten viele Aufständische fliehen, so Gottfried Semper (er fuhr mit dem Frühzug nach Pirna!), Richard Wagner, Michael Bakunin und viele andere. Etwa 400 Personen wurde sofort verhaftet, unter ihnen Prof. H. E. F. Richter. Die Verhafteten, so auch Richter, wurden zunächst in die Frauenkirche gesperrt, um in den nächsten Tagen in verschiedene Gefängnisse verlegt zu werden. Beim Stadtgericht Dresden wurden 869 Anklagen erhoben, häufig mit dem Vorwurf des Hochverrats.

Abgesehen von den ersten Tagen nach Niederwerfung des Aufstandes kam es nur zu wenigen Gewaltexzessen. Eine offizielle Aufstellung zählt 191 Tote bei den Aufständischen, 31 beim Militär. Viele Häuser waren beschädigt, etliche zerstört, so war ein Teil des Zwingers mit Kunstschatzen zerstört und das alte Hoftheater abgebrannt. Bis Ende 1850 galt in Dresden das Kriegsrecht.

Die Anklage gegen Richter war schwerwiegend und lautete auf Hochverrat: so lag dem Gericht als Corpus delicti ein Schreiben an die Tharandter Kommunalgarde, vor, das er mit unterzeichnet hatte, den Aufständischen, die den „Kampf für Recht und Ordnung begonnen hatten, mit Waffen baldmöglichst zu Hilfe zu kommen“. Es hatten auch am 3. Mai etwa 200 Tharandter, meist Studenten der Forstakademie, auf Barrikaden Stellung bezogen. Außer dem wurden ihm Mitwirkung bei der Ausrufung der Provisorischen Regierung, seine Mitgliedschaft im Sicherheitsausschuss sowie seine Tätigkeit als Lazarett dirigent zum Vorwurf gemacht.

Bald wurde der Charakter der Haft wesentlich gemildert, er durfte schriftstellerisch arbeiten. So konnte er noch in der Haft die Redaktion des in Leipzig erscheinenden Referatenblattes „Schmidts Jahrbücher der gesamten Medizin“ übernehmen. In der Haft schrieb er auch sein „Organon der physiologischen Therapie“ (Leipzig 1850). Seine körperliche Spannkraft habe er sich, wie er selbst berichtet, durch Übungen mit Hanteln erhalten. Am 6. April 1851, also nach fast zwei Jahren, wurde er entlassen, erst gegen eine Kautions und mit einer Aufenthaltsbeschränkung auf Dresden. Im November 1851 kam dann der endgültige Freispruch „mangels Verdachts“, die erheblichen Prozesskosten musste er aber noch bezahlen.

Insgesamt muss man aber anerkennen, dass sich die sächsische Justiz, wohl auf Weisung des Königs Friedrich August II, sehr milde gezeigt hatte: Von den vielen Todesurteilen wegen Hochverrats wurde kein einziges vollstreckt, Gnadengesuchen wurde großzügig entsprochen, der letzte Häftling kam 1863 durch eine Amnestie frei. Nach der Amnestie konnten am Hoftheater wieder Werke von Richard Wagner gespielt werden, auch durfte Gottfried Semper wieder in Dresden tätig werden. Bemerkenswert ist auch, dass viele Angeklagte später ihre politischen Aktivitäten fortsetzten und sich auch zu ihrer Vergangenheit als Revolutionäre von 1848/49 bekennen konnten,

letztlich so auch Prof. H. E. F. Richter.

Noch vor dem endgültigen Urteil wurde Richter von seiner Professur entbunden und ein Nachfolger berufen. Nach dem Freispruch war sein Ausscheiden aus der Akademie nicht mehr gerechtfertigt, Prof. Choulant sprach sich aber, wegen alter Differenzen, gegen eine Wiedereinstellung aus, so dass Richter auf ein Wartegeld von 600 Talern gesetzt werden musste. Reue über seine Rolle während der letzten Jahre zeigte er jedenfalls nicht: In einem Schreiben an das Sächsische Innenministerium heißt es trotz: „Ich unterwerfe mich demnach ohne weiteres der Versetzung auf Wartegeld, um bessere Zeiten abzuwarten“. – In diesen Reaktionsjahren war eine öffentliche Wirksamkeit sehr erschwert. Alle politischen Verbände waren aufgelöst, die Presse wieder unter strenger Zensur. Vor allem widmete er sich wieder seiner, bald ausgedehnten Praxis. Im Dresdner Adressbuch von 1855 heißt es: „Richter, H. E., Professor u. pract. Arzt, Johannisgasse 1, Sprechstunden früh 8 bis 9, nachm. Von 3 bis 4 Uhr“. Froh über die wieder gewonnene Bewegungsfreiheit machte Richter nun ausgedehnte Reisen. 1852 fuhr er zu seinen Freunden, den Professoren Jaksch und Oppolzer nach Prag, die Dresden-Prager-Eisenbahn war gerade eröffnet worden, von da ging es weiter nach Paris. In den vom herausgegebenen „Schmidts Jahrbüchern“ finden wir darüber viele Berichte, so zum Beispiel über die klinische Anwendung von Elektrizität durch den Pariser Neurologen G. Duchenne (1806 bis 1875), über Kurorte und Mineralwässer, oder über „Neuere Kenntnisse über die krankmachenden Schmarotzerpilze“ (a. a. O. 1867 bis 1875), die uns in die Frühzeit der medizinischen Mikrobiologie führen.

1858 kamen infolge einer Initiative des Sächsischen Landtages die Medizinalreformfragen wieder in Bewegung: die Überzeugung hatte sich durchgesetzt, dass entsprechend der Forderung der Ärztlichen Vereine der 40-iger Jahre, eine Ausbildung von Ärzten zweiter Klasse und damit die

Dresdner Chirurgisch-medizinische Akademie nicht mehr zeitgemäß sei. Die Neuaufnahme von „Zöglingen“ wurde 1861 beendet, 1864 die Akademie geschlossen. Auch auf die Forderung des Ausschusses Sächsischer Ärzte von 1848, an der Medizinalverwaltung beteiligt zu werden, kam man wieder zurück. So wurde 1865 ein „Regulativ, die Bildung ärztlicher und pharmaceutischer Kreisvereine betreffend“ erlassen, das die Ärztevereine wieder legalisiert ins Leben rief. Drei ärztliche Kreisvereine, jeweils einer für die Regierungsbezirke Dresden, Chemnitz und Leipzig, sollten je zwei außerordentliche Abgeordnete für die Mitarbeit an dem „Landes-Medicinal-Collegium“ nominieren. In dieser Behörde hatten aber die von der Regierung ernannten ordentlichen und besoldeten Mitglieder die Stimmenmehrheit. Prof. Richter war als ordentliches Mitglied berufen worden, lehnte aber unter Protest diese Berufung ab, da er das demokratische Prinzip verletzt sah. Er verlor durch diese Weigerung seinen Anspruch auf Wartegeld, gehörte diesem Gremium aber als außerordentliches Mitglied, delegiert vom Dresdner Ärztlichen Kreisverein, bis zu seinem Lebensende an. Das Sächsische Landesmedizinalkollegium hat als oberste Gesundheits-Behörde bis in die 1930er Jahre segensreich gewirkt.

Die Vereinigung deutscher Ärztevereine nach der Gründung des Deutschen Kaiserreichs 1871 zum „Deutschen Ärztevereinsbunds“ (1873) ist, worüber nun berichtet werden muss, vorzugsweise ein Verdienst von H. E. F. Richter.

Bei einer Versammlung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte 1865 in Hannover versuchte Richter eine Diskussion über Medizinalreform zu eröffnen, die der Sitzungspräsident, wohl als zu politisch, untersagte. Richter verteilte unter die Anwesenden seine kleine Schrift „Entwurf über die Organisation des ärztlichen Standes“:

Sein Anliegen fasst er da in folgenden Thesen zusammen:

„1. Es ist wünschenswert, dass der ärztliche Stand eine vom Staat anerkannte Körperschaft bilde.

