

Editorial	Wahljahr 2017	48
Berufspolitik	Bessere Zusammenarbeit von Ärzten und Apothekern CIRS-Fall	49 50
Gesundheitspolitik	Interview mit Prof. Dr. med. habil. Michael Baumann Gewebespende in Sachsen etabliert	51 55
Aus den Kreisärztekammern	Seniorenveranstaltung der KÄK Dresden Dresdner Ärzteball 25 Jahre KÄK Chemnitz (Stadt) Zwickauer Ärzteball	56 56 56 57
Tagungsbericht	Medizin am Lebensende	57
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Aktion „Schüler retten Leben“ gestartet Gutachter gesucht Konzert und Ausstellungen	58 58 59
Medizinische Fachangestellte	Fehlzeiten während der Ausbildung „Medizinische Fachangestellte“	59
Originalie	Differenzialdiagnostische und therapeutische Gesichtspunkte von Heiserkeit	60
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen	65
Leserbrief	Ein postfaktischer Vortrag	67
Verschiedenes	Musterformulare Patientenverfügung	67
Personalia	Jubilare im März 2017 Prof. Dr. med. habil. Manfred Schönfelder zum 80. Geburtstag Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Steffen Leinung Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Reinhard Ludewig	68 70 71 72
Medizingeschichte	Balint im Wandel Carolahaushaus, Diakonissenanstalt und St. Joseph-Stift	73 74
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – April 2017	



Interview mit Prof. Dr. med. habil. Michael Baumann
Seite 51



Differenzialdiagnostische und therapeutische Gesichtspunkte von Heiserkeit
Seite 60



Carolahaushaus, Diakonissenanstalt und St. Joseph-Stift
Seite 74

© Wikimedia Commons/BruceBlaus

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

Wahljahr 2017

Betrachtet man die Anzahl der Gesetzesinitiativen mit gesundheitspolitischen Inhalten während der noch laufenden Legislaturperiode, dann zählt Hermann Gröhe, Bundesminister für Gesundheit, mit seinem Ressort zweifelsfrei zu den Fleißigsten im Kabinett. Insgesamt 24 Gesetzesvorhaben wurden auf der Grundlage des Koalitionsvertrages eingebracht und – für die Öffentlichkeit kaum wahrnehmbar – zum überwiegenden Teil bereits umgesetzt. Der Gesundheitsminister arbeitete im Vergleich zu einigen seiner Kabinettskollegen und auch einigen seiner Vorgänger(innen) eher im Verborgenen.

Neben den Krisenherden dieser Welt standen gesellschaftspolitische Themen wie Migration, Integration und innere Sicherheit im Mittelpunkt der öffentlichen Debatten. Dadurch war es möglich, trotz einiger Widerstände aus der Ärzteschaft, unter anderem das „GKV-Versorgungsstärkungsgesetz“ mit der Einrichtung unsinniger Termin-Servicestellen, das „Krankenhausstrukturgesetz“ mit der weiteren Überbürokratisierung des Klinikalltages problemlos umzusetzen und das sogenannte „Selbstverwaltungsstärkungsgesetz“ mit der Zielsetzung zunehmender staatlicher Kontrollen der Körperschaften auf den Weg zu bringen.

Trotz der zahlreichen „Reformen“ bleibt das deutsche Gesundheitswesen auch in Zukunft eine Baustelle, vor allem, weil viele grundsätzliche Probleme nicht gelöst und/oder wegen fehlenden Mutes in der Gesundheitspolitik gar nicht angegangen wurden. Nach wie vor werden nur Symptome „behandelt“. Verpasst wurden in Zeiten des wirtschaftlichen Aufschwungs und voller Sozialkassen weitsichtige Strukturformen.

Neben den allgemeinen Finanzierungsfragen aufgrund des demografischen Wandels und des medizinischen Fortschrittes, der Landflucht und Migration wird vor allem die

Digitalisierung unseren Berufsalltag in wenigen Jahren völlig verändern. Jahrelange innerärztliche Auseinandersetzungen um die elektronische Gesundheitskarte oder herkömmliche Vorstellungen zur Datensicherheit sind überholt. Die neuen Möglichkeiten der digitalen Welt werden nachhaltigen Einfluss auf die Arzt-Patienten-Beziehung haben und wir tun gut daran, uns jetzt mit diesen Problemen auseinanderzusetzen.

Der bevorstehende Wahlmarathon mit drei Landtags- und der Bundestagswahl im September wird im Ergebnis aller Voraussicht nach die Parteienlandschaft in unserem Land deutlich verändern. Es ist zu befürchten, dass populistische Positionen mit einfachen Antworten auch in die Gesundheitspolitik Einzug halten. Anhand der Programmatik einzelner Parteien ist erkennbar, dass neben bereits lange bekannten auch neue Themen im Wahlkampf eine Rolle spielen werden. Damit meine ich einerseits die „Bürgerversicherung“ und andererseits Angriffe auf die Selbstverwaltung und unsere Profession als einen „freien Berufsstand“.

Kritisch betrachtet werden die Selbstorganisation und das -verständnis der hiesigen Ärzteschaft schon lange, nicht nur von einigen Politikern hierzulande, sondern europaweit. Hier gilt es in den kommenden Jahren besonders wachsam zu sein. Natürlich ist die Wahlentscheidung jedes Einzelnen von uns nicht vordergründig von den gesundheitspolitischen Positionen der Parteien abhängig – aber wir sollten schon sorgfältig hinschauen.

Was hat das nun alles mit unserer Selbstverwaltung zu tun? Ich meine, sehr viel. Nur in Form starker Körperschaften, die ihren Aufgabenstellungen gerecht werden, können wir unseren ureigenen ärztlichen Interessen in einem immer komplexeren gesellschaftlichen Umfeld Gehör verschaffen.

Wir sollten die kommende Zeit des parlamentarischen Stillstandes, des



Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler

© SLÄK

Wahlkampfes nutzen, um wenigstens einen Teil unserer dringendsten Hausaufgaben zu erledigen. Dazu zählt, dass endlich die jahrelangen Querelen in der KBV ein Ende haben und zur Sacharbeit zurückgefunden wird. Dazu zählen ein deutliches Vorkommen bei der GOÄ und vor allem bei der Musterweiterbildungsordnung. Insbesondere die Weiterbildung der jungen Kollegen zählt zu den Kernkompetenzen unserer Kammerarbeit. Trotz des Föderalismus auch in der ärztlichen Bildung, einer Vielzahl von Fachgesellschaften mit zum Teil sehr unterschiedlichen Interessenlagen muss dieses Projekt nach jahrelangen, zu häufig redundanten, Diskussionen endlich zu einem zukunftsfähigen Ergebnis führen. Alle Beteiligten sind hier in der Verantwortung.

Die Legitimation und Glaubwürdigkeit unserer Kammerarbeit begründet sich ausschließlich mit den tatsächlichen Resultaten. Nur auf diesem Wege ist es aus meiner Sicht möglich, den ärztlichen Nachwuchs in Zukunft wieder mehr für ein berufspolitisches Engagement zu begeistern.

Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler
Vizepräsident

Bessere Zusammenarbeit von Ärzten und Apothekern

Die Vorstände der Sächsischen Landesärztekammer und der Sächsischen Landesapothekerkammer haben ein gemeinsames Strategiepapier für eine intensivere Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Apothekern im Freistaat Sachsen verabschiedet. Betont wird in dem Papier die bisherige gute heilberufliche und kollegiale Zusammenarbeit, wie zum Beispiel bei der gemeinsamen Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen (ARMIN). Unabhängig davon sind die beiden Heilberufekammern übereinstimmend der Auffassung, dass diese Zusammenarbeit im Sinne der beiden Berufsgruppen sowie im Interesse der Patienten noch weiter verbessert werden könne. Sie vereinbarten deshalb die verstärkte Kooperation insbesondere beim Ausbau der Kommunikation zwischen den beiden Berufsgruppen, eine strukturelle Zusammenarbeit sowie das gemeinsame Propagieren der Kompetenzen nach außen.

Kommunikation verbessern

Bei der Kommunikation zwischen den beiden Berufsgruppen geht es zum Beispiel um die Information des Arztes über nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die dem Patienten durch den Apotheker empfohlen bzw. durch den Patienten in der Apotheke als Selbstmedikation erworben werden.

Mit der bundesweiten Einführung des Medikationsplanes wird dieser fachliche Abstimmungsbedarf noch wesentlich zunehmen. Diese Abstimmung müsste vor allem von gegenseitiger Akzeptanz, Achtung und Kollegialität geprägt sein. Die dazu erforderlichen Diskussionen müssten offen, vertrauensvoll und ohne Vorbehalte geführt werden. Fachliche Vorbehalte gegen die jeweils andere Berufsgruppe sollen auf diesem Weg abgebaut werden. Ziel dieses Prozesses ist die gemeinsame Verantwortung beider Berufsgruppen für das Wohl der Patienten.

Strukturen vernetzen

Eine enge und kollegiale Zusammenarbeit von Arzt und Apotheker erfordert nicht zuletzt vor dem Hintergrund von ARMIN und dem E-Health-Gesetz auch die generelle Professionalisierung der technisch-strukturellen Zusammenarbeit beider Berufsgruppen. Dies ist zur Gewährleistung einer hohen Arzneimitteltherapiesicherheit unumgänglich und umfasst eine bessere Koordinierung der in den Arztpraxen und den Apotheken verwendeten Software und Datenbanken. Die fachlichen Entscheidungen beider Berufsgruppen müssten auf Grundlage der gleichen Informationen getroffen werden. Beide Heilberufekammern sehen sich daher in der Pflicht, auch in ihrer täglichen Arbeit die Struktur für eine effektive Zusammenarbeit der Ärzte und Apotheker vorzuhalten und zu gewährleisten. Sie wollen kurzfristige und umfassende Informationen bereitstellen sowie den gegenseitigen Austausch unter Einbeziehung der zuständigen Ausschüsse beider Kammern verbessern. Beide Heilberufekammern wollen dazu die bestehenden gemeinsamen Fortbildungen von Ärzten und Apothekern ausbauen. Sie bekennen sich in dem Strategiepapier auch dazu, die Ausbildung des jeweiligen Berufsnachwuchses im Sinne einer umfassenden Zusammenarbeit zwischen Arzt und Apotheker besser zu gestalten.

Kompetenzen vermitteln

Arzt- und Apothekerberuf müssten als freie akademische Heilberufe



erhalten bleiben, da sie sich inhaltlich ergänzen. Ihre Bedeutung im sächsischen Gesundheitswesen müsse daher gestärkt werden: Beide Berufe könnten wesentliche Beiträge zur strukturellen Weiterentwicklung des Gesundheitswesens leisten, ohne die Kompetenzen des jeweils anderen Berufs zu beschränken. Vielmehr sollten sich beide Heilberufe in den politischen und fachlichen Feldern gegenseitig unterstützen. Sie müssten deutlicher machen, dass sie vor allem dem Patientenwohl verpflichtet seien. Dies müsse sich in der Artikulation von gemeinsamen Interessen und Forderungen im politischen Raum widerspiegeln.

Das Strategiepapier finden Sie unter www.slak.de.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

CIRS-Fall:

Critical Incident Reporting Systems (CIRS), „Berichtssysteme über kritische Vorkommnisse“, sind Berichtssysteme für sicherheitsrelevante Ereignisse. Sie dienen dem überregionalen, interprofessionellen und interdisziplinären Lernen, wobei auch ihr psychohygienischer Effekt durch Entlastung nicht zu vernachlässigen ist.

Sie werden in mehr oder weniger ausführlicher Weise genutzt und es ist durchaus spannend und wirklich lehrreich, oft aber auch erschreckend, welche Kasuistiken von Fehlern und Beinahefehlern sich dort finden. Dabei gibt es unterschiedliche Plattformen, zum Beispiel für Hausärzte www.jeder-fehler-zaehlt.de, für Krankenhäuser www.kh-cirs.de, allgemein www.cirsmedical.de (von Bundesärztekammer-Kassenärztliche Bundesvereinigung-Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin), für Anästhesisten www.cirs-ains.de und für die außerklinische und innerklinische Notfallmedizin www.cirs-notfallmedizin.de.

Um die Meldungen noch weiter zu vereinfachen und so die Schwelle für Meldungen weiter herabzusetzen, hat die Seite für Hausärzte unter www.jeder-fehler-zaehlt.de ihre Eingabemaske weiter vereinfacht. Man kann jedem Kollegen nur empfehlen, auf diesen Seiten einfach mal zu stöbern und Eindrücke mitzunehmen. Viele Schilderungen fühlen sich

erschreckend ähnlich dem täglichen Arbeitsalltag an, der geprägt ist von immer weniger Personal, immer schnelleren Abläufen und zunehmenden Ansprüchen der Patienten an die Versorgung. Nur manches lässt sich durch bessere Kommunikation und Prozessoptimierung regeln, für vieles bedarf es einfach einer Verbesserung der Strukturqualität, sprich mehr und besser ausgebildetes Personal. Das eine zu fordern ohne das andere zu vernachlässigen, ist originär ärztliche Aufgabe, die über solche Plattformen durchaus unterstützt werden können.

Auf der Plattform KH-Cirs-Netz handelt der Fall des Monats Juli 2016 vom Umgang mit Opioiden.

Ein Patient wird am Morgen von der Pflege somnolent aufgefunden. Laut Akte erhält der Patient ein Fentanyl-Schmerzpflaster 125mcg/h sowie Hydromorphon zweimal täglich per os.

Unter probatorischer Gabe von Naloxon stabilisiert sich der Patient und wird auf die Intensivstation übernommen.

Bei der Untersuchung finden sich insgesamt vier Fentanyl-Pflaster unterschiedlichen Alters und Größen in einer hohen Gesamtdosis am Körper des Patienten. Bei Nachfrage an die anwesende Pflegekraft stellt sich heraus, dass der Patient die Körperpflege seit Tagen verweigert hat.

In der klinischen Praxis führt der Umgang mit Opioiden häufig zu Unsicherheiten und Anwendungsfehlern. Es gilt hier zu berücksichtigen, dass bei einem Wechsel des Fentanyl-Pflasters im Intervall von 72 Stunden immer noch eine Restbelastung von bis zu ca. 70 Prozent des Wirkstoffes vorliegt. Es kann also immer noch eine Aufnahme erfolgen, wenn das alte Pflaster nicht entfernt wird.

Take Home Message:

- Bei Patienten unter Opioid-Pflaster-Therapie muss bei Applikation eines neuen Pflasters immer das alte Pflaster entfernt werden.
- Sinnvoll ist die Applikation regelmäßig in der gleichen Körperregion, die dem gesamten Personal bekannt ist.
- Die Erfassung des Schmerznieveaus mindestens einmal pro Schicht mit einer Skala ist zwingend erforderlich und zu dokumentieren.
- Die Symptome einer Opioidüberdosierung müssen dem gesamten versorgenden Team bekannt sein.
- Es ist zu berücksichtigen, dass die Aufnahme des Opioids aus dem Pflaster direkt temperaturabhängig ist und sich bei Fieber >39°C verdreifachen kann.

www.kh-cirs.de/faelle/juli16.pdf

Dr. med. Patricia Klein
Ärztliche Geschäftsführerin

Neuer Leiter des Deutschen Krebsforschungszentrums

Interview mit Prof. Dr. med. habil. Michael Baumann

Zum 1. November 2016 wurde Prof. Baumann als Vorstandsvorsitzender des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) in Heidelberg berufen.

Bevor er diese Spitzenposition der deutschen Krebsforschung antrat, war der profilierte Radioonkologe 22 Jahre an der Medizinischen Fakultät in Dresden tätig. Hier leitete er unter anderem die Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus sowie das Nationale Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) Standort Dresden.

Prof. Baumann, Sie sind jetzt seit drei Monaten Direktor des DKFZ in Heidelberg. Welche ersten Eindrücke haben Sie durch den Perspektiv- und Standortwechsel gewonnen?

Mein bisheriger Eindruck hat sich bestätigt. Das DKFZ ist ein hervorragendes Zentrum. Es ist eines der weltweit führenden Krebsforschungszentren. Das DKFZ hat ungefähr 3.000 Mitarbeiter, die ausschließlich im Forschungsbereich, das heißt von der Grundlagenforschung bis hin zur klinischen Forschung, tätig sind. Das ist in Deutschland einmalig. Die klinische Forschung wird in Kooperation mit Uniklinika durchgeführt, da das DKFZ keine eigenen Betten hat. Der Hauptkooperationspartner ist zunächst einmal das Uniklinikum in Heidelberg, aber auch Dresden ist mittlerweile ein wichtiger Kooperationspartner geworden, weil wir mit dem NCT in Dresden einen zweiten Standort aufbauen.

Welche Schwerpunkte setzt das DKFZ bei den Forschungsrichtungen?

Ein großer Schwerpunkt liegt bei der Tumorbilogie und der Krebsgrund-



Prof. Dr. med. habil. Michael Baumann

© SLÄK

lagenforschung sowie der translationalen Forschung. Ein großer Teil translationaler Forschung beschäftigt sich mit der Überführung von Erkenntnissen zum Patienten, aber auch mit auffälligen Beobachtungen aus der Klinik, die wieder zurück in die Grundlagenforschung gegeben werden, weil da die bisherigen Strategien nicht zu stimmen scheinen.

Aber auch die Tumorepidemiologie, die Prävention und Früherkennung spielen eine wichtige Rolle. Nicht zuletzt hat gerade zum 1. Januar 2017 ein Gesundheitsökonom, spezi-

ell für den onkologischen Forschungsbereich, seine Tätigkeit als Professor am DKFZ aufgenommen.

Konnten Sie Ihre Erkenntnisse und Erfahrungen aus der Dresdner Zeit mit einbringen?

Dresden hat in den letzten zwei Jahrzehnten sehr stark zugelegt. In Dresden wurde zeitgleich mit Heidelberg ein Comprehensiv Cancer Center aufgebaut. Außerdem gab es im Rahmen eines Bundesprogramms die Möglichkeit, mit dem Universitätsklinikum, der Medizinischen Fakultät

und dem Helmholtz-Zentrum Dresden-Rossendorf das OncoRay Zentrum für Strahlenforschung in der Onkologie aufzubauen, das als eine Einheit mit der Strahlentherapie gesehen werden muss. Auch die Hämato-onkologische Forschung ist in Dresden sehr stark. Durch den Aufbau des NCT in Dresden können wir über die Hämato-Onkologie und die Radio-Onkologie hinaus neue starke Profile aufbauen. Zum Beispiel werden wir im Bereich der operativen Onkologie in Dresden einen neuen Forschungsschwerpunkt etablieren. Die erste Professorin im NCT hat ihren Ruf für Translationale Chirurgische Onkologie angenommen. Sie kommt vom Karlsruher Institut für Technologie (KIT) und ist eine Informatikerin, die neue onkologische operative Verfahren mit spezifischer IT-Unterstützung entwickeln wird. Der Bereich „Operative Forschung“ in der Onkologie ist für jedes medizinische Fachgebiet attraktiv, das krebserkrankte Patienten operiert, zum Beispiel die chirurgische Gynäkologie, Urologie, HNO und die Neurochirurgie. Die operative Onkologie wird in Dresden dadurch zu einem starken Forschungsstandbein.

Darüber hinaus haben wir über das DKFZ und NCT erheblich in den Bereich molekulare Diagnostik investiert. Dadurch, dass die molekulare Tumordiagnostik, Pathologie und Humangenetik gemeinsam betrieben werden, ist ein sehr interessantes Modell gelungen, welches für die nächsten Jahre in hervorragender Qualität zur Verfügung steht. Das könnte für Deutschland durchaus ein Zukunftsmodell sein, weil diese Fächer an den meisten anderen Standorten völlig getrennt sind. Mit allen Problemen, die solch eine Trennung mit sich bringt: im ärztlichen, wissenschaftlichen aber auch im ökonomischen Bereich.

Für die Translationsforschung des NCT im Bereich der Onkologie erhält Dresden durch den Bund über das DKFZ und das Land Sachsen 15 Millionen Euro im Jahr (volle Förderung ab 2019). Das ist eine erhebliche Summe, mit der man auch erhebliche

Leistungen erbringen muss. Die wird international von Top-Leuten begutachtet. Trotzdem kann man auch mit 15 Millionen Euro nicht das ganze Gebiet der Krebserkrankungen erforschen. Heidelberg hat zwar ein Budget, das deutlich darüber liegt, aber auch Heidelberg und selbst die allergrößten Zentren der Welt können nicht die gesamte Problematik Krebs erforschen. Das Thema ist mit 250 unterschiedlichen Tumorarten viel zu groß. Deshalb ist Netzwerkbildung eines der ganz wesentlichen Dinge, die als „Infrastruktur“ für die Forschung gelingen muss. Dies steht ganz oben auf meiner Agenda. Das Deutsche Konsortium für Translationale Krebsforschung (DKTK) liefert mit seinen acht Standorten in Deutschland dafür eine gute Grundlage. Ich hoffe, dass wir diese Grundlage zusammen mit dem NCT und dem DKFZ für eine starke Entwicklung der personalisierten Onkologie in Deutschland nutzen können. Zur Entwicklung personalisierter Onkologie braucht man große Patientenzahlen. Je besser man stratifiziert und je genauer ich eine biologische Eigenschaft eines Tumors charakterisiere, umso weniger Patienten stehen jedem einzelnen Zentrum für klinische Studien zur Verfügung. Das kann man nur durch Netzwerkbildung ausgleichen. Hinzu kommt, dass die verschiedenen Standorte unterschiedliche Schwerpunkte ausgebildet haben und sich in ihrer Arbeit ergänzen. Das ist die Philosophie dieser Netzwerke.

Die acht Standorte des DKTK betreffen nur Deutschland. Sie hatten aber aufgezeigt, dass die Problematik eigentlich nur mit einem weltweiten Netzwerk lösbar ist. Gibt es da Schwerpunktsetzungen oder Abstimmungen auf europäischer Ebene?

Es gibt das Netzwerk „Cancer Core Europe“, in dem sechs führende Zentren vertreten sind. Das DKFZ ist natürlich mit dabei, wie auch das Karolinska Institut, Stockholm, oder das Cambridge Cancer Centre. Dieses Netzwerk wird in den nächsten Jahren weiter aufgebaut.

Das DKFZ hat des Weiteren durch entsprechende Verträge und Budgets abgesicherte Partnerschaften mit anderen internationalen Zentren, zum Beispiel zum MD Anderson Cancer Center in Houston.

Durch die Fülle an Aufgaben, die Sie derzeit haben, stellt sich die Frage: Haben Sie in Ihrem neuen Wirkungsbereich ausreichende Kapazität und Zeit für eigene Forschungen und Behandlung von Krebskranken?

