

Editorial	Nur gemeinsam sind wir stark...	48
Berufspolitik	Einhaltung der Meldepflicht von Kreberkrankungen	49
	Veranstaltung für Weiterbildungsassistenten	52
Gesundheitspolitik	Röntgenuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen	54
Hygiene aktuell	Nosokomiale Infektionen	60
Arbeitsmedizin akutell	Aktuelles aus der Arbeits- und Betriebsmedizin	63
	Impressum	64
Mitteilungen der Geschäftsstelle	Fortbildungspflicht	65
	Fortbildungsveranstaltung „Qualitätsberichte“	65
	Abschlussprüfungen	66
	Seniorentreffen der KÄK Dresden	67
	Ärzteisterschaft im 10 km-Lauf	67
	Konzerte und Ausstellungen	67
	Telefonverzeichnis der Sächsischen Landesärztekammer	68
Mitteilungen der KVS	Ausschreibung von Vertragsarztsitzen	69
Originalien	Die Bornasche Krankheit – Geschichte und Ausblick	70
	Diagnostik und Therapie der Refluxkrankheit	72
Glosse	„Hexen sollen sterben“	75
Personalia	Dr. med. habil. Wolfgang Kunze zum 70. Geburtstag	77
	Jubilare im März	77
	Nachruf für Dr. med. Herbert Pastor	79
Medizingeschichte	Ein Stolperstein zum Gedenken an Dr. med. Otto Michael	80
	Visite an Gräbern	81
Leserbrief	Dr. med. Lothar Markus	85
Verschiedenes	Ärztewoche Thüringen	85
Kunst und Kultur	Dresden verpasst ein Chance...	86
Einhefter	Fortbildung in Sachsen – April 2009	



Veranstaltung für
Weiterbildungsassistenten
Seite 52



Die Bornasche Krankheit
Seite 70



Ein Stolperstein zum Gedenken an
Dr. med. Otto Michael
Seite 80



Visite an Gräbern
Seite 81

Nur gemeinsam sind wir stark...

Das herausragendste Ereignis der jüngeren deutschen Geschichte, welches die Kraft gemeinsamen Handelns im Zuge entscheidender und notwendiger gesellschaftlicher Veränderungen unter Beweis stellt, ist zweifelsohne die friedliche Revolution im Herbst 1989. Wenngleich nicht alle Wünsche, Sehnsüchte und Vorstellungen von damals Wirklichkeit geworden sind oder werden konnten, so sind demokratische Grundrechte und Freiheit im Denken und Handeln erstrittene wertvolle und historisch wegweisende Ergebnisse dieses friedlichen kollektiven Aufbruchs. Ohne konsequente Solidarisierung der Bürger bezüglich gemeinsamer Ziele, trotz gleichzeitig bestehender und auch zum Teil durchaus begründeter gegensätzlicher Interessen, wäre diese historische politische „Wende“ undenkbar gewesen. Persönliche Erlebnisse und Emotionen dieser Zeit sind Ihnen mit Sicherheit heute noch allgegenwärtig.

Vor diesem Hintergrund erscheint es doch einigermaßen verwunderlich, dass gerade die deutsche Ärzteschaft Gefahr läuft, das Streiten für gemeinsame standespolitische Ziele in erster Linie zum Wohle ihrer Patienten und deren Sicherheit zugunsten teilweise nachvollziehbarer Partikularinteressen aus dem Auge zu verlieren.

Nach den eingangs beschriebenen epochalen gesellschaftlichen Veränderungen müssten wir es doch eigentlich besser wissen und besser anpacken!

Eine qualitativ hochwertige Versorgung unserer Patienten ist ein klares Ziel ärztlichen Handelns, unabhängig von Fachgebiet oder von der Versorgungsform. Dafür sind angemessene Vergütungen für jede Ärztin und jeden Arzt einzufordern.

Die Erkenntnis einer Vielzahl von Kolleginnen und Kollegen, gemeinsam schlagkräftiger und mit wesentlich größeren Erfolgen gegenüber Politik und Kostenträgern verhandeln zu können, führte vor Jahrzehnten zu Ärztebündnissen, aus denen sich unter anderem das heutige System

der Kassenärztlichen Vereinigungen entwickelte. Das Aufgabenspektrum der Standesvertretung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ist umfangreich und breit gefächert. Honorarverhandlungen und Honorarverteilung stellen dabei einen Kernbereich dar. Aber gerade auch für die Qualitätssicherung bei der Erbringung der ärztlichen Leistungen und damit für die Patientensicherheit fallen einer Kassenärztlichen Vereinigung grundlegende Verantwortlichkeiten und Aufgaben zu. Die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung, das Zulassungswesen und die Überprüfung der persönlichen und fachlichen Eignung ihrer Mitglieder sowie der technischen Voraussetzungen für die qualitativ hochwertige Patientenversorgung in den Praxen seien hier beispielhaft genannt.

Ein weiteres Aufgabenfeld besteht in der Interessenvertretung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte gegenüber der Gesundheitspolitik auf Landes- und Bundesebene.

Als wesentliche Maßnahme gegen den Ärztemangel im hausärztlichen Bereich ist außerdem die finanzielle Förderung der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin aus Mitteln der Kassenärztlichen Vereinigung anzusehen.

Die Neufassung des Paragraphen 73b SGB V durch den Deutschen Bundestag am 17. 10. 2008 ermöglicht es nunmehr Gemeinschaften, die mindestens 50 Prozent der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte in einem KV-Bezirk vertreten, einen Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung zu schließen. Das erklärte Verhandlungsziel des Hausärzteverbandes, der bei entsprechender Mandatierung durch seine Mitglieder einen solchen Vertrag anstrebt, lautet: Ein Fallwert von 85 Euro ohne Mengenbegrenzung für jeden Hausarzt.

Ohne Zweifel stellt dies eine verlockende, jedoch bisher auch in bereits bekannten Selektivverträgen nicht voll durchgesetzte, Perspektive für sächsische Hausärzte dar. Ob innerhalb eines solchen Vertragswerkes jedoch auch die vorgenannten Aufgabenbereiche einer Kassenärztlichen Vereinigung im Interesse von

Patientensicherheit und niedergelassener Ärzteschaft abgebildet und realisiert werden können, ist zunächst nicht erkennbar.

Diese Tätigkeitsfelder und Verantwortungsbereiche wie bisher der Kassenärztlichen Vereinigung zu übertragen, wird dann nicht möglich sein, wenn deren Existenz durch eine eventuelle Aufkündigung der innerärztlichen Solidarität durch die Hausärzte nicht mehr gesichert ist. Wäre diese Perspektive tatsächlich zukunftsweisend für die sächsische und deutsche Ärzteschaft insgesamt?

Die Hauptakteure in der Gesundheitspolitik und bei den Kostenträgern würden nichts unversucht lassen, eine Spaltung der Ärzteschaft weiter voranzutreiben, um Zentralisierung, Verstaatlichung und dauerhafte Unterfinanzierung des Gesundheitssystems gegen weniger gemeinsamen und damit weniger starken Widerstand der Ärzteschaft schneller durchzusetzen. Gerade der sächsische Hausärzteverband hat sich bisher – entgegen auf Bundesebene schon längere Zeit erkennbaren Tendenzen zur Abspaltung einer „Hausärzte-KV“ aus dem bestehenden KV-System – stets zur Solidarität und zur konstruktiven Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen bekannt. Die Abkehr von diesem Standpunkt im Dezember 2008 löst bei uns Betroffenheit im Hinblick auf die zu erwartenden Konsequenzen aus.

Deshalb appellieren wir an die gesamte sächsische Ärzteschaft: Lassen Sie uns gemeinsam Stärke beweisen! Die positiven „sächsischen“ Erfahrungen der vergangenen Jahre in der Zusammenarbeit von Standesvertretungen und Berufsverbänden sollten es uns ermöglichen, innerhalb der bestehenden Strukturen zukunftsweisende, „revolutionäre“ Fortschritte in solidarischem Miteinander zu gestalten.

Ute Taube (FÄ Allgemeinmedizin)
Erik Bodendieck (Vizepräsident,
FA für Allgemeinmedizin)
Dr. med. Steffen Liebscher
(FA für Innere Medizin)
Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud
(FA für Innere Medizin)
Vorstandsmitglieder

Einhaltung der Meldepflicht von Krebserkrankungen

Der jüngste Jahresbericht des Gemeinsamen Krebsregisters (GKR) liefert Angaben zu Häufungen und Trends von Krebserkrankungen in den ostdeutschen Bundesländern. Demnach hat sich bei den unter 50-Jährigen das Lungenkrebsrisiko der Frauen in den letzten 20 Jahren verdoppelt, während es bei Männern um mehr als 30 Prozent gesunken ist.

Bei Männern nimmt die Zahl der Krebsneuerkrankungen immer noch leicht zu, wie der Jahresbericht belegt. Zurückzuführen ist dieser Trend auf den steilen Anstieg der Neuerkrankungen an Prostatakrebs. Dem Bericht zufolge ist die Krebsmortalität im Erfassungsgebiet des GKR sowie in Deutschland seit mehreren Jahren rückläufig – das gilt für die meisten Krebsarten mit Ausnahme des Lungenkrebses bei Frauen sowie des Bauchspeicheldrüsenkrebses [1]. Die Grundlage für diese Aussagen sind Daten aus bevölkerungsbezogenen Krebsregistern. Bevölkerungsbezogene (epidemiologische) Krebsregister speichern, verarbeiten, analysieren, beobachten und interpretieren Daten zur Beschreibung des Krebsgeschehens in der Bevölkerung in definierten Erfassungsgebieten. Damit aussagekräftige Ergebnisse über Krebserkrankungen erzielt werden können, müssen diese vollständig und nahezu vollzählig (über 90 Prozent) erfasst werden.

Das Gemeinsame Krebsregister (GKR)

Das Gemeinsame Krebsregister (GKR) der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen ist das Register mit einer der größten Datensammlungen auf dem Gebiet der Krebsepidemiologie. Um eine flächendeckende Krebsregistrierung in Deutschland zu erreichen, trat im Jahr 1995 für eine Laufzeit von fünf Jahren das Bundeskrebsregistergesetz (KGR) in Kraft. Damit wurden alle Bundesländer verpflichtet, bevölkerungsbezogene Krebsregister auf gesetzlicher Grundlage einzurichten.

Die gesetzliche Grundlage des Gemeinsamen Krebsregisters ist der 1999 zwischen den am GKR beteiligten Bundesländern abgeschlossene Staatsvertrag, der das Fortgelten des Bundeskrebsregistergesetzes vom 4. November 1994 als Landesrecht sichert [2]. Auf dieser Basis haben die Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und die Freistaaten Sachsen und Thüringen die Meldepflicht von Krebserkrankungen an das GKR für Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte eingeführt. Die Meldepflicht betrifft die Diagnose, Therapie und Nachsorge onkologischer Erkrankungen.

Die beteiligten Länder des GKR führen und organisieren das GKR durch einen Verwaltungsausschuss, dem je ein Vertreter der obersten Landesbehörde angehört.

Die Kosten für das GKR tragen die beteiligten Länder anteilig im Verhältnis ihrer Einwohnerzahlen.

Aufgaben des GKR

Zu den Aufgaben des GKR zählen neben der Messung der Krebsinzidenz der Bevölkerung das kontinuierliche Monitoring regionaler Krebshäufungen sowie die Ermittlung auffälliger zeitlicher Trends. Darüber hinaus tragen epidemiologische Krebsregister zur Bewertung von Präventions- und Früherkennungsprogrammen bei, wie zum Beispiel das Mammographie-Screening, und stellen Grundlagen für die Gesundheitsplanung und Krebsursachenforschung bereit.

Vollzähligkeit als Qualitätsindikator

Voraussetzung für eine zuverlässige Beschreibung des Krankheitsgeschehens und eine zuverlässige Beurteilung von zeitlichen und regionalen Entwicklungen ist die möglichst vollzählige Registrierung (über 90 Prozent) aller auftretenden Krebsneuerkrankungen.

Beschreiben lässt sich die Vollständigkeit oder der Erfassungsgrad durch das Verhältnis der registrierten Fälle zu den tatsächlich neu diagnostizierten Fällen innerhalb der Registerregion. Dazu wird die Anzahl der Krebserkrankungen im Einzugsgebiet eines Krebsregisters auf Basis der Daten eines hinreichend vollzählig erfassenden Krebsregisters geschätzt [3].

Zur Datenbasis des Referenzregisters, das anfänglich ausschließlich aus Datensätzen des saarländischen Krebsregisters bestand, tragen zunehmend weitere Register bei.

Die Vollständigkeit der Erfassung der einzelnen Länderregister in Deutschland wird von der „Dachdokumentation Krebs“ am Robert-Koch-Institut in Berlin mittels einer eigens dafür entwickelten Methode beurteilt [4]. Mit Hilfe dieses aufwendigen Schätzverfahrens erhalten die Register die nach Diagnosejahr aufgeschlüsselten erwarteten Fallzahlen.

Meldepflicht

Laut Sächsischem Krebsregisterausführungsgesetz (Sächs. KRG AG) besteht für Ärztinnen und Ärzte sowie für Zahnärztinnen und Zahnärzte eine Pflicht zu Meldungen von Krebserkrankungen. Die Meldepflicht wird durch die Feststellung und die Behandlung von Krebserkrankungen und durch die Feststellung von Todesfällen krebserkrankter Patienten ausgelöst [5]. Die Meldepflicht des Arztes schließt eine Unterrichtung des Patienten nach fachlichem Ermessen ein, jedoch ohne Widerspruchsrecht des Patienten.

Nachdem im Jahr 2000 ein Erfassungsgrad von 90 Prozent erreicht wurde, ist seit 2004 ein leichter Rückgang der Meldungen von Krebspatienten zu verzeichnen.

Trotz der bestehenden Meldepflicht wurde durch den Verwaltungsausschuss des GKR festgestellt, dass nicht alle onkologisch tätigen Ärztin-

nen und Ärzte sowie auch Krankenhäuser oder Abteilungen von Krankenhäusern ihre Krebsfälle melden. Das trifft auch für Sachsen zu. Ein Abgleich der Meldedatei des GKR und der Tumorzentren Sachsens ergab, dass tatsächlich nicht alle onkologisch tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie auch Kliniken ihre Krebsfälle dem GKR zur Kenntnis bringen.

Meldewege

Die Ärzte können ihre Meldung über ein Tumorzentrum mit dem angeschlossenen klinischen Krebsregister (KKR) oder direkt an das GKR übermitteln (Abbildung 1).

Die Richtlinie des GKR vom 31. März 2008 [6] über eine Aufwandsentschädigung für Meldungen an das GKR empfiehlt die Meldung über das regionale Tumorzentrum.

In Sachsen wird dieser favorisierte Meldeweg praktiziert, das heißt die meldepflichtigen epidemiologischen Daten werden über die Tumorzentren an das GKR weitergeleitet. In den regionalen klinischen Krebsregistern (KKR) der Tumorzentren erfolgt eine Prüfung der Daten auf Plausibilität und Vollständigkeit, was zu qualitativ hochwertigen Meldungen beim GKR führt.

Für vollständige Meldungen an das GKR wird eine Aufwandsentschädigung über die Tumorzentren oder direkt an den meldenden Arzt gezahlt.

Neue Regelungen für Krebsmeldungen

Mit dem im April 2008 in Kraft getretenen Änderungsstaatsvertrag zwischen den beteiligten Ländern des GKR wurden folgende Neuregelungen getroffen:

- Neben der bestehenden Meldepflicht für alle bösartigen Neubildungen und deren Frühstadien sind auch die gutartigen Neubildungen des Zentralnervensystems in die Meldepflicht aufgenommen worden. Mit dieser Erweiterung der zu registrierenden Daten im GKR folgt man den internationalen Empfehlungen des Europäischen Netzwerkes der Krebsregister (ENCR).