2. Dass diese Körperschaft das Recht besitze, ihre Berufsangelegenheiten selbstständig zu beraten und zu verwalten

3. desgleichen an der öffentlichen Gesundheitspflege Theil zu nehmen,

4. desgleichen mittels selbstgewählter Abgeordneter bei der Staatsregierung vertreten zu sein.“

Durch Zuruf fand er gleich gesinnte Kollegen (die Kollegen Cohen, Davorski, Erlenmeyer, Kirchhoff, Wietfeld und H. E. F. Richter), die eine Kommission für Medizinalreform bildeten, die für die nächsten Naturforscherversammlungen 1867 in Frankfurt/M, 1868 in Dresden und 1871 in Rostock Sektionssitzungen vorbereiteten und durchführten. In vielen deutschen Ländern gab es damals noch keine Ärztevereine, auch war die Vorstellung, man müsse sich mit allen ärztlichen Kollegen gemeinschaftlich organisieren, noch nicht überall verbreitet. Richter agitierte, als „umherziehender fanatischer Apostel der Medizinalreform“, wie er sich selbst bezeichnete, und wollte die Ärzte, die sonst einzeln, „wie die Spinne in ihrem Netz“ lebten, überzeugen, sich in Vereinigungen zu organisieren und sich selbst zu helfen. Ärztliche Reformbestrebungen, die es in manchen deutschen Ländern in den 40-iger Jahren gegeben hatte, waren in den Reaktionsjahren verstummt und mussten neu belebt werden. Eine Dringlichkeit für die Ärzteschaft sich zu organisieren, ergab sich auch durch die neue liberale Gewerbeordnung (vom 21. Juli 1869), die nun ab 1871 im ganzen Deutschen Reich galt. In dieser Verordnung wurden die Ärzte allen anderen Gewerbetreibenden gleichgestellt, sie brachte die „Kurierfreiheit“.

Nach mühsamen Vorbereitungen konnte Richter 1872 zu einer Ärztevereinsversammlung aller Länder des Deutschen Reichs nach Leipzig einladen. Hier sollte beraten werden, „in welcher Weise ein gemeinsamer Verband oder Mittelpunkt für sämtliche ärztliche Vereine eingerichtet werden könne...“ Im Nachgang zu dieser Versammlung gab Richter die von ihm begründete, finanzierte und zunächst von ihm allein bestrittene



Abbildung 3: Titelblatt der ersten Ausgabe des von Richter begründeten Ärztlichen Vereinsblattes (heute: „Deutsches Ärzteblatt“)

Zeitschrift heraus, das „Ärztliche Vereinsblatt für Deutschland“ (Abb.3). Wenn wir Ärzte als Mitglieder einer Ärztekammer allwöchentlich das Deutsche Ärzteblatt in den Händen halten, finden wir in dem Balken unter dem Titel die Worte „gegründet 1872“. Diese Worte beziehen sich auf das von Richter gegründete Zentralblatt. Mit dieser Zeitschrift konnte zum 1. Deutschen Ärztetag zum 17. September 1873 nach Wiesbaden eingeladen werden. Hier wurde dann die erste gesamtdeutsche Ärzteorganisation, der „Ärztevereinsbund Deutschlands“ aus der Taufe gehoben. Zum Vorsitzenden wählte man Dr.med. Eduard Graf (1829 bis 1895) aus Elberfeld, Richter wurde Geschäftsführer. Das Ärztliche Vereinsblatt (in den 1930-iger Jahren wurde der Titel auf „Ärzteblatt“ verkürzt.) trug nun den Untertitel: „Organ des Deutschen Ärztevereinsbundes“. Seit dieser Zeit werden alljährlich Ärztetage ausgerichtet, zu denen aktuelle Fragen diskutiert und Beschlüsse gefasst werden können. Diese Ärztetage finden seitdem, abgesehen von Kriegs- und Notzeiten und den Jahren der Nazi-Diktatur, regelmäßig alljährlich statt. Der nächste wird als der 111. Deutsche Ärztetag in Ulm stattfinden.

Dieser Ärztevereinsbund konnte nun das uneinheitliche Ärztevereinswesen zusammenführen, Stellungnahmen vorbereiten, bessere Einflussnahme auf die Politik wurde möglich. So sandte zum Beispiel der Ärztevereinsbund Petitionen an den Reichskanzler Bismarck, die Bildung eines Reichsgesundheitsamtes, oder gesetzliche Regelung der Pockenimpfung und ähnliches betreffend, die entgegengenommen wurden und auch in großen Teilen berücksichtigt wurden. Einheitliche Regelungen waren besonders deshalb notwendig, da damals entschieden wurde, dass im föderalen Reichtsaufbau die Medizinalgesetzgebung im Wesentlichen Ländersache bleiben sollte.

H. E. F. Richter konnte noch im Vorstand des zweiten (1874) und dritten Deutschen Ärztetages (1875) präsidieren, als sich bis dahin guter Gesundheitszustand im Herbst 1875 verschlechterte. Er starb am 24. Mai 1876 in seinem Haus auf der Seestraße in Dresden.

Die Autopsie ergab als Todesursache eine „carcinomatöse Degeneration im Darmkanal“. Seine sterblichen Überreste wurden, wie er verfügt hatte, verbrannt. Als kompromissloser Rationalist war er ein Verfechter der Feu-

erbestattung, die damals noch wenig anerkannt war. Testamentarisch hinterließ er die Besitzrechte am Ärztlichen Vereinsblatt mit einem Bargeldbetrag von 1000 Mark dem Deutschen Ärztevereinsbund. Sein Haus bewohnte noch einige Jahre seine jüngere Schwester Julie, die ihm lebenslang den Haushalt geführt hatte.

Dieses Haus kam später in den Besitz des Dresdner Ärztlichen Kreisvereins und diente bis 1945, als es beim Bombenangriff am 13. Februar zerstört wurde, als Kassenärztliche Abrechnungstelle.

Nach seinem Tode war es allgemeine Überzeugung der Ärzteschaft, dass sie in Prof. Richter einen bedeutenden Arzt, einen unbeugsamen Demokraten und besonders einen weitblickenden Gesundheitspolitiker besessen

hatte. Zum 24. Deutschen Ärztetag 1897 in Eisenach errichtete man ein Denkmal, das die Bronzereliefs von H. E. Richter und E. Graf trug (das Denkmal ist nicht mehr erhalten). Man hat ihn seinerzeit auch als den „Sächsischen Virchow“ bezeichnet. In der Tat gibt es Parallelen: Der junge R. Virchow musste 1848 Berlin wegen seiner Teilnahme an der Revolution verlassen, nach seiner Würzburger Zeit setzte er seine Laufbahn als Wissenschaftler, als Sozialhygieniker und Politiker in Berlin fort. Bei der Darstellung des Lebens von H. E. F. Richter war es mein besonders Anliegen darauf hinzuweisen, die die Grundzüge unserer ärztlichen Standespolitik in den Jahren der Revolution 1848/49 formuliert worden sind und auch nach der Niederschlagung dieser Revolution konsequent weiter verfolgt wurden.

Nach der faschistischen Machtübernahme 1933 wurde der Ärztevereinsbund bald „gleichgeschaltet“. Dem faschistischen Staat war eine unabhängige, demokratisch aufgebaute Ärzteorganisation zuwider. 1933 wurde das Führerprinzip durchgesetzt, ein „Reichsärztführer“ wurde eingesetzt, es hieß jetzt „Reichsärztekammer“. Wenn nun ein Ärztetag organisiert wurde, so diente dieser nicht mehr demokratischer Meinungsbildung, sondern faschistischer Ausrichtung. Mit dem Neuaufbau von Ärzteorganisationen mit demokratischen Strukturen konnte erst wieder nach 1945 begonnen werden. Der Verfasser dieses Artikels ist nicht mit H. E. F. Richter verwandt.

Literatur beim Verfasser

Dr. med. Götz-Michael Richter
Radeberger Straße 13, 01471 Radeburg

Unsere Jubilare im Juni – wir gratulieren!