Im Moment ist mein Haupttätigkeitsfeld die strategische Leitung als wissenschaftlicher Vorstandsvorsitzender und dies ist eine sehr umfassende Aufgabe. Ich werde trotzdem in Heidelberg einen Forschungsschwerpunkt aufbauen. In Dresden betreue ich Forschungsprojekte, die über viele Jahre noch laufen werden. Patientenversorgung im eigentlichen Sinne werde ich nicht übernehmen können. Ich bekomme viele individuelle Anfragen von Patienten aus aller Welt mit sehr komplexen Situationen. Die beantworte ich weiterhin selbst so gut ich das kann oder ich nehme mit Kollegen entsprechend Kontakt auf. Es kann aber im Rahmen von Studien durchaus sein, dass ich zukünftig auch wieder Patienten betreuen werde.

Was erwarten Sie von den onkologisch tätigen Ärzten in Kliniken und Praxen bei der Umsetzung der Nationalen Krebsstrategie?

Ich glaube, dass die sektorenübergreifende Versorgung von Krebspatienten in Deutschland weiter verbessert werden kann und muss. Sie ist deutlich besser geworden. Dazu haben die Aktivitäten der Deutschen Krebshilfe und Deutschen Krebsgesellschaft mit der Bildung von Organkrebszentren und onkologischen Zentren wie dem Comprehensive Cancer Center als Spitzenzentrum stark beigetragen.

Die forschenden Krebszentren (DKFZ, NCT, DKTK) haben ganz spezifische Aufgaben. Sie arbeiten an den Therapien für morgen und übermorgen.

Das ist nur wenigen Zentren mit ganz besonderen Infrastrukturen und Expertise vorbehalten. Aber die Frage ist interessant, wie personalisierte Medizin und damit eine bessere Charakterisierung des Tumors nach entsprechender positiven Studie, im klinischen Alltag ankommen wird. Dann braucht es einen Übergang von der Spitzenforschung in die Fläche. Da gibt es verschiedene Modelle: Man könnte ein zentralistisches Modell postulieren und sagen, das gibt es an zehn Orten in Deutschland und jeder Patient muss dort hin. Für die Forschung und frühe Phase der klinischen Implementierung kann das sehr effizient sein. Wenn aus Forschung dann aber wohluntersuchte Routine wird, ist das nicht der richtige Weg. Man muss sich also überlegen, ob und wann personalisierte Medizin sinnvoll ist, wie man sie finanzierbar einführen kann und wie man sie in die Fläche bringt. So etwas müssen zunächst Spezialisten erforschen.

Wie sinnvoll und notwendig sind Krebsregister in Deutschland?

Dass Krebsregister wichtige Erkenntnisse liefern können, zeigen uns die skandinavischen Länder. Diese Register sind flächendeckend und vollständig. In Dänemark zum Beispiel sind die Register verbunden mit der Nummer, die man als Einwohner Dänemarks bei der Geburt bekommt und die man ein ganzes Leben behält. Im Vergleich dazu ist Deutschland sehr viel komplexer durch den Föderalismus und den föderalen Datenschutz aufgestellt. Trotzdem müssen wir Wege finden, dass in Deutschland genauso Daten zur Verfügung stehen für epidemiologische Studien und Versorgungsforschung. Wir werden aus medizinischen Standarddaten (Stichwort Big Data) mehr Informationen generieren können. Wir müssen uns aber auch darum kümmern, dass die Register besser und Datenschutzprobleme minimiert werden. Auch Patienten können zum Beispiel durch die Nutzung ihres Smartphones dazu beitragen, wichtige Informationen zu liefern; „Weareables“ wird ein

Thema werden. Patienten werden zukünftig auch zunehmend freiwillig ihre selbstverwalteten Gesundheitsdaten zu Verfügung stellen. Patienten sind die Eigentümer ihrer eigenen Daten. Sie sind es jetzt schon, aber das Bewusstsein dafür ist derzeit nicht sehr hoch. Es gibt internationale Studien, in denen Patienten ihre eigenen Daten in elektronischer Form besitzen, qualitätsgesichert und gespiegelt. Der Patient entscheidet darüber, ob er diese Daten für Forschungszwecke zur Verfügung stellt oder nicht. Das ist eine Entwicklung, die ich auch selbst als Patient, richtig finde. Ich denke, dass die allermeisten Patienten durch gute Information durch ihre Ärzte den medizinischen Fortschritt unterstützen wollen. Darauf werden wir uns einstellen müssen. Dieser Trend ist in Deutschland noch nicht sehr ausgeprägt, aber er wird kommen.

Sind sie eigentlich zufrieden mit der Finanzierung von Studien?

Nein, da ist tatsächlich viel Luft nach oben. Deutschland braucht für akademische Studien bessere Finanzierungsmöglichkeiten. Da stellen die USA ganz andere Beträge zur Verfügung, die wir in Deutschland auch brauchen. Sonst werden Entwicklungen, zumindest im medikamentösen Bereich, ausschließlich über die pharmazeutische Industrie erfolgen. Die pharmazeutische Industrie wird aber, auch aufgrund ihrer Struktur, nicht alle Erkrankungen übernehmen wollen.

Kollegen in der Weiterbildung fragen sich, wie viele Zeiten im

Rahmen ihrer klinischen Weiterbildung anerkannt werden. Wenn das Grundlagengebiet eine Beziehung hat zu dem Gastroenterologen, Diabetologen usw., dann kann er ein- bis eineinhalb Jahre in der Grundlagen-, klinischen oder theoretischen Forschung tätig sein und dann wird das akzeptiert von den Ärztekammern. Sie können also sehr wohl etwas dazu beitragen...

Ja, das glaube ich auch. Ich glaube auch, dass viele Weiterbildungsbeauftragte die Möglichkeit schon immer genutzt haben, um junge Leute für die Forschung zu gewinnen. Ich glaube, dass alle Weiterbildungsordnungen dies für alle Berufsgruppen beinhalten sollten. Es ist sehr wichtig, translationale oder Grundlagenforschung in der Weiterbildung weiter machen zu können.

Es muss aber auch darüber hinaus etwas getan werden. Wir müssen uns nach der Weiterbildung um entsprechende Karrierewege bemühen. Jemand, der klinisch tätiger Arzt und Spitzenforscher auf seinem Gebiet ist, der muss auch eine medizinische Karriere machen können, selbst wenn sie oder er kein Klinikdirektor ist. Wir müssen Perspektiven bieten, sonst werden wir keine medizinischen Spitzenforscher in Deutschland haben. Darin sind die nordamerikanischen, skandinavischen oder holländischen Universitäten derzeit oft besser. Die deutschen Zentren für Gesundheitsforschung, wie zum Beispiel das DKTK, oder große Strukturen, wie das NCT, können hier viel bewirken.



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze (r.) sprach mit Prof. Dr. med. habil. Michael Baumann.
© SLÄK

Sie hatten mehrfach die personalisierte Onkologie erwähnt. Wie ist der gegenwärtige Entwicklungsstand?

Nach aktuellem Forschungsstand zur personalisierten Medizin können wir heute sagen, dass die Tumoren zwischen unterschiedlichen Patienten biologisch noch sehr viel unterschiedlicher sind, als wir noch vor wenigen Jahren gedacht haben. Was wir auch sagen können, ist, dass es bei bisher als klinisch völlig unterschiedlich klassifizierten Tumorguppen, plötzlich Ähnlichkeiten gibt. Dies kann irgendwann dazu führen, dass verschiedene Gruppen von Tumoren mit einer Therapie bedacht werden und wir von der klassischen Einteilung wegkommen. Es wird noch viel Forschungsarbeit benötigen, um für jede unterschiedliche Gruppe eine therapeutische Intervention oder ein personalisiertes Medikament bzw. eine personalisierte Strahlentherapie oder Operation zur Verfügung zu haben.

Sehen Sie biologische Grenzen oder kommen wir mit dem weiteren Erkenntnisfortschritt in der molekularen Genetik und in der Immunologie zur Lösung des Krebsproblems?

Nicht in absehbarer Zeit. Es hat sehr viel Verbesserung gegeben, wenn ich die heutige Wirksamkeit und auch die Häufigkeit von Nebenwirkungen vergleiche mit der Zeit, als ich junger Assistenzarzt war. Die

Therapien sind sehr viel besser geworden. Wir können sehr viel mehr Patienten früh diagnostizieren und heilen. Die Früherkennung hat aber noch deutlich Luft nach oben. Nach Auskunft sehr guter Epidemiologen sind heute 40 Prozent aller Krebserkrankungen vermeidbar. Bestimmte Krebsarten werden durch Viren ausgelöst, gegen die man impfen kann. Im Moment ist es so, dass nur 29 Prozent der 15-jährigen Mädchen in Deutschland vollen Impfschutz gegen Humane Papillom Viren (HPV) haben. Bei den Jungen ist die Impfquote noch niedriger. Hier ist auf jeden Fall ein Fortschritt denkbar.

Durch Maßnahmen, die das Rauchen unbequem gemacht haben, ist die Zahl der Raucher deutlich nach unten gegangen. Trotzdem gibt es noch zu viele Raucher. Bei den jungen Frauen liegt der Anteil bei etwa 20 Prozent. Dieser Prozentsatz kann in den nächsten Jahrzehnten nicht nur zu Krebserkrankungen, sondern auch zu Herz-Kreislauf-Problemen, Schlaganfällen usw. führen.

Übergewicht und ungesunde Ernährung sind Bereiche, die weiterhin deutlich stark angegangen werden müssen. Eine Forschungseinrichtung wie das DKFZ kann dabei nur evidenzbasierte Hinweise und Forschungsergebnisse für die gesellschaftliche Diskussion zur Verfügung stellen. Letztlich muss die Gesellschaft entscheiden, wie sie damit umgehen will.

Früherkennung ist ein weiteres wichtiges Thema, denn jeder Krebs, der früh erkannt wird, hat eine bessere Heilungchance. Des Weiteren wird die Früherkennung ebenfalls personalisierter werden. Ein (ehemaliger) Raucher braucht ein anderes Früherkennungsprogramm als jemand, der nie geraucht hat. Es muss auch verstärkt der Aspekt der Patientennachbetreuung berücksichtigt werden. Patienten, die vor zehn Jahren behandelt worden sind, zeigen plötzlich Nebenwirkungen, zum Beispiel eine Herzinsuffizienz. Das bedeutet, dass wir bei den Therapien in Richtung Reduktion langfristiger Nebenwirkungen nachsteuern müssen. Das sogenannte „Survivorship“ ist ein wichtiges Forschungsthema mit den Fragestellungen: „Wie geht es dem Patienten?“, „Wie können wir Therapien langfristig und nachhaltig verträglich machen?“ und „Was müssen wir Patienten im weiteren Verlauf nach der Therapie anbieten?“. Um diesen Bereich kümmert sich unter anderem auch das DKFZ.

Es gibt bereits gute Nachsorgeprogramme. Studien zeigen, dass Patienten, die sich während und nach der Therapie körperlich betätigen, nicht nur weniger Nebenwirkungen entwickeln und in der Therapie besser dastehen, sondern der Tumor besser geheilt wird. Beim Mammakarzinom und anderen Tumoren gibt es ernsthafte Hinweise darauf.

Diese Erkenntnisse haben Auswirkungen auf das gesamte Therapiekonzept. Das heißt, wir brauchen langfristige Konzepte, die möglicherweise in der Onkologie mehr Wirkung haben, als die ausschließliche Weiterentwicklung eines Medikaments oder einer Operationsmethode. Das Immunsystem ist im Moment ein weiteres heiß diskutiertes Thema.

Prof. Baumann, wir danken für das Interview und wünschen Ihnen große Erfolge im neuen Wirkungsbereich.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Ehrenpräsident der Sächsischen
Landesärztekammer
Mitglied im Redaktionskollegium des
„Ärzteblatt Sachsen“

Gewebespende in Sachsen etabliert

Die Gewebespende gehörte auch 2016 zum Alltag in vielen Krankenhäusern in Sachsen. 292 Menschen im Freistaat haben im vergangenen Jahr im Netzwerk der Deutschen Gesellschaft für Gewebetransplantation (DGFG) 644 Gewebe gespendet. Im gleichen Zeitraum gab es nach Angaben der Deutschen Stiftung Organtransplantation in Sachsen 60 Organspenden. Damit fand eine Gewebespende etwa fünfmal häufiger statt als eine Organspende. Trotz dieses, im Vergleich zur Organspende, sehr guten Ergebnisses ist die Gewebespende zehn Jahre nach Inkrafttreten des Gewebesetzes im Jahr 2007 sowohl in der Öffentlichkeit als auch in Fachkreisen noch immer unzureichend bekannt. Gewebe nach dem Transplantationsgesetz sind Augenhornhäute, Amnionmembran, Haut, kardiovaskuläre Gewebe (Herzklappen, Blutgefäße) sowie muskulo-skeletale Gewebe (Knochen, Faszien, Sehnen). Der größte Unterschied zur Organspende besteht darin, dass auch Menschen mit Herz-Kreislauf-Versagen nach ihrem Tod Gewebe spenden können. Jeder in einem Krankenhaus verstorbene Patient kommt daher prinzipiell als Gewebespende in Frage. Aber auch Verstorbene in Instituten für Rechtsmedizin oder in Hospizen können Gewebe spenden. Eine Gewebentnahme ist bis zu 72 Stunden nach dem Herzstillstand möglich.

Im Gegensatz zu Augenhornhäuten stammen Herzklappen und Blutgefäße derzeit überwiegend aus der Organspende. Der Anteil der Gewebespende, die auch Organspende sind, ist im vergangenen Jahr auf neun Prozent zurückgegangen. Da die Organspende seit Jahren stagniert, beginnt die DGFG 2017 auch bei Herz-Kreislauffoten Spendern mit der Entnahme von kardiovaskulären Geweben. Voraussetzung für eine postmortale Gewebespende ist die zweifelsfreie Todesfeststellung durch einen Arzt und das Vorliegen einer Einwilligung. Liegt keine Willenser-



Die DGFG stellt die Versorgung mit Hornhauttransplantaten in Sachsen sicher. © DGFG

Gewebespende 2014 – 2016*

	2014		2015		2016*	
	Gesamt	Sachsen	Gesamt	Sachsen	Gesamt	Sachsen
Gesamt	1846	289	2089	345	2341	292
Herz-Kreislauf	1625	254	1845	317	2106	266
Organspende	186	31	217	28	206	26
Lebendspende	35	4	27	0	29	0

Vermittelte Gewebetransplantate 2014 – 2016*

	2014		2015		2016*	
	Gesamt	Sachsen	Gesamt	Sachsen	Gesamt	Sachsen
Augenhornhaut	2494	250	2709	307	3006	287
Amnionmembran	1251	0	1476	249	934	186
Herzklappen/Blutgefäße	213	25	179	22	113	24

*Alle Angaben zu den Jahreszahlen 2016 sind vorläufig (Stand 10.1.2017).

klärung des Verstorbenen vor, können die Angehörigen eine Entscheidung für oder auch gegen eine Gewebespende im Sinne des Verstorbenen treffen bzw. nach eigenen Wertvorstellungen entscheiden. Gewebespenden, insbesondere Augenhornhautspenden, sind bis ins hohe Alter möglich. Auch Katarakt, Glaukom oder sogar die meisten Krebserkrankungen sind beispielsweise kein Ausschlussgrund für eine Hornhautspende.

Gewebetransplantationen sind medizinischer Alltag. Die DGFG hat im Jahr 2016 bundesweit über 4.000 Gewebe vermittelt – nach Sachsen fast 500. Für alle Gewebesubereitungen gilt das Handelsverbot. Fast jede in Sachsen transplantierte Hornhaut kommt von der DGFG – deutschlandweit ist es jede zweite. Im gleichen Zeitraum wurden 129 Organe im Freistaat transplantiert. Die häufigste und älteste Gewebeverpflanzung ist die Hornhauttransplantation.

Die Wartezeit auf ein Transplantat ist in den vergangenen Jahren deutlich zurückgegangen. Sie beträgt in der Regel wenige Wochen. Notfälle kann die DGFG sofort versorgen. Die Operationstechniken haben sich in den vergangenen Jahren verändert. Bei der Hornhauttransplantation kommen beispielsweise zunehmend Operationstechniken zum Einsatz, bei denen nur noch eine ultradünne Schicht der Augenhornhaut transplantiert werden muss (zum Beispiel Descemet Membrane Endothelial Keratoplasty [DMEK]). Im Dezember

2015 bekam die DGFG als erste Einrichtung in Deutschland die Erlaubnis, im Reinraum vorpräparierte Hornhautlamellen für DMEK-Operationen abzugeben.

Im Gegensatz zur Organspende sind Gewebespende und -vermittlung in Deutschland nicht zentral organisiert. Die DGFG hat seit 1997 ein bundesweites Spendenetzwerk zahlreicher Universitätskliniken, aber auch privater, konfessioneller und kommunaler Krankenhausverbände aufgebaut. Es ist das größte deutsche Netzwerk der Gewebemedizin. Gesellschafter der

DGFG sind das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, das Universitätsklinikum Leipzig, die Medizinische Hochschule Hannover sowie die Universitätsmedizin Rostock. Standorte der DGFG in Sachsen befinden sich in Dresden, Leipzig und Chemnitz. Spender können rund um die Uhr unter Telefon 0800 5 115000 an die DGFG gemeldet werden.

Literatur beim Autor

Autor:
Tino Schaft
Deutsche Gesellschaft für
Gewebetransplantation (DGFG)

KÄK Dresden

Seniorenveranstaltung

Die Kreisärztekammer Dresden (Stadt) lädt herzlich ein zur Seniorenveranstaltung am **Dienstag, dem 7. März 2017, um 15 Uhr**, in den Plenarsaal der Landesärztekammer. Dr. Christine Päßler, Dresden, wird in einem Vortrag über ihre Erfahrungen

als Zahnärztin in Auslandseinsätzen bei German Doctors e. V. berichten.

Zur Veranstaltung wird außerdem die Anmeldung zur jährlichen Ausfahrt, in diesem Jahr am 17. Mai 2017, stattfinden. Der Ausflug führt zu den Schlössern des Rödertals.

Seien Sie herzlich willkommen!

Dresdner Ärzteball

Der diesjährige Dresdner Ärzteball findet am **Samstag, dem 29. April 2017, auf Schloss Albrechtsberg** statt. Kartenreservierungen sind ab sofort unter Telefon 0351 8267-413 und www.kreisaerztekammer-dresden.de möglich.

Dr. med. Uta Katharina Schmidt-Göhrich
Vorsitzende der Kreisärztekammer Dresden
(Stadt)

25 Jahre KÄK Chemnitz (Stadt)

In der Vorweihnachtszeit strahlte das hell beleuchtete Staatliche Museum für Archäologie Chemnitz (smac) im Zentrum der Stadt. Im Foyer des Museums wartete auf 180 Chemnitzer Ärzte anlässlich des 25-jährigen Jubiläums der Kreisärztekammer Chemnitz (Stadt) ein kulturelles Programm. Den Erfolg von vielen Jahren Aufbauarbeit und stabiler Weiterführung sollte die Chemnitzer Ärzteschaft gebührend feiern. Was lag näher, als zu diesem Anlass den Adventstreff der Chemnitzer Ärzte am 6. Dezember 2016 ganz besonders zu gestalten?

Ein Ensemble junger Sänger des bekannten Studio WM aus Chemnitz empfing die Anwesenden mit einem schwungvollen Weihnachtslied. Nach der Begrüßung durch den Vorsitzenden der Kreisärztekammer, Dr. med. Andreas Bartusch, ließ es sich der Präsident, Erik Bodendieck, nicht



Der Gläserne Neandertaler
© Dipl.-Med. Anke Protze, Chemnitz

nehmen, einige Grußworte an die anwesenden Ärzte zu richten, die vergangene Arbeit zu würdigen und zukünftige Aufgaben zu umreißen. Gern gesehener Gast war der Ehrenvorsitzende der Kreisärztekammer, Dr. med. Roland Endesfelder, der vom Gründungstag am 16. Februar 1991 an 19 Jahre lang die Geschicke der Kreisärztekammer als Vorstands-

vorsitzender leitete. Auch der Vorstandspate der Kreisärztekammer, Dr. med. Stefan Hupfer, gab den Chemnitzer Ärzten die Ehre. Viele angeregte Gespräche und ein Gang durch die extra für die Kreisärztekammer geöffneten Ausstellungen sorgten für eine entspannte, festliche Atmosphäre.

Das Team des Studio WM unter Moderation seines Leiter, des Opernsängers Wieland Müller, bot anschließend ein musikalisches Programm. Es erklangen weihnachtliche Werke und Kompositionen aus der Welt des Musicals und der Show. Die jungen Sänger nahmen die Anwesenden mit einer gelungenen Mischung aus besinnlichen Momenten und frischen Ideen gefangen. Belohnt wurden sie dafür von den Chemnitzer Ärzten mit kräftigem Applaus und eine rundum gelungene Veranstaltung fand damit ihren Abschluss.

Dipl.-Ing. (FH) Beatrix Thierfelder
Leitende Sachbearbeiterin
Bezirksstelle Chemnitz

Zwickauer Ärzteball

Forensische Geschichten beim 11. Zwickauer Ärzteball, 18. März 2017, Konzert- und Ballhaus „Neue Welt“ Zwickau

Der Zwickauer Ärzteball steht nunmehr seit elf Jahren für ein festliches Ambiente und geselliges Beisammensein. Zur alljährlichen Ballnacht am 18. März 2017 erwarten die Organisatoren, die Kreisärztekammer Zwickau, die Medizinische Gesellschaft Zwickau und die Veranstaltungsagentur Krauß Event, wieder mehr als 400 Ballgäste.

Unter dem Motto „Forensische Geschichten – zwischen Fiktion und Realität“ berichtet die bekannte Zwickauer Bestseller-Autorin Claudia Puhlfürst kurzweilig und unterhaltsam über die Arbeit der Rechtsmedizin.

Medizin am Lebensende

Am 13. Oktober 2016 fand in der Sächsischen Landesärztekammer Dresden eine Veranstaltung zum Thema „Palliativmedizin – Eine Standortbestimmung für ärztliche Senioren“ statt. Der Kurs wurde vom Seniorenausschuss der Sächsischen Landesärztekammer angeregt und organisiert. Er orientiert sich in Aufbau und Zielgruppe an dem Notfallkurs für ärztliche Senioren, welcher in den vergangenen Jahren an verschiedenen Orten in Sachsen angeboten wurde.

