



Ärzteblatt Sachsen

Offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer
mit Publikationen ärztlicher Fach- und Standesorganisationen
gegründet 1990



31. SÄCHSISCHER ÄRZTETAG

Lesen Sie auf Seite 5

Politik, Wissenschaft
und Journalismus

5

Strukturierte
M&M-Konferenzen

14

Halitosis

22

Inhalt



31. Sächsischer Ärztetag
Seite 5



Strukturierte Morbiditäts- und
Mortalitätskonferenzen
Seite 14



Ausstellung: Markus Lange
Seite 39

EDITORIAL	▪ Der Tod als Ausweg?	4
BERUFSPOLITIK	▪ 31. Sächsischer Ärztetag / 64. Kammerversammlung	5
	▪ 34. Erweiterte Kammerversammlung	12
GESUNDHEITSPOLITIK	▪ Strukturierte Morbiditäts- und Mortalitäts- konferenzen – Chance und Herausforderung	14
	▪ Das Forschungspraxennetz SaxoForN	17
MITTEILUNGEN DER KVS	▪ Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen ...	19
ORIGINALIE	▪ Mundgeruch – auch darmassoziiert möglich	22
VERSCHIEDENES	▪ Dresdner Friedenspreis für spanische Ärztin	25
LESERBRIEFE	▪ Impfen für den guten Zweck	26
	▪ Aktuelle Fälle aus der Gutachterstelle	27
	▪ Beatmungstherapie bei COVID-19	27
BUCHBESPRECHUNG	▪ Chirurginginnen	31
PERSONALIA	▪ Jubilare im August 2021	32
	▪ Verstorbene Kammermitglieder	34
	▪ Sächsische Verfassungsmedaille für Prof. Dr. med. habil. Detlev Michael Albrecht	35
	▪ Bundesverdienstkreuz für Dr. med. Rolf Weidle	35
MEDIZINGESCHICHTE	▪ Karl Ludwig Kahlbaum	36
KUNST UND KULTUR	▪ Benefizkonzerte des Süddeutschen Ärztechores und Orchesters	38
	▪ Ausstellung: Markus Lange	39
IMPRESSUM	31
EINHEFTER	▪ Fortbildung in Sachsen – September 2021	



Dr. med. Steffen Liebscher

Der Tod als Ausweg?

Seit Jahren gibt es in unserem Land eine Diskussion über das Sterben. Auf den Kern verkürzt geht es dabei darum, ob es ein Recht darauf geben soll, den Zeitpunkt des eigenen Todes frei wählen und sich dabei einer legitimierten Hilfestellung bedienen zu können.

Wenn es auch so scheinen mag, als sei es eine gesellschaftliche Diskussion in der Breite, so kommen mir schon dran Zweifel. Außerhalb der Befassung in Bundestag, Bundesverfassungsgericht und Ärztekammern scheint mir das Thema eher in der Art diskutiert zu werden, dass es doch ein selbstverständliches Grundrecht sein müsse, selbstbestimmt sterben zu können. Ich glaube, dass hierbei nicht selten Überzeugungen aus unserer sonstigen Lebenswelt in einem weitgehend freiheitlichen Staatswesen relativ unreflektiert auf die Gestaltung der Abläufe um unser Lebensende herum übertragen werden. Wenn ich viele Gespräche mit Menschen aus meinem persönlichen Umfeld Revue passieren lasse, so glaube ich nicht, dass allen mit einer eher Pro-Meinung zu diesem Thema die oft aus der persönlichen Sicht fern liegend scheinenden Konsequenzen voll bewusst sind. Sicher spielt dabei auch eine wesentliche Rolle, dass die Gedanken und Gefühle um unser eigenes Ende nicht unser aller Lieblingsthema sind. Auf nur zwei mich besonders bewegende Fragen möchte ich hier zu sprechen kommen.

Dabei ist mir wichtig, vornweg zu betonen, dass ich als Haus- und auch Notarzt fast täglich mit schwerster Erkrankung und Tod zu tun habe. Ich betone ausdrücklich, dass ich froh darüber bin, wie in den letzten Jahren sukzessive die Möglichkeiten der Palliativmedizin auch im ambulanten Bereich gewachsen sind. Schauen Sie nach vorne, wünsche ich mir für mich selbst im Fall der Fälle unbedingt auch eine suffiziente

Therapie gegen Schmerzen und andere quälende Begleitscheinungen des nahenden Endes. Ebenso erscheint mir das Unterlassen von Maßnahmen jeglicher Art zur Lebenserhaltung als selbstverständlich, wenn der Mensch vor mir, mein Patient, das wünscht oder wenn ich selbst dies so entscheiden würde.

Meine erste große Schwierigkeit mit dem Thema habe ich als Arzt. Sind wir als Ärzteschaft tatsächlich bereit, das „Primum non nocere“ als ein Grundprinzip unseres Handelns in Frage stellen zu lassen? Folgt man dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom vergangenen Jahr, so hätte jeder Deutsche über 18 Jahre ohne Vorliegen weiterer konditionierender Faktoren das Recht auf einen selbstbestimmten Tod. Aktuelle fraktionsübergreifende Gesetzentwürfe im Bundestag sehen in solchen Fällen zum Beispiel lediglich eine zweimalige Beratung vor, nach der ein Arzt aufgesucht wird, der bereit ist, das tödliche Gift zu rezeptieren. Danach nähme das Schicksal seinen Lauf. Ich für meinen Teil bin nicht bereit, einem jungen, gesunden Menschen auf diese Art „zu helfen“. Will die Ärzteschaft tatsächlich diese neue Rolle in unserer Gesellschaft einnehmen? Hat jeder von uns sich ganz konkret mit der Frage auseinandergesetzt, ob er zu dieser Handlung bereit wäre? Hier gilt auch nicht der Verweis darauf, es wird schon jemanden geben, der es macht. Am Ende gehört es aus Sicht der Gesellschaft zum normalen und erwartbaren Spektrum ärztlichen Tuns! Was ist, wenn niemand in der Umgebung dazu bereit ist, aber eine wohnortnahe und flächendeckende Sterbehilfe als Ziel im Gesetz steht? Greifen dann Fördermechanismen oder werden Sanktionen verhängt?

Der zweite Hauptpunkt meiner Bedenken ist der nach meiner Meinung sicher kommende implizite Druck auf die Alten und Schwachen, auf die Menschen, die scheinbar unnötig Ressourcen verbrauchen, wo doch ein Ausweg so einfach wäre. Seien es medizinisch aufwändige Prozeduren oder teure Pflege, sei es der Verbleib in der großen Wohnung, wo doch die Enkel so beengt wohnen. Vielleicht fehlt mir ganz einfach das Vertrauen darauf, dass diese sonst so effiziente und ökonomisch überformte Gesellschaft hier anders funktionieren wird. Schauen Sie sich an, wie in den letzten Jahren Menschen insbesondere das ärztliche Tun in unseren Krankenhäusern dem Erreichen wirtschaftlicher Kennzahlen unterworfen haben, so hoffe ich, dass andere existentielle Fragen wie die hier behandelten davon unberührt bleiben mögen. Ich frage mich schon selbst, ob ich einer Art Misanthropie anheim gefallen bin. Egal, wie Sie das sehen, wäre ich froh, Sie als sächsische Ärztinnen und Ärzte noch einmal nachdenklich zu diesem Thema gemacht zu haben. ■

Dr. med. Steffen Liebscher
Vorstandsmitglied

Politik, Wissenschaft und Journalismus in der Corona-Pandemie

31. Sächsischer Ärztetag / 64. Kammerversammlung

Einen inzwischen seltenen Anblick bot der 31. Sächsische Ärztetag und die 64. Kammerversammlung am 18. und 19. Juni 2021. Nicht online, sondern ohne Bildschirme, Tastatur und Maus trafen sich die Delegierten zur Kammerversammlung im Löwensaal in Dresden. Beide Tage standen wie erwartet unter dem C-Wort.

Wissenschaft und Journalismus in der Corona-Pandemie

An dem Festabend am Freitag widmete sich Prof. Dr. Dr. med. habil. Dr. phil. Dr. theol. h.c. Eckhard Nagel von der Universität Bayreuth dem Thema „Jetzt mal ehrlich: SARS-CoV-2 und die neuen Verantwortlichkeiten von Wissenschaft und Journalismus“. Ausgehend von der fast ausschließlich medialen Vermittlung zentraler Informationen zur Corona-Pandemie seit eineinhalb Jahren hatten Ärzte und Patienten meist einen ähnlichen Wissensstand in der Pandemie. Die Patienten haben jedoch im Kontext des Unerklärlichen, unbe-



Blick in den Löwensaal Dresden

kannter Virus mit unklarer Gefährdungslage, Antworten auf viele Fragen von ihren Medizinerinnen erwartet. Meist waren zu Beginn der Pandemie aufgrund mangelnder wissenschaftlicher Erkenntnisse adäquate Antworten gar nicht möglich.

Dies hätte zur Verunsicherung auf beiden Seiten beigetragen, so Prof. Nagel. Zugespielt hätte sich diese Situation dadurch, dass die Medien zwar die Erklärungshoheit in der Pandemie besaßen, aber in der Medienhype so manche Fakten ungeprüft oder fälschlich wiedergegeben wurden. Die Ursachen dafür lägen in der starken Verkürzung von wissenschaftlichen Erkenntnissen, Aufmerksamkeit heischenden Überschriften, der Geschwindigkeit der Nachrichtenvermittlung und dem kommerziellen Druck auf den Medienhäu-

sern. Denn wer eine Meldung zuerst auf die Titelseite bringt, wer schneller ist als die Konkurrenz, macht den größten Umsatz. Prof. Nagel sieht in der Pandemie auch eine veränderte Autorität von Mediensparten. Leitmedien, wie der öffentlich-rechtliche Sektor, und soziale Kanäle, wie Twitter, würden in der Glaubwürdigkeit von Nachrichten von den Rezipienten gleich gewichtet. Daraus müsse sich eine größere Verantwortung für alle Medienschaffenden in Bezug auf Qualität und journalistische Ethik ableiten. Irreführende Schlagzeilen, persönliche Überzeugungen und Dramatisierung im Journalismus hätten in der Pandemie laut Prof. Nagel wesentlich zu einer Polarisierung und Zersplitterung der Gesellschaft beigetragen. Dies ist jedoch kein neues Phänomen. Spätestens seit Twitter, Facebook & Co., also seit über zehn



Prof. Dr. Dr. med. habil. Dr. phil. Dr. theol. h.c. Eckhard Nagel, Universität Bayreuth

Jahren, werden Meinungen statt Fakten über diese „neuen“ Kanäle in Echtzeit transportiert. Und mindestens genauso lange diskutiert man über die Fürsorgepflicht und Medienethik von Journalisten. Doch Blogger, also keine klassischen Journalisten, erzielen heute zum Teil größere Reichweiten als etablierte Tageszeitungen, mit entsprechendem Einfluss auf die öffentliche Meinung und manchmal auch auf die eigenen Werbeeinnahmen.

Prof. Nagel sieht im Verlauf der Pandemie auch einen Vertrauensverlust in die Wissenschaft. Daran seien die Wissenschaftler aber zum Teil selbst schuld. Kennzeichen dafür seien die Zunahme an Veröffentlichungen von Pre-Prints, die eigentlich nicht für die Öffentlichkeit gedacht sind, die mangelnde Transparenz, Eigeninteressen sowie die Zunahme von bezahlten Wissenschaftsartikeln zum Beispiel im Wall Street Journal mit direkten Auswirkungen auf Aktienkurse. Unter dem Zeitdruck der Pandemie, wo von Medien und Öffentlichkeit schnelle Ergebnisse erwartet wurden, sei es auch zu Qualitätsein-

schränkungen in der Forschung gekommen, wie viel zu kleinen Stichproben oder zeitsparenden Begutachtungen. Für Prof. Nagel ist damit das Wertefundament der Wissenschaft in Gefahr geraten. Dies gehe mit einer Erosion von wissenschaftlichen Autoritäten und dem Missbrauch der ärztlichen Profession einher. Es mache für ihn einen wesentlichen Unterschied, ob ein Arzt seine persönliche Meinung privat äußert oder unter dem Attribut „Arzt“. Trenne man dies nicht, verletzt der Arzt das Neutralitätsgebot in der Wissenschaft sowie das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Hier seien besonders die Ärztekammern mit ihrer Berufsaufsicht und die Richtlinien des Berufsstandes gefragt.

In seinem Schlusswort mahnte Prof. Nagel für beide Seiten, Wissenschaft wie Journalismus, Transparenz bei den Interessen, ethisches Handeln und Verantwortung für die Gesellschaft an, um bei zukünftigen Krisensituationen den Konsens für notwendige politische Maßnahmen und das gesellschaftliche Zusammenleben nicht zu gefährden.

Richter-Medaille an sechs verdienstvolle Ärzte verliehen

Auf dem 31. Sächsischen Ärztetag wurden sechs Ärzte mit der Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille ausgezeichnet. Die Medaille wird für hervorragende Leistungen als Arzt und Berufspolitiker sowie insbesondere wegen der Verdienste um die sächsische Ärzteschaft von der Sächsischen Landesärztekammer verliehen. Im Namen des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer nahm der Präsident, Erik Bodendieck, die Ehrung vor. Die Medaille erhielten:

- Dr. med. Gottfried Hanzl aus Niederoderwitz,
- Dipl.-Med. Siegfried Heße aus Dresden,
- Dipl.-Med. Brigitte Köhler aus Coswig,
- Dr. med. habil. Joachim Pilz aus Dresden,
- Prof. Dr. med. habil. Hans-Egbert Schröder aus Dresden und
- Prof. Dr. med. habil. Christian Schwokowski aus Leipzig.



Die Träger der Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille 2020/2021: Prof. Dr. med. habil. Christian Schwokowski, Dipl.-Med. Siegfried Heße, Dr. med. habil. Joachim Pilz, Dipl.-Med. Brigitte Köhler, Prof. Dr. med. habil. Hans-Egbert Schröder, Dr. med. Gottfried Hanzl (v.l.) Im Namen des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer nahm der Präsident (r.) die Ehrung vor.

Die Laudationes im vollen Wortlaut finden Sie im Internet unter www.slaek.de.

Die Delegierten zur Kammerversammlung gedachten in einer Schweigeminute auch der seit 2019 verstorbenen Ärzte sowie der in der Corona-Pandemie Verstorbenen.

64. Kammerversammlung

Zu Beginn der Kammerversammlung sprach die Sächsische Staatsministerin für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt, Petra Köpping, ihren Dank gegenüber allen sächsischen Ärzten und dem medizinischen Personal für die in der Corona-Pandemie geleistete Arbeit aus. Gleichzeitig räumte sie schon an dieser Stelle Fehler bei der Bewältigung der Pandemie ein. Damit

gab sie dem Präsidenten, Erik Bodendieck, eine gute Vorlage für dessen Rede zur aktuellen Gesundheits- und Berufspolitik. Nach seiner Einschätzung habe die Landesregierung aus den Fehlern der ersten Welle 2020 nicht gelernt und zudem die ärztliche Selbstverwaltung viel zu spät aktiv in die Corona-Maßnahmen einbezogen. Manche politischen Entscheidungen hätten auch zu einer Polarisierung unter den Ärzten beigetragen. Daran sei auch nicht zuletzt die mangelhafte politische Kommunikation und Transparenz schuld.

Defizite sah Erik Bodendieck zum Beispiel bei der mangelnden Ausstattung und Koordination der Gesundheitsämter. Hier hätten das Land wie die Landkreise und Kommunen schon vor der



Erik Bodendieck, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer

Pandemie wesentliche Investitionen in Personal, Technik und Struktur verschlafen. Bis heute fehle eine wirkungsvolle zentrale Koordination der Ge-

sundheitsämter in Sachsen. Jedes Amt habe in der Pandemie eigene, sich zum Teil widersprechende Entscheidungen oder Maßnahmen getroffen. Eine Digitalisierung von Prozessen sei bis jetzt nicht abgeschlossen. Den Ärzten habe man aber in der Pandemiezeit eArzt ausweis, eAkte und weitere Anwendungen übergeholfen bis hin zu Malusregelungen, wenn man diese Anwendungen nicht fristgerecht beantragt. Bodendieck: „Ich stehe für den elektronischen Arztausweis und dessen Nutzen, ich bin für die Anwendung digitaler Prozesse. Aber mit einem solchen Druck gefährdet man die Datensicherheit und die Bereitschaft der Ärzte zur Mitwirkung“. Im Anschluss an die Aussprache beschlossen die Delegierten zehn Punkte für eine optimierte Krisenbewältigung in einer Pandemiesituation. Dieser Beschluss ist im Internet unter www.slaek.de zu finden.

Krankenhaus-Zukunftswerkstatt

Dass die Krankenhäuser in Sachsen gut aufgestellt sind, hat die Pandemie bewiesen. Insbesondere die Abstimmung zur Planung von Corona-Betten und Versorgung von Patienten in den Clustern Chemnitz, Leipzig und Dresden sei einzigartig in Deutschland, betonte der Präsident. Aber es brauche dennoch eine zukunftsfähige Krankenhausstruktur, um sich veränderten Rahmenbedingungen anzupassen. Sachsen habe zwar seit 1990 bereits gravierende Entwicklungen in der Krankenhauslandschaft erlebt. Reformbedarf bestehe aber durch Ressourcenmangel, älter werdende Bevölkerung und vielfältige neue medizinische Möglichkeiten weiter. Vor diesem Hintergrund haben alle an der Versorgung Beteiligten sechs Workshops durchgeführt, um Grundlagen für eine zukünftige Versorgung zu legen. Dabei lagen die Player in ihren Konzepten nicht weit auseinander. Darin geht es um Qualität- und Effizienzsteigerung genauso wie um

Bürokratieabbau, attraktive Arbeitsbedingungen zur Personalgewinnung sowie eine flächendeckende und bedarfsgerechte Versorgung. Die eingebrachten Vorschläge sollen nun auf Bundesebene vorgestellt werden, weil viele Ideen nur bundeseinheitlich umzusetzen sind.

„Landarztgesetz“

Dem Personalmangel bei Ärzten will der Freistaat Sachsen unter anderem mit einem neuen „Landarztgesetz“ begegnen. Dieses sieht eine Vorabquote außerhalb des NC-Regimes für das Studium der Humanmedizin vor. Die Bewerber verpflichten sich, nach Abschluss des Studiums und der fachärztlichen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin oder in einer anderen ausgewählten fachärztlichen Weiterbildung für zehn Jahre in der Versorgung in Gebieten des Freistaates Sachsen, in denen eine Unterversorgung besteht oder droht, tätig zu sein. Die Sächsische Landesärztekammer hatte sich in der Vergangenheit zwar gegen ein „Landarztgesetz“, jedoch grundsätzlich für mehr Studienplätze ausgesprochen. Im Gesetzgebungsverfahren wird es darum gehen, dass der zukünftige „Landarzt“ nicht ein Arzt zweiter Klasse ist.

Podium zur Corona-Politik

Staatsministerin Köpping und Präsident Bodendieck lieferten sich danach einen Schlagabtausch in Sachen Corona-Politik. Auf die Frage, was Frau Köpping in den letzten eineinhalb Jahren gern anders gemacht hätte, verwies diese auf den sehr guten Verlauf in der ersten Corona-Welle und die Zusammenarbeit in den Clustern. Ob das nur Glück war oder gute Politik, ließ sie offen.

In der zweiten Welle habe dann der Bund das Ruder übernommen und eigenständige Entscheidungen der Länder seien nur noch schwer möglich gewesen, weshalb Fehler in Form von zu späten Grenzschließungen im kleinen Grenzverkehr oder regionale Lösungen statt zentraler Verordnungen sowie eine mangelnde Ausstattung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes passiert wären. Ohne diese Fehler hätte man Infektionen verhindern können. Präsident Bodendieck erneuerte seine wiederholt gemachten Vorschläge, den Öffentlichen Gesundheitsdienst inklusive der Gesundheitsämter personell und technisch besser auszustatten sowie stärker zu vernetzen. Im Pandemiefall müssten diese Einrichtungen



Podiumsdiskussion mit der sächsischen Sozialministerin, Petra Köpping, und dem Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Erik Bodendieck, moderiert von dem Vizepräsidenten Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler (m.)

auch vom Sozialministerium zentral gesteuert werden, damit es nicht zu teilweise gegensätzlichen Entscheidungen durch die Gesundheitsämter in Sachsen komme. Eine bessere Ausstattung kündigte die Ministerin in der Diskussion an. Der Vorschlag müsse nur noch vom Kabinett beschlossen werden. Dagegen lehnte sie eine zentrale Steuerung durch das Ministerium ab und schlug dagegen ein Landesgesundheitsamt vor.

