

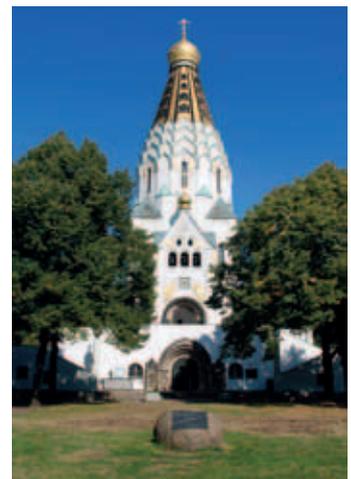
<b>Editorial</b>	Deutschland hat gewählt	<b>412</b>
<b>Berufspolitik</b>	Niederlassung von Landärzten in Sachsen gefördert	<b>413</b>
	NS-Zwangssterilisation	<b>413</b>
	Treffen der Ethikberatung	<b>414</b>
	5. Netzwerktreffen „Ärzte für Sachsen“	<b>415</b>
<b>Gesundheitspolitik</b>	Allergierisiko durch Ambrosiapflanze	<b>418</b>
	Netzwerk CIRSmedical.de	<b>422</b>
	Vergessene Kompresse	<b>422</b>
	Wichtiger Befund nicht mitgeteilt	<b>423</b>
<b>Hygiene aktuell</b>	FSME-Erkrankung in Sachsen	<b>424</b>
	Erratum: Masern in Europa 2010 und 2012	<b>425</b>
<b>Leserbriefe</b>	„Postmortale Nöte“ – Dr. med. Clemens Weiß/ Dr. med. Werner Büttner	<b>425</b> <b>430</b>
	Ökonomisierung in der Medizin	<b>429</b>
<b>Mitteilungen der Geschäftsstelle</b>	49. Tagung der Kammerversammlung Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf „Medizinische Fachangestellte“	<b>426</b> <b>426</b>
<b>Aus den Kreisärztekammern</b>	KÄK Bautzen und Erzgebirgskreis wählen	<b>427</b>
<b>Mitteilungen der KV Sachsen</b>	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	<b>428</b>
<b>Verschiedenes</b>	Räume nach Ärzten benannt Die Sprache von Babel in der Medizin	<b>431</b> <b>432</b>
<b>Personalia</b>	Dr. med. Gisela Unger zum 80. Geburtstag	<b>434</b>
	Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Raue zum 80. Geburtstag	<b>435</b> <b>436</b>
<b>Medizingeschichte</b>	Jubilare im November 2013	<b>436</b>
	Nachruf für Prof. em. Dr. med. habil. Friedrich-Wilhelm Oeken	<b>438</b>
	Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Albrecht Gläser	<b>439</b>
<b>Medizingeschichte</b>	200. Jahrestag der Völkerschlacht bei Leipzig	<b>440</b>
<b>Feuilleton</b>	100 Jahre Russisch-orthodoxe Gedächtniskirche in Leipzig	<b>444</b>
<b>Buchbesprechung</b>	Ambulantes Operieren – Praktische Hygiene	<b>446</b>
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – Dezember 2013	



Veranstaltung NS-Zwangssterilisation  
Seite 413



Allergierisiko durch Ambrosiapflanze  
Seite 418



100 Jahre Russische-orthodoxe  
Gedächtniskirche in Leipzig  
Seite 444

Titelbild: Verwundetentransport am Grimmaischen Tor der Stadt Leipzig  
© Archiv PRO LEIPZIG/Helga Roetsch

Sächsische Landesärztekammer und „Ärzteblatt Sachsen“:  
http://www.slaek.de, E-Mail: dresden@slaek.de,  
Redaktion: redaktion@slaek.de,  
Gesundheitsinformationen Sachsen für Ärzte und Patienten:  
www.gesundheitsinfo-sachsen.de

## Deutschland hat gewählt



© SLAEK

Den gewählten Parteien im Bundestag kann ich nur gratulieren. Vor allem die CDU/CSU hat einen großen Wahlerfolg eingefahren. Die FDP ist raus, und das erstmalig seit 1948. Des Bürgers Wille wird bei einer Wahlbeteiligung von über 70 Prozent an dieser Stelle wohl besonders deutlich.

Bei Redaktionsschluss war davon auszugehen, dass sechs Ärzte im Deutschen Bundestag sitzen werden. Dazu gehört die neu gewählte Hausärztin Sabine Dittmar. Wiedergewählt wurden der Marburger-Bund-Vorsitzende und Internist Rudolf Henke und der Gesundheitsökonom und Mediziner Prof. Dr. med. Dr. sc. Karl Wilhelm Lauterbach. Weiterhin Dr. med. Helge Reinhold Braun, Dr. med. Ursula von der Leyen und Dr. med. Frank Harald Terpe.

Spannend ist jetzt die Frage nach der Koalition. Wird es Schwarz-Rot oder

Schwarz-Grün? Betrachtet man die Wahlprogramme, wird ein Konfliktpunkt besonders deutlich: Die zukünftige Krankenversicherung in Deutschland. Wird es eine Bürgerversicherung für alle oder wie bisher bei einer dualen Krankenversicherung bleiben? Diese Frage wird in den Koalitionsgesprächen zu klären sein.

Die vor uns liegenden Herausforderungen in der Gesundheitspolitik sind enorm. Die Gesellschaft des langen Lebens erfordert eine gute gesundheitliche Versorgung und Teilhabe am medizinischen Fortschritt. Deshalb brauchen wir eine nachhaltige Finanzierung des Gesundheitssystems, ausreichend finanzierte Krankenhäuser und eine angemessene Honorierung der Ärzte und anderer Gesundheitsberufe. Wir benötigen ein individuelles Arzt-Patienten-Verhältnis und den Erhalt der Freiberuflichkeit. Wir benötigen aber auch neue Konzepte der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum und endlich ein Präventionsgesetz, das diesen Namen auch verdient.

Aus meiner Sicht muss auch die Budgetierung im Gesundheitswesen, insbesondere in der ambulanten Versorgung, gelockert oder letztendlich abgeschafft werden. Dazu sollten unter anderem die leistungsfeindlichen Regelleistungsvolumina beseitigt werden, die unnötige Wartezeiten, besonders in der fachärztlichen Versorgung, auslösen.

Auch die DRGs müssen so reformiert werden, dass nicht nur ökonomische Anreize die Leistungsentwicklung in den Krankenhäusern bestimmen und die ärztliche Weiterbildung adäquat abgebildet wird. Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV,

§ 116b SGB neu) ist ein Schritt in die richtige Richtung. Der Gesetzgeber muss jetzt rechtliche Hemmnisse abbauen, um die Umsetzung zu erleichtern. Die Länder haben ihrer Investitionsverpflichtung in den Krankenhäusern wieder ausreichend nachzukommen, andernfalls muss die derzeitige duale Finanzierung per Bundesgesetz abgeschafft werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat hier eine zentrale Rolle. Aufgrund überbordender Regularien ist er allerdings oft nicht mehr in der Lage, zeitgerecht und schnell zu entscheiden.

All das ist nur mit einer Koalition möglich, die nicht polarisiert, und die genauso wie wir Ärzte dem Patientenwohl verpflichtet ist. Die ärztliche Berufsvertretung, die Ärztekammern, sind weiterhin bereit, auch in die neue Bundesregierung ihre ärztliche Expertise einzubringen. Unabhängig davon, wer neue(r) Bundesgesundheitsminister(in) wird, erhoffen wir uns eine Fortsetzung des bisherigen vertrauensvollen Dialogs. Dazu gehört auch eine offene Diskussion über die Priorisierung medizinischer Leistungen statt einer politisch gewollten, aber verdeckten Rationierung. Wir werden die politischen Entscheidungsträger in der kommenden Legislaturperiode immer wieder an ihre besondere Verantwortung im Gesundheitswesen gegenüber Patienten und Ärzten erinnern. Und wie heißt es doch: Nach der Wahl ist vor der Wahl.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Präsident

## Niederlassung von Landärzten in Sachsen gefördert

Die gesetzlichen Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (KVS) haben 2012 die Niederlassung von Landärzten in Sachsen mit 883.000 Euro aus Mitteln des Strukturfonds unterstützt. Als Soforthilfen wurden nach Angaben der Landesvertretung Sachsen des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) 512.000 Euro für Investitionskostenzuschüsse bei Übernahme und Neugründung von Praxen sowie für Mindestumsätze gezahlt. Ein ähnlicher Betrag ging in die Bindung ärztlichen Nachwuchses an Sachsen. Mit 246.000 Euro wurde ein Modellprojekt gefördert, bei dem Medizinstudenten im Ausland studieren und

später im Freistaat arbeiten sollen. 125.000 Euro wurden für Studienbeihilfen an deutschen Hochschulen ausgegeben.

Der Großteil der aus dem sächsischen Fonds geförderten 23 Arztstellen entfiel auf den hausärztlichen Bereich. Insgesamt 19 Hausärzten wurde geholfen, wobei elf von ihnen in Torgau/Oschatz tätig sind. Daneben wurden ein Augenarzt (Mittlerer Erzgebirgskreis), ein HNO-Arzt (Annaberg), ein Kinderarzt (Zwickau-Stadt) und ein Nervenarzt (Rochlitz) gefördert. Außerdem erhielten 41 Medizinstudenten Unterstützung, die nach Studienabschluss als Hausärzte im ländlichen Raum praktizieren sollen.

Etwa ein Drittel der in Sachsen maximal möglichen 2,5 Millionen Euro wurde ausgegeben. Die Maßnahmen der letzten Monate lassen erwarten,

dass in diesem Jahr ein weitaus größerer Betrag für den Strukturfonds verwendet wird. So werden ab dem Herbst 20 Medizinstudenten im deutschsprachigen Studiengang Humanmedizin an der Universität Pécs (Ungarn) durch Übernahme der Studiengebühren gefördert.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen können bis zu 0,1 Prozent des ärztlichen Honorars in den Strukturfonds geben. Die Krankenkassen entrichten in den Fonds einen Beitrag in gleicher Höhe. Über die Verwendung des Geldes entscheiden die Kassenärztlichen Vereinigungen. In Sachsen besitzen die Kassen dabei ein Mitspracherecht.

Knut Köhler M.A.  
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## NS-Zwangssterilisation

### „Ich bin jetzt nur ein halber Mensch“

Zum 80. Mal jährte sich am 14. Juli 2013 die Verabschiedung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“. Aus diesem Anlass diskutierten am 17. September 2013 Fachleute aus Sachsen mit rund 70 Gästen über die NS-„Erbgesundheitspolitik“ und die Praxis der Zwangssterilisation in Sachsen.

Zu Beginn der Veranstaltung stellte der Schauspieler Martin Sommer zum Gedenken an die Opfer der nationalsozialistischen Zwangssterilisation einige ausgewählte Biografien vor.

Anschließend gab Prof. Dr. med. habil. Otto Bach, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Leipzig und Vorsitzender der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung, einen Gesamtüberblick über die „Erbgesundheitspolitik“ in Sachsen 1933 bis 1945. Seine zentrale Frage war, warum sich ein Volk in weiten Teilen geradezu rauschhaft einem diktatorischen Führungsprinzip unterwarf.

Über die Rolle der Justiz in der Zwangssterilisationspolitik in Sachsen referierte der Historiker und Leiter der Gedenkstätte Pirna-Sonnenstein, Dr. Boris Böhm. Er sprach davon, dass die Selbstanzeigen der Betroffenen beim Erbgesundheitsgericht fast immer durch Manipulation zustande kamen, zum Beispiel durch Freiheitsentzug oder Urlaubssperre der stationär behandelten Patienten. Im Vortrag von Dr. med. Birgit Töpolt, Fachärztin für Innere Medizin in Dresden, ging es um die Vorgeschichte und Praxis der Zwangssterilisation im Dresdner Raum 1933 bis

1945. Dr. med. Birgit Töpolt promovierte 2001 zu diesem Thema und untersuchte dabei über 700 Krankenakten. Daraus ging hervor, dass bereits vor der Erlassung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ Schwangerschaftsunterbrechungen und Sterilisationen unter Zwang in Dresden stattfanden. Bei der Podiumsdiskussion, die von dem Medizinethiker aus München, Ulrich Braun, moderiert wurde, debattierte das Publikum angeregt mit den Referenten. Prof. Bach sprach sich dafür aus, die damaligen Verfahren nicht aus der wissen-

schaftlichen Sicht der heutigen Medizin an den Pranger zu stellen. Herr Braun meinte dazu, dass eine historisch-kritische Rekonstruktion der damaligen Handlungen von einer ethisch-normativen Beurteilung der gefundenen Paradigmen und Motiven getrennt werden sollte. Denn es macht einen Unterschied, ob jemand etwas für gerechtfertigt hielt, oder ob etwas auch gerechtfertigt war. Abschließend bemerkte er, dass unter ethischen Gesichtspunkten auch heutzutage die Frage der Autonomie und Willensbekundung psychisch Kranker eine schwere Frage bleibt.

Von der Veranstaltung wird ein Tagungsband herausgegeben, welcher über die Gedenkstätte Pirna-Sonnenstein bezogen werden kann.

Sabine Schmidt  
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit



Medizinethiker Ulrich Braun, Dr. Boris Böhm, Prof. Dr. med. habil. Otto Bach, Dr. med. Birgit Töpolt (v.l.)

© SLÄK

## Treffen der Ethikberatung

In Deutschland hat der Bedarf an ärztlicher Ethikberatung aufgrund der medizinischen Möglichkeiten und der juristischen Unsicherheiten in der Klinik und in der Praxis zugenommen.

Zum fachlichen Austausch und um eine Brücke zwischen den stationären Einrichtungen und den niedergelassenen Ärzten zu schlagen, trafen sich am 18. September 2013 rund 50 Teilnehmer zum 3. Treffen der Ethikberatung in Sachsen. Zu den Gästen gehörten Ärzte, Schwestern, Pfleger, Juristen, Theologen und Philosophen.



Dr. phil. Arnd T. May

© SLÄK



Dr. med. Thomas Lipp

© SLÄK

Eröffnet wurde die Veranstaltung von Prof. Dr. med. Frank Oehmichen, Internist und Chefarzt der Bavaria-Klinik Kreischa, der in die Themen des Treffens einführte.

Anschließend berichtete Dr. phil. Arnd T. May vom Institut für Geschichte und Ethik der Medizin an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und Geschäftsführer des Zentrums für Angewandte Ethik über Erfahrungen und Trends in der klinischen Ethikberatung. Er gab einen Überblick über die historische Entwicklung in Deutschland und sprach

über die Erfolgsfaktoren bei der Einführung im Krankenhaus. Bei der klinischen Ethikberatung sollte es sich seiner Meinung nach immer um ein Beratungs- und Entscheidungsgremium handeln, bei dem der Patient im Mittelpunkt steht.

Dem Thema künstliche Ernährung widmeten sich Dr. med. Andreas von Aretin, Chefarzt der Inneren Abteilung II, St. Elisabeth Krankenhaus Leipzig und Dr. med. Thomas Lipp, Facharzt für Allgemeinmedizin, Leipzig. Dr. von Aretin sprach über den Endoskopiker als Erfüllungsgehilfe



Prof. Dr. med. Frank Oehmichen, Dr. med. Andreas von Aretin (v.l.)

© SLÄK

bei der PEG-Anlage und über die dazugehörige ethische Analyse am Beispiel einer fortgeschrittenen Demenz. Er stellte die Frage, ob eine vom Hausarzt verordnete PEG einfach umzusetzen sei oder ob der Endoskopiker zusätzlich eine eigene Indikation stellen sollte. Die Diskus-

sion zeigte, dass grundsätzlich dem Hausarzt zu vertrauen ist, es sei denn, es gibt deutliche Hinweise auf eine Fehlindikation.

Dr. Lipp referierte über die Fallstricke in ethischen Grenzfällen und brachte dabei Fälle von künstlich ernährten

Patienten aus seiner Hausarztstätigkeit ein. Er wies insbesondere darauf hin, dass bei medizinischen Entscheidungen die Einschaltung des Betreuungsgerichtes laut Gesetz nicht notwendig sei, wenn sich Arzt und Betreuer oder Arzt und Patient einig sind.

In der abschließenden Zusammenfassung gab Prof. Dr. Oehmichen einen Ausblick auf mögliche Themen des nächsten Treffens der Ethikberatung. Ein Thema könnte sein, wie man mit unterschiedlichen moralischen Vorstellungen der Beteiligten in der klinischen Ethikberatung umgehen soll, um eine Entscheidung zugunsten des Patienten zu treffen. Ein weiteres Thema könnte der in der Diskussion entstandene Vorschlag, die Patienten oder Angehörigen stärker an der Ethikberatung zu beteiligen, sein.

Sabine Schmidt  
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## 5. Netzwerktreffen „Ärzte für Sachsen“

Unter dem Motto „Ambulante Versorgung 2.0 | Ringen um medizinischen Nachwuchs“ lud das Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ am 25. September 2013 zum 5. Netzwerktreffen in die Sächsische Landesärztekammer ein. Besprochen wurden die Ergeb-

nisse der Netzwerkarbeit sowie aktuelle Projekte zur Nachwuchsförderung und Gewinnung von Ärzten.

Eröffnet wurde die Veranstaltung durch den Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, der den Jahresbericht zur Netzwerktätigkeit, aktuelle Projekte und die Planung für das nächste Jahr vorstellte. Im Zent-

rum seiner Ausführungen stand die Frage nach den Erfolgen der bisherigen Arbeit: „Nach nunmehr vierjährigem Bestehen sind die bisher erzielten Ergebnisse von besonderem Interesse“.

Er präsentierte eine Langzeitanalyse der sächsischen Ärztezahlen. Diese zeigt eine erfreuliche Tendenz bei der Entwicklung im Nachwuchsbereich.

So konnte seit Netzwerkgründung im Jahr 2009 ein signifikanter Anstieg in Sachsen bei den Ärzten unter 35 Jahren verzeichnet werden. Die Zunahme der Zahlen in der Kernzielgruppe des Netzwerks hat sich mit 18 Prozent im Vergleich zum Zeitraum davor mehr als verdoppelt. Ein Erfolg der sich auch auf die Bündelung der Partner und Maßnahmen zur Ärztegewinnung unter dem Dach des Netzwerkes zurückführen lässt. Im Anschluss fokussierten zwei Vorträge auf die aktuelle ambulante medizinische Versorgung. Frau Anja Roth, Abteilungsleiterin Sicherstellung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, stellte mit dem neuen Bedarfsplan Grundlagen der ambulanten Versorgung in Sachsen vor. Mit der Festlegung auf eine bestimmte Verhältniszahl Patienten je Arzt und der Einbeziehung des



Ein breit gefächertes Publikum verfolgte die Diskussion.

© SLÄK

demografischen Faktors definiert der Bedarfsplan den grundsätzlichen Bedarf an Ärzten und Psychotherapeuten in einer Region und dokumentiert den aktuellen Stand. Ziel ist die Sicherstellung eines gleichmäßigen Zugangs zur ambulanten Versorgung für alle GKV-Versicherten durch Steuerung des ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Angebots. Frau Roth verwies in diesem Zusammenhang auf den Sicherstellungsauftrag der KV Sachsen und die Projekte „Bienvenido in Sachsen“ zur Gewinnung von spanischen Ärzten sowie „Studieren in Europa – Zukunft in Sachsen“ zur Finanzierung von 20 Studienplätzen in Ungarn, um Nachwuchs für eine hausärztliche Tätigkeit in Sachsen zu gewinnen.

Herr Thomas Lieberwirth, Kaufmännischer Direktor am Städtischen Klinikum Görlitz, sprach über seine Erfahrungen bei der „Akquise und Integration ausländischer Ärzte“. Im Durchschnitt waren in seiner Klinik ca. 50% der Zugänge seit 2010 ausländische Ärzte. Gute Erfahrungen macht das Klinikum bei deren Integration unter anderem mit Sprachkursbegleitung während der Tätigkeit. Ute Taube, niedergelassene Ärztin aus Berthelsdorf, stellte den Weiterbildungsverbund „Ärzte für Ostsachsen“ vor und berichtete über die gute Kooperation zwischen dem Landkreis Görlitz, den beteiligten Kliniken und den niedergelassenen Ärzten.

Abschließend ging es um „Karriereverläufe und Karrierebrüche bei Ärztinnen und Ärzten während der fachärztlichen Weiterbildung“.

Frau Dr. phil. Swantje Reimann stellte anhand der Ergebnisse des aktuellen Projekts der Universität Leipzig noch immer vorhandene Diskriminierungstendenzen gegenüber Ärztinnen fest. Demnach zwingen vorhandene Arbeits- und Weiterbildungsstrukturen diese weiterhin, sich zwischen Familiengründung und beruflichem Aufstieg entscheiden zu müssen. Denn trotz der Feminisierung des Medizinstudiums und auch der medizinischen Abschlüsse (über 60% der Absolventinnen sind weiblich) finden sich nur wenige Frauen in Führungspositionen im medizinischen System. Die Ergebnisse einer Untersuchung der Universität Leipzig zeigen Typen von Arbeitsproblemen in der klinischen Phase der Weiterbil-

Der Amtsarzt des Landkreises Märkisch-Oderland, Dipl.-Med. Steffen Hampel, ermöglichte dann den Blick über den sächsischen Tellerrand. In seinem Bericht zum „KV RegioMed Patientenbus“ präsentierte er ein brandenburgisches Modellprojekt zur ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum. Mit dieser konkreten Maßnahme wurde seit dem 11.12.2012 die Erreichbarkeit der Hausarztpraxen in Müncheberg und Buckow durch einen Patientenbus wesentlich verbessert. Dieser Bus kommt jeden Dienstag alle 4 Stunden, 3 x am Tag zum Einsatz. Die Ärzte fahren seitdem weniger Hausbesuche und haben mehr Zeit, ihre Patienten in der Praxis zu betreuen. Im dritten Themenkomplex widmete sich die Veranstaltung dem „Ringem um den medizinischen Nachwuchs“.