Zielstellung war ein Überblick zur Struktur medizinischer Versorgung am Lebensende in Sachsen. Neben einem kleinen geschichtlichen Exkurs wurde über aktuelle Aspekte der Palliativmedizin informiert. Im Fokus stand eine Übersicht zu aktuellen Betreuungsstrukturen von der hausärztlichen Ebene bis zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) und deren Interaktion. Informiert wurde auch zu den ehrenamtlichen ambulanten Angeboten und



© Kristin Schmidt

Die traditionelle Verleihung des „Heinrich-Braun-Förderpreises“, erlesene Gaumenfreuden vom Galabuffet, ausgesuchte Tanzmusik von der ballerprobten Reinhard-Stockmann-Band und eine Wohltätigkeitstombola runden die ereignisreiche Ballnacht ab.

Kartenwünsche richten Sie bitte an Krauß Event GmbH – Telefon 0375 88300000 oder per E-Mail an info@kruussevent.de

Die Balkarte kostet 95,00 Euro und beinhaltet den Sektempfang, Dinnerbuffet und gute Unterhaltung.

zur Hospizsituation in Sachsen. Einen breiten Raum nahmen Darlegungen zur Beantragung, Organisation, Leistungen sowie Kooperationen ein. Mögliche Erwartungen an, aber auch Grenzen der Versorgung im Rahmen der SAPV wurden abgesteckt. Die Referenten informierten über die aktuellen gesetzlichen und standespolitischen Einordnungen zu den verschiedenen Formen der Sterbegleitung und berücksichtigten auch europäische Entwicklungen. Mit Nachdruck wurde auf die Notwendigkeit der eigenen Vorsorge im Rahmen von Patientenverfügung, Betreuungsvorgang und Vorsorgevollmacht hingewiesen.

Die anschließende Diskussion zeigte das Interesse der ärztlichen Senioren an diesem Thema. Das reichhaltige Angebot an Formularen und Broschüren zu diesem Thema wurde ebenfalls gut angenommen. Der Seniorenausschuss bedankt sich an dieser Stelle beim Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e. V. und seiner Geschäftsstellenleiterin Christine Buhl für die großzügige Unterstützung mit Materialien.

Referenten der Veranstaltung waren die ärztliche Leiterin der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung am Universitätsklinikum Dresden, Dr. med. MSc. Susanne Heller, sowie Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud, Hausarzt, ebenfalls aus Dresden. Mit den Erfahrungen aus dieser Auftaktveranstaltung werden weitere Angebote geplant. Fest steht der nächste Termin am 24. April 2017, 16.00 Uhr in der Bezirksstelle Chemnitz, Carl-Hamel-Straße 3 (Referent: Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud). Eine Veranstaltung in Leipzig ist für den 15. Mai 2017, 16.00 Uhr, geplant (Bezirksstelle der KVS, Braunstraße 16).

Anmeldungen für beide Veranstaltungen nimmt Marco Madysa über das Referat Fortbildung unter der Telefonnummer 0351 8267-348, Faxnummer 0351 8267-322 oder per E-Mail fortbildungskurse@slaek.de entgegen. Die Teilnahmegebühr beträgt 18,00 Euro.

Dr. med. Sigrid Müller
Dr. med. Ute Göbel
Seniorenausschuss der
Sächsischen Landesärztekammer

Aktion „Schüler retten Leben“ gestartet



Sigrid Brenner vom Interdisziplinären Simulatorzentrum der Universitätsklinik Dresden übt mit Thilo Klemz, Oberschule Ebersbach, am Phantom die Herzdruckmassage.

© Uniklinik Dresden

Die ersten Lehrer aus Dresden, Leipzig und Chemnitz haben im Januar in einer zweistündigen Fortbildung das Rüstzeug bekommen, um künftig Schülern ab der 7. Klasse die Grundprinzipien der Wiederbelebung nach Herzstillstand „Prüfen. Rufen. Drücken“ nahezubringen. Basis für diese und weitere Fortbildungen ist ein Beschluss der Kultusministerkonferenz (KMK). Mit dem dabei erworbenen Wissen und trainierten Fähigkeiten legen die Pädagogen den Grundstein dafür, dass in Zukunft Schüler in Sachsen einmal im Jahr eine zweistündige Unterrichtseinheit zur Laienreanimation absolvieren können. Geschult werden sie von ehrenamtlichen Dozenten der Unikliniken Dresden und Leipzig sowie der Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz.

Gutachter gesucht

Prüfung der Gleichwertigkeit ausländischer Bildungsabschlüsse im Approbationsverfahren

Die Landesdirektion Sachsen ist zuständige Approbationsbehörde für

Das Sächsische Staatsministerium für Kultus (SMK) hat im Rahmen des Projekts 42 Schulen mit jeweils sieben Reanimations-Phantomen für die Kurse ausgestattet. Die Sächsische Landesärztekammer (SLÄK) hat das Projekt beim Erstellen des Konzepts und den Abstimmungsgesprächen mit dem Kultusministerium tatkräftig unterstützt sowie die Koordination der Schulungen in Dresden, Chemnitz und Leipzig übernommen. Um sicher zu gehen, dass das Fortbildungskonzept eine verlässliche Basis für die Schülerkurse ist, evaluieren Anästhesisten der Universitätsklinik Dresden deren Erfolg.

Täglich erleiden in Deutschland bis zu 175 Menschen einen plötzlichen Herzstillstand. Aber nur in etwa 30 Prozent der Notfallsituationen greifen nichtprofessionelle Helfer in Deutschland aktiv ein, bevor der Rettungsdienst eintrifft. Es sind aber gerade diese ersten Minuten, die für das Überleben des Betroffenen entscheidend sind. In anderen europäischen Ländern werden die lebensrettenden Maßnahmen in 65 bis 75 Prozent der Fälle von medizinischen Laien begonnen. Einer der Gründe für die höhere Bereitschaft zur Laienreanimation ist, dass in diesen Ländern die Erste-Hilfe-Thematik nicht wie in Sachsen lediglich in den Lehrplänen verankert ist, sondern dort die Herz-Druck-Massage mit den Schülern trainiert wird. Daher hat der Schulausschuss der KMK die Empfehlung beschlossen, dass das Thema „Wiederbelebung“ künftig ab der siebten Klassenstufe in jährlich zwei Schulstunden behandelt werden sollte und dafür die Lehrkräfte entsprechend zu schulen sind. Mit dem Start der Fortbildungen wird diese Empfehlung vom SMK in

Kooperation mit der SLÄK und dem Dresdner Uniklinikum umgesetzt.

„Wenn Lehrer Kindern und Jugendlichen beibringen, wie sie Leben retten können, legen wir den Grundstock für ein gesellschaftliches Miteinander, in dem einer für den anderen Verantwortung übernimmt. Kinder sind die Basis unserer gesellschaftlichen Entwicklung. Lehrer leisten hier eine ganz wichtige Arbeit, wobei wir sie als Ärzte nur tatkräftig unterstützen können.“, sagt Erik Bodendieck, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer.

Die drei simplen Regeln „Prüfen. Rufen. Drücken!“ lauten: Prüfen, ob die bewusstlose Person noch atmet. Dann unter der europaweit gültigen Notrufnummer 112 den Rettungsdienst rufen. Und schließlich fest und mindestens 100 Mal pro Minute in der Mitte des Brustkorbs drücken und nicht aufhören, bis Hilfe eintrifft. „Wenn wir die Wiederbelebungsrate durch Laienhelfer erhöhen, könnten in Deutschland jährlich rund 5.000 Menschenleben gerettet werden“, sagt Dr. med. Ralph Kipke, Notfallmediziner und Mitglied des Ausschusses Notfall- und Katastrophenmedizin der Sächsischen Landesärztekammer. Diese Art der Reanimation folgt den Empfehlungen der medizinischen Fachgesellschaften und basiert auf den Ergebnissen mehrerer wissenschaftlicher Studien.

Weitere Informationen:
www.bzga.de/presse/daten-und-fakten/wiederbelebung/

Knut Köhler M.A.
 Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Antragsteller, die im Freistaat Sachsen als Arzt, Zahnarzt oder Apotheker arbeiten möchten. Ein Schwerpunkt bei den Approbationsverfahren von Antragstellern aus sogenannten Drittstaaten ist die Überprüfung der Gleichwertigkeit ausländischer Bildungsabschlüsse nach § 3

der Bundesärzteordnung, § 2 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde und § 4 der Bundes-Apothekerordnung in Verbindung mit den jeweils maßgeblichen Approbationsordnungen. Der Ausbildungsstand ist danach als gleichwertig anzusehen, wenn die Ausbildung

des Antragstellers keine wesentlichen Unterschiede gegenüber einer vergleichbaren deutschen Ausbildung aufweist. Zur Prüfung der Gleichwertigkeit müssen die Inhalte der von den Antragstellern belegten Studienfächer der ausländischen Hochschule mit den vergleichbaren Inhalten eines an einer deutschen Hochschule absolvierten Studiums der Medizin, Zahnmedizin bzw. Pharmazie geprüft und miteinander verglichen werden; Berufserfahrungen beziehungsweise praktische Tätigkeiten des Antragstellers müssen dabei berücksichtigt werden.

Zur Unterstützung dieser Gleichwertigkeitsüberprüfungen sucht die Landesdirektion Sachsen einen oder mehrere Gutachter. Diese müssen

über ein abgeschlossenes Studium der Medizin, Zahnmedizin beziehungsweise Pharmazie an einer deutschen Universität oder Hochschule verfügen und im Besitz einer rechtswirksamen Approbation als Arzt, Zahnarzt beziehungsweise Apotheker sein. Die Gleichwertigkeitsprüfung erfolgt anhand der jeweils geltenden bundesgesetzlichen Vorschriften. Die Kenntnisse zur Ausbildung zum Arzt, Zahnarzt beziehungsweise Apotheker in Deutschland, gemäß der jeweils geltenden Approbationsordnungen, sind Voraussetzung. Eine Hochschultätigkeit ist daher wünschenswert.

Das von dem Gutachter zu erstellende Gutachten zur Gleichwertigkeitsüberprüfung fließt als Sachver-

ständigengutachten in das Approbationsverfahren ein. Sollten sich daraus Fragen ergeben, muss der Gutachter bis zum bestandskräftigen Abschluss des Approbationsverfahrens zur Verfügung stehen.

Der Gutachter erhält für das Gutachten seine Kosten und notwendigen Auslagen erstattet.

Bei Interesse wenden Sie sich bitte an die zuständige Referatsleiterin in der Landesdirektion Sachsen, Helga Steiner. Frau Steiner ist unter der E-Mail helga.steiner@lds.sachsen.de bzw. unter der Telefonnummer 0351 825-2200 zu erreichen.

Dr. jur. Alexander Gruner
Leiter der Rechtsabteilung

Fehlzeiten während der Ausbildung „Medizinische Fachangestellte“

Gemäß § 43 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz in Verbindung mit § 8 Abs. 1 der Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlussprüfungen im Ausbildungsberuf „Medizinische Fachangestellte“ der Sächsischen Landesärztekammer ist zur Abschlussprüfung zuzulassen, wer die Ausbildungszeit zurückgelegt hat.

Die Vorschrift, dass zur Abschlussprüfung zuzulassen ist, wer die Aus-

bildungszeit zurückgelegt hat, beschränkt sich nicht darauf, dass die Ausbildungszeit bloß kalendarisch „abgelaufen“ ist. Vielmehr verlangt sie, dass sie tatsächlich zurückgelegt bzw. abgeleistet wurde, worunter mehr zu verstehen ist, als nur der kalendarische Ablauf.

Die Ausbildungszeit gilt in der Regel dann als zurückgelegt, wenn eine Fehlzeit wegen Krankheit oder sonstiger Verhinderung nicht mehr als zehn Prozent der vorgesehenen Ausbildungszeit beträgt.

Fehlzeiten sind Zeit, in denen zum Beispiel wegen Krankheit, Krankheit

des Kindes oder Mutterschutz keine Ausbildung erfolgt.

Bei einer Ausbildungszeit von drei Jahren entspricht dies einer Fehlzeit von insgesamt nicht mehr als 78 Arbeitstagen (bei einer Umschulungszeit von 30 Monaten insgesamt nicht mehr als 65 Arbeitstagen).

Ist eine Ihrer Fragen offen geblieben, rufen Sie uns an! Wir sind gern für Sie da: Telefon 0351 8267-170/171/173.

Marina Hartmann
Leitende Sachbearbeiterin
Referat Medizinische Fachangestellte

Konzert und Ausstellungen

Ausstellungen im Foyer und 4. Etage

Lutz Bleidorn
WaldLandschaft – Malerei, Zeichnung
bis 23. April 2017

Die Dresdner Künstlerfamilie Hofmann
27. April bis 9. Juli 2017
Vernissage: Donnerstag,
27. April 2017, 19.30 Uhr
Einführung: Mathias Wagner, Kurator,
Staatliche Kunstsammlungen Dresden

Programmorschau

2. April 2017, 11.00 Uhr
Junge Matinee „Die französische Natur“

Studierende der Liedklasse der Hochschule für Musik Carl Maria von Weber Dresden entführen die Konzertbesucher mit Liedern über Schmetterlinge, Bestien und seltsame Vögel, u. a. von Gabriel Fauré, Claude Debussy, Maurice Ravel, Francis Poulanc, in eine fantastische Welt der Natur.
Künstlerische Leitung: Vincent Borrits

Differenzialdiagnostische und therapeutische Gesichtspunkte von Heiserkeit

M. Reiß¹, G. Reiß²

Zusammenfassung

Etwa ein Prozent aller Patienten konsultiert den Arzt wegen Heiserkeit. Die Ursachen einer Heiserkeit sind sehr vielfältig. Sie kann vor allem durch akute und chronische Laryngitiden (40 Prozent und zehn Prozent), funktionelle Stimmstörungen (30 Prozent), gutartige (15 Prozent) sowie bösartige Tumoren (drei Prozent) und Stimmlippenpareesen (fünf Prozent) hervorgerufen werden. Alter (zwei Prozent) und psychogene Faktoren (zwei Prozent) können ebenfalls eine Rolle spielen. Die Therapie richtet sich nach der Ursache. Eine Heiserkeit sollte immer ernst genommen werden und muss bei einer Anamnesedauer von über drei Wochen ärztlicherseits abgeklärt werden.

Schlüsselwörter

Heiserkeit; Dysphonie; Laryngitis; Larynxmalignom; Diagnose; Therapie; Review

Einführung

Eine Stimmstörung wird allgemein auch als Dysphonie bezeichnet und kann die Veränderung des Stimmklanges mit Heiserkeit, reduzierter stimmlicher Leistungsfähigkeit und Sprechanstrengung sowie körperliche Missempfindungen im Kopf-Hals-Bereich (Halsschmerzen, Rausperzwang, Hustenreiz, das Gefühl des Außer-Atem-Seins) bis zum Globusgefühl umfassen [10, 12]. Heiserkeit ist hierbei das Hauptsymptom und umschreibt eine Störung der Stimme in Form einer Stimmklangveränderung. Bei Kindern kommt es in 40 bis 80 Prozent zu emotionalen Auswirkungen (Traurigkeit, Ärger, Frustration) und zu einer Beeinträch-

tigung der sozialen Kontakte [12]. Eine kindliche Heiserkeit bedarf daher immer einer fachärztlichen Abklärung und muss in der Mehrzahl der Fälle die Einleitung einer Stimmübungsbehandlung nach sich ziehen, um entsprechenden sekundären Effekten entgegen zu wirken [12, 37].

Die Prävalenz der Heiserkeit liegt bei ein Prozent und es besteht eine Lebenszeitprävalenz von etwa 30 Prozent [31].

Verschiedene Erkrankungen und Faktoren können eine Heiserkeit hervorrufen:

- akute Laryngitis (40 Prozent)
- chronische Laryngitis (10 Prozent)
- funktionelle Stimmstörungen (30 Prozent)
- gutartige Tumoren (10 bis 30 Prozent)
- bösartige Tumoren (drei Prozent)
- Stimmlippenpareesen (drei bis zehn Prozent)
- „sogenannte“ Altersstimme (zwei Prozent)
- psychogene Faktoren (zwei Prozent)
- berufliche Faktoren (zum Beispiel Vielsprecher, Sänger, Exposition von Schadstoffen)
- internistische Erkrankungen [36, 38] (Tab. 1).

Diagnostik

Die Erhebung der Beschwerden umfasst neben der Heiserkeit die Frage nach Schluckzwang, Trockenheitsgefühl, Stimmbelastungsproblemen, Schleim, Druckgefühl, Brennen, Schmerzen und Räuspern [12, 38]. Klinisch erfolgt die Untersuchung in

der Regel zunächst durch die indirekte Laryngoskopie mit dem Spiegel. Alternativ kann die Inspektion des Larynx transoral mittels Lupenlaryngoskop oder transnasal mit einem flexiblen Endoskop erfolgen. Eine heiserkeitsrelevante larynxendoskopische Einschätzung ist jedoch erst durch die videolaryngostroboskopische Untersuchung möglich, da das menschliche Auge die hochfrequenten Stimmlippen-schwingungen optisch nicht detailliert erkennen kann. Das Prinzip basiert auf einer periodischen Beleuchtung der Stimmlippen mit Lichtblitzen in regelmäßigen Abständen, so dass die Stimmlippenfunktion und ganz besonders die Regelmäßigkeit der Schwingungen, die Amplitude, der Bewegungsablauf bei der Öffnungs- und der Schließphase der Glottis untersucht werden kann. Die Untersuchung ist hilfreich bei Stimmlippeninfiltrationen (zum Beispiel bei Tumoren zur Früherkennung) und funktionellen Stimmstörungen [27, 36, 38].

Für die auditiv-perzeptive Bewertung hat sich für die Stimmklangbeurteilung eine graduelle Klassifikation der Heiserkeit durchgesetzt (RBH-System nach Wendler) [38]. Heiserkeit = H besteht entweder aus R = Rauigkeit (Irregularitäten der Stimmlippen-schwingung) oder B = Behauchtheit (unmodulierte Ausatmenluft) bzw. aus beiden Heiserkeitskomponenten.

Funktionelle Stimmstörungen

Eine funktionelle Stimmkrankheit ist durch Veränderungen des Stimmklanges und Einschränkungen der Stimmleistungsfähigkeit gekennzeichnet, ohne dass erkennbare organische Veränderungen vorliegen. Pathogenetisch liegt eine längerfris-

Tab. 1: Klassifikation der Heiserkeit nach der Ursache

Ursache	Beispiel
Kongenital	Glottissegel, Laryngozele
Entzündlich	Akute Laryngitis, chronische Laryngitis
Trauma	Kehlkopftrauma, Intubationstrauma
Tumor	Larynxkarzinom, gutartige Raumforderungen des Larynx
Neurologisch	Rekurrensparese, spasmodische Dysphonie, „Vocal cord dysfunction“
Systemisch und metabolisch	Presbyphonie, Tuberkulose, Rheumatooidarthritis, Morbus Wegener, Sarkoidose, gastroösophagealer Reflux

¹ Elblandkliniken Radebeul, Klinik für HNO-Heilkunde

² Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie, Universitätsklinikum Dresden

tige Störung der aerodynamisch-myoelelastischen Stimmstehung vor, welche eine unökonomische Kraftwirkung am Stimmlippenepithel hervorruft [12]. Man kann diese Störung in eine Unterfunktion, das heißt einen kraftlosen Klang mit einer flachen Atmung und herabgesetzter Muskelspannung, und in eine Überfunktion bzw. hyperfunktionelle Stimmstörung, das heißt mit einer nichtphysiologischen Tonusvermehrung der Stimmlippen bei der Phonation beziehungsweise Atem- und Sprechtechnik, unterteilen. Frauen sind häufiger als Männer an funktionellen Stimmstörungen erkrankt [36]. Wenn das Singen beeinträchtigt ist, bezeichnet man das als Dysodie [38]. Die Behandlung besteht neben dem Ausschalten schädlicher Einflüsse (Rauch- und Alkoholverbot) in einer Stimmtherapie und einer stimmhygienischen Beratung. Während der ersten drei Wochen sollte keine berufliche Stimmbelastung erfolgen, Husten und Räuspern sollen vermieden werden, keinesfalls Flüstern. Die Dauer einer intensiven Stimmtherapie beträgt etwa vier Wochen und es sollte eine Massage mit Phonationsübungen erfolgen [36, 38].

Sekundäre organische Manifestationen einer funktionellen Stimmstörung

Infolge einer funktionellen Stimmstörung können sich sekundär organische Veränderungen ausbilden. Prinzipiell kann man eine juvenile und eine adulte Form beziehungsweise Schrei- und Sängerknötchen unterscheiden. Stimmlippenknötchen werden insbesondere bei Kindern beiderlei Geschlechts und bei jüngeren Frauen beobachtet. Nach dem 50. Lebensalter treten Stimmlippenknötchen selten auf. Bei männlichen Erwachsenen kommen sie nicht vor. Diese Veränderungen können sich aufgrund einer nicht behandelten hyperfunktionellen Stimmstörung entwickeln. Es kommt zunächst zu reaktiven Phonationsverdickungen am Übergang zwischen dem vorderen und mittleren Stimmlippendrittel der medialen Stimmlippenkante, das heißt an dem Ort der höchsten Beanspruchung bei der Phonation [19,

36]. Mit der Stimmtherapie kann bei über 80 Prozent der Patienten die Stimmqualität wieder normalisiert werden. Eine mikrolaryngoskopisch-chirurgische Abtragung ist nur selten in einem zweiten Schritt erforderlich [32].

Weitere sekundäre organische Veränderungen sind die Hyperämie, die Schleimauflagerung, Kontaktveränderungen (lokale Rötung, Erosionen und Pachydermien bis zu Granulomen im hinteren Glottisbereich) und die Taschenfaltenstimme [23, 38].

Organische Stimmstörungen Laryngitis

Bei der Laryngitis kann man eine akute und eine chronische Form unterscheiden. Durch die akute unspezifische Laryngitis wird mit etwa 40 Prozent am häufigsten überhaupt eine Heiserkeit hervorgeufen. Die akute Laryngitis tritt bei Infekten der oberen Atemwege auf und wird überwiegend viral verursacht. Sie entwickelt sich in der Regel nach einer Rhinopharyngitis in Form eines „absteigenden Katarrhs“. Nach maximal zwei Wochen ist die Laryngitis ausgeheilt [8]. Umwelteinflüsse, wie zum Beispiel trockene und staubige Luft oder feuchtkalte Witterung können ebenfalls eine akute Laryngitis hervorrufen. Die Stimmlippen sind gerötet und ödematös. Die Schleimhaut ist bei der viralen Laryngitis oft trocken und bei der bakteriellen Superinfektion gelegentlich fibrinös-eitrig verändert. Bei der Behandlung der akuten Laryngitis steht die Stimm Schonung im Vordergrund. Allerdings wird keine absolute Stimmruhe empfohlen, da es sonst zu einer Fehlkompensation und sogar zu einer Aphonie (Stimmlosigkeit) kommen kann [30]. Eine antibiotische Therapie ist nur in Ausnahmefällen, wie beispielsweise bei einer bakteriellen Superinfektion oder Tuberkulose des Larynx indiziert [30, 32].