Veranstaltung für Weiterbildungsassistenten

„Zukunft in Sachsen – Chancen und Perspektiven im Sächsischen Gesundheitswesen“, unter diesem Titel führten die Sächsische Landesärztekammer, die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, die Krankenhausgesellschaft Sachsen und die Deutsche Apotheker- und Ärztekbank erstmalig für alle sächsischen Weiterbildungsassistenten



Weiterbildungsassistenten

ten eine Veranstaltung am 17. Januar 2009 im Gebäude der Sächsischen Landesärztekammer durch. Nahezu 100 sächsische junge Kolleginnen und Kollegen waren der persönlichen Einladung gefolgt. In der

eineinhalbstündigen Vortragsveranstaltung im Plenarsaal referierten Vertreter aus den einladenden Institutionen. Herr Jürgen Hommel, Vertreter des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, überbrachte die Grüße der zuständigen Staatsministerin für Soziales, Frau Christine Clauß, und wies auf die besonderen Perspektiven für die Ausübung einer kurativen Tätigkeit im Freistaat Sachsen hin. Herr Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, stellte die

ärztliche Selbstverwaltung vor, erläuterte aktuelle Fragen der Gesundheitspolitik und informierte zur ärztlichen Weiterbildung in Sachsen. Die Sächsische Landesärztekammer sieht nur in einem Gesamtkonzept, beste-



Erik Bodendieck, Vizepräsident

hend aus Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Vergütung sowie einer familienfreundlichen Arbeitszeitgestaltung, eine Lösung für das Problem des Ärztemangels. Aussagekräftige Fakten und Zahlen zur Krankenhausversorgung in Sachsen konnten die Anwesenden dem Vortrag von Herrn Dr. Stephan Helm, Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Sachsen, entnehmen. Herr Erik Bodendieck, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer, moderierte die Vortragsveranstaltung und stellte die Chancen dar, die sich durch die Etablierung von Weiterbildungsverbänden ergeben. Die prekäre Ärztemangelsituation spiegelt sich auch im Öffentlichen Gesundheitswesen wider. Fast 40 Prozent der in Gesundheitsämtern tätigen Ärztinnen und Ärzte erreichen innerhalb der nächsten fünf Jahre das Rentenalter, so Frau Dipl.-Med. Petra Albrecht, Vorstandsmitglied der Sächsischen Landesärztekammer. Sie erläuterte das breite Tätigkeitsspektrum für den Arzt im



Vorstandsmitglied Dipl.-Med. Petra Albrecht (links)



Dr. med. Johannes Baumann, Vertreter der KVS, und Präsident Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

Öffentlichen Gesundheitswesens. Das Durchschnittsalter der sächsischen Hausärzte liegt derzeit bei 53 Jahren, darauf wies Herr Dr. med. Johannes Baumann, Leiter der Bezirksgeschäftsstelle Dresden der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, hin. Verschiedene Aktivitäten der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, wie die finanzielle Förderung von jungen Ärzten in unterversorgten Regionen, die Durchführung von Existenzgründerseminaren, die Veröffentlichung von zur Abgabe stehenden Praxen in den Printmedien, die Benachrichtigung von Krankenhäusern über freie Arztpraxen, Praxisbörsen und umfassende Beratungen zur Niederlassung dienen der Gewinnung von ärztlichem Nachwuchs. Herr Raimund Pecherz, Leiter der Filiale Dresden der Deutschen Apotheker- und Ärztebank,

ging auf die Finanzierbarkeit der eigenen Niederlassung ein und stellte den Vorteil ärztlicher Kooperationen dar. Antworten auf die zahlreichen Fragen und umfassende Beratungen gab es dann an den verschiedenen Informationsständen im Foyer des Gebäudes der Sächsischen Landesärztekammer. So präsentierten sich die einladenden Institutionen, 17 Krankenhäuser aus Sachsen und der Landesverband Sachsen der Ärzte und Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). Regenergenutzt wurde auch die Möglichkeit zu zahlreichen persönlichen Gesprächen mit niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen im Rahmen der Praxisbörse. Die Sächsische Landesärztekammer stand in allen Fragen zur Weiterbildung zur Verfügung: von den allgemeinen Möglichkeiten zur Rotation bis hin zur persönlichen



Aufmerksame Teilnehmer

Weiterbildungsplanung. Auch gab es die Möglichkeit, sich zur Sächsischen Ärzteversorgung zu informieren. Abgerundet wurde der Tag durch vier Workshops, die sich unter anderem den Themen „Von der Standortplanung einer Praxis bis zur Niederlassung“ und „Finanzierung einer Arztpraxis“ widmeten. Großen Andrang gab es auch beim Workshop, der die Vereinbarkeit von Familie und Praxis beleuchtete. Warum eine Bewerbung das Spiegelbild der Persönlichkeit ist, das konnten die Teilnehmer des Workshops, den Frau Gisela Dericks, Personalleiterin der Oberlausitz-Kliniken Bautzen, leitete, praxisnah erfahren. Die durchweg positive Resonanz der Besucher, insbesondere auf das vielfältige Angebot und das Konzept, bestärkt uns, weitere Veranstaltungen für junge Kolleginnen und Kollegen durchzuführen.

Dr. med. Katrin Bräutigam
 Ärztliche Geschäftsführerin
 E-Mail: aegf@slaek.de



Referenten und Gäste

Röntgenuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen

Aus der Arbeit der Fachkommission „Qualitätssicherung nach Röntgenverordnung“

Die Ärztliche Stelle mit der Fachkommission „Qualitätssicherung nach Röntgenverordnung“ überprüft in regelmäßigen Abständen (ca. alle zwei Jahre) die 1.400 Strahler in 500 Röntgeneinrichtungen Sachsens. Dabei wird die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften hinsichtlich der ärztlichen und aufnahmetechnischen Qualitätsanforderungen bei Röntgenuntersuchungen am Menschen kontrolliert.

Erfreulicherweise ist die Anzahl der Beanstandungen, insbesondere aber die Zahl der gravierenden Mängel, seit der Einrichtung der Ärztlichen Stelle 1992 kontinuierlich zurückgegangen.

Wir müssen jedoch immer wieder Unsicherheiten bei der Durchführung von konventionellen Röntgen- und CT-Untersuchungen im Kindes- und Jugendalter feststellen. Insbesondere betrifft das die Anwendung der Zusatzfilterung bei Skelett- und Körperstammaufnahmen, vorzugsweise in den Fachgebieten Chirurgie und Orthopädie sowie die Durchführung von Dosisreduktionsprogrammen bei CT-Untersuchungen. Dies zum Anlass nehmend, soll nachfolgend die Problematik etwas näher beleuchtet werden.

Die Qualitätskriterien für alle röntgendiagnostischen Untersuchungen sind in der „Leitlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in der Röntgendiagnostik“ und in der „Leitlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in der Computertomographie“ festgelegt. Die Leitlinien wurden letztmalig gemäß Beschluss des Vorstandes der Bundesärztekammer vom 23. 11. 2007 unter Mitwirkung aller Fachgebiete aktualisiert. In der Leitlinie für konventionelle Röntgenaufnahmen sind im Teil A die prinzipiellen ärztlichen

und aufnahmetechnischen Qualitätsanforderungen beschrieben und im Teil B für jede einzelne Aufnahmesituation detailliert festgelegt. Außerdem werden im Teil A, Punkt 3., die besonderen Qualitätsanforderungen bei Neugeborenen, Säuglingen, Kindern und Jugendlichen zusammengefasst.

Auszug aus den Leitlinien vom 23. November 2007 (konventionelle Röntgenuntersuchungen):

„3. Besondere aufnahmetechnische und ärztliche Qualitätsanforderungen bei Neugeborenen, Säuglingen, Kindern und Jugendlichen

(1) Die Fragestellungen in diesen Lebensaltern sind in vielen Fällen bedingt durch altersspezifische Erkrankungen völlig andere als bei erwachsenen Patienten. Durch eine genaue Anpassung der Untersuchungsbedingungen in Planung und Durchführung kann die Strahlenexposition des Patienten erheblich reduziert werden. Außerdem bestehen in den einzelnen Lebensaltern besondere Untersuchungs- und Abbildungsbedingungen, die bei der Qualitätssicherung berücksichtigt werden müssen.

(2) Allgemein gültige, organspezifische Qualitätskriterien können in diesen Altersgruppen nicht für alle Fälle berücksichtigt werden. Vielmehr ist für den Einzelfall eine individuelle Überprüfung der Planungs-, Durchführungs- und Bildqualität in Bezug auf die jeweilige Fragestellung erforderlich.

(3) Im Katalog diagnostischer Qualitätskriterien, aufnahmetechnischer Hinweise und physikalischer Größen des Bilderzeugungssystems werden die für Neugeborene, Säuglinge und Kinder geltenden Kriterien als pädiatrische Besonderheiten aufgeführt. Diese sind bei allen Röntgenuntersuchungen dieser Altersgruppe zu berücksichtigen. Sie modifizieren die für die Untersuchung erwachsener Patienten gültigen Kriterien oder sind zusätzlich zu beachten. (Alterseinteilung s. Tabelle)

(4) Bei Aufnahmen am Körperstamm

von Säuglingen, Kleinkindern und Kindern müssen Generatoren, die die Einstellung einer kürzesten Schaltzeit von ≤ 5 ms erlauben, und Film-Folien-Systeme einer Empfindlichkeitsklasse von ≥ 400 bzw. bei digitalen Systemen mit einer Bildempfängerdosis $\leq 5 \mu\text{Gy}$ – bezogen auf die jeweils geforderte Aufnahmespannung – eingesetzt werden. Eine zusätzliche Filterung von mindestens 0,1 mm Cu-Äquivalent muss in den Strahlengang eingebracht werden (Anlage I SV-RL). Über die Anforderung der SV-RL hinaus wird empfohlen, wegen des großen Anteils an rotem Knochenmark in den langen Röhrenknochen, auch für diese Bereiche eine Zusatzfilterung zu verwenden. Die Schaltzeiten sollten aufgezeichnet werden. Darüber hinaus müssen bei allen röntgendiagnostischen Untersuchungen am Körperstamm, inklusive intraoperativer Durchleuchtung, die Einfalldosis bzw. -dosisleistung und/oder das Flächendosisprodukt aufgezeichnet werden (siehe RöV § 16 Abs. 1 „Diagnostische Referenzwerte“). Das Dosisflächenprodukt-Messgerät (DIN EN 60580) muss Werte für pädiatrische Untersuchungen in einem Bereich von $(1,0 \times 10^{-1} - 1,0 \times 10^4) \mu\text{Gy} \times \text{m}^2$ anzeigen können.

(5) Bei Kindern sollte auf den Einsatz von Streustrahlenrastern möglichst verzichtet werden. Sie sind erst bei Objektdurchmessern größer als 12 – 15 cm erforderlich und einzusetzen. Für Schwingraster ist ein Schachtverhältnis von $r=8$, bei Festrastern mit $r=15 - 17$ einzusetzen. Das Raster sollte an Aufnahme- und Durchleuchtungsgeräten für Kinder auf einfache Weise entfernt werden können.

(6) Auf exakte Einblendung des Nutzstrahlungsfeldes mit erkennbaren Feldgrenzen und Bleiabdeckung der angrenzenden Körperstammabschnitte und der Gonaden ist besonders zu achten.

(7) Für eine ausreichende Immobilisation und korrekte Projektion ist Sorge zu tragen. Bei nicht kooperierenden Kindern sollte das Halten durch Eltern, Pflege- oder

	Bezeichnung	Austragungszeit/Alter	Gewicht (kg)	Körperdurchmesser cm (pa/ap)	Dosis μGy Extr.	Dosis μGy Körperstamm	Zusatz-Filter (mm Cu) 1 mm Al + mindest. 0,1 mm Cu	Raster
1	Frühgeborenes	< 28 Wochen	< 1	< 4	≤ 10	≤ 5 (2,5)	0,1	nein
2	Neugeborenes	0 – 28 Tage	< 5	< 6	≤ 10	≤ 5 (2,5)	0,1	nein
3	Säugling	1-12 Monate	< 10	< 8	≤ 10	≤ 5 (2,5)	0,1	nein
4	Kind < 8 Jahre	1-8 J.	< 20	< 10	≤ 10	≤ 5 (2,5)	0,1	nein
5	Kind > 8 Jahre	9 -12 J.	< 25	< 12	≤ 10	≤ 5 (2,5)	0,1	nein
6	Jugendlicher	13-18 J.	> 25	> 12	≤ 10	≤ 5 (2,5)	0,1-0,2	möglich, r8 bzw. r17 bei Fest-raster

Assistenzpersonal nur als Ausnahme und bei besonderen Fragestellungen und unter Verwendung von Strahlenschutzmitteln erfolgen.

(8) Bei Neugeborenen/Säuglingen kann bei Anwendung gepulster Durchleuchtung und Anwendung positiver Kontrastmittel mit Bildspeicherung (möglichst ohne Bildintegration) auf zusätzliche Aufnahmen verzichtet werden.“

Zur Erinnerung seien an dieser Stelle die relevanten Dosisbegriffe nochmals erläutert.

■ **Energiedosis:**

Die Energiedosis ist die auf die Körpermasse bezogene absorbierte Strahlenenergie.

Sie kann im Körper nicht direkt

gemessen werden, sondern stellt eine berechnete Größe aus Dosismetrie und Körpermasse dar. Die Maßeinheit ist Gray (Gy) [$\text{J} \times \text{kg}^{-1}$], früher Rad (rad).

■ **Äquivalentdosis:**

Die Äquivalentdosis bezieht einen gewebespezifischen Bewertungsfaktor des Organs, einschließlich der Verteilung der Strahlung im Gewebe, ein:

Äquivalentdosis = Energiedosis \times Bewertungsfaktor.

Die Maßeinheit wird in Sievert angegeben (Sv), früher Rem (rem). Sie stellt ein Maß der relativen biologischen Wirksamkeit von Strahlenenergien dar.

Gebräuchlich sind auch die Bezeichnungen effektive Äquivalentdosis oder Effektivdosis.

■ **Einfalldosis:**

Die Einfalldosis ist die Primärstrahlung, gemessen am Ort des Eintritts der Strahlung in den Patienten. Sie ist kleiner als die Oberflächendosis, da sie die Streustrahlung aus dem Objekt selbst nicht berücksichtigt.

■ **Flächendosisprodukt:**

Das Flächendosisprodukt ist das Produkt aus der Dosis im Nutzstrahlenbündel einer Röntgenröhre und der Querschnittsfläche. Die Maßeinheit ist $\text{Gy} \times \text{m}^2$. In der Praxis erfolgen die Angaben meist in $\text{cby} \times \text{cm}^2$ bzw. μGym^2 .

Die Erfassung des Flächendosisproduktes ist aussagefähiger als die Ermittlung der Einfalldosis, da die variablen Daten wie Röhrenspannung, Röhrenstreutärke,

Filterung und Untersuchungszeit auf die Oberfläche bezogen werden.

Es wird fokusnah mit festinstallierten Messgeräten ermittelt, deren Einsatz seit Ende 2007 gesetzlich vorgeschrieben ist.

■ Diagnostische Referenzwerte:

Die Angaben von diagnostischen Referenzwerten für alle konventionellen Untersuchungen, CT und auch für pädiatrische Untersuchungen sind nach der Röntgenverordnung vom 30.04.2003 (§16 Abs. 1) Pflicht.

Auszug: Diagnostische Referenzwerte für pädiatrische Untersuchungen

Auszug aus den Leitlinien vom 23. November 2007 (Computertomographie):

„3.3 Ärztliche Qualitätsanforderungen bei Neugeborenen, Säuglingen, Kindern und Jugendlichen

Die Computertomographie sollte bei pädiatrischen Patienten nur dann eingesetzt werden, wenn andere Schnittbildverfahren, wie die Sonographie oder Magnetresonanztomographie, nicht zielführend sind. Vor Beginn der CT muss in jedem Einzelfall geklärt sein, ob ein Nativ-Scan ausreicht oder ob eine Kontrastmittel unterstützte Untersuchung allein oder zusätzlich durchgeführt wird. Ferner sollte bei nicht kooperierenden Patienten (bis zum 8. Lebensjahr) klar sein, ob eine Sedierung ausreicht oder sogar mit einem in der Kinderanästhesie erfahrenen Kollegin/ Kollegen eine Intubationsnarkose mit Atemstillstand durchgeführt werden muss. Unabhängig davon sollte auch immer bei scheinbar kooperativen Patienten im Alter zwischen 5 und 10 Jahren oder bei Patienten mit mentaler Retardierung eine ausreichende Immobilisation vorgenommen werden. Eine genaue Erklärung des Untersuchungsablaufs für die kleinen pädiatrischen Patienten und deren Begleitpersonen ist wesentlich für das Gelingen der Untersuchung und eine hohe Ergebnisqualität. Intravenöse KM-Injektionen sollten über stammnahe Venen der oberen

Untersuchungsart	Alter	Dosis-Flächen-Produkt [cGy x cm ²]
Thorax ap/pa *	Frühgeborene (ca. 1000 g)	0,3
	Neugeborene (ca. 3000 g)	0,8
	10 ± 2 Monate	2
	5 ± 2 Jahre	3
Thorax lateral	10 ± 2 Jahre	4
	5 ± 2 Jahre	7
	10 ± 2 Jahre	8
Abdomen ap/pa *	10 ± 2 Monate	25
	5 ± 2 Jahre	50
	10 ± 2 Jahre	60
Becken ap *	5 ± 2 Jahre	25
	10 ± 2 Jahre	30
Schädel ap *	10 ± 2 Monate	30
	5 ± 2 Jahre	40
Schädel lateral	10 ± 2 Monate	30
	5 ± 2 Jahre	30
Miktions-Cysto-Urographie **	Neugeborene (ca. 3000 g)	60
	10 ± 2 Monate	90
	5 ± 2 Jahre	120
	10 ± 2 Jahre	240

* ap: anterior-posterior pa: posterior-anterior

** Bei Verwendung moderner Geräte mit gepulster Durchleuchtung und einem Zusatzfilter von 0,1 mm Kupfer sind deutlich niedrigere Werte erreichbar und anzustreben

Extremität mit ausreichender Kanülengröße (mindesten 22g, besser 20g), welche ein Flowrate von $\geq 2,0$ ml/s erlauben, durchgeführt werden. KM-Menge, Flowrate und Delay müssen bei Mehrschichtgeräten an die wesentlich kürzeren Kreislaufzeiten pädiatrischer Patienten angepasst werden.