Dr. phil. Swantje Reimann

© SLÄK



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

© SLÄK

derung für Ärztinnen. Bei jedem Schritt der klinischen Karriere ließen sich förderliche und hinderliche Arbeitsstrukturen in Klinik und Weiterbildung sowohl in Bezug auf (a) die weibliche Geschlechtskategorie (das heißt Diskriminierung als „Frau“, „weiblich“, „Ärztin“) als auch auf (b) Schwangerschaft bzw. Familienvereinbarkeit (d.h. Diskriminierung als „Schwangere“, „Mutter“) voneinander abgrenzen und beschreiben. Und während der Weiterbildung zeichneten sich Diskriminierungspraxen ab, die das Dilemma in erheblichem Maße mit erzeugen, in dem sich Ärztinnen zwischen Familiengründung bzw. Familienengagement respektive beruflichem Aufstieg entscheiden müssten und zudem auch ohne Kind – nur aufgrund ihres „weiblich“- bzw. „Frau“-seins – einen erschwerten Berufszugang beobachten und erleben. Die Ergebnisse zeigen auch, dass dieses durch Arbeits- und Weiterbildungsstrukturen maßgeblich mit erzeugte Dilemma bereits im Praktischen Jahr beginnt und sich nicht nur über die fachärztliche Weiterbildung (inkl. Prüfung) bis zum Erreichen einer Führungsposition zeigt, sondern auch danach, d.h. im Bewähren in einer Führungsposition hohe Relevanz aufweist. Die Ergebnisse zeigten auch, dass Ärztinnen ganz unabhängig von Mutterschaft und Familienvereinbarkeit auf allen Ausbildungs- und Karrierestufen diskriminiert würden.

Die Veranstaltung war mit knapp 70 Teilnehmern gut besucht. Optisches Highlight war die Vorstellung eines neuen Informationsfilms „Mein Weg zum Facharzt in Sachsen“. Der Clip aus dem Bereich der Erklär-Videos wirbt für die ärztliche Tätigkeit in Sachsen, indem er in kompakter und animierter Form die wichtigsten Schritte der Facharztweiterbildung im Freistaat sowie Ansprechpartner und Fördermöglichkeiten vom Medizinstudium bis zur praktischen Tätigkeit als Arzt aufzeigt.

Zu sehen ist dieser aktuelle Film des Netzwerks bei Youtube, auf Facebook und auf [www.aerzte-fuer-sachsen.de](http://www.aerzte-fuer-sachsen.de).

Martin Kandzia M.A.  
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## Allergierisiko durch zunehmende Ausbreitung der Ambrosiapflanze

R. Treudler<sup>1,2</sup>, J. Chr. Simon<sup>1,2</sup>

### Zusammenfassung

Die Ambrosiapflanze zeigt in den letzten Jahrzehnten europaweit eine starke Ausbreitung. Gesundheitliche Gefahren können sich durch die Pollen der Ambrosia ergeben, die eine allergische Rhinitis, ein allergisches Asthma und auch pollenassoziierte Nahrungsmittelallergien hervorrufen können. Aufgrund des hohen allergischen Risikos wurde vom Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) bereits 2007 eine Reihe von Maßnahmen zur Dokumentation der Ausbreitung der Pflanze und zu den damit einhergehenden Allergierisiken gefördert. Die einzelnen Bundesländer waren seitdem unterschiedlich aktiv. In Sachsen hat sich das Sächsische Ministerium für Soziales und Verbraucherschutz nach Beratungen im Expertenkreis im Mai 2013 unter anderem zum Ziel gesetzt, Ärzte und Patienten über das Thema Ambrosia umfassend zu informieren. Diese Arbeit soll einen Überblick geben zur Ambrosiapflanze und zu den Allergierisiken, die sich mit der zunehmenden Ausbreitung der Pflanze in Sachsen ergeben. Es werden aktuelle diagnostische und therapeutische Maßnahmen dargestellt sowie Überlegungen zum weiteren Vorgehen bezüglich der Ambrosia-problematik vorgeschlagen.

### Schlüsselwörter

Allergie, Ambrosia, Pollinosis, Nahrungsmittel, Klimawandel, Kohortenuntersuchungen

### Hintergrund

Einhergehend mit den Diskussionen zum Klimawandel zeigt die Ambrosiapflanze in den letzten Jahren europä-

weit eine starke Ausbreitung, zuletzt besonders auch in der Lausitz und in Süddeutschland [1 – 5].

Bereits 2007 wurde im Rahmen eines Treffens auf Einladung des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) ein Aktionsplan gegen Allergien verabschiedet, bei dem die Verhinderung der Einschleppung und Ausbreitung von Ambrosia durch eine interdisziplinär koordinierte Umsetzung der Biologischen Bundesanstalt in Zusammenarbeit mit Ländern und Kommunen als Ziel genannt wurde [6].

Im Bundesforschungsinstitut für Kulturpflanzen (Julius Kühn-Institut/JKI), das zum Geschäftsbereich des BMELV gehört, findet seit 2007 jährlich ein Workshop der Interdisziplinären Arbeitsgruppe Ambrosia statt. In diesem Workshop erörtern Experten des Bundes und der Länder aus den Bereichen Pflanzenschutz, Botanik, Meteorologie, Medizin, Umwelt- und Naturschutz und Experten aus den Nachbarländern Schweiz und Österreich neue Informationen zum Thema Ambrosia sowie Fortschritte des Aktionsprogramms Ambrosia ([www.jki.bund.de/ambrosia.html](http://www.jki.bund.de/ambrosia.html)). Das JKI soll das Aktionsprogramm zur als hochallergen eingeschätzten Pflanze Ambrosia fortführen und will dabei eine Bündelung des deutschlandweiten Monitorings vornehmen, Maßnahmen zur Verhinderung weiterer Einschleppung und eine Bekämpfung von Beständen durchführen sowie die Verwaltung, Politik und Öffentlichkeit informieren ([www.bmelv.de](http://www.bmelv.de)).

Die Aktivitäten der einzelnen Bundesländer entwickelten sich in den letzten Jahren dagegen sehr unterschiedlich. So existieren Suchprogramme zur Dokumentation der Ausbreitung der Ambrosiapflanze in Bayern, Baden-Württemberg und Berlin/Brandenburg. Hierbei wurden in Brandenburg südlich von Cottbus 4 x soviel Pflanzen wie in Gesamt-Bayern dokumentiert [1]. Auch in Nordrhein-Westfalen wird die Bevölkerung durch das Landesamt für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz zur Meldung von Ambrosia-Beständen aufgerufen.

In Sachsen fand im Mai 2013 ein Expertentreffen im Sächsischen Ministerium für Soziales und Verbraucherschutz (SMS) statt, zu dem die Autoren als Allergieexperten eingeladen waren. Unter Beteiligung von Vertretern des Landesumweltamtes Sachsen (LUA) sowie des Sächsischen Ministeriums für Umwelt und Landwirtschaft (SMUL) wurde bei diesem Treffen eine Arbeitsgruppe zum Thema Ambrosia gebildet. Erste Maßnahmen wurden beschlossen, um die Problematik im Hinblick auf Allergierisiken weiter zu untersuchen. Hierbei wurden folgende Aspekte als wichtig erachtet, die im Folgenden angegangen werden sollen:

- Information von Ärzten
- Information von betroffenen Allergieklienten
- epidemiologische Untersuchungen (zum Beispiel im Rahmen des Leipziger Interdisziplinären Forschungskomplexes-LIFE)
- Verbesserung der Dokumentation des Pollenfluges in Sachsen
- Information der Bevölkerung
- Dokumentation der Ausbreitung der Pflanze
- Aufnahme von Maßnahmen zur Bekämpfung/Vorsorge in die Handlungsempfehlung.

Die folgende Übersichtsarbeit soll für in Sachsen tätige Ärztinnen und Ärzte wesentliche Informationen zur Biologie und Ausbreitung der Pflanze sowie zu damit einhergehenden Allergierisiken zusammenfassen.

### Biologie

Die Ambrosia (Abb.1) ist auch bekannt als das beifußblättrige Traubenkraut, Wilder Hanf oder mit seinem englischen Namen Ragweed. Die Gattung Ambrosia (Traubenkräuter) gehört zur Ordnung der Asternartigen und zur Familie der Compositae (Korbblütler). Es werden folgende Ambrosiarten unterschieden:

- *Ambrosia artemisiifolia* („short ragweed“, beifußblättrig, w1),
- *Ambrosia psilostachya* (western ragweed, ausdauernd, w2),
- *Ambrosia trifida* (giant ragweed, dreilappig w3) und
- *Ambrosia/Franseria acanthicarpa* (falsche Ambrosia w4) [7,8].

<sup>1</sup> Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Universität Leipzig

<sup>2</sup> Leipziger Interdisziplinärer Forschungskomplex (LIFE), Universität Leipzig



Abb. 1: *Ambrosia artemisifolia* im Botanischen Garten Leipzig  
(© Marcus Karsten, Universität Leipzig)



Abb. 2: Detailaufnahme der Ambrosiapflanze. Typisch ist die Rotfärbung des Stängels. Im Unterschied zum Beifuß ist die Blattunterseite grün und nicht silbrig.  
(© Marcus Karsten, Universität Leipzig)

Die Pflanze bevorzugt volle Sonne und warme Gebiete. Mit Einsetzen der Fröste sterben die Pflanzen ab, die Samen überdauern den Winter [7]. Die ersten Pflanzen keimen im Frühjahr, die Hauptblütezeit liegt in den Sommermonaten, kann aber bis in den Oktober andauern. Es besteht die Gefahr, junge Ambrosiapflanzen mit anderen Arten aus der Familie der Korbblütler zu verwechseln, zum Beispiel mit dem Gemeinen Beifuß (*Artemisia vulgaris*), der Studentenblume (*Tagetes*) oder dem Rainfarn (*Tanacetum vulgare*). Blühende *Ambrosia*-Pflanzen haben dagegen charakteristische Merkmale. Die männlichen Blütenstände sind an den Enden der Sprossachsen sowie der Seitenzweige wie Trauben angeordnet. In den zahlreichen Blütenköpfen

produzieren die männlichen Blüten Pollen. Eine Pflanze kann bis zu 1 Million Pollen bilden und bis zum Spätherbst in die Luft abgeben. Der Stängel ist rötlich, rund, behaart und oft sehr verzweigt (Abb. 2). Die Blätter sind auf der Ober- und der Unterseite grün gefärbt, während der gemeine Beifuß eine silbrige Blattunterseite zeigt (Tab. 1) [3,6]. Die zunehmend günstigeren Klimabedingungen lassen eine weitere Ausbreitung von *Ambrosia*-Pflanzen in Europa und auch in Deutschland erwarten [1,3,7]

### Verbreitung

Die meisten *Ambrosia*-arten sind ursprünglich in Nordamerika beheimatet. Die beifußblättrige *Ambrosia* wurde Anfang des 20. Jahrhunderts

nach Südosteuropa eingeschleppt, wo sie sich seit den 50er-Jahren invasiv ausgebreitet hat. In Ungarn, Slowenien und der Slowakei ist sie mittlerweile sehr verbreitet. Unbeabsichtigt wird sie vor allem mit sonnenblumenhaltigen Saat- und Futtermischungen nach Mitteleuropa eingeführt [1,3,7]. Seit Juni 2011 sind der Handel und die Einfuhr ambrosiahaltiger Futtermittel durch EU-Verordnung Nr. 574/201 verboten [9]. Auch durch Transport von belastetem Erdmaterial, zum Beispiel aus Baugruben, kann eine Verbreitung erfolgen. Über den Fahrtwind und die Reifenritzen verbreitet sich die Pflanze insbesondere entlang von großen Verkehrswegen.

Tabelle 1

	<b>Ambrosie</b>	<b>Beifuß</b>
<b>Blütezeit</b>	Ab Mitte Juli	Ab Mitte Juni
<b>Pollenflug</b>	Ab Anfang August	Ab Mittel Juli
<b>Blätter</b>	Gestielt, Blattbreite eher dreieckig	Ungestielt, Blattbreite eher oval
<b>Blätter Unterseite</b>	grün	silbrig
<b>Behaarung</b>	Stängel behaart, rot	Stängel kahl
<b>Lebensform</b>	Einjährig, leicht auszureißen	Mehrjährig, verholzend, oft schwer auszureißen

Tabelle 2

	Funktion/Gruppe	Größe	Kommentar
Amb a 1/Amb a 2	Pektat Lyase	38kD	Amb a 1 Hauptallergen, molekulare Diagnostik möglich
Amb a 3/ Amb a 7	Plastocyanine	11kD/10kD	-
Amb a 4	Defensin	30kD	Art v 1 artig
Amb a 5	unbekannt	5kD	-
Amb a 6	Lipidtransferprotein	10kD	-
Amb a 8	Profilin	14kD	-
Amb a 9/Amb a 10	Pocalcin	10kD/18kD	-

Bekannte Allergene der Ambrosia artemisifolia (www.allergome.org)

Tabelle 3

<b>Kurzbezeichnung</b>	<b>Allergen</b>
w1	Ambrosie beifußblättrig
w2	Ambrosie, ausdauernd
w230	Amb a 1
w3	Ambrosie, dreilappig
w4	Ambrosie, falsch
w6	Beifuß

Diagnostik für spezifisches IgE bei vermuteter Ambrosia-Sensibilisierung (Phadia-CAP System, ThermoFisher, Freiburg, Deutschland)

In Leipzig konnte vor einigen Jahren bereits eine deutliche Zunahme der Ambrosia-Fundorte dokumentiert werden [10]. Aktuelle Daten zur Ausbreitung in Sachsen existieren bisher nicht.

Dagegen besteht zum Beispiel in der Schweiz seit Juli 2006 eine Melde- und Bekämpfungspflicht [2] für Ambrosia artemisifolia und einige deutsche Bundesländer (darunter Berlin, Brandenburg und Bayern) haben bereits vor Jahren mit Kartierungen der Ambrosiaverbreitung und ersten Bekämpfungsmaßnahmen begonnen [1,4,11].

### Pollenflug in Sachsen

Der Ambrosia-Pollenflug wird seit einigen Jahren zusammen mit der übrigen Pollendokumentation in den Medien vermeldet. Der Polleninfor-

mationsdienst (PID), der dem deutschen Wetterdienst die Pollendaten übermittelt, hat in Sachsen (in Dresden und in Chemnitz) Pollenfallen in Betrieb [11]. Für den westlichen Teil Sachsens – hierunter die Region Leipzig/Halle – gibt es keine entsprechende Dokumentation. Die in den Medien verbreiteten Daten werden durch Hochrechnungen für die einzelnen Regionen ermittelt. Der deutsche Wetterdienst greift auf die Daten des PID zurück, der sich als Stiftung finanziert [12]. Insgesamt erfolgt der Betrieb von Pollenfallen des PID bisher mit viel Engagement durch Freiwillige, denen hierfür nur eine geringe Aufwandsentschädigung zur Verfügung gestellt werden kann [12]. Aktuell wird die Möglichkeit der Installation einer Pollenfalle am Universitätsklinikum Leipzig

überprüft. Eine stärkeres Engagement der öffentlichen Hand in Bezug auf die Pollenmessung scheint dringend wünschenswert, da allergologisch Tätigen ansonsten die Zuordnung von Beschwerden zur Pollenbelastung durch Ambrosia nicht möglich ist.

### Allergene

Als Hauptallergen der Ambrosiapollen gilt das Amb-a-1, gegen das 90 % der gegen Ambrosia sensibilisierten Patienten IgE Antikörper bilden [13]. Es sind eine Reihe von Isoformen bekannt. Ambrosiapollen enthalten auch mehrere weiterer Allergene (Lipidtransferproteine/LTP, Profilin, Polcalcine u.a.; Tab. 2). Auch für Ambrosia psilostachya und Ambrosia trifida wurden einzelne Allergene identifiziert (www.allergome.org). Eine Ähnlichkeit besteht zwischen einigen Allergenen von Ambrosia und Beifuß [8,13], wodurch es zu einer Kreuzreaktion in den allergologischen Testverfahren kommen kann. Hierbei spielen folgende Allergene eine Rolle: die Amb-a-1-Familie und die Art-v-1-Familie aus dem Beifuß, die Panallergene Profilin, Polcalcin und LTPs (Tab. 2) [13 – 16]. Auch Kreuzreaktionen mit Goldrute, Sonnenblume, Kamille, Arnika und anderen Vertretern der Pflanzenfamilie der Korbblütler (Asteraceae oder Compositae) sind möglich [7].

### Klinische Bedeutung

Eine zunehmende Ausbreitung der Ambrosiapflanze ist bedenklich, weil diese beim Menschen schwere Pollenallergien hervorrufen kann. So kommt es bei Betroffenen noch nach der eigentlichen Pollensaison im August und September zu einem allergischen Schnupfen und Asthma und damit bei polysensibilisierten Patienten zu einer Verlängerung des Beschwerdezeitraumes um bis zu zwei Monate [1 – 4]. Hervorzuheben ist, dass es schneller als bei anderen Pollenerkrankungen zum Auftreten von tiefen Atemwegsproblemen im Sinne eines allergischen Asthmas kommt. Dieses ist insbesondere vor dem Hintergrund einer offensichtlich steigenden Zahl von Asthmapatienten in Sachsen relevant.

Eine Latenz von mehreren Jahren zwischen Sensibilisierung und Auftreten erster klinischer Symptome ist beschrieben [17]. Zudem kann es zum Auftreten von Nahrungsmittelallergien im Sinne einer immunologischen Kreuzreaktion beim Verzehr von Bananen, Melonen, Tomaten, Gurke, Kürbis, Basilikum u.a.m. kommen [18].

Die Ergebnisse der diesjährig publizierten Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) zeigen Sensibilisierungsraten in vitro von

- 9,2 % für die beifußblättrige Ambrosie w1
- 7,8 % für die ausdauernde Ambrosie w2
- 6,7 % für die dreilappige Ambrosie w3
- 3,9 % für Art v 1 (Beifuß)
- 0,4 % für Amb-a-1 (Ambrosia-Hauptallergen) [19].

In Brandenburg wurden 2010 400 allergologisch tätige Ärzte angeschrieben und anonymisiert um Mitteilung der Pricktestergebnisse ihrer Patienten gebeten. Hierbei zeigten sich zwischen 2009 und 2011 bei 1.143 getesteten Patienten eine Sensibilisierung von 9 % auf Ambrosia, 15,3 % reagierten auf Beifuß, und 7 % reagierten auf beide (Kosensibilisierung). Meist handelte es sich bei Ambrosia-Sensibilisierten um Polysensibilisierte [1].

Bisher gibt es keine Daten zur Prävalenz der Ambrosia-Sensibilisierung in Sachsen. Erste Auswertungen der LIFE-Kohorte (Leipziger Interdisziplinärer Forschungskomplex), bei der aktuell 10.000 Leipziger Probanden bezüglich einer Reihe von Zivilisationserkrankungen untersucht werden, hierunter auch mittels Hautpricktest auf Allergien, zeigen eine Sensibilisierung auf Ambrosia bei knapp 4 % [20]. Wenn man ausgehend von diesen Daten sehr zurückhaltend nur von einer Sensibilisierungsrate von 3 % bei den Sachsen ausgeht, so ergeben sich bei 4.100.000 Einwohnern 123.000 Sensibilisierte. Geht man von ca. 8 bis 10 % klinisch relevanten Sensibilisierungen aus [8], so könnten mindestens 10.000 Sachsen von einer Ambrosia-Allergie betroffen sein.

### Diagnostik der Ambrosia-Allergie

Anamnestisch sollte vor allem bei rhinitischen und asthmatischen Beschwerden, die saisonal betont im Spätsommer und Herbst auftreten, sowie bei Symptomen beim Verzehr von bestimmten kreuzreagierenden Nahrungsmitteln (siehe oben) an das Vorliegen einer Ambrosiaallergie gedacht werden.

Für den Hautpricktest stehen kommerziell verfügbare Präparate zur Verfügung. Es wird empfohlen, die Testung auf Ambrosiaallergene in die Routinetestung für Inhalationsallergene mitaufzunehmen. Aufgrund der möglichen Kreuzreaktivität sollte unbedingt parallel immer eine Pricktestung auf Beifuß erfolgen. Für die In-vitro-Testung auf spezifisches IgE im Serum stehen mittlerweile eine Reihe von Allergenen zur Verfügung (Tab. 2). Die Bestimmung von Antikörpern gegen Amb-a-1 schließt mögliche unspezifische Kreuzreaktivitäten, zum Beispiel gegen andere Pflanzenproline wie Bet v 2/4 oder kreuzreagierende Kohlenhydratketten, aus [21]. Da sich die Saison von Ambrosia und Beifußpollen überschneidet und die In-vivo- und In-vitro-Diagnostik nicht immer sicher eine Identifikation des relevanten Allergens zulässt, sollte gegebenenfalls mittels nasaler und/oder konjunktivaler Provokationstests die Aktualität einer festgestellten Sensibilisierung geprüft werden, insbesondere vor einer beabsichtigten spezifischen Immuntherapie. Aufgrund häufiger bronchialer Beschwerden sollte frühzeitig bei entsprechendem Verdacht auch eine Lungenfunktionsdiagnostik erfolgen.

### Therapie der Ambrosia-Allergie

Die Behandlung allergischer Atemwegserkrankungen bei Ambrosiaallergie folgt den aktuellen Leitlinien zur allergischen Rhinitis [22] bzw. zum allergischen Asthma [23]. Eine spezifische subkutane Immuntherapie ist möglich. Bei kreuzreagierenden Nahrungsmittelallergien ist eine Karenz indiziert.

### Fazit

Die Ambrosiapflanze breitet sich in Deutschland aus. Genaue Daten zur Verbreitung in Sachsen existieren

aktuell leider nicht. Die Pflanze besitzt ein hohes allergologisches Potenzial und kann neben der allergischen Rhinitis ein teils schweres Asthma bronchiale sowie eine assoziierte Nahrungsmittelallergie hervorrufen. Kreuzreaktionen zu Beifuß sind nicht selten. Allergologisch Tätige sollten frühzeitig an eine entsprechende In-vivo- und In-vitro-Diagnostik denken. Die Ambrosia-Problematik erfordert weitere intensive gesundheitspolitische Maßnahmen. Neben der Ausbreitungsdokumentation der Pflanze und möglichen Eradikationsmaßnahmen sind aus ärztlicher Sicht in erster Linie zu fordern:

- Untersuchungen zur Prävalenz der Ambrosia-Sensibilisierung und zu ihrer klinischen Relevanz in Sachsen. Die Kohortenuntersuchungen des Leipziger Interdisziplinären Forschungskomplexes (LIFE) und die Nationale Kohorte eignen sich für solche Untersuchungen exzellent, können diesen Fragestellungen jedoch nur bei entsprechender Finanzierung nachgehen.
- Ausbau der Dokumentation des Pollenfluges in Sachsen, insbesondere auch in der Region Leipzig. Auch hier fehlt es bisher an finanziellen Ressourcen.