60 Jahre

- 01. 06. Dr. med. Grunewald, Uwe
08209 Auerbach
- 01. 06. Dr. med. Quick, Gudrun
04277 Leipzig
- 05. 06. Vaynshteyn, Volodymyr
01157 Dresden
- 06. 06. Dr. med. Rochler, Peter
02826 Görlitz
- 13. 06. Dr. med. Neidel, Volker
08541 Neuensalz

65 Jahre

- 01. 06. Dr. med. Eilmès-Mewis,
Hella
01219 Dresden
- 01. 06. Dr. med. Fischer, Helga
08321 Zschorlau
- 02. 06. Dr. med. Buch, Barbara
09217 Burgstädt
- 02. 06. Dr. med. Buchholz, Uta
09573 Augustusburg
- 02. 06. Dr. med. Hecht, Karola
04416 Markkleeberg
- 02. 06. Dr. med. Wolf, Heidrun
01069 Dresden
- 04. 06. Dr. med. Michel, Günter
08529 Plauen
- 04. 06. Dr. med. Schneider,
Annerose
09125 Chemnitz

- 05. 06. Dr. med. Hauswald, Irene
01326 Dresden
- 05. 06. Dipl.-Med. Thomas, Bärbel
04779 Wernsdorf
- 06. 06. Hildebrandt, Wolfgang
01129 Dresden
- 09. 06. MUDr. Brandhoff, Regina
08112 Wilkau-Haßlau
- 09. 06. Dr. med. Müller, Urte
04680 Colditz
- 10. 06. Anschütz, Niels
01744 Dippoldiswalde
- 11. 06. Dr. med. Fickelscherer, Dietger
01900 Brettnig-Hauswalde
- 11. 06. Dr. med. Hänig, Frank
09221 Neukirchen
- 12. 06. Hilbert, Herbert
02999 Knappensee-Groß
Särchen
- 13. 06. Dr. med. Löser, Bernd
01217 Dresden
- 13. 06. Dr. med. Schaal, Dietmar
09366 Stollberg
- 16. 06. Dr. med. Ficker, Friedemann
01324 Dresden
- 16. 06. Dr. med. Märtens, Karin
01309 Dresden
- 16. 06. Dr. med. Nagel, Uwe
08396 Waldenburg
- 17. 06. MUDr. Ullmann, Hanna
01796 Struppen-Siedlung
- 18. 06. Dr. med. Gräfe, Margit
04159 Leipzig
- 19. 06. Dr. med. Lenk, Eva-Maria
01445 Radebeul
- 19. 06. Scheibner, Maria
09380 Thalheim

- 22. 06. Dipl.-Med. Stryczek, Gisela
01445 Radebeul
- 23. 06. Dr. med. Fritz, Thomas
01309 Dresden
- 23. 06. Dr. med. Kirsch, Barbara
04158 Leipzig
- 23. 06. Kößler, Hedwig
09127 Chemnitz
- 23. 06. Weigel, Brunhilde
02782 Seifhennersdorf
- 25. 06. Dr. med. Reichel, Dietmar
09437 Börnichen
- 27. 06. Dr. med. Franke, Joachim
04158 Leipzig
- 27. 06. Dr. med. Köcher, Volker
08529 Plauen
- 27. 06. Dr. med. Mühlbach, Falk
01156 Dresden
- 28. 06. Dr. med. Boeck, Gerd
01594 Nickritz
- 30. 06. Dr. med. Schneider, Birgit
04157 Leipzig
- 30. 06. Dr. med. Weise, Ina
04249 Leipzig

70 Jahre

- 02. 06. Dr. med. Fritz, Karl
09456 Annaberg-Buchholz
- 02. 06. Dr. med. Weigel, Klaus
09526 Olbernhau
- 02. 06. Dr. med. Zbik, Ingeborg
08645 Bad Elster
- 03. 06. Dr. med. habil.
Bellée, Heiner
01324 Dresden
- 05. 06. Dr. med. Lehm, Renatus
01833 Stolpen

05. 06. Dr. med. Seege, Dietrich
01067 Dresden
06. 06. Dr. med. Eichstädt, Hertha
04157 Leipzig
06. 06. Dr. med. Hunger, Rosemarie
01454 Radeberg
06. 06. Mader, Rosemarie
09405 Gornau
07. 06. Dr. med. Bittner, Helmut
04105 Leipzig
07. 06. Dr. med. Trobisch, Frank
01847 Lohmen
08. 06. Dr. med. Einkenkel, Harald
08248 Klingenthal
08. 06. Dr. med. Kinder, Manfred
01796 Struppen Siedlung
08. 06. Prof. Dr. med. habil.
Schiffner, Helga
01309 Dresden
09. 06. Belke, Jutta
01468 Moritzburg
09. 06. Dr. med. Wappler, Dietmar
02625 Bautzen
10. 06. Dr. med. Schmechtig,
Ingeborg
04703 Leisnig
13. 06. Prof. Dr. med. habil.
Neumann, Georg
04159 Leipzig
14. 06. Dr. med. Polster, Johanna
01156 Dresden
16. 06. Dr. med. Barke, Helga
01326 Dresden
18. 06. Dr. med. Gindl, Peter
04155 Leipzig
18. 06. Dr. med. Müller, Irene
04277 Leipzig
18. 06. Dr. med. Schirmer, Klaus
09113 Chemnitz
19. 06. Nötzold, Gerda
09116 Chemnitz
20. 06. Dr. med. Siebenmark, Theo
04159 Leipzig
21. 06. Dr. med. von
Löbbecke, Jürgen
09599 Freiberg
21. 06. Dr. med. Pohl, Klaus
09131 Chemnitz
23. 06. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Sorger, Helmut
04107 Leipzig
23. 06. Dr. med. Uhlmann, Bernd
09113 Chemnitz
24. 06. Dr. med. habil.
Gottschalk, Mechthild
04316 Leipzig
24. 06. Helbig, Jochen
08312 Lauter
24. 06. Dr. med. Nötzold, Dietrich
09116 Chemnitz
25. 06. Prof. Dr. sc. med.
Emmrich, Peter
04316 Leipzig
26. 06. Dr. med. Glück, Sigrid
04159 Leipzig

26. 06. Dr. med. Menzel, Klaus
01454 Radeberg
26. 06. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Schenker, Ulrich
04349 Leipzig
27. 06. Dr. med. Scheibner, Hartmut
09380 Thalheim
28. 06. Dr. med. Klimm, Inge
04416 Markkleeberg
28. 06. Paschke, Ursula
02977 Hoyerswerda
30. 06. Prof. Dr. med. habil.
Prager, Wolfgang
04105 Leipzig

75 Jahre

02. 06. Dr. med.
Mehlhorn-Cimutta, Bertl
09114 Chemnitz
09. 06. Doz. Dr. med. habil.
Otto, Ulrich
04103 Leipzig
09. 06. Dr. med. Schyra, Horst
01109 Dresden
14. 06. Dr. med. Lewek, Angela
04107 Leipzig
15. 06. Dr. med. Zipper,
Gert-Christian
02826 Görlitz
21. 06. Dr. med. Glöckner, Eva
09618 Brand-Erbisdorf
24. 06. Dr. med. Rohrbach, Joachim
04425 Taucha
26. 06. Dr. med. Reinhardt, Christa
04315 Leipzig
27. 06. Dr. med. Funke, Wilhelm
04357 Leipzig
27. 06. Dr. med. Guhr, Paul
01217 Dresden
29. 06. Doz. Dr. med. habil.
Naumann, Hans-Joachim
01237 Dresden

80 Jahre

24. 06. Dr. med. Donath, Alexander
04509 Delitzsch

81 Jahre

03. 06. Dr. med. Plath, Ingeborg
04107 Leipzig
05. 06. Dr. med. Naumann, Renate
09131 Chemnitz
08. 06. Dr. med. Spindler, Eva-Maria
01762 Hartmannsdorf
23. 06. Dr. med. Töppich, Eckart
01454 Ullersdorf
25. 06. Dr. med. habil.
Wilde, Johannes
04357 Leipzig
27. 06. Dr. med. Lotze, Horst
01217 Dresden
28. 06. Dr. med. Preibisch-
Effenberger, Rosemarie
01309 Dresden

82 Jahre

01. 06. Dr. med. Schmieden,
Karl-Heinz
08525 Plauen
10. 06. Dr. med. Behn, Peter
04275 Leipzig

83 Jahre

01. 06. Dr. med. Burkhardt, Volkmar
09122 Chemnitz
10. 06. Dr. med. Böttrich, Heinz
09113 Chemnitz
14. 06. Dr. med. Drogula,
Karl-Heinz
04720 Döbeln
17. 06. Dr. med. Eggert, Martina
08645 Bad Elster
17. 06. Dr. med. Wolff, Ludwig
01129 Dresden

84 Jahre

03. 06. Dr. med. Geyer, Eva
09244 Lichtenau b. Chemnitz
08. 06. Dr. med. Mederacke,
Frank-Dietmar
01662 Meißen
25. 06. Dr. med. Kirsch, Marija
09526 Olbernhau
25. 06. Dr. med. Meyer-Nitzschke,
Rosemarie
04552 Borna