In der Diskussion mit den Delegierten wurden vor allem der schleppende Start der Impfungen und die späte Einbeziehung der Hausärzte angesprochen. Die Sozialministerin verwies auf mangelnden Impfstoff und Defizite bei der Lieferung. Die Ursachen der unterschiedlichen Verteilung in den Bundesländern konnte sie nicht benennen, hier sei der Bund verantwortlich. Für Impfungen des Personals ganzer Einrichtungen in ländlichen Regionen empfahl sie die Anforderung der mobilen Impfteams über das Deutsche Rote Kreuz (DRK) Sachsen.

Die Forderung der sächsischen Ärzte nach einem Bonus für das Praxispersonal, ähnlich wie im Krankenhaus, könne sie verstehen. Nicht umsonst hatten die Delegierten darauf hingewiesen, dass die Mitarbeiter in den Praxen aufgrund der hohen Arbeitsbelastung, der sich ständig ändernden Vorschriften und die Dauer der Pandemie erheblich belastet waren.

Abschließend konstatierte der Präsident für die eventuell anstehende vierte Corona-Welle eine bessere Krisenkommunikation, Transparenz der Entscheidungen, eine ausschließliche Ausrichtung an medizinischen wie wissenschaftlichen Standards und nicht an wahltaktischen Prämissen sowie eine noch bessere Einbeziehung der ärztlichen Selbstverwaltung in alle relevanten Entscheidungsprozesse als unabdingbar.

Ärztlich assistierter Suizid

Nach einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom Februar 2020 zum assistierten Suizid wurden die berufsrechtlichen Regelungen für Ärzte zur Suizidhilfe im Mai dieses Jahres vom Deutschen Ärztetag geändert. Eine entsprechende Änderung der Berufsordnung für Ärzte in Sachsen wurde auf der 64. Kammerversammlung von den Delegierten beschlossen. So wurde der Satz 3 im § 16 „Sie [Ärztinnen und Ärzte] dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“ gestrichen.

Der Präsident machte vor der Abstimmung deutlich, nicht ableiten zu können, dass eine Beihilfe zum Suizid zu den ärztlichen Aufgaben zähle. Aufgabe der Ärzte sei es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern und Sterbenden Beistand zu leisten. Zugleich mahnte er den Ausbau von Beratungsangeboten an.

Die Berufsordnung für Ärzte in Sachsen regelt somit einerseits, dass Ärzte unter Achtung der Persönlichkeit, des Willens und des Selbstbestimmungsrechts der Patienten zu handeln haben. Das beinhaltet im Einklang mit der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts auch den Respekt vor der Entscheidung des einzelnen freiverantwortlich handelnden Menschen, sein Leben beenden zu wollen.

Andererseits macht das Regelwerk aber auch klar, dass es nicht zum Aufgabenspektrum der Ärzteschaft zählt, Hilfe zur Selbsttötung zu leisten. Dies entspricht einem wichtigen Leitsatz der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts. Danach kann niemand verpflichtet werden, Suizidhilfe zu leisten. Es leitet sich aus dem Recht des Einzelnen also kein Anspruch darauf ab, bei einem Selbsttötungsvorhaben ärztlich unterstützt zu werden. Es ist damit

den Ärzten überlassen, aufgrund individueller Gewissensentscheidungen insbesondere schwer kranke Patienten bei einem Suizid zu unterstützen.

Die Satzungsänderung soll im Juli 2021 in Kraft treten.

Finanzen

Der Sächsischen Landesärztekammer wurde für das Haushaltsjahr 2020 der uneingeschränkte Prüfungsvermerk von der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Deloitte GmbH erteilt. Damit erfolgt die Bestätigung, dass der Jahresabschluss unter Beachtung der Grundsätze ordnungsmäßiger Buchführung, der Anhang und der Lagebericht ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage der Sächsischen Landesärztekammer vermitteln.

Dipl.-Ök. Andreas Franke erläuterte den Prüfungsablauf, die Prüfungsschwerpunkte sowie die Ergebnisse der Prüfung von Jahresabschluss und Lagebericht. Als Schwerpunkt wurde von Vorstand und Finanzausschuss die Prüfung der Ordnungsmäßigkeit der Geschäftsführung über alle für die Kammer anwendbaren Fragen gemäß Fragenkatalog zur Prüfung nach § 53 HGrG festgelegt. Es wurden keine Beanstandungen festgestellt. Dazu stellte Herr Franke ausführlich die finanzielle Lage der Sächsischen Landesärztekammer dar und erläuterte wesentliche Bilanz- und Ergebniskennzahlen.

Dr. med. Mathias Cebulla ging auf die Entwicklung des Kammerbeitrages näher ein. Der durchschnittliche Kammerbeitrag je veranlagtem Kammermitglied ist bei gleichem Kammerbeitragsatz bereits das zweite Mal in Folge gesunken. Beitragsatzstabilität unter diesen Rahmenbedingungen zu gewährleisten, wird damit in der Zukunft eine immer schwieriger werden-

de Aufgabe, der sich Vorstand und Finanzausschuss stellen müssen.

Dr. Cebulla legte die Bildung und vorgesehene Verwendung des Überschussvortrages dar und begründete diese.

Er erläuterte ausführlich die bestehenden Rücklagen und deren Veränderung. Gegenüber dem Vorjahr werden die Rücklagen um 813.600 EUR abgebaut. Die 64. Kammerversammlung hat den Jahresabschluss bestätigt, der vorgeesehenen Verwendung des Überschussvortrages ihre Zustimmung gegeben sowie dem Vorstand Entlastung erteilt. Die Höhe der zweckgebundenen Rücklagen und die Bewertungsgrundsätze für die Betriebsmittelrücklage wurden beschlossen.

Die Ergebnisse des Jahresabschlusses 2020 finden Sie im Tätigkeitsbericht 2020 auf der Seite 77. Den vollständigen Tätigkeitsbericht der Sächsischen Landesärztekammer für das Jahr 2020 finden Sie auf unserer Homepage unter www.slaek.de. Eine Druckfassung kann von Kammermitgliedern über die E-Mail oeffentlichkeitsarbeit@slaek.de unter Angabe von Name und Anschrift kostenlos angefordert werden.

Außerdem hat jedes Kammermitglied die Möglichkeit, in der Geschäftsstelle der Sächsischen Landesärztekammer in den Bericht des Wirtschaftsprüfers Einsicht zu nehmen.

Nachwahlen Ausschuss Berufsrecht/ Ausschuss Arbeitsmedizin

Nach dem Beschluss der Kammerversammlung zu Beginn der Wahlperiode 2019 – 2023 bestehen die Ausschüsse aus zehn Mitgliedern. Nachdem sowohl im Ausschuss Berufsrecht als auch im Ausschuss Arbeitsmedizin ein Mitglied ausgeschieden war und kein Nachrückkandidat zur Verfügung stand, hatten die Mandatsträger entsprechende Nachwahlen vorzunehmen.



Ass. jur. Annette Burkhardt stellte die Satzungsänderungen vor.

Für den Ausschuss Berufsrecht hatten sich nach entsprechendem Aufruf im „Ärzteblatt Sachsen“ erfreulicherweise 13 Kandidaten gemeldet. Für den Ausschuss Arbeitsmedizin hatten vier Ärzte ihr Interesse an einer Mitarbeit bekundet.

Gewählt wurden:

- Ausschuss Berufsrecht –
Dr. med. Axel Belusa, Chemnitz
FA für Urologie, N
- Ausschuss Arbeitsmedizin –
Dr. med. Christiane Winkler, Dresden
FÄ für Arbeitsmedizin,
FÄ für Allgemeinmedizin, A

Wir danken ausdrücklich allen Kandidaten für ihr ehrenamtliches Engagement und wünschen den Gewählten viel Erfolg bei der Mitarbeit in den Ausschüssen.

Satzungsänderungen

Neben der Berufsordnung wurden auch die Hauptsatzung und die Geschäftsordnung der Kammer geändert. Die Anpassungen dienen im Wesentlichen der Einführung einer Legitimation für die Durchführung der Kammerversammlungen, Vorstands-, Ausschuss-, Kommissions- und weiterer Gremien-

sitzungen in virtueller Form. Hiermit verbunden ist auch die Schaffung einer Rechtsgrundlage für eine entsprechende Beschlussfassung mittels geeigneter technischer Hilfsmittel.

Darüber hinaus wurde auch bei den Regelungen zur Vorstandswahl eine Änderung dergestalt vorgenommen, dass die Möglichkeit der Abgabe einer Gegenstimme entfällt. Votieren kann der Mandatsträger zukünftig gültig „nur“ noch mit einer Ja-Stimme oder einer Stimmenthaltung. Bei der letzten Wahl im Juni 2019 war der Zweck einer Nein-Stimme – über den Ausdruck der Ablehnung als demokratisches Mittel hinaus – hinterfragt worden, wenn sie doch nicht in dem Sinne einer Saldierung von den Ja-Stimmen zum Einsatz kommt.

In diesem Zuge wurden zugleich Begrifflichkeiten zu erforderlichen Mehrheiten in den einzelnen Wahlgängen klargestellt beziehungsweise ausdrücklich definiert.

Eingeführt wurde ferner eine Einspruchsfrist für Protokolle von Gremiensitzungen. Diese gelten zukünftig nach Ablauf von zwei Wochen nach Versand als genehmigt, wenn kein schriftlicher Einspruch vorliegt.

Eine weitere neue Frist wurde für Beschlussanträge definiert, die eine Satzungsänderung zum Gegenstand haben. Dies hängt mit der Notwendigkeit der Durchführung einer Verhältnismäßigkeitsprüfung vor jeder Satzungsanpassung zusammen (EU-Vorgabe).

Darüber hinaus erfolgten Anpassungen zur Reduzierung von Formalitäten (zum Beispiel Textform anstelle beziehungsweise neben der Schriftform) sowie diverse redaktionelle Anpassungen und Streichungen von Dopplungen/Redundanzen im Verhältnis der beiden Satzungen zueinander.

HYGIENESCHUTZ

Für den 31. Sächsischen Ärztetag und die 64. Kammerversammlung wurde im Vorfeld ein Hygieneplan erstellt. Zudem mussten alle Teilnehmer ihren Infektionsschutz durch Impfausweis, Genesenennachweis oder Antigen-Test nachweisen. Es bestand grundsätzlich eine Maskenpflicht, wenn Abstände von 1,5 m nicht eingehalten werden konnten.

Auch diese beiden Satzungen sollen im Juli 2021 in Kraft treten.

Alle Satzungsänderungen werden gemäß § 15 Abs. 2 der Hauptsatzung auf der Internetseite der Sächsischen Landesärztekammer amtlich bekanntgemacht.

Angenommene Beschlüsse des 31. Sächsischen Ärztetages

- BV 1 Tätigkeitsbericht 2020 der Sächsischen Landesärztekammer
- BV 2 Jahresabschluss 2020 und Verwendung des Überschussvortrages
- BV 3 Entlastung des Vorstandes für das Haushaltsjahr 2020
- BV 4 Wahl des Abschlussprüfers für das Haushaltsjahr 2021
- BV 5 Satzung zur Änderung der Hauptsatzung

- BV 6 Satzung zur Änderung der Geschäftsordnung
- BV 7 Satzung zur Änderung der Berufsordnung
- BV 8 (Weitere) Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin
- BV 9 Corona-Bonus auch für MFA/Arzthelfer
- BV 10 10-Punkte-Papier zur Pandemiebewältigung

Alle Beschlüsse finden Sie in vollem Wortlaut auf www.slaek.de

Termine

Die **65. Tagung der Kammerversammlung** findet am **10. November 2021** und der **32. Sächsische Ärztetag/ 66. Tagung der Kammerversammlung** am **17./18. Juni 2022** statt. ■

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

34. Erweiterte Kammerversammlung

Bericht des Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses

„Von Verhältnissen, die man vor 20 Jahren als normal eingeschätzt und betrachtet hätte, sind wir nach wie vor meilenweit entfernt.“ Dr. med. Steffen Liebscher, Vorsitzender des Verwaltungsausschusses der Sächsischen Ärzteversorgung (SÄV), begann seine Erläuterungen zur Tätigkeit des Ausschusses mit einer Einordnung der aktuellen volkswirtschaftlichen Lage. In seinen Ausführungen machte er deutlich, dass das Geschäftsjahr 2020 nicht nur im Zeichen der Corona-Pandemie stand. Eine Vielzahl globaler Entwicklungen mache die Betrachtung der Kapitalanlage des Versorgungswerkes der sächsischen Ärzte und Tierärzte in einem größeren Kontext unabdingbar.

Eine wesentliche Herausforderung, der die Kapitalanlage seit einigen Jahren gegenübersteht, ist die Niedrigzinspolitik der Europäischen Zentralbank (EZB), die oft nicht den wirtschaftlichen Notwendigkeiten des Marktes entspricht. Die Folgen der Corona-Pandemie sind nun in ersten Zügen absehbar und haben bei der Ausweitung der Bilanzsumme der EZB als Katalysator gewirkt.

Das historische Tief an Insolvenzen lässt erahnen, dass die Aussetzung der Insolvenzantragspflicht eine massive Welle an Geschäftsaufgaben nach sich ziehen wird, deren Folgen momentan noch nicht absehbar sind.

„Wir haben als Sächsische Ärzteversorgung ein gutes Stück Anpassungsleistung an diese widrigen Verhältnisse bereits geschafft“, so Dr. Liebscher. Die wirtschaftliche Basis ist insbesondere aufgrund der Absenkung des Rechnungszinses von 4,0 Prozent auf 3,05

Prozent stabil geblieben. Regelmäßig durchgeführte ALM-Studien (Asset-Liability-Management) lassen Handlungsbedarf rechtzeitig und zuverlässig erkennen.

Im Folgenden nahm der Verwaltungsausschussvorsitzende Bezug auf Entwicklungen im Bereich der Mitgliederverwaltung. Er verwies auf die nach wie vor steigende absolute Zahl an Mitgliedern. Entsprechend den Vorjahren setzt sich der Trend zu weniger Niederlassungen, mehr Anstellungsverhältnissen, mehr Teilzeittätigkeit und somit tendenziell niedrigeren Beiträgen in das System der Sächsischen Ärzteversorgung fort. Seit seiner Einführung im Jahr 2009 sank der Anteil der Regelbeitragszahler unter den angestellten Mitgliedern auf etwas weniger als ein Drittel. Dr. Liebscher führte diesen Umstand auf eine im Wandel befindliche Arbeitswelt zurück.

Den dritten Teil seines Tätigkeitsberichtes widmete der Vorsitzende des Verwaltungsausschusses aktuellen Entwicklungen in der Kapitalanlage. Er verwies abermals auf die besondere Zinsituation, die insbesondere Investments in Wertpapiere erschwert, da jede Rendite unter dem Rechnungszins als Verlust für das Versorgungswerk betrachtet werden muss. Er betonte jedoch auch, dass er im Bereich der Immobilieninvestments großes Potenzial sehe.

Zusammenfassend stellte Dr. Liebscher heraus: „Wir haben in den letzten Jahren überwiegend die Steuerung der Fonds in die eigenen Hände genommen. Dies ist nur deshalb möglich, weil wir in unserem Haus sehr eng miteinander agieren und die verschiedenen Fachbereiche ihre hohe Sachkompetenz zur Erreichung eines gemeinsamen Zieles

bündeln.“ In diesem Zusammenhang verwies Dr. Liebscher auf die Neueinstellung qualifizierter Mitarbeiter, die den Bereich der Kapitalanlage unterstützen.

In einem kurzen Exkurs lobte Dr. Liebscher die exzellente Anpassungsfähigkeit der IT-Abteilung, die in einem denkwürdigen Jahr 2020 durch die schnelle und gezielte Umsetzung von Maßnahmen in den Bereichen Digitalisierung und Reorganisation von Strukturen die jederzeitige Handlungsfähigkeit sicherstellte.

Im Zusammenhang mit dem Tagesordnungspunkt „Nachhaltigkeit in der Sächsischen Ärzteversorgung“ äußerte sich Dr. Liebscher zu den Entwicklungen, die seit der Erweiterten Kammerversammlung im vergangenen Jahr stattgefunden haben. Bestehende Nachhaltigkeitsbemühungen der Säch-



Dr. med. Steffen Liebscher,
Vorsitzender des Verwaltungsausschusses

sischen Ärzteversorgung wurden um gezielte Maßnahmen erweitert und strategische Zielstellungen formuliert. Sämtliche Vorgänge in diesem Zusammenhang orientieren sich an den sogenannten ESG-Kriterien, die eine Berücksichtigung ökologischer, sozialer und ökonomischer Aspekte nicht nur in der Kapitalanlage, sondern im gesamten Geschäftsbetrieb umfassen. Dr. Liebischer und Dr. Kohl (Vorsitzender des Aufsichtsausschusses) sind als verantwortliche Personen für die Umsetzung der Nachhaltigkeitsbelange benannt worden. Der Verwaltungsausschussvorsitzende dankte den Vertretern der Initiative „Health for Future“ für ihr Engagement.

Bericht des Vorsitzenden des Aufsichtsausschusses

Dr. med. Volker Kohl, Vorsitzender des Aufsichtsausschusses, schloss seinen Bericht über die Tätigkeit des Ausschusses an. Der in der konstituierenden Sitzung im September 2020 neu gewählte Vorsitzende dankte seinem Vorgänger im Amt, Dr. med. vet. Jens Achterberg, für dessen langjährige, verdienstvolle Tätigkeit.

Nachdem er die Aufgaben des beaufsichtigenden Organs gemäß Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung vorgestellt hatte, attestierte er der Verwaltung einen konstruktiven und unkomplizierten Informationsaustausch, durch den dem Ausschuss in vertrauensvoller Zusammenarbeit alle erforderlichen Informationen bereitgestellt wurden.

Mit der Prüfung der Rechnungsabschlüsse habe man sich eingehend befasst, so Dr. Kohl. Er zeigte sich erfreut darüber, dass die solide und erfolgreiche Erwirtschaftung des notwendigen Rechnungszinses möglich war, insbesondere, weil damit eine Erhöhung der Renten und Anwartschaften einhergehen kann.



Die 34. Erweiterte Kammerversammlung fand im Löwensaal Dresden statt.

Mit dem Thema „Nachhaltigkeit“ hat sich auch der Aufsichtsausschuss intensiv befasst. Im Ergebnis beschloss die Mitglieder des Ausschusses in ihrer Sitzung im April 2021 eine Anpassung der Kapitalanlagerichtlinie und

erkannten damit nachhaltiges Investieren als dringendes Erfordernis an. Neben den Grundprinzipien Sicherheit, Rentabilität, Liquidität, Mischung und Streuung, wurde damit auch der Nachhaltigkeitsgrundsatz als ein zu berücksichtigender Aspekt aufgenommen.



Dr. med. Volker Kohl,
Vorsitzender des Aufsichtsausschusses

Abschließend erklärte der Aufsichtsausschussvorsitzende, dass aufgrund des gestiegenen Abstimmungsbedarfs und der Komplexität der Themen beschlossen wurde, ab dem Jahr 2022 den Sitzungsturnus von drei auf vier Sitzungen pro Jahr zu erhöhen. Anknüpfend an die Danksagung von Dr. Liebischer, dankte Dr. Kohl allen Ausschussmitgliedern und den hauptamtlichen Verwaltungsmitarbeitern für eine engagierte und vertrauensvolle Zusammenarbeit.