Nur durch eine ausreichende inhaltliche und finanzielle Unterstützung der politischen Entscheidungsträger kann dem Allergierisiko durch Ambrosia von ärztlicher Seite sinnvoll begegnet werden.

### Danksagung

LIFE – Leipziger Forschungszentrum für Zivilisationserkrankungen wird finanziert aus Mitteln der Europäischen Union durch den Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE) und aus Mitteln des Freistaates Sachsen im Rahmen der Landesexzellenzinitiative.

Wir bedanken uns ebenfalls beim Botanischen Garten Leipzig.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Regina Treudler  
Klinik für Dermatologie, Venerologie und  
Allergologie, Universität Leipzig  
Philipp-Rosenthal-Straße 23, 04103 Leipzig  
Tel.: 0341 9718690, Fax.: 0341 9718609  
regina.treudler@uniklinik-leipzig.de

## Netzwerk CIRSmedical.de

Berichts- und Lernsysteme in der Medizin gewinnen in Deutschland zunehmend an Bedeutung. Einerseits implementieren immer mehr Einrichtungen des Gesundheitswesens Berichts- und Lernsysteme, andererseits fördert der Gesetzgeber diese Systeme aktiv mit dem Anfang 2013 in Kraft getretenen Patientenrechtegesetz.

Ein Berichts- und Lernsystem wird auch Fehlermeldesystem bzw. Critical Incident Reporting System (CIRS) genannt. Es ist meist ein papier- oder EDV-basiertes System, welches es ermöglicht, aus kritischen Ereignissen (üblicherweise Beinahe-Schäden/Fehler) zu lernen. In dem System kann über erlebte Ereignisse anonym berichtet und aus den analysierten und veröffentlichten Berichten gelernt werden.

CIRSmedical.de – das offene, anonyme und internetbasierte Berichts- und Lernsystem der deutschen Ärzteschaft für kritische Ereignisse in der Medizin – startete im Jahr 2005 auf Initiative der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und hat sich in der Zwischenzeit zum weitläufigen Netz-

werk CIRSmedical.de entwickelt. Es ist ein gemeinsames Projekt von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Bundesärztekammer und wird vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin organisiert und weiterentwickelt.

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin ist das gemeinsame Kompetenzzentrum von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Bundesärztekammer für evidenzbasierte Medizin, Leitlinien, Patienteninformation, Patientensicherheit und Wissensmanagement in der Medizin.

Das zentrale Ziel des Netzwerks ist es, durch das gemeinsame, einrichtungsübergreifende Lernen aus sicherheitsrelevanten Ereignissen im Gesundheitswesen die Patientensicherheit zu verbessern. Dieses Ziel wird durch die enge Vernetzung, die technisch einfache Einrichtung von spezifischen Berichtsgruppen, die Bereitstellung einer Berichtsdatenbank für Recherchen und regelmäßige systematische Fallanalysen unterstützt.

Derzeit besteht das Netzwerk CIRSmedical.de aus 107 Berichtsgruppen für Krankenhäuser, 11 Berichtsgruppen für Einrichtungen des Gesundheitswesens (Kassenärztliche Vereini-

gungen, Ärztekammern, Fachgesellschaften, Berufsverbände und andere) und zwei Kooperationen zur Vernetzung mit anderen Berichtssystemen. Für die Recherche nach Fällen und Lösungsansätzen stehen rund 3.300 Berichte im gesamten Netzwerk CIRSmedical.de zur Verfügung. Außerdem veröffentlichen verschiedene Berichtsgruppen des Netzwerks regelmäßig „Fälle des Monats“ mit systematischen Analysen und Verbesserungmaßnahmen. Diese werden unter anderem im Internet unter [www.patientensicherheit-online.de](http://www.patientensicherheit-online.de) veröffentlicht und mit dem Informationsdienst CIRSmedical.de-Info per E-Mail versendet (<http://www.info.cirsmedical.de/>).

Im Folgenden finden sich zwei Fallberichte zu den Themen „Kommunikation“ und „Unbeabsichtigt belassene Fremdkörper nach Operationen“ aus dem Netzwerk CIRSmedical.de mit möglichen Maßnahmen zu deren Vermeidung.

Dr. med. Julia Rohe, MPH  
Bereichsleitung Patientensicherheit  
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin  
(ÄZQ)  
TiergartenTower  
Straße des 17. Juni 106 – 108, 10623 Berlin  
Tel.: 030-4005-2504  
[rohe@azq.de](mailto:rohe@azq.de)

## Vergessene Kompressen – Zählkontrollen machen Sinn

In CIRSmedical.de wurde aus dem Fachgebiet Urologie folgender Fall (Nummer: 13845) berichtet:

### Was ist passiert?

Bei einem Patienten wurde vor wenigen Tagen eine Orchiektomie bei bekanntem Hoden-CA durchgeführt. Die Operation verlief einwandfrei und ohne Komplikationen. Nach wenigen Tagen klagte er über immer stärker werdende Schmerzen. Eine deutliche Rötung war sichtbar. Bei einer erneuten Operation konnten wir eine Komresse aus dem Hodensack bergen. Der Patient ist inzwischen beschwerdefrei.

### Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis und wie könnte es in Zukunft vermieden werden?

*Als Chefarzt der Abteilung hatte ich nie auf die Anweisungen meiner ehemaligen OP-Leitung zur Zählkontrolle gehört. Ich dachte immer, dass es keinen Sinn macht und mir so etwas nie passieren könnte. Nach dem Wechsel der OP-Leitung legte die neue Leitung auf Zählkontrollen keinen Wert mehr. Meine ursprüngliche Freude darüber, dass mich keiner mehr mit Zählkontrollen „nervt“, ist inzwischen verflogen. Zählkontrollen werden jetzt bei jedem Eingriff durchgeführt.*

### Kommentar

Unbeabsichtigt belassene Fremdkörper nach Operationen können schwerwiegende Folgen für den Patienten, den Operateur und die Insti-

tution haben. In der Literatur wird von zirka einem Fall pro 5000 Operationen ausgegangen (1; 2), allerdings wird vermutet, dass die tatsächliche Anzahl unbeabsichtigt belassener Fremdkörper höher liegt. Meist handelt es sich bei den unbeabsichtigt belassenen Fremdkörpern um Tupfer (3; 4).

### Risikofaktoren

- Wechsel des OP-Teams während der Operation (3; 4),
- Änderung des OP-Ablaufes während der Operation (4),
- größere Notfalleingriffe unter Zeitdruck (3; 4),
- starke intraoperative Blutungen (4),
- hoher Body-Mass-Index (4),
- keine bzw. fehlerhafte Zählkontrolle (3; 4).

## Maßnahmen

- Systematische, standardisierte, mit Zeit und Ruhe durchgeführte, prä-, intra- und postoperative Zählkontrollen nach dem 4-Augenprinzip mit Dokumentation der Ergebnisse (1; 5).
- Visuelle und taktile Inspektion der OP-Wunde vor schichtweisem Verschluss (6; 7).
- Ausschließliche Verwendung von Tupfern mit röntgendichter Markierung (7).
- Keine einzelne Verwendung von kleinen (10x10cm) Tupfern. Ausschließliche Verwendung nach Armierung mit Kornzange (6; 7).

## Kommunikation zwischen Abteilungen – Wichtiger Befund nicht mitgeteilt

In CIRSmedical.de wurde folgender Fall (Nummer: 18532) berichtet:

### Was ist passiert?

*Ein Patient wird mit Rückenschmerzen aufgenommen. Anordnung: Rückenprogramm für die Physiotherapie. Beginn verzögert sich um einen Tag, dann wird Patient beim Pflegepersonal in die Physiotherapie einbestellt. Patient kommt und berichtet während der Anamnese von einem morgens durchgeführten MRT, welches keine Bandscheibenschädigung, wohl aber etwas anderes ergeben habe. Deswegen müsse er noch zu den Internisten. Dies ist eine „red flag“ für Physiotherapeuten. Der behandelnde Physiotherapeut ruft den zuständigen Oberarzt an und erfährt, dass der Patient Metastasen im Sacrum und Becken hat. Die Rückenbehandlung sei abgesetzt worden. Das Pflegepersonal sollte dies mitteilen.*

### Kommentar

Krankenhäuser sind hochkomplexe, eng vernetzte Systeme in denen viele Menschen in räumlich voneinander getrennten Abteilungen verschiedene Leistungen für die Patienten erbringen. Bei der Kommunikation zwischen den Teams im Rahmen der

- Bei Diskrepanzen im Rahmen der Zählkontrollen: nochmaliges Nachzählen, Inspektion und Austasten der OP-Wunde, gegebenenfalls radiologische Kontrolle vor OP-Ende (8).
- Die Verwendung neuerer Technologien (zum Beispiel Bar-Code oder RFID markierte Materialien) ist in Erprobung (9 – 12).

Besonders interessant bei diesem Fall ist der Umstand, dass die Komresse in einem kleinen Operationsgebiet im Rahmen des Routinebetriebs vergessen wurde und so zu einer radikalen Bewusstseinsänderung des beteiligten Chefarztes geführt hat.

Behandlung oder bei Verlegung eines Patienten können Informationen verloren gehen oder missverstanden werden. Dies kann die Kontinuität der Versorgung stören und den Patienten erheblich gefährden (15).

In dem beschriebenen Fall war der Physiotherapeut nicht über den unerwarteten Befund der Metastasen informiert. Seine genaue Anamnese und der Hinweis des Patienten verhinderten die nicht indizierte Therapie. Über die genauen Ursachen, lässt sich auf Grund des Berichts nur spekulieren, allerdings zeigt sich die Notwendigkeit einer festgelegten und gelebten Routine, mit der bedeutsame Befunde direkt mit weiter- oder mitbehandelnden Personen kommuniziert werden.

Folgende Maßnahmen können situationsbedingt die Kommunikation bei Verlegung, Behandlung durch verschiedene Teams oder Dienstende sicherer machen (4-11).

1. Strukturierter Prozess der Informationsübergabe
  - festgelegter Ort und Zeitpunkt,
  - klare Verantwortlichkeiten und Verantwortungsübernahme,
  - Vermeidung von Unterbrechungen während der Übergabe,
  - persönliche Kommunikation, die Rückfragen zulässt,
  - Rückspiegelung der erhaltenen Information,
  - Einsicht in alle Krankenakten/Verlauf,
  - Unterstützung durch Software.

## Fazit

Das Risiko von unbeabsichtigt belassenen Fremdkörpern besteht bei allen operativen Eingriffen. Strukturierte Maßnahmen zur Prävention sind gemäß den Empfehlungen des Aktionsbündnis Patientensicherheit (1; 5) in allen operativen Fächern einzuführen und umzusetzen. Vielerorts wird hierfür eine Änderung der Sicherheitskultur nötig sein.

Literatur beim Verfasser

Anschrift der Verfasser:  
Dr. med. Julia Rohe, MPH  
Bereichsleitung Patientensicherheit  
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin  
(ÄZQ)

2. Präziser, unmissverständlicher, möglichst persönlicher Informationsaustausch
  - nach bestimmtem Schema mit definierten Inhalten, zum Beispiel ISBAR-Methode,
  - insbesondere Kommunikation über aktuelle oder erwartete Veränderungen, notwendige Interventionen und ausstehende oder zu kontrollierende Befunde.
3. Training im Bereich sichere und effektive Übergaben,
4. Einbezug des Patienten.

## Fazit

Jeder Patient ist bei Versorgungsübergängen Sicherheitsrisiken ausgesetzt. Da das Gesundheitssystem immer komplexer wird, ist die Berücksichtigung der menschlichen Fehlbarkeit und sicherheitsorientiertes Systemdesign unerlässlich. Zur konkreten Verbesserung der Kommunikation sollten Standards für effiziente Übergaben und Verlegungen für die jeweiligen Arbeitsbereiche festgelegt und implementiert werden.

Ein weiterer Fall zum Thema findet sich unter der Fall-Nummer 18248 in CIRSmedical.de.

Literatur beim Verfasser

Anschrift für die Verfasser:  
Dr. med. Julia Rohe, MPH  
Bereichsleitung Patientensicherheit  
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin  
(ÄZQ)

TiergartenTower  
Straße des 17. Juni 106 – 108, 10623 Berlin  
Tel.: 030-4005-2514, E-Mail: rohe@azq.de

## FSME-Erkrankung in Sachsen

### Eine Falldarstellung

#### Einleitung

Die Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) ist eine durch das FSME-Virus ausgelöste Infektionserkrankung, die mit grippeähnlichen Symptomen, Fieber und bei einem Teil der Patienten mit einer Meningoenzephalitis verläuft. Häufig kommt es zu einem asymptomatischen Verlauf. Die Übertragung erfolgt durch den Stich einer infizierten Zecke, hauptsächlich durch den Gemeinen Holzbock (*Ixodes ricinus*).

Eine ursächliche Behandlung der FSME ist nicht möglich.

#### Epidemiologische FSME-Situation

Im Jahr 2012 wurden in Deutschland 195 FSME-Erkrankungen gemeldet, die die Referenzdefinition des RKI erfüllten (Datenstand 15.04.2013). Dies entspricht einer deutlichen Abnahme gegenüber dem Vorjahr (424 FSME-Erkrankungen) um 54 %. Die jährliche ermittelte Zahl der FSME-Fälle ist seit 2002 auf relativ stabilem Niveau mit einer Spanne von 239 bis 313 Fällen.

Insgesamt werden aktuell in der Bundesrepublik 141 Kreise als FSME-Risikogebiete ausgewiesen.

In Sachsen wurden im Jahr 2012 für jeweils einen übermittelten FSME-Fall der SK Dresden, der Vogtlandkreis und SK Chemnitz als Infektionsort genannt.

Derzeit erfüllt kein Kreis in Sachsen die Kriterien für ein Risikogebiet. Es wird aber darauf hingewiesen, dass in den an Sachsen grenzenden tschechischen Kreisen hohe FSME Jahresinzidenzen beobachtet wurden.

Im westeuropäischen Vergleich hat Tschechien eine der höchsten FSME-Inzidenzen, übertroffen nur von baltischen Staaten und Slowenien.

Daher sollte bei naturnahen Aufenthalten in tschechischen Grenzgebieten ein FSME-Impfschutz bestehen.

#### Der Fall

Ein 40-jähriger männlicher Patient aus Chemnitz litt seit Anfang Juni 2012 an einem Infekt mit Kopf- und

Gliederschmerzen und Antriebslosigkeit, den der Betroffene selbst symptomatisch behandelte. Nach kurzer Beschwerdefreiheit kam es eine Woche später zum Symptomrezidiv (zweiphasiger Verlauf). Es erfolgte häusliche Erstvorstellung bei einem mit dem Patienten verwandten HNO-Arzt mit der primären Vermutung auf Vorliegen eines Burn-Out-Syndroms, da seit Ende 2011 eine erhebliche berufliche Belastung in verantwortlicher Position bestand.

Vordergründige Beschwerden bei der Erstuntersuchung waren: Kopfschmerz mit retrobulbärem Druck, besonders beim Beugen des Kopfes und uncharakteristisches Schwindelgefühl. Klinisch fand sich eine ange-deutete Nackensteife und subfebrile Temperatur (38,0 Grad C), weshalb die sofortige Untersuchung in der HNO-Praxis erfolgte.

HNO-Befund: unauffälliger HNO-Status, keinerlei Infektzeichen. Eine Sinusitis insbesondere der Keilbeinhöhle, die differentialdiagnostisch als Ursache der Beschwerden möglich gewesen wäre, konnte mittels NNH-CT ausgeschlossen werden. Die Vestibularisprüfung ergab keinen Anhalt für eine periphere labyrinthäre Störung. Lediglich der Sakkadentest und der optokinetische Nystagmus zeigten diskrete Befunde, die für eine zentrale (zerebrale) Genese des Schwindels sprachen.

Zur Veranlassung weiterer diagnostischer Maßnahmen wurde ein hausärztlich tätiger Kollege aufgesucht.

Der körperliche Allgemeinzustand zeigte bis auf einen hypotonen Kreislauf (RR 80/60) und eine diskret vergrößert tastbare Leber keine pathologischen Befunde, insbesondere waren Lasègue- und Brudzinski-Zeichen negativ, der Lymphknotenstatus war unauffällig.

Laborchemisch auffällig war die deutliche erhöhte BSR (50/75mm) bei nur geringer Leukozytose (10,7 Gpt/l) und leicht erhöhter CRP-Aktivität (11,3 mg/l).

Die veranlassten serologischen Untersuchungen auf EBV, Toxoplasmose, Borreliose und FSME brachten

einen hochpositiven FSME-Titer (IgG 415 U/ml und IgM > 300 U/ml) und damit die Bestätigung des klinischen Verdachts auf Vorliegen einer frischen FSME bei unbemerktem Zeckenbiss. Der serologische Befund ließ sich nach dreiwöchigem Intervall reproduzieren.

Im Verlauf gab der Patient ein wechselhaftes Befinden und unterschiedliche Symptome an, es traten rechtsseitenbetonte Muskelkrämpfe auf, Stirnkopfschmerzen und stellungsinduzierter Sekundenschwindel sowie eine reduzierte körperliche und geistige Belastbarkeit und schnelle Erschöpfung mit Hyperhidrosis bei leichten Alltagstätigkeiten.

Die Diagnostik wurde vervollständigt mit neurologischer Vorstellung, cMRT, EEG und Vorstellung beim Infektiologen, wobei sich keine weiteren Konsequenzen ergaben, da eine spezifische Therapie nicht zur Verfügung steht. Von einer Lumbalpunktion wurde wegen fehlender Konsequenzen abgesehen.

Insgesamt war eine neunwöchige Arbeitsunfähigkeit notwendig bis zur Wiederaufnahme seiner anspruchsvollen beruflichen Tätigkeit. Bis Anfang 2013 bestand noch Kopfschmerzneigung sowie eingeschränkte Aufnahme- und Konzentrationsfähigkeit mit regressivem Verlauf.

Danach traten im Zeitraum der inzwischen zehnmonatigen Beobachtung keinerlei radikuläre, neuritische oder zentralnervöse Symptome auf, sodass von einer Restitutio ad integrum auszugehen ist.

Bemerkenswert an dem Fall ist, dass vom Betroffenen kein Zeckenbiss bemerkt wurde und er im fraglichen Zeitraum den Regierungsbezirk Chemnitz nicht verlassen hatte, wohl aber regelmäßige Spaziergänge mit seinem Hund stattfanden und aufgrund der beruflichen Tätigkeit im Erzgebirgskreis eine gewisse regionale Nähe zum tschechischen FSME-Hochrisiko-Gebiet bestand.

Im Gegensatz zur Borrelien-Infektion, bei der sich das Spirochaeten-Reservoir im Darm der Zecke befindet und

eine längere Blutmahlzeit zur Übertragung notwendig ist, kann es bei der FSME schon nach kurzem, unter Umständen unbemerktem Stich zur Infektion kommen, da die FSME-Viren aus den Speicheldrüsen des Insektes übertragen werden.

### Fazit für die Praxis:

FSME ist als Differenzialdiagnose zu anderen Infekten auch in Sachsen zu beachten.

Bei einer allgemeinen Infektsymptomatik ohne Korrelat im klinischen Befund sollte eine umfassende Labordiagnostik erfolgen und auch FSME in die serologischen Untersuchungen einbezogen werden.

Neben asymptomatischen Verläufen kann die Erkrankung auch schwere periphere und zentralnervöse Folgen hinterlassen und in manchen Fällen tödlich verlaufen.

Literatur bei den Verfassern

Anschrift für die Verfasser:  
Dr. med. Bernd Heidemüller  
Drosselweg 16  
09130 Chemnitz

Dipl.-Med. Peter Forkel  
Albrechtstraße 28  
09130 Chemnitz

## Postmortale Nöte

### „Der Schrei“ von Edvard Munch im „Ärzteblatt Sachsen“ 8/2013?

Lieber Herr Steffen Liebscher, auf mich wirkte Ihr hervorragender und inhaltlich so anrührender Artikel im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 8/2013, wie das berühmte Gemälde „Der Schrei“ Edvard Munchs.

Ihre Worte sind ein einziger Aufschrei, ein schon lange fälliger Aufschrei. Er ist so eindrucksvoll und engagiert geschrieben, dass einem bei der Lektüre regelrecht die Luft wegbleibt, wie ja auch beim Anblick des Gemäldes „Der Schrei“ von Edvard Munch.

Ich möchte Ihnen von Herzen danken für diesen so klar und in vorzüglichem Deutsch geschriebenen Artikel.

Respekt und Hochachtung!

Sie greifen da ein schon lange bekanntes und beschämend lange vor sich hin schwelendes Problem auf. Im Grunde ist es einfach schändlich was da geschah und immer noch geschieht.

Mögen Ihre Zeilen den ersehnten Erfolg erbringen.

Ich wünsche Ihnen und der Ärzteschaft Sachsens, dass endlich vor dem Gesetzgeber Gehör gefunden werde in dieser unerträglichen Situation.

Und Ihnen persönlich kann ich nur sagen: „Bleiben Sie, wie Sie sind, lieber Herr Liebscher“!

Dr. med. Clemens Weiß, Leipzig

## Erratum

Im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 8/2013, Seite 341, Tabelle 7: Masern in Europa, bitten wir Sie, die nachfolgend ergänzte Tabelle „Masern in

Europa 2011 und 2013“ zur Kenntnis zu nehmen.

Wir bitten Sie, diesen Fehler zu entschuldigen.