Auf exakte Lagerung des Patienten oder von Körperabschnitten ist zu achten (Kopflagerung außerhalb der Gantry beim Scanvorgang bei Untersuchungen der oberen Extremität). Entfernen aller Artefakt produzierender Gegenstände am Patienten, z.B. Ohringe, Zahnspangen, Druckköpfe von „Babybodys“ oder untersuchungstechnischer Gegenstände, z.B. Elektrodenkabel, KM-gefüllte Katheter etc. aus der Gantry und über die ganze Länge des zu scannenden Körperabschnitts.

Das Übersichtsradiogramm zur Scanplanung sollte mit ausreichender Scanlänge (nicht zu lang, aber auch nicht zu kurz!) mit dem geringsten Röhrenstrom und der niedrigsten Röhrenspannung angefertigt werden.

Wenn immer möglich, sollten unmittelbar benachbarte strahlenempfindliche Organe, z.B. Augenlinsen bei einem CCT, nicht direkt bestrahlt werden. Bei Spiralscans ist die Verlängerung des Scanbereichs („Over-ranging“) mit einzurechnen, insbesondere bei Mehrschichtgeräten mit 16 und mehr gleichzeitig erfassten Schichten. Fehlende Kippmöglichkeit der Gantry mancher Geräte beim CCT ist zu berücksichtigen, was durch leichte Kopfbeugung kompensiert werden kann.

Wahl der Scanparameter in Abhängigkeit von Körpergewicht (im Rumpfbereich) bzw. Lebensalter (im Kopfbereich) vornehmen, z.B. Reduzierung des mAs-Produkts, ausgehend von den optimierten Erwachseneneneinstellungen, proportional zu „Körpergewicht (in kg) + 5“. Pitcheinstellungen <1 vermeiden (außer bei Mehrschichtgeräten mit sog. „z-Filterung“). Bei KM-unterstützten Untersuchungen, insbesondere zur Darstellung sehr kleiner Gefäßdurchmesser, die niedrigstmögliche Schichtdickeinstellung verwenden. Mehrfachspiralen bzw. Spätskans sollten unbedingt unterlassen wer-

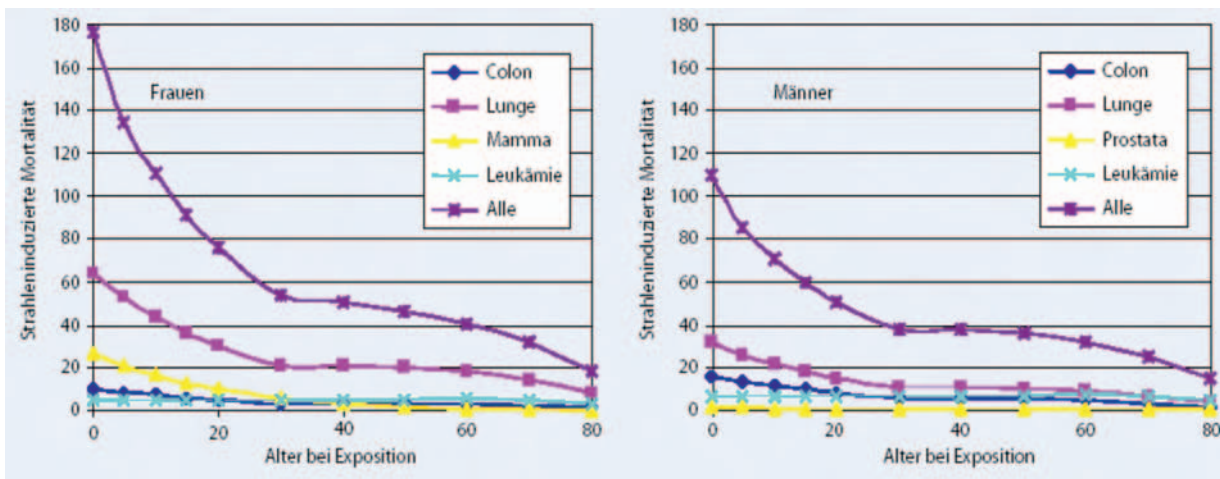


Abbildung 1: Geschätztes Risiko, im Laufe des Lebens an einem strahleninduzierten Malignom zu versterben, angegeben für eine Dosis von 10 mGy (Organdosis) bzw. 10 mSv (Effektivdosis) und 100.000 exponierte Personen.

den. Eine Eingrenzung des untersuchten Körpervolumens, z.B. Leber und nicht ganzes Abdomen, ist vorzunehmen, wenn es ausschließlich um die Leber geht.

Anpassung der Fensterung an die in den verschiedenen Lebensalter unterschiedliche Dichte parenchymatöser Organe. Diese ist sehr stark altersabhängig. So muss man z.B. die Lungen von Säuglingen und Kleinkindern mit deutlich engerer Fensterweite beurteilen als die Erwachsener“.

Im Teil B der Leitlinie Computertomographie sind für alle Untersuchungen spezifische pädiatrische Besonderheiten für Säuglinge und Kinder aufgelistet.

Diskussion

Für die konventionelle Röntgendiagnostik ergibt sich folgendes Problem: Aus der tabellarischen Übersicht (Tabelle Leitlinie Röntgendiagnostik) ist die zwingende Notwendigkeit des Einsatzes eines Zusatzfilters (1 mm Aluminium + mindestens 0,1 mm Kupfer) für alle Neugeborenen, Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr ersichtlich. Im Absatz 3 (3) wird allerdings eingeschränkt, dass die Besonderheiten der diagnostischen Qualitätskriterien und aufnahmetechnischen Hinweise für Neugeborene, Säuglinge und Kinder als pädiatrische Besonderheiten in Teil B gekennzeichnet sind. Hier fehlt die eindeutige Zuordnung der Jugendlichen von 13 bis 18 Jahren unter diese Bestimmung.

Ausnahmen von den pädiatrischen Besonderheiten sind nur bei Aufnahmen des peripheren Skeletts (Hand, Finger, Fußwurzel, Vorfuß und Zehen) bei entsprechender Bleiabdeckung der unmittelbar anschließenden Abschnitte des Körperstamms und wegen der blutbildenden Organe auch der langen Röhrenknochen zulässig.

In der Leitlinie für CT-Diagnostik werden gesonderte Aufnahmeprotokolle für Säuglinge und Kinder bis 5 Jahre gefordert.

In den anderen Abschnitten der Leitlinien gibt es keine weiteren Aussagen, ob Jugendliche zwischen 13 und 18 Jahren im konventionellen Röntgen und Kinder ab 6 Jahren bis 18 Jahren in der CT-Diagnostik strahlenschutztechnisch als Kinder oder als Erwachsene zu betrachten sind. Eine Beurteilung nach biologischem Reifegrad ist im Einzelfall subjektiv und nicht verallgemeinerungsfähig. Die juristische Definition kennt nur die Kriterien der Straffähigkeit im Jugendrecht bis zum vollendeten 18. Lebensjahr. Es steht somit die Frage, ob es sich um eine Gesetzeslücke handelt oder ob der Gesetzgeber bewusst eine Unschärfe und damit einen individuellen Spielraum zulässt.

Wie soll man sich also in der Praxis rechtssicher verhalten?

Der Leitgedanke aller Vorschriften im Strahlenschutz ist, dass alle Möglichkeiten ausgeschöpft werden, um die individuelle und gesamtgesellschaft-

liche Strahlenbelastung zu reduzieren. Die Risiken der Strahlenbelastung sind hinlänglich bekannt und wissenschaftlich untersucht. So zeigen beispielsweise Untersuchungen nach dem Atombombenabwurf in Hiroshima, dass junge Menschen ein deutlich höheres Strahlenrisiko hinsichtlich einer Malignomentstehung bei Exposition zwischen 5 und 150 mSv (mittlere Dosis 40 mSv) haben als ältere Menschen. Bezogen auf eine Organdosis geht man von einem Malignomrisiko ab einer Belastung von ca. 10 mSv aus.

Die Strahlenabsorption ist im menschlichen Körper geschlechtsspezifisch und altersabhängig. So hat ein weiblicher Säugling bei gleichen konventionellen Aufnahmebedingungen eine um mindestens den Faktor 3,5 höhere Effektivdosis als ein Erwach-

	Relative Effektivdosis für gleiche Exposition (CTDI _{vol})		Relatives Risiko für die gleiche Effektivdosis E	
	Weiblich [%]	Männlich [%]	Weiblich [%]	Männlich [%]
Erwachsene (30 Jahre)	100	76	100	70
Kind (7 Jahre)	200	167	230	147
Säugling (8 Wochen)	356	300	327	200

„Bei gleichem CTDI_{vol} ist z. B. die effektive Dosis bei einem 8-wöchigen männlichen Säugling 3-mal so hoch wie bei einer 30-jährigen Frau und das relative Risiko bei gleicher Effektivdosis doppelt so hoch. Damit ergibt sich das 6-fache Risiko, sofern der CTDI_{vol} nicht an die Größe des Kindes angepasst wird. Für einen weiblichen Säugling ist das Risiko relativ zu einem 30-jährigen Mann mehr als 20-mal so hoch.“

sener. Die strahleninduzierte Mortalität, also das Risiko an einem strahleninduzierten Malignom zu versterben, ist bei einer Exposition bis zum 30. Lebensjahr besonders hoch und wird im BEIR VII Report, Abbildung, eindrucksvoll dargestellt.

In einer neueren Arbeit von Prokop, veröffentlicht in „Der Radiologe“ 3/2008, ist der Zusammenhang zwischen Effektivdosis und Expositionsparametern in der CT-Diagnostik zwischen Erwachsenen und Säuglingen beispielhaft kommentiert.

In nachfolgender Tabelle aus der gleichen Arbeit ist der Zusammenhang zwischen CT-Untersuchungsprotokollen bei Erwachsenen im Vergleich zu dosisoptimierten Protokollen angeführt.

Es ist ersichtlich, dass der CTDI_{vol} als Maß für eine Strahlenbelastung abhängig von der Untersuchungsregion bis um das 4-fache reduziert werden kann.

In Deutschland liegt die durchschnittliche Strahlenexposition eines Menschen bei 2,1 mSv pro Jahr, der medizinische Anteil beträgt dabei ca. 1,8 mSv, wobei mehr als 50 % der medizinischen Gesamtdosis der

Bevölkerung auf CT-Untersuchungen entfallen, die zahlenmäßig lediglich 6 % aller Röntgenuntersuchungen ausmachen.

Es ist nur konsequent, dass die rechtfertigende Indikation für CT-Untersuchungen, insbesondere im Kindes- und Jugendalter, streng und von einem in der CT-Diagnostik fachkundigen Radiologen nach Ausschöpfen aller anderen diagnostischen, nicht strahlenintensiven Möglichkeiten gestellt wird.

Die Dosis bei einer konventionellen Röntgenuntersuchung liegt im Vergleich zur Strahlenbelastung im CT sehr niedrig. So beträgt die Effektivdosis bei einer konventionellen Beckenübersicht 0,62 mSv, einer BWS-Aufnahme a.p. bei 0,44 mSv, einem Thorax p.a. bei 0,02 mSv und bei einer Knieaufnahme a.p. bei 0,015 mSv. Man sollte jedoch daraus nicht schlussfolgern, dass eine einzelne konventionelle Röntgenuntersuchung vernachlässigbar ist. Sicherlich ist die einzelne Dosis im Vergleich zur Gesamtdosis gering, dennoch kann es durch Mehrfachuntersuchungen und über mehrere Lebensjahre bzw. Jahrzehnte summiert, relativ rasch zu einer effektiven Gesamtdosis von 10 mSv kommen und somit im Risikobereich für

Malignomentstehung liegen (nicht stochastische Strahlenwirkung). Unabhängig von der Dosis verbleiben die stochastischen (zufälligen) Genstörungen.

Es bleibt nur eine Schlussfolgerung übrig – Jugendliche sollten strahlenschutztechnisch wie Kinder untersucht werden. Im Einzelfall muss jedoch geprüft werden, ob die durch den Einsatz des Zusatzfilters bei konventionellen Aufnahmen oder die Anwendung von Dosisreduktionsprogrammen in der CT-Diagnostik die etwas verschlechterte Bildqualität den ärztlichen Anforderungen an die Qualität (charakteristische Bildmerkmale, wichtige Bilddetails und kritische Strukturen) gerecht wird. In den meisten Fällen wird das so sein. Ein abweichendes Vorgehen ist im Einzelfall möglich und muss in der rechtfertigenden Indikation für jede Untersuchung dokumentiert werden. Die Überprüfung der rechtfertigenden Indikation ist seit 2007 Bestandteil des Prüfungsverfahrens der Ärztlichen Stelle.

Auch in der Altersgruppe von 18 bis 30 Jahren ist aufgrund des statistisch höheren Malignomrisikos besonders sorgfältig bei der Indikationsstellung vorzugehen, ohne dabei in eine Art „Strahlenhysterie“ verfallen zu müssen.

Abschließend ist noch auf einen weiteren, für den Strahlenschutz wichtigen Punkt 6. der Leitlinie „Konventionelle Röntgendiagnostik“ hinzuweisen.

Die mangelhafte Einblendung des Nutzstrahlenfeldes ist ein Kritikpunkt der Ärztlichen Stelle bei der Bewertung der eingereichten Aufnahmen und stellt derzeit den häufigsten Mangel dar. Es ist offensichtlich nicht allen Anwendern klar, dass durch diese einfache Maßnahme eine erhebliche Reduktion der Strahlenbelastung erreicht werden kann und dass die Bildqualität sich damit verbessern lässt. Problematisch ist in diesem Zusammenhang die von den Herstellerfirmen angebotene automatische Formateinblendung auf die manuell eingestellten Blenden. Diese Funktion ist aus der Sicht der Ärztlichen Stelle nicht zu empfehlen, da nach der Leitlinie der Einblendungs-

CT-Untersuchung	Referenzwerte		Dosisoptimiert		E [mSv]	Konversionsfaktor E/DLP [mSv/mGy × cm]
	CTDI _{vol} [mGy]	DLP [mGy × cm]	CTDI _{vol} [mGy]	DLP [mGy × cm]		
Hirnschädel	60	1050	54	845	1,9	0,0023
Thorax	22	650	6,6	208	3,7	0,018
Pulmonale CTA	22	650	5,8	167	3,2	0,019
Abdomen	24	1500	8,4	390	6,6	0,017
Leber arteriell	25	770	8,6	186	3,0	0,016
Abdomen portal	24	1500	8,1	374	6,4	0,017

„Durchschnittswerte für GE, Philips, Siemens, Toshiba an 16-Zeilen-Scannern [35]. Man beachte, dass mit Ausnahme des Hirnschädels die Referenzwerte inzwischen deutlich unterschritten werden können. Für die Effektivdosis sind die Mittelwerte zwischen Männern und Frauen angegeben. CTDI_{vol} Volumen-CT-Dosisindex, DLP Dosislängenprodukt, E Effektivdosis, CTA CT-Angiographie.“

rand allseitig sichtbar sein muss. Bei einer automatischen Einblendung lässt sich nicht der manuell eingestellte Blendrahmen vom automatischen Einblendungsrand trennen. Besonders problematisch ist die Tatsache, dass durch die vorhandenen PAC-Systeme ein Röntgenbild „nachgeblendet“ werden kann und somit die vorgeschriebene Einblendung vorgetäuscht wird. Dieses Verhalten wird von der Ärztlichen Stelle als gravierender Fehler im Strahlenschutz bewertet.