Beschlüsse der 34. Erweiterten Kammerversammlung

Beschlussvorlage 1

Rentenbemessungsgrundlage/Rentendynamisierung 2022 (einstimmig bestätigt, keine Gegenstimmen, 3 Enthaltungen)

Wortlaut: „Die Rentenbemessungsgrundlage für das Jahr 2022 beträgt 42.083,00 Euro. Die am 31. Dezember 2021 laufenden Versorgungsleistungen werden zum 1. Januar 2022 um 1,25 Prozent dynamisiert.“

Beschlussvorlage 2

Entlastung des Verwaltungsausschusses und des Aufsichtsausschusses der Sächsischen Ärzteversorgung für das Jahr 2020 (einstimmig bestätigt)

Wortlaut: „Die Tätigkeitsberichte des Verwaltungsausschusses und des Aufsichtsausschusses der Sächsischen Ärzteversorgung 2020 werden bestätigt. Der Jahresabschluss 2020 wird entgegengenommen und festgestellt.

Der Bericht über die Prüfung für das Rechnungsjahr 2020 wird bestätigt. Dem Verwaltungsausschuss und dem Aufsichtsausschuss der Sächsischen Ärzteversorgung wird Entlastung für das Geschäftsjahr 2020 erteilt.“

Beschlussvorlage 3

Nachhaltigkeit in der Sächsischen Ärzteversorgung (mehrheitlich bestätigt, 3 Gegenstimmen, 2 Enthaltungen)

Wortlaut: „Die Mandatsträgerinnen und Mandatsträger der Erweiterten Kammerversammlung erteilen ihre Zustimmung zu dem von Verwaltungsausschuss und Aufsichtsausschuss in ihren Sitzungen am 28. April 2021 beschlossenen Positionspapier zur nach-

haltigen Ausrichtung des Geschäftsbetriebes der Sächsischen Ärzteversorgung.“

Beschlussvorlage 4

6. Satzung zur Änderung der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung (mit Zwei-Drittel-Mehrheit bestätigt, keine Gegenstimmen, 1 Enthaltung)

Die Satzungsänderungen 2021 werden nach Genehmigung durch das die Aufsicht führende Ministerium im vollständigen Wortlaut im „Ärzteblatt Sachsen“ und im „Deutschen Tierärzteblatt“ veröffentlicht. ■

Ass. jur. Nico Appelt MBA
Geschäftsführer der
Sächsischen Ärzteversorgung

Strukturierte Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen – Chance und Herausforderung

Ch. Kirsch¹, M. Eberlein-Gonska²

Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&MK) sind ein Element der vielfältigen Qualitäts- und Risikomanagementstruktur in Einrichtungen der medizinischen Gesundheitsversorgung. Im Leitfaden der Bundesärztekammer sind sie folgendermaßen definiert: „Eine M&MK ist eine regelmäßige, idealerweise fachdisziplin- und berufsgrup-

penübergreifende strukturierte Besprechung zur Aufarbeitung besonderer Behandlungsverläufe und Todesfälle mit dem Ziel, gemeinsam daraus zu lernen und konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung abzuleiten“ [1]. Im Rahmen des medizinischen Qualitäts- und Risikomanagements sind sie ein Instrument, um die Qualität der Patientenversorgung und die Sicherheit für die Patienten zu verbessern [2 – 4].

M&MK sind kein neues Konzept. Ursprünglich wurden sie zu Beginn des 20. Jahrhunderts in den USA von

Pathologen und Anästhesisten durchgeführt [5]. Europäische Ärzte brachten das Konzept dieser Konferenz nach Europa. Aus dem ursprünglich auf Weiterbildung ausgerichteten Tool wurde mit der Zeit ein Element zur Verbesserung der Sicherheitskultur in Krankenhäusern. Leo Gordon, einer der Protagonisten der Entwicklung der modernen Struktur von M&MK, beschreibt diese 1994 als „die goldene Stunde der ärztlichen Ausbildung“ [6]. In den USA gehören sie mittlerweile verpflichtend zu den Grundkonzepten von Weiterbildungsprogrammen des ACGME (The Accreditation Council for Graduate Medical Education) sowohl in chirurgi-

¹ Ausschuss Qualitätsmanagement, Sächsische Landesärztekammer

² Zentralbereich Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

schen Fachdisziplinen als auch in der Inneren Medizin [7, 8].

Für die Wirkung von M&MK insbesondere auf die Ergebnisqualität liegen sehr heterogene Studien aus unterschiedlichen medizinischen Fachrichtungen vor. Beispiele dafür sind die Reduktion der Mortalität nach circa 29.000 Operationen in vier Jahren in einem Krankenhaus in New York [9, 10], die Reduktion von Herzstillständen und der Mortalität auf einer Intensivstation [11] und die Reduktion der Wundinfektionsrate nach kolorektalen Resektionen [12].

M&M-Konferenzen unterscheiden sich ganz wesentlich von den heute in der ärztlichen Fortbildung weit verbreiteten Fallbesprechungen und auch von prospektiven Tumorkonferenzen. Bei M&MK steht die retrospektive Analyse der realen Abläufe und Strukturen, die in einem Behandlungsfall zu Problemen geführt haben, im Vordergrund. Medizinische Entscheidungsabläufe und Indikationen werden in den Kontext von Leitlinien oder internen Standards gebracht. Daneben sollten auch kommunikative Abläufe oder Probleme diskutiert werden. In Handbüchern zum Risikomanagement in medizinischen Gesundheitseinrichtungen gehören Be-



Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen sind ein Element der Qualitäts- und Risikomanagementstruktur in Einrichtungen der medizinischen Grundversorgung.

schreibungen und Anleitungen zu erfolgreichen M&MK mittlerweile zum Standard, außerdem gibt es international und national publizierte Leitfäden [1, 13].

Trotz der Entwicklung des Qualitäts- und Risikomanagements in den letzten zwei Jahrzehnten ist die Besprechung von kritischen Behandlungsfällen und Fehlern auch heute noch entscheidend

geprägt von der individuellen Fehlerkultur von ärztlichen Führungskräften. Das bedeutet, M&MK werden häufig so durchgeführt, wie Führungskräfte dies in ihrem ärztlichen Berufsleben kennengelernt haben. Dies spiegelt sich bis heute in der Verbreitung und Struktur wider und zeigt das Spannungsfeld, in dem M&MK entwickelt und durchgeführt werden müssen. In Anbetracht der Inhalte und Anforderungen stellen diese damit eine besondere Herausforderung dar, die nicht nur medizinisches Wissen, sondern vor allem soziale und kommunikative Kompetenzen aller Beteiligten erfordern. Da in M&MK vor allem mit Kommunikation, Selbstreflexion und Teamdiskussion „gearbeitet“ wird, vermitteln sie auch die Werte, die in einer Klinik alltäglich gelebt werden.

HINTERGRUND

Im Ausschuss Qualitätsmanagement wird immer wieder über die verschiedensten Methoden hinsichtlich Risikominimierung, Patientensicherheit, Qualitätssicherung und Qualitätsmanagementverfahren insbesondere unter dem Blickwinkel eines ausgewogenen Aufwand-Nutzen-Verhältnisses diskutiert. Dr. med. Christian Kirsch und Prof. Dr. med. habil. Maria Eberlein-Gonska stellen hiermit eine bereits alt bekannte und effektive ärztliche Methode für den klinischen Alltag vor, die zum Teil „in Vergessenheit“ zu geraten scheint.

Dr. med. Dirk Müller
Vorsitzender
im Auftrag des
Ausschusses Qualitätsmanagement

Struktur und Prozesse von M&MK national und international

In zahlreichen verschiedenen Publikationen und Reviews der letzten Jahre konnte gezeigt werden, dass M&MK sowohl national als auch international sehr unterschiedlich durchgeführt wer-

den. Dies betrifft die Häufigkeit, die Ziele, die Struktur, die Prozesse und den Umgang mit den Ergebnissen. Dabei betreffen die Unterschiede sowohl verschiedene medizinische Fachdisziplinen in einem Krankenhaus als auch gleiche Fachdisziplinen in verschiedenen Krankenhäusern [14 – 17]. Ähnliche Ergebnisse fanden sich auch in Befragungen von Chefärzten in Niedersachsen [18] und der Schweiz [19]. Letztlich stellt die Durchführung von strukturierten M&MK anhand von Qualitätskriterien und Leitfäden die Grundlage für deren Qualität und Ergebnisse dar.

In Deutschland wird das Konzept von M&MK in vielen Kliniken bereits eingesetzt. 2012 wurde eine Befragung von Verantwortlichen in deutschen Krankenhäusern zum Einführungsstand des Risikomanagements unter der Schirmherrschaft des Aktionsbündnisses für Patientensicherheit (APS) durchgeführt und diese dann 2015 wiederholt. Dabei zeigte sich, dass im Vergleich von 2012 zu 2015 eine Zunahme der Zahl der Krankenhäuser in allen Versorgungsbereichen verzeichnet werden konnte, in denen solche Konferenzen durchgeführt wurden [14, 15]. Eine Befragung von leitenden Ärzten verschiedener Fachdisziplinen in Niedersachsen ergab, dass 85 Prozent der Teilnehmer M&MK durchführten [18]. Diese Zahlen zeigen die Anstrengungen, die unternommen wurden, um M&MK in Krankenhäusern oder Klinikbereichen in Deutschland zu etablieren. Nimmt man die Ergebnisse der verschiedenen Befragungen der letzten Jahre aus Deutschland zusammen, bleiben ungeachtet dessen viele Fragezeichen, warum sich strukturierte M&MK noch nicht in allen Krankenhäusern und Klinikbereichen durchgesetzt haben.

Neben der freiwilligen Durchführung von M&MK ergeben sich mit der zunehmenden Entwicklung von Qualitäts-

und Risikomanagement in deutschen Krankenhäusern auch Verpflichtungen zu deren Durchführung. In den Anforderungen für Zertifizierungen, zum Beispiel der Deutschen Krebsgesellschaft, werden M&MK mittlerweile verpflichtend gefordert. In der Qualitätsmanagement-Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses (GBA), die am 16. November 2016 in Kraft getreten ist, sind M&MK ebenfalls als ein Teil des Risikomanagements benannt, dass verpflichtend in deutschen Krankenhäusern vorgehalten werden muss.

Diese Gegensätze zwischen Anforderungen an die Krankenhäuser, strukturierte M&MK durchzuführen, und die bislang noch unzureichende Umsetzung von internationalen und nationalen Empfehlungen machen deutlich, wie wichtig es ist, praktisch anwendbare Konzepte oder Modelle zu entwickeln, die eine dauerhafte und nachhaltige Etablierung von strukturierten M&MK in deutschen Krankenhäusern auf der Basis der publizierten Leitfäden ermöglichen.

M&MK im Universitätsklinikum Dresden als beispielhaftes Modell einer nachhaltigen Einführung und Strukturierung von M&MK

Strukturierte M&MK wurden nach einer Vorstandsvorgabe seit 2016 in den Kliniken des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden unter Federführung des Zentralbereiches Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement (ZB QRM) etabliert. Für die praktische Einführung wurden zunächst auf der Basis von nationalen und internationalen Empfehlungen grundlegende Strukturen und Abläufe für M&MK im Universitätsklinikum Dresden definiert, die vorhandenen Besprechungsformen in den Struktureinheiten des Klinikums diesbezüglich analysiert und im Weiteren – soweit notwendig – grundlegend strukturiert. Dafür wurden M&MK in

enger Zusammenarbeit zwischen den Verantwortlichen in den Struktureinheiten und einem Arzt im Zentralbereich Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement neu etabliert oder umstrukturiert. Parallel wurde die Evaluation des Einführungsprozesses und der Abläufe der neu strukturierten Konferenzen begonnen. Methodisch wurden und werden dafür teilnehmende Beobachtungen, eine Online-Mitarbeiterbefragung, eine Befragung der Teilnehmer von M&MK mittels Fragebögen und teilstrukturierte Interviews mit Verantwortlichen bei der Einführung von M&MK in den Struktureinheiten durchgeführt.

Die Ergebnisse der Analysen zeigten, dass sich die Anzahl der Struktureinheiten, in denen strukturierte M&MK durchgeführt wurden, seit Projektbeginn im Jahr 2016 von fünf auf 26 erhöht hat und die Mehrzahl dieser Konferenzen interdisziplinär und interprofessionell durchgeführt wurden. Damit ist es gelungen, die M&MK in verschiedenen Fachbereichen im Universitätsklinikum Dresden grundlegend zu strukturieren und ein Netzwerk von dezentral durchgeführten M&MK mit ähnlicher Struktur und Abläufen im gesamten Universitätsklinikum Dresden zu entwickeln.

In einer Befragung der Mitarbeiter zeigte sich, dass die neuen strukturellen und prozessualen Faktoren der strukturierten M&MK von den Teilnehmern positiv bewertet wurden. Die Ergebnisse zeigten neben konkreten Verbesserungsmaßnahmen, dass sich für die Mitarbeiter spürbare Verbesserungen für das persönliche berufliche Handeln und für die Qualität der Patientenversorgung erreichen ließen.

In der bisherigen Evaluation erwiesen sich die zentrale Vorgabe der Einführung durch den Vorstand, die persönliche Unterstützung durch einen ärzt-

lichen Mitarbeiter im Zentralbereich Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement, zur Verfügung gestellte Vorlagen, eine interne Unterstützung in den Struktureinheiten und das Erreichen einer spürbaren Konsequenz für die Mitarbeiter als die wichtigsten positiven Erfolgsfaktoren.

Hauptbarrieren bei der Einführung von M&MK im Universitätsklinikum Dresden waren Probleme bei der Fallauswahl, knappe zeitliche Ressourcen und Probleme bei der Umsetzung und Kommunikation von Verbesserungsmaßnahmen aus den M&MK.

Zusammenfassung

M&MK sind eine etablierte Methode des Qualitäts- und Risikomanagements einer Klinik. Für die nachhaltige Einführung und Wirksamkeit sind optimale Strukturen und Abläufe in einer M&MK die Grundlage. Empfehlungen aus publizierten Leitfäden werden,

soweit bekannt, in Deutschland immer noch zu selten verwendet, um die Chancen zu nutzen, die sich durch die Durchführung von strukturierten M&MK ergeben. Das Dresdner Modell zeigt an einem praktischen Beispiel, wie die Empfehlungen von Leitfäden in einem Universitätsklinikum in Deutschland in der Realität umgesetzt werden können.

Die Chancen, die sich aus der Durchführung von strukturierten M&MK ergeben, sind unter anderem die Möglichkeit der Verbesserung der Patientensicherheit, Behandlungsprozesse zu optimieren und die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen durch Interprofessionalität und zwischen verschiedenen Fachrichtungen durch Interdisziplinarität zu verbessern. Regelmäßige M&M-Konferenzen werden damit zum festen Bestandteil der Fortbildung, Weiterbildung und Fehlerkultur der Gesamtklinik. Insgesamt bietet sich damit die Möglichkeit, die Sicherheits-

kultur in einer Klinik oder einem Bereich so zu verändern, dass es Mitarbeitern ermöglicht wird, über kritische Behandlungsverläufe und Fehler offen zu kommunizieren und im Team aus diesen zu lernen.

Neben den Chancen erscheint es notwendig – unter dem Eindruck einer zunehmenden Verpflichtung zu M&MK gesetzlich oder durch Zertifizierungen –, ausreichende Ressourcen für die erfolgreiche Durchführung von M&MK intern zur Verfügung zu stellen, diese dann auch als Teil der Patientenversorgung zu akzeptieren und dementsprechend den personellen und zeitlichen Aufwand anzuerkennen und zu vergüten. ■

Literatur unter www.slaek.de →
Presse/ÖA →Ärzteblatt

Korrespondierender Autor
Dr. med. Dirk Müller

Vorsitzender Ausschuss Qualitätsmanagement
E-Mail: ausschuesse@slaek.de

Das Forschungspraxennetz SaxoForN

Eine innovative Forschungsinfrastruktur für die ambulante Versorgung

M. Kramer¹, K. Voigt¹

Klinische Forschung findet in Deutschland überwiegend im Kontext stationärer Einrichtungen statt. Die Übertragbarkeit der dort gewonnenen Ergebnisse in die ambulante hausärztliche Versorgungspraxis ist limitiert [1]. Die Versorgung verschiedener Patientenspektren im stationären versus ambu-

lantem Setting führt zu unterschiedlicher Wahrnehmung der Relevanz von Versorgungs- oder Forschungsthemen, aber auch aufgrund unterschiedlicher Prävalenzen zu abweichender Aussagekraft diagnostischer Verfahren oder der Wirksamkeit von Therapien. Die Generalisierbarkeit von Ergebnissen aus stationärer Forschung auf ambulante Patienten ist damit häufig nicht gesichert, sodass Evidenzlücken zur bestmöglichen Versorgung existieren [2, 3].

Der Großteil der Bevölkerung (93,3 Prozent) wurde im Jahr 2018 mindestens

einmal ambulant versorgt [4], während nur 16,2 Prozent der Bevölkerung eine stationäre Krankenhausbehandlung erhielten [5]. Auf die Zahl der Behandlungsfälle bezogen standen hier sogar 709 Millionen ambulante Fälle [4] nur 19 Millionen stationären Fällen gegenüber [6].

Um diese ambulanten Forschungslücken zu schließen, schrieb das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Jahr 2018 eine Förderung



¹ Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden, Bereich Allgemeinmedizin, SaxoForN



Das SaxoForN-Team im Sommer 2020 beim ersten Treffen in Frankfurt am Main.

zum Aufbau von allgemeinmedizinischen Forschungspraxennetzen aus. Der Bereich Allgemeinmedizin der Technischen Universität Dresden und das Institut für Allgemeinmedizin der Frankfurter Goethe-Universität bewarben sich gemeinsam erfolgreich um eine Förderung. Seit 2020 entsteht das sächsisch-hessische Forschungspraxennetz SaxoForN, das sich aus den Subnetzen SaxoN und ForN zusammensetzt. Bundesweit entstehen sechs solcher Verbünde, welche gemeinsam mit einer Koordinierungsstelle die Initiative DESAM-ForNet (www.desam-fornet.de) bilden. Mit ihrer Hilfe sollen zukünftig hausärztliche Forschung gestärkt und bundesweite Projekte realisiert werden.

SaxoForN wird einen Beitrag leisten, qualitativ hochwertige Forschung aus der Praxis für die Praxis zu ermöglichen. Teilnehmende Hausarztpraxen (Medizinische Fachangestellte und Ärzte) können zahlreiche Fortbildungsangebote wahrnehmen und werden so zu klinischer und Versorgungsforschung qualifiziert. In einem partizipativen Ansatz werden sie dann gemeinsam mit Patienten und Vertretern anderer Berufsgruppen (Apotheke, IT, Pflege) versorgungsrelevante Forschungsfragen

erarbeiten und Studienansätze zu deren Beantwortung entwickeln. Unterstützt werden sie dabei vom SaxoForN-Team.

Bei regelmäßiger Teilnahme an Fortbildungen und Forschungsprojekten können die Hausarztpraxen den Status einer akkreditierten Akademischen Forschungspraxis der jeweiligen Standortuniversität erwerben. Im Rahmen dieser BMBF-Förderung sind zwei Pilotstudien integriert, mit denen – neben der Beantwortung versorgungsrelevanter Forschungsfragen – die neu entstehende Forschungsinfrastruktur ausgetestet und laufend optimiert werden soll.

Das Projekt „HYPERION-Transcare“ hat das Ziel, bis 2022 eine Intervention zu entwickeln und zu testen, welche die intersektorale Arzneimitteltherapie verbessern soll.

Mit „LoTeCaS-GP“ wird ab 2022 überprüft, wie die hausärztliche Versorgung und Nachsorge Langzeitüberlebender von Tumorerkrankungen verbessert werden kann.

Nach Abschluss der fünfjährigen Förderphase soll SaxoForN als nachhaltige Forschungsinfrastruktur etabliert sein. Die langfristige Finanzierung dieser In-

frastruktur ist noch nicht endgültig entschieden, aber Großbritannien [7] und die Niederlande [8, 9] machen vor, wie eine longitudinale Finanzierung aus öffentlichen Mitteln es ermöglicht, Studien frei von wirtschaftlichen Interessen zu entwerfen und durchzuführen. Eine ähnliche Struktur ist auch für Deutschland notwendig [10].