86 Jahre

01. 06. Dr. med. Berge, Helga
04105 Leipzig

88 Jahre

12. 06. Dr. med. Scholze, Siegfried
01877 Bischofswerda
20. 06. Prof. Dr. med. habil.
Trenckmann, Heinz
04109 Leipzig

89 Jahre

24. 06. Dr. med. Ochernal, Annaliese
01309 Dresden

90 Jahre

03. 06. Dr. med. Schreckenbach,
Gerhard
04552 Borna
29. 06. Dr. med. Sobtzick, Ernst
08060 Zwickau

92 Jahre

27. 06. Dr. med. Chudoba, Erhard
09599 Freiberg

93 Jahre

20. 06. Dr. med. Parisius, Ullrich
04860 Torgau

Prof. Dr. med. habil. Dieter Lohmann zum 80. Geburtstag

Am 9. Dezember 2007 feierte Prof. Dr. Dieter Lohmann in ungebrochener geistiger Frische seinen 80. Geburtstag. Er ist ein Arzt und Wissenschaftler, dessen Bedeutung weit über den sächsischen Raum hinausreicht. Kindheit und Jugend verbrachte er in der Geburtsstadt Zeitz. Nach Kriegsgefangenschaft und zwei Semestern Chemie studierte er in Leipzig Medizin.

1952 erlangte er die Approbation und trat in die berühmte Leipziger Medizinische Klinik von Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Max Bürger ein. Einer intensiven, lebenslang prägenden klinischen Ausbildung folgten Facharztanerkennungen für Innere Medizin und Röntgendiagnostik. Besondere Impulse empfing er durch Bürger vermittelte Studienaufenthalte am Max-Planck-Institut für Immunbiologie in Freiburg/Breisgau. Seine wissenschaftlichen Interessen galten vor allem der Arteriosklerose, dem Altern sowie den Kohlenhydrat- und Eiweißstoffwechselstörungen, die 1960 zur Habilitation und Dozentur führten. 1964 übernahm er die Chefarztposition eines bis dahin unbedeutenden Leipziger Krankenhauses. Mit der ihm eigenen Energie kämpfte er um die moderne Strukturierung des Krankenhauses und der zugehörigen Poliklinik. Mit den vier Fachabteilungen Diabetologie, Gastroenterologie, Endokrinologie und Intensivmedizin erlangte das Fachkrankenhaus für Innere Medizin in kurzer Zeit einen ausgezeichneten Ruf nicht nur als Klinik, sondern auch als eine vorzügliche Ausbildungs- und Forschungsstätte für Innere Medizin. Einen Kreis befähigter und fleißiger Mitarbeiter hatte er um sich geschart. Über 200 Vorträge, mehrere Buchbeiträge und die Monographie „Symptome und Diagnostik Innerer Krankheiten“ mit 5

Auflagen entstammten seiner wissenschaftlichen Werkstatt. Grundlegende und international relevante Untersuchungen gab es zu Pathogenese, Differenzierung, Verlauf und Therapie des Diabetes mellitus Typ 2, zum Einfluss des körperlichen Trainings auf den Kohlenhydrat- und Hormonhaushalt und zur Immunologie des Typ 1-Diabetes. Erstmals gelang der Nachweis des durch Defekt der Suppressorzellen bedingten immunologisch-zellvermittelten Beta-Zelluntergangs. Zu zahlreichen Promotionen kamen Habilitationen langjähriger Mitarbeiter.

1964 wurde Dieter Lohmann mit der Schriftleitung der von Bürger 1938 begründeten „Deutschen Zeitschrift für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten“ betraut. Als Vorsitzender der Gesellschaft für Innere Medizin der DDR setzte er sich in besonderer Weise für den Erhalt der Inneren Medizin und gegen ihre Zersplitterung in Einzelfächer ein.

Das Stadtkrankenhaus Leipzig-Friesenstraße war für die Mitarbeiter eine Insel, auf der sie weitgehend unbehelligt von politischen Belästigungen der Arbeit nachgehen konnten. Die Klinik war auch ein Asyl für die politisch Gestrauchelten und in Ungnade Gefallenen.

Im Herbst 1989 zählte er zu den ersten, die für ein Ende bedrückender politischer Verhältnisse montags auf dem Leipziger Ring demonstrierten und in vielen Funktionen die „Wende“ gestalteten. 1990 nochmals zum Vorsitzenden der Gesellschaft für Innere Medizin der DDR gewählt führte er die Internisten der DDR in die gesamtdeutsche Fachgesellschaft und war u.a. an der Neugestaltung der Hochschullandschaft in Sachsen beteiligt.

Seine ärztlichen und wissenschaftlichen Leistungen sind vielfach gewürdigt worden. Genannt seien nur die Berufung in die Akademie der Naturforscher „Leopoldina“ und in die Sächsische Akademie der Wissen-

schaften; die Verleihung des Virchow-Preises, der Ismar-Boas-Medaille der Gesellschaft für Gastroenterologie, der Paul-Langerhans-Medaille der Deutschen Diabetes-Gesellschaft; Ehrenmitgliedschaften der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, der Sächsischen Gesellschaft für Innere Medizin, der Tschechoslowakischen Ärztesgesellschaft J. E. Purkinje und der Polnischen Gesellschaft für Innere Medizin.

Prof. Lohmann war einer aus der vielleicht letzten Generation großer Klinikchefs und Lehrer, die noch die ganze Innere Medizin in den Blick nehmen konnten, ein Mensch mit Ecken und Kanten, stets zur Diskussion bereit, manchmal auch zum Streit; einer, der die Zeichen der Zeit häufig früher als andere erkannte, aber trotzdem seinem Wesen nach wert-konservativ dachte. Er hatte ein enges Verhältnis zu Künsten, Geschichte und Philosophie. Körperlich spornte er sich zu Höchstleistungen an und machte die dem Krankenhaus (ein ehemaliges Schulgebäude) angegliederte Turnhalle zum Ort harter Fußballspiele. Eine große Zahl von Ärztinnen und Ärzten haben durch ihn eine exzellente Ausbildung erhalten, wurden gefördert und gefordert. Die Jahre in der „Friede“ waren für viele die prägende Zeit ihrer Berufslaufbahn.

Im Jahr 1994 endete diese überaus erfolgreiche 30-jährige Tätigkeit als Ärztlicher Direktor und Chefarzt. Dieter Lohmann nahm bewusst, konsequent und definitiv Abschied vom bisherigen medizinischen Wirken. Nun widmet er sich neben Aktivitäten in der Leopoldina und Sächsischen Akademie ganz der Familie und seinen vielfältigen Interessen. Seine Schüler und Freunde erinnern sich voller Dankbarkeit und wünschen ihm mit seiner Frau Renate noch viele glückliche Jahre im Kreise seiner Kinder und Enkelkinder.

Dr. med. Jürgen Krug, Leipzig
Prof. Dr. med. habil. Karlheinz Bauch, Chemnitz

Prof. Dr. med. habil. Gerhard Reichel zum 65. Geburtstag



In der schweren Zeit der Kriegswirren wurde Gerhard Reichel am 26. 4. 1943 in Lübeck geboren. Nachdem die Familie dort ausgebombt war, gelangte er mit seiner Mutter nach Hopfgarten bei Zschopau/Sachsen. Seine Schulbildung begann in der Einklassenschule des Dorfes. Die Vorbereitung auf das Abitur erfolgte in Zschopau. Nebenbei absolvierte er außerschulisch eine Ausbildung zum Kontrabassisten und spielte viele Jahre in einem Quartett. Nach dem Abitur nahm er das Angebot eines Auslandsstudiums in der Medizin an. So studierte er von 1961 – 1967 an der Medizinischen Hochschule in Charkow. Die Facharztausbildung für Neurologie und Psychiatrie absolvierte er von 1967 bis 1972 an der Universitätsklinik Jena. Der Klinikdirektor, Herr Prof. von Keyserling, übertrug ihm 1967 die Arbeit mit dem neu angeschafften Elektromyographen und weckte sein Interesse für die Neurophysiologie. Er promovierte 1969 über die Prognose der peripheren Fazialisparese. 1974 erfolgte der Wechsel an die Universität Greifswald als Oberarzt bei Prof. Rabending. Sein wissenschaftliches Interesse galt somatischen und vegetativen Störungen bei der diabetischen Polyneuropathie. Unter anderem beschrieb er als Erster den fehlenden Wehenschmerz als Zeichen

der autonomen Denervierung. Seine international anerkannte fachliche Reputation auf diesem Gebiet führte unter anderem zu einem regen wissenschaftlichen Austausch mit Wissenschaftlern in Moskau, Bern, Lübeck und Erlangen. 1976 erfolgte die Habilitation zu neurologischen Aspekten beim Diabetes mellitus. Internationale Erfahrungen sammelte er durch Studienaufenthalte in Moskau, Besancon und Bern. Im Herbstsemester 1982 war er als Gastprofessor für klinische Neurologie in Pjöngjang (Korea) tätig.