Fazit:

- Strahlenschutz und Ausschöpfung aller Möglichkeiten der Reduktion der Strahlenbelastung der Gesamtbevölkerung sind Leitgedanke aller gesetzlichen Vorschriften. Die Besonderheiten im Kindes- und Jugendalter machen es unumgänglich, dass für diese Altersgruppen neben dem Einsatz der üblichen Strahlenschutzmittel zusätzliche Maßnahmen erforderlich sind. So ist grundsätzlich der Gebrauch von Zusatzfiltern bis zum 18. Lebensjahr bei konventionellen Aufnahmen zu fordern.
- Ausnahmen bilden unter definierten Bedingungen die Untersuchung des peripheren Skeletts bei Abdeckung des Körperstammes bzw. der angrenzenden langen Röhrenknochen.
- Abweichendes Vorgehen ist in begründeten Ausnahmefällen möglich, muss jedoch in der rechtfertigenden Indikation eindeutig dokumentiert werden.
- Exakte Einblendung ist Strahlenschutz und gesteigerte Bildqualität zugleich. Der Einblendungsrand sollte allseitig auf dem Röntgenbild erkennbar sein
- Bei CT-Untersuchungen im Säuglings-, Kinder- und Jugendalter sind bei vorliegender rechtfertigender Indikation, die von einem in der CT-Diagnostik fachkundigen Arzt gestellt wird, dosisoptimierte Programme anzuwenden.

Ärztliche Gutachten im Auftrag der Sozialgerichte

Wir möchten Sie über einen Beschluss des Sozialgerichts Dresden vom 26. 08. 2008 zur Vergütung von Gutachten informieren, der sich mit der Delegierbarkeit von Begutachtungsleistungen befasst.

Mit entsprechender Beweisanordnung wurde ein Arzt zum ärztlichen Sachverständigen auf einem bestimmten Fachgebiet ernannt und die Erstattung eines schriftlichen Gutachtens nebst schriftlicher Beantwortung vorgegebener Beweisfragen nach ambulanter Untersuchung des Klägers in Auftrag gegeben. Dem Auftrag war standardmäßig ein Merkblatt für den Sachverständigen beigefügt, wo unter anderem geregelt ist, dass der Sachverständige nicht befugt sei, den Gutachtensauftrag auf einen anderen zu übertragen. Soweit es sich nicht um Hilfsdienste von untergeordneter Bedeutung handele, sei die Mitarbeit einer anderen Person namhaft zu machen und der Umfang der Tätigkeit anzugeben. Die alleinige fachliche, zivilrechtliche und strafrechtliche Verantwortung für das Gutachten müsse vom Sachverständigen übernommen werden. Durch die Unterschrift des Sachverständigen werde auch die Verantwortung für die Mitarbeit anderer, einschließlich der Hilfskräfte, übernommen.

In jenem dem Beschluss zugrundeliegenden Verfahren hat es sich herausgestellt, dass der ursprünglich beauftragte Sachverständige den Patienten nicht untersuchte. Das Gutachten dagegen war vom beauftragten Sachverständigen und einem anderen Arzt unterzeichnet, der das Gutachten einschließlich Untersuchung und

Beantwortung der gestellten Fragen im Auftrage des ursprünglich beauftragten Sachverständigen erstellte. Im Ergebnis hat das Sozialgericht Dresden die ursprüngliche Beweisanordnung aufgehoben und das Gutachten mangels Verwertbarkeit für **nicht vergütungsfähig** erklärt. Ein Urteil könne nicht darauf gestützt werden, weil seine Grundlagen und Anknüpfungstatsachen in verfahrensfehlerhafter Weise erhoben wären. Die insoweit maßgebliche Vorschrift des Prozessrechts ist § 407a Abs. 2 Zivilprozessordnung (ZPO) i. V. m. § 106 Abs. 3 Nr. 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG) i. V. m. § 118 Abs. 1 Satz 1 SGG. § 407a Abs. 2 ZPO hat folgenden Wortlaut:

„(2) Der Sachverständige ist nicht befugt, den Auftrag auf einen anderen zu übertragen. Soweit er sich der Mitarbeit einer anderen Person bedient, hat er diese namhaft zu machen und den Umfang ihrer Tätigkeit anzugeben, falls es sich nicht um Hilfsdienste von untergeordneter Bedeutung handelt.“

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist ein vom Gericht mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragter Sachverständiger regelmäßig nicht befugt, seinen Mitarbeitern die persönliche Begegnung und das Gespräch mit dem Probanden vollständig zu übertragen (BSG, Urteil vom 18.09.2003, Az: E 9 VU 2/03 B).

Es wird empfohlen, die im standardisierten „Merkblatt für die/den Sachverständige(n)“ der Sozialgerichte aufgenommenen Hinweise zur Erbringung des Gutachtens angemessen zu berücksichtigen, da sonst vermeidbare Nachteile für die am Gutachterverfahren beteiligten Ärzte drohen.

Dr. jur. Alexander Gruner
Leiter der Rechtsabteilung

Nosokomiale Infektionen

Bericht vom 24. Dresdner Kolloquium „Umwelt und Gesundheit“ 12. 11. 2008

Der Ausschuss Hygiene und Umweltmedizin der Sächsischen Landesärztekammer hatte dieses 24. Dresdner Kolloquium unter das Thema „Nosokomiale Infektionen“ gestellt. Er folgte damit der Tradition der letzten Jahre, in diesem Dresdner Kolloquium Themenkreise anzusprechen, die gegenwärtig aktuell sind und auch eine gesellschaftliche Brisanz aufweisen. Ziel dieser Veranstaltungen war und ist immer die aktuelle Zustandsanalyse und die Sollvorgaben entsprechend dem medizinischen Wissensstand bewusst zu machen und das Aufzeigen von Wegen und Möglichkeiten zur Verbesserung des Ist-Zustandes.

Ansprechpartner sind nicht nur die Akteure im eigentlichen Sinne, nämlich die Ärzteschaft und das gesamte medizinische Personal, sondern auch die Verwaltungsdirektoren/leiter, Krankenhausmanager, die Abgeordneten der Landtage und des Bundestages sowie die Staatsminister für Gesundheit und Soziales der Länder und des Bundes, die für die Rahmenbedingungen gesetzlicher und ökonomischer Natur verantwortlich zeichnen. In der Einführung und Begrüßung zeigten der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, und der Ausschussvorsitzende Hygiene und Umweltmedizin, Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl, zunächst den aktuellen Zustand nosokomialer Infektionen auf:

Nach Expertenmeinungen sind gegenwärtig in Deutschland jährlich über 500.000 bis 600.000 nosokomiale Infektionen zu erwarten. Gemäß der NIDEP-Studie (Nosokomiale Infektionen in Deutschland – Erfassung und Prävention) kann man davon ausgehen, dass 3,5 % aller Patienten in Akutkrankenhäusern eine nosokomiale Infektion erwerben. Die Zahlen schwanken von 3,5 % über 5 % bis 20 % auf Intensivstationen. Nosokomiale Infektionen sind nach heutigem Stand zu ca. 40 % Harnwegsinfektionen, zu 20 % Beatmungspneumonien, zu 15 % postoperative Wundinfektionen und zu 8 % Sepsen. Der größere Anteil davon, 60 bis 70 %, wird als endogene Infektion, 30 bis 40 % als exogene Infektion angegeben. Als vermeidbar gelten derzeit 25 bis 30 % der nosokomialen Infektionen, mithin 125 bis 180 000 jährlich in Deutschland, die ca. 1,8 Milliarden Euro Kosten verursachen. Der allgemeine Trend von nosokomialen Infektionen wird mit zunehmend beurteilt. Die Gründe sind vielfältiger Natur. Als unvermeidlich und gegeben müssen unter anderem angesehen werden: das wachsende höhere Durchschnittsalter der Patienten, die Multimorbidität dieser Patienten sowie die Fortschritte in der Medizin- und Medikamentenentwicklung (Technisierung, Verlängerung der Operationsdauer, Transplantationen, künstliche Gelenke, HIV-Therapie usw.) Als Faktoren, die nosokomiale Infektionen begünstigen, müssen unter anderem angesehen werden:

■ kontinuierlicher Abbau von qualifiziertem Krankenhauspersonal trotz erhöhtem Patientendurchsatzes (verkürzte Liegedauern wegen DRG),

■ Einsparung von Hygienefachpersonal (Krankenhaushygieniker und Hygienefachschwestern); in Sachsen bedeutet dies eine Nichteinhaltung der „Sächsischen Krankenhaushygienerahmenverordnung vom 17. 11. 1998“ – SächsKHHygrVO – ,

■ mangelnde Ausbildungs- und Weiterbildungskapazitäten in Hygiene (1991 waren in Deutschland 335 Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin berufstätig, 2006 nur noch 212),

■ die Schließung der Institute für Hygiene an vielen deutschen Universitäten (Dresden, Leipzig, Jena, Kiel, Tübingen usw.) und damit Mangel an wissenschaftlichem Potential im Fach Hygiene und qualifizierten Weiterbildungsstellen,

■ Sparbemühungen der rein wirtschaftsorientierten Krankenhausleitungen bei der Schaffung von genügend Isoliermöglichkeiten (zum Beispiel für Patienten mit

MRSA oder ESBL, Noroviren usw.) und in der Medizintechnik,

- unzureichende oder gar fehlende Erfassungs- und Managementsysteme für nosokomiale Infektionen an Krankenhäusern (Verstoß gegen § 23 IfSG und § 8 der Sächs KHHygrVO),
- unbefriedigende infektionshygienische Überwachung der Krankenhäuser durch die Gesundheitsämter nach IfSG § 36 (1),
- zu geringe Sektionsfrequenz der Verstorbenen in einem Krankenhaus zwecks regelmäßiger Erstellung von Obduktionsanalysen als kontinuierliche Qualitätskontrolle (In Deutschland beträgt die Sektionsfrequenz im Durchschnitt zurzeit nur noch 3 bis 6 %. Als Vorbild hat Doz. Dr. med. habil. Roland Goertchen das Klinikum Görlitz erwähnt, in dem 2005 bis 2007 noch 592 (= 32 bis 36 %) Sektionen durchgeführt worden sind. Der Anteil der an einer Infektion Verstorbenen betrug 14 %),
- ein letzter Schwerpunkt soll erwähnt werden: die mangelnde Compliance und Akzeptanz hygienischer Normen, wie zum Beispiel die der Händehygiene durch Ärzte und Schwestern mit Wissenslücken, insbesondere bei dem medizinischen Hilfspersonal.

In allen folgenden Vorträgen wurden von in langjähriger Praxis erfahrenen Experten interessante Themen angesprochen und das derzeit optimale Prophylaxemanagement zum jeweiligen Problemkreis vorgestellt.

Frau OA Dr. Ch. Geffers vom Nationalen Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen am Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Charité-Universitätsmedizin Berlin, stellte das Erfassungssystem, das Krankenhaus – Infektions – Surveillance – System (KISS) vor. Je nach einrichtungsspezifischen Erfordernissen existieren verschiedene Module: OP-KISS für Operationen; AMBU-KISS für ambulante Operationen; NEO-KISS für neonatologische Intensivstationen; ITS-KISS für Intensivstationen; ONKO-KISS für Patienten mit Knochenmarkstransplantationen; DEVICE-

Kiss für Normalpflegestationen; MRSA-KISS usw. Die Prinzipien von KISS sind: Erfassung durch geschulte Mitarbeiter, Anonymisierung, Förderung der Eigenverantwortlichkeit, keine externe Bewertung und Veröffentlichung der Ergebnisse aber Kontrolle der Datenqualität von extern (NRZ, GÄ?). Mit dem „webKess“ existiert eine gemeinsame Internetplattform für alle KISS-Teilnehmer, die auch die Dateneingabe, das Datenmanagement und die Auswertung beinhaltet. Alle KISS-Daten bedürfen einer internen Interpretation und sind eine wirksame Methode zur Senkung der nosokomialen Infektionshäufigkeit. Sie liefern darüber hinaus nicht nur hausinterne, einrichtungsspezifische Daten, sondern in der Summe nationale Referenzwerte und bilden so die Grundlage für wissenschaftliche Analysen zur Lösung von Detailfragen in der Epidemiologie, Hygiene, Gesundheitsökonomie und anderem. Sie sollten auch in gesundheitspolitischen Entscheidungen ihren Niederschlag finden.

Frau PD Dr. med. habil. Maria Eberlein-Gonska referierte über „Darlegung von Qualität; eine Chance für die Krankenhaushygiene“. Sie führte unter anderem aus, dass die externe vergleichende Qualitätssicherung nach § 137 SGBV auf die nosokomialen Infektionen ausgedehnt werden soll. Im Auftrage des G-BA habe der „Runde Tisch“ dies am 30.10. 2008 in Düsseldorf beschlossen. Damit müssten nosokomiale Infektionen zukünftig obligat in die Qualitätsberichte der Krankenhäuser einbezogen werden. „Eine gute medizinische Qualifikation allein reicht heute nicht mehr aus, um im Wettbewerb (nach innen und außen) zu bestehen, das heißt Patienten zu gewinnen und langfristig zu binden sowie Mitarbeiter zu motivieren und zu rekrutieren. Es geht darum, Qualität zu liefern und diese auch entsprechend zu kommunizieren! Es gewinnt, wer eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung und einen starken kommunikativen Auftritt NACH INNEN UND AUSSEN koppelt!“

PD Dr. rer. nat et rer. medic. habil. Lutz Jatzwauk stellte das Management der nosokomialen Infektionen

in seinem Bereich Krankenhaushygiene und Umweltschutz des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden vor. Die Erfassung, Dokumentation und das Stellen der Verdachtsdiagnose sind Aufgabe der Hygieneschwester; der behandelnde Arzt entscheidet über die Diagnose. Es bedarf keines aufwendigen EDV-Systems, sondern der intensiven Tätigkeit des Hygienefachpersonals auf den Stationen. Alle Ergebnisse müssen regelmäßig mit den ärztlichen und Pflegepersonal ausgewertet werden. Bei auffälligen Daten im Surveillancesystem muss eine spezifische Intervention erfolgen.

Frau Dipl.-Med. Gabriele Höll vom Fachgebiet Krankenhaushygiene der Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen (LUA) überzeugte alle Zuhörer mit ihrer Darstellung der Bedeutung, der Prävention und des Vorkommens in Deutschland/Sachsen von multiresistenten Keimen. Der Anteil der MRSA (Methicillin resistente Staphylokokkus aureus), aus klinischem Material isoliert, hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen: 1999: 8,5 %, 2008: 23,2 %. In epidemiologischer Hinsicht muss zwischen ha-MRSA (hospital acquired) und ca-MRSA (community acquired) unterschieden werden. Risikopopulationen für die Kolonisation sind: Patienten mit bekannter MRSA-Anamnese, Patienten aus Regionen/Einrichtungen mit hoher MRSA-Prävalenz, Patienten mit stationärem Aufenthalt(> 3d) in den zurücklie-

genden 12 Monaten, Patienten, die direkten Kontakt zu Tieren in der landwirtschaftlichen Tiermast haben und Patienten, die während eines stationären Aufenthaltes Kontakt zu MRSA-Trägern hatten. Die Unterbringung (kolonisierte und infizierte Patienten müssen räumlich getrennt von anderen Patienten untergebracht werden, möglichst in Zimmern mit eigener Nasszelle und einem Vorraum mit Schleusenfunktion -Empfehlung RKI) und Sanierungsmaßnahmen solcher Patienten in Alters- und Pflegeheimen sind aufwendig und besonders in der ambulanten Pflege ein oft noch ungelöstes Problem. Die weiteren Ausführungen betrafen ESBL (Extendet-Spectrum-Beta-Lactamasen), die bei gramnegativen Bakterien, besonders Enterobakterien eine Multiresistenz gegenüber allen Penicillinen und Cephalosporinen vermitteln. Die Probleme in praxi liegen auf der Hand. Eine Studie in Deutschland gibt nachstehende geschätzten Zahlen an: Escherichia coli: 5,1%, Klebsiella pneumoniae 7,3 %, Klebsiella oxytoca 12,4 % und Proteus mirabilis 1,9 %. Weitere Ausführungen betrafen vankomycinresistente Enterokokken (VRE): die Rate stieg bei Enterokokkus faecium von 1,4 % 2001 auf 15,3% 2007; nicht so bei Enterokokkus faecalis (fast gleichbleibend bei 0,5 bis 0,8%)!