Wenn auch Sie sich für patientennahe Forschung aus der Praxis für die Praxis interessieren, dann nehmen Sie gerne Kontakt zu uns auf. Alle aktuellen Forschungsprojekte, Termine und Neuigkeiten für Hausärzte, Medizinische Fachangestellte, Patienten und interessierte Kooperationspartner finden Sie auf unserer Website www.saxoforn.net ■

Literatur unter www.slaek.de →
Presse/ÖA →Ärzteblatt

Interessenkonflikte: keine

Korrespondierender Autor:
Martin Kramer
SaxoForN

Bereich Allgemeinmedizin
Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der
Technischen Universität Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
E-Mail: martin.kramer@uniklinikum-dresden.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 auf der Homepage der KV Sachsen abrufbar

(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 Dresden

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG			
21/D078	Allgemeinmedizin*)	Dresden	26.07.2021
21/D079	Allgemeinmedizin*)	Dresden	11.08.2021
ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
21/D080	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Bautzen	26.07.2021
21/D081	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Bautzen	11.08.2021
21/D082	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Dresden, Stadt	26.07.2021
21/D083	Ärztliche Psychotherapie – Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (häftiger Vertragsarztsitz)	Dresden, Stadt	11.08.2021
21/D084	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Dresden, Stadt	26.07.2021
21/D085	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Görlitz, Stadt/ Niederschlesischer Oberlausitzkreis	26.07.2021
21/D086	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Hoyerswerda, Stadt/ Kamenz	26.07.2021
21/D087	Augenheilkunde (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Löbau-Zittau	26.07.2021
21/D088	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Löbau-Zittau	11.08.2021
21/D089	Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Meißen	26.07.2021
21/D090	Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Meißen	26.07.2021
21/D091	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz, Sonderbedarf)	Weißeritzkreis	26.07.2021
SPEZIALISIERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
21/D092	Innere Medizin/SP Gastroenterologie	Görlitz	26.07.2021

Schriftliche Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 8828-3300 zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
21/C039	Psychiatrie u. Psychotherapie (häftiger Vertragsarztsitz)	Chemnitz, Stadt	26.07.2021

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 Leipzig

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG			
21/L064	Allgemeinmedizin*)	Leipzig	11.08.2021
21/L065	Allgemeinmedizin*)	Leipzig	26.07.2021
ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
21/L066	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Leipzig, Stadt	26.07.2021
21/L067	Neurologie und Psychiatrie/ZB Psychotherapie (häftiger Vertragsarztsitz)	Leipzig, Stadt	26.07.2021
21/L068	Urologie (häftiger Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Leipzig, Stadt	26.07.2021
21/L069	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Leipzig, Stadt	26.07.2021
21/L070	Psychotherapeutisch tätiger Arzt – ausschließlich zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen – Verhaltenstherapie / Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (häftiger Vertragsarztsitz)	Leipzig, Stadt	11.08.2021
21/L071	Psychotherapeutisch tätiger Arzt – Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (häftiger Vertragsarztsitz)	Leipzig, Stadt	26.07.2021
21/L072	Psychotherapeutisch tätiger Arzt - Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (häftiger Vertragsarztsitz)	Leipzig, Stadt	26.07.2021
SPEZIALISIERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG			
21/L073	Innere Medizin/SP Kardiologie (häftiger Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Leipzig, Stadt	26.07.2021
21/L074	Innere Medizin/SP Kardiologie (häftiger Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Leipzig, Stadt	26.07.2021
21/L075	Diagnostische Radiologie (häftiger Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Leipzig, Stadt	26.07.2021

Schriftliche Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel. 0341 2432-2346 zu richten.

Abgabe von Vertragsarztsitzen

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

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG		
Allgemeinmedizin*)	Crimmitschau	geplante Abgabe 01.10.2021

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*)	Görlitz	Abgabe: ab sofort
Allgemeinmedizin*)	Niesky	Abgabe: ab sofort
Allgemeinmedizin*)	Görlitz	Abgabe: ab sofort
Allgemeinmedizin*)	Freital	Abgabe: ab sofort
Praktischer Arzt*)	Freital	Abgabe: ab sofort
Allgemeinmedizin*)	Hoyerswerda	Abgabe: ab sofort
Innere Medizin*)	Neustadt	Abgabe: ab sofort
Praktischer Arzt*)	Niesky	Abgabe: Oktober 2021
Praktischer Arzt*)	Weißwasser	Abgabe Ende 2021
Innere Medizin*) (Diabetologische Schwerpunktpraxis)	Löbau	Abgabe: Januar 2022
Allgemeinmedizin*)	Görlitz	Abgabe: Mitte 2022
Allgemeinmedizin*)	Löbau	Abgabe: Juli 2022
Allgemeinmedizin*)	Löbau	Abgabe: Juli 2022
ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG		
Augenheilkunde	Bautzen	Abgabe: ab sofort
GESONDERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG		
Physikalische und Rehabilitative Medizin	Sachsen (Ort: Dresden)	Abgabe: ab sofort

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel. 0351 8828-3300.

Mundgeruch – auch darmassoziiert möglich

J. Henker

An Mundgeruch – auch Halitosis (lat. halitus = Hauch, Dunst) – leiden weltweit permanent oder passager etwa 50 Prozent der Bevölkerung [1]. Mundgeruch kann zu einem erheblichen Problem im sozialen Bereich (Tätigkeit, Familie, Freunde) werden. Zu unterscheiden sind der physiologische Mundgeruch, der eingebildete Mundgeruch (Halitophobie) und der pathologische Mundgeruch. Mundgeruch entsteht durch gasförmige Stoffwechselprodukte von Bakterien und durch flüchtige Schwefelverbindungen (sogenannte volatile sulphur compounds).

Pathologischer Mundgeruch wird unterschiedlich differenziert. Am häufigsten wird folgende Terminologie verwendet:

- Foetor ex ore (bad breath) – schlechter Geruch beim Ausatmen aus dem Mund („Mundgeruch“),
- Halitosis – schlechter Geruch bei der Ausatmung aus Mund und/oder Nase,
- Darmassoziierte Halitosis (DAH) – schlechter Geruch bei der Ausatmung aus Mund oder Nase, entstanden im Darm (Ausschluss einer Ursache im HNO-Bereich, des oberen Magen-Darm-Traktes [Mundhöhle, Ösophagus, Magen] und der Lunge).

Besonders auszuschließen sind dabei folgende Erkrankungen:

- Chronische Tonsillitis, Rhinitis und Sinusitis; Postnasal-Drip-Syndrom,
- Chronische Bronchitis, Bronchiektasien, Lungenabszess/-gangrän.

Ein Foetor ist auch möglich bei Urämie, Ketoazidose, Hypazidität des Magens, nach Verzehr von Zwiebeln und Knob-

Tab. 1: Häufig angewandte organoleptische Untersuchung (10 cm Abstand Prüfer zu Proband)

Schweregrad	Beschreibung der Geruchsstärke
0	kein unangenehmer Geruch
1	gerade wahrnehmbarer Geruch
2	leichter unangenehmer Geruch
3	mittelstarker unangenehmer Geruch
4	starker unangenehmer Geruch
5	extrem unangenehmer Geruch

lauch, durch Nikotin, die „Alkoholfahne“ und anderem.

Die Stärke des Mundgeruches kann organoleptisch oder mit physikalischen Analysen (meist mittels Gaschromatografie und/oder Massenspektrometrie) eingeschätzt werden.

Zur apparativen Erfassung von Geruchsstoffen aus bakteriellen Stoffwechselprozessen wird oft ein Halimeter eingesetzt, wobei dann mit einer Software die erhaltenen Atemgaskurven ausgewertet werden.

Die häufigste Ursache (zu 80 bis 90 Prozent) von Mundgeruch ist im Mund lokalisiert [2] in Form von Zungenbelag, Zahnbelag, Karies, Parodontopathien und Xerostomie.

Nach Untersuchungen von Faveri et al. ist die morgendliche Zungensäuberung die wichtigste hygienische Prozedur zur Reduktion des schlechten oral bedingten Mundgeruches, effektiver als Zähneputzen und Anwendung von Zahnpaste [3].

Ursache der DAH sind bakterielle Stoffwechselprodukte (geruchsintensive Gase) in Form von kurzkettigen Fettsäuren, Ammoniak und besonders flüchtigen Schwefelverbindungen.

Durch anaeroben bakteriellen Abbau von Eiweißen können auch Diamine, Indol und Skatol, sowie die Aminosäu-

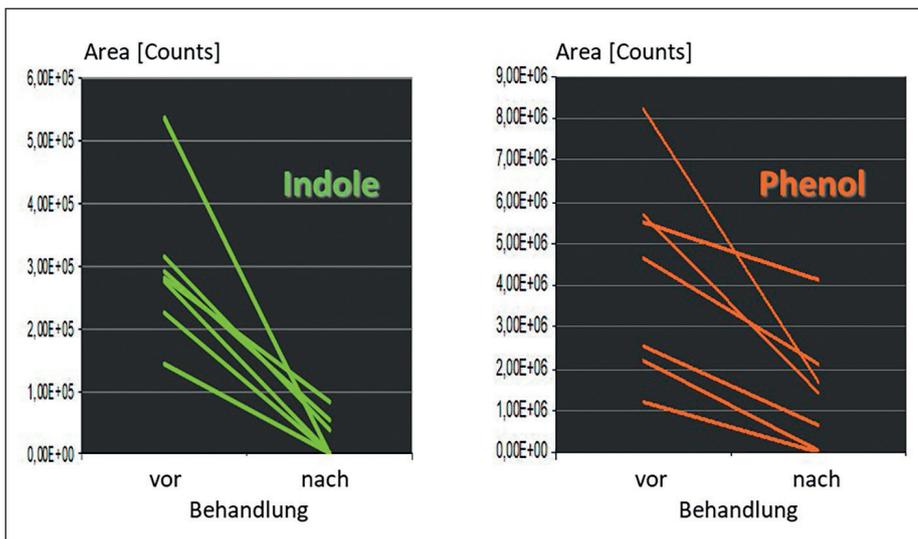
ren Valin, Leucin und Isoleucin Ursache einer DAH sein.

Auf das Problem der DAH wurden wir durch eine Kasuistik aufmerksam [4].

Kasuistik

Seit dem 1. Lebensjahr litt das Mädchen an einer chronischen, obstruktiven Bronchitis, weshalb es wiederholt antibiotisch behandelt wurde. Deshalb ist es sehr wahrscheinlich zu einer Dysbiose im Darm gekommen. Seit dem 5. Lebensjahr litt das Kind unter einem erheblich schlechten Mundgeruch, was zu einer Isolierung im Kindergarten und später in der Grundschule führte. Trotz umfangreicher Diagnostik konnte keine Ursache für den Foetor gefunden werden. Es bestanden keine Auffälligkeiten im Mund-Rachenraum, in den Nasennebenhöhlen, am oberen Magen-Darm-Trakt oder bei den H₂-Atemtests mit Laktose und Fruktose.

Mit einer Atemgasanalyse ließen sich 14 organische Verbindungen nachweisen, bei einem gleichaltrigen Vergleichs-kind nur vier in sehr geringer Konzentration. Nach einer dreimonatigen probiotischen Behandlung mit 2 ml Suspension E. coli Stamm Nissle 1917 (EcN)/ Mutaflor® pro Tag hatte das Kind keinen Mundgeruch mehr und die Atemgaskurve ließ keinerlei organische Verbindungen mehr erkennen.



Grafik 1: Ergebnis der gaschromatografischen/massenspektrometrischen Atemgasanalyse bei sieben Probanden mit DAH vor und nach 28-tägiger Behandlung mit Mutaflor®

Pilotstudie

In einer Pilotstudie [5] haben wir dann sieben Probanden (12, 17, 21, 50, 56, 59, 68 Jahre alt) mit einer DAH hinsichtlich der Wirksamkeit von EcN überprüft. Eine stomatologische und HNO-ärztliche Untersuchung bei den Probanden war unauffällig. Der Grad der Halitosis wurde organoleptisch mit der genannten Methode geprüft. Außerdem wurde eine gaschromatografische und massenspektrometrische Atemgasanalyse durchgeführt. Die Probanden erhielten über 28 Tage zwei Kapseln Mutaflor® (2,5 – 25 x 10⁹ lebensfähige Bakterien) pro Tag. Nach Behandlung hatten alle Teilnehmer eine zum Teil erhebliche Reduktion der Halitosis um mindestens zwei Stufen. Auch die physikalische Analyse bestätigte den Therapieerfolg (Grafik 1).

Studien zur Wirksamkeit von Probiotika bei DAH gibt es kaum. Eine japanische Arbeitsgruppe konnte in einer Anwendungsbeobachtung an 20 Probanden mit Halitosis organoleptisch und mit Hilfe gaschromatischer Untersuchungen auf flüchtige Schwefelwasserstoffe eine Wirksamkeit von *Lactobacillus salivarius* nachweisen [6]. Scheinbar

waren aber unter den Probanden auch solche mit oral bedingter Halitosis.

Doppelblinde, randomisierte, placebokontrollierte Studie (Antihalitosis-Studie)

Studiendesign

Die Wirksamkeit von EcN bei Personen mit DAH haben wir schließlich in einer doppelblinden, randomisierten und placebokontrollierten Studie (Antihalitosis-Studie) [7] genauer untersucht.

In die Studie wurden 74 Probanden (33 weibliche und 41 männliche) im Alter von 24 bis 69 Jahre (Ø 47,7 Jahre) einbezogen. Eine stomatologische und HNO-ärztliche Untersuchung ergab bei keinem Probanden krankhafte Auffälligkeiten. Neben einer Fragebogenmethode (Mundhygiene, Raucher, Ernährungsgewohnheiten) wurde die Wirksamkeit von EcN mittels organoleptischer Untersuchung und einer gaschromatografischen und massenspektrometrischen Untersuchung eines Zungenabstriches untersucht. Dafür wurde das Voident-Verfahren angewandt [8]. Mit Hilfe dieser Methode können flüchtige organische Verbindungen in Luft, aus Flüssigkeiten oder Feststoffen bestimmt werden. In Voruntersuchungen konnte

nachgewiesen werden, dass die Konzentrationen organischer Verbindungen im Zungenabstrich konstanter und höher ist als in der Atemluft. Der Vorteil der Methode ist die hohe Empfindlichkeit (1 pg/l) und dass etwa 150 Verbindungen identifiziert werden können. Nachteilig ist, dass keine Normalwerte existieren, und dass es nicht ganz klar ist, welche identifizierten Substanzen für die Halitosis verantwortlich sind.

Die Probanden erhielten doppelt blind entweder acht Wochen lang zwei Kapseln *E. coli* Stamm Nissle 1917/ Mutaflor®, wobei eine Kapseln 2,5 – 25 x 10⁹ lebensfähige Bakterien enthielt, oder ein Placebopräparat. Es ergaben sich zwei gleichstarke Gruppen zu je 37 Probanden; Gruppe A-P/EcN erhielt das Placebopräparat, Gruppe B-EcN/P das Verumpräparat. Da alle Probanden auch das Verum-Präparat erhalten sollten, wurde nach den acht Wochen gekreuzt; dann erhielt Gruppe A das Verum- und Gruppe B das Placebo-Präparat, allerdings nur je vier Wochen lang. Hauptzielkriterium war eine Verbesserung des organoleptischen Befundes um ≥ 2 Stufen. Daneben wurde die gaschromatografische und massenspektroskopische Analytik bewertet.

Statistik

Die statistische Auswertung erfolgte mit den Programmen SPSS Version 17 und SAS Version 9.2. Mit Hilfe des Chi²-Testes wurde das primäre Studienziel – Unterschied zwischen Verum- und Placebogruppe – konfirmativ analysiert. Ein signifikanter Unterschied bestand dann, wenn die asymptotische Signifikanz < 0,05 war.

Patienteninstruktion

Die Probanden erhielten folgende Instruktionen:

- drei Wochen vor und während der Studie keine Antibiotika,
- 48 Stunden vor der organoleptischen Beurteilung und der Proben-

entnahme kein Verzehr von Zwiebeln oder Knoblauch,

- am Tag der Untersuchung keine Kaugummis oder Bonbons, kein Zähneputzen, keine Mundspülung, nicht Rauchen, kein Alkoholkonsum, keine duftenden Kosmetika (Rasierwasser, Parfüm, Deodorant),
- vier Stunden vor der Untersuchung nüchtern bleiben.

Eine Visite beziehungsweise ein Probandenkontakt zur organoleptische Untersuchung, zum Zungenabstrich, zur Kontrolle der Fragebögen und der Compliance sowie zur Medikamentenausgabe/-rücknahme erfolgte zu Beginn der Studie, nach acht und nach zwölf Wochen. Zwischenzeitlich wurden die Probanden telefonisch kontaktiert.

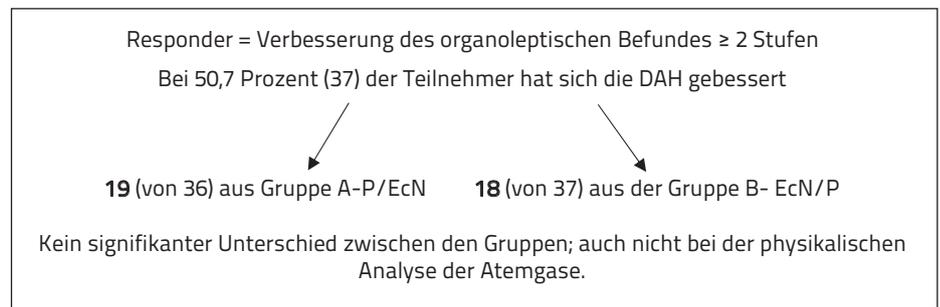
Ergebnisse

Die Ergebnisse sind in den Grafiken 2 und 3 dargestellt. Zur Beurteilung der Responderrate nach achtwöchiger Behandlung konnten 73 Probanden bewertet werden (ein dropout in Gruppe A). Das Ergebnis der organoleptischen Beurteilung wie auch das der physikalischen Untersuchung zeigte keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen, obwohl sowohl in der Placebo- als auch in der Verum-Gruppe die Indol- und Phenolkonzentration und auch anderer halitosisverantwortlicher organischer Verbindungen nach den acht Wochen niedriger war als zu Beginn.

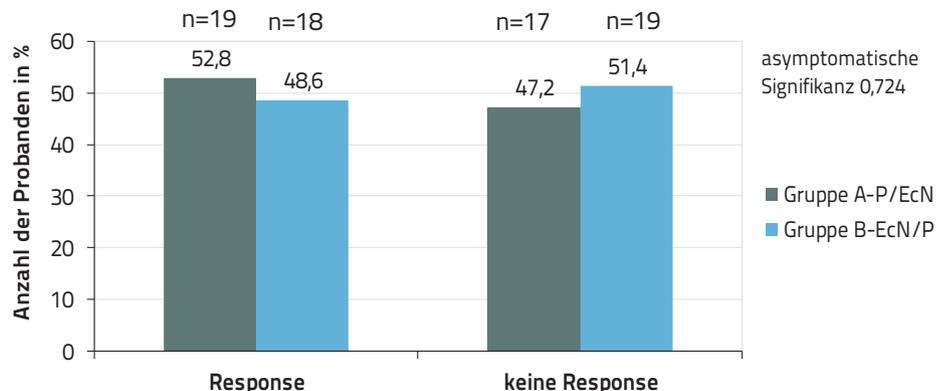
Nach weiteren vier Wochen mit gekreuzter Behandlung waren die Ergebnisse ähnlich, das heißt es gab hinsichtlich der organoleptischen Befundung und der physikalischen Analyse keine signifikanten Unterschiede.