1985 folgte Prof. Reichel dem Ruf auf den Lehrstuhl für Neurologie und Psychiatrie der Medizinischen Akademie Erfurt. Unter seiner Leitung wurden die Forschungsschwerpunkte auf die Gebiete der klinischen Neurophysiologie, der Polyneuropathien und vegetative Funktionsdiagnostik gelegt. Er führte in die klinische Diagnostik die damals neue Borrelionenuntersuchung ein und organisierte „nebenbei“ den Neubau des Neurologiegebäudes in Erfurt.

Mit der Schließung der Medizinischen Akademie Erfurt wechselte er zum 1. April 1992 an die Paracelsus Klinik Zwickau. Hier übernahm er als Chefarzt die neurologische Abteilung. Ihm ist es zu verdanken, dass die neurologische Abteilung einen weit überregionalen Ruf erworben hat. Er erlangte die Weiterbildungsberechtigung im Bereich aller elektrophysiologischen Methoden und vermittelte so sein Wissen an Generationen von Assistenzärzten.

Sein besonderes Verdienst liegt in der Pionierarbeit in den Anfängen des klinischen Einsatzes von Botulinumtoxin. Hervorzuheben sind die Entwicklung CT-gestützter Injektionstechniken beim Piriformis-Syndrom, der tiefen Halsmuskeln bei zervikalen Dystonien sowie bei der Psoaspassik zu nennen. Er definierte den Begriff „Kamptokormie“ als ein eigenständiges Krankheitsbild einer segmentalen Dystonie, beschrieb als Erster die aktionsinduzierte Handdystonie bei Sportschützen und sorgte für die Wiederentdeckung des „Babinski-2-Phänomen“ beim Spasmus hemifacialis. Jedem klinischen Botulinumto-

xin-Anwender ist sein Buch „Therapieleitfaden Spastik – Dystonien“, welches gerade in der 4. Auflage erscheint, bekannt. Eine englischsprachige Auflage erfolgte 2005.

Mit der Gründung der Selbsthilfegruppe Sachsen in der Deutschen Dystoniegesellschaft und dem jährlich durchgeführten „Tag der Dystonie“ leistete er einen wesentlichen Beitrag zur sozialen und psychologischen Betreuung der Patienten und deren Angehörigen. Prof. Reichel wurde aufgrund seines Engagement 2006 in den wissenschaftlichen Beirat der Deutschen Dystoniegesellschaft gewählt.

Er ist Verfasser von 251 Veröffentlichungen, Autor von 5 Büchern und 52 Buchbeiträgen. 32 Promovenden verdanken ihm Betreuung und Unterstützung. Sein Engagement reflektiert sich in wissenschaftlichen Ehrungen wie dem Virchow-Preis, dem Wissenschaftspreis der Universität Greifswald, dem Hans Berger Preis sowie der Hans-Berger-Medaille.

Neben seiner Leidenschaft als Arzt und Wissenschaftler ist er für seine Passion als Pilot bekannt. Beides verbindet er erfolgreich im Rahmen der Vortragstätigkeit und ist bis heute als eloquenter Referent bei wissenschaftlichen sowie Fortbildungsveranstaltungen für seine kurzweilige Rhetorik beliebt. Einem medizinisch-kunsthistorisch interessierten Auditorium eröffnete er in den letzten Jahren eine neue Betrachtung zwischen Neurologie und Kunst. Sein besonderes Interesse gilt dabei der Pianistenkarriere Robert-Schumanns. In all den Jahren stand ihm mit seiner Frau Monika, Dipl.-Bibliothekarin, eine verständnisvolle Partnerin zur Seite.

Inzwischen ist Prof. Reichel neben der erfolgreichen Arbeit als Nervenarzt, Wissenschaftler und Lehrer auch leidenschaftlicher Großvater. Wir gratulieren ihm sehr herzlich zu seinem 65. Geburtstag und wünschen ihm Gesundheit sowohl privat im Kreise seiner Familie und als auch beruflich weiterhin viel Erfolg.

PD Dr. med. Wieland Hermann
Paracelsus-Klinik Zwickau
Werdauer Staße 68
08060 Zwickau

Dr. med. Hans-Jürgen Pollack zum 65. Geburtstag



Herr Dr. med. Hans-Jürgen Pollack wurde am 24.04.1943 in Bautzen in der Oberlausitz geboren und wuchs unter harten Nachkriegsbedingungen auf dem Lande auf.

Nach dem Studium der Medizin in Bulgarien und Berlin 1961 bis 1967 entschied er sich früh für das chirurgische Fachgebiet, da es seiner praktischen Lebensauffassung und Kreativität, seiner Willensstärke und Entscheidungsfreude sehr entgegenkam. Seine handchirurgische Ausbildung führte ihn bereits 1971 zu Professor I. Matev in Sofia, einem der Großen der Handchirurgie des 20. Jahrhunderts. Nach dem Facharztexamen 1973 nahm er seine Tätigkeit im Kreiskrankenhaus Zittau auf, wo ihm bereits 1974 eine Oberarztfunktion übertragen wurde. Neben seiner „großen Liebe“ der Handchirurgie betrieb er rasch und zielstrebig die Entwicklung einer modernen Traumatologie, sodass 1990 in Zittau die erste selbstständige Abteilung für Hand- und Unfallchirurgie Sachsens etabliert werden konnte.

Mit ortsansässigen Hoch- und Fachschulen entwickelte er in enger Zusammenarbeit mit der Fa. „Deutschmann Medizintechnik“ mit Improvisationsvermögen verschiedenste Instrumente und externe Fixateure, um auch schwerste Verletzungen nach

internationalen Maßstäben versorgen zu können. Folgerichtig erarbeitete er sich die Grundlagen der Mikrochirurgie, um eine der ersten Replantationskliniken der neuen Bundesländer aufzubauen.

Trotz starker Einschränkungen der Reisemöglichkeiten war Dr. Pollack bereits zu DDR-Zeiten in handchirurgischen Kreisen international hoch geschätzt, und verschiedene Arbeiten, wie zum Morbus Sudeck oder zur Daumenverlängerung durch Kalusdistraktion fanden breite Anerkennung.

Nach dem Fall der Mauer nutzte Dr. Pollack sofort die neuen Möglichkeiten und praktizierte bei vielen führenden Handchirurgen, zum Beispiel bei Professor Milesi in Wien und Professor Buck-Gramcko in Hamburg.

Ausdruck seiner internationalen Reputation war die Ernennung zum Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie 1998 ebenso wie die Mitautorschaft an dem gerade erschienenen Buch „Complications and Errors in Hand Surgery“, u.a. neben Tubiana, Kessler, Brunelli, McFarlane und Matev. Nur kurz erwähnt werden kann die rege Vortragstätigkeit. Besonders hohe Resonanz findet dabei der jährliche „Bad Dübener Handtag“, an dessen Gestaltung Herr Dr. Pollack seit mehr als 20 Jahren profilbestimmend mitwirkt.

Für uns, seine Schüler, am meisten beeindruckend sind aber vordergründig sein nie ermüdender Elan, die ungeheurere Konzentrationsfähigkeit und Zielstrebigkeit, die sein Tagwerk begleiten. 7.10 Uhr Visite auf beiden Stationen und 7.30 Uhr Ansehen aller Arbeitsverunfallten des letzten Tages sind Vorprogramm der operativen Tätigkeit, die in der Regel 8.15 Uhr beginnt. Nach dem (heiligen) gemeinsamen Mittagssmahl stehen dann vollständige Abtragung des täglichen Aktenberges, Gutachten und Handsprechstunden auf dem Programm. Beeindruckend bei letzteren sind vor allem die Ruhe und Konzentration auf die Probleme eines jeden der oft über 40 mehr oder weniger geduldig wartenden Patienten.