Redaktionskollegium des „Ärzteblatt Sachsen“

Tabelle 7: Masern in Europa 2010 und 2012\*

	2010	2011	2012		2010	2011	2012
<b>Austria</b>	<b>43</b>	<b>99</b>	<b>19</b>	<b>Lithuania</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>2</b>
<b>Belgium</b>	<b>40</b>	<b>555</b>	<b>43</b>	<b>Luxemburg</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>2</b>
<b>Bulgaria</b>	<b>22005</b>	<b>157</b>	<b>1</b>	<b>Malta</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>0</b>
<b>Croatia</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>?</b>	<b>Netherlands</b>	<b>15</b>	<b>46</b>	<b>10</b>
<b>Cyprus</b>	<b>18</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>Norway</b>	<b>3</b>	<b>38</b>	<b>4</b>
<b>Czech Republ.</b>	<b>0</b>	<b>17</b>	<b>22</b>	<b>Poland</b>	<b>13</b>	<b>38</b>	<b>61</b>
<b>Denmark</b>	<b>5</b>	<b>83</b>	<b>2</b>	<b>Portugal</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>7</b>
<b>Estonia</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>Romania</b>	<b>187</b>	<b>4015</b>	<b>3843</b>
<b>Finland</b>	<b>5</b>	<b>29</b>	<b>5</b>	<b>Slovakia</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>France</b>	<b>5019</b>	<b>15206</b>	<b>859</b>	<b>Slovenia</b>	<b>2</b>	<b>22</b>	<b>2</b>
<b>Germany</b>	<b>780</b>	<b>1609</b>	<b>167</b>	<b>Spain</b>	<b>305</b>	<b>1986</b>	<b>446</b>
<b>Greece</b>	<b>149</b>	<b>40</b>	<b>3</b>	<b>Sweden</b>	<b>6</b>	<b>26</b>	<b>30</b>
<b>Hungary</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>Switzerland</b>	<b>81</b>	<b>602</b>	<b>679</b>
<b>Ireland</b>	<b>403</b>	<b>303</b>	<b>107</b>	<b>Turkey</b>	<b>7</b>	<b>111</b>	<b>?</b>
<b>Italy</b>	<b>863</b>	<b>5181</b>	<b>682</b>	<b>United Kingd.</b>	<b>397</b>	<b>1083</b>	<b>1902</b>
<b>Latvia</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>Total</b>	<b>30265</b>	<b>30567</b>	<b>8230</b>

\*Quelle: EUVAC.NET

S. Bigl 2013

## 49. Tagung der Kammerversammlung

Die 49. Tagung der Kammerversammlung findet am 9. November 2013 von 9.00 Uhr bis 15.30 Uhr im

**Kammergebäude der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, Plenarsaal statt.**

Die Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer können an der Arbeitstagung mit Vorlage des Arztbescheides als Zuhörer teilnehmen.

### Tagesordnung

- 1. Eröffnung der 49. Tagung der Kammerversammlung und Feststellung der Beschlussfähigkeit**  
Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident
- 2. Aktuelle Gesundheits- und Berufspolitik**  
Bericht: Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident  
Ausführlicher Meinungsaustausch
- 3. Organtransplantation in Deutschland – Aktueller Sachstand**  
Bericht: Anne-Gret Rinder, Vorsitzende der Prüfungs- und Über-

wachungskommission der Bundesärztekammer, DKG und des GKV-Spitzenverbandes gemäß §§ 11 f. TPG

- 4. Satzung zur Änderung der Beitragsordnung**  
Bericht: Dr. Claus Vogel, Vorstandsmitglied, Vorsitzender Ausschuss Finanzen
- 5. Satzung zur Änderung der Satzung der Sächsischen Ärztehilfe**  
Bericht: Dr. Claus Vogel, Vorstandsmitglied, Vorsitzender Ausschuss Finanzen
- 6. Satzung zur Änderung von Satzungen im Bereich der Berufsbildung zum/zur Medizinischen Fachangestellten**  
Bericht: Dr. Claus Vogel, Vorstandsmitglied, Vorsitzender Ausschuss Finanzen
- 7. Änderung der Honorar- und Teilnahmegebührenordnung**  
Bericht: Dr. Claus Vogel, Vorstandsmitglied, Vorsitzender Ausschuss Finanzen
- 8. Finanzen**  
Prüfauftrag zur Schaffung zusätzlicher Parkmöglichkeiten für die Sächsische Landesärztekam-

mer und die Sächsische Ärzteversorgung  
Wirtschaftsplan 2014  
Festsetzung der Kammerbeiträge für das Jahr 2014  
Bericht: Dr. Claus Vogel, Vorstandsmitglied, Vorsitzender Ausschuss Finanzen

- 9. Änderung der Satzung Fortbildung und Fortbildungszertifikat**  
Bericht: Prof. Dr. Otto Bach, Vorsitzender Sächsische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung
- 10. Vorbereitung der Wahl der Kammerversammlung für die Wahlperiode ab 2015**
  - 10.1. Satzung zur Änderung der Wahlordnung**  
Bericht: Prof. Dr. Wolfgang Saueremann, Satzungsbeauftragter
  - 10.2. Änderung von Satzungen in Bezug auf die Zusammensetzung des Vorstandes**  
Bericht: Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident
- 11. Bekanntgabe von Terminen**
- 12. Verschiedenes**

## Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf „Medizinische Fachangestellte“

Die Sächsische Landesärztekammer führt die nächste schriftliche Abschlussprüfung im oben genannten Ausbildungsberuf am **Montag, dem 13. Januar 2014, 9.00 – 15.00 Uhr**, in der **Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden** durch.

Die Prüfung im praktischen Teil erfolgt von Ende Januar bis Mitte Februar 2014.

### I. Zulassung zur Abschlussprüfung

Zur Abschlussprüfung mit Beginn 13. Januar 2014 können regulär Umschüler/innen, deren Umschulungsverhältnis nicht später als am 28. Februar 2014 endet und Prüflinge, die den Antrag auf eine Wiederholungsprüfung gestellt haben (§ 37 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz), zugelassen werden.

### II. Zulassung in besonderen Fällen

1. Gemäß § 45 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz können Auszubildende und Umschüler/innen (bei Umschulungszeit von 30 bis 36 Monaten) nach Anhören des Auszubildenden und der Berufsschule vor Ablauf ihrer

Ausbildungs- und Umschulungszeit zur Abschlussprüfung zugelassen werden, wenn ihre Leistungen dies rechtfertigen (vorzeitige Abschlussprüfung).

Als Maßstäbe für eine Einzelfallentscheidung sind festgelegt:

- maximal mögliche Verkürzung von insgesamt sechs Monaten,
- mindestens gute Lern- und Ausbildungsergebnisse in der Arztpraxis,
- gute Lernmotivation und Lernergebnisse mit Notendurchschnitt bis 2,0 in der Berufsschule und
- mindestens befriedigende Note in der Zwischenprüfung.

Die Inhalte des Ausbildungsrahmenplanes und des im Berufsschulunter-

richt vermittelt Lernstoffes – soweit er für die Berufsausbildung wesentlich ist – müssen dabei vollständig anwendungsbereit sein.

2. Prüflinge ohne vorangegangenes Berufsausbildungsverhältnis, die nachweisen, dass sie mindestens das Ein- einhalbfache der Zeit, die als Ausbildungszeit vorgeschrieben ist, in dem Beruf der Arzthelferin/der Medizinischen Fachangestellten tätig gewesen sind (§ 45 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz).

### III. Anmeldung und Zulassungsverfahren

Die Anmeldung zur Abschlussprüfung hat mit vollständigen Unterlagen nach § 10 der Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlussprüfungen im Ausbildungsberuf der Medizinischen Fachangestellten der Sächsischen Landesärztekammer (veröffentlicht im Internet unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de)) bis spätestens 08.11.2013 zu erfolgen.

Über die Zulassung zur Abschlussprüfung entscheidet die zuständige Stelle. Hält sie die Zulassungsvoraussetzungen nicht für gegeben, so entscheidet der Prüfungsausschuss (§ 46 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz). Die Anmeldeformulare und die Gebührenbescheide gehen den auszubildenden Ärzten oder in den Fällen der Wiederholungsprüfung ohne Ausbildungsverlängerung und der Externen Prüfung (Ziffer II. 2) den Prüflingen rechtzeitig zu.

Bestehen Auszubildende/Umschüler/innen vor Ablauf der Ausbildungs- oder Umschulungszeit die Abschlussprüfung, so endet das Berufsausbildungs- oder Umschulungsverhältnis mit Bekanntgabe des Ergebnisses durch den Prüfungsausschuss (§ 21 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz).

Für Fragen stehen wir Ihnen gern unter Tel. 0351 8267170/-171 zur Verfügung.

Marina Hartmann  
Leitende Sachbearbeiterin  
Referat Medizinische Fachangestellte

## Kreisärztekammern wählen

### Kreisärztekammer Bautzen

Der Vorstand der Kreisärztekammer Bautzen lädt alle Mitglieder der Kreisärztekammer am

**Mittwoch, den 13. November 2013, 18.00 Uhr, in das AKZENT Hotel Residence Bautzen, Wiltthener Str. 32, 02625 Bautzen,**

zur nächsten und konstituierenden Mitgliederversammlung ein. Nachdem sich die Kreisärztekammern Bautzen, Hoyerswerda und Kamenz im Jahr 2009 zur Kreisärztekammer Bautzen zusammengeschlossen hatten, neigt sich nun die erste Wahlperiode dieser Kreisärztekammer bereits dem Ende zu. Im Rahmen der Mitgliederversammlung soll neben

### Kreisärztekammer Erzgebirgskreis

Der Vorstand der Kreisärztekammer Erzgebirgskreis lädt alle Mitglieder der Kreisärztekammer am

**Mittwoch, den 13. November 2013, 19.00 Uhr in die Mauersberger Aula des Evang. Gymnasiums, Straße der Freundschaft 11, 09456 Annaberg-Buchholz**

zur nächsten und konstituierenden Mitgliederversammlung ein. Nachdem sich die Kreisärztekammern Annaberg, Aue-Schwarzenberg, Mittlerer Erzgebirgskreis und Stollberg im Jahr 2009 zur Kreisärztekammer Erzgebirgskreis zusammengeschlossen hatten, neigt sich nun die erste Wahlperiode dieser Kreisärztekammer bereits dem Ende zu.

dem Jahres- und Finanzbericht ein neuer Vorstand für die nächste Wahlperiode 2013/2017 gewählt werden.

Überdies steht ein Fachvortrag zur Sucht- und Drogenproblematik auf der Tagesordnung. Letztere geht allen Mitgliedern mit der Einladung noch gesondert auf postalischem Weg zu.

Wenn auch Sie einen Beitrag für die ärztliche Selbstverwaltung in unserem Landkreis, die Berufsfreiheit und für das Ansehen unseres ärztlichen Berufsstandes leisten möchten sowie Interesse an einer Mitarbeit im Vorstand der Kreisärztekammer in der nächsten Wahlperiode haben, nehmen Sie mit der Unterzeichnerin Kontakt auf: Tel.-Nr. 03594 740996, E-Mail: [ellen@drmaneck.de](mailto:ellen@drmaneck.de)

Dr. med. Ellen Maneck  
Vorsitzende der Kreisärztekammer Bautzen

Im Rahmen der Mitgliederversammlung soll neben dem Jahres- und Finanzbericht die Geschäftsordnung der Kreisärztekammer geändert und ein neuer Vorstand für die nächste Wahlperiode gewählt werden. Überdies steht ein Vortrag zum Patientenrechtegesetz auf der Tagesordnung.

Wenn auch Sie einen Beitrag für die ärztliche Selbstverwaltung in unserem Landkreis, die Berufsfreiheit und für das Ansehen unseres ärztlichen Berufsstandes leisten möchten sowie Interesse an einer Mitarbeit im Vorstand der Kreisärztekammer in der nächsten Wahlperiode haben, nehmen Sie mit der Unterzeichnerin Kontakt auf: Tel.-Nr. 03771 32161, E-Mail: [erzgebirgskreis@slaek.de](mailto:erzgebirgskreis@slaek.de)

Dipl.-Med. Ulla Tuchscherer  
Vorsitzende der Kreisärztekammer  
Erzgebirgskreis

Die redaktionellen Artikel und ärztlichen Rubrikanzeigen finden Sie ca. 1 Woche vor Erscheinen des Heftes auch im Internet unter [www.aerzteblatt-sachsen.de](http://www.aerzteblatt-sachsen.de)!

Jetzt auch mobil unter [m.aebsax.de](http://m.aebsax.de)



## Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden gemäß § 103 Abs. 4 SGB V folgende Vertragsarztsitze in den Planungsbereichen zur Übernahme durch einen Nachfolger ausgeschrieben:

**Bitte beachten Sie folgende Hinweise:**

\*) Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Allgemeinmedizin können

sich auch Fachärzte für Innere Medizin bewerben, wenn sie als Hausarzt tätig sein wollen.

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

**Nähere Informationen hinsichtlich des räumlichen Zuschnitts sowie der arztgruppenbezogenen Zuordnung zu den einzelnen Planungsbereichen bzw. Versor-**

**gungsebenen sind auf der Homepage der KVS ([www.kvs-sachsen.de/mitglieder/arbeiten-als-arzt/bedarfsplanung-und-saechsischer-bedarfsplan](http://www.kvs-sachsen.de/mitglieder/arbeiten-als-arzt/bedarfsplanung-und-saechsischer-bedarfsplan)) abrufbar.**

Bitte geben Sie bei der Bewerbung die betreffende Registrierungs-Nummer (Reg.-Nr.) an.

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

### Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
<b>Allgemeine fachärztliche Versorgung</b>			
13/C056	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Verhaltenstherapie)	Mittlerer Erzgebirgskreis	25.10.2013
13/C057	Psychologische Psychotherapie (Tiefenpsychologie)	Chemnitz, Stadt	11.11.2013
13/C058	Psychologische Psychotherapie (Verhaltenstherapie)	Chemnitz, Stadt	11.11.2013
<b>Spezialisierte fachärztliche Versorgung</b>			
13/C059	Innere Medizin	Mittelsachsen	25.10.2013

Schriftliche Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder -403 zu richten.

### Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
<b>Allgemeine fachärztliche Versorgung</b>			
13/D035	Kinder- und Jugendmedizin	Dresden, Stadt	11.11.2013
13/D036	Urologie	Dresden, Stadt	11.11.2013

Schriftliche Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 88 28-310 zu richten.

### Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
<b>Hausärztliche Versorgung</b>			
13/L032	Allgemeinmedizin*)	Leipzig	25.10.2013
13/L033	Allgemeinmedizin*)	Leipzig	11.11.2013
13/L034	Allgemeinmedizin*)	Leipzig	11.11.2013
13/L035	Allgemeinmedizin*)	Leipzig	25.10.2013
13/L036	Innere Medizin – hausärztlich*)	Leipzig	11.11.2013

Schriftliche Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. 0341 24 32-153 zu richten.

## Abgabe von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden folgende Vertragsarztsitze zur Übernahme veröffentlicht.

### Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
<b>Hausärztliche Versorgung</b>		
Allgemeinmedizin*)	Stollberg	Praxisübergabe ab 1/2014

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel. 0371 2789-406 oder-403.

## Ökonomisierung in der Medizin

Unter der Überschrift „Ökonomie schlägt Medizin“ hatte der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, sowie das Vorstandsmitglied, Dr. med. Steffen Liebscher, im Heft 9/2012 die Leser des „Ärztblatt Sachsen“ dazu aufgerufen, Beispiele für Fehlsteuerungen in der Medizin durch Ökonomisierung sowie Auswirkungen auf die ärztliche Tätigkeit anonym zu benennen. Es gab auf diesen Aufruf nur wenige, dafür aber sehr eindrückliche Zuschriften von Unfall- und Handchirurgen, Allgemeinmedizinern, Psychotherapeuten, Orthopäden, Mikrobiologen und Frauenärzten. Darin wurden insbesondere der rasante Wertewandel, der Versuch einer Gesundheitsplanwirtschaft im System einer sozialen Marktwirtschaft, die Bürokratie – „Dokumentations- und Zertifizierungs-Unwesen“, „Überfluss an Akten und Festplatten“ – sowie der Hang zu Maßlosigkeit und Maßstablosigkeit kritisiert. Knappe Budgets brächten Ärzte heute an die Grenzen der Zumutbarkeit. Oft bliebe keine Zeit für die eigentliche Arbeit, kein Raum für Eigenverantwortlichkeit. „Der gesunde Menschenverstand tritt zurück.“ Es erfolge keine individuelle fürsorgliche, patientenorientierte Behandlung mehr. Die Bürokratisierung des Arztberufs führe zur enormen Einengung des geistigen Horizonts.

### Kulturverlust

Ein auf Wettbewerb ausgerichtetes System mache aus hilfsbedürftigen Menschen Kunden und Profitquelle, schreiben die Ärzte. Dabei gäbe es im Hippokratischen Eid und Ärztegelöbnis kein Hinweis auf die Ökonomie. Die anstehenden Probleme würden aber mit Methoden der Marktwirtschaft in Form von Verordnung zur Senkung der Arzneimittelkosten, Rabattverträgen, Zuzahlungsgebühren-Befreiung, Budgetierung und Regressverfahren geregelt.

Das „Diktat der Ökonomie“ gelte damit auch bei der Rezeptausstellung: Die Feststellung der Kosten des zu rezeptierenden Medikaments erfordere ein Vielfaches an Zeit der Indikationsfindung. Die Manager und Verwaltungsdirektoren im Gesundheitswesen seien nicht mehr vom Menschsein geprägt, keine Zuwendung, keine Anteilnahme und keine Zeit für Kranke.

### Verlust des Vertrauensverhältnisses

Die Ökonomisierung zerstöre das Vorschussvertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt. Die Politiker seien taub. Vermeintliche Interessenvertreter entpuppen sich als Facharztbekämpfer. Früher habe es auch eine kollegialere Zusammenarbeit gegeben, man unterstützte sich bei Fragen der Abrechnung und der Vertretung. Bei Behandlungen von Kollegen berechne man nur die technischen Ausgaben.

### Privatisierung von Krankenhäusern

Die Privatisierung von Krankenhäusern wurde ebenfalls kritisiert. Als Beispiel wurde eine Stadt in Ostachsen aufgeführt, die 49 Prozent ihrer Anteile an einer Klinik an einen Konzern veräußert habe. Seitdem vollziehe sich ein deutlicher Wandel zur Ökonomisierung. Der Einkaufsverbund des privaten Trägers habe die zur Verfügung stehenden Gerätschaften auf nur wenige Anbieter eingeschränkt, dadurch stünden in vielen Bereichen die qualitativ hochwertigen Geräte nicht mehr zur Verfügung (OP-Kleidung, Abdecktücher, spezielle Katheter und Sonden, Klammernahtgeräte). Und urplötzlich sind drei Kollegen zu viel. Grundlage dieser Feststellung seien „imaginaire“ INEK-Zahlen.

Bei zunehmenden Fallzahlen (bei allerdings exakter Indikationsstellung) wüssten Ärzte kaum noch, wie sie Routinearbeiten schaffen sollen. Dennoch werde das Aufgabenspektrum durch den verstärkten Einsatz der Mitarbeiter in der Rettungsstelle erweitert. In anderen Kliniken würden frei werdende Stellen nicht oder nicht zeitnah nachbesetzt, sodass es insgesamt zu einer enormen Arbeitsverdichtung komme.

Die Versorgung stationärer Patienten würde deutlich beeinträchtigt, zumal manche Stationen zeitweise ohne ärztliche Betreuung auskommen müssten. Durch den Abzug von Ärzten aus der klinikspezifischen Arbeit sei die qualitativ hochwertige Versor-

gung gefährdet. Es gäbe harte Kämpfe im OP um die (zu) knapp bemessenen Kapazitäten. Die Verkürzung der postoperativen Liegedauer in den Kliniken würde nicht kritisch hinterfragt, sondern noch weitergehende „Effektivitätsmaßnahmen“ ergriffen. Für die Ausbildung der jungen Kollegen bliebe kaum noch Zeit. Die Diskussionen zur Nachwuchsgewinnung, besseren Arbeitszeiten und Vereinbarkeit von Beruf und Familie scheinen an dieser Klinik vorbei zu gehen.

### Onkologie

In der onkologischen Versorgung würde ignoriert, dass es sich um schwerkranke Patienten handelt,

nicht um handelnde Kunden oder Unternehmer. Dieses Modell sei ebenfalls ausschließlich auf Effektivität und ökonomischen Nutzen ausgerichtet. Die Patienten werden nicht mehr als leidende Menschen gesehen, die Hilfe suchen, sondern als Kunden, die dem finanziellen Gewinn dienen. Versorgungs- oder Fürsorgeauftrag komme nicht mehr vor.

### Politische Diskussion notwendig

Der Präsident hat sich bei den Autoren ausdrücklich für die Zuschriften und die offene Meinungsäußerung bedankt. Die geschilderten Beispiele will der Präsident sowie der Vorstand als Grundlage für die weitere beruf-

und gesundheitspolitische Arbeit verwenden. Insbesondere in den Gesprächen mit Krankenhausdirektoren, den Berufsverbänden aber auch mit den Vertretern der Bundes- und Landespolitik dienen die Zuschriften als Diskussionsgrundlage.

Auf Initiative von Prof. Dr. Schulze hatten sich der 116. Deutsche Ärztetag und auch der 23. Sächsische Ärztetag mit der Ökonomisierung der Medizin ausführlich beschäftigt. Berichte dazu finden Sie im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 6/7, 2013.

Knut Köhler M.A.

Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## Postmortale Nöte

Herrn Dr. med. Steffen Liebscher  
Vorstand der Sächsischen  
Landesärztekammer  
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Sehr geehrter, lieber Herr Kollege Liebscher,

ich brauche mich nicht vorzustellen – wir kennen uns aus jahrelanger gemeinsamer Arbeit in Aue.

Ich danke Ihnen, dass Sie als Vorstandsmitglied im Heft 8/2013 des „Ärzteblatt Sachsen“ dieses Problem angesprochen haben, das (siehe Ärztetag Hannover) nach jahrelanger Unterdrückung allmählich an die Öffentlichkeit drängt.

Als nach dem unkritisch-arroganten Überstülpen der altbundesdeutschen Verhältnisse die Obduktionen in den neuen Ländern in kurzer Zeit abgewürgt wurden, erhoben viele namhafte Kollegen in Ost und West ihre warnende Stimme. Da aber die Pathologie keine Lobby hat, verhallten diese Rufe ungehört.

Es ist eine Frage von Ehrlichkeit zu sagen, dass man in vielen Fällen die Todesursache nicht kennt, und meines Erachtens haben zu viele Ärzte viel zu lange dieses Kaschierspiel mitgespielt und auf dem Totenschein irgendeine Vermutung dokumentiert. Das Unfaire dieser „Regelung“ besteht darin, dass damit die übergeordneten Behörden die Verantwort-

tung an den ausstellenden Arzt abschieben.

Inzwischen ist eingetreten, was kommen musste: Es gibt auch die für eine Änderung nötigen Obduzenten nicht mehr, weil ihre Stellen gestrichen wurden und die Kollegen entweder ins Ausland abgewandert oder in den Altersruhestand getreten sind. Selbst Nachwuchs lässt sich nicht mehr gewinnen, da an den Unis so wenig obduziert wird, dass niemand mehr ausreichend Erfahrung erlangen kann. In meiner Zeit hat ein Facharzt für Pathologie vor seiner Prüfung ein- bis zweitausend(!) Obduktionen durchgeführt... Natürlich steht staatlicherseits das Argument der Bezahlbarkeit, aber dafür gibt es Stellhebel. Wenn man auf die teuren Militäreinsätze im Ausland verzichtete (schließlich hat keins der betreffenden Länder Deutschland angegriffen!), würden viele Milliarden frei. Und es gibt weitere einschlägige Ideen...