Diskussion

Das Ergebnis der Antihalitosis-Studie war zunächst überraschend, da nach der bisherigen Erfahrung ein deutlicher Unterschied zwischen den beiden



Grafik 2: Responderrate nach achtwöchiger Behandlung



Grafik 3: Vergleich des organoleptischen Ergebnisses der Placebo- und Verum-Gruppe. Weiterhin war bei 25 Probanden eine Verbesserung um eine Stufe zu verzeichnen; 11 aus Gruppe A und 14 aus Gruppe B

Gruppen zugunsten der Verum-Gruppe zu erwarten war. Mögliche Ursachen, dass zwischen der Verum- und der Placebo-Gruppe kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Intensität der Halitosis bestand, könnten sein:

- Eine Änderung des mundhygienischen Verhaltens der Probanden. So könnte bei einem Teil die Halitosis zum Teil oral bedingt gewesen sein und sich durch bessere Mundhygiene gebessert haben. Das trifft eher nicht zu, da sowohl zu Beginn als auch am Ende der Studie die Zungenreinigung bei leicht über 50 Prozent der Probanden lag.
- die organoleptische Befundung unterliegt natürlich in erheblichem Maße der Subjektivität. Da wir das Maß für eine Wirksamkeit/Response des Verum-Präparates mit einer Verbesserung um zwei und mehr Stufen relativ eng festgelegt

hatten, könnte das eine Erklärung sein, zumal 25 Probanden eine Verbesserung um eine Stufe hatten; 11 aus Gruppe A (Placebo-Gruppe) und 14 aus Gruppe B (Verumgruppe).

- Schließlich ist auch noch ein Placeboeffekt zu diskutieren. Es ist bekannt, dass dabei Selbstheilungskräfte aktiviert und negative Emotionen/Empfindungen abgebaut werden. Eine positive Erwartung verstärkt die pharmakologische Wirksamkeit (9; 10; 11). Placeboeffekte sind auf das kardiovaskuläre, respiratorische, gastrointestinale, motorische und immunologische System bekannt [12]. Um einen Placeboeffekt auszuschließen, müsste eine Probandengruppe ohne Verum- und Placebobehandlung mitgeführt werden.

Therapieempfehlung bei DAH

Aufgrund unserer Erfahrungen mit einer probiotischen Behandlung bei Personen mit darmassoziiertes Halitosis in Form von Einzelfall- und Anwendungsbeobachtungen sowie bei einer doppelblinden, randomisierten und placebokontrollierten Studie empfehlen wir bei Betroffenen einen Behandlungsversuch mit dem Probiotikum E. coli Stamm Nissle 1917 (EcN; Mutaflor®) über etwa sechs Wochen.

Danksagung

Wir danken Katrin Andraczek, die die Antihalitosis-Studie im Rahmen ihrer Dissertation durchgeführt hat, Dipl.-Mathematikerin Uta Schwanebeck (Koordinierungszentrum für Klinische Studien des Universitätsklinikum Dresden) für die statistische Berechnung, Andreas Landrock und Dr. Klaus Richter für die physikalischen Untersuchungen der Antihalitosis-Studie, Dr. Jörg

Rietschel für die zahnärztlichen und HNO-ärztlichen Untersuchungen. ■

Literatur unter www.slaek.de →
Presse/ÖA → Ärzteblatt

Finanzierung und Logistik: Firma Ardeypharm

Prof. Dr. med. Jobst Henker
Kinderzentrum Dresden-Friedrichstadt GMBH
Friedrichstraße 38/40, 01067 Dresden
E-Mail: Jobst.Henker@uniklinikum-dresden.de

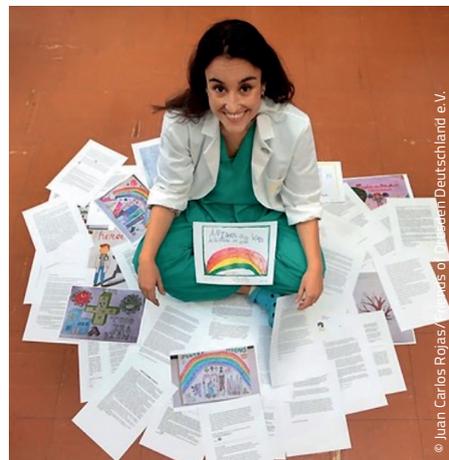
VERSCHIEDENES

Dresdner Friedenspreis für spanische Ärztin

Die spanische Ärztin Dr. Cristina Marin Campos ist für ihr Engagement in der Corona-Pandemie mit dem Dresdner Friedenspreis ausgezeichnet worden.

Die 33-jährige ist Ärztin an einer Universitätsklinik in Madrid. Sie erhielt den Preis stellvertretend für die über 100.000 weltweit im Zusammenhang mit einer beruflichen Infektion verstorbenen Angehörigen des medizinischen Personals und die Millionen infizierten Angehörigen des medizinischen Personals. Die größte Last der Pandemie trüge das medizinische Personal, hieß es in der Laudatio.

Cristina Marin Campos selbst wurde in der ersten Welle der Pandemie in einem Krankenhaus in Madrid als Chirurgin in die Notaufnahme eingeteilt. Das Krankenhaus hat 400 Betten, teilweise waren 600 Menschen aufgenommen worden. Sie lagen in Fluren und Gängen zum Teil auf Luftmatratzen. Sie selbst konnte das Krankenhaus in dieser Zeit nicht verlassen und spürte auch die Einsamkeit und Angst der erkrankten Menschen. Ihr kam die Idee, ihre Familie und Freunde via WhatsApp



zum Schreiben von Briefen für die Patienten und das Personal aufzufordern, um Mut zu machen. Dieser Aufruf ging weltweit viral und letztlich waren es über 150.000 Briefe, Bilder und Nachrichten, meist handgeschrieben, welche sie aus aller Welt erreichten. Von Kindern und Erwachsenen, alten Menschen und sogar Gefängnisinsassen.

Bei der Verleihung las Schauspielerin Hanna Schygulla Auszüge aus Briefen, Opernstar René Pape und die italienische Liedermacherin Etta Scollo erinnerten an die nach Schätzungen welt-

weit über 100.000 Ärzte und Pfleger, die selbst an COVID-19 starben. Beispielsweise wurden aus ganz Europa und Russland zwei Ärzte, zwei Pfleger und eine Krankenschwester genannt, welche während der Pandemie nach Ansteckung im Rahmen ihres Dienstes ums Leben gekommen sind. Die Krankenschwester hatte sich das Leben genommen, weil sie sich während des Dienstes infiziert hatte und die Sorge, dadurch andere kranke Menschen angesteckt zu haben, sie erdrückte. Aus Deutschland wurde Dr. Wolfgang Eipperle, Arzt vom Klinikum Zittau, genannt.

Laudator war Bundesminister a.D. Gerhart Baum. Verliehen wird der Preis von den Friends of Dresden e. V. Der Preis ist mit 10.000 Euro dotiert. Das Preisgeld wird von der Klaus-Tschira-Stiftung zur Verfügung gestellt.

Der Dresdner Friedenspreis wird seit 2010 jährlich vergeben. ■

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Impfen für den guten Zweck

Leserkommentar zur Vergütung von Ärzten in Impfzentren

„In der Krise beweist sich der Charakter“ – dieses Zitat von Altbundeskanzler Helmut Schmidt passt durchaus zum Einsatz der vielen Kollegen in der Pandemie. Medizinische Teams auf COVID-19-Stationen, Pflegekräfte in Seniorenheimen, medizinisch-wissenschaftliche Experten in Kommissionen, Instituten und Beratergremien sowie unzählige Mitarbeiter und ehrenamtlich engagierte Menschen beim Deutschen Roten Kreuz (DRK), Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland e. V (ASB), den Maltesern, den Johannitern und anderen Organisationen beweisen in der aktuellen Krise, was wir gemeinsam bewegen können. Ein weiteres Kapitel dieser Erfolgsgeschichte ist der Einsatz der „Impfhelfer“, der über die Kassenärztlichen Vereinigungen koordiniert wird. Alleine in Sachsen sind mehr als 4.000 ärztliche Kollegen dem Aufruf der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen gefolgt und haben sich beworben – das sind doppelt so viele, wie bisher in den Impfzentren und mobilen Impfteams eingesetzt werden konnten!

Über eine ehrenamtliche Tätigkeit für den ASB und die Jugendhilfeorganisation Outlaw (AG-Schnelltests, Durchführung und praktische Unterweisung; administrative Unterstützung mobiler Impfteams) bin auch ich mittlerweile als Impfarzt tätig. Mein Fazit nach den ersten durch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen koordinierten Einsätzen im Impfzentrum Dresden, in Behinderten- und Senioreneinrichtungen, Schulen und Asylbewerberheimen ist mehr als positiv – kompetente Kollegen, positiv gestimmte, sehr gut informierte „Impflinge“, gute Organisation. Da könnte ich mich fast als „Corona-Gewinner“ fühlen, denn mein bescheidener Beitrag zum Erfolg der Impfkampagne wird nicht nur durch die Dankbarkeit der vielen geimpften Menschen honoriert.

Die allermeisten ärztlichen Kollegen sind in der Pandemie meines Erachtens nicht in eine wirtschaftliche „Schieflage“ geraten. Auch meine finanzielle Situation ist als pensionierter Radiologe unverändert gut. Das geht vielen sozialen und kulturellen Einrichtungen

bekanntlich anders. Wäre es da nicht ein starkes Signal an die Gesellschaft, wenn aus dem Kreis der Impfarzte eine Initiative „Impfen für den guten Zweck“ entstehen würde? Dr. med. Christian Haferland, Gastroenterologe aus Görlitz, ist bereits mit gutem Beispiel vorgegangen. Wie der MDR am 25. Februar 2021 berichtete, wird er die Hälfte seines Honorars als Impfarzt an Ärzte ohne Grenzen und die Kulturschaffenden in der Region Oberlausitz spenden. Ob, wofür und in welchem Umfang gespendet wird, wäre aber sekundär und bliebe jedem selbst überlassen – auf die Geste kommt es an.

Mediale Aufmerksamkeit ist nicht das primäre Ziel dieser Initiative. Dennoch hat zuweilen der Wahlspruch „Tue Gutes und rede darüber“ seine Berechtigung – insbesondere dann, wenn ein Thema bereits tendenziell negativ besetzt wurde („Kritik an hohen Honoraren für Impfarzte“, MDR Aktuell, 25. Februar 2021). ■

Prof. Dr. med. habil. Michael Laniado, Dresden

Anzeige

7. Treffen der Ethikberatung in Sachsen

- Der ärztlich assistierte Suizid
- Die Isolierstation in der Pandemie
- Sondenernährung bei Chorea Huntington in der stationären Langzeitpflege

Eine Fortbildung für Ärzte, medizinisches Personal, Pflegende und Ethiker

9. September 2021 | 17.30 Uhr | Sächsische Landesärztekammer | Schützenhöhe 16 | 01099 Dresden



Aktuelle Fälle aus der Gutachterstelle

Leserbrief von Prof. Dr. med. habil. Heinrich Gerhartz, Moritzburg, zum „Aktuellen Fall aus der Gutachterstelle“, Heft 4/2021, Seite 18 f.

Sehr geehrter Herr Dr. Kluge,
herzlichen Dank für den interessanten Fall mit Pankreatitis.
Aus internistischer Sicht sind derartige Fälle keine Seltenheit, da eine Leberzirrhose häufig lange unerkannt bleibt oder unterschätzt wird. Äthiologisch ist dabei nicht nur der Alkoholkonsum zu bedenken (gefährlich bereits ab 40 g Alkohol pro Tag bei Männern), sondern auch die Raucheranamnese. Eine große Mortalitätsstatistik an etwa einer Million Menschen im Alter ab 55 Jahren und zehnjährigem follow up hat gezeigt, dass das Risiko eines Todes an Leber-

zirrhose bei anhaltendem Rauchen auf das 3,6-fache im Vergleich zu Nichtrauchern erhöht ist (unabhängig vom Alkohol). Ähnliches gilt für das Todesrisiko gastrointestinaler Erkrankungen (2,6-fach) [1].
Die Leberzirrhose hat ab Symptombeginn eine schlechte Prognose von nur wenigen Jahren, wenngleich es nur wenige epidemiologische Daten gibt [2]. Die operative Therapie der nekrotisierenden Pankreatitis hat sich zudem als riskant erwiesen. In einer randomisierten Strategiestudie, die eine sofortige OP mit einem verlaufsadaptierten Vor-

gehen aus konservativer Therapie und OP nur bei dringender Indikation (zum Beispiel rupturierende Zysten) verglichen, hat sich herausgestellt, dass die sofortige Operation wesentlich mehr Komplikationen hervorruft und nachteilig ist [3].

Auf der Basis der angegebenen Daten ergibt sich deshalb aus meiner Sicht kein Beleg für einen Behandlungsfehler. ■

Literatur unter www.slaek.de →
Presse/ÖA → Ärzteblatt

Prof. Dr. med. habil. Heinrich Gerhartz,
Moritzburg

Beatmungstherapie bei COVID-19

Leserbrief von Priv.-Doz. Dr. med. Kerstin D. Röhm zum Beitrag „Beatmungstherapie bei COVID-19 – Handlungsempfehlung der sächsischen ARDS-Zentren“ von Dr. med. Falk Fichtner et al. im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 1/2021, Seite 5 ff.

Sehr geehrte Autoren,
sehr geehrte Damen und Herren,

mit Interesse habe ich Ihren Beitrag zu den Handlungsempfehlungen der sächsischen ARDS-Zentren im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 1/2021, gelesen. Grundsätzlich finde ich eine SOP dieser Art hervorragend, da sie vielen Kollegen und Intensivstationen in der Umsetzung ihrer täglichen Arbeit hilft und Übersicht verschafft.

Sie stellen Ergebnisse zu Ihrer Untersuchung bei COVID-Patienten vor, die im letzten Jahr in Ihren Häusern behandelt wurden. Im evidenzorientierten praxisbasierten Basis-Konzept nehmen Sie nicht nur zu den einzelnen, untersuchten Punkten Stellung, sondern Sie empfehlen auch die Vermeidung von inhalativer Sedierung auf dem Boden von Hyperkapnie, Totraum und Mismatch von P/V. Allerdings findet sich hierzu keine Erklärung im Text, auch in

den von Ihnen beschriebenen Ergebnissen erfolgt keine Erwähnung zu dieser besonderen Konstellation bei Verwendung von volatilen Anästhetika.

Die inhalative Sedierung wird in vielen Intensivstationen in Deutschland und international gerade bei COVID-Patienten angewendet, weil sie eine tiefe Sedierung in der Akutphase des ARDS, vor allem auch in Bauchlage bei erhaltener Spontanatmung erzielt. Hierbei

werden nicht nur Selbstextubationen vermieden, sondern vor allem auch in der Frühphase die Oxygenierungsverbesserung erzielt bei gleichzeitiger positiver Modulation der Inflammatorischen Reaktion (Stichwort „cytokine storm“) wie in mehreren Untersuchungen bei ARDS-Patienten vorbeschrieben [1 – 4].

Viele Kliniken setzen – wie auch auf meiner Intensivstation – gern Sevofluran über zwei bis drei Tage ein, um die maximale Ausnutzung der bronchialen Dilatation zu erzielen, um danach auf Isofluran mit geringerer Metabolisierungsrate umzustellen. Die von Ihnen erwähnten Totraumvolumina und damit verbundenen Hyperkapnien [5, 6] wurden seit Einführung der AnaConDa-S mit 50 ml Totraumvolumen nicht mehr in der Literatur beschrieben, insbesondere werden Sie auch gerne bei Zugvolumina bis 200 ml an der ECMO eingesetzt [7]. Der AnaConDa-Filter mit 50 ml entspricht der Größe eines HEPA-Filters anderer Herstellung, zum Beispiel Dräger mit 55 ml Totraumvolumen, und ist bereits im normalen AnaConDa-Filter standardmäßig integriert. In Anbetracht von COVID-19 mit drohender Kontamination über den Luftweg werden Sie auch bei allen anderen Patienten nicht auf einen HEPA-Filter verzichten können, sodass die Benutzung des AnaConDa-Filters keine zusätzliche Gefahr im Sinne einer Hyperkapnie per se führt. Der Einsatz von volatilen Anästhetika weltweit zur Sedierung auf Intensivstation wird aufgrund der knappen Verfügbarkeit von i.v. Sedativa als Alternative empfohlen und eingesetzt [1, 8, 9].

Meines Erachtens sollten Sie zu Ihrer Handlungsempfehlung von Januar im „Ärzteblatt Sachsen“ umgehend Stellung nehmen. Ohne Darlegung der Literaturlage zur inhalativen Sedierung beziehungsweise Ihrer Negativ-Erfahrung

gegen volatile Anästhetika sollte der Algorithmus in dieser Form nicht publiziert werden.

Literatur unter www.slaek.de →
Presse/ÖA → Ärzteblatt

Priv.-Doz. Dr. med. Kerstin D. Röhm, Ludwigshafen

Sehr geehrte Frau Kollegin Priv.-Doz. Dr. Röhm,
sehr geehrte Leserinnen und Leser,

auch nach ausführlicher Diskussion sind wir in der Autorengruppe zu keinem Konsens hinsichtlich des von Ihnen angesprochenen Sachverhaltes gekommen. Um alle Aspekte umfassend zu beleuchten und Meinungen wiederzugeben, finden Sie folgend unsere Stellungnahmen:

Grundlegend möchten wir noch einmal betonen, dass die tiefe Sedierung und kontrollierte Beatmung keine evidenzbasierten Therapieverfahren beim schweren akuten Lungenversagen (Acute Respiratory Distress Syndrome [ARDS]) sind. Im Gegenteil: Insbesondere die tiefe Sedierung zeigte konsistent ein verschlechtertes Überleben von Patienten und wird in der S3-Leitlinie auch nicht empfohlen [1]. Der Erhalt der Spontanatmung kann hier einen positiven Einfluss auf das Überleben der Patienten haben [2]. Für Intensivpatienten allgemein konnte dies in randomisiert kontrollierten Studien gezeigt werden (zum Beispiel [3]), retrospektive Daten suggerieren dies auch für Patienten mit ARDS [2], randomisiert kontrollierte Studien stehen hier nicht zur Verfügung. Die Zwerchfellatrophie und damit das Perpetuieren des respiratorischen Versagens wird nachweislich durch eine zu tiefe Sedierung verstärkt [4].

Damit sollte die Sedierung patientenadaptiert auf ein möglichst geringes

Maß beschränkt werden, so wie es in aktuellen Leitlinien auch empfohlen wird. In der täglichen Praxis der Vor-Ort-Patientenevaluation, des Transportes beziehungsweise der Übernahme von ARDS-Patienten beobachten wir in unserer Erfahrung als überregionale ARDS-Zentren jedoch häufig gegenteilige Therapiekonzepte in der Initialphase der Versorgung. Im gelebten Alltag wird die Asynchronität von Beatmungsgerät und Atembemühungen des Patienten häufig durch tiefe Sedierung und nicht durch die Optimierung der Beatmungsparameter erreicht [5]. Dazu wird die Muskelrelaxation sehr liberal eingesetzt, die dann auch wieder eine tiefe Sedierung notwendig macht, obwohl hierfür kein nachhaltiger Überlebensvorteil für Patienten nachgewiesen wurde [6]. All diese Maßnahmen führen aus unserer Einschätzung eher zu einem übermäßigen Gebrauch von Sedativa.