Prof. Dr. med. habil. Volker Schuster von der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums der Universität Leipzig war gebeten worden, die Bedeutung

und Prävention von nosokomialen Rotavirusinfektionen ins Blickfeld der Zuhörer zu setzen. Die Inzidenz der nosokomialen Rotavirusinfektionen in den Ländern Mitteleuropas schwankt erheblich je nach Studiendesign. In Freiburg i. Br. lag sie 1987 bis 1996 bei 12,5 %, in Turin 1999 bis 2000 bei 27,7 %, in Amsterdam 1999 bis 2000 bei 39,8 %. Risikofaktoren sind: Krankenhausaufenthalt länger als 6 Tage, junges Alter, Frühgeburtlichkeit, Organisationsmängel im stationären Ablauf, Hygienemängel, schlecht geschultes Personal, frequenter Besucherverkehr (Eltern, Verwandte) und andere Faktoren (Unterernährung, schwere Grunderkrankungen). Die möglichen klassischen prophylaktischen Maßnahmen können daher nicht wirkungsvoll sein (Hygienemaßnahmen, insbesondere Händedesinfektion in Kinderkliniken, Kindereinrichtungen, Alten- und Pflegeheimen).

Eine generelle Lösung nosokomialer Rotavirusinfektionen ist daher nur durch eine frühzeitige (ab vollendeter 6. Lebenswoche) aktive Schutzimpfung möglich. In Sachsen, als einzigem Bundesland in Deutschland, ist unter anderem auch deshalb seit dem 1. 1. 2008 die Rotavirusschluckimpfung Standardimpfung für alle Kinder. Populationsbezogene Erfolge sind nur bei hohen Durchimmunisierungsraten zu erwarten, die leider durch die fehlende Kostenübernahme aller gesetzlichen Krankenkassen aus rein pekuniären Gründen gemindert werden.

Frau Dr. med. Gerit Görich, Leiterin des GB Krankenhaushygiene, Qualitäts- und Sicherheitsmanagement im Klinikum St. Georg Leipzig gGmbH, zeigte die Probleme von nosokomialen Pneumonien bei beatmungspflichtigen Patienten auf. Die Definition lautet: beatmungsassoziierte Infektion des Lungenparenchyms, Beginn 48 h nach Beatmung (invasive Beatmung) und keine Pneumoniezeichen vor der Intubation. Für die Diagnostik sind subtile klinische Beobachtung und Untersuchung sowie laborchemische und bakteriologische Spezialuntersuchungen notwendig. Maßnahmen zur Vermeidung umfassen: hygienische Hände-

desinfektion, Medikamentenvernebler/Sauerstoffbefeuchter nur steril befüllen, Ernährungssonden sobald wie möglich entfernen, Oberkörperhochlagerung 30 bis 45 Grad und Verwendung bakteriologisch einwandfreien Trinkwassers (frei von Legionellen, Pseudomonaden und anderen Keimen).

Nach § 6 (1) 2b hat jeder kurativ tätige Arzt den Verdacht und die Erkrankung an einer akuten infektiösen Gastroenteritis zu melden, wenn zwei oder mehr gleichartige Erkrankungen auftreten, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird, also eine Krankheitshäufung vorliegt. Die diesbezüglichen Krankheitshäufungen von infektiöser Gastroenteritis oder infektiösen Durchfallhäufungen 2007 im Freistaat Sachsen hat Frau Dr. med. Sophie-Susann Merbecks, Fachgebietsleiterin Epidemiologie der LUA, vorgetragen. 2007 kamen in Sachsen 480 Durchfallgeschehen mit insgesamt 9621 Erkrankten zur Meldung. Verursacher waren: 392mal (= 81,7 %) Noroviren, 57 mal (=11,9 %) Rotaviren, 14mal (= 2,9 %) Salmonellen, 10 mal (2,1 %) Adenoviren, 5 mal (= 1,0 %) Astroviren und 2 mal (= 0,4 %) Campylobacter. Allein von den 392 Norovirusgeschehen mit 8.540 Erkrankten ereigneten sich 98 (= 25 %) in Krankenhäusern und 176 (= 45 %) in Alters- und Pflegeheimen. Dies entspricht 6.713 „echten“ nosokomialen Infektionen; zusammen mit den 95 (=24,3 %) Geschehen in Kindereinrichtungen oder Schulen verursachten 2007 Norovirusgeschehen in Sachsen 8.224 nosokomiale Infektionen nach erweiterter Definition. Dies sind die bekannt gewordenen Erkrankungen, die wahren Zahlen liegen um den Faktor 2 bis 5 höher. Diese Zahlen verdeutlichen jedem Verantwortungsbewussten die Notwendigkeit einer wirksamen Prophylaxe. Aus Platzgründen können hier nur stichpunktartig die Maßnahmen bei Norovirusausbrüchen in Alters- und Pflegeheimen genannt werden: mikrobiologische Diagnostik, Ursachenforschung und -bekämpfung, Isolierung bzw. Kohortenisolierung der Patienten, Tragen von Schutzklei-

dung, Hände- und Flächendesinfektionsmaßnahmen, CTD-Waschverfahren für Bett- und Leibwäsche. Für erkranktes Personal gilt: Tätigkeitsverbot; Wiederzulassung frühestens 48 h nach Abklingen der klinischen Symptome, Information/Belehrung über Übertragungsmodus und erforderliche hygienische Maßnahmen bei der Pflege und der Speisenversorgung. In besonderen Fällen Wiederzulassung nach 10 Tagen oder nach Vorliegen einer negativen Stuhlkontrolle.

Den Abschluss bildete der hochinteressante Vortrag von Dr. med. Axel Hofmann, Fachgebietsleiter Krankenhaushygiene der LUA Sachsen, über die „Angaben der Gesundheitsämter zur Umsetzung der Krankenhaushygiene in den Krankenhäusern des Freistaates Sachsen 2007/2008“. Es gelangten Berichte von 73 der 79 sächsischen Krankenhäuser zur Auswertung; von 2 der 29 Gesundheitsämter (nach alter Verwaltungsstruktur) erfolgte keine Zuarbeit. Insgesamt 9 Häuser hatten keinen Krankenhaushygieniker, Hygienekommissionen sind bis auf eine Ausnahme in allen Häusern benannt, die Erfassung nosokomialer Infektionen nach § 23 IfSG und § 8 SächsKHHygrVO wird von allen Häusern angegeben. Die Erfassung spezifischer Resistenzen nach § 23 IfSG ist in 5 Häusern nicht realisiert. Weiterhin besteht für nosokomiale Infektionshäufungen eine nichtnamentliche Meldepflicht nach § 6 Abs. 3 IfSG, der alle Häuser nachkommen. Defizite sind bei den Begehungen durch die Gesundheitsämter festzustellen. Durch die Fülle der Aufgaben und die personelle Bestückung sind nicht in jedem Fall jährliche Begehungen der Krankenhäuser durch die Gesundheitsämter im Rahmen der infektionshygienischen Überwachung möglich (jährlich das gesamte Krankenhaus: 33 (= 45 %); jährlich einzelne Stationen 25 (= 34%); anderer Rhythmus 9 (= 12 %), keine Angabe 6 (= 8 %).

Dem vorstehenden kurzen Überblick ist die Bedeutung der nosokomialen Infektionen nicht nur für die vielen betroffenen Einzelpersonen, sondern auch für das gesamtgesellschaftliche soziale Klima hinreichend deutlich zu

entnehmen. Das 24. Dresdner Kolloquium Umwelt und Gesundheit 2008 mit dem Thema „Nosokomiale Infektionen“ hat durch seine Vorträge von anerkannten Fachexperten der Hygiene, die es glücklicherweise in Sachsen noch gibt, indirekt auch dringende Verbesserungen, besonders im Personalbereich (Anzahl und Qualifi-

kation) in den Krankenhäusern und Alters- und Pflegeheimen, angemahnt. Nur bei geänderten gesundheitsökonomischen und sozialpolitischen Rahmenbedingungen kann eine maximale Anzahl eigentlich vermeidbarer nosokomialer Infektionen in praxi tatsächlich verhütet werden. Alle gesellschaftspolitisch Verantwort-

lichen sind im Wahljahr 2009 dazu aufgerufen.

Berichterstatter und Korrespondenzadresse:
Ausschuss Hygiene und Umweltmedizin der
Sächsischen Landesärztekammer
Vorsitzender, Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl
Ludwigsburgstr. 21, 09114 Chemnitz
Tel.: 0371 3360422
E-Mail: siegwart@bigl.de

Aktuelles aus der Arbeits- und Betriebsmedizin

Mit dieser im Jahr 2008 begonnenen Rubrik möchte der Ausschuss Arbeitsmedizin der Sächsischen Landesärztekammer in loser Abfolge über aktuelle Entwicklungen von Gesetzen, Verordnungen, Regelungen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, über neue Regelungen im Berufskrankheitenrecht informieren. Denn jeder Arzt hat den Verdacht auf eine Berufskrankheit zu melden und mit Arbeits- und Betriebsmedizinern zusammenzuarbeiten.

1. Verordnung zur Rechtsvereinbarung und Stärkung der arbeitsmedizinischen Vorsorge

Die Verordnung ist am 24.12.2008 in Kraft getreten. Sie ist für Ärzte als Arbeitgeber sowie für alle Ärzte, die bisher arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt haben, relevant.

Die bisher in verschiedenen staatlichen Verordnungen sowie in der Unfallverhütungsvorschrift „Arbeitsmedizinische Vorsorge“ beschriebenen Anlässe für Arbeitsmedizinische Vorsorge (Untersuchungen) werden teilweise in der Verordnung zusammengefasst. Damit erfolgt eine Systematisierung. Nicht erfasst sind die arbeitsmedizinische Vorsorge nach dem Arbeitszeitgesetz, dem Strahlenschutz (Strahlenschutzverordnung und Röntgenverordnung) und dem Bergrecht. Die Sonderstellung des

Jugendarbeitsschutzgesetzes bleibt derzeit ebenfalls bestehen.

Zukünftig liegt damit die Überwachung der Durchführung arbeitsmedizinischer Vorsorge allein in staatlicher Zuständigkeit. Mit der Durchführung können nur noch Fachärzte für Arbeitsmedizin oder Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ durch die jeweiligen Arbeitgeber beauftragt werden. Von dieser Regelung kann die zuständige Behörde (in Sachsen: Staatsministerium für Wirtschaft und Arbeit) in begründeten Einzelfällen Ausnahmen zulassen. Besonders wichtig ist hier, dass Ärzte, die selbst eine Arbeitgeberfunktion ausüben, die arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen bei ihren Beschäftigten nicht durchführen dürfen. Sie müssen einen anderen entsprechend fachkundigen Arzt damit beauftragen.

2. (Muster-)Vertrag „Betriebsärztliche Betreuung von kleinen und mittleren Betrieben auf Honorarbasis“ (Stand: 10.09.2008)

Die Bundesärztekammer hat auf ihrer Homepage einen aktualisierten und durch den Vorstand der Bundesärztekammer „zustimmend zur Kenntnis“ genommenen Mustervertrag als pdf- und als Word-Dokument eingestellt (www.bundesaerztekammer.de, unter „Ärzte“, „Ambulante Versorgung“, „Arbeitsmedizin“, „Verträge und Vereinbarungen“).

Ärzte, die als Arbeitgeber Betriebsärzte bestellen müssen, können sich über die vertraglichen Rahmenbedingungen informieren.

3. Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege – Technische Regel für Biologische Arbeitsstoffe (TRBA) 250

Im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 8/2008, S. 408, wurden bereits die Konsequenzen hinsichtlich der Nutzung sicherer Arbeitsgeräte dargestellt. Mittlerweile hat auch die Bundesärztekammer in diesem Sinne Stellung genommen. Ergänzend wird von ihr darauf hingewiesen, dass nicht nur bei Blutentnahmen und sonstigen Punktionen zur Entnahme von Körperflüssigkeiten, sondern auch bei Injektionen und Infusionen „Körperflüssigkeiten in infektionsrelevanter Menge übertragen werden“ können.

Damit ist die Nutzung von herkömmlichen Arbeitsgeräten nur noch in den Bereichen möglich, in denen der die Gefährdungsbeurteilung durchführende Betriebsarzt das Infektionsrisiko als „vernachlässigbar“ einschätzt. Da der Infektionsstatus der Patienten in der Regel nicht bekannt ist, dürfte dies die Ausnahme sein. Eine gute Übersicht über die verschiedenen Produkte sicherer Arbeitsmittel gibt die unter www.bgw-online.de im Bereich „Download“ zu findende Broschüre „Risiko Virusinfektion“.

4. Neue Berufskrankheiten auf dem Verordnungsweg

Neue Berufskrankheiten und überarbeitete Merkblätter sind für alle Ärzte interessant, da jeder Arzt bei begründetem Verdacht auf eine

Berufskrankheit zur Meldung verpflichtet ist und bei jeder Arbeitsunfähigkeit die Frage beantwortet werden muss, ob eventuell eine Berufskrankheit vorliegt. Deshalb informieren wir stets aktuell zu neuen Entwicklungen.

4. 1. Die wissenschaftliche Begründung für eine neue Berufskrankheit „Gonarthrose durch eine Tätigkeit im Knien oder vergleichbarer Kniebelastung mit einer kumulativen Einwirkungsdauer während des Arbeitslebens von mindestens 13.000 Stunden und Mindesteinwirkungsdauer von 1 Stunde pro Schicht“ hat seit ihrer Veröffentlichung im Jahr 2005 (BArbBl 10/2005) noch keine Umsetzung in die Berufskrankheitenverordnung gefunden. Deshalb handelt es sich nach wie vor um eine wissenschaftlich neue Erkenntnis. Ein begründeter Verdacht kann „wie eine Berufskrankheit“ behandelt werden.

Die bisherige Diskussion zeigt auf, dass die generelle Geeignetheit von Belastungen im Knien, Hocken und im Fersensitz für die Verursachung der Gonarthrose bejaht wird, die Belastungswirkung jedoch nicht einheitlich ist. Die Formulierung einer „Mindest-Dosis“ wird für sinnvoll gehalten, ihre Größenordnung unter Einbeziehung zum Beispiel von Erholungszeiten ist nicht abschließend geklärt.

Vorraussetzung für eine Berufskrankheit sind chronische Kniegelenksbeschwerden, Extensions- oder Flexionseinschränkungen sowie der radiologische Nachweis mindestens Grad 2. Eine Chondropathia patellae stellt keine Erkrankung in diesem Sinne dar. Als konkurrierende Faktoren gelten unter anderem Adipositas, Inkongruenzen und Instabilitäten nach Kniegelenkstraumen, Z. n. Menissectomie, unbehandelte Ruptur des Lig. cruciatum.

4. 2. Berufskrankheit Nr. 2301 „Lärmschwerhörigkeit“ der Anlage zur Berufskrankheitenverordnung Das Merkblatt zu dieser Berufskrankheit wurde geändert. Die Änderung wurde am 1. 7. 2008 durch das Bun-

desministerium für Arbeit und Soziales (GMBI 2008/39, S. 798 ff.) bekanntgegeben.

Formulierungen zum Impuls-Lärm wurden neu aufgenommen. Danach sind sehr kurze Spitzenschalldruckpegel (< 10 msec) hoher Intensität (> 137 dB (C)), die unter anderem beim Schießen, bei Explosionen oder beim Richten von Metallbau mit Hammerschlägen entstehen können, gesondert zu betrachten, weil sich deren Schädigungsmechanismus von dem einer chronischen Lärmschädigung niedriger Intensität unterscheidet.

Der Verdacht auf eine anzeigepflichtige Lärmschwerhörigkeit ist nach dem neuen Merkblatt begründet, wenn Versicherte eine Reihe von Jahren unter Lärmbedingungen gearbeitet haben oder wenn sie kurzzeitig besonders hohen, intensiven Lärmbelastungen (zum Beispiel Knalltraumen) ausgesetzt waren und eine messbare Hörfunktionsstörung dem Bild einer lärmbedingten Innenohrschwerhörigkeit entspricht. Ein bestimmtes Ausmaß der Hörminderungen ist nicht Voraussetzung für eine Anzeige auf Verdacht einer Berufskrankheit.

5. Jugendarbeitsschutzgesetz

Die ärztlichen Untersuchungen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzgesetzes werden gegenwärtig intensiv diskutiert. Deshalb findet in der Landesärztekammer am 25. 4. 2009 eine Fortbildungsveranstaltung für Ärzte statt. Ankündigungen erfolgen in den Fortbildungsangeboten.