Aber auch die Sinnfrage muss neu gestellt werden: Allein wegen der Todesursachenstatistik ist eine allgemeine Erhöhung der Sektionsquote wohl nicht berechtigt.

Dafür reichte auch eine nahezu vollständige Obduktion einer oder zweier relevanter Bevölkerungsgruppen ähnlich dem viel zitierten „Görli-tzer Modell“ aus der DDR-Zeit.

Und vielleicht bietet auch die moderne Technik Ansatzpunkte? Ein

implantierter Chip könnte wesentliche Werte registrieren und sowohl für die Lebendiagnostik als auch post mortem ausgelesen werden. Aber auch dieses Verfahren kostet Geld. (Ich hoffe, dass mir meine ehemaligen Kollegen solche abartigen Gedanken verzeihen – sie entspringen der Suche nach Notlösungen.) Auf jeden Fall sollte die Obduktion bei Todesfällen in zeitlichem Zusammenhang mit ärztlichen Handlungen und Verordnungen sowie bei Wunsch der Angehörigen gewährleistet sein. An meiner letzten Arbeitsstelle ließ der Chefarzt der Urologischen Klinik praktisch jeden seiner verstorbenen Patienten sezieren...

Ein letzter Gedanke, der in Ihrem Beitrag nicht direkt anklingt: Aus meiner Erfahrung könnte die Mehrheit der Ärzte davon profitieren, wenn sie Obduktionen nutzen und erleben könnten... Die elektronische Simulation vermag viel, aber eben nicht alles.

Lieber Herr Kollege Liebscher, nichts für ungut – ich wünsche Ihnen Gesundheit und viel Kraft für Ihre Arbeit in Dresden und in der Heimat!

Mit besten Grüßen

Dr. med. Werner Büttner, Dittersdorf

P.S.: Im Deutschen Ärzteblatt habe ich mich im Laufe der Jahre mehrfach zu dieser Frage geäußert, aber – s.o. Zumindest ist meine Sparte nicht protestlos untergegangen...

## Räume nach Ärzten benannt

Die Veranstaltungsräume der Sächsischen Landesärztekammer wurden Mitte dieses Jahres nach bekannten und verdienstvollen sächsischen Ärzten benannt. Die Vorschläge dafür kamen nach einem Aufruf im „Ärztblatt Sachsen“, Heft 7/2012 von den Lesern des „Ärztblatt Sachsen“. Wir möchten Ihnen diese Mediziner kurz vorstellen.

### Beratungsraum „Margarete Blank“

Ihre Tätigkeit als Ärztin begann Dr. med. Margarete Blank (\* 21.02.1901 in Kiew; † hingerichtet am 08.02.1945 in Dresden) als Hausärztin in ihrer eigenen Praxis in Panitzsch bei Leipzig. Im Jahre 1932 promovierte sie an der Universität Leipzig im Fach Medizingeschichte. In der Zeit des Nationalsozialismus behandelte sie Kriegsgefangene und Kinder von inhaftierten Regimegegnern. Im Jahre 1944 wurde sie deshalb wegen „Wehrkraftzersetzung“ zum Tode verurteilt. Am 8. Februar 1945 richtet man sie in Dresden im Hof des Landgerichtsgebäudes am Münchner Platz hin.

### Seminarraum „Heinz Brandt“

Dr. med. habil. Heinz Brandt (\* 26.12.1918 in Gneisenaustadt Schildau; † 04.06.2006 in Torgau) war als Facharzt für Allgemeinmedizin und Gynäkologie in seiner eigenen Niederlassung in Schildau als Landarzt tätig und leitete dort später ein neu eingerichtetes Landambulatorium. Seine Habilitation als erster Allgemeinmediziner der DDR war 1973 einzigartig. Bei der 1966 gegründeten Internationalen Gesellschaft für Allgemeinmedizin war er einer der Mitbegründer sowie 1969 bei der Gründung der Gesellschaft für Allgemeinmedizin der DDR. Im Jahre 1995 wurde er zum Alterspräsidenten der Sächsischen Landesärztekammer ernannt. 2001 erhielt er das Große Verdienstkreuz des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland.

### Heinrich-Braun-Saal

Geheimrat Prof. Dr. Dr. med. habil. Heinrich Braun (\* 1. Januar 1862 in Rawicz (Provinz Posen); † 26. April 1934 in Überlingen (am Bodensee)) war ein Chirurg aus Zwickau. Er führte mehrere Neuerungen in Chirurgie und Anästhesie ein und seine Verdienste speziell um die örtliche Betäubung waren bahnbrechend. 1913 erschien eine dreibändige Operationslehre, die für Jahrzehnte das Standardwerk auf diesem Gebiet bleiben sollte. 1906 übernahm er die Stelle des Ärztlichen Direktors des Staatlichen Krankenstifts Zwickau und setzte dort für 22 Jahre sein Wirken fort. Als besondere Ehrung wurde er im Jahr 1926 zum Ehrenbürger von Zwickau ernannt.

### Max-Bürger-Saal

Der Leipziger Internist Prof. Dr. med. habil. Max Bürger (\* 16.11.1885 in Hamburg, † 05.02.1966 in Leipzig) war ein Wissenschaftler von europäischem Rang. Im Jahr 1938 gründete er die „Deutschen Gesellschaft für Altersforschung“ in Leipzig. Daraus entstand die heutige „Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie“. 1956 wurde er zum Präsidenten der Deutschen Gerontologischen Gesellschaft ernannt. Seit 1976 wird alle zwei Jahre der Max-Bürger-Preis der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie verliehen.

### Festsaal „Carl Gustav Carus“

Prof. Dr. phil. Dr. med. habil. Carl Gustav Carus (\* 3. Januar 1789 in Leipzig; † 28. Juli 1869 in Dresden) war ein deutscher Arzt (Gynäkologe, Anatom, Pathologe und Psychologe) sowie Maler und Naturphilosoph. Er gilt als einer der vielseitigsten Universalgelehrten des 19. Jahrhunderts in Deutschland. Durch sein ganzheitliches Denken im Bezug auf den Menschen als wichtigen Anteil in der Medizin, zählt er zu den philosophischen Vorgängern der Tiefenpsychologie und wird als Vorläufer der heutigen Ganzheitsmedizin betrachtet. Für das sächsische Königshaus arbeitete er 40 Jahre als Leibarzt, unter anderem für Friedrich August II. In seiner Arbeit suchte er immer nach

der Gemeinsamkeit von Naturwissenschaft und -philosophie.

### Albert-Fromme-Saal

Der Chirurg Prof. Dr. med. habil. Albert Fromme (\* 25. November 1881 in Gießen; † 5. Mai 1966 in Holzminden) aus Dresden war einer der letzten Universalchirurgen vor der Aufspaltung der Chirurgie in zahlreiche Spezialgebiete. In den Jahren 1943 bis 1949 war er Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 1954 setzte sich Fromme mit Erfolg dafür ein, dass die Medizinische Akademie Dresden den Namen des Arztes Carl Gustav Carus erhielt. Er wurde Professor und zugleich der erste Rektor dieser neuen Hochschule. Zum Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie wurde er 1955 ernannt.

### Seminarraum „Sigbert Ganser“

Prof. Dr. med. Sigbert Ganser (\* 24. Januar 1853 in Rhaunen; † 4. Januar 1931 in Dresden) war ein deutscher Psychiater und in Halle als forensischer Psychoneurologe tätig. 1886 wurde Ganser zum Professor an der Universität Dresden berufen. Drei Jahre später übernahm er die Leitung des Irren- und Siechenhauses in Dresden-Löbtau. Das später nach ihm benannte Ganser-Syndrom beschrieb er erstmals 1897. Er berief sich dabei auf seine während seiner Tätigkeit als forensischer Psychoneurologe in Halle gesammelten Erfahrungen. Dort hatte Ganser bei drei Gefangenen erstmals eine solche Symptomatik identifiziert.

### Gesellschaftszimmer „Hermann Hartmann“

Als Praktischer Arzt und Geburtshelfer arbeitet Dr. med. Hermann Hartmann (\* 17. April 1863 in Eilenburg; † 23. Januar 1923 in Hamburg) in Leipzig. Mit seinem Aufruf zur Bildung eines Ärztesbundes war er Wegbereiter einer organisierten Ärzteschaft. Kurz nach diesem Aufruf schloss sich Hartmann mit zwanzig Kollegen zusammen und gründete am 13. September 1900 den „Leipziger Verband“. Nach seinem Tod wurde dieser in „Hartmannbund-Verband der Ärzte Deutschlands“ umbenannt.

### **Seminarraum „Willy Katz“**

Während des Nationalsozialismus war Dr. med. Willy Katz (\* 17. Dezember 1878 in Brieg (heute Brzeg in Polen); † 13. Januar 1947 in Dresden) der einzige zugelassene jüdischer Arzt in Dresden. Er war unter anderem auch Hygienearzt der 30 Dresdner „Judenhäuser“ und Lagerarzt der „Judensiedlung“ am Hellerberg in Dresden. In den Jahren 1942 bis 1944 musste Willy Kratz Deportationen von Juden nach Theresienstadt ärztlich begleiten.

Mit dem bekannten Romanistikprofessor der Technischen Hochschule Dresden, Viktor Klemperer, war der Arzt eng befreundet.

### **Seminarraum „Karl August Lingner“**

Karl August Lingner (\* 21. Dezember 1861 in Magdeburg; † 5. Juni 1916 in Berlin, beerdigt in Dresden) gilt als Pionier der Gesundheitsaufklärung und Hygiene, die er als Lehre der Gesunderhaltung sah. Lingner verstand es, kompetente Mitarbeiter für seine gemeinnützigen Pläne zu begeistern bzw. moderne Projekte zu unterstützen. Im Jahre 1898 gründete er eine der ersten deutschen Säuglingsstationen in Dresden-Friedrichstadt, 1900 entstand durch ihn die Zentralstelle für Zahnhygiene und 1901 errichtete er die erste Desinfektionsanstalt in Dresden. 1911

rief er die 1. Internationalen Hygiene-Ausstellung ins Leben und 1912 war er einer der Mitbegründer des Deutschen Hygiene-Museums in Dresden.

### **Erwin-Payr-Saal**

Der aus Österreich stammende Chirurg Prof. Dr. med. habil. Erwin Payr (\* 17. Februar 1871 in Innsbruck; † 6. April 1946 in Leipzig) war zuletzt in Leipzig tätig. Er entwickelte zahlreiche chirurgische Instrumente und neue Operationsverfahren. Nach Payr ist der sogenannte Payr-Zugang benannt. Dies ist eine spezielle Schnittführung für offene Operationen am Knie. Sein wissenschaftliches Wirken erstreckte sich besonders auf Gelenkerkrankungen, Nerven- und Gefäßchirurgie. Im Jahre 1929 wurde er Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

### **Seminarraum „Otto Rostoksi“**

Der Dresdner Internist Prof. Dr. med. habil. Otto Rostoksi (\* 4. September 1872 in Wendemark (Uckermark); † 10. Januar 1962 in Dresden) ist ein Vorreiter in der Diabetes-Therapie und Lungenkrebs-Forscher, der die Entwicklung der Inneren Medizin in Deutschland entscheidend mitgeprägt hat. Er ist Namensgeber des Onkologie-Preises des Tumorzentrums Dresden, der seit 2001 alle zwei Jahre vergeben wird. Im Jahre

1915 legte er den Grundstein für eine Röntgenstation am späteren Universitätsklinikum. Hier errichtete er auch 1924 die weltweit erste Diabetikerambulanz. 1954 wurde er zum Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin ernannt. Er wird, neben Prof. Fromme, als einer der bedeutendsten Ärzte Dresdens, nach dem Zweiten Weltkrieg gesehen.

### **Vorstandszimmer „Peter Schwenke“**

Dr. med. Peter Schwenke (\* 2. Juli 1934 in Leipzig; † 20. Juli 2009 in Leipzig) war Facharzt für Radiologische Diagnostik und Leiter einer Poliklinischen Röntgenabteilung in Leipzig. Im Jahre 1990 war er einer der Mitbegründer und später Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer. Er wurde mehrfach ausgezeichnet, 2001 bekam er den Verdienstorden des Freistaates Sachsen sowie die Mikulicz-Radecki-Medaille für Verdienste um die sächsisch-polnische Zusammenarbeit von der Niederschlesischen Ärztekammer Breslau. Als Kunstliebhaber initiierte er die Kunstsammlung der Sächsischen Landesärztekammer.

Sabine Schmidt  
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## **Die Sprache von Babel in der Medizin**

### **Das Problem mit der Muttersprachlichkeit**

Vor einigen Jahren bestand offenbar die Hoffnung, dass mit einem Kliniksterben auch weniger Ärzte zur bundesweiten Versorgung ausreichen könnten.

Aktuell gewinnt offensichtlich die Erkenntnis, dass die Anzahl benötigter klinisch tätiger Ärzte nun doch deutlich oberhalb der verfügbaren liegt. Für diese Entwicklung gibt es viele Gründe, darunter das Arbeitszeitgesetz, die Life-work-balance Erwartungen, die Feminisierung der Medizin und eine Überalterung der

Bevölkerung, um nur einige zu nennen. Liegt nun die Lösung in einer neuen „Gastarbeiterwelle“? In altbewährter Manier strömen Headhunter in die Nachbarländer und werben Ärzte für Deutschland an. Nun gibt es auch kritische Stimmen zu dieser Entwicklung, wenn es von der Stiftung Patientenschutz heißt: „Rund 20 Prozent aller Behandlungsfehler beruhen auf Verständigungsschwierigkeiten zwischen Arzt und Patient – aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse ausländischer Ärzte“ und „Wir schätzen, dass sich 20 Prozent aller ärztlichen Behandlungsfehler auf Verständigungsschwierigkeiten zwischen Patienten und ausländischen Ärzten mit Deutschproblemen gründen“. Damit stellt sich die Frage bei

neun Prozent ausländischer Ärzte in Sachsen, „sind die Gefahrenangaben bedenklich?“ und „Wer verantwortet dabei was?“. Sprachkompetenz wird in Europa am europäischen Referenzrahmen (GER) fest gemacht. Zumeist kommen die Bewerber mit einer Kompetenz unterhalb der B2-Ebene nach Deutschland. Diese selbstständige Sprachanwendung verspricht ein Zurechtfinden im Alltag, ohne besondere Anforderungen an die Bewältigung komplexer Gesprächssituationen. Doch auch dies bestätigt sich in der Regel nur eingeschränkt, sodass man Robert A. Scherl, Geschäftsführer der Personallagentur Scherl & Partner, folgen möchte, der sagt: „Nach meiner Erfahrung sprechen 90 Prozent der

Ärzte trotz B2-Nachweis immer noch viel zu schlecht Deutsch, um in Deutschland mit Patienten professionell arbeiten zu können“ und: „Man kann gerade in Osteuropa nicht hundertprozentig kontrollieren, wie so ein Sprachnachweis zustande kommt. Die Lehrer an den Sprachschulen werden teilweise äußerst schlecht bezahlt, und lassen sich daher manchmal auch leicht schmie- ren.“ Sachsen will dem mit Sprachkompetenzkurse beispielsweise am Goethe-Institut entsprechen. Ob hier Sprachkurse am Goethe-Institut ausreichen, wird sich noch beweisen müssen. Welches Niveau reicht nun für die Arbeit an deutschen Kliniken aus? Hier gibt ein Urteil in einem Zivilprozess in Leipzig einen Hinweis. Es ging um das Prinzip der Garantepflicht im Rahmen einer Gefahrenaufklärung. Eine damals vorhandene Sprachkompetenz, die auf „B2“-Niveaus lag, wurde als nicht ausreichend befunden: „Schließlich war die Körperverletzung der Klägerin auch schuldhaft, weil die Beklagten jedenfalls aufgrund der dargestellten sprachlichen Defizite des Zeugen sich nicht darauf verlassen durften, dass dieser das Aufklärungsgespräch ordnungsgemäß durchführen würde.“ Diese Garantepflicht erstreckt sich jedoch weiter und umfasst von der verständigen Anamnese bis zur Erfassung verschlüsselt geäußelter Selbstmordgefährdung die gesamte Behandlung des Patienten. Damit ist ein Sprachkurs mit dem Erreichen zumindest eines C1-Levels sicher die Minimalforderung, jedoch reicht dies nicht unbedingt für alle Fächer aus. Gerade für Sprachfächer wie die Psychiatrie und Psychotherapie erscheint dies ungenügend, da hier über das somatische Erfassen hinaus auch die soziale Erfassung (kultur-, regional gebundene Aspekte, Metaphern, kulturbezogene Verhaltensweisen, Interaktion der Geschlechter usw.) des Patienten und der Umgang mit den Rechtsnormen verlangt wird. Die Stiftung Patientenschutz mutmaßt bei Behandlungsfehlern in 20 % der Fälle Sprachprobleme als Ursache. Es gilt jedoch jeden einzelnen Fall zu verhindern. Nimmt man dann einen schlecht hörenden oder Dialekt spre-

chenden Patienten, so entsteht rasch aus der Arzt-Patient-Beziehung beidseitige Hilflosigkeit. Bedenkt man dann noch Anforderungen wie partizipative Entscheidungsfindung, zirkuläre Fragetechniken, Wahrnehmungen von kommunikativen Interpositionen, die Einschätzung von Neologismen oder Wortkontaminationen („Quetschmangelkörper“ oder „Darmeinschlag“) usw. so dürfte hier sogar ein C1-Sprachniveau fragwürdig werden. Vieles davon entzieht sich auch dem besten Dictionary. So kommt es rasch zu Fehlinterpretationen, bei denen beispielsweise abnorme Leibgefühle (z. B. Zönästhesien), nicht erfasst werden können. Die Chefarzte, aber auch die Klinikträger, müssen sich hier im Klaren sein, dass bei allen Leistungsbedarf- und Wirtschaftlichkeitserwägungen kein naiver Zweckoptimismus darüber hinwegtäuschen kann, dass im Falle der Beschäftigung nicht muttersprachlicher Kollegen besondere Anforderungen an die Supervisionspflichten und Ad-Hoc-Unterstützung gestellt werden. Dies erzwingt, dass die Klinik alles Mögliche tun muss, um Schaden vom Patienten abzuwenden. Ökonomische oder akquisitorische Gründe relativieren diese Verpflichtung keineswegs. Jedoch ist gerade in den psychosozialen Fächern keine durchgehende Gesprächsteilnahme ausreichend. Auch das Zuordnen von deutsch-muttersprachlichen Psychologen ist keine Lösung, da gerade Aufklärungsleistungen häufig höchstpersönlich zu leisten sind. Eine „Unterschrift“ alleine ist hier kein Argument, da Diensttätigkeit, Therapieplanung und -vermittlung, Aufklärung, die Absicherung von Therapie und Ergebnis und die Dokumentation nach dem SGB V Leistungen sind, die dem Arzt vorbehalten sind. Damit soll lediglich begründet werden, dass alleine durch ein Sprachniveau, selbst oberhalb der C1- Ebene, eine erhöhte chefärztliche Aufsichtspflicht besteht. Wird dies unterlassen, sind erhöhte Gefahren rechtlicher Belangbarkeit im straf- und haftungsrechtlichen Bereich zu erwarten. Die Medizin schuldet dem Patienten die garantierten Leistungen und vor allem die Unversehrtheit.

Wenngleich „zivilrechtliche“ Ansprüche derzeit überwiegen, müssen gerade in Fällen von Suizid, Gefahrenaufklärung, wie die Aufklärung zur fehlenden Fahrtüchtigkeit, auch strafrechtliche Gefahren, einbezogen werden. Bislang tragen bisher vor allem die Chefarzte die Verantwortung und die Konsequenzen, wenn der Patient den Schaden davonträgt (zumindest strafrechtlich). Da jedoch Chefarzte zunehmend nur noch die Geschäftsführung beraten und die Einstellungen dort erfolgen, wird die Rechtsprechung problematisch. Die jeweiligen Gefahren für den Patienten entstehen aus dem Verhältnis der Sprachkompetenz zu den Anforderungen durch die jeweilige Tätigkeit, sodass es nicht alleine durch die Anhebung des allgemeinen Sprachniveaus getan sein wird. Insbesondere erhöht sich die Gefahr, wenn immer weniger Muttersprachler die migrierten Kollegen unterstützen können. Der erhöhte Aufwand für die supervidierenden und unterstützenden Kollegen bedeutet, dass ein äquivalenter Ersatz von Muttersprachlern durch Kollegen mit eingeschränkter Sprachkompetenz nicht ausreichen kann. Gerade für die Chef- und Oberärzte entsteht ein spürbar erhöhter Bedarf an Supervisionspräsenz. Dies ändern auch öffentlichkeitswirksame Sprachkurse nicht. Hinzu kommt die grundsätzlich zu fordernde Gerichstfestigkeit (zum Beispiel besondere staatsbürgerliche Pflicht bei Fachgutachten), bei der auch der weiterzubildende Arzt vor rhetorisch hoch kompetenten Juristen bestehen muss. Dies kann selbst einen sonst völlig akzentfreien Arzt (C2-Niveau) an die Grenzen seiner Fähigkeiten bringen. Damit sind gleichzeitig zu einem enthusiastischen Anwerben seitens der Politik Normative zu schaffen. Eine Verschiebung der Verantwortung auf vorgesetzte Ärzte ist hier keine Lösung. Anderenfalls muss die Lösung der eines niedergelassenen Arztes folgen, der sagt: „na dann lern ich dem Patienten mal schnell Russisch, bevor ich ihn einweise.“

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Peter Grampp, Fachkrankenhaus  
Hubertusburg gGmbH, 04779 Wermisdorf

## Dr. med. Gisela Unger zum 80. Geburtstag



© SLÄK

Frau Dr. med. Gisela Unger wurde am 2. Oktober 1933 in Dresden geboren. Ihre Kindheit war durch Nationalsozialismus, Krieg und den traumatisierenden Bombenangriff auf ihre Heimatstadt geprägt. Der Berufswunsch, Ärztin zu werden, orientierte sich an familiären Vorbildern. So begann sie 1952 ein Medizinstudium an der damaligen Karl-Marx-Universität in Leipzig, das sie 1954 als erster Jahrgang an der neu gegründeten Medizinischen Akademie Carl-Gustav-Carus in Dresden fortsetzte. Pflichtassistentin bzw. Assistentin absolvierte sie an Kreis Krankenhaus und Poliklinik Löbau. Diese ersten Jahre ärztlicher Tätigkeit, die sie – aus heutiger Sicht kaum vorstellbar – zum Teil völlig auf sich allein gestellt ausüben musste, prägten ihr Vermögen zur selbstständigen, eigenverantwortlichen Arbeit. Ihr fachärztliches Wunschgebiet war

die Pädiatrie. Die entsprechende Facharztausbildung begann sie 1959 an der Kinderklinik Radebeul. 1962 beendete sie erfolgreich das Promotionsverfahren zum Doktor der Medizin. Wegen der Geburten ihrer drei Kinder unterbrach sie zeitweilig die Facharztausbildung. Da sich nach dieser beruflichen Pause keine pädiatrische Weiterbildungsstelle fand, orientierte sie sich neu und begann 1966 eine Tätigkeit als Betriebsärztin. Sie erhielt die Anerkennung als Fachärztin für Allgemeinmedizin und erwarb eine arbeitshygienische Zusatzqualifizierung, die 1981 in der Staatlichen Anerkennung als Betriebsarzt mündete. Als leitende Betriebsärztin war sie für die Betreuung verschiedener großer und mittlerer Industriebetriebe besonders der keramischen Industrie sowie für eine große Betriebsberufsschule in Dresden verantwortlich.