Eine chronische Laryngitis liegt dann vor, wenn entzündliche Schleimhautveränderungen nach mindestens drei Wochen noch nicht ausgeheilt sind [21, 33] (Abb. 1). Sie entsteht auf dem Boden einer vorgeschädigten

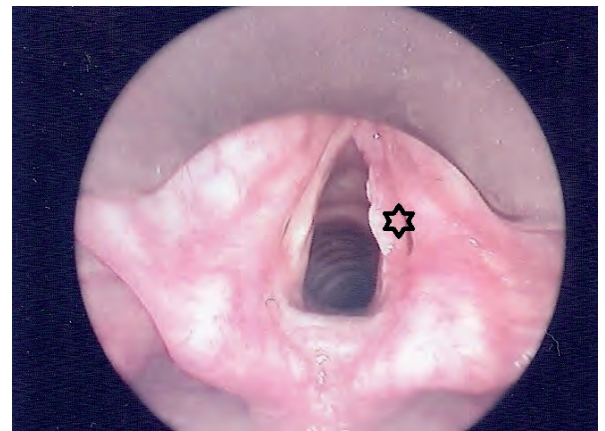


Abb. 1: Chronische Laryngitis mit hochgradigen Dysplasien (Stern). Der Patient ist starker Raucher und der Stimmklang ist rau und gepresst. © Priv.-Doz. Dr. med. habil. Michael Reiß

Schleimhaut und kann durch virale oder bakterielle Superinfektionen auch rezidivierend auftreten. Bei der chronisch-hyperplastischen Form handelt es sich um eine Vorstufe des Stimmlippenkarzinoms. Ursachen sind Nikotinabusus, inhalative Umwelttoxinen, arbeitsplatzbedingte Faktoren (zum Beispiel Asbest, Zementstaub, Kobalt-VI-Verbindungen) und gastroösophagealer Reflux [2, 38]. Neben einer Dysphonie bestehen unspezifische Halsbeschwerden oder Räusperzwang. Bei der Laryngoskopie zeigt sich anfangs eine gerötete Schleimhaut und im weiteren Verlauf bestehen zunehmend Unregelmäßigkeiten der Schleimhautoberfläche. Mit zunehmender Keratose verfärbt sich die Oberfläche weißlich und die Stimmlippe kann walzenförmig verdickt aussehen. Bei entsprechenden Befunden ist eine histologische Sicherung indiziert. Die Therapie besteht in einer Noxenkarenz. Es sind regelmäßige laryngoskopische Kontrollen in Kombination mit der Videostroboskopie zur Beurteilung der Feinschwingungsfähigkeit der Stimmlippen zum Ausschluss einer Tiefeninfiltration erforderlich, um eine bösartige Entartung rechtzeitig zu erkennen [18, 27].

Gutartige Tumoren und Veränderungen Stimmlippenpolypen und Zysten

Stimmlippenpolypen sind einseitige Verdickungen am freien Rand der Stimmlippen (Abb. 2). Dadurch kommt es zu einer Behinderung der

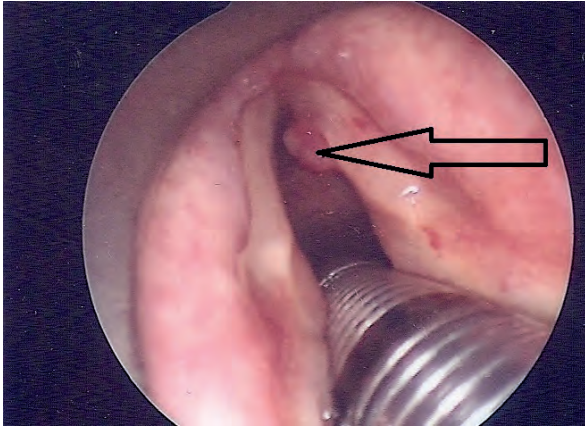


Abb. 2: Polyp im Bereich der rechten Stimmlippe (Pfeil).
© Priv.-Doz. Dr. med. habil. Michael Reiß

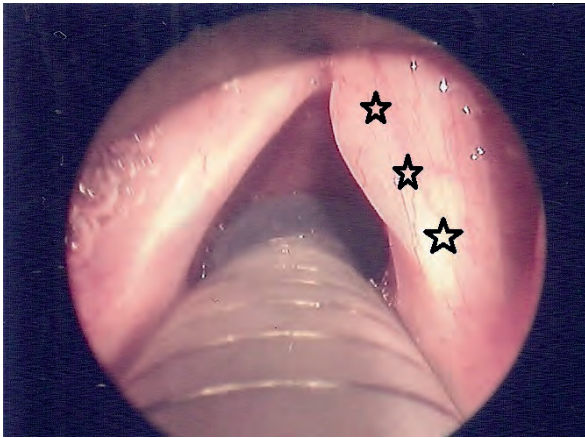


Abb. 3: Reinke-Ödem rechte Stimmlippe (Sterne).
© Priv.-Doz. Dr. med. habil. Michael Reiß

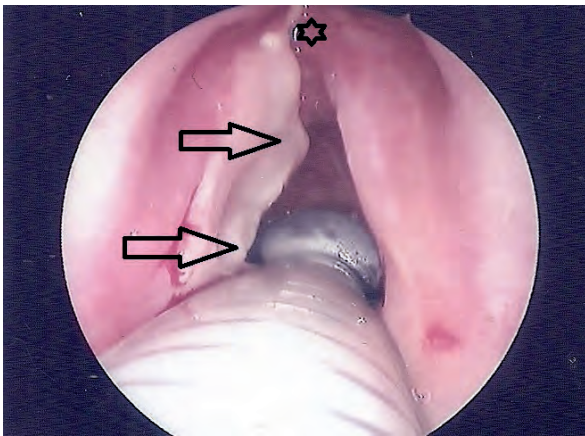


Abb. 4: Plattenepithelkarzinom linke Stimmlippe (Pfeile),
es reicht bis in die vordere Kommissur (Stern).
© Priv.-Doz. Dr. med. habil. Michael Reiß

Phonation. Polypen sind bei Männern mit ca. 55 Prozent etwas häufiger als bei Frauen [14]. Nikotinabusus, eine chronische Laryngitis und ein Stimmmissbrauch können die Entstehung begünstigen [2, 4]. Zysten entstehen, wenn Schleimdrüsenausführungsgänge obstruieren. Symptome sind neben der Heiserkeit eine verminderte Lautstärke und

Ermüdbarkeit der Stimme. Die Behandlung des Polypens besteht in einer mikrolaryngoskopischen Entfernung am Ansatz. Die Zyste muss dagegen vollständig mit der Kapsel entfernt werden [18].

Reinke-Ödem

Das Reinke-Ödem ist durch eine Einlagerung von Flüssigkeit beziehungsweise durch ein Ödem in dem Raum zwischen Stimmlippenepithel und Muskulatur (Reinke-Raum) gekennzeichnet [7]. Ätiologisch spielen vor allem Tabakrauch und ein ausgeprägter Stimmgebrauch („Marktschreier“) eine Rolle. Frauen sind mit 80 Prozent deutlich häufiger betroffen als Männer [19]. Die Therapie besteht in einer Sandwich-Therapie aus Stimmübungsbehandlung und Mikrolaryngoskopie mit schleimhautschonender Exzision sowie Absaugen der Ödeme und postoperativer neuerlicher Stimmübungsbehandlung. Weiterhin ist auch eine Nikotinkarenz empfehlenswert [5, 39] (Abb. 3).

Papillome

Papillome sind primär gutartige, blumenkohlartige Neubildungen im Bereich der Stimmlippen. Sie können aber auch außerhalb des Kehlkopfes, das heißt extralaryngeal in der Lufttröhre, den Bronchien oder der Lunge vorkommen. Man kann zwischen einer juvenilen und einer adulten Form unterscheiden [17, 33].

Die juvenile Papillomatose kommt meist zwischen dem zweiten und vierten Lebensjahr vor. Über 100 unterschiedliche Typen humaner Papillomaviren (HPV) existieren. Die HPV 11 Infektion führt bei Kindern zu einem besonders schweren Verlauf, welche eine Atemwegsobstruktion hervorrufen kann. Die adulte Papillomatose kommt zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr vor. Es können zwar Epitheldysplasien beziehungsweise -veränderungen der Papillome in bis zu 30 Prozent der Fälle bestehen, aber eine Beziehung zwischen HPV und einem Larynxkarzinom ist selten [8, 17].

Die Papillome werden mikrolaryngoskopisch bevorzugt mittels CO₂-Laser (hämostatische Eigenschaft, Vaporisation der Läsionen ohne Gefahr

einer Streuung) chirurgisch entfernt. Wiederholte chirurgische Abtragungen sind zum Teil erforderlich. Die Indikationsstellung sollte sorgfältig erfolgen (erneute Rezidive, Vernarbungen, Verschlechterung der Stimmqualität). Im Kindesalter kann bei ausgeprägter Rezidivneigung die laserchirurgische Abtragung mit einer interstitiellen lokalen α -Interferontherapie kombiniert werden. Bei der adulten Form sind Rezidive wesentlich seltener. Eine adjuvante antivirale Behandlung mit Cidofovir durch direkte Applikation wird derzeit diskutiert [13].

Stimm lippenmalignome

Über 90 Prozent der Patienten mit bösartigen Tumoren der Stimmlippen sind Plattenepithelkarzinome und Heiserkeit ist das Frühsymptom. Etwa zwei Drittel der Larynxmalignome sind im Bereich der Stimmlippen lokalisiert, während die restlichen Drittel überwiegend supraglottisch und seltener subglottisch vorkommen (Abb. 4 und Abb. 5). Die Inzidenz des Stimmlippenkarzinoms beträgt etwa sieben von 100.000 Menschen. Kehlkopfkarzinome treten überwiegend bei Männern auf. Dauer und Menge von Tabakkonsum stehen in direkter Beziehung zum Kehlkopfkrebsrisiko [17, 33]. Bei 15 Prozent der Patienten mit einer Leukoplakie beziehungsweise Dysplasie kann sich nach etwa 40 Monaten ein Larynxkarzinom entwickeln [22]. Bei der stroboskopischen Untersuchung zeigt sich ein phonatorischer Stillstand, da durch die Tumorfiltration die Feinschwingungen der Stimmlippen aufgehoben sind [22, 38].

Aufgrund der schnell auftretenden Heiserkeit wird das Karzinom im Bereich der Glottis bei etwa 30 Prozent der Fälle im Frühstadium (T1) festgestellt [17, 24]. Die 5-Jahres-Überlebensrate beträgt dann fast 100 Prozent. Bei der Behandlung muss man die Karzinome im Frühstadium und fortgeschrittene Larynxmalignome unterscheiden. In den Frühstadien besteht die Therapie entweder in einer transoralen Tumorentfernung – zum Beispiel mit Laser oder Radiofrequenz – oder in einer klein-

volumigen Bestrahlung. Zu einer Heiserkeit kann es entweder durch einen unvollständigen Schluss durch postoperative Defekte oder auch durch Vernarbungen kommen [34, 35].

Wenn eine Heiserkeit länger als drei Wochen persistiert oder der Verdacht auf eine ernste Ursache wie zum Beispiel Malignome besteht, ist also umgehend eine Abklärung durch den Allgemeinmediziner sowie durch einen HNO-Arzt mit Hilfe einer Laryngoskopie notwendig [4, 17].

Presbyphonie

Die physiologische Altersstimme bezeichnet man auch als Presbyphonie. Bei etwa 25 bis 30 Prozent der über 65-Jährigen verursacht sie eine Heiserkeit. Das Verhältnis zwischen Männern und Frauen ist etwa gleich groß [26]. Die Stimmlippenmuskulatur atrophiert durch Alterungsprozesse. Dadurch kommt es zu einem ovalären Stimmlippenspalt bei der Phonation. Auch kommt es zu einer Atrophie der Schleim produzierenden Zellen der Stimmlippe, so dass es durch die Erhöhung der Schleimviskosität zu einer Verschlechterung des Stimmklangs kommt. Daneben können auch pulmonale Faktoren, wie zum Beispiel eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung, durch Verminderung des Anblasedrucks eine Presbyphonie begünstigen [26, 38]. Leitsymptom ist die schwache kraftlose Stimme. Die Behandlung besteht in einer Stimmtherapie, bei der der Tonus und der Anblasedruck gesteigert werden kann, oder in phonochirurgischen Maßnahmen zur Erhöhung des Glottisschlusses [26, 38].

Traumatologische Ursachen

Das äußere Trauma tritt durch stumpfe oder scharfe, geschlossene beziehungsweise offene Verletzungen auf. Ursachen können Rohheitsdelikte (Messer- und Schussverletzung, Schlägerei), Verkehrsunfälle und Suizidversuche durch Strangulation sein. Das klinische Bild reicht von Heiserkeit beziehungsweise Aphonie bis zur Atemnot, Husten, blutigem Auswurf sowie Schmerzen, Dysphagie oder Odynophagie [9, 25].

Lupenlaryngoskopisch kann man Schleimhautverletzungen, ödematös-hämorrhagische Schleimhautschwellungen, Hämatome, gegebenenfalls eine Aryknorpelluxation und selten frakturierte, frei in das Kehlkopf lumen hinein ragende Knorpelteile erkennen [9, 16].

Das innere Kehlkopftrauma ist eine akute oder chronische Verletzung der inneren Kehlkopfweichteile durch mechanische Schäden (Fremdkörper, Endoskopie, Intubation), chemische oder thermische Noxen (heiße Dämpfe, Raucheinwirkung durch Brände, Laugen) [9, 34]. Symptome sind Dysphonie, Reizhusten, Abhusten von weißlichem bis blutigem Auswurf, Schmerzen, Atemnot mit Stridor. Die Beschwerden können sofort oder verzögert auftreten (Intubationstrauma mit Ausbildung von Granulomen) [9]. Laryngoskopisch imponiert eine gerötete Schleimhaut, ein Ödem, ein Hämatom, Intubationsgranulome am Processus vocalis oder Synechien im Bereich der vorderen Kommissur [9, 38].

Die Therapie besteht in der Gabe von Kortison, Antibiotika, in der Bronchialtoilette, Inhalation (Sole, Bepanthen) bzw. feuchte Raumluft, Stimmruhe und Eiskrawatte. Bei akuter Atemnot muss die Intubation und gegebenenfalls die Koniotomie sowie Tracheotomie erfolgen. Die weitere Behandlung richtet sich nach der Schädigung (zum Beispiel Wundrevision bzw. operative Reposition des Knorpels). Die Behandlung der Heiserkeit bzw. Dysphonie besteht in korrigierenden phonochirurgischen Eingriffen sowie Stimmübungstherapie und auch psychologischer Betreuung [14, 28, 38].

Gastroösophagealer Reflux

Bei 10 bis 30 Prozent der Patienten kann ein gastroösophagealer Reflux Schleimhautschädigungen im Bereich des Larynx und des Pharynx mit Entwicklung einer chronischen Laryngitis hervorrufen [27]. Ein gastroösophagealer Reflux kann auch zu einem Laryngospasmus bzw. einer „Vocal Cord Dysfunction“ (VCD) führen. Bei der Laryngoskopie kann man ein Schleimhauterythem, ein Stimmlippenödem oder eine Schleimhaut-

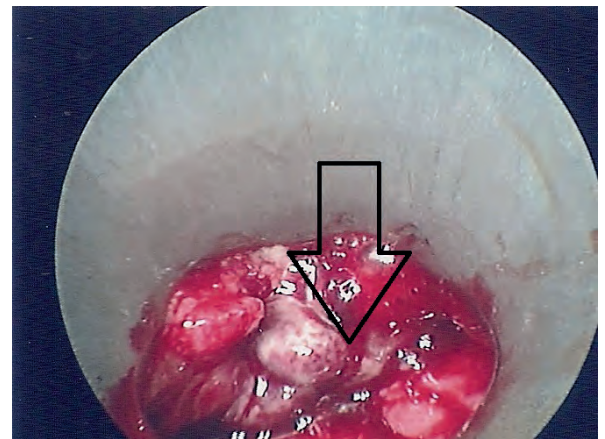


Abb. 5: Ausgedehntes Plattenepithelkarzinom, welches die Glottis vollständig verlegt (Pfeil). Anatomische Strukturen sind nicht mehr erkennbar.

© Priv.-Doz. Dr. med. habil. Michael Reiß

hyperplasie mit Fältelung zwischen den beiden Aryknorpel (Laryngitis gastrica, Refluxlaryngitis) erkennen [17, 33, 38].

Neben der Heiserkeit bestehen bei der überwiegenden Anzahl der Patienten ein chronischer Hustenreiz, Räusperzwang, unspezifische Schluckbeschwerden sowie ein Globusgefühl. Die probatorische Gabe von Protonenpumpeninhibitoren ist sowohl von diagnostischer als auch von therapeutischer Bedeutung [8, 32].

Neurogene Ursachen

Lähmungen der Stimmlippen

Bei der Stimmlippenlähmung handelt es sich um eine Minderbeweglichkeit oder einen kompletten Stillstand einer Stimmlippe, meist infolge einer Schädigung des N. laryngeus inferior („Rekurrensparese“). Durch den unvollständigen Stimmlippenschluss oder durch unregelmäßige Schwingungen der Stimmlippen kommt es zur Heiserkeit [23, 28, 38].

Die Hauptursache der Stimmlippenlähmungen sind bis zu 80 Prozent Operationen (Schilddrüse, nach Herzoperationen, thoraxchirurgischen Maßnahmen, Halswirbelsäulenoperationen sowie Tumoren der hinteren Schädelbasis) und auch Traumata im Bereich des Nervus vagus oder Nervus laryngeus recurrens [4, 28, 38]. Lähmungen können auch als Erstsymptom eines Schilddrüsenkarzinoms bei ca. bis zu zwei Prozent und bei einem Bronchialkarzinom bei bis zu 43 Prozent der Patienten auftreten.

ten. Eine idiopathische Parese kann in bis zu 40 Prozent der Fälle vorkommen [28].

Weitere periphere Lähmungen können den N. laryngeus superior („Superiorparese“) oder den gesamten N. vagus betreffen. Eine zentrale Parese ist meist durch gesamtkörperliche Folgen einer Hirnschädigung gekennzeichnet [23].

Die Therapie der „Rekurrensparese“ besteht zunächst in einer logopädischen Behandlung [38]. Kommt es nach zwei Monaten aufgrund des unvollständigen Stimmlippenschlusses nicht erheblich zu einer Besserung der Stimmqualität, kann eine temporäre Unterfütterung der Stimmlippen in Form einer Injektionsglottoplastik, zum Beispiel mit Hyaluronsäure, erwogen werden. Wenn die Lähmung länger als ein Jahr besteht, dann ist eine Erholung nicht zu erwarten. In diesen Fällen kann eine Injektionsglottoplastik mit autologem Fett oder eine Glottisplastik von außen erfolgen [4, 6].

„Vocal cord dysfunction“ (VCD)

Die „Vocal cord dysfunction“ (VCD) oder Larynx-Asthma ist eine intermittierende funktionelle Larynxobstruktion. Die Ätiologie ist unklar. Vermutet wird ein multifaktorielles Geschehen. Die obstruktiven Beschwerden treten beim Einatmen aufgrund einer Hyperreagibilität des Larynx auf. Ausgelöst wird die VCD durch Inhalationsreize, wie zum Beispiel Parfüm oder Allergene, oder durch einen gastroösophagealen Reflux [6, 36]. Die VCD kann bei ca. 5 Prozent der Asthmapatienten vorkommen. Bei den Patienten bestehen eine Dys- und auch Aphonie sowie eine subjektiv als ausgeprägt empfundene, anfallsartige Atemnot mit Stridor, so dass es zur Entwicklung von Angst- und Panikattacken kommt. Bei der Laryngoskopie kann man paradoxe Stimmlippenbewegungen mit Adduktion beim Einatmen erkennen [15]. Eine medikamentöse Behandlung ist nicht möglich. Die Atemnotanfälle können meist durch spezielle Atemtechniken beherrscht werden. Besonders bei sekundären Angst- und Panikattacken kommt zusätzlich eine Psychotherapie in Betracht [6].

Spasmodische Dysphonie

Die spasmodische Dysphonie ist eine fokale Dystonie, welche eine Heiserkeit hervorrufen kann. Die Erkrankung tritt im Erwachsenenalter auf und betrifft überwiegend Frauen [4]. Es kommt zu unwillkürlichen Spasmen der Kehlkopfmuskulatur mit verstärkten Öffnungs- (Abduktion) oder Schlussbewegungen (Adduktion) der Stimmlippen. Der Adduktoren-Typ kommt bei 90 Prozent der Patienten vor. Bei Phonation werden die Stimmlippen verstärkt angepresst. Ätiologisch liegt eine Neurotransmitterstörung mit Beeinträchtigung der sensomotorischen Larynxfunktion vor [3]. Die Behandlung besteht in einer Stimmübungsbehandlung und der Injektion von Botulinumtoxin in die verantwortlichen Stimmlippenmuskeln [3, 4].

Arzneimittelbedingte Heiserkeit

Eine Heiserkeit kann auch durch verschiedene Arzneimittel verursacht werden. Die in Betracht kommenden Nebenwirkungen lassen sich in drei Hauptgruppen einteilen: 1. Veränderungen der Schleimhaut durch Trockenheit (zum Beispiel Scopolamin, Neuroleptika, Glucocortikoide, Antidepressiva) oder Ödembildung (zum Beispiel inhalative Kortikosteroide, ASS, Hydantoine), 2. hormonelle Stimmstörungen (zum Beispiel Antikonzeptiva, Spironolactonpräparate) und 3. Beeinträchtigung der laryngealen Beweglichkeit (zum Beispiel Vincaalkaloide, Antiemetika) [11, 20, 38].