Hier lernten wir, wie durch gezielte Befragung und Untersuchung allein unter Zuhilfenahme eines praktisch

geschulten Verstandes rasch eine Diagnose gestellt werden kann, auch ohne teure Zusatzuntersuchungen. Das Denken in funktionellen Zusammenhängen stand auch im Mittelpunkt der festen, klinikinternen Fortbildung jeden Donnerstag. Nach einem gemeinsamen Frühstück bildete häufig ein von einem Assistenten auszuarbeitender Vortrag den Auftakt der Fortbildung. Der Wert und Nutzen dieser Tradition wurde uns erst nach Abschluss der handchirurgischen Ausbildung voll bewusst, denn sie zwang zu ständigem Studium der internationalen Literatur und führte so im Laufe der drei Weiterbildungsjahre zur Akkumulation eines breiten handchirurgischen Wissens. Genauso selbstverständlich in den Augen des Chefs war die Anwesenheit aller Assistenten im OP-Saal bei allen größeren Eingriffen. Für die spätere eigene Praxis kann man den Nutzen dieser „Lehroperationen“ nicht hoch genug einschätzen, wie auch den sofortigen Einsatz im unfall- und handchirurgischen Rufdienst als Jungfacharzt. Gestützt auf das „Gesehenhaben“ und die Ruhe des Chefs in schwierigen Situationen vor Augen, lernten wir so rasch, auch größere Nofaloperationen selbständig vernünftig auszuführen. Das Bemühen um eine Lösung wurde akzeptiert; Kritik war konstruktiv. Gleichgültigkeit und Desinteresse fanden keine Toleranz.

So lernten wir, statt zu jammern und zu klagen, besser die Zeit und Chancen zu nutzen; nicht etwas nur zu wollen, sondern es zu tun. Dafür, sehr geehrter Herr Chefarzt, möchten wir Ihnen an Ihrem Ehrentage besonders herzlich danken.

Wir wünschen Ihnen und Ihrer Familie beste Gesundheit und weiterhin viel Elan. Vielleicht wird Ihnen die anstehende Veränderung im Berufsleben durch die Gewissheit erleichtert, dass Ihre handchirurgische Schule durch Ihre Schüler, zahlreichen Hospitanten, Zuhörer und Leser weiterwirken wird.

Dr. med. Jörg Behne, Meißen
Dr. med. Jens Liebold, Rodewisch
Dr. med. Holger Mattusch, Zittau

Entdeckungsgeschichte der Trichinen

Erstbeschreibung der Trichinenkrankheit (Trichinose) beim Menschen durch Friedrich Albert Zenker 1860 in Dresden-Friedrichstadt

Die Trichinose des Menschen spielt heute in Deutschland keine große Rolle und wird in das Bewusstsein der Ärzte nur zurückgerufen, wenn über Einzelfälle von Erkrankungen berichtet wird. Wohl mehr bei den älteren Kollegen kommt dabei die Assoziation der Erstbeschreibung der Trichinose durch Zenker. Die medizinisch-historisch hochinteressante Entdeckungsgeschichte vor 150 Jahren ist jedoch komplex, da im Widerstreit mehrere namhafte Wissenschaftler beteiligt waren.

Wissenschaftlich vollständig belegt wurde diese Entdeckungsgeschichte erst vor wenigen Jahrzehnten indem Becker und Schmidt (1975) den Schriftwechsel zwischen Zenker, Virchow und Leuckhart vollständig aufgearbeitet haben. Das Ergebnis der Studie erschien als Veröffentlichung aus der Forschungsstelle für Theoretische Pathologie der Heidelberger Akademie der Wissenschaften (Springer Verlag 1975) und ist daher wohl weniger bekannt.

Friedrich Albert Zenker (Abb. 1) wurde 1825 als Sohn eines Arztes in Dresden geboren, studierte in Leipzig und Heidelberg Medizin. Nach einer relativ kurzen Ausbildung an der berühmten Wiener Schule bei dem Pathologen Rokitsky (1804 bis 1874) wurde er 1851 zum Prosektor am Stadtkrankenhaus Dresden-Friedrichstadt berufen. Bereits 1855 erfolgte die Ernennung zum Professor für allgemeine und spezielle Pathologische Anatomie an der chirurgisch-medizinischen Akademie Dresden.

Zusammen mit den namhaften Klinikern Hermann Walter (1818 bis 1871, innere Medizin) und Eduard Zeis (1807 bis 1867, Chirurgie) wurde im Klinikum Dresden-Friedrichstadt Medizin auf hohem Niveau betrieben. Dabei war die interdisziplinäre Zusammenarbeit gemäß ihrer in Wien und

Paris gesammelter Erfahrungen tragendes Element. Zenker, der sich zeitig mit der Muskelpathologie bei Typhus abdominalis (wachsartige Degeneration) beschäftigte und hierzu eine sonst nicht übliche Obduktionstechnik einführte, nahm an den täglichen Visiten teil. Diese Sachverhalte voranzustellen ist erforderlich, um zu verstehen, weshalb niemand vor Zenker das Krankheitsbild, das es schon lange gab, erkannt hat. Im Nachhinein konnten viele Todesfälle darauf zurückgeführt werden. Die Entdeckung war kein Zufall. Zenker war durch die geschilderte Integration der Pathologie in die klinischen Bereiche und aufgrund seiner Forschungen auf die Entdeckung vorbereitet. Becker und Schmidt sprechen zurecht vom „geistigen Humus“ des Klinikums.

Nach der Tätigkeit von 1851 bis 1862 als Prosektor in Friedrichstadt wurde Zenker als Gründungsdirektor des Pathologischen Institutes Erlangen berufen.

Sein Schriftwechsel mit Virchow, Leuckart und anderen sowie auch die Obduktionshauptbücher wurden – wie damals üblich – nach Erlangen überführt. Diese Obduktionshauptbücher hat der damalige Direktor des Erlanger Institutes, Herr Professor Dr. V. Becker, 1990 anlässlich des letzten DDR-Pathologenkongresses in Dresden dem Verfasser dieser Zeilen überreicht. Die Bücher wurden im Chefarzt-Dienstzimmer aufbewahrt und fielen daher nicht im Kellerarchiv dem Hochwasser 2002 zum Opfer. In dem einen Band sind die persönlichen handschriftlichen Eintragungen Zenkers zur Trichinose enthalten (Abb. 2). Zenker wurde für seine großen wissenschaftlichen Verdienste, auf die aus Platzgründen nicht weiter eingegangen werden kann, vom bayerischen Königshaus in den Adelsstand erhoben. Er verstarb 1898 in Reppentin (Mecklenburg).

Der hier in Frage stehende Parasit wurde erstmals von dem Anatomen Owen 1835 in der Skelettmuskulatur des Menschen beschrieben und aufgrund der äußeren Form als *Trichina spiralis* bezeichnet. Gesehen allerdings hat ihn zuerst sein „intelligen-

ter Student Paget“ (später namhafter Chirurg und Beschreiber der nach ihm benannten Knochenerkrankung) im Rahmen der anatomischen Präparierübungen an Leichen.

Nach bekannt werden dieses Befunds haben in der Folgezeit zahlreiche Anatomen analoge Befunde als Kuriosität mitgeteilt ohne zu ahnen, dass diese abgekapselten verkalkten Trichinen abgeheilte Infektionen einer oft tödlich verlaufenden Erkrankung waren. Auch Zenker hat solche Befunde vor seiner Entdeckung gesehen.

In den folgenden 25 Jahren bis zur Beschreibung der Trichinenkrankheit haben sich zahlreiche Forscher mit dem Problem besonders auch tierexperimentell (Fütterungsversuche) beschäftigt. Zu nennen sind besonders der Zoologe Rudolph Leuckhart (Gießen, 1822 bis 1898), Rudolf Virchow (Berlin, 1821 bis 1902) sowie Zenker zusammen mit dem Dresdener Parasitologen Friedrich Küchenmeister (1821 bis 1890).