Die Anwendung volatiler Anästhetika bei Patienten mit ARDS wurde bisher nicht hinreichend untersucht. In der von Ihnen erwähnten Studie [7] mit Pilotcharakter aus 2017 wurde die prinzipielle Anwendbarkeit demonstriert. Hier wurden insgesamt 50 Patienten in den ersten 48 Stunden nach Diagnose des ARDS eingeschlossen, tief sediert (Midazolam versus Sevofluran) und relaxiert. Hier zeigten sich kurzfristige Effekte auf die Surrogatparameter Oxygenierung und Zytokinkonzentration. Ob es hier auch einen kausalen Zusammenhang gibt, ist aufgrund der Größe der Studie und potenzieller Störfaktoren aus unserer Sicht nicht sicher zu bewerten. Ein nachweisbarer Effekt auf das Überleben der Patienten konnte nicht gezeigt werden. Prinzipiell wurden die Patienten nicht nach derzeitig empfohlener Praxis behandelt. Auch die von Heider aufgeführte Untersuchung zielt auf die prinzipielle Machbarkeit ab und zeigt keinen prognosti-

schen Vorteil [8]. Die Arbeit von Grasselli [9] ist die retrospektive Analyse einer Kohorte von Patienten mit ARDS hinsichtlich Vital- und Sedierungsparametern. Insbesondere die Auswahl der Patienten und das Management der eigentlichen ARDS-Behandlung waren hier nicht Gegenstand der Untersuchung. Die von Bomberg [10] vorgestellte experimentelle Arbeit berichtet über höhere P_aCO_2 und $etCO_2$ Werte bei Verwendung des kleineren Anaconda Systems im Vergleich zu einem HME-Filter mit 35 ml Volumen. Der resultierende Totraum wird mit 75 ml (50 ml voluminöser Totraum plus 25 ml funktioneller Totraum durch CO_2 Reflexion, ACD-50) doppelt so hoch angegeben, wie bei dem in der Studie verwendeten HME Filter (35 ml). Auch solch scheinbar kleine Differenzen in den zur alveolären Ventilation beitragenden Volumina können insbesondere bei ausgeprägter Störung der Lungencompliance letztlich zwischen lungenprotektiver Beatmung und Barotrauma entscheiden. Derzeit werden ARDS-Patienten in eine randomisierte, kontrollierte Studie zur inhalativen Sedierung (NCT04235608) eingeschlossen, deren Abschluss 2024 zu erwarten ist. Bis dahin gibt es keine wissenschaftlich belegte Basis, volatile Sedativa bei der Sedierung von ARDS-Patienten als off-label Verfahren einzusetzen.

Gleichzeitig ist jedoch belegt [11, 12], dass volatile Anästhetika auch ohne ARDS das Ventilations-/Perfusionsverhältnis verschlechtern und zu einer Zunahme des intrapulmonalen Shunts führen können. Dieser Effekt ist im Tiermodell auch dosisabhängig nachgewiesen [13].

In der von Ihnen weiter aufgeführten Literatur [14, 15, 16] werden vor allem pathophysiologische Überlegungen als Meinung der jeweiligen Autorengruppe dargelegt, die hypothetisch den Verlauf

von COVID-19 positiv beeinflussen könnten. Originaldaten, die diese Hypothesen stützen, werden jedoch nicht aufgeführt. Es fehlen weiterhin randomisierte, kontrollierte Studien bei kritisch kranken Patienten mit ARDS, die diese Annahmen auch bestätigen. Diese sind für eine entsprechende Analyse und Bewertung der Evidenz unabdingbar, um dann – möglicherweise auch entgegen den oben genannten Empfehlungen der Autoren – wissenschaftlich robuste, hochwertige Leitlinienempfehlungen für allgemeine Therapiestrategien abzuleiten.

Insbesondere unter dem Aspekt des „primum non nocere“ sollten Interventionen, die keinen belegten Vorteil für den behandelten Patienten bieten, möglichst in klinischen Studien eingesetzt werden. Nur so können systematisch potenzielle Vor- und Nachteile intensivmedizinischer Interventionen unter vertretbarem Risiko für den Patienten erfasst werden.

Literatur unter www.slaek.de →
Presse/ÖA → Ärzteblatt

Prof. Dr. med. habil. Andreas Reske, Zwickau
Prof. Dr. med. habil. Sebastian Stehr, Leipzig
Priv.-Doz. Dr. med. habil. Sven Laudi, Leipzig
Prof. Dr. med. habil. Peter Spieth, Dresden
Prof. Dr. med. habil. Stefan Hammerschmidt,
Chemnitz
Dr. med. Christian Seeber, Leipzig
Svenja Heyne M.Sc. Psy, Leipzig
Dr. med. Falk Fichtner, Leipzig

Ihr Kommentar zielt vor allem auf eine unzureichende Stellungnahme zur Sedierung mit volatilen Anästhetika, eine umfangreiche Kommentierung war im Rahmen unseres Beitrages aber nicht möglich. Gern nutze ich daher hiermit die Gelegenheit, für einige ergänzende Bemerkungen.

Bezüglich der inhalativen Sedierung hatte sich die Autorengruppe nach langer Diskussion auf den Wortlaut „Ver-

meiden von inhalativer Sedierung in der frühen hypoxämischen Phase“ geeinigt. Dies halte ich für konsensfähig, da nach S3-Leitlinie zur Sedierung bei invasiv beatmeten Patienten initial Propofol eingesetzt werden sollte und inhalative Sedierung sowie Midazolam eingesetzt werden können [1].

Tatsächlich wird die inhalative Sedierung auf vielen Intensivstationen als (nach zum Beispiel sieben Tagen durchaus notwendige oder bei Patienten mit Leberschädigung oder schwerer COPD sinnvolle) Alternative im off-label use eingesetzt. Evidenzbasierte Daten aus randomisierten, kontrollierten Studien (RCT) zum ARDS oder bei Patienten mit COVID-19-Erkrankung sind rar und wurden von der Autorengruppe bereits kommentiert. Mit großem Interesse erwarten wir die Publikation der Daten der Zulassungsstudie (EUDRACT 2016-004551-67) und der noch rekrutierenden randomisierten, kontrollierten Studie zur inhalativen Sedierung bei ARDS Patienten (NCT04235608). Erstere wird Isofluran auf der Intensivstation aus dem off-label use in eine zugelassene Anwendung überführen, die zweite wird vielleicht die Anwendbarkeit bei ARDS-Patienten belegen.

Klinisch viel wichtiger erscheint mir aber die Aussage, dass aktuell auch bei COVID-19-Patienten zunächst versucht werden sollte, mittels nichtinvasiver Beatmung und Lagerungstherapie unter Mitarbeit des Patienten eine invasive Beatmung und dazu eventuell notwendige tiefe Sedierung zu vermeiden [2]. Sollte dies nicht gelingen, sind bei der von Ihnen unterstützten volatilen Sedierung vor allem die kurzen Aufwachzeiten für den täglichen Aufwach-/Spontanatmungsversuch von klinischem Vorteil [3]. Dies gilt aus praktischer Erfahrung auch für eine tiefe Sedierung, die gerade bei COVID-19-Patienten mit hochgradiger Gas-

austauschstörung und bei mehr als 16-stündiger Bauchlagerung notwendig werden kann. Außerdem gibt es Hinweise, dass mit volatiler gegenüber intravenöser Sedierung eine Verkürzung der Gesamtbeatmungszeit erreicht wird [4].

Die ARDS-Zentren haben bei der Beratung und Übernahme von Patienten mit moderatem und schwerem ARDS leider festgestellt, dass entgegen der Herstellerempfehlungen einige Anwender zusätzlich zum AnaConDa-System einen HME-Filter verwenden. Dies ist nicht nur unnötig, sondern erhöht auch die Totraumventilation. In der Gebrauchsanleitung steht eindeutig „AnaConDa ist zudem ein sehr effizienter Wärme- und Feuchtigkeitstauscher (HME) und ist mit einem Bakterien- und Virenfilter ausgerüstet“ [5]. Mit Einführung der AnaConDa-S wurde ein System mit lediglich 50 ml Totraumvolumen zur Verfügung gestellt, was dem eines herkömmlichen HME-Filters entspricht. Die klinische Anwendbarkeit wurde von Bomberg et al. demonstriert [6].

Klinisch ebenfalls wichtig ist die Feststellung, dass COVID-19-Patienten während invasiver Beatmung und in Abhängigkeit von ihrem Krankheitsver-

lauf, der Dauer der Beatmung und dem Ausmaß der Immunreaktion („Zytokinsturm“) sowie deren Folgen (fibrosierende Pneumonie, Sekundärinfektion mit Pseudomonaden und Aspergillen, Kavernenbildung) völlig unterschiedliche Zielparameter (Atemminutenvolumen für CO₂-Elimination, PEEP-Höhe für Oxygenierung) aufweisen können. Die ARDS-Netzwerktafeln zur PEEP-Einstellung sind diesbezüglich und bei COVID-19-Patienten generell genauso wenig evidenzbasiert wie inhalative Sedierung. Letztlich gilt es immer, die für den jeweiligen Patienten optimale und lungenprotektive Beatmungsform zu finden.

Selbstverständlich sind RCT notwendig, um systematisch potenzielle Vor- und Nachteile intensivmedizinischer Interventionen zu erfassen und evidente Aussagen treffen zu können. Momentan wünsche ich allerdings allen sächsischen Intensivstationen, Ärzten und Pflegekräften im Dauereinsatz und natürlich vor allem unseren Patienten zuallererst eine Erholung von der 3. COVID-Welle! ■

Literatur unter www.slaek.de →
Presse/ÖA → Ärzteblatt

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Jan Wallenborn, Aue

Konzerte und Ausstellungen

Ausstellungen im Foyer und in der 4. Etage der Sächsischen Landesärztekammer

Markus Lange „DER RAT DER RATLOSEN“

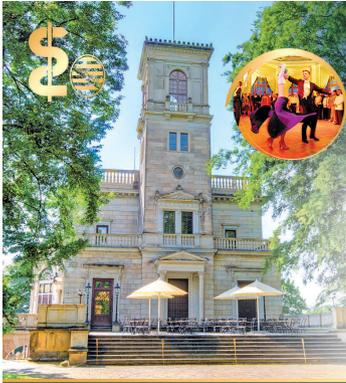
19. Juli bis 17. Oktober 2021

Über aktuelle Einlassbestimmungen informieren Sie sich bitte unter www.slaek.de



Aktuelle Ausstellung: Markus Lange

Anzeige



25. Dresdner Ärzteball & Party

BALL · BUFFET · BAR · PROGRAMM

Diesmal im goldenen Herbst! (Vorausgesetzt, dass die Pandemie-Situation es zulässt.)

Samstag, 9. Oktober 2021
Empfang ab 18 Uhr

Schloss Albrechtsberg
Bautzner Straße 130, 01099 Dresden

Ballkarte „Kronensaalebene“ für Mitglieder KÄK	80 €
Nichtmitglieder	100 €
Ballkarte „Gartensaalebene“ für Mitglieder KÄK	65 €
Nichtmitglieder	85 €
Ballkarte für Studenten	25 €

Kreisaerztekammer Dresden (Stadt)
Sekretariat: Frau Rasche
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Tel. 0351 8267-413 · Fax 0351 8267-446
Anmeldung telefonisch oder per E-Mail
an info@kreisaerztekammer-dresden.de
Wir empfehlen eine rechtzeitige Anmeldung, da Bestellungen in der Reihenfolge ihres Eingangs berücksichtigt werden.

© Blick zur Ostrerrasse - Reaz Schön / © Ball im Kronensaal - Sybilo Dittrich

Präsentiert von www.kreisaerztekammer-dresden.de

Chirurginnen

Autor: Volker Klimpel

Verlag: Dr. Reinhard Kaden Verlag GmbH & Co. KG, Heidelberg, 2021, 188 Seiten (gebunden)

Preis: 24,80 Euro

ISBN: 978-3-942825-87-0



„Chirurginnen“ – ein Buchtitel, der Aufmerksamkeit erregt. Denn ein ganzes Buch den Vertreterinnen dieses Berufes zu widmen, ist sicherlich beachtenswert. Volker Klimpel, habilitierter Chirurg und Medizinhistoriker, gibt im ersten Abschnitt einen geschichtlichen Überblick über die Entwicklung der „weiblichen Chirurgie“. Im zweiten Teil stellt der Autor kurz die Lebensläufe von mehr als 100 Chirurginnen aus allen Epochen vor, bevor er zum Abschluss heutige Chefärztinnen und Abteilungsleiterinnen auflistet.

Zunächst beleuchtet der Autor den Werdegang von Chirurginnen von der Antike bis zur heutigen Zeit. Dass die Abschnitte bis zum 19. Jahrhundert relativ kurzgehalten sind, liegt sicherlich am fehlenden Material. Frauen in der Medizin waren rar und Chirurgin-

nen erst recht. Obwohl es umso inspirierender ist, dass auch in dieser dunklen Zeit einige Frauen, aller Widrigkeiten zum Trotz, ihrer Passion zur Chirurgie gefolgt sind und so einen verdienten Platz in diesem Buch finden.

Um 1900 schien sich dann die Situation für Frauen in der Medizin langsam zu verbessern. Es gab immer mehr Frauen, die Medizin studieren konnten und somit auch mehr Chirurginnen, die beeindruckende Beiträge zur chirurgischen Tätigkeit entwickelt haben.

Endlich kamen Anfang des 21. Jahrhunderts Frauen an die Spitze der chirurgischen Abteilungen. Allen voran Prof. Dr. med. Doris Henne-Bruns als erste Ordinaria für Chirurgie, die das Vorwort für dieses Buch geschrieben hat. Dennoch wird am Ende des Kapitels auf die immer noch erschreckende Unterzahl weiblicher Kollegen am oberen Ende der Karriereleiter hingewiesen.

Geschrieben ist das Buch für alle, die einen Einblick in das Wirken von Chirurginnen aller Epochen, inklusive der heutigen Situation in den Führungsetagen bekommen wollen. Ich, als junge Chirurgin, fand das Buch sehr informativ und interessant. Dass wenige Formulierungen des Autors über die weiblichen Kollegen als strittig wahrgenommen werden könnten, lässt dennoch keinen Zweifel daran, dass er allen Chirurginnen seinen Respekt zollt. Und auch wenn wir in der Chirurgie noch weit von Gleichberechtigung entfernt sind, macht dieses Buch auf unseren außergewöhnlichen Beruf aufmerksam und inspiriert hoffentlich viele Medizinerinnen, diesen zu wählen. ■

Dr. med. Carolin Piotrowski
Abteilung für Allgemein- und
Viszeralchirurgie
St. Elisabeth-Krankenhaus Leipzig

Impressum

Ärzteblatt Sachsen

ISSN: 0938-8478

Offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer

Herausgeber

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

Anschrift der Redaktion

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Telefon: 0351 8267-161

Telefax: 0351 8267-162

Internet: www.slaek.de

E-Mail: redaktion@slaek.de

Redaktionskollegium

Dr. med. Uta Katharina Schmidt-Göhrich (v.i.S.d.P.)

Erik Bodendieck

Dipl.-Med. Heidrun Böhm

Dr. med. Hans-Joachim Gräfe

Jenny Gullnick

Dr. med. Marco J. Hensel

Dr. med. Roger Scholz

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

Ute Taube

Dr. med. Andreas Freiherr von Aretin

seitens Geschäftsführung:

Dr. Michael Schulte Westenberg

Dr. med. Patricia Klein

Knut Köhler M.A.

Redaktionsassistentin

Kristina Bischoff M.A.

Grafisches Gestaltungskonzept

Judith Nelke, Dresden

www.rundundeckig.net

Verlag

Quintessenz Verlags-GmbH,

Ifenpfad 2–4, 12107 Berlin

Telefon: 030 76180-5

Telefax: 030 76180-680

Internet: www.quintessence-publishing.com

Geschäftsführung: C. W. Haase

Anzeigenverwaltung Leipzig

Paul-Gruner-Straße 62, 04107 Leipzig

E-Mail: leipzig@quintessenz.de

Anzeigendisposition: Silke Johné

Telefon: 0341 710039-94

Telefax: 0341 710039-99

E-Mail: johne@quintessenz.de

Es gilt die Anzeigenpreisliste 2021, gültig ab 01. Januar 2021

Druck

Aumüller Druck GmbH & Co. KG

Weidener Straße 2, 93057 Regensburg

Manuskripte bitte nur an die Redaktion, Postanschrift: Postfach 10 04 65, 01074 Dresden senden. Für unverlangt eingereichte Manuskripte wird keine Verantwortung übernommen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt, Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers und Verlages statthaft. Berufs- und Funktionsbezeichnungen werden in der männlichen Form verwendet. Diese gelten einheitlich und neutral für Personen jeglichen Geschlechts. Mit Namen gezeichnete Artikel entsprechen nicht unbedingt der Meinung der Redaktion oder des Herausgebers. Mit der Annahme von Originalbeiträgen zur Veröffentlichung erwerben Herausgeber und Verlag das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung in gedruckter und digitaler Form. Die Redaktion behält sich – gegebenenfalls ohne Rücksprache mit dem Autor – Änderungen formaler, sprachlicher und redaktioneller Art vor. Das gilt auch für Abbildungen und Illustrationen. Der Autor prüft die sachliche Richtigkeit in den Korrekturabzügen und erteilt verantwortlich die Druckfreigabe. Ausführliche Publikationsbedingungen: www.slaek.de

Bezugspreise / Abonnementpreise:

Inland: jährlich 136,50 € inkl. Versandkosten

Ausland: jährlich 136,50 € zzgl. Versandkosten

Einzelheft: 13,50 € zzgl. Versandkosten 2,50 €

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

Copyright © by Quintessenz Verlags-GmbH, 2021

Unsere Jubilare im August 2021

Wir gratulieren!

65 Jahre

- 01.08.** Dipl.-Med. Eßbach, Annette
09122 Chemnitz
- 02.08.** Dipl.-Med. Christiani, Jörg
09122 Chemnitz
- 03.08.** Bakalinsky, Alexander
04315 Leipzig
- 04.08.** Dipl.-Med. Pero, Birgit
04442 Zwenkau
- 05.08.** Dipl.-Med. Rahnefeld, Uwe
04275 Leipzig
- 06.08.** Dr. med. Winter, Arndt
04758 Oschatz
- 08.08.** Dr. med. Deckelmann, Regina
04229 Leipzig
- 08.08.** Dipl.-Med. Herrmann, Eva-Maria
04229 Leipzig
- 09.08.** Dr. med. Alheit, Christina
01809 Heidenau
- 09.08.** Dr. med. Lehmann, Claudia
01917 Kamenz
- 10.08.** Prof. Dr. med. habil.
Körner, Thomas
04249 Leipzig
- 10.08.** Dipl.-Med. Riedel, Ellen
02906 Niesky
- 12.08.** Krohmer, Olga
01257 Dresden
- 13.08.** Dipl.-Med. Grigorjan, Eveline
09114 Chemnitz
- 15.08.** Dr. med. Wenzel, Gabriele
09387 Jahnsdorf
- 17.08.** Dr. med. Engelke, Gabriele
04316 Leipzig
- 18.08.** Dr. med. Berthold, Knut
01589 Riesa
- 18.08.** Dr. med. Oetzel, Roland
04349 Leipzig
- 18.08.** Dipl.-Med. Stelzmann, Petra
02694 Großdubrau
- 19.08.** Dr. med. Klenner, Michael
09212 Limbach-Oberfrohna
- 19.08.** Dr. med. Tröger, Sabine
08328 Stützengrün
- 20.08.** Dr. med. Becker, Matthias
01728 Possendorf
- 21.08.** Dipl.-Med. Zielke, Michael
08547 Jöbnitz
- 26.08.** Dr. med. Czech, Matthias
01328 Dresden
- 31.08.** Dipl.-Med. Vogel, Stefan
09306 Erlau

70 Jahre

- 03.08.** Dr. med. Weber, Hans-Gert
04552 Borna
- 04.08.** Schumann, Beatrix
09306 Rochlitz
- 06.08.** Dr. med. Kuchta, Roland
04158 Leipzig
- 07.08.** Dr. med. Brauer, Rosemarie
01665 Triebischtal
- 07.08.** Dr. med. Henkel, Angelika
04229 Leipzig
- 08.08.** Dr. med. Lauterbach, Ingrid
01324 Dresden
- 10.08.** Dr. med. Mehner, Renate
09306 Schwarzbach
- 14.08.** Dr. med. Nawroth, Renate
04207 Leipzig
- 15.08.** Dipl.-Med. Brüderlein, Karin
04288 Leipzig
- 15.08.** Dr. med. Pfau, Dietmar
01099 Dresden
- 15.08.** Dipl.-Med. Wabersich, Katharina
08209 Auerbach
- 16.08.** Dr. med. Tegetmeyer, Lucia
04289 Leipzig
- 17.08.** Dipl.-Med. Fröbe, Siegrid
01157 Dresden
- 17.08.** Dr. med. Helbig, Eveline
01877 Putzkau
- 21.08.** Dr. med. Leistner, Thomas
08321 Zschorlau
- 22.08.** Dipl.-Med. Erler, Gerhild
08344 Grünhain-Beierfeld
- 22.08.** Dipl.-Med. Kremtz, Sigrid
02633 Göda
- 22.08.** Dr. med. Liess, Regina
08294 Löbnitz
- 26.08.** Lehmann, Anita
02899 Ostritz
- 27.08.** Dipl.-Med. Kunzmann, Albrecht
04523 Pegau