Psychogene Stimmstörungen

Psychogene Stimmstörungen kommen vor allem bei Frauen zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr vor. Oft geht dem Krankheitsbild ein psychisch belastendes Geschehen voraus. Die Patienten klagen über eine plötzlich auftretende ausgeprägte Heiserkeit bis zur akuten Aphonie. Der Stimmklang kann lautem Husten oder Räuspern ähneln. Bei der Laryngoskopie zeigen sich reizlose Verhältnisse. Allerdings kann die Adduktion der Stimmlippen bei der Phonation tonusbedingt eingeschränkt sein. Die Behandlung besteht zunächst in einem aufklärenden Gespräch, bei

der auf die Harmlosigkeit der Störung hingewiesen werden soll und in einer psychotherapeutischen Verhaltenstherapie. Des Weiteren sollte eine psychologisch orientierte Stimmtherapie erwogen werden [1, 29].

Fazit

Heiserkeit kann sehr verschiedene Ursachen haben. Es handelt sich um ein ernst zunehmendes Symptom. Die akute Laryngitis ist die häufigste Ursache von Heiserkeit im Rahmen eines fieberhaften Infektes. Die Behandlung besteht in Stimmruhe für einige Tage, reichlichem Trinken von Flüssigkeit, Gabe von NSAR und in Ausnahmefällen Antibiotika. Im Allgemeinen klingt eine Heiserkeit infolge einer akuten Laryngitis im Verlauf von ein paar Tagen wieder ab. Bei einer Heiserkeit, die gegebenenfalls mit Räusperzwang, Kloßgefühl, nächtlichem oder morgendlichem Husten kombiniert ist, sollte an einen gastroösophagealen Reflux gedacht werden.

Patienten mit Heiserkeit, bei denen Risikofaktoren vorliegen (Nikotin- und/oder Alkoholabusus, vergrößerte Halslymphknoten, Dysphagie, Odynophagie, Otagie und Dyspnoe sowie Hämoptysen, unklarer Gewichtsverlust, neurologische Symptome, Immunsuppression), sind sofort zu einem spezialisierten Facharzt zur Diagnostik zu überweisen. Dasselbe gilt für Kinder und Patienten, bei denen sich nach drei Wochen Beobachtung keine Besserung der Beschwerden einstellt (das heißt Ausschluss ernster Erkrankungen, wie Tumoren oder Lähmungen).

Literatur bei den Autoren

Finanzielle Unterstützung:
Dieser Beitrag wurde ohne finanzielle Unterstützung Dritter verfasst.

Interessenkonflikte: keine

Korrespondierender Autor:
Priv.-Doz. Dr. med. habil. Michael Reiß
Heinrich Zille Straße 13, 01445 Radebeul
E-Mail: michael.reiss@elblandkliniken.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. Versorgungsebenen sind der Inter-

netpräsenz der KV Sachsen zu entnehmen:

www.kvsachsen.de → Mitglieder → Arbeiten als Arzt → Bedarfsplanung und sächsischer Bedarfsplan.

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
Allgemeine fachärztliche Versorgung			
17/C008	Haut-und Geschlechtskrankheiten	Chemnitz, Stadt	13.03.2017
17/C009	Kinder-und Jugendmedizin/ ZB: Homöopathie	Plauen, Stadt/ Vogtlandkreis	13.03.2017
17/C010	Psychologische Psychotherapie – Tiefenpsychologie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Chemnitz, Stadt	13.03.2017
17/C011	Psychologische Psychotherapie – Tiefenpsychologie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Chemnitzer Land	13.03.2017
17/C012	Psychologische Psychotherapie – Tiefenpsychologie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Mittweida	13.03.2017
17/C013	Kinder-und Jugendlichenpsychotherapie – Tiefenpsychologie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Zwickau	13.03.2017
Spezialisierte fachärztliche Versorgung			
17/C014	Innere Medizin / SP Kardiologie (Vertragsarztsitz innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Chemnitz, Stadt	24.02.2017
17/C015	Innere Medizin / SP Nephrologie (häftiger Vertragsarztsitz innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Vogtlandkreis	24.02.2017

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
Allgemeine fachärztliche Versorgung			
17/D008	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Dresden, Stadt	24.02.2017
Spezialisierte fachärztliche Versorgung			
17/D009	Innere Medizin / Gastroenterologie (häftiger Vertragsarztsitz)	Dresden, Stadt	24.02.2017
17/D010	Innere Medizin / Gastroenterologie	Sächsische Schweiz – Osterzgebirge	24.02.2017

Schriftliche Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 8828-310 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
Hausärztliche Versorgung			
17/L002	Allgemeinmedizin*)	Markkleeberg	13.03.2017
Allgemeine fachärztliche Versorgung			
17/L003	Urologie (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Leipzig, Stadt	24.02.2017
17/L004	Urologie	Muldentalkreis	24.02.2017
17/L005	Neurologie und Psychiatrie	Delitzsch	13.03.2017
17/L006	Neurologie und Psychiatrie	Leipzig, Stadt	13.03.2017
17/L007	Neurologie und Psychiatrie	Leipzig, Stadt	24.02.2017
17/L008	Augenheilkunde	Leipzig, Stadt	24.02.2017

Schriftliche Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. 0341 2432-153 oder -154 zu richten.

Abgabe von Vertragsarztsitzen

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

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
Hausärztliche Versorgung		
Allgemeinmedizin*)	Plauen	geplante Abgabe 12/2018

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

Bezirksgeschäftsstelle Dresden

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
Hausärztliche Versorgung		
Innere Medizin*)	Riesa	Abgabe: Juli 2017
Allgemeinmedizin*)	Weißwasser	Abgabe: 01.04.2017
Innere Medizin*) Diabetologische Schwerpunktpraxis	Weißwasser	Abgabe: 01.04.2017
Allgemeinmedizin*)	Zittau Ort: Hirschfelde	Abgabe: ab Juli 2017

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 8828-310.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
Hausärztliche Versorgung		
Allgemeinmedizin*)	Torgau	Abgabe: 01.10.2017

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. (0341) 24 32 153 oder -154.

Ein postfaktischer Vortrag

Anmerkungen zum Vortrag von Dr. phil. Peter Heuer und der Veröffentlichung dazu im „Ärztblatt Sachsen“, Heft 12/2016, S. 491.

Zur 55. Kammerversammlung war ich Zuhörer des Vortrages von Dr. phil. Peter Heuer zum Thema „Freiheit und Abhängigkeit“. Ich halte die Argumentation von Dr. Heuer für in sich widersprüchlich und kontraproduktiv. Da aus meiner Sicht aber dringend eine Neuausrichtung der weltweit gescheiterten Drogenpolitik nötig ist, möchte ich hier eine Gegenargumentation vorbringen.

In seinem Vortrag umreißt Dr. Heuer erst die vielen Widersprüche in der Debatte um die Drogenpolitik. Geht dann aber auf diese Widersprüche nicht weiter ein, sondern umgeht sie weit ausholend mit Zitaten von Aristoteles bis Hegel und einer Argumentation mit den Begriffen „Freiheit von“ und „Freiheit zu“. Nur leider müsste man nach dieser Argumentation bei nüchternem Blick auf die Fakten in Deutschland zuerst Alkohol und Nikotin verbieten.

„Im Jahr 1996 waren 17.561 Todesfälle in Deutschland eindeutig dem Konsum von Alkohol zuzuschreiben, 42.000 Todesfälle waren mit Alkohol assoziiert [17]. (...) Die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren geht von derzeit rund 2,5 Millionen behandlungsbedürftigen Alkoholkranken aus.“ (www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/alkohol.pdf?__blob=publicationFile)

„Rauchen verkürzt das Leben um durchschnittlich zehn Jahre. In Deutschland sterben jedes Jahr 110.000 bis 140.000 Menschen an den Folgen des Rauchens.“ (www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/Gesundheitliche_Folgen_des_Rauchens.html)

Illegale Drogen verursachen pro Jahr etwa 1.000 Todesfälle in Deutschland. Tod und Krebs schränken die „Freiheit zu“ noch deutlich mehr ein, als zum Beispiel eine Opiatabhängigkeit. Trotzdem sind Alkohol und Nikotin in jedem Supermarkt für jeden Erwachsenen erhältlich, ja es wird in Deutschland sogar Werbung gemacht für Alkohol und Nikotin, die jährlich tausende Bürger krank machen und töten.

Man könnte mit den gleichen Argumenten, die für die freie Abgabe von Alkohol und Nikotin verwendet werden auch heute illegale Drogen kontrolliert abgeben. Wegen der Nichtdurchsetzbarkeit des Drogenverbotes sind diese sowieso nahezu überall verfügbar.

Deshalb nenne ich den Vortrag postfaktisch, er geht an diesen Fakten vorbei und vertritt mit philosophischen Argumenten eine gescheiterte, konservative Drogenpolitik.

Weltweit gibt es inzwischen Verfechter einer Neuausrichtung der Drogenpolitik, da die bisherige Politik der Verbote gescheitert ist. So spricht zum Beispiel Kofi Annan in

einem Spiegel Essay von der „Illusion einer drogenfreien Welt“ (www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/kofi-annan-die-illusion-von-einer-drogenfreien-welt-a-1078446.html). Er argumentiert für eine kontrollierte Freigabe von Drogen unter strenger staatlicher Kontrolle.

Der Staat hat meines Erachtens vorrangig die Aufgabe, die Bürger vor verunreinigten Drogen zu schützen, sie aufzuklären und eine gute medizinische Versorgung sicherzustellen, wie das bei Alkohol und Nikotin ja auch geschieht. Ich finde, dass die Konsumenten illegaler Drogen die gleichen Rechte haben sollten, wie die Konsumenten legaler Drogen. Beide Gruppen konsumieren aus dem gleichen fundamental menschlichen Antrieb heraus: der Lust am Rausch, der Freude am „Urlaub von der Vernunft“.

Rauschsubstanzen müssen jedoch teuer sein und nicht in jedem Supermarkt zu kaufen. Die Lösungen in Skandinavien sind hier ein gutes Vorbild.

Staatliches Handeln sollte demokratisch legitimiert und vernünftig sein und sich mit der Lebensrealität der Bürger entwickeln. Dass eine solche Entwicklung auf dem Gebiet der Drogenpolitik möglich ist, zeigt zum Beispiel die Entscheidung der Bürger Kaliforniens, Cannabis zu legalisieren. Es bleibt zu wünschen, dass auch in Deutschland in naher Zukunft eine solche Entwicklung stattfindet.

Dr. med. Jens Krauthaim, Leipzig

Musterformulare Patientenverfügung

Die Sächsische Landesärztekammer stellt seit vielen Jahren von Ärzten und Juristen erarbeitete Musterformulare für Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht bereit. Diese Formulare wurden nun aktuell vom Arbeitskreis Ethik in der Medizin komplett überarbeitet. In die Überarbeitung sind die neuere Rechtsprechung zu Patientenverfügungen wie auch die Möglichkeit der Kombination mit

einer Organspende eingeflossen. Die Musterformulare sind bewusst einfach und übersichtlich gehalten, um gerade älteren Menschen das Ausfüllen zu erleichtern. Die Musterformulare können als pdf unter www.slaek.de – Patienten heruntergeladen und ausgedruckt werden. Die Sächsische Landesärztekammer empfiehlt zugleich, sich mit dem Hausarzt zu beraten. Eine notarielle Beurkundung ist nicht zwingend notwendig.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

KAMMERBEITRAG

3% Ermäßigung bei
Onlineveranlagung.

TERMIN 1. MÄRZ 2017

Unsere Jubilare im März 2017 – wir gratulieren!

65 Jahre

- 03.03. Dr. med. Baumann, Gabriele
08289 Schneeberg
- 03.03. Dipl.-Med. Rothe, Eva-Maria
08344 Grünhain-Beierfeld
- 04.03. Dipl.-Med. Otto, Klaus-Dieter
02799 Waltersdorf
- 04.03. Dipl.-Med. Scharsky, Erika
04416 Markkleeberg
- 09.03. Prof. Dr. med. Jacobs, Enno
01309 Dresden
- 09.03. Dipl.-Med. Naumann, Klaus
09669 Frankenberg
- 09.03. Dr. sc. med.
Schubert, Thomas
01159 Dresden
- 10.03. Dr. med. Wagner, Guntram
09600 Kleinschirma
- 12.03. Dipl.-Med. Weck, Ursula
08468 Reichenbach
- 14.03. Dr. med. Ohlmer, Roswitha
01477 Arnsdorf
- 17.03. Dr. med. Beckmann, Bernd
09306 Rochlitz
- 17.03. Dr. med. Matz, Wera
01279 Dresden
- 18.03. Dr. med. Wächter, Joachim
04838 Eilenburg
- 19.03. Dipl.-Med.
Unfried, Natascha
09224 Chemnitz
- 23.03. Dipl.-Med.
Ermscher, Stephan
01307 Dresden
- 24.03. Dipl.-Med. Plewe, Ellen
09669 Frankenberg
- 27.03. Dipl.-Med. Bonitz, Ute
09128 Kleinolbersdorf
- 27.03. Dipl.-Med. Nitt-Türk, Hella
04552 Borna
- 30.03. Dipl.-Med. Beer, Regina
04277 Leipzig

70 Jahre

- 01.03. Dr. med. Baehnisch, Gunter
04105 Leipzig
- 03.03. Dr. med. Edelmann, Renate
04509 Delitzsch
- 04.03. Itz Edler
von Mildenstein, Edith
01468 Moritzburg/
Friedewald
- 05.03. Dr. med. Hänisch, Christoph
08309 Eibenstock
- 13.03. Dr. med. Liefke, Ursula
09114 Chemnitz
- 13.03. Dr. med. Perschke, Sigrid
08134 Wildenfels
- 20.03. Kunde, Klaus
01108 Dresden/OT Weixdorf
- 21.03. Knöfel, Gisela
04107 Leipzig
- 23.03. Dr. med. Johnigk, Bernd
09599 Freiberg

- 23.03. Dr. med. Kahlert, Ruth
01189 Dresden
- 28.03. Dr. med. Eymann, Bernd
01728 Bannewitz
- 28.03. Dipl.-Med.
Wiedemann, Steffen
02826 Görlitz
- 29.03. Dr. med. Blank, Gudrun
09599 Freiberg
- 31.03. Dipl.-Med.
Zachäus, Gabriele
01309 Dresden

75 Jahre

- 01.03. Dr. med.
Beier-Kirsten, Gabriele
04416 Markkleeberg
- 01.03. Dr. med. Beyer, Monika
01705 Freital
- 01.03. Dr. med. Döge, Dagmar
01279 Dresden
- 01.03. Dr. sc. med. Lampe, Jochen
01069 Dresden
- 02.03. Dr. med. Barthel, Eberhard
01796 Pirna
- 02.03. Dr. med. Bauer, Klaus
08451 Crimmitschau
- 02.03. Dr. med. Hertting, Frank
01825 Liebstadt
- 02.03. Dr. med. Lehmann, Volkmar
01662 Meißen
- 03.03. Prof. Dr. med. habil.
Kästner, Ingrid
04103 Leipzig
- 03.03. Dr. med. Kipka, Anna
04668 Grimma/OT Dorna
- 03.03. Dr. med. habil.
Mehlhorn, Johannes
09380 Thalheim
- 04.03. Dr. med. Höhne, Ingrid
01217 Dresden
- 06.03. Dr. med. Heidrich, Sigrid
04109 Leipzig
- 06.03. Dr. med. Pastrnek, Dietmar
04509 Delitzsch
- 06.03. Dr. med.
Schramm, Dietmar
02977 Hoyerswerda
- 07.03. Dr. med. Fiedler, Helga
04347 Leipzig
- 07.03. Dr. med. Häusler, Ulrike
01705 Freital
- 08.03. Dr. med.
Teichgräber, Gudrun
01705 Freital
- 09.03. Kühn, Werner
04155 Leipzig
- 10.03. Dipl.-Med.
Neumann, Winfried
01217 Dresden
- 11.03. Weller, Helga
01728 Bannewitz
- 13.03. Dr. med. Gürtler, Peter
04680 Colditz
- 13.03. Dr. med. Neumann, Horst
01809 Heidenau
- 14.03. Dr. med. Tausche, Peter
01309 Dresden
- 16.03. Dr. med. Mueller, Erik
01662 Meißen

- 16.03. Dr. med.
Sandner, Hans-Jochen
08115 Lichtentanne
- 16.03. Dr. med. Thoß, Ursula
08523 Plauen
- 17.03. Dr. med. Desselberger-
Schulze, Ingrid
01277 Dresden
- 17.03. Dr. med. Wachtarz, Bernhard
02894 Reichenbach
- 19.03. Dr. med. Gornig, Elisabeth
04279 Leipzig
- 19.03. Scheffel, Monika
02977 Hoyerswerda
- 19.03. Dr. med.
Schellenberger, Julia
04105 Leipzig
- 20.03. Dr. med.
Schulze, Hans-Joachim
02829 Ebersbach-
Neugersdorf
- 22.03. Borufka, Günter
04849 Bad Düben
- 22.03. Dr. med. Nowy, Joachim
02829 Markersdorf b. Görlitz
- 22.03. Dr. med. Winkler, Eberhard
08280 Aue
- 23.03. Dr. med. Nicht, Veronika
01309 Dresden
- 24.03. Tzscheutschler, Bärbel
09247 Röhrsdorf
- 25.03. Dr. med. Fleischer, Claudia
04103 Leipzig
- 26.03. Barzantny, Ursula
04886 Beilrode
- 26.03. Dr. med.
Oelschlegel, Joachim
08297 Zwönitz
- 29.03. Dr. med. Schulze, Rosemarie
02829 Schöpstal
- 29.03. Dr. med. Zechel, Iris
01728 Bannewitz
- 30.03. Dr. med.
Mutschke, Ingeburg
04347 Leipzig

80 Jahre

- 01.03. Dr. med. Löffler, Ingeborg
02826 Görlitz
- 03.03. Dr. med.
Scholz-Seiffert, Hanna
02826 Görlitz
- 04.03. Eckhardt, Horst
02827 Görlitz
- 04.03. Dr. med. Krosse, Christine
04328 Leipzig
- 05.03. Dr. med.
Krätzschar, Siegfried
04862 Mockrehna
- 06.03. Dr. med. Stüber, Roland
08539 Leubnitz
- 07.03. Lunina, Nina
01877 Bischofswerda
- 08.03. Dr. med.
Kazmirowski, Marianne
01445 Radebeul
- 09.03. Dr. med. Kosel, Dietmar
01259 Dresden
- 09.03. Dr. med. Petzel, Wanda
04178 Leipzig

- 09.03. Dr. med. Splith, Gunter
04329 Leipzig
- 11.03. Dr. med. Jährig, Eike
09212 Limbach-Oberfrohna
- 13.03. Dr. med.
Appenfelder, Renate
01109 Dresden
- 15.03. Dr. med.
Dölling-Jochem, Irmela
01734 Rabenau/Karsdorf
- 15.03. Dr. med. Stahl, Christa
09130 Chemnitz
- 18.03. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Altus, Ralf Erhard
01689 Weinböhla
- 22.03. Dr. med. Hübner, Ingrid
08056 Zwickau
- 25.03. Dr. med.
Lehmann, Manfred
04356 Leipzig
- 28.03. Dr. med. Simon, Johanne
01445 Radebeul
- 29.03. Dr. med. Fritzsche, Hans
01259 Dresden
- 29.03. Prof. Dr. med.
Kretzschmar, Rolf
01324 Dresden
- 81 Jahre**
- 02.03. Dr. med. Stoschek, Hanna
01326 Dresden
- 03.03. Dr. med. Geissler, Waldemar
01594 Heyda
- 03.03. Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Kotte, Wolfgang
01471 Berbisdorf
- 08.03. Dipl.-Med. Ernst, Edeltraut
01796 Pirna
- 09.03. Dr. med. Aleksic, Leonore
09122 Chemnitz
- 11.03. Dr. med. Bach, Herta
01277 Dresden
- 11.03. Dr. med. Werner, Ilse
09306 Erlau
- 12.03. Dr. med.
Jendreschek, Christa
01217 Dresden
- 13.03. Dr. med.
Joachim, Hans-Edleff
02826 Görlitz
- 13.03. Dr. med. Kademann, Heinz
04509 Delitzsch
- 15.03. Dr. med. Müller, Harry
04703 Leisnig
- 19.03. Schmolling, Dietlinde
08499 Mylau
- 21.03. Dr. med. Büttig, Manfred
01796 Pirna
- 21.03. Dr. med. Wagner, Leonore
02625 Bautzen
- 22.03. Wintzer, Ulrike
09131 Chemnitz
- 26.03. Dr. med. Höpner, Siegfried
09117 Chemnitz
- 82 Jahre**
- 02.03. Dr. med. Neytschew, Ingrid
04155 Leipzig
- 03.03. Dr. med. Grimm, Isolde
01689 Weinböhla
- 03.03. Dr. med.
Steeg, Hans-Wilhelm
08301 Schlema
- 04.03. Dr. med. Busse, Renate
08393 Meerane
- 05.03. Dr. med. Behrendt, Gisela
04299 Leipzig
- 08.03. Piechnik, Horst
04838 Naundorf
- 09.03. Prof. Dr. med. habil.
Furter, Hans
04425 Taucha
- 10.03. Dr. med.
Schumann, Hannelore
04229 Leipzig
- 16.03. Dr. med. Dieck, Georg
04109 Leipzig
- 16.03. Dr. med. Weller, Günther
08228 Rodewisch
- 18.03. Dr. med. HaBe, Manfred
02730 Ebersbach-
Neugersdorf
- 20.03. Dr. med. Bosch, Dietmar
01468 Moritzburg
- 21.03. Dr. med. Pachmann, Peter
09120 Chemnitz
- 22.03. Dr. med. habil.
Vetter, Joachim
09366 Stollberg
- 23.03. Dr. med. Dr.
Lonitz, Gottfried
08525 Plauen
- 25.03. Dr. med.
Zumpe, Eberhard
01458 Ottendorf-Okrilla
- 29.03. Dr. med.
Buschbacher, Richard
09111 Chemnitz
- 29.03. Doz. Dr. med. habil.
Fötzsch, Rolf
01768 Glashütte
- 83 Jahre**
- 02.03. Prof. Dr. med. habil.
Raatzsch, Heinz
01309 Dresden
- 02.03. Dr. med.
Seeliger, Johannes
02625 Bautzen
- 03.03. Dr. med. Schubert, Karin
01217 Dresden
- 04.03. Dr. med. Buhr, Joachim
08468 Reichenbach
- 09.03. Dr. med. Dietrich, Günther
01445 Radebeul
- 11.03. Dr. med. Gerisch, Renate
01844 Neustadt
- 16.03. Dr. med. Bochmann, Klaus
09603 Oberschöna
- 21.03. Dr. med. Jäger, Johannes
01279 Dresden
- 21.03. Dr. med. Schmook, Brigitte
04279 Leipzig
- 21.03. Dr. med. Schneider, Helga
09131 Chemnitz
- 22.03. Dr. sc. med. Gallwas, Klaus
04668 Grimma
- 22.03. Dr. med.
Schwerdtfeger, Renate
09599 Freiberg
- 23.03. Dr. med. Weber, Horst
04849 Bad Dübén
- 29.03. Dr. med. Wolowski, Helmut
09600 Weißenborn
- 30.03. Dr. med. Martin, Roswitha
09366 Stollberg
- 84 Jahre**
- 01.03. Dr. med. Weinert, Klaus
01219 Dresden
- 05.03. Dr. med. Fischer, Peter
02957 Krauschwitz
- 05.03. Kümmel, Siegfried
01561 Priestewitz
- 11.03. Prof. Dr. med. habil.
Hartig, Wolfgang
09212 Limbach-Oberfrohna
- 13.03. Dr. med. Dr. rer. nat.
Muschner, Konrad
01705 Freital/Pesterwitz
- 15.03. Dr. med. Gruner, Wolfgang
08371 Glauchau
- 16.03. Dr. med. Friedrich, Wolfgang
08301 Schlema
- 16.03. Dr. med.
Ramminger, Manfred
08280 Aue
- 20.03. Dr. med. Rauer, Eleonore
01737 Kurort Hartha
- 25.03. Dr. med. Kramer-Schmidt,
Barbara-Esther
02794 Leutersdorf
- 25.03. Dr. med. Kühne, Joachim
09526 Pfaffroda
- 85 Jahre**
- 03.03. Dr. med. Arbeiter, Michael
04736 Waldheim
- 05.03. Doz. Dr. med. Dr. med.
dent. Dyrna, Joachim
04316 Leipzig
- 17.03. Dr. med. Bresan, Johann
01917 Kamenz
- 19.03. Selle, Wolfgang
01468 Moritzburg
- 28.03. Dr. med. Vogel, Wolfgang
09456 Annaberg-Buchholz
- 29.03. Dr. med. Heyder, Horst
01217 Dresden
- 29.03. Dr. med. Schurig, Wolfram
01796 Pirna
- 86 Jahre**
- 12.03. Dr. med. Kühne, Sighilt
09526 Pfaffroda
- 17.03. Werner, Ursula
02763 Zittau
- 21.03. Dr. med. Richter, Christa
01217 Dresden
- 30.03. Dr. med. Krügel, Elisabeth
04178 Leipzig
- 87 Jahre**
- 31.03. Dr. med. Fröhlich, Barbara
01768 Glashütte
- 88 Jahre**
- 01.03. Prof. Dr. med. habil.
Weise, Klaus
04416 Markkleeberg