Ausschuss Arbeitsmedizin
Dr. med. Giso Schmeißer,
Prof. Dr. med. Klaus Scheuch

Ärzteblatt Sachsen

ISSN: 0938-8478

Offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer

Herausgeber:

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

Anschrift der Redaktion:

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Telefon 0351 8267-161
Telefax 0351 8267-162
Internet: <http://www.slaek.de>
E-Mail: redaktion@slaek.de

Redaktionskollegium:

Prof. Dr. Jan Schulze
Prof. Dr. Winfried Klug (V.i.S.P.)
Dr. Günter Bartsch
Prof. Dr. Siegwart Bigl
Prof. Dr. Heinz Diettrich
Dr. Hans-Joachim Gräfe
Dr. Rudolf Marx
Prof. Dr. Peter Matzen
Uta Katharina Schmidt-Göhrich
PD Dr. jur. Dietmar Boerner
Knut Köhler M.A.

Redaktionsassistent: Ingrid Hüfner

Grafisches Gestaltungskonzept:

Hans Wiesenhütter, Dresden

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Gruner-Straße 62, 04107 Leipzig
Telefon: 0341 710039-90
Telefax: 0341 710039-99
Internet: www.leipziger-verlagsanstalt.de
E-Mail: info@leipziger-verlagsanstalt.de
Geschäftsführer: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigendisposition: Silke El Gendy-Johnne
Z. Zt. ist die Anzeigenpreisliste vom 1. 1. 2009 gültig.
Druck: Druckhaus Dresden GmbH,
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

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

Bezugspreise/Abonnementpreise:

Inland: jährlich 97,00 € incl. Versandkosten
Einzelheft: 9,20 € 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 Abonnementgelder werden jährlich im voraus in Rechnung gestellt.

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

Fortbildungspflicht

Erste Frist Mitte 2009

Bis zum 30. Juni 2009 müssen die vor dem 1. Juli 2004 in Sachsen zugelassenen Vertragsärzte gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KVS) nachweisen, dass sie in dem zurückliegenden Fünfjahreszeitraum ihrer Fortbildungspflicht nach § 95 d SGB V nachgekommen sind. Dieser Nachweis erfolgt mit dem Fortbildungszertifikat der Sächsischen Landesärztekammer, das dem Arzt den Erwerb von 250 Fortbildungspunkten in diesem Zeitraum bescheinigt. „Ich glaube, dass die Konsequenzen aus dieser Regelung bei vielen noch nicht angekommen sind“, so der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze. Erfolgt dieser Nachweis nicht, soll den Ärzten das Honorar aus ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit zunächst um zehn Prozent, ab dem fünften auf den Stichtag folgenden Quartal um 25 Prozent gekürzt werden.

Das Fortbildungszertifikat müssen Vertragsärzte in Sachsen bei der Sächsischen Landesärztekammer beantragen. Dies sollte möglichst zeitnah mit Erreichen von 250 Fortbildungspunkten erfolgen, da das Punkte-

konto mit Erteilung des Zertifikates geschlossen wird und ein neuer Sammelzeitraum beginnt. Eine Übernahme von Fortbildungspunkten in den neuen Sammelzeitraum ist gemäß der Verfahrensordnung zur Fortbildungszertifizierung ausgeschlossen. Mit Einführung der elektronischen Erfassung der Fortbildungspunkte auf dem Punktekonto im Jahr 2006 sind weitestgehend die Punkte ab diesem Zeitpunkt bereits auf dem Punktekonto gebucht. Hierzu ergänzend sollten bei Beantragung des Zertifikates lediglich noch nicht gebuchte Teilnahmebescheinigungen geltend gemacht werden. Den aktuellen Punktestand erhält jedes sächsische Kammermitglied über den Zugang zum Online-Punktekonto, wenn hierfür die Einwilligungserklärung gegenüber der Sächsischen Landesärztekammer erteilt wurde. Die Sächsische Landesärztekammer und die KVS haben auf der Grundlage eines allgemeinen Datenabgleichs vereinbart, dass die KVS zum 1. Stichtag und zukünftig in regelmäßigen Abständen von der Sächsischen Landesärztekammer eine arztbezogene Information darüber erhält, ob der gesetzlich geforderte Nachweis durch den sächsischen Vertragsarzt zum jeweiligen Stichtag erbracht wurde. Damit entfällt für die sächsi-

schen Vertragsärzte, welche hierzu ihr Einverständnis gegenüber der KVS erteilt haben, die zusätzliche (getrennte) Nachweisführung gegenüber der KVS (veröffentlicht im „Arzteblatt Sachsen“, Heft 9/2008, Seite 469).

„Wer jetzt die erforderlichen Fortbildungspunkte noch nicht zusammen hat, sollte sich zügig darum kümmern“, betont Frau Dr. med. Katrin Bräutigam, Ärztliche Geschäftsführerin der Sächsischen Landesärztekammer. Diejenigen, die ihre Fortbildungspflicht bereits erfüllt haben, sollten rasch das Zertifikat bei der Sächsischen Landesärztekammer anfordern, um Bearbeitungsspitzen gegen Ende der Frist zu vermeiden. Die entsprechenden Antragsformulare können im Internet heruntergeladen werden. Für die zügige Bearbeitung der Anträge hat die Sächsische Landesärztekammer vorsorglich zusätzliches Personal eingeplant. Weitere Informationen dazu im Internet unter www.slaek.de, unter Telefon 0351 8267 329 oder per E-Mail an: fortbildung@slaek.de.

Knut Köhler M.A.
Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Göran Ziegler
Referat Fortbildung

Fortbildungsveranstaltung „Qualitätsberichte“

Krankenhäuser sind gesetzlich seit 2005 verpflichtet, alle zwei Jahre Qualitätsberichte zu veröffentlichen. Der Qualitätsbericht enthält Angaben zum Spektrum und Anzahl der Leistungen sowie dem Stand der Qualitätssicherung aller Krankenhäuser. Die Inhalte der im Internet frei verfügbaren Qualitätsberichte sind zunehmend in den Mittelpunkt des Interesses einer großen Öffentlichkeit gelangt. Dies verdeutlicht sich zum Beispiel in der Veröffentlichung des Sächsischen Krankenhausführers. Die unterschiedlichen Zielgruppen des Qualitätsberichts stellen hohe Anforderungen an die Gestaltung des Berichts, da diese (Ärzte, Patienten, Krankenkassen, Selbsthilfegruppen) naturgemäß unterschiedliche Termini verwenden. Wie kann in der Zeit der ökonomischen Zwänge gute Qualität erbracht werden und kann man medizinische Qualität messen? Der Themenkomplex Qualitätsberichte steht im Mittelpunkt einer gemeinsamen Veranstaltung der Sächsischen Landesärztekammer mit der Krankenhausgesellschaft Sachsen.

In Impulsreferaten werden Vertreter beider Institutionen ebenso ihre Sicht darstellen, wie auch Referenten aus dem vertragsärztlichen Bereich, von Krankenkassen und Patientenvertreter. Die Moderation wird von einem Medienvertreter übernommen.

Alle interessierten Kolleginnen und Kollegen sind herzlich zur Veranstaltung eingeladen.

Die Fortbildung findet am 26. März 2009 von 18.00 Uhr bis 20.30 Uhr im Gebäude der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden, statt und ist mit 3 Fortbildungspunkten bewertet.

Der aktuelle Flyer mit dem detaillierten Programm kann über die Homepage der Sächsischen Landesärztekammer abgerufen werden. Eine Anmeldung ist bis zum 19. März 2009 per E-Mail an quali@slaek.de erbeten.

Dr. med. Katrin Bräutigam
Ärztliche Geschäftsführerin
E-Mail: aegf@slaek.de

Abschlussprüfungen

Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf „Arztshelfer/Arztshelferin“ und im Ausbildungsberuf „Medizinischer Fachangestellter/Medizinische Fachangestellte“

Die Sächsische Landesärztekammer führt die nächste schriftliche Abschlussprüfung in den oben genannten Ausbildungsberufen am Montag, dem 27. April 2009, 8.00 – 14.00 Uhr durch.

Folgende Prüfungsorte für die Abschlussprüfung wurden festgelegt:

Berufliches Schulzentrum für Gesundheit und Sozialwesen
An der Markthalle 10, 09111 Chemnitz

Berufliches Schulzentrum für Wirtschaft und Gesundheit
Reißiger Straße 46, 08525 Plauen

Sächsische Landesärztekammer
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Berufliches Schulzentrum für Wirtschaft und Soziales
Carl-von-Ossietzky-Straße 13 – 16,
02826 Görlitz

Berufliches Schulzentrum 9
Gesundheit und Sozialwesen
Schönauer Straße 160, 04207 Leipzig

Die Prüfung im Prüfungsfach Praktische Übungen (Ausbildungsberuf „Arztshelfer/Arztshelferin“) und die Prüfung im praktischen Teil (Ausbildungsberuf „Medizinischer Fachangestellter/Medizinische Fachangestellte“) erfolgt im Zeitraum von ca. Mitte Mai 2009 bis Mitte Juni 2009.

Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf „Arztshelfer/Arztshelferin“

Prüflinge, deren Berufsausbildung vor dem 1. August 2006 begonnen hat, werden gemäß den Vorschriften der Prüfungsordnung für die Durchführung von Prüfungen im Ausbildungsberuf der Arztshelferinnen vom 27. März 1993 geprüft.

I. Zulassung zur Abschlussprüfung

Zur Abschlussprüfung mit Beginn 27. April 2009 können Prüflinge, die den Antrag auf eine Wiederholungsprüfung gestellt haben (§ 37 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz), zugelassen werden.

II. Anmeldung und Zulassungsverfahren

Die Anmeldung zur Abschlussprüfung hat mit vollständigen Unterlagen nach § 10 der Prüfungsordnung für die Durchführung der Prüfungen im Ausbildungsberuf der Arztshelferinnen der Sächsischen Landesärztekammer (veröffentlicht im Internet unter www.slaek.de) **bis spätestens zum 27. Februar 2009** zu erfolgen. Über die Zulassung zur Abschlussprüfung entscheidet die zuständige Stelle. Hält sie die Zulassungsvoraussetzungen nicht für gegeben, so entscheidet der Prüfungsausschuss (§ 46 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz).

Die Anmeldeformulare und die Gebührenbescheide für die Prüfungsgebühren erhalten die auszubildenden Ärzte oder in den Fällen der Wiederholungsprüfung ohne Ausbildungsverlängerung die Prüflinge von der Sächsischen Landesärztekammer.

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

Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf „Medizinischer Fachangestellter/Medizinische Fachangestellte“

Prüflinge, deren Berufsausbildung nach dem 1. August 2006 begonnen hat, werden gemäß den Vorschriften der Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlussprüfungen im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten vom 23. November 2007 geprüft.

I. Zulassung zur Abschlussprüfung

Zur Abschlussprüfung mit Beginn 27. April 2009 können regulär Auszubildende und Umschüler/innen, deren Ausbildungs- oder Umschulungsver-

hältnis nicht später als am 31. August 2009 endet, zugelassen werden.

II. Zulassung in besonderen Fällen

1. Gemäß § 45 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz können Auszubildende und Umschüler/innen (bei einer Umschulungszeit von 30 bis 36 Monaten) nach Anhören des Auszubildenden und der Berufsschule vor Ablauf ihrer Ausbildungs- und Umschulungszeit zur Abschlussprüfung zugelassen werden, wenn ihre Leistungen dies rechtfertigen (vorzeitige Abschlussprüfung).

Als Maßstäbe für eine Einzelfallentscheidung sind festgelegt:

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

Die Inhalte des Ausbildungsrahmenplanes und des im Berufsschulunterricht vermittelten Lernstoffes – soweit er für die Berufsausbildung wesentlich ist – müssen dabei vollständig anwendungsbereit sein.

2. Prüflinge ohne vorangegangenes Berufsausbildungsverhältnis, die nachweisen, dass sie mindestens das Eineinhalbfache der Zeit, die als Ausbildungszeit vorgeschrieben ist, in dem Beruf des Arztshelfers/der Arztshelferin oder des/der Medizinischen Fachangestellten tätig gewesen sind (§ 45 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz).

III. Verkürzung der Ausbildungszeit

Gemäß § 8 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz hat die Sächsische Landesärztekammer auf gemeinsamen Antrag des/der Auszubildenden und des/der Auszubildenden die Ausbildungszeit zu kürzen, wenn zu erwarten ist, dass das Ausbildungsziel in der gekürzten Zeit erreicht wird.

Als Maßstäbe für die Einzelfallentscheidung sind festgelegt:

- Ausbildungsende bis spätestens 30. November 2009,
- Nachweis befriedigender Leistungen in der Praxis und

- Lernergebnisse bis 3,0 in der Berufsschule.

Das Vorliegen von Abitur, Berufsgrundbildungsjahr sowie der Abschluss einer fachfremden privaten Berufsfachschule rechtfertigen grundsätzlich keine Verkürzung von vornherein.

IV. Anmeldung und Zulassungsverfahren

Die Anmeldung zur Abschlussprüfung hat mit vollständigen Unterlagen nach § 10 der Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlussprüfungen im Ausbildungsberuf des Medizinischen Fachangestellten/der Medizinischen Fachangestellten

der Sächsischen Landesärztekammer (veröffentlicht im Internet unter www.slaek.de) **bis spätestens zum 27. Februar 2009** zu erfolgen.

Über die Zulassung zur Abschlussprüfung entscheidet die zuständige Stelle. Hält sie die Zulassungsvoraussetzungen nicht für gegeben, so entscheidet der Prüfungsausschuss (§ 46 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz).

Die Anmeldeformulare und die Gebührenbescheide für die Prüfungsgebühren erhalten die auszubildenden Ärzte oder in den Fällen von Ziffer II.2. (Externe Prüfung) die Prüflinge von der Sächsischen Landesärztekammer.

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

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

Marina Hartmann
Leitende Sachbearbeiterin
Referat Medizinische Fachangestellte

Ärzte-meisterschaft im 10 km-Lauf

Im Rahmen des 19. Citylaufes in Dresden am 29. März 2009 findet die **2. Sächsische Ärzte-meisterschaft** im 10 km-Lauf statt.

Wir laden alle sächsischen Ärzte zu dieser sportlichen Aktivität ein.

Start und Ziel sind an der Goldenen Pforte des Dresdener Rathauses. Die Strecke führt durch das historische Dresden.

Start: 29. 3. 2009, 10.30 Uhr (Startunterlagen vorher im Meldebüro abholen)

Meldungen: bis 28. 2. 2009 inkl. kostenlosem Funktionsshirt, bis 25. 3. 2009 ohne Funktionsshirt, Nachmeldungen sind noch bis eine Stunde vor Laufbeginn möglich.

Online-Anmeldung unter www.citylauf-dresden.de oder per Post an Citylauf-Verein Dresden e.V., PF 16 01 36; 01287 Dresden (Bitte Sonderwertung „Ärzte“ ankreuzen).

Startgeld: 10,00 Euro (Konto-Nr. 320 005 407; BLZ 850 503 00;

Ostsächsische Sparkasse Dresden)

Siegerehrung: Die schnellste sächsische Ärztin und der schnellste sächsische Arzt werden mit einem Pokal ausgezeichnet.

Weitere Anfragen an helmut.zerbes@raupennest.de

Sächsischer Sportärztebund e.V.
PD Dr. med. Helmut Zerbes, Vorsitzender

Seniorentreffen der Kreisärztekammer Dresden

Wir möchten Sie für

Dienstag, den 3. März 2009, 15.00 Uhr,

zum ersten Treffen in diesem Jahr in den Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer einladen.

Herr Prof. Joachim Menzhausen, ehemaliger Direktor des Grünen Gewölbes, berichtet über die Rückkehr der Kunstschatze und den Wiederaufbau der Dresdner Museen nach 1945.

Gleichzeitig besteht wieder die Möglichkeit zur Anmeldung für den diesjährigen Ausflug am 13. Mai 2009 nach Bad Lauchstädt.

Genauere Informationen erhalten Sie bei dieser Veranstaltung.

Nach dem Vortrag ist ein gemeinsames Kaffeetrinken im Foyer vorbereitet. Sie sind mit Ihrem Partner/-in herzlich willkommen!