Die politische Wende 1989 führte zu vielen Veränderungen der betrieblichen Strukturen in den neuen Bundesländern. Frau Dr. Unger wurde im März 1991 als eine der ersten Ärztinnen arbeitslos. Diesem einschneidenden bis dahin unvorstellbaren Erlebnis setzte sie eine Welle von Aktivitäten auf absolutem Neuland entgegen. Mit der Unterstützung des ersten Kammerpräsidenten, Herrn Prof. Dr. med. habil. Heinz Dietrich, wurde sie von Oktober des gleichen Jahres bis September 1993 auf einer ABM-Stelle an der Sächsischen Landesärztekammer mit der Hauptaufgabe der Betreuung arbeitsloser Ärzte tätig. Zahlreichen arbeitslosen oder von Arbeitslosigkeit bedrohten Kollegen konnte sie mit Rat und Hilfe zur Seite stehen. Sie gründete eine Selbsthilfegruppe arbeitsloser Ärzte in Dresden, die damals großen Zuspruch fand.

Auch nach Altersübergang und Renteneintritt blieb Frau Dr. Unger der Sächsischen Landesärztekammer eng verbunden. Mit großer Empathie brachte sie sich in die Seniorenarbeit ein. Sie wurde Mitglied des sich neu konstituierenden Seniorenausschusses der Kammer und war von 2003 bis 2007 dessen Vorsitzende. Ihr Engagement und ihre Bereitschaft, dieses Ehrenamt mit Leben zu erfüllen, sind fast unerschöpflich. Ihr Ideenreichtum, gepaart mit Kunstsinn und fundierten heimatkundlichen Kenntnissen, ist eine stetige Bereicherung der Ausschussarbeit. Besonders Augenmerk widmete sie der Vernetzung mit anderen Gremien. Auch im Seniorenausschuss der Kreisärztekammer Dresden (Stadt) ist sie aktiv.

2010 wurde ihr vom Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Herrn Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, die „Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille“ wegen ihrer hervorragenden Leistungen als Ärztin sowie insbesondere wegen ihrer Verdienste um die sächsische Ärzteschaft verliehen.

Die Kollegen des Seniorenausschusses schätzen Frau Dr. Unger wegen ihrer besonderen Kollegialität und menschlichen Wärme. Sie bringt sich in die Ausschussarbeit mit großem Einfühlungsvermögen ein. Es geht ihr stets um die Sache und nie darum, als Person im Mittelpunkt zu stehen. Einmal gesteckte Ziele verfolgt sie mit absoluter Beharrlichkeit. Der Ausschuss Senioren möchte ihr für die langjährige Zusammenarbeit herzlich danken und für die kommenden Lebensjahre Kraft und Gesundheit wünschen.

Dr. med. Ute Göbel  
für den Seniorenausschuss der Sächsischen  
Landesärztekammer

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



Am 27. September 2013 beging Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Raue seinen 80. Geburtstag. Aus diesem Anlass wollen wir an sein Wirken in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin der Universität Leipzig und darüber hinaus erinnern.

Geboren wurde er als Sohn eines Holzarbeiters in Waldkirchen/Erzgebirge. Nach dem Abitur in Zschopau studierte er Medizin von 1952 bis 1954 in Leipzig und von 1954 bis 1957 in Erfurt. 1957 promovierte er an der Medizinischen Akademie Erfurt mit einer Arbeit mit dem Titel „Keimzahlbestimmungen mit Gelatinenugßplatten und mit Membranfiltern“. Dort begann er nach einer einjährigen Assistentenzeit am Pathologischen Institut 1959 die Ausbildung zum Facharzt für Pädiatrie. 1960 folgte er seinem Chef Prof. Siegfried Liebe bei seiner Berufung an die Universität Rostock und dann 1961 an die Universitätskinderklinik Leipzig, der er auch unter dem Direktorat von Prof. Wolfgang Braun (1973 bis 1997) bis 1998 die Treue hielt.

Die Etappen seiner klinischen und akademischen Laufbahn seien kurz skizziert: 1963 Facharzt für Pädiatrie, 1969 Habilitation, Titel der Arbeit:

„Zur ätiologischen und klinischen Diagnostik der akuten abakteriellen Enzephalitis im Kindesalter“, 1971 Facultas docendi für Pädiatrie mit einem Vortrag zu Notwendigkeiten von Schutzimpfungen, 1972 und 1973 in der Nachfolge von Prof. Liebe einige Monate Gastdozentur an der Ain-Shams-Universität Kairo, 1970 bis 1990 Abteilungsleiter Neonatologie, 1981 bis 1982 ein Jahr und 1985 bis 1986 sowie 1989 jeweils mehrere Monate Gastprofessur am Gondar College of Medical Sciences in Äthiopien, 1982 Hochschuldozent für Pädiatrie, 1986 ao. Professur, 1994 Professur (C3) für allgemeine Pädiatrie, 1994 bis 1997 Stellvertreter des Direktors, 1997 bis 1.1.1998, dem Amtsantritt des neuen Klinikchefs, Prof. Wieland Kiess, kommissarischer Direktor der Klinik.

In dieser Leipziger Zeit hat er sehr viel für die Reputation der Klinik nach außen hin getan: als erfolgreicher Hochschullehrer in der seinerzeit noch über mehrere Semester gehenden Hauptvorlesung Pädiatrie und als Gastprofessor in Gondar; als Organisator und Leiter mehrerer regionaler und überregionaler Tagungen und Kongresse; als Leiter der Wiedergründung der traditionsreichen, aber 1967 zugunsten der Regionalgesellschaften der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR aufgelösten Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft für Kinderheilkunde, als deren erster Vorsitzender von 1991 bis 1993 und als Ehrenmitglied; seit 1991 als Leiter der baulichen und strukturellen Reorganisation der Poliklinik sowie als deren Chef bis 1998, wo neben der allgemeinen Sprechstunde und den Bereitschaftsdiensten das hauptsächliche Anliegen die Langzeitbetreuung chronisch kranker Kinder in schließlich 20 Spezialsprechstunden war und wo er zusammen mit seinem Team den Kontakt mit den überweisenden niedergelassenen Kinderärzten intensiv gepflegt hat; als anerkannter Fachmann für Impffragen Mitglied der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut von 1992 bis 1998 und der Sächsischen Impfkommission

(SIKO) beim Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (SMS) von 1995 bis 1998; seit 1997 als Begründer und dann vieljähriger Leiter der Sächsischen Impftage, die als große Erfolgsgeschichte heute mit jeweils 500 bis 600 Teilnehmern zu den größten Impfveranstaltungen deutschlandweit gehören, wodurch der Impfgedanke verstärkt und die Vorreiterrolle des Freistaates Sachsen auf dem Gebiet des Impfwesens bekräftigt wurden. Von 1970 bis 1998 hat er in der Poliklinik eine Impfsprechstunde für Kinder mit chronischen Erkrankungen oder Fehlbildungen abgehalten und bei gegebener Indikation die Impfung selbst durchgeführt.

Es fehlt nun noch die Schilderung des Menschen Prof. Dr. Raue. Er hat seinen Lebensweg ohne Parteimitgliedschaft geradlinig und mit immer offenem Wort verfolgt. Seine Mitarbeiter konnten sich darauf verlassen, dass er immer zu ihnen stand und ihren beruflichen Einsatz würdigte. Speziell in der Poliklinik herrschte ein ausgesprochener Teamgeist. Die Schwestern erinnern sich noch gern daran, wie er ängstliche Kinder beruhigen und wie er schwierige Jugendliche und manchmal auch schwierige Eltern für sein ärztliches Handeln gewinnen konnte. 1998 wurde er in einer würdigen Veranstaltung von vielen Mitarbeitern der Klinik herzlich verabschiedet. Der damalige Zootierarzt Prof. Klaus Eulenberger erschien mit einem Äffchen, da Prof. Dr. Raue über mehrere Jahre Menschenaffen des Leipziger Zoos betreut hatte.

Als langjährige Weggefährten wünschen wir ihm, dass er noch lange Freude an seinen Hobbys haben kann. Wenn ihm als gebürtigem Erzgebirgler auch das Skifahren nicht mehr im alten Schwung möglich ist, so soll er zusammen mit seiner Gattin, der Radiologin Frau Prof. Ingrid Raue, doch noch viel Spaß bei der Gartenarbeit, dem Musikhören und der Beschäftigung mit den Enkeln haben.

Dr. med. Wolfgang Hoepffner  
Schwester Bärbel Wiemert  
Prof. Dr. med. habil. Michael Borte

## Unsere Jubilare im November 2013 – wir gratulieren!

### 60 Jahre

- 01.11. Dipl.-Med. Illner, Editha  
08248 Klingenthal
- 04.11. Lesniewska, Mariola  
02826 Görlitz
- 05.11. Dipl.-Med. Schaffrath, Petra  
01833 Dürrröhrsdorf-  
Dittersbach
- 05.11. Dipl.-Med.  
Zschiezschmann, Eberhard  
02708 Niedercunnersdorf
- 07.11. Dr. med. Törpe, Heidemarie  
09387 Jahnsdorf
- 08.11. Dipl.-Med. Gross, Reinhard  
09126 Chemnitz
- 08.11. Dipl.-Med. Pfeiffer, Wolfgang  
01796 Pirna
- 09.11. Dr. med. Martini, Angelika  
01900 Brettnig-Hauswalde
- 11.11. Dipl.-Med. Klemm, Thomas  
01324 Dresden
- 12.11. Dr. med. Jonas, Rainer  
02826 Görlitz
- 12.11. Dipl.-Med. Pletz, Wolfgang  
08626 Adorf
- 17.11. Dr. med. Lindner, Bernd  
01731 Kreischa
- 19.11. Dipl.-Med. Benkert, Roland  
08280 Aue
- 20.11. Dr. med. Otto, Johannes  
08060 Zwickau
- 22.11. Dipl.-Med. Gabler, Ingrid  
08066 Zwickau
- 22.11. Dr. med.  
Scheffel, Wolfgang  
09217 Burgstädt
- 23.11. Dr. med. Nawka, Alfons  
01920 Panschwitz-Kuckau
- 26.11. Dipl.-Med.  
Hentschel, Matthias  
01796 Pirna
- 29.11. Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Albrecht, Roland  
08289 Schneeberg
- 29.11. Dipl.-Med.  
Schulze, Hans-Joachim  
01445 Radebeul

### 65 Jahre

- 01.11. Dr. med. Uhlmann, Joachim  
09573 Augustusburg
- 03.11. Donchev, Rosen Hristov  
01819 Bad Gottleuba-  
Berggießhübel

- 05.11. Dipl.-Med. Winkler, Barbara  
04158 Leipzig
- 06.11. Dr. med. Gerlach, Angelika  
08321 Zschorlau
- 07.11. Dr. med. Guba, Helmut  
07381 Pößneck
- 09.11. Dipl.-Med. Müller, Angelika  
01217 Dresden
- 14.11. Dr. med. Engelschalt, Ruth  
01277 Dresden
- 17.11. Kleyman, Ljudmila  
01159 Dresden
- 18.11. Dr. med. Monzer, Liebhard  
09130 Chemnitz
- 18.11. Wolf, Katharina  
02708 Löbau
- 20.11. Dr. med. Hering, Barbara  
01257 Dresden
- 22.11. Prof. Dr. med. habil.  
Ruf, Bernhard  
04157 Leipzig
- 22.11. Dr. med. Schneider, Silvia  
01328 Dresden
- 26.11. Dr. med. Langer, Christine  
09487 Schlettau
- 26.11. Dr. med. Schade, Maria  
04105 Leipzig
- 29.11. Dipl.-Med. Forker, Maria  
01099 Dresden

### 70 Jahre

- 03.11. Dr. med. Wild, Wolfgang  
04158 Leipzig
- 05.11. Dr. med. Demel, Brita  
01458 Ottendorf Okrilla
- 07.11. Dr. med. Schmidt, Barbara  
04107 Leipzig
- 07.11. Schwenski, Karin  
09350 Lichtenstein
- 07.11. Dr. med. Thomas, Christine  
01187 Dresden
- 08.11. Dipl.-Med.  
Bähringer, Helgard  
09648 Mittweida
- 09.11. Effenberger, Helga  
04205 Leipzig
- 09.11. Dr. med. Gieszinger, Ursula  
01189 Dresden
- 10.11. Dr. med. Seeländer, Christel  
01731 Kreischa
- 14.11. Dr. med. Meyer, Klaus  
08371 Glauchau
- 14.11. dr. med./Univ. Budapest  
Spindler, Johanna  
09669 Frankenberg
- 15.11. Dr. med. Leibe, Ralf  
04155 Leipzig
- 16.11. Decker, Ilke  
09127 Chemnitz

- 16.11. Dr. med. Kunzelmann, Helga  
09114 Chemnitz
- 16.11. Dr. med. Nindel, Jörg  
04229 Leipzig
- 17.11. Dr. med. Henschel, Marion  
04205 Leipzig
- 17.11. Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Schröder, Alfred  
09117 Chemnitz
- 18.11. Dr. med. Jährgig, Siegmars  
02797 Luftkurort Lückendorf
- 19.11. Dr. med. Mühlbach, Bernd  
04318 Leipzig
- 20.11. Dr. med. Kleucker, Hella  
01594 Riesa
- 22.11. Dr. med. Kubisch, Heike  
09114 Chemnitz
- 23.11. Fritzsche, Waltraut  
08312 Lauter
- 23.11. Winter, Konrad  
01904 Steinigtwolmsdorf
- 25.11. Prof. Dr. med. habil.  
Porst, Heiner  
01326 Dresden
- 28.11. Dr. med. Knappe, Dieter  
02827 Görlitz
- 30.11. Baldowski, Heidechristel  
04509 Delitzsch
- 30.11. Weiland, Günter  
09600 Weißborn

### 75 Jahre

- 01.11. Dr. med. Träger, Hans  
08112 Wilkau-Haßlau
- 02.11. Dr. med. Altenkirch, Reimar  
02826 Görlitz
- 03.11. Dr. med. Müller, Peter  
08491 Netzschkau
- 05.11. Lipsz, Theresia  
01067 Dresden
- 05.11. Dr. med. Martin, Christel  
04158 Leipzig
- 09.11. Dr. med. Kühn, Gisela  
04289 Leipzig
- 14.11. Dr. med. Hänsel, Herbert  
01796 Struppen
- 15.11. Dr. med. Lieschke, Erika  
08294 Löbnitz
- 15.11. Tempel, Heinz-Dieter  
02977 Hoyerswerda
- 21.11. Dr. med. Freidt, Hannelore  
01906 Burkau
- 23.11. Prof. Dr. med. habil.  
Bigl, Siegwart  
09114 Chemnitz
- 23.11. Gerlach, Brigitte  
04157 Leipzig
- 24.11. Dr. med. Kolodziej, Werner  
01814 Bad Schandau

- 26.11. Dr. med. Weise, Hannelore  
04416 Markkleeberg
- 27.11. Dr. med. Hieke, Wolfgang  
01665 Zehren
- 28.11. Dr. med. Baron, Waltraud  
04758 Oschatz
- 28.11. Dr. med. Otto, Helga  
09236 Claußnitz
- 28.11. Dr. med. Radow, Gisela  
04103 Leipzig
- 29.11. Dr. med. Ziegler, Sigrid  
02827 Görlitz
- 30.11. Dr. med. Ehrentraut, Ingrid  
01069 Dresden

**80 Jahre**

- 15.11. Dr. med. Hoffmann, Günter  
04779 Wermsdorf
- 15.11. Dr. med. Neubert, Ruth  
01705 Freital
- 16.11. Dr. med. Matthes, Fredo  
04720 Döbeln
- 21.11. Dr. med. Noetzel, Siegfried  
09405 Zschopau
- 21.11. Dr. med. Otto, Hans-Joachim  
09573 Augustusburg
- 24.11. Külper, Dieter  
01069 Dresden

**81 Jahre**

- 04.11. Dr. med. Straube, Karl-Heinz  
08060 Zwickau
- 20.11. Dr. med. Pfeifer, Christine  
04316 Leipzig

**82 Jahre**

- 08.11. Dr. med. Augustin, Brigitte  
01326 Dresden
- 09.11. Dr. med. Horn, Ingrid  
08289 Schneeberg
- 13.11. Dr. med. Schmidt, Jutta  
01307 Dresden
- 16.11. Dr. med. Falk, Hildegard  
01189 Dresden
- 20.11. Dr. med. Boudriot, Guido  
01069 Dresden
- 29.11. Dr. med.  
Thalheim, Wolfgang  
04720 Döbeln

**83 Jahre**

- 08.11. Dr. med. Hübler, Christa  
01662 Meißen
- 18.11. Dr. med. Gehrke, Günther  
04157 Leipzig
- 20.11. Dr. med. Naumann, Gisela  
01069 Dresden
- 30.11. Dr. sc. med. Röthig, Werner  
08297 Zwönitz

**84 Jahre**

- 07.11. Dr. med. Holm, Udo  
04229 Leipzig
- 11.11. Dr. med. Eder, Gerhard  
04808 Kühren
- 27.11. Dr. med. Berdau, Wolfgang  
04319 Leipzig
- 29.11. Dr. med. Dippmann, Ruth  
01309 Dresden

**85 Jahre**

- 09.11. Böhm, Marga  
09126 Chemnitz
- 10.11. Dr. med. Eckelmann, Ursula  
04229 Leipzig
- 20.11. Dr. med. Teller, Edith  
04720 Döbeln
- 29.11. Dr. med. Schilde, Liselotte  
09114 Chemnitz
- 30.11. Dr. med. Jahn, Heinz  
04571 Rötha

**86 Jahre**

- 01.11. Dr. med.  
Siegmond, Rosmarie  
01844 Neustadt

**87 Jahre**

- 17.11. Dr. med. Dr. med. dent.  
Luczak, Johannes  
04177 Leipzig
- 22.11. Dr. med. Weiß, Herbert  
01445 Radebeul

**88 Jahre**

- 02.11. Dr. med.  
Rentsch, Gottfried  
01723 Kesselsdorf
- 17.11. Dr. med. Thomä, Brigitte  
04105 Leipzig
- 21.11. Dr. med. Nebel, Ruth  
09114 Chemnitz

**89 Jahre**

- 01.11. Dr. med.  
Krause, Karl-Dieter  
01445 Radebeul
- 25.11. Dr. med.  
Kleinschmidt, Gotthard  
09212 Limbach-Oberfrohna

**90 Jahre**

- 03.11. Dr. med. Banse, Christine  
09380 Thalheim
- 15.11. Dr. med.  
Kahleyss, Wolf-Dietrich  
01662 Meißen
- 26.11. Dr. med. Nowke, Kurt  
02827 Görlitz

**91 Jahre**

- 11.11. Doz. Dr. med. habil. Dr.  
med. dent. Schmidt, Hans  
04683 Naunhof

**99 Jahre**

- 25.11. Prof. Dr. med. habil.  
Strauzenberg, Ernest  
01731 Kreischa OT Saída

Wünsche, im Geburtstagskalender nicht aufgeführt zu werden, teilen Sie bitte der Redaktion des „Ärzteblatt Sachsen“ unter der Telefon-Nr.: 0351 8267161 oder per E-Mail: redaktion@slaek.de mit.



## Nachruf für Prof. em. Dr. med. habil. Friedrich-Wilhelm Oeken

\* 28. 9. 1923 † 21. 8. 2013



Am 21. August 2013 verstarb der ehemalige Direktor der Universitätsklinik für Hals-Nasen- und Ohrenkrankheiten in Leipzig, Herr Prof. em. Dr. med. habil. Friedrich-Wilhelm Oeken, einen Monat vor seinem 90. Geburtstag.

In seinen 23 Berufsjahren als Ordinarius hat er eine ganze Generation von HNO-Fachärzten in Mitteldeutschland ausgebildet. Seine richtungsweisende Kompetenz und sein toleranter Führungsstil prägten die freundliche und kreative Arbeitsatmosphäre in der Klinik.