75 Jahre

- 04.08.** Dr. med. Wolf, Julia
04205 Leipzig
- 10.08.** Kantchewa-Haustein, Bissierka
02625 Bautzen
- 13.08.** Dr. med. Frotscher, Hannelore
04683 Naunhof
- 15.08.** Dr. med. Ziebold, Sabine
04179 Leipzig
- 20.08.** Grove, Manfred
09224 Grüna

- 23.08.** Dahl-Lange, Monika
09557 Flöha
- 29.08.** Dr. med. Bader, Marion
01129 Dresden

80 Jahre

- 01.08.** Prof. Dr. med. habil.
Schneider, Dieter
04442 Zwenkau
- 02.08.** Dr. med. Ehlert, Hans-Günter
08468 Reichenbach
- 02.08.** Dr. med. Goyk, Martin
04435 Schkeuditz
- 02.08.** Dr. med. Juriens, Marianne
01640 Coswig
- 03.08.** Dr. med. Neidhardt, Christine
08223 Falkenstein
- 03.08.** Dr. med. Zittwitz, Winfried
01324 Dresden
- 05.08.** Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Bertram, Edzard
02827 Görlitz
- 05.08.** Dr. med. Küstermann, Gerda
04209 Leipzig
- 05.08.** Dr. med. Müller, Ursula
02708 Löbau
- 06.08.** Dr. med. Scharfenberg, Johanna
01237 Dresden
- 07.08.** Dr. med. Quapil, Helga
04279 Leipzig
- 08.08.** Dr. med. Tschiersch, Brigitte
01219 Dresden
- 08.08.** Dr. med. Wirth, Ernst
01877 Bischofswerda
- 09.08.** Dr. med. Elsner, Günter
01689 Weinböhla
- 09.08.** Dr. med. Kratzsch, Jürgen
04229 Leipzig
- 09.08.** Dr. med. Wolf, Hans-Jürgen
04416 Markkleeberg
- 10.08.** Dr. med. Portscht, Bernd
01917 Kamenz
- 12.08.** Dr. med. Dräbenstedt, Bärbel
09114 Chemnitz
- 12.08.** Dr. med. Roßberg, Eberhard
01809 Heidenau
- 13.08.** Dr. med. Ay, Karin
09127 Chemnitz
- 13.08.** Benkiser, Werner
02730 Ebersbach-Neugersdorf
- 13.08.** Dipl.-Med. Dieterich, Rolf-Peter
01219 Dresden
- 13.08.** Petschick, Helga
02977 Hoyerswerda
- 14.08.** Dr. med. Schlosser, Lieselotte
04509 Delitzsch
- 15.08.** Dr. med. Elefant, Gisela
01445 Radebeul
- 16.08.** Dr. med. Koch, Wolfgang
09439 Weißbach
- 16.08.** Dr. med. Löffler, Irmgard
01445 Radebeul
- 16.08.** Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Schenker, Eva
04229 Leipzig

- 17.08.** Dr. med. Hering, Ingrid
01445 Radebeul
- 17.08.** Dr. med. Kretzschmar, Ulrike
01277 Dresden
- 17.08.** Dr. med. Platzbecker, Ingrid-Ute
01328 Dresden
- 17.08.** Werner, Rosemarie
01689 Weinböhla
- 18.08.** Barth, Klaus
01705 Freital-Somsdorf
- 18.08.** Dr. med. Reinhardt, Günter
09127 Chemnitz
- 18.08.** Dr. med. Schmuck, Ludwig
08301 Schlemma
- 19.08.** Dr. med. Goldammer, Ulrich
01705 Freital
- 19.08.** Dr. med. habil. Tiller, Reinhold
09127 Chemnitz
- 21.08.** Dr. med. Altmann, Hannelore
02894 Vierkirchen
- 28.08.** Dr. med. Geißler, Ursula
01257 Dresden
- 29.08.** Prof. Dr. med. habil.
Fleischer, Georg-Michael
08523 Plauen

85 Jahre

- 01.08.** Dr. med. Zehmisch, Heinz
08523 Plauen
- 02.08.** Dr. med. Schüttauf, Johanna
08064 Zwickau
- 06.08.** Dr. med. Schober, Joachim
02708 Löbau
- 15.08.** Hurtig, Klaus
02906 Niesky
- 15.08.** Dr. med. Richter, Barbara
01445 Radebeul
- 22.08.** Dr. med. Bauer, Inge
04299 Leipzig
- 22.08.** Dr. med. Roth, Werner
09661 Hainichen
- 22.08.** Wienhold, Gisela
08058 Zwickau
- 24.08.** Dr. med. Brunke, Johanna
04207 Leipzig
- 24.08.** Dr. med. Fahland, Ursula
01809 Heidenau
- 28.08.** Dr. med. Jünger, Otto
04668 Grimma
- 28.08.** Kyncl, Christine
01796 Pirna
- 31.08.** Dr. med. Dähn, Walter
04442 Zwenkau
- 31.08.** Heublein, Leonore
02906 Mücka
- 03.08.** Zeisig, Heinrich
04860 Torgau
- 09.08.** Dr. med. Pönisch, Gerhard
01217 Dresden
- 11.08.** Dr. med. Voigt, Curt
01454 Ullersdorf
- 12.08.** Dr. med. Keil, Günter
02977 Hoyerswerda

- 14.08.** Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Frey, Hans-Hellmut
09366 Stollberg
- 15.08.** Dr. med. Friebe, Wolfgang
08289 Schneeberg
- 15.08.** Dr. med. habil. Peper, Ernst
01936 Königsbrück
- 16.08.** Dr. med. List, Rosemarie
08056 Zwickau
- 18.08.** Dr. med. Meinck, Ursula
01099 Dresden

87 Jahre

- 03.08.** Prof. Dr. med. habil. Mättig, Heinz
04158 Leipzig
- 03.08.** Dr. med. Reißmüller, Rosemarie
01069 Dresden
- 03.08.** Dr. med. Spitzner, Gudrun
04299 Leipzig
- 07.08.** Dr. med. Thiele, Helmut
08223 Falkenstein
- 08.08.** Dr. med. Scheel, Horst
04103 Leipzig
- 08.08.** Prof. Dr. sc. med. Schmidt, Dieter
01307 Dresden
- 11.08.** Dr. med. habil. Weißbach, Günther
04277 Leipzig
- 12.08.** Dr. med. Böhmer, Ingeborg
02708 Löbau
- 14.08.** Rauher, Horst
01108 Dresden
- 15.08.** Dr. med. Zimmermann, Heinz
09126 Chemnitz
- 17.08.** Dr. med. Keller, Dieter
01099 Dresden
- 17.08.** Dr. med. Wichmann, Georg
01328 Dresden
- 20.08.** Knappe, Renate
01809 Heidenau
- 22.08.** Buchta, Christa
01662 Meißen
- 24.08.** Dr. med. Herold, Eva
01309 Dresden
- 27.08.** Dr. med. Reilein, Sigrid
04103 Leipzig

88 Jahre

- 06.08.** Dr. med. Reichel, Manfred
08228 Rodewisch
- 14.08.** Dr. med. Maaß, Brigitta
01099 Dresden
- 14.08.** Dr. med. Wichmann, Erika
01328 Dresden
- 30.08.** Prof. Dr. med. habil.
Schwarzer, Rudolf
08060 Zwickau

89 Jahre

- 01.08.** Dr. med. Baudrexl, Lucie
01445 Radebeul
- 12.08.** Dr. med. Lehnert, Gertraude
01705 Freital
- 19.08.** Dr. med. Polednia, Arnim
04758 Oschatz
- 26.08.** Dr. med. Krumpke, Georg
02977 Hoyerswerda
- 26.08.** Dr. med. Spitzner, Rudolf
04157 Leipzig
- 26.08.** Dr. med. Steinhardt, Eva
09599 Freiberg
- 27.08.** Dr. med. Klöbel, Edith
08412 Werdau
- 30.08.** Weigelt, Anneliese
01157 Dresden

90 Jahre

- 05.08.** Dr. med. Müller, Peter
09526 Olbernhau
- 20.08.** Dr. med. Walthers, Hans
04425 Taucha
- 27.08.** Prof. Dr. med. habil. Dr. med. dent.
Mühler, Gottfried
04105 Leipzig
- 31.08.** Dr. med. Löffler, Ilse
04103 Leipzig

92 Jahre

- 06.08.** Engelhardt, Gerda
09212 Limbach-Oberfrohna
- 09.08.** Dr. med. Graf, Werner
01326 Dresden

99 Jahre

- 27.08.** Dr. med. Reichelt, Manfred
08058 Zwickau

Verstorbene Kammermitglieder

vom 23.12.2020 bis 29.6.2021

- Dipl.-Med. Wolfram Alexander**
Thalheim
- Dr. med. Christoph Anstock**
Auerbach
- Dr. med. Otto Armann**
Leipzig
- Dr. med. Ingrid Bartsch**
Leipzig
- Dr. med. Alfred Baudrexl**
Radebeul
- Dipl.-Med. Lutz Bernhardt**
Chemnitz
- Marianne Maria Anna Beyer**
Limbach-Oberfrohna
- Dr. med. Ingrid Bley**
Radebeul
- Helga Boitz**
Nünchritz
- Dr. med. Roland Brauer**
Lichtenstein
- Dr. med. Elfriede Brummack-Schulz**
Dresden
- Dr. med. Siegfried Carl**
Dresden
- Dr. med. Christiane Dahl**
Dresden
- Dipl.-Med. Rainer Dietrich**
Thallwitz
- Dr. med. Christa Dix**
Hartmannsdorf
- Dipl.-Med. Reiner Eibisch**
Bad Elster
- Dr. med. Christa Eisermann**
Thum
- Dr. med. Peter Fischer**
Krauschwitz
- Dr. med. Claudia Fleischer**
Leipzig
- Dr. med. Ursula Frank**
Freiberg
- Dipl.-Med. Martina Franke**
Chemnitz
- Dr. med. Renate Franz**
Großpösna
- Josef Gazdik**
Bremen
- Prof. Dr. med. habil. Heinrich Geidel**
Dresden
- Dr. med. Klaus Geidel**
Trebsen
- Dr. med. Günter Gessner**
Limbach-Oberfrohna
- Dr. med. Herrmann Gierth**
Meißen
- Priv.-Doz. Dr. med. habil. Volkmar Gläser**
Plauen
- Prof. Dr. med. habil. Klaus Gottschalk**
Leipzig
- Dr. med. Karl Gülke**
Rodewisch
- Dr. med. Christina Gust**
Dresden
- Dr. med. Regina Guth**
Plauen
- Dr. med. Hermann Hallbauer**
Grüna
- Dr. med. Werner Hartig**
Leipzig
- Dr. med. Klaus-Peter Heidemann**
Oschatz
- Dr. med. Uwe Henschel**
Niesky
- Dr. med. Georg Hentsch**
Leipzig
- Dr. med. Ruth Herrig**
Chemnitz
- Dr. med. Ernst Hildebrandt**
Dresden
- Christian Höhn**
Dresden
- Dr. med. Gerda Jäger**
Machern
- Dr. med. Sigrid Jentsch**
Dresden
- Dipl.-Med. Wolfram Kampczyk**
Annaberg-Buchholz
- Dipl.-Med. Gerd Kawe**
Leipzig
- Dr. med. Bernd Kießlich**
Kreischau
- Dr. med. Wera Kinzer**
Chemnitz
- Dr. med. Klaus Kirchhof**
Delitzsch
- Rainer Koss**
Hoyerswerda
- Dipl.-Med. Rainer Kurzweg**
Treuen
- Dipl.-Med. Ingolf Kusch**
Chemnitz
- Vladimir Lakatos**
Chemnitz
- Dr. med. Elke Leißring**
Hartenstein
- Dr. med. Helmut Liebau**
Dommitzsch
- Dr. med. Udo Lohnke**
Hoyerswerda
- Dr. med. Elke Lohrberg**
Zittau
- Christa Lorenz**
Brand-Erbisdorf
- Dr. med. Dieter Lorenz**
Glauchau
- Dr. med. Rolf Luge**
Radeberg OT Liegau-Augustusbad
- Dr. med. Henryk Majewski**
Leipzig
- Detlef Mandfeld**
Gablenz
- Dr. med. Hubert Melzer**
Thum
- Dr. med. Hein Mitze**
Dresden
- Prof. Dr. med. habil. Fritz Müller**
Leipzig
- Dr. med. Wolfgang Müller**
Bischofswerda
- Dr. med. Hassan Murad**
Aue
- Dr. med. Clemens Nartschik**
Leipzig
- Dr. med. Gerd Näser**
Herrnhut OT Großhennersdorf
- Brigitte Neubert**
Chemnitz
- Dr. med. Ingrid Neytschew**
Leipzig
- Dr. med. Peter Raff**
Boxberg/O.L.
- Dr. med. Eleonore Rauer**
Kurort Hartha
- Prof. Dr. med. habil. Dieter Reinhold**
Dresden
- Konrad Rosenkranz**
Pegau
- Dr. med. Gudrun Sack**
Leipzig
- Dr. med. Werner Sandig**
Annaberg-Buchholz
- Dr. med. Andreas Schadeberg**
Dresden
- Priv.-Doz. Dr. med. habil. Klaus Schauer**
Grimma
- Dr. med. Daniel Schiefer**
Leipzig
- Dr. med. Alfred Schmidt**
Johanngeorgenstadt
- Dr. med. Sylvia Schmidt**
Leipzig
- Dr. med. Hermine Schmoranzer-Schwenke**
Leipzig
- Dr. med. Hans-Georg Schneider**
Leipzig
- Prof. Dr. med. habil. Michael Scholz**
Dresden
- Dr. med. Ina Schütze**
Waldheim
- Dr. med. Dietrich Seege**
Dresden
- Prof. Dr. med. habil. Jörg Skrzypczak**
Leipzig
- Dr. med. Cornelia Strauch**
Taucha
- Dr. med. Gisela Strauzenberg**
Kreischau OT Saida
- Prof. Dr. med. habil. Helmut Tegetmeyer**
Leipzig
- Heinz-Dieter Tempel**
Hoyerswerda
- Dr. med. Joachim Teubner**
Auerbach
- Bernd Thierfelder**
Stollberg
- Dr. med. Heinz Tischendorf**
Augustusburg
- Borislav Trenkov**
Großpostwitz
- Dr. med. Gisela Unger**
Dresden
- Prof. Dr. med. habil. Jörg Wehnert**
Dresden
- Dr. med. Jürgen Wehnert**
Radebeul
- Jakob Weickert**
Leipzig
- Martin Wetzel**
Eibenstock
- Dr. med. Klaus Wiedemann**
Burgstädt
- Barbara Wiehe**
Drebach
- Dr. med. Peter Wolf**
Borna
- Dr. med. Stefan Wolf**
Leipzig
- Dr. med. Volker Zinke**
Taucha
- Dr. med. Jörg Zinsmeyer**
Neuensalz
- Dr. med. Roselis Zschuckelt**
Doberschütz

Sächsische Verfassungsmedaille für Prof. Dr. med. habil. Detlev Michael Albrecht

Landtagspräsident Dr. Matthias Röbner verlieh am 29. Mai 2021 Prof. Dr. med. habil. Detlev Michael Albrecht die Sächsische Verfassungsmedaille für seine Verdienste um das sächsische Gesundheitswesen und die Forschung zum Wohl aller Patienten.

„Prof. Albrecht prägt seit fast drei Jahrzehnten die Hochschulmedizin in Dresden und weit darüber hinaus: zunächst als profiliertes Praktiker in der Anästhesie und Intensivmedizin, später als Dekan der Medizinischen Fakultät an der Technischen Universität Dresden und seit 2002 als Medizinischer Vorstand des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus“, so der Landtagspräsident.

Mit Weitsicht und visionärer Gestaltungskraft habe Prof. Albrecht den

Rahmen geschaffen, um hochmoderne Forschung und medizinische Innovationen zu fördern und interdisziplinär zu vernetzen. Als ein Beispiel sei das Universitäts KrebsCentrum genannt.

In der COVID-19-Pandemie entwickelten sich das kooperative Handeln Prof. Albrechts und die sächsischen Krankenhaus-Cluster zu einer belastbaren Größe. Vermeidbare Todesfälle aufgrund nicht verfügbarer Behandlungskapazitäten konnten so vermieden werden. Zugleich quantifizierte das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden nach den Erfahrungen aus der zweiten Welle und mit Hilfe eines eigenen Vorhersagetools die Belastungsgrenze für das sächsische Gesundheitswesen auf eine Kapazität von 1.300 mit COVID-19-Patienten belegten



Landtagspräsident Dr. Matthias Röbler verlieh die Sächsische Verfassungsmedaille an Prof. Dr. med. habil. Detlev Michael Albrecht (r.)

Betten auf Normalstationen. Dieser Wert gilt heute als Frühwarnmechanismus, der auch in die sächsischen Corona-Schutz-Verordnungen eingeflossen ist. ■

Kristina Bischoff M.A.
Redaktionsassistentin „Ärzteblatt Sachsen“

Bundesverdienstkreuz für Dr. med. Rolf Weidle

Ministerpräsident Michael Kretschmer überreichte am 16. Juni 2021 stellvertretend das von Bundespräsident Frank-Walter Steinmeier verliehene Verdienstkreuz am Bande der Bundesrepublik Deutschland an Dr. med. Rolf Weidle aus Görlitz.

Dr. Weidle hat seit den 1970er Jahren die Schnelle Medizinische Hilfe in der Stadt Görlitz und der Region mit aufgebaut, Standards für die Aus- und Weiterbildung von Notfallmedizinern entwickelt sowie Erste-Hilfe-Kurse in Schulen und Betrieben organisiert. Nach der Wiedervereinigung leistete er bei der Neustrukturierung wertvolle

Pionierarbeit. Zudem war er als Amtsarzt am Neuaufbau des Gesundheitsamtes sowie zwischen 1990 und 1995 auch als Vorsitzender der ersten sächsischen Landesrettungsschule aktiv. Daneben zählt er zu den prägendsten Persönlichkeiten in der Kommunalpolitik der Stadt Görlitz.

Seit über 20 Jahren setzt sich Dr. Weidle als Mitglied des Stadtrats für die Weiterentwicklung in Görlitz ein. So geht die Revitalisierung des Helenenbades als Naherholungszentrum im Norden von Görlitz auf seine Initiative zurück. Auch der Europamarathon, der für europäische Verständigung steht



Ministerpräsident Michael Kretschmer (r.) überreichte das Bundesverdienstkreuz am Bande an Dr. med. Rolf Weidle, Görlitz

und zu gleichen Teilen durch Görlitz und Zgorzelec führt, trägt seine Handschrift. ■

Kristina Bischoff M.A.
Redaktionsassistentin „Ärzteblatt Sachsen“

Karl Ludwig Kahlbaum

Als Psychiater war er seiner Zeit voraus

Hinweisend auf die Präambel der Verfassung des Freistaates Sachsen, deren Inhalt an die Geschichte Niederschlesiens anknüpft (siehe Sächsische Verfassung), gehören innerhalb der 950-jährigen Geschichte von Görlitz, auf die im Jahr 2021 diese Stadt aufmerksam macht, namhafte Persönlichkeiten. Eine von ihnen ist unstrittig Dr. Karl Ludwig Kahlbaum. Seine richtungweisenden Erkenntnisse und Behandlungsformen im Bereich der Psychiatrie gehören zum Inhalt von Vorlesungen an deutschen Universitäten, werden bei Kongressen oder über Veröffentlichungen vermittelt. In den USA spricht man in diesem Zusammenhang von der Görlitzer Schule.