06.03. Dr. med. Müller, Edith
01129 Dresden

14.03. Dr. med.
Schneider, Hans-Georg
04155 Leipzig

24.03. Dr. med. Flex, Günter
04277 Leipzig

25.03. Dr. med. Klein, Charlotte
04289 Leipzig

27.03. Dr. med. Walther, Johanna
08209 Auerbach

27.03. Wientzek, Bernhard
01067 Dresden

89 Jahre

02.03. Hettwer, Elisabeth
01587 Riesa

24.03. Dr. med.
Tschardtke, Gudrun
01069 Dresden

90 Jahre

19.03. Steinmann, Erna
04328 Leipzig

25.03. Dr. med. Steglich, Barbara
02625 Bautzen

92 Jahre

30.03. Dr. med. Bergner, Hilda
01099 Dresden

93 Jahre

19.03. Dr. med. Steudtner, Gerd
01217 Dresden

27.03. Eisner, Ingeborg
04315 Leipzig

95 Jahre

10.03. Prof. Dr. med. habil.
Rösner, Klaus
08058 Zwickau

18.03. Dr. med. Kluppach, Harry
04229 Leipzig

96 Jahre

11.03. Dr. med. Nartschik, Clemens
04157 Leipzig

99 Jahre

10.03. Dr. med. Peißker, Elisabeth
04277 Leipzig

Prof. Dr. med. habil. Manfred Schönfelder zum 80. Geburtstag

Am 22. Dezember 2016 beging der ehemalige Direktor der Chirurgischen Klinik I der Universität Leipzig, Prof. Dr. med. habil. Manfred Schönfelder seinen 80. Geburtstag.

Manfred Oswald Ernst Schönfelder wurde als einer von vier Geschwistern in Falkenberg / Oberschlesien geboren. Er studierte von 1955 bis 1960 Humanmedizin in Leipzig, wurde zunächst Facharzt für Pathologie und 1970 schließlich auch Facharzt für Chirurgie. Er habilitierte sich 1976 auf onkologischem Gebiet und wurde 1977 zum Oberarzt ernannt. 1983 wurde er Abteilungsleiter für spezielle Onkochirurgie. Wie viele Ärzte der Universität Leipzig war er ein gutes Jahr als assoziierter Professor für Chirurgie an der Universität Addis-Abeba, Außenstelle Gondar, in Äthiopien tätig und wurde 1988 zum Außerordentlichen Professor ernannt. Prof. Dr. Schönfelder gehörte zu den besonders hervorzuhebenden Wissenschaftlern der medizinischen Fakultät der Universität Leipzig, die sich in den Wendejahren aktiv für eine Umgestaltung der Fakultät einsetzten. Er war in dieser schwierigen Zeit zunächst Prorektor für Medizin der Universität Leipzig, dann leitender Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums. Bis 1995 engagierte er sich in dieser Funktion für das Gesamtklinikum. Das war nicht immer einfach, war er doch zunächst als kommissarischer,



Prof. Dr. med. habil. Manfred Schönfelder
© Privat

dann als berufener Universitätsprofessor für Chirurgie gleichzeitig Direktor der Chirurgischen Klinik der Universität Leipzig. Sein Arbeitspensum war fast übermenschlich, schon allein, weil er keinerlei Abstriche an Qualität und Umfang seiner Arbeitsfelder zuließ. Für seine Mitarbeiter war er stets ein fachlich hochkompetenter aber auch ein menschlich kollegialer Ansprechpartner. Besonders engagierte er sich auf dem Gebiet der Onkologie. Als Leiter des Histo-pathologischen Labors der Chirurgischen Universitätsklinik, als Abteilungsleiter für Onkologische Chirurgie und als Leiter des Tumorzentrums des Universitätsklinikums Leipzig e. V. leistete er einen unschätzbaren Beitrag für die Bekämpfung des Krebsleidens. Besonders hervorzuheben ist seine Onkologische Spezialsprechstunde, welche er bereits 1970 aufgebaut hat und allmählich vergrößerte. Ein weiterer seiner wesentlichen Verdienste bestand in der Wiederbelebung und dem syste-

matischen Ausbau der Thoraxchirurgie an der Universität Leipzig. Dies ermöglichte ihm und seinem Team nicht nur eine exzellente Patientenbetreuung, sondern auch die Durchführung vieler klinischer Studien. Die Ergebnisse seiner Forschungsarbeit wurden zum Wohle seiner Patienten immer so schnell wie möglich in die Praxis umgesetzt. Neben seinen umfangreichen Forschungsaktivitäten kam die Lehre nie zu kurz. Insbesondere seine Vorlesungen zur Allgemeinen Chirurgie wurden von den Studenten sehr geschätzt. Unter seiner Anleitung konnten zahlreiche Promotionen und Habilitationen erfolgreich verteidigt werden. Viele Publikationen in nationalen und internationalen wissenschaftlichen Zeitschriften, Buchbeiträge sowie seine geschätzten Rezensionen von Monografien zeugen von seinem wissenschaftlichen Wirken. Nach seiner Emeritierung im Jahr 2002 konnte er sich nun seiner lieben Familie, die oft genug zurückstecken musste, vermehrt widmen, war aber auch weiterhin aktiv tätig und wirkte so unter anderem bei der Zertifizierung onkologischer Spezialzentren mit und engagierte sich für den Verein „Alumni der Leipziger Medizinischen Fakultät e. V.“, welchen er so auf den Weg brachte. Die ehemaligen Kollegen wünschen hiermit nachträglich auch im Namen des Departments für Operative Medizin des Universitätsklinikums Leipzig dem Jubilar weiterhin eine stabile Gesundheit sowie viele weitere erfüllte und glückliche Jahre.

Prof. Dr. med. habil. Uwe Eichfeld, Leipzig

Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Steffen Leinung

* 1.1.1964 † 25.11.2016

Gemeinsam mit der Familie trauern Freunde und Wegbegleiter um Prof. Dr. med. habil. Steffen Leinung, der am 25. November 2016 plötzlich und unerwartet von uns gegangen ist.

Sein Tod hat uns alle überrascht und eine schmerzhaft Zäsur gesetzt.

Steffen Leinung wurde am 1. Januar 1964 in Halle/Saale geboren. Als 15-jähriger musste er den krankheitsbedingten Tod des Vaters verschmerzen. Dies weckte in ihm den Wunsch, Menschen zu helfen und beizustehen.

Nach dem Abitur musste Prof. Dr. Leinung von 1982 bis 1984 auf die Immatrikulation warten. In dieser Zeit arbeitete er an der Chirurgischen Klinik der Universität Leipzig als pflegerische Hilfskraft. Hier erfuhr er, was Beistand, Mitgefühl, Nähe und menschliche Würde auch in schweren Stunden bedeuten. Dabei erwarb er sich größte Wertschätzung bei Menschen, die ihn zum Teil 30 Jahre lang begleiteten und er erlebte Albrecht Gläser, der ihm zum Vorbild wurde.

Das von 1984 bis 1990 in Leipzig absolvierte Medizinstudium schloss er als Diplommediziner ab. Stationen seiner Weiterbildung zum Facharzt für Chirurgie waren das Klinikum Sankt Georg in Leipzig, das Klinikum Bad Saarow und die Universität Leipzig. Am Universitätsklinikum Leipzig schloss Prof. Dr. Leinung 1996 seine Facharztweiterbildung für Chirurgie ab. Tiefer Humanismus und der Drang, über den eigenen Tellerrand zu schauen, führten ihn 1997 zu einem ersten Auslandseinsatz nach Ruanda. Die Relativierung vieler Unnötigkeiten unseres Gesundheitssystems, die er oft ansprach und seine Einstellung zu den Gefahren der Umstrukturierung unseres Gesundheitssektors basierten auch auf den dort gemachten Erfahrungen. Nach der Facharztanerkennung blieb Prof. Dr. Leinung an der bis 2002 von Prof. Dr. med. habil. Manfred



Prof. Dr. med. habil. Steffen Leinung
© Privat

Schönfelder geleiteten Chirurgischen Universitätsklinik Leipzig. Er wurde 1997 promoviert und absolvierte die Weiterbildungen zum Viszeralchirurgen 1999, zum Thoraxchirurgen 2006 und zum Proktologen 2008. Dort erfolgten 2001 die Ernennung zum Oberarzt, 2002 der Abschluss der Habilitation und 2003 die Erteilung der Venia legendi sowie 2007 die Ernennung zum außerplanmäßigen Professor. Während dieser Zeit entwickelte sich die onkologische Viszeral- und Thoraxchirurgie zu seinem wichtigsten Tätigkeitsschwerpunkt. Mit der Übernahme des Ordinariates von Prof. Dr. Manfred Schönfelder durch Prof. Dr. med. Johann Hauss rückte die Leber- und Pankreaschirurgie verstärkt in den Fokus. An der Universität entstanden eine große Zahl seiner 107 Originalarbeiten, zwölf Medienauftritte, 214 Kongressbeiträge sowie einige seiner 30 organisierten wissenschaftlichen Veranstaltungen. Die von ihm gestalteten Symposien haben bei vielen Teilnehmern vor allem wegen der persönlich geprägten Programmgestaltung und der Themenauswahl bleibende Eindrücke hinterlassen. Prof. Dr. Leinungs umfangreiche und ständig weiter entwickelte Kompetenz wird auch durch seinen Operationskatalog bezeugt, der fast 9.000 Operationen ausweist.

Seinen unermüdlichen Drang zur Weiterentwicklung brachte er auch in die von 2009 bis 2015 ausgeübte Chefarztposition am Parkkranken-

haus in Leipzig ein. Er etablierte an der von ihm geführten Klinik die Thoraxchirurgie und hob die onkologische Viszeralchirurgie auf ein neues Niveau. Es entstanden ein zertifiziertes Darmzentrum, ein zertifiziertes Pankreaszentrum sowie ein zertifiziertes Hernienzentrum. Letztes Zeugnis seiner unermüdlichen Kompetenzentwicklung war die Einführung der lokalen Peritonealkarzinosebehandlung mittels PIPAC an den Muldentalkliniken in Grimma. An dieser Klinik suchte und fand er 2016 ein seinen ethischen Ansprüchen entsprechendes Umfeld mit mehr Nähe zum Patienten sowie hoher Kollegialität.

Prof. Dr. Leinung war ein überaus kreativer und erfolgreicher Operateur. Basis seines Erfolges waren neben handwerklichem Geschick, ein enormer Anspruch an die eigene Sorgfalt und ein unerschütterlicher Respekt gegenüber den ihm anvertrauten Patienten. Als engagierter Lehrer vermittelte er dies einer Vielzahl von Kollegen. Sein enormer Anspruch an die Qualität seiner Arbeit und die Konsequenz der Realisierung dieses Anspruches führten zu einer hohen Wertschätzung bei Kollegen, Kooperationspartnern und Patienten. Nicht nur bei letzteren war er auch wegen seiner Warmherzigkeit, der Fähigkeit zuzuhören und einer ganz besonderen Empathie überaus beliebt.

Neben der klinischen Arbeit engagierte sich Prof. Dr. Leinung in verschiedenen Fachgesellschaften für die Interessen krebserkrankter Patienten. Beispielhaft sei hier seine Tätigkeit im Vorstand der Sächsischen Krebsgesellschaft erwähnt.

Prof. Dr. Leinung war nicht nur ein integerer und unbeugsamer Mensch, mitfühlender Arzt und engagierter Chirurg. Er war im Besonderen auch ein Arzt und akademischer Lehrer mit standhafter Freundlichkeit, menschlicher Wärme und seltener Großzügigkeit, die viele beeindruckt hat und in Erinnerung bleiben wird. Sein Andenken ist Mahnung und Ansporn zugleich!

Prof. Dr. med. habil. Peter Würfl,
MBA (Dessau und Leipzig) im Namen von
Freunden, Kollegen und Wegbegleitern

Nachruf für Prof. Dr. med. habil. Reinhard Ludewig

* 4.10.1923 † 30.11.2016

Am 30. November dieses Jahres starb in Leipzig der Pharmakologe und Toxikologe Prof. Dr. med. habil. Reinhard Ludewig, ehemaliger Direktor des Instituts für Klinische Pharmakologie der Universität Leipzig, im Alter von 93 Jahren – bis zuletzt fachlich engagiert und voller Pläne. Geboren am 4. Oktober 1923 in Dresden, nahm Prof. Dr. Ludewig nach Frontkrieg und Gefangenschaft am Wiederaufbau seiner zerbombten Heimatstadt Dresden teil. 1947 verließ er Dresden und begann in Wien das Studium der Medizin, das er 1953 mit der österreichischen Promotion zum Dr. med. univ. abschloss. Danach kehrte er nach Dresden zurück, wo er an verschiedenen Kliniken seine Ausbildung fortsetzte. Nach der klinischen Approbation arbeitete er seit 1954 als praktischer Arzt und zugleich am endokrinologischen Labor im Arzneimittelwerk Dresden, das Prof. Robert Thren leitete. Nach dem 1956 erfolgten Wechsel an das von Prof. Dr. sc. med. Fritz Hauschild geleitete Institut für Pharmakologie und Toxikologie der Universität Leipzig begann für Prof. Dr. Ludewig eine außerordentlich erfolgreiche Lehr-, Forschungs- und Konsultationstätigkeit. Seine wissenschaftlichen Arbeiten zur Wirkung von Wasserstoffperoxid mündeten 1963 in die Habilitationsschrift und als praktisches Resultat in die Entwick-



Prof. Dr. med. habil. Reinhard Ludewig
© Medizinische Fakultät Leipzig/Swend
Reichhold

lung der ins Arzneimittelsortiment der DDR aufgenommenen Präparate Oxyderm®, Elawox® und Gingivox®. Prof. Dr. Ludewig hielt ab 1958 – als einer der Ersten weltweit – systematische Vorlesungen mit Demonstrationen zur Klinischen Pharmakologie und Toxikologie und war Mitbegründer des Toxikologischen Auskunftsdienstes. Nach der Dozentur für Pharmakologie und Toxikologie (1963) und der Subspezialisierung für Klinische Pharmakologie (1977) erfolgte 1979 seine Berufung auf eine ordentliche Professur für Klinische Pharmakologie. 1984 entstand unter seiner Leitung das selbstständige Institut für Klinische Pharmakologie an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig. 125 Diplomanden und Doktoranden arbeiteten hier unter seiner Leitung im Laufe der Jahre an Themen zur Arzneimitteltherapie und Toxikologie.

Weltweite Anerkennung erlangte das unter Prof. Dr. Ludewigs Federführung entstandene Standardwerk „Akute Vergiftungen“ (1. Auflage 1966, mit Karlheinz Lohs), das 2014 in 11. Auflage erschien („Akute Vergiftungen und Arzneimittelüberdosierungen“, hrsg. mit Ralf Regenthal). Auch nach der Emeritierung im Jahr 1989 setzte Prof. Dr. Ludewig seine klinisch-pharmakologischen Vortrags- und Weiterbildungsaktivitäten sowie die Gutachterstätigkeit fort; auch war er auf dem Gebiet der medizinischen Graphologie und der Medizingeschichte aktiv (so publizierte er international beachtete Pathographien von Bach, Mozart und Beethoven). Zum 80. Geburtstag im Jahr 2003 wurde Prof. Dr. Ludewig mit einem wissenschaftlichen Symposium und Festakt gefeiert (vgl. „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 12/2003), im Jahr 2012 erhielt er das Bundesverdienstkreuz 1. Klasse (vgl. Deutsches Ärzteblatt, Heft 5/2012), und zum 90. Geburtstag 2013 pflanzten ehemalige Mitarbeiterinnen und Kollegen für ihn an der Deutschen Nationalbibliothek in Leipzig eine Linde. Er war Träger der Leipziger Universitätsmedaille und der Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille der Sächsischen Landesärztekammer.

Alle, die Prof. Dr. Ludewig kennenlernen durften, werden ihn als begeisterten Hochschullehrer, engagierten Pharmakologen und Toxikologen und als anregenden, geistreichen Gesprächspartner in dankbarer Erinnerung behalten.

Prof. Dr. med. habil. Ingrid Kästner, Leipzig

Anzeige

LEKTÜRE-EMPFEHLUNG:

„Erinnerungen sächsischer Ärzte 1949-1989“

Zu bestellen über:
Sächsische Landesärztekammer
Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Fax: 0351 8267-162
E-Mail: oeffentlichkeitsarbeit@slaek.de
(Schutzgebühr 8.00 Euro)

Balint im Wandel

Ein persönlicher Rückblick

Was hat sich in Deutschland im Laufe von 40 Jahren in der Balint-Arbeit verändert?

Die Teilnahme an Balintgruppen ist heute die Voraussetzung für die Anerkennung der Psychosomatischen Grundversorgung und für die Zulassung zu verschiedenen Facharztprüfungen bei den Landesärztekammern. Durch ein tieferes Verständnis der Arzt-Patienten-Beziehung kann sich der Arzt besser auf den Patienten und dessen Erleben einstellen und erfährt auch in den Balintgruppen viel über seine eigene Wirkung auf den Patienten.

Zu DDR-Zeiten sind wir in den 1970-er und 80-er Jahren drei bis vier Mal im Jahr zu Problemfallseminaren gefahren.

Wir, das waren psychotherapeutisch tätige ärztliche Kollegen aus Klinik und Praxis, wovon die meisten eine mehrjährige Ausbildung in Gruppenpsychotherapie („Intendiert Dynamische Gruppenpsychotherapie“) hatten. Es war eine *conditio sine qua non*, dass wir dort mit eigenen Tonbandprotokollen unserer Problempatienten anreisten. Innerhalb einer kleinen Gruppe wurden dann die Problemfälle unter Leitung von Professor Wendt (verst.) und Dr. phil. Tögel (Coleiter) bearbeitet.

In Verbindung mit der Ausreisewelle in den 1980-er Jahren, wo viele Familien und Freundschaften auseinandergerissen wurden, stieg der Bedarf an Psychotherapie stark an. Es gab zu dieser Zeit in der DDR nur etwa 80 Fachärzte für Psychotherapie und relativ wenige psychologische Psychotherapeuten (Fachpsychologen der Medizin). Im Januar 1991 wurde in Ostdeutschland unter Leitung von Sigmar Scheerer die Balint-Gesellschaft e. V. gegründet. Die Anerkennung als Balintgruppenleiter in dieser Gesellschaft Ostdeutschlands erhielten diejenigen Kollegen, die sowohl eine vierjährige Ausbil-

dung in „Intendiert Dynamischer Gruppenpsychotherapie“ absolviert, als auch als zweiten Facharzt den Facharzt für Psychotherapie hatten.

Nach der Wende war es unseren westdeutschen Kollegen schwer zu vermitteln, dass es auch in der DDR Psychotherapie gab.

So hörte ich oft den Satz: „Psychotherapie war ja bei euch schwer möglich, da ja überall die Stasi miten unter euch war“. Das stimmte zum Teil auch, wie sich nach der Wende herausstellte.

1992 kam es zum Zusammenschluss beider Balintgesellschaften aus Ost und West.

Bei meinen ersten gesamtdeutschen Balinttagungen unter Leitung von Prof. Stucke und Frau Stubbe war für mich bei der Bearbeitung der Arzt-Patienten-Beziehung die völlige Herausnahme des Referenten nach der Fallvorstellung neu. Auch das anschließende Fantasieren der Gruppenmitglieder in Bildern einerseits und die für mich analytische und zum Teil sehr intellektuell geprägte Herangehensweise irritierten mich. Der Nutzen der psychoanalytischen bzw. tiefenpsychologischen Technik der freien Assoziation und freischwebenden Aufmerksamkeit innerhalb der Gruppe, um Zugang zum unbewussten Geschehen der vorgestellten Arzt-Patienten-Beziehung zu ermöglichen, wurde mir erst im Laufe der Jahre bewusster.

Heute halte ich eine Einführung in die Balint-Arbeit am Beginn einer jeden neuen Gruppe für sehr wichtig. Nachdem für die Abrechnung der Psychosomatischen Grundversorgung bei der Kassenärztlichen Vereinigung und für die Zulassung zur Facharztprüfung verschiedener Facharztzweige eine bestimmte Anzahl an Balintstunden Voraussetzung wurde, stieg der Bedarf an Balintgruppen stark an.