Er wurde am 28. September 1923 in Leipzig geboren, besuchte von 1934 bis zum 1942 die Nikolaischule und musste danach als Sanitätsdienstgrad in der Kriegsmarine dienen. Der Ausbildung als Laborant folgten 1947 das Medizinstudium und 1951 die Promotion. 1953 begann er die Ausbildung zum Facharzt für HNO-Heilkunde an der Universitätsklinik Leipzig. Seine Lehrer waren W. Tonnendorf, K. Dietzel und F. Moser. Mit einer Arbeit über die Frequenztransposition der Sprache und deren Anwendung zur Hörverbesserung habilitierte er sich 1962 und wurde zum Dozenten ernannt. 1965 folgte er dem Ruf als Direktor der HNO-

Klinik der Medizinischen Akademie Magdeburg. Hier förderte er die organerhaltende Tumorchirurgie, die fachspezifische Endoskopie mit intrakavitärer Tumorbestrahlung und endoprothetischer Dilatationsbehandlung, die Traumatologie im Kopf-Hals-Bereich, die Mikrochirurgie des Ohres einschließlich der elektrophysiologischen Funktionsdiagnostik und die fachspezifische plastische Chirurgie. Die von ihm wesentlich geprägten Tagungen der „Wissenschaftlichen Gesellschaft für HNO-Heilkunde an der Medizinischen Akademie Magdeburg und den Universitäten Rostock und Greifswald“ fanden wegen ihrer aktuellen, praxisrelevanten Themen ein großes Teilnehmerfeld. Der Studenten- und Facharztweiterbildung widmete Prof. Dr. Oeken mit großem didaktischem Geschick seine ganze Aufmerksamkeit, er schrieb in dieser Zeit das beliebte Studentenlehrbuch für HNO-Heilkunde, welches bis 1988 sechs Auflagen erfuhr. Außerdem gab er mit seinen Mitarbeitern die Fachbücher „Fehler und Gefahren bei Routineeingriffen im HNO-Fachgebiet“, „HNO-Begutachtung“ und „Notfälle im HNO-Bereich“ heraus, die wegen ihrer Aktualität in mehreren Auflagen erschienen. Zusammen mit F. Moser verfasste er drei Kapitel im Standard-Handbuch der HNO-Heilkunde von Berendes, Link und Zöllner und schrieb mehrere Kapitel in der zweibändigen Monografie, die von F. Moser herausgegeben wurde. Nach der Emeritierung seines Lehrers wurde er 1975 zu seinem Nachfolger an die Universität in Leipzig berufen. Hier förderte er besonders Forschungen auf dem Gebiet der Arbeitsmedizin sowie der Allergologie und Schleimhautschädigungen des oberen Aerodigestivtraktes, der chronischen Laryngitis mit ihren präkanzerösen Schleimhautveränderungen, der plastischen Chirurgie, der endoskopischen Nasennebenhöhlen-Chirurgie, der Phoniatrie/Pädaudiologie sowie der Kinder-Otorhinolaryngologie und die Anfänge der Schlafmedizin. Aufgrund seiner ausgeprägten Persönlichkeit, seiner großen Berufserfahrung und seines geschickten Führungsstils erreichte die Universi-

täts-HNO-Klinik hohe Anerkennung. Es wurden gut ausgerüstete Spezialabteilungen für Endoskopie, Audiologie, Phoniatrie und Allergologie geschaffen sowie die fachübergreifende Zusammenarbeit auf den Gebieten der Onkologie und Kinder-ORL ausgebaut. Monografien über arbeitsmedizinische Aspekte des Faches und die „Chronische Laryngitis“ folgten neben den Folgeauflagen der genannten Bücher. Von 1966 bis 1992 arbeitete er ohne Unterbrechung im Vorstand der Fachgesellschaft für ORL und zervikofaziale Chirurgie der DDR mit und war von 1970 bis 1974 ihr Vorsitzender. Prof. Dr. Oeken förderte als akademischer Lehrer mit leichter Hand seine Mitarbeiter – zwölf habilitierten sich unter seinem Direktorat und wurden Hochschullehrer, neun wurden auf eine Professur berufen, drei arbeiten erfolgreich als Chefärzte.

International wurden seine Verdienste wiederholt gewürdigt, er war korrespondierendes Mitglied der Österreichischen HNO-Gesellschaft und Ehrenmitglied der Ungarischen und der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf-Hals-Chirurgie. Nach seiner Emeritierung 1989 nahm er weiterhin am akademischen Leben teil.

Er war viele Jahre als Schatzmeister im Vorstand der Norddeutschen Gesellschaft für ORL und zervikofaziale Chirurgie tätig, betreute Neuauflagen seiner Fachbücher und verfasste noch zwei spezielle Studentenlehrbücher. Sein fachlicher Rat und seine väterlichen Empfehlungen waren auch noch in den letzten Jahren von seinen Schülern und Mitarbeitern in Leipzig und Magdeburg immer gefragt.

Die ihm entgegengebrachte große Verehrung und kollegiale Hochachtung zeigte sich auf den wissenschaftlichen Symposien zu Ehren seines 80. und 85. Geburtstages. Alle früheren Mitarbeiter und Kollegen werden ihm in Dankbarkeit ein ehrendes Andenken bewahren.

## Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Albrecht Gläser

\*27. 7. 1928 † 7. 6. 2013



Prof. Dr. med. habil. Albrecht Gläser verstarb nach einem erfolgreichen Chirurgenleben am 7. Juni 2013 in seiner langjährigen Wahlheimat Leipzig. Am 27.07.1928 wurde Albrecht Gläser in Chemnitz geboren und wuchs in einem Elternhaus auf, das ihm eine tiefe humanistische Ausbildung vermittelte. Diese hat ihn tief geprägt.

Nach dem Abitur studierte er in Leipzig Medizin und promovierte sich an der Alma mater lipsiensis 1953. Anschließend absolvierte er ein Pflichtjahr, danach 1,5 Jahre Innere Medizin sowie 1,5 Jahre Pathologie. Danach trat er unter dem Direktor Prof. Dr. Dr. h. c. Herbert Uebermuth im Januar 1953 in die Chirurgische Universitätsklinik ein. In Prof. Dr. Uebermuth, dem jüngsten und letzten Schüler des großen Payr, fand er seinen wichtigsten Lehrer und Förderer. Er erhielt unter Uebermuth eine breit gefächerte und fundierte chirurgische Ausbildung, die damals noch die Traumatologie und die Urologie einschloss. Nach seiner Facharztanerkennung für Chirurgie avancierte Albrecht Gläser bereits 1960 zum Oberarzt, habilitierte sich 1961 und wurde im gleichen Jahr Dozent. Von 1962 bis zum Ausscheiden aus der Leipziger Chirurgischen Universitätsklinik 1983 war er 1. Oberarzt

und einziger Chefstellvertreter. Die Berufung zum Professor mit Lehrauftrag erfolgte 1966, zum ordentlichen Professor für Chirurgie 1969. Mehrere Berufungen als Chef an andere Universitätskliniken scheiterten, da der hierfür zur Bedingung gemachte Parteieintritt von Prof. Dr. Gläser abgelehnt wurde. Trotz Parteilosigkeit erfolgte 1983 endlich die Berufung zum Direktor der Chirurgischen Klinik der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Hier erlebte er die Wende und seine Neuberufung nach neuem Recht. Ende 1994 schied Albrecht Gläser altersbedingt durch Emeritierung aus dem Chirurgiedienst aus. Prof. Dr. Gläser war ein überaus kreativer und erfolgreicher Operateur. Er führte Anfang der 60er-Jahre mit der Wippleschen Operation die moderne Pankreaschirurgie erfolgreich in das Repertoire der Leipziger Klinik ein. Etwas später folgten die Hemipelvektomie und die erste Eviszeration des kleinen Beckens mit Neoblase und Anus praeter. Er arbeitete ständig an der Vervollständigung der Krebsoperationen im Kopf-Halsbereich, im und am Thorax, an der Mamma, der Schilddrüse, am oberen und unteren Gastrointestinaltrakt und an den Weichteilen.

Die Interdisziplinarität der Tumordiagnostik und -behandlung frühzeitig klar erkennend, gründete er in Leipzig Ende der 60er-Jahre die interdisziplinäre „Arbeitsgemeinschaft klinischer Onkologie“. Ziel war die Standardisierung der Diagnostik und Therapie von Patienten mit Geschwulsterkrankungen. Für elf Tumorerkrankungen wurden damals unter seiner Federführung Diagnostik- und Therapiestandards formuliert und für die ärztliche Fortbildungen diskutiert und verbreitet. Er nahm mit diesen Standards die uns heute selbstverständliche Etablierung von Leitlinien vorweg. Die Chirurgische Klinik in Leipzig wurde so unter seinem Einfluss zu einem überregionalen Zentrum für Onkologie. Mit gleich großem Elan entwickelte er nach Übernahme des Direktorates der Chirurgischen Klinik der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg auch diese zu solch einem Zentrum. Das wissenschaftliche Werk Gläser's umfasst

112 Publikationen, 312 Vorträge, fünf allein von ihm verfasste Monografien (4 Bände „Klinische Pathologie der Geschwülste“ und „Krebsoperationen“) und weitere Beiträge in Lehrbüchern und Monografien sowie Arztbiographien. Er betreute weit über 100 Doktoranden und Diplomanden, acht Mitarbeiter habilitierten sich unter seiner Leitung. Er war Mitherausgeber mehrerer medizinischer Fachzeitschriften und gehörte ihren Beiräten an. Prof. Dr. Gläser war Mitglied zahlreicher chirurgischer und onkologischer Fachgesellschaften: seit 1958 der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Seit ihrer Gründung 1968 war er im Vorstand der Gesellschaft für Geschwulstbekämpfung der DDR, deren Vorsitzender er von 1981 bis 1987 war. Außerdem gehörte er der European Association for Cancer Research an. Mehrere regionale Chirurgen- und Krebsgesellschaften wählten ihn nach langjähriger Tätigkeit als Vorsitzenden zum Ehrenmitglied. 1984 berief ihn die „Sächsische Akademie der Wissenschaften“ in Würdigung seiner Leistungen auf dem Gebiet der Krebstherapie zu ihrem Mitglied.

Prof. Dr. Gläser war als einziger Professor niemals im Vorstand der Gesellschaft für Chirurgie der DDR. So brachte die politische Wende in Deutschland die späte, aber verdiente Würdigung für Prof. Dr. Gläser. Er wurde als einziger Ostdeutscher von 1990 bis 1993 in das Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie sowie von 1990 bis 1994 in den Vorstand der Deutschen Krebsgesellschaft kooptiert.

Prof. Dr. Albrecht Gläser war nicht nur ein unbeugsamer Mensch, mitfühlender Arzt und hervorragender Chirurg, sondern er war auch ein akademischer Lehrer mit menschlicher Wärme. Wir Schüler, Mitarbeiter und Kollegen trauern um unseren alten Lehrer und Chef zu dem wir ein von tiefer Hochachtung, Dankbarkeit und großem Respekt bestimmtes Verhältnis hatten.

Prof. Dr. med. habil. Manfred Schönfelder,  
Leipzig  
Prof. Dr. med. habil. Peter Würl, Halle  
Prof. Dr. med. habil. Steffen Leinung, Leipzig  
Dr. med. Sven Weise, Halle

## 200. Jahrestag der Völkerschlacht

**„Eine stets heitere, frohe Gemüthsbestimmung...“. In Leipzig zur Zeit der „großen Schlacht“**

Im Frühherbst 1813 trafen die Heere der Franzosen, Russen, Preußen, Österreicher und ihrer Verbündeten im Umland von Leipzig aufeinander. Das später – vermutlich in Anlehnung an eine alte Sage – unter dem Namen „Völkerschlacht“ bekannt gewordene Ringen stellte die bis dahin größte Schlacht der Neuzeit dar. Etwa eine halbe Million Soldaten nahmen an den Kämpfen südlich und nördlich der Messestadt teil und entschieden das weitere Schicksal Europas. Als Folge der Schlacht mussten fast 100.000 Gefallene und eine noch höhere Anzahl an leicht und schwer Verletzten beklagt werden. Infolge der raschen Zusammenballung einer übergroßen Menschenmenge in der Stadt, den Vorstädten und dem Umland führten die unhaltbaren hygienischen Zustände zum Ausbruch von Epidemien. Die damals grassierenden Krankheiten wie Ruhr, Fleckfieber und Typhus abdominalis wurden entsprechend den medizini-

schen Vorstellungen verallgemeinernd als Kriegstyphus (*Typhus bellicus*) und öfter noch als Lazarett- oder Nervenfieber bezeichnet. Waren die zivilen Opfer in Leipzig durch die direkten Kriegshandlungen bis zu den traurigen Tagen im Oktober 1813 noch überschaubar, änderte sich dies durch die Folgen der Schlacht. Die unmittelbar Betroffenen, die Soldaten wie die Einwohner der Stadt und der umgebenden Ortschaften, erlebten eine humanitäre Katastrophe unglaublichen Ausmaßes.

Neben situativ bedingten müssen strukturelle Mängel im medizinischen Versorgungssystem zu Beginn des 19. Jahrhunderts berücksichtigt werden. Auf einen Kranken- und Verwundetenanfall in einer Größenordnung von mehreren Zehntausend Menschen waren weder das Militär-sanitätswesen noch die zivilen Institutionen vorbereitet. Die politischen und militärischen Führungsebenen aller am Krieg beteiligten Staaten hatten es versäumt, grundlegende Defizite im militärmedizinischen Versorgungswesen zu beseitigen, obwohl sich diese in den zurückliegenden Feldzügen und Schlachten nur allzu deutlich gezeigt hatten. Doch die vorhandenen knappen Ressourcen wurden prioritär für andere Bereiche eingesetzt.

So verfügte zwar jede Truppeneinheit auf dem Papier über eigene Militärärzte, doch dem immensen Anstieg der Mannschaftsstärken während der Napoleonischen Kriege konnte die Rekrutierung geeigneten medizinischen Personals nicht standhalten. Als Ausgleich wurden weniger qualifizierte Kräfte als Bataillons- und Regimentschirurgen angeworben. Handwerklich ausgebildete Wundärzte, Barbieri und ihre Gehilfen, die sich bislang nicht mit Feldkrankheiten und Kriegsverletzungen näher beschäftigt hatten, wurden nach einer kurzen Zeit der Einweisung einem Truppenverband oder einem Lazarett zugewiesen. Erschwerend kam hinzu, dass manche Truppenärzte in den preußischen und österreichischen Verbänden (anders

als auf französischer Seite) noch den Befehl erhielten, die Verwundeten erst nach Ende der Kampfhandlungen zu versorgen und nicht vorzeitig das Schlachtfeld zu betreten.

Überhaupt bildete das medizinische Transportwesen in den Heeren der Befreiungskriege eine Achillesferse bei der Verwundetenversorgung. Die im Gefecht Blessierten sollten nach Ansicht der Offiziere während der Kämpfe nicht auf die Hilfe anderer Soldaten hoffen. Letzteren war es untersagt, ihren blessierten Kameraden beizustehen oder diese sogar zu den hinter den Linien wartenden Militärchirurgen zu tragen. Eine solche zusätzliche Ausdünnung der kämpfenden Reihen könne schließlich das Schlachtenglück entscheiden. Zudem befürchteten die Befehlshabenden, dass der ein oder andere Träger nicht zu seinem Truppenverband zurückkehren, die allgemeine Kampfmoral sinken und die Ordnung in den Kampfformationen leiden würden. Dennoch hielten sich manche Soldaten nicht an diese Vorgaben.

Eigene Krankenträgerkompanien wurden in Preußen erst Anfang 1814 konzipiert, kamen aber nicht mehr rechtzeitig, um in die Kampfhandlungen bis zum Sommer 1815 einzugreifen. Grundsätzlich durften sich die Verletzten, wenn sie es überhaupt vermochten, nur selbst zu den Verbindeplätzen zurückbewegen. Viele verletzte Soldaten schlepten sich zu den Truppenärzten und wurden von ihnen notdürftig verbunden. Sodann sollten die Blessierten zu weiter im Hinterland liegenden Lazaretteinheiten (fliegenden Lazaretten, Haupt- und schließlich Provinziallazaretten) transportiert werden. Jedoch mussten die Verletzten oft stundenlang ohne weitere Versorgung ausharren, da sowohl Personal, Fuhrwerke und Zugtiere als auch sonstiges Transportgerät (Tragen, Tragesessel) fehlten. Neben kaum vorhandenen Krankentransportwagen waren die vor Schlachtbeginn auf den umliegenden Ortschaften requirierten Transportmittel (Schubkarren, Fuhrwerke) nur in geringer Zahl vor-



Transport Verwundeter aus Probstheida bei Leipzig  
Quelle: Sommer, Franz: Die Völkerschlacht bei Leipzig  
im Jahre 1813. Leipzig 1847.



Verwundetentransport am Grimmaischen Tor der Stadt Leipzig  
Quelle: Archiv PRO LEIPZIG/Helga Roetsch

handen und eigneten sich nicht für Verletzten Transporte, sodass auf den Krankenfahrten viele Personen verstarben.

Dennoch strömten mit dem ersten Kampftag (16. Oktober 1813) Tausende von geschädigten Soldaten in die Stadt. Die eingerichteten Militär-lazarette waren innerhalb von Stunden hoffnungslos überfüllt. Gassen, Plätze, Vor- und Hinterhöfe der Leipziger Vorstädte und der Innenstadt wurden von den Verletzten und Kranken, die nicht mehr in einem Notlazarett untergekommen waren, überschwemmt. Einige zeitgenössische Berichte beschreiben, wie man in der Stadt buchstäblich im Blut waten und über die herumliegenden Klagenden, Stöhnenden, Bewusstlosen, Sterbenden und bereits Erlösten steigen musste.

Am 17. Oktober 1813 wurde weithin eine Waffenruhe eingehalten und die Truppen neu geordnet. In den beiden Folgetagen hoben die Kämpfe erneut mit unheimlicher Wucht an und endeten mit der Flucht Napoleons und seiner Armeen nach Westen. Die verbündeten Heere stürmten

schließlich die Stadt. Nach der Vertreibung der Franzosen ergoss sich erneut ein nicht enden wollender Zug von Verstümmelten, Verwundeten und Kranken über Leipzig. Hinzu kamen die nun einrückenden Truppen der siegreichen Alliierten, die nur zu einem geringen Teil dem flüchtenden Gegner folgten. Auch gefangen genommene Franzosen, die unter anderem durch eine vorzeitige Brückensprengung ihrer einzigen Fluchtmöglichkeit beraubt in die Hände der Preußen, Russen und ihrer Verbündeten gefallen waren, füllten die Straßen und Plätze.

Somit ergaben sich für die Stadt besonders in den unmittelbar auf die Schlacht folgenden Tagen und Wochen mehrere Aufgaben, die schon einzeln betrachtet kaum zu bewältigen waren:

1. Die allgemeine Versorgung der Zivilbevölkerung wie des Militärs musste ebenso aufrechterhalten werden wie die öffentliche Ordnung und Sicherheit. Nachdem sich Anfang Oktober 1813 das allgemeine Kampfgeschehen um Leipzig konzentrierte und die verbündeten Armeen die von den Franzosen besetzte Stadt immer fester umschlos-

sen, spannte sich die städtische Versorgungslage zusehends an. Knapp notierte der Schriftsteller Johann Friedrich Rochlitz (1769 bis 1842) während dieser Tage: „In der ganzen Stadt ist jetzt um keinen Preis Brot zu kaufen.“

Auch nach der Schlacht besserte sich die Situation nur teilweise. Insbesondere die umliegenden Dörfer, welche die Stadt sonst versorgt hatten, waren durch die Kämpfe zu großen Teilen verwüstet. Eine Auflistung des „Unterstützungs-Vereines für Leipzigs Umgebungen“ zählt über 60 umliegende Siedlungen auf, die im Zuge der Schlacht ganz oder teilweise zerstört worden waren. Andere, weiter entfernt liegende Orte hatten vorrangig der Truppenversorgung zu dienen, sodass die dringend benötigten Brotlieferungen erst allmählich wieder regelmäßig nach Leipzig anliefen.

Auch der im kalten Herbstwetter so nötige Nachschub mit Brennmaterial stockte. Dies führte dazu, dass in der Stadt fast alle Bäume in den Gärten und auf den Promenaden gefällt und in der Umgebung zwangsweise Wagenladungen mit Holz beschlagnahmt wurden.



Beräumung eines Schlachtfeldes vor Leipzig (Bildausschnitt)  
Quelle: Grautoff, Ferdinand: In Leipzig während der Völkerschlacht und anderes von der Franzosenzeit aus alten Familienpapieren. Leipzig 1913.

Besonders schlimm war es um die Versorgung der gefangenen Franzosen bestellt. Nach den Erinnerungen eines städtischen Totengräbers wurden sie auf dem Gottesacker (dem Friedhof um die Kirche St. Johannis) eingesperrt. Dort blieben sie tagelang ohne Essen, Trinken, Brennholz oder medizinische Versorgung sich selbst überlassen. Einigen gelang die Flucht, sodass sie bettelnd in der Stadt umherstreiften. Die auf dem Friedhof Verbliebenen nutzten alles vorhandene brennbare Material, um sich zumindest notdürftig zu wär-

men. So wurden die abgeschlossenen Familiengräfte (Schwibbögen) aufgebrochen, die Särge geöffnet, die Gebeine der Verstorbenen ausgeschüttet und das Sargholz verfeuert. Zugleich dienten die Grabkammern als Wohn- und Schlafplatz zum Schutz vor Wind, Regen und Kälte. In der Stadt kamen Gerüchte von Aasverzehr und Kannibalismus auf. Eine Räumung des Gottesackers und die Verlegung der überlebenden Gefangenen erfolgten erst nach zwei Wochen.

2. Die Straßen, Plätze, Flussläufe und Teiche in der Stadt und im Umland mussten von den zahllosen Leichen, den Kadavern verendeter Pferde und den Bergen an Unrat befreit werden. Dabei machte sich erneut der gravierende Mangel an Fuhrwerken und Zugtieren, die aus Nahrungsmangel geschlachtet oder durch die Armeen requiriert worden waren, bemerkbar. In der Not musste der Magistrat der Stadt wie der neu berufene Generalgouverneur Fürst Repnin-Wolkonski (1778 bis 1845) die Bevölkerung wiederholt unter Strafandrohung auffordern, die Straßen zu beräumen. Leer aus der Stadt hinausfahrenden Fuhrwerken wurde befohlen, jeweils eine Ladung Dung mitzunehmen, ohne dass diese gleich hinter den Stadttoren abgeschüttet werden durfte. Die Leichen wurden in Massengräbern, dessen größtes 3.000

Verstorbene gefasst haben soll, verscharrt und behelfsmäßig mit einer dünnen Kalk- und Erdschicht bedeckt. Während die Aufräumarbeiten in der Innenstadt und den Promenaden sofort anliefen, dauerte es über eine Woche, bis man sich intensiver dem Schlachtfeld selbst zuwenden konnte. Noch nach 14 Tagen soll man im Leipziger Umland unversorgte und unbehandelte Verletzte gefunden haben, die sich die Zeit über von Pferdekadavern und Menschenfleisch ernährt hatten. Aufgrund einer zeitig einbrechenden strengen Witterung mussten die Reinigungs- und Räumarbeiten im November unterbrochen werden. Erst im folgenden Frühjahr wurden sie abgeschlossen.