Ihr Seniorenausschuss
der Kreisärztekammer Dresden

Konzerte und Ausstellungen

Sächsische Landesärztekammer Konzerte

Festsaal, Sonntag, 1. März 2009
11.00 Uhr – Junge Matinee
Das junge Streicherensemble musiziert
Leiter: KV Prof. Volker Dietzsch
Schülerinnen und Schüler des
Sächsischen Landesgymnasiums für
Musik Dresden Carl Maria von Weber

Ausstellung Foyer und 4. Etage

Christina Pohl
Lustgarten
bis 15. März 2009

Annelies Putty-Schenke
Augenblicke – Malerei und Grafik
18. März bis 24. Mai 2009
Vernissage: Donnerstag, 19. März 2009,
19.30 Uhr

Einführung: Karin Weber,
Kunstwissenschaftlerin und Kuratorin,
Dresden

Sächsische Ärzteversorgung Ausstellung, 2. Etage

Beate Bilkenroth
Malerei – „WBS 70“
bis 30. April 2009

Telefonverzeichnis der Sächsischen Landesärztekammer

Einwahl: (0351) 82 67-0 Internet: www.slaek.de E-Mail: dresden@slaek.de

Teilnehmer		Tel.:	Fax:	Teilnehmer		Tel.:	Fax:
Präsident	Herr Prof. Dr. Schulze			Referat			
Vizepräsident	Herr Bodendieck			Projektgeschäftsstelle	Frau Kaiser	380	382
Sekretariat	Frau Weitzmann	401	412	Qualitätssicherung	Frau Friedrich	388	
Hauptgeschäftsführer	Herr PD Dr. Boerner	410			Frau Pürschel	387	
Sekretariat	Frau Körner	411	412		Frau Behrens	386	
Assistenz Hauptgeschäftsführung	Frau Burkhardt	414		Referat	Herr Dr. Hamel	334	
	Frau Fritzsche	415	412	Qualitätssicherung	Frau Rändler	381	
Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit	Herr Köhler M. A.	160	162	Referat Ärztliche Stelle RÖV/StrlSchV	Herr Böhme	384	
Koordinierungsstelle	Frau Miesner M. A.	136			Frau Philipp	383	
Redaktion	Herr Prof. Dr. Klug	163		Kaufmännische Geschäftsführerin	Frau Keller	430	
Ärzteblatt	Frau Hüfner	161	162	Assistentin Kaufm. Geschäftsführerin	Frau Gißmann	431	446
Referat Medizinische Fachangestellte	Frau Hartmann M.	170	172	Sekretariat	Frau Wunderlich	461	
	Frau Jähne	171		Referat Finanzwesen	Frau Kaupisch	433	
Leiter Rechtsabteilung	Herr Dr. Gruner	420			Frau Frenzel	439	
	Herr Kratz	428			Frau Ertel	434	
	Frau Bärwald	421	422	Referat Beitragswesen	Frau Pawlow	435	
	Frau Meyer	423			Frau Grünberg	432	
	Frau Rätz	424			Frau Wagner C.	436	
	Frau Martin	425			Frau Altmann	437	
	Frau Anders	426			Frau Bräunling	438	
	Frau Reinicke	427		Referat EDV, Informatik	Herr Kögler	370	
Referat Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen	Herr Dr. Kluge	130			Herr Eckert	371	
	Frau Hartmann G.	131	132		Herr Kascha	374	
	Frau Anders	133		Referat Hausverwaltung	Herr Wurziger	390	392
Ärztliche Geschäftsführerin	Frau Dr. Bräutigam	310			Frau Gorzel	391	
Sekretariat	Frau Preißler	311	312		Poststelle/Büromaterial	393	
Assistentin ÄGF	Frau Cornelius	308			Kopierraum	394	
Referat Weiterbildung/Prüfungswesen	Frau Dr. Gäbler	313		Referat Berufsregister	Frau Richter S.	360	347
	Frau Dittrich	318			(U, V, W, X, Y, Z)		
Gebiete/Schwerpunkte/Zusatzbezeichnung	Frau Ballack	314			Frau Drews		
	Frau Wolf	315			(A, B, C, D, E,)	361	
	Frau Minkner	316			Frau Schneider	362	
Weiterbildungsbefugnis/Zusatzbezeichnung	Frau Eichhorn, H.	317			(L, M, N, O, P, Q, R)		
Referat Ethik und Medizinische Sachfragen	Herr Hilliges	319			Frau Kaluza (G, I, J, K)	365	
	Frau Dr. Bänder	330			Herr Janott		
	Frau Schmieder	333			(S, Sch, St, T)	364	
	Frau Grimmer	331	332		Frau Flade (F, H)	363	
	Frau Kromer	307			Anmeldung	367	
Sächs. Akademie Fort- u. Weiterbild. Referat Fortbildung	Herr Prof. Dr. Bach	320			Frau Kaluza Archiv. UG (129)	120	
	Frau Richter A.	329	322	Empfang			
	Frau Schmidt	321		Bezirkstelle Dresden			
	Frau Marx	323		Frau Riedel	Tel.: 0351 8267134, Fax: -8267132		
	Frau Dobriwolski	324			Schützenhöhe 16, 01099 Dresden		
	Frau Treuter	325		Bezirkstelle Leipzig	Tel.: 0341 5644056, Fax: -5644058		
	Herr Ziegler	326		Frau Will	Braunstraße 16, 04347 Leipzig		
	Frau Ludwig	327		Bezirkstelle Chemnitz	Tel.: 0371 216514, Fax: -216543		
	Herr Dittrich	328		Frau Thierfelder	Carl-Hamel-Str. 3A, 09116 Chemnitz		
	Frau Heinrich	305		Sächsische Ärzteversorgung	Sekretariat 0351 8267-250		
				Sächsische Landestierärztekammer	Sekretariat 0351 8267-200		
				Leipziger Verlagsanstalt GmbH	0351 8267-230		
				Deutsche Apotheker- und Ärztebank	Sekretariat 0351 8000100		
				Inter Ärzte Service	Sekretariat 0351 812660		

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden gemäß § 103 Abs. 4 SGB V in Gebieten, für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind bzw. für Arztgruppen, bei welchen mit Bezug auf die aktuelle Bekanntmachung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen entsprechend der Zahlenangabe Neuzulassungen sowie Praxisübergabeverfahren nach Maßgabe des § 103 Abs. 4 SGB V möglich sind, auf Antrag folgende Vertragsarztsitze der Planungsbereiche zur Übernahme durch einen Nachfolger ausgeschrieben:

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

*) Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Allgemeinmedizin können sich auch Fachärzte für Innere Medizin bewerben, wenn sie als Hausarzt tätig sein wollen.

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

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

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

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz Chemnitz-Stadt

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Reg.-Nr. 09/C008

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.02.2009

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Reg.-Nr. 09/C009

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.02.2009

Stollberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 09/C010

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.02.2009

Mittweida

Facharzt für Neurologie u. Psychiatrie

Reg.-Nr. 09/C011

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.02.2009

Aue-Schwarzenberg

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 09/C012

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.02.2009

Facharzt für Chirurgie

(Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)

Reg.-Nr. 09/C013

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.02.2009

Annaberg/Vertragsarztsitz in Wiesa
Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 09/C014

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 24.02.2009

(lokaler Versorgungsbedarf, Nachfolgebesetzung bedarf der erneuten Zulassung und kann nur bei Fortbestand der Sonderbedarfsfeststellungen mit Festsetzung einer erneuten Beschränkung erteilt werden)

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

Bezirksgeschäftsstelle Dresden Dresden-Stadt

Facharzt für Radiologie

(Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 09/D005

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.02.2009

Hoyerswerda-Stadt/Kamenz

Facharzt für Augenheilkunde

(Abgabe des Vertragsarztsitzes zur Hälfte)

Reg.-Nr. 09/D006

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.02.2009

Bautzen

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 09/D007

Facharzt für HNO-Heilkunde

Reg.-Nr. 09/D008

Löbau-Zittau

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 09/D009

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 09/D010

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Reg.-Nr. 09/D011

Meißen

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 09/D012

Sächsische Schweiz

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 09/D013

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 25.02.2009

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Reg.-Nr. 09/D014

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 10.03.2009 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden, Tel.: (0351) 8828-310, zu richten.

Bezirksgeschäftsstelle Leipzig Leipzig-Stadt

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

(Vertragsarztsitz in einer Gemeinschaftspraxis)

Reg.-Nr. 09/L008

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Reg.-Nr. 09/L009

Facharzt für Innere Medizin/Rheumatologie

Reg.-Nr. 09/L010

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Reg.-Nr. 09/L011

verkürzte Bewerbungsfrist bis zum 02.03.2009

Facharzt für Orthopädie

Reg.-Nr. 09/L012

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten

Reg.-Nr. 09/L013

Muldentalkreis

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten

Reg.-Nr. 09/L014

Schriftliche Bewerbungen sind bis zum 13.03.2009 an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig, Tel.: (0341) 243 21 54 zu richten.

Abgabe von Vertragsarztsitzen

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

Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz Döbeln

Facharzt für Allgemeinmedizin*)

Praxisabgabe geplant: 01.01.2010

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz, Tel.: (0371) 27 89-406 oder 27 89-403.

Die Bornasche Krankheit – Geschichte und Ausblick

Die sächsische Kreisstadt Borna hat zunächst in der Veterinärmedizin und nachfolgend in der Humanmedizin medizingeschichtliche Bedeutung erlangt, die auf ein Ereignis zurückzuführen ist, das sich am Ende des 19. Jahrhunderts dort zugetragen hat.

Am 19. Dezember 1895 wurde die Erkrankung von 42 Pferden der Offiziere des in Borna stationierten Karabinier-Regimentes des Königlichen Sächsischen Armeekorps (Abb. Seite 71) registriert.

Die Symptome der Erkrankung glichen der schon 1767 von Johann Baptist von Sind sehr präzise beschriebenen „Kopfkrankheit“ (14): „Das Pferd ist anfänglich traurig und versaget sein Futter; es lässt den Kopf und die Ohren hängen, hat Hitze und Schleim im Maul, trübe und wässrige Augen; wanket im Gehen hin und her, als ob es schwindlich wäre; (...) drückt den Kopf gegen die Mauer, (...) endlich fällt es in convulsive Bewegungen, woran es meistens das Leben lasset.“

Nachfolgend wurden ähnliche Krankheitsbilder auch von anderen Autoren beschrieben.

Die verwendeten Krankheitsbezeichnungen variierten dabei von „epidemischer Genickstarre“ über „Genickkrampf“, „Hirnwuth“, „Meningitis cerebrospinalis enzootica“, „Menigoencephalomyelitis simplex enzootica equorum“, „subakute Gehirnentzündung“, „Schlafsucht“ bis hin zu „hitziger Kopfkrankheit“ (2).

Neben den Erkrankungen der Pferde des Karabinier-Regimentes wurden im Bornaer Umland weitere Krankheitsfälle bekannt, so dass der Königlichen Kommission für das Veterinärwesen zu Dresden Ende 1895 insgesamt 122 Fälle gemeldet waren.

Bezug nehmend auf diesen endemischen Krankheitsausbruch bezeichneten 1896 Gensert (5) und nachfol-

gend Kohl (8) diese Krankheit erstmalig als „Bornasche Krankheit“, ein Begriff, der sich auch international als Borna-Krankheit (Borna disease) eingebürgert hat. Die bald einsetzende Erregersuche führte 1909 zu ersten greifbaren Ergebnissen. Joest und Degen (9) konnten in Ganglienzellen des Ammonshorns der verstorbenen Pferde intranucleär gelegene Einschlusskörperchen nachweisen.

Diese Entdeckung ermöglichte auch eine objektive postmortale Diagnosestellung.

Dass es sich offenbar um ein Virusgeschehen handelte, legten auch erfolgreiche Übertragungsversuche auf Kaninchen mit ultragefiltertem Gehirnmaterial erkrankter Pferde nahe, die 1925 von Zwick und Seifrid (15) publiziert wurden.

Es dauerte jedoch weitere 65 Jahre, bis Lipkin und Mitarbeiter das vermutete Virus erstmalig isolieren und als RNA-Virus identifizieren konnten (11).

Das Bornavirus (Borna Disease Virus oder BDV) ist der bislang einzige Vertreter der Familie der Bornaviridae, die zur Ordnung der Mononegavirales gehören. Das umhüllte sphärische Virus hat einen Durchmesser von 100 nm und besitzt als Genom eine nichtsegmentierte Einzelstrang-RNA mit einer Länge von etwa 8,9 KB.

Es löst vor allem bei Pferden eine akut bis subakut-chronisch verlaufende, nicht purulente Meningoencephalitis aus, die zu Fressstörungen, Verhaltensauffälligkeiten, nervalen Ausfällen und schließlich zum Exitus letalis führen kann. Die Krankheit dauert durchschnittlich 1 bis 3 Wochen bei einer vermutlichen Inkubationszeit von 4 bis 12 Wochen.

Das histologische Korrelat weist ein zumeist perivaskulär gelegenes mono- und lymphozytäres Entzündungsinfiltrat aus.

Neben Pferden können auch andere Tiere wie Schafe, Ziegen, Rinder, Hunde, Katzen, Nagetiere sowie verschiedene Zootierarten einschließlich Rhesusaffen erkranken. Für Tiermodelle werden überwiegend Nagetiere

verwendet. Die natürliche Übertragung ist nicht eindeutig geklärt, der Infektionsweg noch nicht sicher belegt.

Inkubationszeit, Krankheitsverlauf und Sterblichkeit sind bei den verschiedenen Tierarten sehr unterschiedlich und hängen offenbar vom Immunstatus des Wirtstieres, dem Alter bei Infektion und dem Virusstamm ab.

Auffällig ist eine Häufung der Krankheitsfälle in bestimmten Endemiegebieten, zu denen neben Sachsen auch die weiteren mitteldeutschen sowie süddeutsche Bundesländer und das obere Rheintal gehören. Aus anderen Ländern sind eher sporadische Erkrankungen bekannt geworden.

Eine verlässliche Diagnosestellung ist erst postmortal möglich, die In-vivo-Diagnostik birgt hingegen noch erhebliche Unsicherheiten in sich. Dies bezieht sich nicht nur auf die variable klinische Symptomatik sondern auch auf die zur Verfügung stehenden Labormethoden.

Positive Antikörper-Titer gehen nicht zwangsläufig mit einer klinisch manifesten Infektion einher, was Zweifel an der Spezifität und Sensitivität des Antikörpernachweises ausgelöst hat. So entwickelten in einer prospektiven Studie von Herzog und Mitarbeitern von 100 seropositiven Pferden nur 20 Prozent der Tiere nach einem Jahr Symptome der Bornaschen Krankheit (8).

Diese Unsicherheit haftet auch den an Menschen erhobenen Befunden an. Das vom BDV befallene limbische System ist bekanntlich maßgeblich an der Steuerung vegetativer Reaktionen sowie an der Entstehung von Denk- und Gedächtnisfunktionen beteiligt. Da die bei Tieren beobachteten Symptome Analogien zu humanen psychiatrischen Erkrankungen aufweisen, lag es nahe, die Übertragbarkeit des Virus auf die menschliche Spezies zu untersuchen.

In einer seroepidemiologischen Studie berichteten Rott und Mitarbeiter (13) 1985 erstmalig, dass psychiatri-

sche Patienten im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen häufiger BDV-assoziierte Antikörper aufweisen. Diese Befunde wurden teilweise in der Folgezeit von weiteren Arbeitsgruppen auch durch den Nachweis von BDV-Antigenen, Virus-RNA und Immunkomplexen bestätigt und führten zu der Hypothese, dass eine BDV-Infektion an der Entstehung bestimmter Humanerkrankungen wie Schizophrenie oder manisch-depressiven Störungen beteiligt sein könnte. Diese Hypothese blieb allerdings u.a. auch durch die deutsche Gesellschaft für Virologie e.V. nicht unwidersprochen. Zweifel wurden vor allem an der klinischen Relevanz der erhobenen Laborbefunde geäußert. So zeigten sich in Multicenterstudien bei verschiedenen Laboratorien nach Analyse der selben humanen Seren unterschiedliche Ergebnisse, wohingegen analoge Studien mit Tierseren einheitlichere Daten erbrachten.