Bei diesen Forschungen ging es um grundlegende helminthologische Fragen wie Anatomie des Erregers, Art der Vermehrung, möglicher Wirtswechsel, Zyklus zwischen Darm und Muskeltrichinen, Abgrenzung zu anderen Parasiten etc. Die Erkenntnisse der einzelnen Forscher waren durch richtige aber auch irrige Annahmen geprägt. Virchow hat als Erster die Darmtrichine sowie auch die Einkapselung in der Muskulatur richtig beschrieben. In Fütterungsversuchen ist es ihm nicht gelungen, die Einwanderung in die Muskulatur nachzuweisen. Leuckart machte die Entdeckung, dass die Trichine im Darm lebende Junge gebiert. Leuckart und Küchenmeister waren zunächst der irrigen Ansicht, dass die Trichine ein Entwicklungsstadium des *Trichocephalus dispar* sei. Auf weitere Forscher wird aus Platzgründen nicht eingegangen. Bis zu Zenkers Entdeckung war das Schicksal der Darmtrichinen nicht bekannt.

Wie zuvor dargestellt, war Zenker auf seine Entdeckung vorbereitet. Mit der Aufnahme einer 20-jährigen Magd am 12. Januar 1860 in die innere Abteilung des Stadtkranken-



Abb. 1: Porträt F. A. Zenker aus dem Institut in Erlangen (Maler unbekannt)

hauses Dresden-Friedrichstadt begann das Szenario der Erstbeschreibung der Trichinenkrankheit. Die Frau bot ein schweres akutes Krankheitsbild mit Fieber, Durst, Mattigkeit, Schwindel und ausgeprägten Muskelschmerzen. Die klinische Diagnose lautete Typhus abdominalis (Abb. 2). Zenker nahm an den täglichen Visiten teil. In Kenntnis seiner morphologischen Studien beim Typhus abdominalis vermisste Zenker die für diese Erkrankung typische Milzschwellung! Die Frau verstarb 15 Tage nach der Aufnahme bei fortbestehenden unerträglichen Muskelschmerzen. Als Muskelforscher entnahm er kurz nach dem Tod vor der Obduktion Muskulatur, um diese unbeeinflusst durch Autolyse zu untersuchen. Die mikroskopische Untersuchung er-

brachte das überraschende (von ihm erhoffte?) Bild einer Durchsetzung der Muskulatur mit sehr zahlreichen frischen, nicht eingekapselten Trichinen. Dieses Ergebnis teilte Zenker umgehend das heißt vor der Obduktion seinen klinischen Partnern mit. Damit war im Klinikum und besonders bei Zenker selbst die Spannung über das bevorstehende Obduktionsergebnis groß. Offensichtlich in Vorseehung der Entdeckung lud er auch namhafte Dresdner Ärzte (unter anderem Küchenmeister) ein, der Obduktion beizuwohnen. Die Obduktion erbrachte keine Hinweise für weitere Erkrankungen, auch nicht für den klinisch angenommenen Typhus abdominalis. Durch Umgebungsuntersuchungen konnte Zenker auf dem Gut als Arbeitsstätte der Verstorbenen noch trichinösen Schinken eines zuvor geschlachteten Schweines nachweisen. Der gleichzeitig erkrankte Metzger überlebte die Infektion.

In Kenntnis der Tragweite seiner Entdeckung schrieb er noch 1860 „Der kleine Heuchler ist entlarvt“. Zenker hat damit erstmals die Trichinenkrankheit beim Menschen als eine auch tödlich verlaufende Infektionskrankheit erkannt. Hierzu hat er das komplexe Krankheitsgeschehen mit Nachweis der Ätiologie durch den definierten Erreger samt Infektionsquelle sowie Pathogenese mit Nachweis der frischen Einwanderung des Parasiten in die Muskulatur über die Blutbahn nach Magen-Darm-Passage, beschrieben.

Zenker schickte wenige Tage nach der Obduktion Muskelproben an Virchow und Leuckhart. Virchow erkannte sofort die Tragweite der Beobachtung und drängte Zenker zur raschen Publikation. Die Kunde von der Entdeckung hat sich in Europa rasch verbreitet. Es entwickelte sich ein durch Leuckhart initiiertes unschöner und unsachlicher Prioritätenstreit. Die Akademie der Wissenschaften in Paris hat in Kenntnis des Anteils aller beteiligten Wissenschaftler an der Erforschung der Trichinenkrankheit den Prioritätenstreit beendet, indem sie F.A. Zenker 1865 in Würdigung seiner Entdeckung den Montyon-Preis zuerkannt hat.

Die Trichinenkrankheit hat rasch in das differentialdiagnostische Denken der Ärzte Eingang gefunden. Davon zeugen zahlreiche Publikationen in der Folgezeit. Es wurden Einzelfälle mitgeteilt und über Epidemien berichtet, so zum Beispiel in Hettstädt und Hedersleben mit 20 Verstorbenen bei über 200 Erkrankten (1865/1866).

Ja selbst zurückliegende nicht geklärte Kriminalfälle versuchte man mit der „neuen Krankheit“ zu klären. Hierzu sei kurz die Mitteilung von Lücke (1864) erwähnt: Nach einem Frühstück in einer Gaststätte verstarben fünf von sieben erkrankten Personen.

Der Wirt wurde verdächtigt, die Gäste mit gifthaltigem Wein umgebracht zu haben.

Obwohl dies nicht nachgewiesen werden konnte, waren die Ermittlung-



Abb. 2: Handschriftliche Eintragung Zenkers im Obduktionshauptbuch (oben: klinische Diagnose, unten: Obduktionsdiagnose)

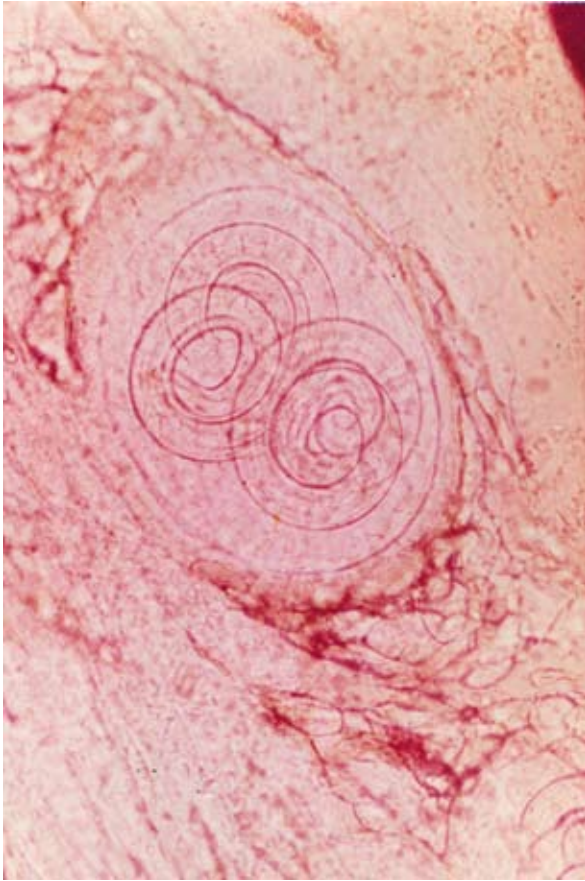


Abb. 3: Frisch eingewanderte zusammengerollte Trichinen in der Muskulatur (Nativpräparat, tierexperimentell; Lupenvergrößerung mit Nachvergrößerung)



Abb. 4: Gepökeltes Schweinefleisch mit Trichinen (Quetschpräparat; 40-fache Vergrößerung; Nachlass Prof. Geipel)

gen so gravierend und rufschädigend, dass er nach Amerika auswanderte.

Bei einem Überlebenden hat der Chirurg Langenbeck 18 Jahre nach dem Ereignis im Rahmen einer Larynxoperation im Platysma eingekapselte Trichinen nachgewiesen. Da inzwischen die Trichinenkrankheit bekannt war, wurde der „Vergiftungsfall“ nochmals aufgerollt und nach neuen Erkenntnissen bewertet.

Anders als Zenker nahm sich Virchow nach Entdeckung der Trichinenkrankheit sofort auch sanitätspolitischer und hygienischer Maßnahmen an. Nachdem das Hausschwein als Hauptinfektionsquelle für den Menschen erkannt war, und die meisten Schlachtungen mangels Schlachthäuser auf dem Lande erfolgten, machte er sogar den Vorschlag, dass man neben Ärzten auch Lehrer, Pfarrer, Schiffskapitäne etc. in die mikroskopische Fleischschau unterweisen sollte.