Am 28. Dezember 1828 wurde Karl Ludwig Kahlbaum in Driesen, Neumark, geboren, einer Landschaft, die östlich der Memel gelegen ist und damals zu Ostpreußen gehörte. Seine Kindheit und der Zeitraum des Medizinstudiums an den Universitäten in Königsberg (Kaliningrad), Würzburg, Leipzig und Berlin waren belastet mit Entbehrungen. Die Eltern, die ein Fuhrgeschäft führten, konnten ihn nur begrenzt während des Studiums finanziell unterstützen. 50 Mark im Monat standen ihm zur Verfügung. Während des Studiums betrieb er Studien in Mathematik und im Bereich der Naturwissenschaften. An der Universität in Berlin legte er am 30. April 1855 in Anwesenheit von Prof. Bernhard von Langenbeck im Fach Anatomie, Chirurgie und Medizin sein Examen ab, das er mit „gut“ bestand. Es folgte 1855 die Promotion an der Universität Berlin über das Thema „De avium tractus elementarii anatomia et histologia nonnulla“ [„Eini-

ges über die Anatomie und Histologie der Vögel, die ihres Unterhalts wegen zu Zugvögeln wurden“].

Nach der Erteilung der Approbation leistete er für ein Jahr einen Freiwilligendienst bei der preußischen Feldartillerie in Berlin. Danach folgte eine ärztliche Tätigkeit als zweiter Arzt in der ostpreußischen Provinzial-Irrenanstalt in Allenberg im Kreis Wehlau dessen Direktor Dr. Reinhold Bernhardt war und den er bei seiner Abwesenheit vertrat. Während dieses Zeitraums arbeitete er an seiner Habilitation. Auf seine gründlich geführten Krankengeschichten machte Theodor Kirchhoff im Fachbuch mit dem Titel „Deutsche Irrenärzte“ aufmerksam. Zu seiner Wesensart gehörte die aufopfernde Hingabe für die Patienten. Obwohl in anderen Nervenkliniken modernere Behandlungsmethoden eine Selbstverständlichkeit waren, gehörten in dieser rückständigen Nervenheilstätte Repressalien und Strafmaßnahmen zum Behandlungskonzept, wie das Anbinden oder Fesseln der Patienten. Des Weiteren kamen körperliche Züchtigungen, Zwangsstühle, Zwangsbetten, gewaltsame Tauch- und Spritzbäder zur Anwendung. Diese negativen Erfahrungen bestimmten sein späteres Behandlungs- und Rehabilitationskonzept.

Bereits während dieses Aufenthalts war er Verfechter einer humanistischen Therapie. Entgegen hartnäckigen Widerstands der Krankenhausverwaltung gelang es ihm als junger Arzt dennoch, eine optimale Verpflegung der Patienten und gewisse Veränderungen der Anstaltseinrichtung durchzusetzen. Bereits in dieser Zeit arbeitete Dr. Karl

Ludwig Kahlbaum wissenschaftlich. Das Ergebnis dieser wissenschaftlichen Tätigkeit war die Veröffentlichung von drei Arbeiten. Zu ihnen gehörten die richtungweisenden Arbeiten „Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Einteilung der Seelenstörungen“ (1863) sowie „Die Sinnesdelirien“ (1866). Durch sie wurde die Fachwelt auf ihn aufmerksam. Während dieses Zeitraums bestand er erfolgreich die Physikers-Prüfung. Sie entspricht der heutigen Habilitation. Dadurch erlangte er die *Venia legendi* (Lehrbefähigung). Sie berechtigte ihn, als Privatdozent an der Universität Königsberg tätig zu sein. Von 1863 bis 1866 hielt er Vorlesungen im Fach Psychiatrie an der Medizinischen Fakultät dieser Alma Mater. Querelen mit der Universität, dem preußischen Kultusministerium, ein knappes Honorar, Mangel an Patienten, die er vorstellen wollte, und die Aussichtslosigkeit, eine Professur an der Universität in Königsberg zu erlangen, führten zu Überlegungen, anderenorts einer Tätigkeit nachzugehen.

Ihm kam zugute, dass Dr. Hermann Andreas Reimer in Görlitz 1855 eine Privatnervenheilstätte gegründet hatte und ärztliche Mitarbeiter benötigte. Durch Veröffentlichungen von Dr. Kahlbaum wurde Dr. Reimer auf ihn aufmerksam und bot ihm aufgrund dessen eine Tätigkeit als zweiter Arzt an. 1866 nahm Dr. Kahlbaum dieses Angebot an. Dr. Reimer übergab ihm am 1. Juli 1867 die Leitung und den Besitz. Die Anstalt wurde Dr. Kahlbaum übertragen und durch ihn für 87.000 Taler gekauft. Trotz großer finanzieller Schwierigkeiten wurden Nachbargrundstücke erworben.

Es entstanden Neubauten, ein Gartenhaus, kleine Gärten, ein Park mit exotischen Bäumen und ein Brunnen. Innerhalb von zehn Jahren erweiterte sich die Anstalt von drei auf neun Gebäude. Ab 1880 stand leicht Nervenkranken ein offenes Kurhaus zur Verfügung. Hinzu kam ein Gesellschaftshaus mit einem Festsaal, dessen Deckengemälde Dr. Kahlbaum selbst entwarf. Zu ihm gehörten ein Musik- und Billardzimmer, eine Bibliothek und ein Wintergarten. Durch diese Erweiterungen fanden 100 Mitarbeiter Lohn und Brot. Er pflegte eine Solidaritätsgemeinschaft mit seinen Mitarbeitern und Patienten. Die Mittagsmahlzeit nahm er mit den Patienten ein und die Abendmahlzeit mit den Kollegen. Für weibliche und männliche Kranke richtete er getrennte Abteilungen ein, unterteilt nach Schwere der Krankheit. Dadurch schuf er die Möglichkeit einer Verlegung in eine geschlossene und offene Abteilung. Die Fenster der Krankenzimmer erhielten ein 1 cm dickes Sicherungsglas. Zwischen zwei Krankenzimmern befand sich ein Raum für die Pfleger. Es wurde im Schichtsystem gearbeitet.

Bahnbrechend schuf er 1880 eine Jugendpsychiatrie als Sonderabteilung für geistig abnorme, gemüts- und nervenkranken Jugendliche. Sie mussten sich täglich im Freien aufhalten, verbunden mit Turnübungen. 1880 entstand ein Ärztliches Pädagogikum mit einer Turnhalle. Hier wurden auffällige Jugendliche beruflich speziell ausgebildet, um sie für das künftige Leben vorzubereiten. Der Behandlungsplan beinhaltete Beschäftigungstherapie, Zeichnen, Modellieren, Buchbinderei, Pappgalanteriearbeiten und Religionsunterricht. Diese Tätigkeiten wurden unter

Anleitung von erfahrenen und geschulten Handwerkern und Anstaltslehrern begleitet. Über das Ergebnis dieser Behandlung berichtete Dr. Kahlbaum im Jahre 1884 in einer Veröffentlichung mit dem Titel „Über jugendliche Nerven- und Gemütskranke und ihre pädagogische Behandlung und Gemütskrankheiten in der Nervenklinik“.

Die Anzahl der Patienten stieg von 40 auf 120 Personen. Als weiteren ärztlichen Mitarbeiter konnte er den 14 Jahre jüngeren Dr. Ewald Hecker aus



Kahlbaum.

Dr. Karl Ludwig Kahlbaum (1828 – 1899), circa 1890, aus: Kirchhoff T. (Hrsg.): Deutsche Irrenärzte: Einzelbilder ihres Lebens und Wirkens. Band 2, Berlin, Julius Springer Verlag, 1924

dem ostpreußischen Allenstein (Olsztyn) für eine Tätigkeit in dieser Nervenanstalt gewinnen. Sie endete 1876, da er in Schlesien östlich der Neiße die Nervenanstalt im etwa 50 km östlich von Görlitz entfernten Plagwitz (Płakowice) bei Löwenberg (Lwówek Śląski) übernahm. Neben der Nervenanstalt von Dr. Kahlbaum bestanden damals in Schlesien Nervenheilanstalten in Lüben

(Lubin), Bunzlau (Bolesławiec), Plagwitz (Płakowice) und Leubus (Lubiąż).

Parallel zu seiner ärztlichen Tätigkeit führte Dr. Kahlbaum kontinuierlich die wissenschaftliche Arbeit fort. Er unterschied erstmals Psychosen mit psychischem und körperlichem Befund von jenen mit ausschließlich psychischer Symptomatik. Den Psychosen mit körperlichem Befund ordnete er, bedingt durch eine Geistesstörung bei einem frühkindlichen Hirnschaden, die Neophrenie zu. Mit in diese Gruppe gehörten die Paraphrenie als Psychoseform, die aus seiner Sicht von unbewältigten hormonellen Umstellungszeiten verursacht ist. Zu ihr gehörte die Hebephrenie, die erstmals 1863 von ihm beschrieben wurde. Weiterhin gehörte zu dieser Gruppe die Presbyophrenie und Dysphrenie. Diesen ordnete er neben dem Alkoholismus Wesensveränderungen der Epilepsie zu. Die Erkrankungsgruppe ohne körperliche Symptomatik unterteilte er in die mit begrenzten psychischen Störungen und jene, deren Persönlichkeit in der Gesamtheit gestört war. Zur Symptomatik der Gruppe mit begrenzten psychischen Störungen gehörten bei ihm die Dysthymien. Sie wurden untergliedert in Willens-, Vorstellungs- und Gemütsveränderungen. Besondere Aufmerksamkeit bei den wissenschaftlichen Arbeiten schenkte er der Hebephrenie und der Katatonie als Subformen der Schizophrenie.

Seine wissenschaftliche Leistung betreffend, machte sich Dr. Kahlbaum verdient um die Differenzierung der Benennungen psychischer Krankheiten. Zugleich unterschied er die klinischen Zustandsformen von Krankheitsprozessen. Das große Verdienst von Dr.

Kahlbaum ist die differente Benennung von Krankheitsprozessen und die Gruppenbildung bei psychiatrischen Krankheiten. Diese Einteilung wurde von dem damaligen bedeutendsten Psychiater im deutschsprachigen Raum, Dr. Emil Kraepelin, übernommen.

Dr. Kahlbaum hat an der Entwicklung der wissenschaftlichen Psychiatrie maßgeblich Anteil und war seiner Zeit weit voraus. Er schrieb wie Dr. Alois Alzheimer und Dr. Viktor von Weizsäcker, die an der Universität Breslau forschten und lehrten, eine großartige Geschichte im Bereich Psychiatrie in Schlesien. Er war ein Verfechter der Fortschrittsideen, verehrte Immanuel Kant, Johann Wolfgang von Goethe und Prof. Dr. Rudolf Virchow.

Neben seiner Tätigkeit als Psychiater beschäftigte sich Dr. Kahlbaum mit Botanik, Zoologie, Mineralogie, Astronomie und Anthropologie. Der Musik verbunden gehörte er dem Anstaltschor an und organisierte regelmäßig Vorträge, Musik und Theateraufführungen und gründete, angeregt von Rudolf

Virchow, die Gesellschaft für Anthropologie und Urgeschichte der Oberlausitz. Treu seiner echten Frömmigkeit besuchte er regelmäßig die Gottesdienste in der Anstalt. 1885 erhielt er dank seiner großen Verdienste den Titel Sanitätsrat. Seine Gesundheit war mit einer Migräne und seit 1889 mit einem Diabetes mellitus belastet. Am 15. April 1899 erlag er einem Koma diabeticum. Die letzte Ruhestätte befindet sich auf dem neuen Friedhof in Görlitz.

Sein Sohn, Dr. Siegfried Kahlbaum, führte die Nervenheilanstalt im Sinne seines Vaters fort. Sie erlangte später den Status eines Sanatoriums. Zu einem der bekanntesten Patienten gehörte Minna Walch, geb. Herzlieb, bekannt als Gestalt in Goethes Wahlverwandtschaften. Ihr Grabmal befindet sich unweit vom Grab Kahlbaums. Zu den bekannten Patienten gehörte auch Gustav Froeding, Schöpfer des Liedes „Es zogen auf sonnigen Wegen“. Erst 1990 gedachte die Stadt Görlitz der großen Verdienste Karl Ludwig Kahlbaums, indem eine Straße, die am Areal des ehemaligen Kahlbaum Sanatori-

ums vorbeiführt, den Namen Dr.-Kahlbaum-Allee erhielt.

Nach dem 8. Mai 1945 wurden die Gebäude und Räumlichkeiten des ehemaligen Sanatoriums unterschiedlich genutzt. Von 1945 bis 1949 hatte in ihnen das Grenzkommando der Roten Armee sein Domizil, um danach als Tuberkulose Heilstätte genutzt zu werden. Später hatte die II. Medizinische Klinik des ehemaligen Bezirkskrankenhauses Görlitz ihren Standort in diesem Areal. Nach der friedlichen Revolution wurde sie vom Städtischen Klinikum Görlitz aufgegeben. Seit vielen Jahren werden die Gebäude nicht genutzt. Es ist zu hoffen, dass sie nicht das gleiche Schicksal ereilt, wie es gegenwärtig einigen ungenutzten denkmalgeschützten Gebäuden in Görlitz widerfährt, indem man sie untätig dem Verfall überlässt und deren Endlösung der Abriss ist. Dann dürfte nur der Name Dr.-Kahlbaum-Allee an das großartige Lebenswerk Karl Ludwig Kahlbaums erinnern. ■

Dr. med. Jürgen Wenske, Görlitz

KUNST UND KULTUR

Benefizkonzertprojekt des Süddeutschen Ärztechores und Orchesters

Projektwoche 5. bis 12. September 2021 in Dresden und Bautzen

Nach Konzerten in Deutschland, Italien, Belgien, Frankreich und Polen laufen nun die Planungen auf vollen Touren für unser neues Benefizkonzertprojekt im September 2021. Wir freuen uns sehr, dass wir in der Frauenkirche Dresden und im Dom zu Bautzen konzertieren können. Einfach großartige Räume, die wir so gern mit zwei wunderbaren Kompositionen von Antonín Dvořák füllen. Sie sind herzlich eingeladen, als

Sänger und Instrumentalisten (nicht nur Mediziner) teilzunehmen. Die Proben finden in Dresden statt.

10. September | Dom zu Bautzen

12. September | Frauenkirche Dresden

Weitere Informationen unter www.sueddeutscher-aerztechor.de ■

Dr. med. Georg Kentrup
Tel.: 0171 871 49 74
E-Mail: drkentrup@aol.com



Akustikprobe vor dem Konzert in der Hauptkirche St. Katharinen Hamburg, 2019

Markus Lange

Der Rat der Ratlosen

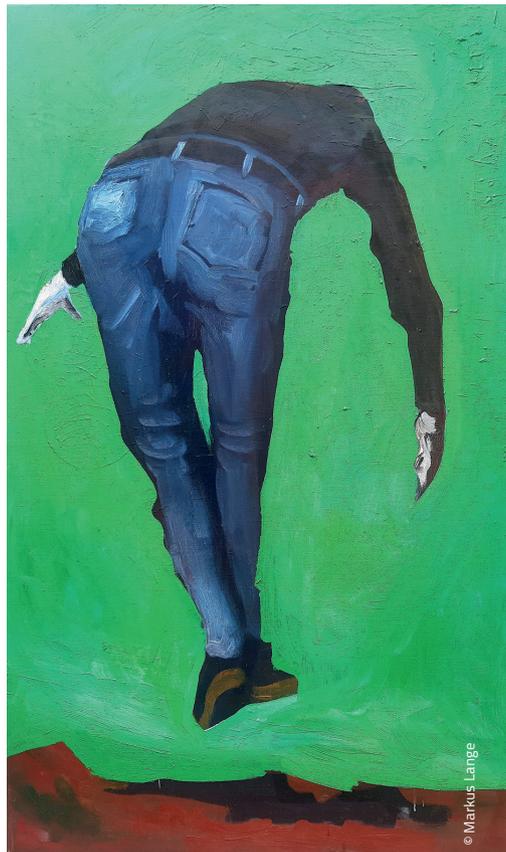
Markus Lange (*1977) entstammt der Dresdner Kunsthochschule, wo Siegfried Klotz, Elke Hopfe, Günter Hornig und anschließend Peter Bömmels seine Lehrer waren. Vor allem Bömmels' künstlerisches und darüber hinausreichendes Schaffen war für den Meisterschüler wegweisend.

Aus Langes Atelier, angefüllt mit Gemälden, Zeichnungen und Objekten, ist nun ein Querschnitt seiner Malerei der vergangenen zehn Jahre zu erleben. Seine Bilder entstehen in einem Prozess mehrfachen Übermalens. Darin verarbeitet er einerseits Reise- und Lektüreindrücke und wandelt sie andererseits in fantastische Szenen um: Vertreter der Spaßgesellschaft beim Gipfelfoto; einzelne Typen beim Versuch, fliegend die Schwerkraft des Erwachsenendaseins zu überwinden oder andere hinter einer Maske oder in einer Warteschlange. Ohne politische Themen direkt zu benennen, stellt er mit seinen Bildwelten Verbindungen zum aktuellen Zeitgeschehen her.

Es sind Versuchsanordnungen, die nur angesichts leuchtender Farben zunächst belustigend, – deren Figuren nur anfangs lächerlich erscheinen. Beim zweiten Blick irritiert ihr völlig ernsthaftes Agieren in raumgreifenden Posen.

Für endlose Straßen, Riesenposter an schmucklosen Fassaden, einen Gebrauchtwagenmarkt vor ausgedehntem Horizont im mittleren Westen Nordamerikas ließ sich der Maler nicht nur von seinen USA-Reisen inspirieren.

Auch die melancholische Stimmung der Gemälde von Edward Hopper, die atmosphärische Spannung klassischer Westernfilme, die Tiefenerstreckung der Highways sind als Gefühls- und Seheindrücke in sie eingegangen.



Markus Lange, Jumper, 2014/2021, Öl auf Leinwand, 100 x 60 cm, Besitz des Künstlers

Eine andere Werkgruppe geht auf Reiseberichte zurück: Grelle Farbflecken verbildlichen den Lärm, mit dem Polarreisende in die Ruhe des ewigen Eises einfallen; hightechmäßig ausgestattet, folgen Bergsteiger im Wettlauf zum Gipfel ihrem Ehrgeiz. Mit Proviantkisten und Getränkedosen besetzt die westliche Welt abgelegene Gegenden, doch die extreme Naturerfahrung führt nicht zur Selbsterkenntnis. Was diese

Figuren antreibt, bleibt offen; bewusst eingesetzte malerische Unschärfen fordern verschiedene Deutungen heraus. In seinen Kompositionen geht Markus Lange spielerisch von der Kenntnis älterer Kunstepochen aus, greift zum Beispiel in Landschaften das Bildschema von Veduten des 18. Jahrhunderts auf, während die Nachtansicht einer Straßenkreuzung mit der Ästhetik der Neuen Sachlichkeit spielt. Argumentierende Männer erinnern an jene beratenden Arbeitskollektive, die zu Bildmustern des Sozialistischen Realismus' gehörten. Karnevalsfiguren scheinen den surrealen Bildwelten eines James Ensor entsprungen. Kunstgeschichte – so zeigt das Werk dieses Malers – ist jederzeit fruchtbar für junge Ideen.

Doch die Figuren bei ihren Flugversuchen sind neu: In ihnen offenbaren sich Seiten der menschlichen Natur, Impulse, Bestrebungen, in denen wir uns selbst unerklärlich bleiben. Die leeren, zurückgelassenen Stadträume und versehrten Landschaften in Markus Langes Gemälden besitzen eine selbstverständlichere Realität als jene Gestalten, die sich ihrer selbst so wenig bewusst zu sein scheinen. ■

Dr. phil. Anke Fröhlich-Schauseil

Ausstellung im Erdgeschoss und im Foyer der 4. Etage der Sächsischen Landesärztekammer

19. Juli bis 17. Oktober 2021, montags bis donnerstags 9.00 bis 18.00 Uhr, freitags 9.00 bis 16.00 Uhr (Informationen über aktuelle Einlassbestimmungen finden Sie unter www.slaek.de)