3. Bei einer Leipziger Bevölkerungszahl von damals etwa 34.000 war die Kranken- und Verwundetenversorgung von über 30.000 Personen zu organisieren. Manche Quellen geben sogar 40.000 bis 45.000 Geschädigte an.

Schon die Ausgangslage vor Mitte Oktober war keine günstige gewesen. Durch die aus Russland zurückkehrenden Reste der „Grande Armée“, die Schlacht bei Lützen und zahlreiche weitere Kämpfe im August und September 1813 (Großbeeren, Katzbach, Dresden, Dennewitz) waren in den Vormonaten viele Tausend Verwundete und Kranke nach Leipzig gelangt. Da die zivilen Versorgungseinrichtungen den Anforderungen nicht genügten, verwandelten sich einige öffentliche und private Gebäude wie das Armenhaus, die Johanniskirche, der Wollboden, der Kornboden und die Schneiderherberge zu Militärlazaretten, die vor der Völkerschlacht zum Teil noch immer überfüllt waren. Räumungsbefehle für die Lazarette, um Platz für neue Verletzte und Kranke zu schaffen, wurden teilweise ignoriert, teilweise so rigide ausgeführt, dass die Betroffenen auf ihrem Weitertransport verschieden. Andere Einrichtungen (Pfaffendorf, Jacobshospital) wurden durch die Armeen bald wieder zerstört.

Nach der Schlacht mussten alle größeren öffentlichen Gebäude, aber



Lagerszene gefangener Franzosen auf dem Johannisfriedhof  
Quelle: Mundt, Albert (Hrsg.): Die Freiheitskriege in Bildern. Eine zeitgenössische Bilderschau der Kriegsjahre 1806 bis 1815. München, Leipzig 1913.

auch Privathäuser und Scheunen zu notdürftigen Militärlazaretten umgerüstet werden. Um die Anstalten mit dem Notwendigsten auszustatten, riefen der Leipziger Stadtrat und der russische Generalgouverneur die Bevölkerung mehrfach auf, Geschirr, Strohsäcke, Bettzeug, Decken, Hemden, Socken, Verbandsmaterial und weiteren Lazarettbedarf zu spenden. Als endlich die Militärärzte (bis auf einzelne französische und schwedische Chirurgen) gezwungen waren, mit den bald zum Rhein abrückenden alliierten Truppen mitzuziehen, blieb die Verwundeten- und Krankenversorgung in den mittlerweile über 50 Lazaretten an den zivilen medizinischen Kräften hängen. Wieder musste sich der Stadtrat an die Bürgerschaft wenden, indem er alle Ärzte, Barbieri und Barbiergehilfen aufrief, in den Lazaretten Dienst zu tun. Hunderte von Lazarettassistenten und Krankenwärttern wurden einige Tage nach der Schlacht aus der Zivilbevölkerung verpflichtend rekrutiert und die Bauhandwerker zum Bau von Lazarettbaracken abkommandiert.

Aufgrund untragbarer hygienischer Zustände brachen epidemische Krankheiten aus. Erste Fälle von „hitzen Fiebern“ hatte es bereits zu Beginn des Jahres und erneut ab August 1813 gegeben. Aufgrund der dramatisch steigenden Fallzahlen nach der Völkerschlacht galten die Lazarette bald als wahre „Gifthöhlen“. Insbesondere die Ärzte, Wundärzte, Krankenpfleger und Wärterinnen, die dort die Kranken versorgten, wurden infiziert und gaben die Krankheit an ihre Familien und die übrige Stadtbevölkerung weiter. Innerhalb eines halbes Jahres starben neben unzähligen Militärpersonen fast zehn Prozent der Stadtbevölkerung allein am „Lazarettfieber“. Unter den ersten Opfern befanden sich viele Angehörige des medizinischen und Pflegepersonals.

Die städtischen Behörden ordneten in der Regel nach Rücksprache mit der Ärzteschaft mehr oder weniger wirksame Schutzmaßnahmen an. Ihre Spannweite reichte von Meldepflichten und der Einrichtung spezifischer Untersuchungs- und Quarantä-

nestationen über das Abbrennen und Schwelen von Dunghaufen bis zum Verbot des Leichentragens und der Leichenbegleitung. Verschiedenste Schriften unterrichteten die Bevölkerung ebenso über angemessene Diäten und eine „mäßige, ordentliche Lebensweise“ wie über den Nutzen des Tabakrauchens, besonders vor den Krankenbesuchen. Spezielle Vorkehrungen (Waschungen mit Essig, Schutzkleidung) sollten das medizinische Personal schützen.

Die größten Hoffnungen setzten viele Ärzte jedoch auf eine heitere, optimistische Stimmung. Ein preußischer Feldarzt, der in der benachbarten Festungsstadt Torgau gleichzeitig eine grassierende „Nervenfieber“-Epidemie miterlebte, schrieb dazu: „Nichts war der Entstehung der Krankheit günstiger als die Einwirkung niederdrückender Leidenschaften und sicher trugen die große Kleinmuth, Furcht und Niedergeschlagenheit, die damals in einem so hohen Grade unter den französischen Kriegern herrschten, am meisten zu der so allgemeinen Verbreitung der Seuche unter ihnen bei. Die Einwohner der Stadt, die, zumal im Anfange der Belagerung, diesen niederdrückenden Gemüthsaffecten weniger ausgesetzt waren, wurden

wohl hauptsächlich aus diesem Grunde seltner ergriffen und erst als sie durch das Bombardement in Angst und Schrecken gesetzt wurden, nahm auch unter ihnen das Übel sehr überhand. Wer sich vor der Krankheit fürchtete, wurde umso sicherer davon befallen. In mehreren Fällen brach diese unmittelbar nach einem starken Ärger oder Schreck, durch einen Fall oder auf eine andre Art herbeigeführt, aus. Eine stets heitere, frohe Gemüthsbestimmung war dagegen das sicherste Mittel sich gegen das Übel zu schützen“ (Richter, G. A. 1814).

Auch die Liste der prophylaktischen Ratschläge war lang; die Meinungen der Fachleute teils widerstreitend. Arzneimittel kamen (wenn überhaupt) meist nur ergänzend zum Einsatz. Vielmehr setzte man auf diätetische Empfehlungen und purgierende Mittel. An dieser Stelle soll bloß eine kleine Auswahl folgen:

- Auslüften, Waschen und Räuchern der Krankenzimmer, der Wäsche und des Bettzeugs,
- kein Beheizen der Krankenzimmer,
- kalte und warme Bäder und Sturzbäder,
- Aderlass und Einsatz von Blutegeln,



Verwundete an der Leipziger Johanniskirche  
Quelle: Mundt, Albert (Hrsg.): Die Freiheitskriege in Bildern. Eine zeitgenössische Bilderschau der Kriegsjahre 1806 bis 1815. München, Leipzig 1913.

- Brech- und Abführmittel,
- verschiedenste Ernährungshinweise.

Erst mit den sich allmählich leeren Militärlazaretten (unter anderem aufgrund hoher Letalität) entspannte sich die Versorgungslage in der Stadt ab April 1815 deutlich.

Als ein wesentlicher Faktor, der zur Bewältigung der dramatischen Situation beitrug, darf die Haltung der Zivilbevölkerung nicht übersehen werden. Neben Problemen und Widerständen gab es ein großes Maß an Engagement und Aufopferungsbereitschaft. So sei nur auf die spontane Gründung von Wohltätig-

keits- und Frauenvereinen, die Beherbergung und Pflege von Blessierten in Privathaushalten, das Veranstellen von Sammlungen, Verkaufsaaktionen, Konzerten und Ausstellungen in Leipzig, Sachsen und anderen Ländern zugunsten der Verletzten, Kranken, Geschädigten und Hinterbliebenen sowie auf den Willen zur aktiven, unentgeltlichen Hilfeleistung in den Lazaretten verwiesen.

Die unmittelbaren Folgen der Völkerschlacht für die Stadt Leipzig waren unter den gegebenen Umständen und mit dem vorhandenen medizinischen Wissen der vorbakteriologischen Ära jedoch selbst mit größter Unterstützung durch die Bevölke-

rung kaum abzuwenden. In einer Ausnahmesituation wie dieser mussten vorübergehende Zwangsmaßnahmen, die durch die politisch Verantwortlichen eingeleitet wurden, die furchtbarste Not lindern, ohne zugleich alle Mängel umgehend beseitigen zu können. Mittelfristig trugen die leidvollen Erfahrungen aus der Katastrophe von Leipzig 1813 auch zu notwendigen Reformen im Militärsanitätswesen bei.

Literatur beim Verfasser

Dr. Marcel Korge  
Karl-Sudhoff-Institut  
Käthe-Kollwitz-Str. 82  
04109 Leipzig

## 100 Jahre Russisch-orthodoxe Gedächtniskirche in Leipzig

### Erinnerung und Mahnung

In Leipzig gibt es viele Kirchen, darunter sogar eine russische Kirche. Es ist die russisch-orthodoxe St.-Alexi-Gedächtniskirche zur Russischen Ehre in Leipzig.

Wer in Leipzig studiert hat oder sogar seine Facharztweiterbildung ausgeübt hat, kennt diese Kirche mit Sicherheit, da sie zwischen dem Leipziger Klinikum und der Deutschen Nationalbibliothek im Südosten von Leipzig ihren Standort hat. Der Standort der Kirche wurde mit Bedacht ausgewählt, da sich hier in der Nähe auch das Völkerschlachtdenkmal befindet.

Dieses wurde im Oktober 1913 eingeweiht und erinnert an die große Völkerschlacht bei Leipzig im Jahre 1813. Hier auf diesem Territorium wurde die bis zu diesem Zeitpunkt größte und verlustreichste Schlacht im europäischen Raum ausgetragen. Napoleon Bonaparte (1769 bis 1821), der ausgezogen war, Europa zu erobern und zu unterwerfen, wurde

hier im Zeitraum vom 16. bis 19. Oktober 1813 mit seinem französischen Heer in der Völkerschlacht vernichtend geschlagen. Die verbündeten russischen, preußischen, österreichischen und schwedischen Truppen schafften es, das französische Heer zu zerschlagen und Napoleon in die Flucht zu treiben. Dabei verloren tausende Soldaten und Menschen auf diesem Schlachtfeld sinnlos ihr Leben.

Zirka 22.000 Tote hatte dabei das russische Heer an Opfern zu beklagen.

Es vergingen 100 Jahre, bis der Entschluss gefasst wurde, in Leipzig den Gefallenen ein bleibendes Denkmal zu errichten.

Zur selben Zeit wurde zum 100-jährigen Gedächtnis an diese verlustreiche Menschenschlacht das Völkerschlachtdenkmal in Leipzig errichtet. Gleichzeitig wurde im Zarenreich an den Bau einer Kirche in Leipzig zur Erinnerung an die zahlreichen russischen Soldaten gedacht.

Nach Verhandlungen stellte die Stadt Leipzig 2.500 Quadratmeter Fläche kostenlos als Grundstück, auf dem eine russische Gedächtniskirche errichtet werden konnte, zur Verfügung.

Die Baukosten für diese Kirche beliefen sich auf etwa eine Million Goldmark bzw. 250.000 Rubel. Dieses Geld wurde vor allem durch Spenden von russischer Seite zur Verfügung gestellt. Unter den russisch-orthodoxen Kirchen in Deutschland ist die Leipziger St.-Alexi-Kirche die einzige Gedächtniskirche überhaupt. Der Bau der Kirche war bereits nach einer Bauzeit von 10 Monaten abgeschlossen. Der Kirchturm hat eine Höhe von 55 Metern. Dabei bildet den Abschluss eine vergoldete Zwiebelkuppel mit dem Russischen Kreuz, dem Kreuz der russisch-orthodoxen Kirche. Eine Besonderheit ist ein unterer, schräger Querbalken am Kreuz, der den Übergang von der Hölle in den Himmel symbolisiert.

Der Innenraum der Kirche ist nicht sehr groß, dafür aber sehr hoch, weil die Kirche eine weithin sichtbare Säule darstellt. In der Krypta sind sterbliche Überreste Gefallener aufbewahrt. Zwei Gedenktafeln am Eingang im Erdgeschoss der Kirche erinnern mahrend an das Elend des Krieges. In der Mitte der Eingangsseite ist im Erdgeschoss ein Rundbogenportal ebenso wie in der Etage darüber zu finden. Die im Untergeschoss befindlichen Räumlichkeiten beherbergen die sogenannte Winter-

kirche. Die Hauptkirche befindet sich im Obergeschoss. Die noch immer regelmäßig sonntäglichen Gottesdienste für die zirka 300 Mitglieder zählende Gemeinde finden in der Hauptkirche, die etwa 100 Personen Platz bietet, statt. Die Hauptkirche ist turmartig auf dem Untergeschoss errichtet.

Zwei Freitreppen führen von der Straße zur Hauptkirche. Achteckige Laternen mit dem russischen Doppeladler zieren beidseits die Aufgänge zum oberen Eingang. Der Innenraum der Kirche ist ohne Gestühl. Eine siebenreihige und 18 Meter hohe Ikonenwand schmückt den Innenraum der Kirche. Diese Wand zieht sofort die Aufmerksamkeit der Besucher auf sich, da sie das bedeutungsvollste Inventarstück der Kirche ist. Die Ikonenwand ist ein Geschenk der Don-Kosaken. Sie enthält 78 religiöse Bilder mit kostbaren Verzierungen. Mit Lackfarbe wurden die Bilder auf Zedernholz gemalt. Der Moskauer Maler und Künstler Luka Martjanowitsch Jemeljanow ist Schöpfer dieser Kunstwerke.

Der im Inneren der Kirche hängender Bronzeleuchter mit einem Gewicht von zirka 800 Kilogramm sowie 68 Leuchtschalen wurde von Zar Nikolaus II. (1868 bis 1918) gestiftet.

Architekt der russisch-orthodoxen Gedächtniskirche in Leipzig war Wladimir Alexandrowitsch Pokrowski (1871 bis 1931). Weitere Bauwerke von ihm sind in St. Petersburg, Moskau und in Nischni Nowgorod zu finden.

Vorbild für diesen Kirchenbau war die Christi-Himmelfahrts-Kirche im Moskauer Stadtteil Kolomenskoje, welche von 1530 bis 1532 erbaut wurde und eine 16-seitige Zeltdachkirche ist.

Der Bau der Leipziger Kirche wurde am 28.12.1912 begonnen und am 17.10.1913 erfolgte die Konsekration bzw. Einweihung des dem Heiligen Metropolit Alexi von Moskau gewidmeten Gotteshauses. Seit 1994 gehört die Gedächtniskirche zum UNESO-Weltkulturerbe.

Bei der Eröffnungsfeier waren unter anderem der russische Großfürst Kyrill Wladimirowitsch Romanow und der deutsche Kaiser Wilhelm II. zugegen. Da zur gleichen Zeit das Völkerschlachtdenkmal in Leipzig eingeweiht wurde, sei in diesem Zusammenhang nochmals an die eingangs erwähnten am linken und rechten Eingang zur Winterkirche befindlichen Gedächtnistafeln verwiesen. Diese sind in russischer und deutscher Sprache gehalten und sie erinnern an die grausame Schlacht mit folgendem Wortlaut:

*„Dem Gedenken der 22 000 russischen Krieger, gefallen für die Befreiung Deutschlands 1813 bei Leipzig. An der Völkerschlacht zu Leipzig vom 16. bis 19. Oktober 1813 nahmen teil:*

<i>Russen</i>	<i>127.000</i>
<i>Oesterreicher</i>	<i>89.000</i>
<i>Preußen</i>	<i>72.000</i>
<i>Schweden</i>	<i>18.000.</i>

*In dieser Schlacht fielen:  
22.000 Russen  
16.000 Preußen  
12.000 Oesterreicher  
300 Schweden.“*

Gegenwärtig wird die Russische Gedächtniskirche in Vorbereitung der 100-Jahr-Feier, insbesondere der Turm wegen der erheblichen Schäden an der Bausubstanz, vor allem durch Feuchtigkeit und die Witte-rung, saniert.



Russische Gedächtniskirche St. Alexej  
In der Nähe des Völkerschlachtdenkmal befindet sich die Russische Gedächtniskirche, die an die in der Völkerschlacht gefallenen 22.000 russischen Soldaten erinnert.  
Foto: Andreas Schmidt

Die russisch-orthodoxe St.-Alexi-Gedächtniskirche zur Russischen Ehre in Leipzig ist einzigartig auf der Welt und sie hat eine große Symbolkraft – damals wie heute – als Zeichen der Völkerversöhnung und zur Erhaltung des Weltfriedens. Insbesondere in einer so bewegten Zeit wie der jetzigen mit vielen Brandherden auf der Welt fordert diese Kirche zum Nachdenken auf.

Versöhnende Worte, geschichtsbewusstes Nachdenken und Frieden zu stiften sind allemal bessere Alternativen als Leben mit Waffen sinnlos zu vernichten.

Dr. med. Hans-Joachim Gräfe, Kohren-Sahlis

## Ambulantes Operieren – Praktische Hygiene

Georg-Christian Zinn,  
Ernst Tabori, Peter Weidenfeller  
Verlag für Medizinische Praxis,  
Neuaufgabe, Pürgen,  
Oktober 2012

368 Seiten, mehrfarbig, mit vielen  
Fotos, Abbildungen und Tabellen  
ISBN 978-3-938999-15-8  
Preis: 129,00 EUR

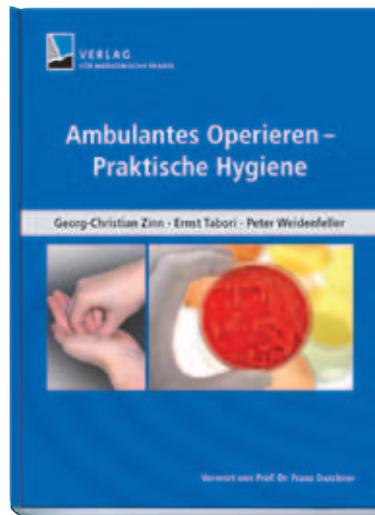
Sechs Jahre nach der Ausgabe der ersten Auflage liegt nun seit Oktober 2012 eine mit 368 Seiten Umfang deutlich erweiterte Neuaufgabe des Buches „Ambulantes Operieren – Praktische Hygiene“ vor. Insgesamt 16 Autoren haben an dem Gelingen dieses Werkes mitgewirkt.

Die Herausgeber und Autoren sind größtenteils Fachärzte für Hygiene, Umweltmediziner oder Hygienefachkräfte, die ihr Wissen für die Praxis gebündelt haben.

Das Buch ist mit 17 Kapiteln, einem ausführlichen Literaturverzeichnis und einem Stichwortverzeichnis klar für den praktischen Gebrauch strukturiert.

In der Reihenfolge wird der Leser nach der Einleitung über

- rechtliche Grundlagen der Hygiene in der ärztlichen Praxis,
- bauliche Voraussetzungen und Bauplanung,
- Hygiene im Praxisbereich,
- Hygiene im OP,
- Hygiene in der Anästhesie,
- Medizinproduktaufbereitung,
- spezielle Hygienemaßnahmen,
- Infektionserfassung beim ambulanten Operieren,
- raumtechnische Anlagen in ambulanten OP-Abteilungen,



- Abfallentsorgung,
- Qualitätsmanagement in der ambulant operierenden Praxis,
- hygienisch-mikrobiologische Kontrollen,
- Arbeitsschutz beim ambulanten Operieren,
- multiresistente Keime und Noroviren,
- behördliche Überwachung der ambulanten OP-Praxis sowie
- Hygiene- und Desinfektionspläne informiert.

In den zurückliegenden Jahren hat das ambulante Operieren deutlich an Stellenwert zugenommen. Umso wichtiger ist es, dafür ein Hygienestandardwerk in die Hand gelegt zu bekommen.

In Deutschland infizieren sich jährlich nachweisbar tausende Patienten bei medizinischen Maßnahmen. Derartige Infektionen sind vermeidbar, wenn bei dem Personal medizinischer Einrichtungen entsprechendes hygienisches Wissen vorhanden ist und auch konsequent praktisch umgesetzt wird.

Daher ist die Kenntnis dieses Buches nicht nur schlechthin für Studierende wichtig, sondern noch weitaus wichtiger für alle Personen, die in ambulantes Operieren integriert sind. Das Buch spricht deshalb sowohl Ärzte als auch medizinisches Fachpersonal und Hilfskräfte an. Es liefert wichtige hygienische Informationen für alle operativ tätigen Fachrichtungen, einschließlich auch für Anästhesisten, die MKG-Chirurgie und Haus- und Facharztpraxen, die nicht operativ tätig sind, wie auch für das Personal der Gesundheitsämter.

Die hygienische Sicherheit der anvertrauten Patienten muss in allen Bereichen, so personell, räumlich und apparativ technisch gewährleistet sein. Die Kenntnis des Infektionsschutzgesetzes und der Landeshygiene-gesetzgebung sind unabdingbar für die praktische Tätigkeit.

Den rechtlichen Hintergrund bilden die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch Institut (RKI).

Insgesamt gesehen ist das umfangreiche Buch eine wertvolle Bereicherung für die Praxis. Viele Fotos, Abbildungen, Tabellen sowie Memos bzw. Erinnerungshilfen und Praxistipps runden das Buch ab.

Die Fotografien könnten teilweise größer sein, um einen besseren Erkennungswert zu haben.

Da bisher offenbar noch eine große Unsicherheit im Blick auf die einzuhaltenen Hygieneanforderungen besteht, ist dem Buch eine rasche und umfangreiche Verbreitung zu wünschen.

Dr. med. Hans-Joachim Gräfe, Kohren-Sahlis

## Konzerte und Ausstellungen

### Sächsische Landesärztekammer Konzerte Festsaal

Sonntag, 3. November 2013  
11.00 Uhr – Junge Matinee  
Klavierkonzert

Junge Pianisten der Hochschule für Musik Carl Maria von Weber Dresden stellen sich vor.  
Lunchbuffett  
„Herbstlich – Wild(e) Köstlichkeiten“  
Um Reservierung wird gebeten.

Sonntag, 1. Dezember 2013  
11.00 Uhr – Junge Matinee  
Vorweihnachtliche Klänge zum 1. Advent  
Es musizieren Schülerinnen und Schüler

des Heinrich-Schütz-Konservatoriums Dresden e.V.  
Lunchbuffett  
„Adventsstimmung im Haus“  
Um Reservierung wird gebeten.

### Ausstellung

Detlef Schweiger  
schwarzweißtektionik  
Malerei, Grafik, Lineamente  
bis 24. November 2013