In Sachsen hat sich mit Nachdruck Küchenmeister für die Einführung einer Fleischschau eingesetzt. Hierzu hat er bereits 1864 eine Studie Medizinalbehörden des In- und Auslandes vorgelegt. Dazu muss angemerkt werden, dass Küchenmeister die Medizin Sachsens international repräsentiert hat, was in der Mitgliedschaft namhafter ausländischer medizinischer Gesellschaften zum Ausdruck kommt. Er hat bereits 1855 noch als praktischer Arzt in Zittau ein international beachtetes Lehr- und Handbuch über Parasiten des Menschen geschrieben, ein Werk, dass man heute noch mit Gewinn liest und mit Respekt aus der Hand legt. Nachdem einzelne Länder eine amtliche Fleischschau einführten, wurde sie durch ein Bundesratsgesetz 1900 für das gesamte Deutsche Reich geregelt.

Abschließend sei zum heutigen Kenntnisstand vermerkt, dass die zu den Rundwürmern zählende Gattung *Trichinella spiralis* (1 bis 3 mm lang) ihr Verbreitungsgebiet (vermutlich mit Unterarten) auf der nördlichen Halbkugel hat.

Die Epidemiologie bei hoher Infektiosität ist komplexer als früher angenommen.

Hauptwirte sind Säuger, wobei das Hausschwein für den Menschen die Hauptinfektionsquelle darstellt. Nach Aufnahme trichinienhaltigen Fleisches wird nach Kapselandaueung im Magen die Larve freigesetzt. Diese dringt schon nach zehn Minuten in Dünndarmepithelien ein, wobei zahlreiche Epithelien ein Syncytium um den Erreger bilden. Hier kommt es zu Häutungen und Freiwerden adulter Männchen und Weibchen. Nach Kopulation gebiert ein Weibchen (vivipar) über 1000 Larven. Diese gelangen über die Dünndarmzotten via Ductus thoracicus oder Pfortader in den kleinen und großen Kreislauf zur Skelettmuskulatur (Abb. 3). Nach Einkapselung und selbst Kapselverkalzung sind sie lange lebensfähig, beim Menschen bis 30 Jahre (Abb. 4). Röntgenologisch sieht man das Bild tüpfelförmiger Verkalkungen.

Aufgrund der hohen Temperaturreistenz der Kapsel werden sie erst bei +77 Grad Celsius abgetötet. Die Abtötung durch tiefe Temperaturen erfolgt bei -15 Grad Celsius in 20 Tagen. Größere Epidemien, wie noch vor einigen Jahrzehnten, treten infolge veränderter Tierhaltung in Großanlagen mit entsprechender Hygiene und gesetzlicher Fleischschau nicht mehr auf. Über Einzelkrankungen nach Infektion im Ausland bzw. infolge unkontrollierter Hausschlachtungen wird aber wiederholt berichtet, so dass das Krankheitsbild noch zum differentialdiagnostischen Repertoire des Arztes gehört.

Im Jahr 2006 wurden dem Robert Koch-Institut in Berlin 22 manifeste Erkrankungen für die gesamte Bundesrepublik gemeldet. Dabei traten 16 Erkrankungen in Mecklenburg-Vorpommern im Rahmen einer regionalen Häufung auf. Sachsen war mit einem Erkrankungsfall vertreten.

Prof. Dr. med. Jakob Justus,
ehemaliger Chefarzt des Institutes für
Pathologie „Georg Schmorl“ am Krankenhaus
Dresden-Friedrichstadt,
Städtisches Klinikum
Friedrichstraße 41,
01067 Dresden

Kurs „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“

Der Deutsche Ärztetag 2004 empfahl den Landesärztekammern, einen Kurs „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ durchzuführen und stellte ein Rahmencurriculum auf. Dieser Kurs fand erstmalig in drei Modulen (40 Stunden) vom Oktober 2007 bis Februar 2008 mit 40 Teilnehmern in unserer Landesärztekammer statt. Die wissenschaftliche Leitung hatten Prof. Dr. med. habil. Klaus Scheuch (Dresden) Arbeitsmedizin, Sozialmedizin; PD Dr. med. habil. Eberhard Meister (Leipzig) HNO, Mitglied der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung, SLÄK; Dr. med. Herbert Fischer (Leipzig) Innere Medizin, Deutsche Rentenversicherung und Dr. med.

Volker Rust (Brandis) Psychiatrie/Psychosomatik, Akademie Sozialmedizin. Bei der Gestaltung des Kurses wurden Erfahrungen anderer Landesärztekammern bei der bisherigen Durchführung berücksichtigt und insgesamt 20 Themenkomplexen umgesetzt. Die 40 Teilnehmer kamen aus den verschiedensten Facharzt-disziplinen, deshalb ist die hohe Akzeptanz und ausgesprochen positive Bewertung dieses Kurses besonders erfreulich. Mehr als dreiviertel der Teilnehmer sahen 18 der 20 Themen als unbedingt notwendig und wünschenswert an. Die Referenten aus verschiedenen Sozialversicherungszweigen, unterschiedlichen medizinischen Fachrichtungen und dem Landessozialgericht wurden überwiegend sehr gut bis gut bewertet, die Hälfte erreichte einen Punktwert unter 1,5.

Die Anregungen der Teilnehmer und die gewonnenen Erfahrungen in der

praktischen Durchführung werden ausgewertet und zur Optimierung des nächsten Kurses verwendet. Der nächste Kurs „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ findet im Herbst 2008 statt.

Anmeldungen sind bereits jetzt möglich (E-Mail: gutachterkurs@slaek.de.) Termine: Modul 1: 26. + 27.09., Modul 2: 24. + 25.10., Modul 3: 19.12.; nur komplett belegbar; 400 Euro, 40 Fortbildungspunkte.

Die erfolgreiche Teilnahme (multiple choice) wird mittels Zertifikat bestätigt.

Seitens der Sächsischen Landesärztekammer sollte noch eine Abstimmung mit den regionalen wissenschaftlichen Gesellschaften und deren Aktivitäten in der Qualifizierung für medizinische Begutachtung erfolgen.

Prof. Dr. med. habil. Klaus Scheuch
PD Dr. med. habil. Eberhard F. Meister

Wolfram Hänsch – Malerei und Grafik

Viele der farblich zurückhaltenden, eher flächig wirkenden Bilder Prof. Wolfram Hänschs (Jahrgang 1944) zeigen Türen, Treppen, Treppenhäuser. Menschen sind hier selten. Es sind stille, ja kontemplativ wirkende Arbeiten. Seit Jahrzehnten setzt sich der Künstler mit Aufgangs- und Eingangssituationen auseinander, was für einen konzeptionellen Stellenwert dieses Sujets in seinem Schaffen spricht. Schließlich kann die Treppe für etwas anderes, Existenzielles stehen, ein Sinnbild für das Auf und Ab des Lebens sein.

Vom Ursprung her verdanken sich aber auch diese Bilder der Realität – etwa alten Häusern, in und mit denen der Künstler lebt(e). Aber auch Akt und Landschaft, Interieur und Stilleben sowie Porträts findet man. Einen besonderen Platz nehmen schließlich in Wolfram Hänschs sich teils eng mit der Literatur verschränkendem Schaffen Auftragswerke für den kirchlichen Raum ein.

Weiter kann er auf ein umfangreiches, vor allem von der Radierung geprägtes, grafisches Wirken zurückblicken.

Der in Meißen aufgewachsene und seit den 70er Jahren wieder dort lebende Künstler, studierte von 1961 bis 1966 an der HfBK Dresden, unter anderem bei Hans Theo Richter, stieg aber kurz vor dem Diplom wegen der künstlerisch und politisch unbefriedigenden Gesamtsituation aus. Für neun Jahre zog er sich nach Seelitz im Meißen Land zurück, wo in aller Stille und im Austausch mit wenigen guten Freunden, beispielsweise Horst Leifer, seine Kunst reifte. 1993 erhielt er einen Ruf auf eine Dozentur an seiner einstigen Studienstätte. Seit 2006 hat er dort eine außerplanmäßige Professur inne.

Dr. sc. phil. Ingrid Koch

Ausstellung im Foyer und in der 4. Etage der Sächsischen Landesärztekammer vom 14. Mai bis 13. Juli 2008, Montag bis Freitag 9.00 bis 18.00 Uhr, Vernissage 15. Mai 2008, 19.30 Uhr.



Wolfram Hänsch, Treppenhäus, Öl/Leinwand, 170 x 95 cm, 2005