Innerhalb der Deutschen Balintgesellschaft wurde aber zunächst nur ein Arzt, der interessiert und regelmäßig berufs begleitend an einer

kontinuierlichen Balintgruppe teilnahm, akzeptiert. Gute Erfahrung mache ich seit einigen Jahren mit vierteljährlichen Blockseminaren.

Hierbei lege ich großen Wert auf die Gruppenzusammensetzung. Nach Möglichkeit sollten Vertreter unterschiedlicher Fachdisziplinen und wenigstens drei bis vier männliche Kollegen in einem Blockseminar sein. In kollegialer Atmosphäre werden interdisziplinär Brücken zwischen unterschiedlichen medizinischen Einrichtungen und Fachdisziplinen geschlagen. Daneben leite ich eine kontinuierliche Balintgruppe, die sich zehn Mal pro Jahr trifft. Bei unseren jährlichen Sächsischen Balint-Studententagungen erfolgt immer eine Einführung in die Balintarbeit, um für Erstteilnehmer eine sichere und angstfreie Atmosphäre zu schaffen. Das ist heute umso mehr erforderlich, da sich in den letzten Jahren vermehrt ausländische Kollegen anmelden. Einerseits erschwert es die Arbeit für den Leiter aufgrund oft auftretender Verständigungsprobleme, andererseits stellt der Einfluss anderer Kulturen eine große Bereicherung für die Gruppe dar. Besonders die Unterschiede der Sozialsysteme gegenüber Deutschland werden erkenn- und erlebbar. Darüber hinaus können bei diesen Studententagungen Erfahrungen bei einer Teilnahme an Großgruppensitzungen gemacht werden, die auch als Balintstunden zählen. Insgesamt hat meine jahrzehntelange Verbundenheit mit Balint mein ärztliches Tun in Klinik und Praxis stark geprägt und bereichert.

Ich wünsche mir, dass bereits Medizinstudenten in klinischen Semestern und junge Assistenzärzte einen frühen Zugang zur Balint-Arbeit finden. In Balintgruppen können sie hautnah erleben, welche große Bedeutung die Arzt-Patienten-Beziehung für ihre spätere ärztliche Tätigkeit hat.

Dr. med. Elke Kuhfahl, Dresden
Balintgruppenleiterin der
Deutschen Balint-Gesellschaft e.V.

Carolahaush, Diakonissenanstalt und St. Joseph-Stift

Zur Geschichte von karitativen Vereinen geführter Dresdner Krankenhäuser

Vor 150 Jahren, am 25. Oktober 1866, trat das Königreich Sachsen der 1864 verabschiedeten Genfer Konvention des Roten Kreuzes bei, dem ersten völkerrechtlichen Vertrag zum Schutz der Verwundeten bei Kriegshandlungen und über die Neutralität des Sanitätspersonals. Bereits am 7. Juni 1865 etablierte sich in Sachsen eine erste Rot-Kreuz-Gesellschaft. Die Ausbildung und Organisation weiblicher Pflegekräfte übernahm die am 14. September 1867 gegründete Untergruppierung „Albertverein vom Roten Kreuz“. Diese weihte 1878 das Carolahaush ein, das um 1900 rund ein Zehntel der in Dresden verfügbaren Krankenhausbetten stellte. Da es bereits 1933 seinen Betrieb einstellen musste und im Februar 1945 zerstört

wurde, ist es aus dem Gedächtnis der Dresdner fast gänzlich verschwunden. Im Gegensatz dazu bestehen das Diakonissenkrankenhaus und das St. Joseph-Stift als Krankenhäuser von karitativen Trägervereinen noch heute.

Die Entstehung moderner Krankenhäuser in Dresden

Seit dem letzten Drittel des 19. Jahrhunderts wurden in den großen Städten Krankenhäuser etabliert, die nicht mehr als Versorgungs- und Kontrolleinrichtungen für unbemittelte Arme, Behinderte, unehelich Schwangere und Findelkinder dienen sollten. Vielmehr stand nun die ärztliche und pflegerische Versorgung akut erkrankter, unbemittelter Personen mit dem Ziel der Heilung oder Wiederherstellung ihrer Arbeitsfähigkeit im Vordergrund. In Dresden vollzog als einzige städtische Verpflegungsanstalt das 1569 gestiftete Pestilenz-Lazarett diese Wandlung hin zum Stadtkrankenhaus, wie es sich ab 1799 nannte. Allerdings blieb es weiterhin auch Pflege- und Sterbeeinrichtung, ebenso wie das 1747 ins

Leben gerufene Königliche Krankenhaus (1800: 12 Betten) und die Charité des Collegium medico-chirurgicum (1800: 24 Betten).

Als nach Ende der Napoleonischen Kriege die Bevölkerungszahl in Dresden stark angewachsen war, wurde das medizinische Versorgungsdefizit besonders spürbar. Zunächst nahmen sich zwei karitative Vereine der größten Not an – 1834 mit Gründung der Kinderheilanstalt und 1844 mit Einrichtung der ersten Diakonissenanstalt in Dresden. Als das Stadtkrankenhaus 1849 in das zu diesem Zweck umgebaute Marcolinische Palais umzog, verfügte Dresden über ein großes modernes Krankenhaus der Allgemeinversorgung. Allerdings reichten seine Kapazitäten nicht aus, um die infolge der Industrialisierung und der damit einhergehenden Urbanisierung weiter anwachsende Stadtbevölkerung ausreichend medizinisch zu versorgen, weshalb auch in den kommenden Jahrzehnten das Engagement karitativer Vereine erforderlich blieb. Als infolge der Bismarck'schen Sozialgesetzgebung vermehrt vor allem männliche Arbeiter eine Krankenhausbehandlung in Anspruch nahmen, stieg der Bedarf noch stärker an. Das Wachstum und die Weiterentwicklung in der Zeit zwischen 1840 und 1920 waren enorm und veränderten die Humanmedizin von einer unorganisierten pflegegeprägten Krankenversorgung zu einer auf hohem wissenschaftlichem Niveau basierenden, materiell gut ausgestatteten und durchorganisierten medizinischen Betreuung. Wenngleich die Stadt Dresden 1901 in der Johannstadt noch ein zweites Stadtkrankenhaus einweihte und das Königliche Entbindungsinstitut als Königliche Frauenklinik in der Friedrichstadt und schließlich als Neue Königliche Frauenklinik in der Johannstadt (1903) modernisiert wurde, konnte auf von karitativen Organisationen unterhaltene Krankenhäuser in Dresden nicht verzichtet werden.

Die Diakonissenanstalt

Der protestantische Theologe Theodor Fliedner (1800 – 1864) hatte 1836 den „Evangelischen Verein für



Abb. 1: C. L. (Ludwig) Nieper, Diakonissenanstalt, um 1865. Lithografie über Tonplatte, Inv.-Nr. 1980/k 2342. © Städtische Galerie Dresden – Kunstsammlung, Museen der Stadt Dresden / Franz Zadniecek

christliche Krankenpflege“ gegründet, der sich der Pflege armer Kranker sowohl in Krankenhäusern als auch in deren Wohnungen durch geschultes Pflegepersonal zum Ziel setzte. Mit der Etablierung von Diakonissenanstalten wurde aus der zumeist freiwilligen bzw. schlecht entlohnten Pfllegetätigkeit in den deutschen Ländern ein Beruf mit praktischer und theoretischer Ausbildung bei sozialer Sicherung der Pflegepersonen und damit für Frauen eine Alternative zur Ehe. Erst Ende des 19. Jahrhunderts setzte sich in Sachsen die Lohnarbeit in der Krankenpflege durch.

Die Dresdner Diakonissenanstalt wurde am 19. Mai 1844 als Kranke versorgender Wohltätigkeitsverein und als künftige Ausbildungsstätte für Krankenschwestern gegründet. Als Standort wählte man den östlichen Stadtrand an der Landstraße nach Radeberg und Bischofswerda, da in diesem an der Peripherie der Stadt gelegenen Gebiet die Wege zur Chirurgisch-medicinischen Akademie im Kurländer Palais und zum geplanten Stadtkrankenhaus in der Friedrichstadt zu weit waren (Abb. 1). Am 18. Mai 1844 nahmen zwei Diakonissen im Haus an der Böhmisches Gasse 13 die ersten Patienten – zwei Augenranke, eine Lahme und einen Gichtkranken – auf. 1846 erfolgte der erste Hauskauf am heutigen Standort für 14.000 Taler, wobei der Hauptanteil aus Spendengeldern stammte.

Die Beschreibung des Anwesens lässt erahnen, als welcher Glücksfall der Kauf den Vereinsmitgliedern und Diakonissen erschienen sein muss: „Das Haus lag in einem großen Garten, der von der Bautzner Straße bis zur Holzhofgasse reichte. Von der südöstlichen Spitze bot sich ein prächtiger Ausblick [...]“. Ein Chronist vermerkte später, dass schon „wenige Wochen nach dem Eröffnungstage [...] zahlreiche Gesuche von solchen [eingingen], die als Schwestern aufgenommen und ausgebildet sein wollten.“ Eine formal ausgeschlossene Sozialauswahl fand dennoch statt, denn Kleidung,

Bücher und Taschengeld waren privat zu finanzieren. Ärzte und Diakonissen unterwiesen während einer dreijährigen Ausbildungszeit die Schülerinnen in Praxis und Theorie. Anschließend übernahm das Mutterhaus alle Versorgungspflichten. Im Falle einer Heirat hatte die Diakonisse den Verband zu verlassen. Da eine sehr gute Schulbildung als Voraussetzung für die Tätigkeit als Oberin galt, blieb diese Position wiederum Frauen aus begüterten Familien vorbehalten.

Die Diakonissenanstalt war das erste moderne Krankenhaus in Dresden. Sie wurde stetig ausgebaut und stellte 1860 in einer internistischen und einer chirurgischen Abteilung ein Fünftel aller Krankenhausbetten der Stadt. Eine nicht nur auf Geburten beschränkte gynäkologische Station wurde 1889 eingerichtet. Um die Jahrhundertwende kamen weitere medizinische Fachabteilungen und Labore hinzu. Die Leitung der Diakonissenanstalt installierte also sehr schnell die neuesten medizintechnischen Errungenschaften und erweiterte das Krankenhaus unter modernsten Aspekten. Die naturwissenschaftlich begründete Medizin mit ihren zunehmenden therapeutischen Möglichkeiten nahm einen immer größeren Stellenwert ein. Damit erhielt auch die ärztlich-medizinische Selbstbestimmung im konfessionellen Haus ein größeres Gewicht gegenüber dem Gründungsgedanken der medizinischen Pflege im Verband der Diakonissen. Bereits in den ersten drei Jahren ihres Bestehens arbeiteten drei Ärzte an der Diakonissenanstalt. Ärzte und Pflegepersonal des Diakonissenkrankenhauses beeinflussten dann die Arbeit des 1849 eröffneten Stadtkrankenhauses in der Friedrichstadt nachhaltig. Diakonissen wurden dort Oberschwestern und Ärzte wechselten dorthin. So brachten beispielsweise das Mitglied des Sächsischen Landesmedizinalkollegiums¹ Herman Walther (1815 – 1871) und Eduard Zeis (1807 – 1868), der das Fachgebiet der plastischen Chirurgie definierte, ihre Erfahrungen aus der Diakonissenanstalt mit. Der ab 1868 die

Chirurgie und Pathologie leitende Ferdinand Leonhardi (1821 – 1907) hatte bereits in der Diakonissenanstalt die antiseptische Wundbehandlung eingeführt und setzte diese nun auch im Stadtkrankenhaus durch. Georg Theodor Chalybäus (1838 – 1919), welcher zwei Jahre im Diakonissenhaus arbeitete, wurde später zu einem bedeutenden Impfarzt in Dresden. Oskar Wilhelm Stelzner (1839 – 1901) war von 1866 bis 1880 im Diakonissenhaus beschäftigt und ging danach bis zu seinem Ruhestand 1900 als leitender Chirurg an das Stadtkrankenhaus Dresden-Friedrichstadt.

Bereits 1883 wurden in der Diakonissenanstalt rekonvaleszente Kinder unterrichtet. Die neue Bewertung der außerhalb der Familie eingesetzten Arbeitskraft von Frauen veranlasste die Diakonissenanstalt, ab 1884 auf ihrem Gelände das Luisenstift zu betreiben, das als Tagesstätte ca. 120 Kinder bis zu sechs Jahren versorgte und auch als Kleinkinderlehrerinnenseminar fungierte. Es gehörten weiterhin ein Hospiz, eine Mägdeherberge und eine Dienstbotenschule in der Holzhofgasse 13 dazu. Außerhalb dieses Areals betrieb die Anstalt weitere „Kleinkinderschulen“ sowie das sogenannte Siechenheim „Bethesda“ (heute Elblandklinikum Radebeul) in der Niederlöbnitz und in der Oberlöbnitz das „Magdalenenasyll“ als Zuflucht für Frauen und Mädchen. Finanziert wurden die karitativen Einrichtungen unter anderem mithilfe der von den Diakonissen betriebenen ausgedehnten Privatkrankenpflege.

¹ Das Sächsische Landesmedizinalkollegium war die erste gesetzliche ärztliche Landesvertretung in Sachsen zur Unterstützung der Staatsverwaltung, des Ministeriums des Inneren, in gesundheitlichen Angelegenheiten. Es hatte jedoch keine eigenen Verwaltungsaufgaben. Das Landesmedizinalkollegium war 1865 als Königlich-Sächsisches Landesmedizinalkollegium gegründet worden. Am 20. Mai 1912 ging es im Landesgesundheitsamt auf, bis dieses 1936 von den Nationalsozialisten aufgelöst wurde.



Abb. 2: Hugo Bürkner (Werkstatt), Heilstätte Carolahaus, 19. Jahrhundert.
Pinsel, Tusche, kaschiert auf Karton, Inv.-Nr. 1982/k 716 (Ausschnitt).

© Städtische Galerie Dresden – Kunstsammlung,
Museen der Stadt Dresden / Franz Zadniecek

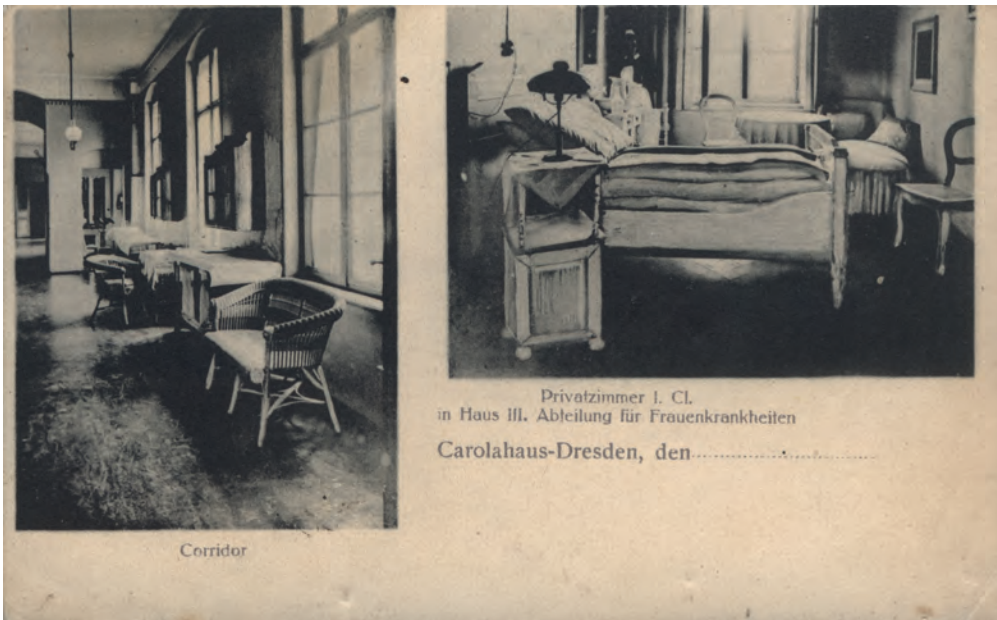


Abb. 3: Privatzimmer I. Klasse im Haus III in der Abteilung für Frauenkrankheiten des Carolahauses,
Postkarte vor dem Ersten Weltkrieg.

© Institut für Geschichte der Medizin der TU Dresden

Das Carolahaus

Der Albertverein vom Roten Kreuz organisierte die Tätigkeit und Ausbildung der ihm zugehörigen Krankenpflegerinnen, den Albertinerinnen, sowie freiwilliger Helferinnen. Bis 1907 war die sächsische Königin Carola (1833 – 1907) dessen Präsidentin. Seine Geschäftsstelle und seine Poliklinik befanden sich um die Jahrhundertwende (die Poliklinik von 1869 bis mindestens 1929) in einem Torwärterhaus am Dresdner Kaiser-Wilhelm-Platz (Palaisplatz). In der ambulanten Einrichtung erhielten während der 60 Jahre ihres Bestehens mehr als 200.000 Bedürftige eine kostenlose ärztliche Versorgung. Die Geschichte der von Albertinerinnen durchgeführten Krankenpflege begann in Dresden mit der 1871 nach dem Deutsch-Französischen Krieg von Marie Simon (1824 – 1877) und Frauen vom Albertverein eingerichteten Deutschen Heilstätte für Invaliden, die zugleich die erste nicht konfessionell gebundene Krankenpflegeausbildung in Dresden anbot. Die ehemalige Wäschehändlerin Marie Simon kaufte mit Eigenkapital und reichlich Spenden ein Areal von ca. 15.000 m² Größe im Dresdner Vorort Loschwitz (im heutigen Winkel Scheven- und Wunderlichstraße) mit einem Weinberghaus und einem Wirtschaftsgebäude. Die 1872 eröffnete Heilstätte war so gut ausgelastet, dass der Albertverein 1873 beschloss, ein Krankenhaus mit Krankenpflegeschule zu bauen. Jetzt benötigte vor allem die in der Industrie tätige Bevölkerung Krankenhäuser zur Wiederherstellung ihrer Arbeitskraft. Und eine solche Einrichtung wurde mit dem Carolahaus, benannt nach der sächsischen Königin, gegründet. Die sich vom Pirnaischen Tor Richtung Blasewitz nach Südosten ausbreitende, zunehmend dichte Wohnbebauung wurde als zukünftiger Krankenhausstandort ausgewählt. Im Jahr 1875 erfolgte der Ankauf eines Grundstückes – zwischen Blasewitzer Straße (jetzt Gerokstraße), dem Stephanienstraßenverlauf, dem Tatzberg und der späteren Arnoldstraße – von der Johanniskirche. Am 15. April 1878 weihte Königin Carola von Sachsen

das dritte moderne Krankenhaus zur Allgemeinversorgung in Dresden nach nur anderthalbjähriger Bauzeit ein (Abb. 2). Eine der Festreden hielt der Militärarzt und spätere ärztliche Leiter (1897 – 1901 im Carolahaus, danach bis 1918 ärztlicher Leiter der Chirurgischen Klinik im Stadtkrankenhaus Johannstadt) Benno Credé (1847 – 1929). Das Carolahaus diente als öffentliche Anstalt, war Mutterhaus und Lehrstätte der Albertinerinnen.

In dem mehr als vier Hektar großen Gelände wurden schließlich ein Hauptgebäude mit Schwesternwohnheim und Verwaltungsräumen, ein Krankenhausgebäude und zwei weitere Krankenpavillons sowie mehrere Funktionsgebäude nach jeweils neuesten technischen und hygienischen Standards errichtet. Es war mit einer medizinischen, einer chirurgischen, einer Augen- und einer Frauenabteilung ähnlich strukturiert wie das Diakonissenkrankenhaus. Auch das Carolahaus wurde kontinuierlich ausgebaut und modernisiert bei gleichbleibender Bettenzahl. Daraus folgte eine ständige Verbesserung der Behandlungsqualität.

Das Carolahaus unterhielt sich überwiegend aus den Verpflegungsgeldern, die die Patienten oder deren Versicherungen zahlten. Es erfolgte die damals übliche Einteilung der Patienten in drei Kategorien, die sich in den Aufwendungen für die Krankenkost, der Zimmergröße und -ausstattung und dem jeweiligen Betreuungsaufwand unterschieden. Auswärtige wurden aufgenommen, wenn deren Heimatgemeinden für sie bürgten. Zusätzliche Gelder wurden von Stiftungen sowie privat und kommunal finanzierten Freibetten bezogen (Abb. 3).

Am 27. August 1914 erfolgte nach 36 Jahren ziviler Nutzung die Räumung des Carolahauses, das nun als Vereinslazarett des DRK diente. Die Baracken wurden auf eine Kapazität von 340 Krankenbetten erweitert und zusätzlich 265 freiwillige Helferinnen angestellt. Die gut ausgebildeten Albertinerinnen leisteten medi-



Abb. 4: St. Joseph-Stift, Postkarte von 1895

© Krankenhaus St. Joseph-Stift

zinischen Dienst auf den Schlachtfeldern des Ersten Weltkrieges. Den Großteil der erhöhten Kosten des Carolahauses übernahm der Landesausschuss der Vereine vom Roten Kreuz im Königreich Sachsen. Trotzdem lasteten bereits 1917 Schulden von 330.000 Mark auf der Einrichtung.

Das St. Joseph-Stift

Die 1850 gegründete Kongregation St. Elisabeth-Verein war eine der Krankenpflege dienende katholische Schwesternschaft, die insbesondere in Polen und Deutschland arbeitete. 1860 wurde die Niederlassung in Breslau Sitz des Protektorates, wo sich ab 1890 auch der Sitz des Mutterhauses mit einer ersten kongregationseigenen Krankenpflegeschule befand.

König Johann von Sachsen rief 1860 drei als Krankenpflegerinnen tätige „Graue Schwestern von der Heiligen Elisabeth“ an das Königliche Krankenstift nach Dresden, das als Teil der Königlichen Familienstiftung zur medizinischen Versorgung der Familie der Regenten und der katholi-

schen Hofangehörigen diente. Graue Schwestern waren hier bis zur Zerstörung des Krankenstifts 1945 tätig. Außerdem unterhielten sie eine Station zur ambulanten Krankenpflege und führten ab 1877 das Armenhaus Franzeschi-Stift mit Altersheim und Volksküche sowie ab 1893 das Albertstift mit Kindergarten und Volksküche.

Der geistliche Beirat der Grauen Schwestern, Bischof Wahl (1831 – 1905), ließ im sogenannten „geistlichen Garten“ zwischen Queckbrunnen und Mittelgasse, der späteren Käufferstraße, ein Schwesternhaus errichten. Es wurde im Juni 1882 eröffnet und 1885 zur privaten Krankenanstalt erweitert. 1895 zogen Krankenanstalt und Schwesternschaft nach zweijähriger Bauzeit in das St. Joseph-Stift am heutigen Standort Wintergartenstraße 17, das wenig später um das Grundstück Wintergartenstraße 15 erweitert wurde (Abb. 4). Sieben bis acht Schwestern führten nun ein Belegkrankenhaus mit mehr als 50 Betten, das für den Großteil der ärmeren Dresdner Bevölkerung nicht zugänglich war. Während des Ersten

Weltkriegs versorgten die Grauen Schwestern das ebenfalls zum Lazarett umfunktionierte St. Joseph-Stift.

Bedeutung der drei Krankenhäuser für die medizinische Betreuung der Dresdner Bevölkerung im Kaiserreich

Die Diakonissen und die Rot-Kreuz-Schwester formten die moderne stationäre und ambulante Pflege in Dresden mit ihren eigenen Ausbildungsstätten. Aus ihren Reihen rekrutierten sich die Oberinnen der Dresdner Krankenhäuser bis in die 1930-er Jahre. Die in Breslau ausgebildeten Elisabethschwestern wirkten mit der Qualität ihrer Pflege fördernd auf das Niveau der Krankenversorgung. Auf dem 3. Vereinstag des Diakonissenhauses zu Dresden am 23. November 1888 wurde beispielsweise gefragt: „Woraus ist die nicht wegzuleugnende Vorliebe gewisser gebildeter Kreise in der Wahl der Grauen Schwestern zur Privatkrankenpflege zu erklären?“.

Eine ähnliche Bedeutung wurde auch für den ärztlichen Bereich sichtbar. Die Diakonissenanstalt und das Carolahaus waren oft eine wichtige Station für künftige leitende Dresdner Krankenhausärzte und Ärzte in eigener Niederlassung. Einige Ärzte betreuten neben ihrer Krankenhaus-tätigkeit zusätzlich in der Poliklinik des Albertvereins Patienten, sodass eine Verflechtung ihrer Aktivitäten zu verzeichnen war.

1899 verfügten das Carolahaus über 225 Betten, die Diakonissenanstalt über 176 Betten und das St. Joseph-Stift über 50 Betten. Insgesamt unterhielten sie ca. 16,5 Prozent der in Dresden vorhandenen Krankenhausbetten. Während das Carolahaus um 1900 drei Viertel des Verpflegungsgeldes selbst erwirtschaftete, konnte die karitativ ausgerichtete Diakonissenanstalt nur die Hälfte des notwendigen Etats durch Versicherungszahlungen bestreiten, den Rest musste sie durch Kirchenbezuschussungen und Spenden aufbringen. Im Jahr 1898 wurden im Carolahaus 1.738 Kranke, davon 1.026 männliche und 712 weibliche,

durchschnittlich jeweils 34 Tage verpflegt. Im Diakonissenhaus wurde mit 1.631 Kranken, davon reichlich 700 Männer und rund 900 Frauen, etwa die gleiche Patientenanzahl behandelt, obwohl die Diakonissenanstalt nur über ein ca. ein Drittel geringeres Budget und eine um ein Drittel geringere Bettenzahl als das Carolahaus verfügte. Die Abläufe im Diakonissenkrankenhaus müssen also koordinierter stattgefunden haben, zudem verbrauchte das Carolahaus mit der komplett neuen Ausstattung wesentlich mehr Geld. Im Carolahaus wurden mehr männliche und weniger weibliche Patienten behandelt, in der evangelischen Diakonissenanstalt war es umgekehrt. Vermutlich mussten mehr Frauen unentgeltlich betreut werden als die bereits krankenversicherten Männer, weshalb sie in der karitativ ausgerichteten Diakonissenanstalt eher Aufnahme fanden als im Carolahaus.

Entwicklung von 1918 bis 1945

Nach dem Ersten Weltkrieg sank – trotz des Ausbaus der beiden größeren Häuser – der Anteil der karitativen Einrichtungen an der Gesamtbettenzahl in Dresden auf insgesamt 11 Prozent. In den politisch und wirtschaftlich unsicheren Zeiten sollte auch die weitere Entwicklung der drei Kliniken sehr unterschiedlich verlaufen.

Die beiden konfessionell geführten Krankenhäuser waren aufgrund des Bevölkerungszuwachses Dresdens und der räumlichen Trennung durch die Elbe nie wirkliche Konkurrenten. Jedoch stagnierte die Zahl der Frauen, die sich in solche lebensbestimmenden, sozial und altruistisch tätigen Verbände begaben, bereits seit Anfang des 20. Jahrhunderts. Als nach 1918 der Staat zunehmend die soziale Grundsicherung gewährleistete, wurde die lebenslange Zugehörigkeit zu Orden und ordensähnlichen Gemeinschaften unattraktiver. Nur wenige Frauen wählten diese Optionen weiterhin. Die Patientenbetreuung erfolgte dennoch bis über den Zweiten Weltkrieg hinaus in besserer Qualität als in den städtischen Häusern.

Die Diakonissenanstalt konnte ihren Betrieb weiterführen, aber weder in der Weimarer Republik noch unter Herrschaft des NS-Regimes große Um- oder Neubauten durchführen. Das von der Katholischen Kirche unterstützte St. Joseph-Stift wurde hingegen während der Weltwirtschaftskrise von 1930 bis 1932 für mehr als 120 Betten um- und ausgebaut. Neben einer inneren und einer chirurgischen Abteilung wurden eine Augen-, eine HNO- und eine Frauenabteilung betrieben. Im Seitenflügel der alten Wintergartenstraße wurden Schwesternwohnungen, eine Hauskapelle und die Wohnung des Hausgeistlichen eingerichtet. Die Fassade mit Eingangsportal und der elektrische Speisenaufzug blieben bis zu den umfangreichen Erneuerungs- und Umbaumaßnahmen im Jahr 2003 erhalten. Während der 1930-er Jahre konnten keine weiteren Verbesserungen vorgenommen werden, da die Finanzierung unsicherer wurde. 1941 mussten sogar die Grundstücke des St. Joseph-Stiftes auf der Wintergartenstraße mit 1.000.000 Mark belastet werden. Die Grauen Schwestern blieben in der ambulanten Pflege aktiv und versorgten beispielsweise 1935 insgesamt 962 Kranke in 2.165 Tagespflegen und bei 2.381 Nachtwachen. Während des Zweiten Weltkrieges diente das Stift als Frauenklinik und Lazarett. Anfang 1945 unterhielt es 180 Betten. Bei den Angriffen auf Dresden im Februar 1945 kamen drei Ordensschwestern ums Leben. Fast der gesamte Klinikkomplex wurde zerstört, ebenso die Niederlassung der Grauen Schwestern in der Käufferstraße, das St. Elisabeth-Stift, mit Räumen zur ambulanten Pflege, Fremden- und Schwesternwohnzimmern sowie einer Kapelle. Die zugehörigen Grundstücke wurden später zu einem sogenannten Aufbaugelände für Wohnungsbau- und Folgeeinrichtungen umgewidmet. Die Ordensschwestern von der Heiligen Elisabeth leisteten in ihren Einrichtungen und ambulant länger als ein halbes Jahrhundert wesentliche Beiträge in der Armenpflege. Finanziert wurden sie mithilfe der katholischen Kirche, entsprechender

Entgelte der Privatpatienten, Spenden von Privatpersonen und Unterstützung der Stadt, aber offenbar bis zum Ende des Zweiten Weltkrieges nicht über die Krankenkassen. Dies unterschied sie signifikant von der Diakonissenanstalt und dem Carolahaus.

Der Albertverein konnte nach dem Ersten Weltkrieg den Unterhalt des stark verschuldeten Carolahauses nicht mehr gewährleisten. Mit der Inflation wurde zudem sämtliches Kapital in Form privater Stiftungen und Freibetten entwertet. Nach 42 Jahren Arbeit musste das Krankenhaus am 1. August 1920 an die Stadt verkauft werden. Nur das Mutterhaus und ein Dachbodenanteil zum Unterstellen von Möbeln im Küchengebäude sowie das Pensionshaus der Albertinerinnen durften vom Albert-Hauptverein mietfrei weitergeführt werden. Zur Sicherung der Schwesternausbildung durch den Rot-Kreuz-Verein hatte sich die Stadt bis 1928 vertraglich verpflichtet, mindestens die chirurgische und die innere Abteilung in ausreichendem Umfang sowie zusätzliche Abteilungen weiter zu betreiben. Das notwendige Pflegepersonal stellte der Albertverein. Die Einrichtung benötigte einen städtischen Zuschuss von 57,5 Prozent der Ausgaben. Nun wurden hier nur noch Dresdner Bürger behandelt. Kranke aus den Vororten sollten, wenn keine besondere Gefahr für Leben und Gesundheit vorläge, abgewiesen werden.

Als auf dem Höhepunkt der Weltwirtschaftskrise 1932 das 1901 eingeweihte Stadt Krankenhaus Johannstadt geschlossen wurde, musste das Carolahaus einige von dessen Abteilungen sowie deren Patienten aufnehmen. Nach der Machtübertragung an die Nationalsozialisten beschlossen die neuen städtischen Machthaber die Wiedereröffnung des Johannstädter Klinikums. Am 31. Mai 1933 zog das Carolahaus mit der medizinischen, chirurgischen und Augenklinik und der Hilfsstelle für erste ärztliche Hilfeleistung sowie 300 Patienten in das Johannstädter Krankenhaus. Das Carolahaus wurde



Abb. 5: Das Diakonissenkrankenhaus, Postkarte nach 1900

© Institut für Geschichte der Medizin der TU Dresden



Abb. 6: Beginn des Wiederaufbaus des St. Joseph-Stifts, 1946

© Krankenhaus St. Joseph-Stift

nach 55 Jahren geschlossen und ab dem 6. August 1933 von der SA, der paramilitärischen Kampforganisation der NSDAP, genutzt. Der Albertverein bezog zunächst Räume im Johannstädter Klinikum und ließ sich am 1. August 1933 gemeinsam mit dem Landesfrauenverein vom Roten Kreuz in Sachsen und mit der DRK-Schwesternschaft im neuen Carolahaus auf der Reichenbachstraße im Dresdner Süden nieder, das als

Belegkrankenhaus geführt wurde. Die Ausbildung der DRK-Schwestern erfolgte ab 1938 im Stadt Krankenhaus Friedrichstadt. Sie waren jetzt städtische Angestellte. Während des Zweiten Weltkrieges diente das neue Carolahaus auf der Reichenbachstraße 67–77 als Lazarett und wurde, ebenso wie das ehemalige Carolahaus, infolge der Bombenangriffe am 13./14. Februar 1945 schwer zerstört.

Insgesamt war mit dem Übergang des Carolahauses in städtische Trägerschaft die Bedeutung der von karitativen Vereinen geführten Krankenhäuser in Dresden weiter gesunken, was auch der Ausbau des St. Joseph-Stifts Anfang der 1930-er Jahre nicht kompensieren konnte. Unter dem NS-Regime musste der Albertverein seine Arbeit weiter einschränken und wurde schließlich gleichgeschaltet. Die konfessionell geführten Häuser erfuhren keine Weiterentwicklung, das St. Joseph-Stift wurde schließlich im Februar 1945 stark zerstört.

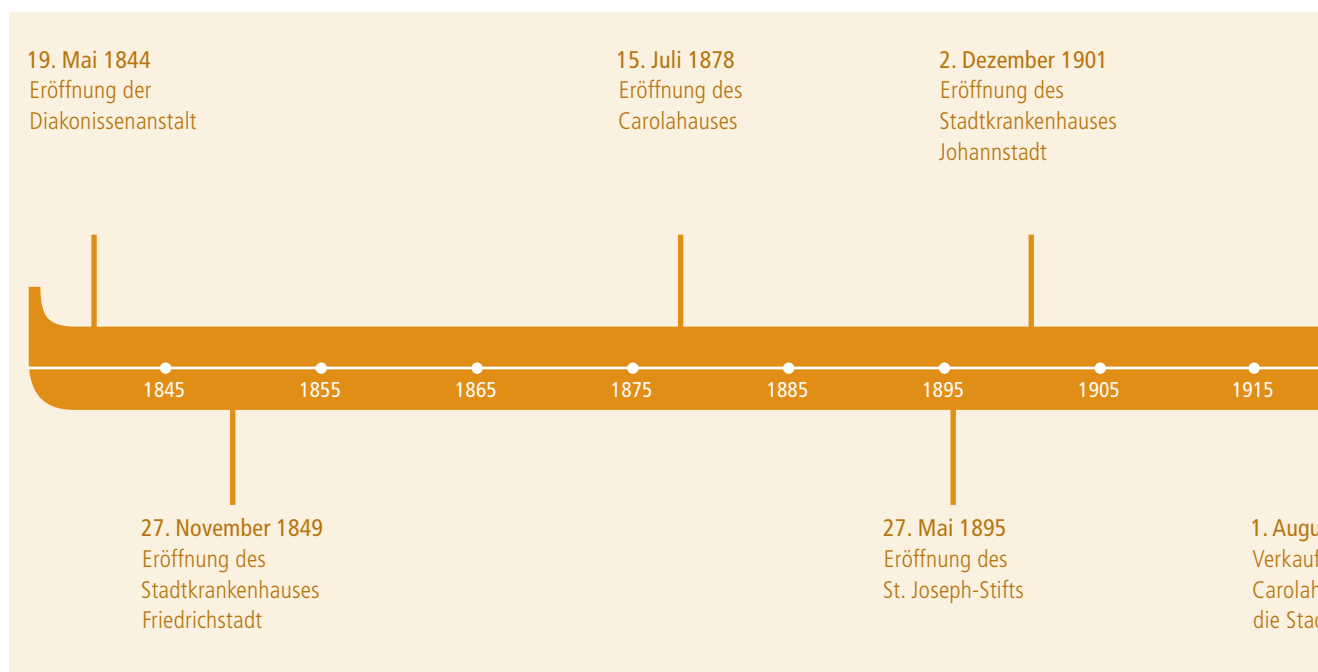
Nach dem Zweiten Weltkrieg

Im St. Joseph-Stift begann der schrittweise Wiederaufbau unter Leitung der Grauen Schwestern sofort nach dem Krieg (Abb. 6). Am

1. Oktober 1947 wurde das Krankenhaus mit 50 Betten und den Operationssälen wieder in Betrieb genommen. Die Schwestern selbst lebten nur in einer behelfsmäßigen Unterkunft. Am 20. April 1948 wurde das St. Joseph-Stift im Zuge der Neuerteilung der katholischen Kirchenbezirke zum Provinzhaus der Kongregation der Elisabethschwestern. Im selben Jahr wurde auch ein Altersheim für die Ordensschwestern eingerichtet. Das St. Joseph-Stift wurde bis in die 1960-er Jahre als Belegkrankenhaus mit ambulanter Pflege geführt und erst 1962 in ein geschlossenes Krankenhaus umgewandelt. Es entwickelte sich nun zum Krankenhaus der Grundversorgung mit eigener Krankenpflegeschule unter weitgehend kirchlicher Selbstbestimmung. Insbesondere nach seinem Ausbau in

den 1980-er Jahren wurde es zu einer exklusiven Adresse für Patienten und Personal. Das Diakonissenkrankenhaus blieb das größere der beiden christlichen Häuser mit chirurgischer, innerer, frauenheilkundig-geburtshilflicher und urologischer Abteilung (Abb. 5). Ihm blieb die eigene Schule, in der weiterhin staatlich anerkannte Krankenpfleger ausgebildet wurden. Neben den in Ordensstrukturen organisierten Schwestern wurden jedoch zunehmend angestellte Pflegekräfte tätig.

Im Jahr 2006 erfolgte auch im St. Joseph-Stift die Trennung des schwesterlichen Ordens vom Krankenhaus. Das St. Joseph-Stift ist jetzt als eine gemeinnützige Gesellschaft im Elisabeth Vinzenz Verbund tätig, einem bundesweit agierenden



Zeitstrahl Entwicklung Carolahaus, Diakonissenanstalt und St. Joseph-Stift

Erratum

In dem Artikel „Abforderung medizinischer Unterlagen für den MDK“ im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 1/2017, S. 9 f. hat sich ein Fehler bei der zentralen Postadresse des MDK eingeschlichen.

Die korrekte Postanschrift lautet:

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung im Freistaat Sachsen e. V.
Postfach 11 41
09070 Chemnitz.

Dr. rer. Medic. Thomas Petzold
 Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
 im Freistaat Sachsen e. V.
 Thomas.Petzold@mdk-sachsen.de
 Telefon 0351 4985-515, Fax 0351 4985-157

Unternehmensverband. Es widmet sich mit einer spezialisierten Abteilung seit Mitte der 1990-er Jahre wieder verstärkt der Palliativpflege und in diesem Rahmen mit dem sogenannten Brückenteam auch erneut einer besonderen Hauskrankenpflege. Damit setzt es als erste Dresdner Einrichtung wieder Maßstäbe auf einem Gebiet der Pflege, welches bei unserer heutigen hochentwickelten Medizin und in einer weniger spirituellen Gesellschaft immer mehr an Bedeutung gewinnt.

Fazit

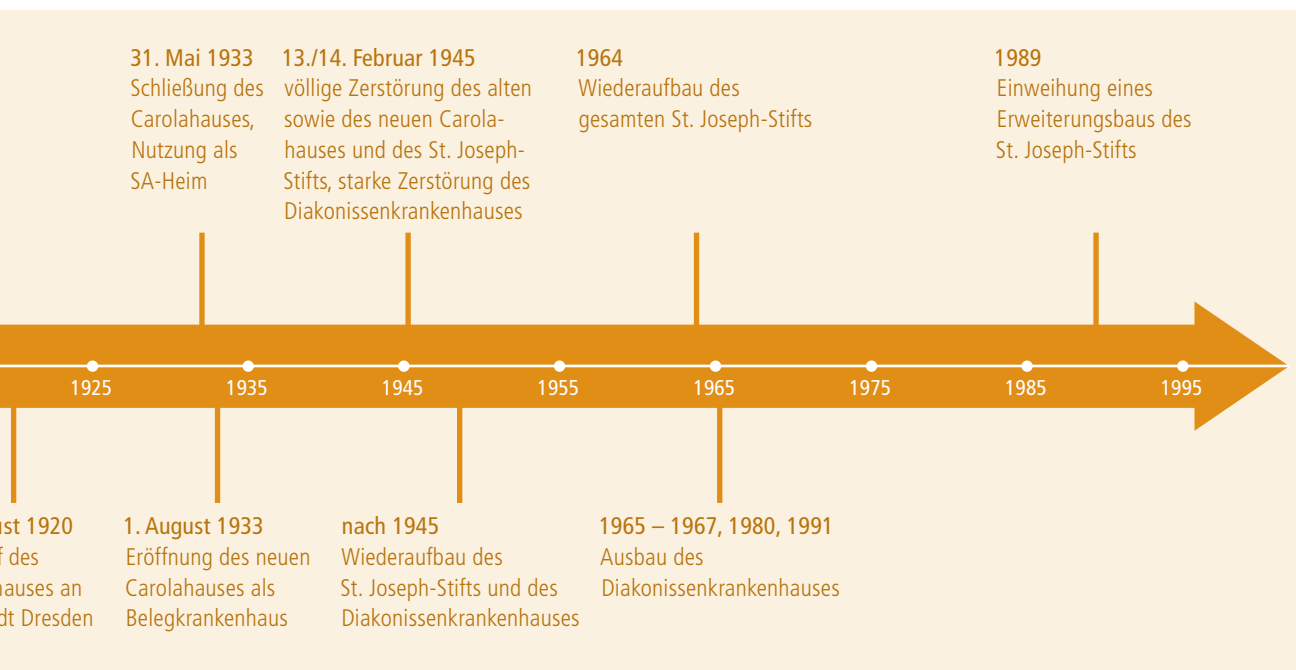
Seit Mitte des 19. Jahrhunderts haben die kleineren Krankenhäuser in Trägerschaft karitativer Vereine die Entwicklung der modernen Krankenhauslandschaft in Dresden unter Bewahrung christlicher und huma-

nistischer Werte und ebenso mit der Betreuung von Nischenfeldern, wie der häuslichen Krankenpflege, vor allem mit ihrer Kontinuität und Qualität in der Pflege- und praktischen ärztlichen Ausbildung beeinflusst. Wenngleich der Anteil an der medizinischen Betreuung der Dresdner Bevölkerung insgesamt sank, konnten die beiden konfessionell geführten Häuser auch nach der Katastrophe des Ersten Weltkrieges und der wirtschaftlichen Not der Nachkriegsjahre weiter bestehen, während das Carolahaus sich in städtische Obhut begeben musste. Offenbar war die größere Unabhängigkeit von städtischen und staatlichen Einflüssen auch in den darauffolgenden Jahrzehnten des Dritten Reiches und der DDR die beständigere Basis. Das kleine St. Joseph-Stift und die konti-

nuierlich gewachsene, aber überschaubare Diakonissenanstalt hatten mit ihrer größeren Flexibilität und den fehlenden Verpflichtungen gegenüber dem Militär, wie sie einem Rot-Kreuz-Krankenhaus in viel höherem Ausmaß oblagen, seither trotz großer Verluste überstanden und immer weiter gearbeitet. Sie bleiben ein wichtiges Korrektiv in der pflegerischen Betreuung, wenn sie auch keine Anstalten unter Führung von Schwesternschaften mehr sind.

Interessenkonflikte: keine

Dr. phil. Marina Lienert, Dresden
Dr. med. Kathrin von Ardenne, Dresden



Aufruf zur Einreichung von Originalien

Das Redaktionskollegium „Ärzteblatt Sachsen“ bittet die sächsischen Ärzte praxisbezogene, klinisch relevante, medizinisch-wissenschaftliche Fachartikel und Übersichten mit dia-

gnostischen und therapeutischen Empfehlungen zur Veröffentlichung im „Ärzteblatt Sachsen“ einzureichen. Auch unsere jungen Mediziner können gern die Ergebnisse ihrer wissenschaftlichen Tätigkeit zur Veröffentlichung in unserem Kammerorgan einreichen (E-Mail: redaktion@slaek.de). Die Manuskripte sollten in didaktisch klarem, allgemein ver-

ständlichem Stil verfasst sein. Unter www.slaek.de → Presse/ÖA → Ärzteblatt sind die Autorenhinweise nachzulesen.

Prof. Dr. med. habil. Hans-Egbert Schröder
Vorsitzender des Redaktionskollegiums
„Ärzteblatt Sachsen“