Allmang und Mitarbeiter (1) vermuteten deshalb, dass die niedrigaviden humanen Antikörper nicht durch Kontakt mit BDV sondern einem anderen verwandten Mikroorganismus induziert worden sein könnten. Gleichwohl setzten Bode und Mitarbeiter (4) bei einem Patienten mit bipolarer Depression und positivem BDV-Antikörper-Nachweis mittels neuer Enzymimmun-Assays erstmalig erfolgreich als antivirale Substanz Amantadin ein (3), ein Therapieversuch, der später an größeren Patientenkollektiven bestätigt werden konnte. Dass es sich dabei nicht um die dem Amantadin ebenfalls innewohnende antidepressive Wirkkomponente handelt, wird durch das therapeutische Ansprechen bei manisch Kranken gestützt. Nach Meinung dieser Arbeitsgruppe profitiert möglicherweise v.a. eine Untergruppe von Patienten mit bipolaren Psycho-



Die „Weiße Kaserne“ in Borna, seit 1895 Standort des Karabinier-Regimentes.

sen bzw. rezidivierenden Depressionen von der antiviralen Therapie (6). Trotz dieser Ergebnisse besteht zum gegenwärtigen Zeitpunkt hinsichtlich der Humanpathogenität von BDV noch erheblicher Klärungsbedarf. Kontroversen gibt es vor allem bezüglich der Aussagekraft aktueller Laborbefunde und den sich daraus ableitenden Konsequenzen (5).

Das Robert-Koch-Institut sieht in Übereinstimmung mit der Gesellschaft für Virologie die bisherigen diagnostischen und therapeutischen Erkenntnisse als nicht ausreichend beweisfähig für einen Zusammenhang zwischen BDV und psychiatrischen Erkrankungen beim Menschen an. Es hat die Forschungen zum Projekt „Bornavirus“ 2005 eingestellt, was bei anderen engagierten Wissenschaftlern auf heftige Kritik gestoßen ist (12).

Gefordert werden von diesen aussagekräftige Ringversuche durch mit der Materie vertraute Labormedizi-

ner, die vor allem das Problem der Laborkontamination ausschließen können. Hoffnungen knüpfen sich dabei besonders an den verstärkten Einsatz der PCR. Diese Befund-Verifizierung dürfte nicht nur von Interesse für die Sicherheit von Spender-Seren sein, sondern auch zur Klärung der aktuell vieldiskutierten Frage über die generelle Rolle von Mikroorganismen als Auslöser psychiatrischer Krankheiten beitragen.

Literatur beim Verfasser

Anschrift der Verfasser
Prof. Dr. Joachim Barth
Dr. med. Dietrich Barth
Hautarztpraxis
Rudolf-Virchow-Str. 4
04552 Borna
E-Mail: jobarth@t-online.de

Danksagung:

Herrn Thomas Bergner, Ortschronist der Stadt Borna, danken wir für die freundliche Materialbereitstellung.

Diagnostik und Therapie der Refluxkrankheit

Die interdisziplinäre Herausforderung einer Volkskrankheit

Christian Möbius¹
Steffen Leinung¹
Alexander Zabel-Langhenning²
Joachim Mössner²
Sven Jonas¹

Die gastrointestinale Refluxkrankheit („gastroesophageal reflux disease“, GERD) hat eine Prävalenz von 10 % und mehr als die Hälfte der erwachsenen Bevölkerung in den westlichen Industrienationen leiden wenigstens 1mal wöchentlich an Sodbrennen, so dass es sich um eine der häufigsten Erkrankungen der westlichen Welt handelt (1). Symptome wie Sodbrennen, Regurgitation, Schlafstörungen, Schmerzen, Asthma, Globusgefühl oder bronchoalveoläre Irritation können bei den Patienten einzeln oder in Kombination auftreten. Diese führen zu einem ausgeprägten Leidensdruck, der sich auf das Arbeitsleben und die Lebensqualität im Allgemeinen auswirkt. Untersuchungen haben gezeigt, dass Patienten mit GERD die gleiche Einschränkung in der Lebensqualität haben, wie Patienten mit einem unbehandelten Ulcus duodeni oder einer Angina pectoris (2). Die Refluxkrankheit ist in der Regel eine chronische Erkrankung, da medikamentös der zugrunde liegende Pathomechanismus nicht geheilt werden kann (3).

Trotz dieser hohen Prävalenz und der gravierenden Bedeutung für das Leben eines Patienten hat eine internationale Studie gezeigt, dass nur 1/3 der Patienten (36 %) wirksam durch die ärztliche Behandlung therapiert werden (4). Die Studie wurde in den USA, England, Japan, Deutschland und Frankreich durchgeführt. Evaluert wurden die letzten vier Patienten mit GERD einer Praxis, die dort

medikamentös behandelt wurden. Die telefonische Befragung der Patienten (n=1044) ergab, dass 65 % der Patienten nicht beschwerdefrei sind und weiterhin trotz Medikation an Sodbrennen und saurem Aufstoßen leiden. 20,5 % der Patienten verwenden zusätzlich noch frei verkäufliche Antazida (4).

Pathogenese

Ursächlich für die Erkrankung ist die Säure des Magens, jedoch handelt es sich um eine funktionelle Störung und nicht um eine vermehrte Säureproduktion. Diese funktionelle Alteration betrifft den unteren ösophago-gastralen Verschlussmechanismus, welcher den Transport von Speisebrei vom Ösophagus in den Magen reguliert und Reflux vom Magen in den Ösophagus verhindert. Die funktionelle Einheit des Verschlussmechanismus besteht neben dem Schließmuskel aus dem phreniko-ösophagealen Band und den Zwerchfellschenkeln. Reflux in die Speiseröhre kann zum Beispiel entstehen, wenn im Bereich des Ösophagus sphinkter ein zu niedriges Ruhedruckprofil vorliegt (< 6 mmHg) oder es zu transienten Relaxationen kommt. In den meisten Fällen liegen transiente Relaxationen bei ansonsten normalem Ruhedruck vor („transient lower esophageal sphincter relaxations“ = TLESR). Auch eine Hiatushernie kann zu Reflux führen. Etwa 60 % der Patienten mit einer Hiatushernie leiden an entsprechenden Symptomen. Ursächlich ist verbliebener Inhalt im hernierten Magenanteil, der nach Sphinkterrelaxation in den Ösophagus zurückfließt (hiataler Fluss). Verstärkt wird dieser Mechanismus durch eine Verkürzung des intraabdominellen Ösophagusanteils sowie eine Erweiterung des Hiatus, was die Funktion des Diaphragma im Bereich beider Crura in Bezug auf den Spinktermechanismus weiter verschlechtert. Inwieweit Motilitätsstörungen des tubulären Ösophagus eine Ursache oder eher die Folge der übermäßigen Säureexposition sind, wird aktuell kontrovers diskutiert. In Diskussion ist auch die Bedeutung der Infektion mit *Helicobacter pylori* (5). Eine erfolgreiche *H. pylori* Eradi-

kation kann eine bereits bestehende Refluxerkrankung demaskieren.

Diagnostik

Die Diagnose GERD kann oftmals bereits durch die vom Patienten geschilderten Symptome gestellt werden. Allerdings ist zu beachten, dass es keinen Zusammenhang gibt zwischen dem Ausmaß des gastro-ösophagealen Refluxes beziehungsweise den damit verbundenen Schleimhautläsionen und den subjektiv vom Patienten empfundenen Symptomen. Die Diagnosesicherung kann durch den sogenannten Protonenpumpenhemmer – Test erfolgen. Hierzu liegen mehrere prospektive randomisierte Studien vor, die gezeigt haben, dass der Test bei einer erosiven Refluxkrankheit über eine gute Sensitivität verfügt, allerdings nur eine geringe Spezifität hat. Bei NERD („nonerosive reflux disease“) sind die Ergebnisse vergleichbar, jedoch hängt das Ergebnis stärker von der Art der Symptomerhebung und der Auswahl der Patienten ab. Neben dieser indirekten Diagnostik stehen verschiedene Verfahren der invasiven Diagnostik zu Verfügung (6).

Goldstandard in der Diagnostik ist die Endoskopie. Insbesondere dient sie zur Erfassung der mukosalen Schädigung und der Unterscheidung zwischen ERD („erosive reflux disease“) oder NERD („nonerosive reflux disease“). Diese Ösophago-Gastro-Duodenoskopie muss mit hochauflösenden Videoendoskopen durchgeführt werden. Eine Diskussion spezieller endoskopischer Techniken wie Vergrößerungsendoskopie, Anfärbung suspekter Schleimhautareale mit Essigsäure oder Farbstoffen (Chromoendoskopie), spezielle Darstellung der Gefäße (zum Beispiel NBI: narrow band imaging) und weiterer Verfahren würde den Rahmen dieser Übersicht sprengen. Diese Verfahren haben bislang noch nicht zu einer früheren Diagnose einer Neoplasie auf dem Boden einer Barrett-Neoplasie geführt. Sie sind aber wichtig zur Beurteilung des Therapieerfolges und der Verlaufskontrolle nach endoskopischer Mukosektomie (zum Beispiel einer hochgradigen Neoplasie oder auf die Mukosa bis

¹ Chirurgische Klinik & Poliklinik II, Visceral-, Transplantations-, Thorax- und Gefäßchirurgie

² Medizinische Klinik und Poliklinik II / Gastroenterologie / Hepatologie Universitätsklinikum Leipzig, AÖR

Tabelle 1

Stadium I: einzelne oder mehrere nicht konfluierende Schleimhauterosionen mit Erythem und/oder Exudat
Stadium II: konfluierende erosiv-ulzeröse Defekte, die nicht die gesamte Zirkumferenz umfassen
Stadium III: Läsionen erfassen die gesamte Zirkumferenz, ohne Bildung einer Stenose
Stadium IV: chronische Veränderungen (Ulkus) mit Narbenbildung (Wandfibrose, Stenose, Barrett-Ösophagus)

Savary and Miller Klassifikation

obere Submukosa begrenzte Karzinome des Ösophagus).

In Deutschland wird nach wie vor die Einteilung nach Savary und Miller häufiger als die Los Angeles Klassifikation verwendet. In der Savary und Miller Klassifikation wird das Ausmaß in 4 Schweregrade unterteilt (Tabelle 1). Die Interobserver Unterschiede in der Beurteilung der Ösophagusbefunde sind bei der LA-Klassifikation wahrscheinlich geringer, daher hat sich international die Los Angeles Klassifikation mit den Schweregraden A-D durchgesetzt. Diese ist die Grundlage der meisten internationalen Therapieeffizienzstudien. Die Prag-Klassifikation beurteilt die Ausdehnung einer Barrett-Metaplasie.

Gegenstand intensiver Diskussion ist der Zeitpunkt der Indikation zur ersten Endoskopie und der Intervalle von Folgeendoskopien. Abzuwägen sind auf der einen Seite die Kosten und das periinterventionelle Risiko gegen die Gefahr einer falschen Diagnose, insbesondere der zu späten Diagnosestellung eines Ösophaguskarzinom. Die Endoskopie ist sicher unverzichtbar zur Abklärung einer Anämie oder Blutung, Dysphagie, unklaren Oberbauchbeschwerden und/oder Refluxsymptomen bei Alter > 45 Jahren, rezidivierendem Erbrechen und fehlendem Erfolg einer Therapie mit Protonenpumpenblockern (PPI). Eine weitere wichtige Indikation ist die Überwachung einer Barrett Metaplasie. Vor jedem operativen Eingriff an Organen des oberen Gastrointestinaltrakts ist die Ösophagogastroduodenoskopie obligat (Tabelle 2).

Neben der Endoskopie bietet die 24-Stunden-pH-Metrie die Möglichkeit, den sauren Reflux im Ösophagus zu quantifizieren. Sie besitzt eine gute Sensitivität und Spezifität.

Indikation zur Durchführung der 24-Stunden-pH-Metrie sind die präoperative Sicherung eines sauren Refluats vor operativer Antirefluxtherapie und Beschwerden trotz einer Antirefluxtherapie mit PPI. Weitere aber relative Indikationen sind NERD, Laryngitis, chronischer Husten, nicht kardialer Thoraxschmerz oder dyspeptische Beschwerden, die anderweitig nicht erklärbar sind. Die Ergebnisse dieser im Regelfall ambulanten Untersuchung können in verschiedenen „scores“ zusammengefasst werden, von denen der „DeMeester score“ der bekannteste ist. Wichtig sind hier die Intensität, die Dauer und die Anzahl der Säureexpositionen im Ösophagus (Tabelle 3). Ein Nachteil der Methode ist die isolierte Messung von Säure, so dass ein galliger Reflux nicht erfasst wird und die fehlende Volumenbestimmung. Bei Verdacht auf Gallereflux sollte zusätzlich eine 24-Stunden-Messung mittels „Bilitec“ Sonde erfolgen. Ein sehr sensitives aber noch nicht allgemein verfügbares Verfahren zur Differenzierung eines Refluxes von Flüssigkeit versus Luft ist die Impedanzmessung.

Die Manometrie ist eine weitere Untersuchungsmöglichkeit des Ösophagus, bei der Drücke im Sphinkter und in der tubulären Speiseröhre mittels Durchzug gemessen werden. Wichtige Motilitätsstörungen, wie die Amotilität bei Kollagenosen, neuromuskuläre Erkrankungen und Achalasie können so diagnostiziert werden. GERD besitzt jedoch kein typisches Motilitätsmuster. Identifiziert werden können jedoch die vermehrten und verlängerten TLESR als einer der wesentlichen pathophysiologischen Mechanismen der GERD. Zurzeit wird eine „maßgeschneiderte operative Antirefluxtherapie“ disku-

Tabelle 2

Anämie
Blutung
Dysphagie
Alter > 45 Jahre
rezidivierendes Erbrechen
Fehlender Therapieerfolg

Indikation zur Ösophago-Gastro-Duodenoskopie bei Patienten mit Symptomen einer GERD

Tabelle 3

Zeitanteil pH < 4 der Gesamtzeit in %
Zeitanteil pH < 4 der Zeit in aufrechter Position
Zeitanteil pH < 4 der Zeit in liegender Position
Anzahl der Refluxepisoden/ 24 Stunden
Längste Refluxepisode
Anzahl der Refluxepisoden > 5

Kriterien des DeMeester score

tiert, bei der das Ausmaß der Fundusmanschette in Abhängigkeit von der Motilität der Speiseröhre gewählt wird. Allerdings reicht die derzeitige Literatur für eine abschließende Beurteilung des „tailored approach“ nicht aus. Möglicherweise hat jedoch die Kompetenz des unteren Ösophagussphinkters präoperativ einen Einfluss auf das postoperative Dysphagierisiko.

Die Röntgenkontrastmitteldarstellung ist nur noch vor geplanter Fundoplikatio eine unverzichtbare Untersuchung, da sie die Klassifikation von möglichen Hernien und vorliegende Divertikel identifizieren kann.

Therapie

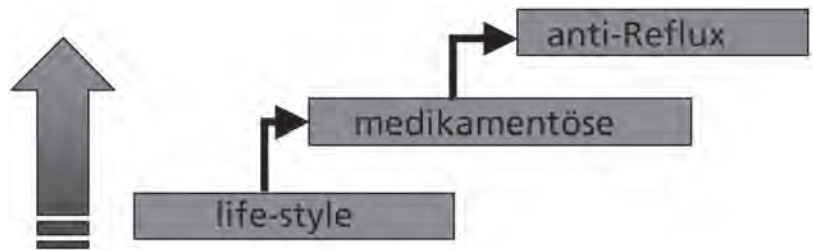
Auf Grund der deutlichen Einschränkung der Lebensqualität eines Patienten mit GERD und der möglichen Kaskade von der Refluxösophagitis bis hin zur Entwicklung eines Barrett-Ösophagus und schließlich eines Ösophaguskarzinoms müssen nach entsprechender Diagnostik ausreichende therapeutische Schritte eingeleitet werden. Ziel dieser Therapie ist die Beschwerdefreiheit des Patienten und die Vermeidung von langfristigen Komplikationen. Es existieren 3 verschiedene Säulen der Therapie – „lifestyle“ Modifikation, medikamen-

tös, chirurgisch – welche in der Regel im Sinne einer Therapieeskalation zum Einsatz kommen. Bei Stufe 2, der medikamentösen Therapie erfolgt aber in der Regel keine „Therapieeskalation“, also Step up Therapie sondern eher eine Step down Therapie (siehe unten).

Allgemeine Maßnahmen bilden die Therapiegrundlage und beziehen sich auf die Modifikation der konsumierten Lebensmittel und Getränke, der Vermeidung von Nahrungsaufnahme vor dem Schlafen und der Reduktion des Körpergewichts. Ein therapeutischer Erfolg dieser „lifestyle“ Modifikationen konnte bislang nicht durch randomisierte Studien belegt werden.

In der medikamentösen Therapie wurden früher zwei verschiedene Strategien verfolgt: Entweder wurde erst nach erfolgloser Umstellung der Lebensgewohnheit und dem Einsatz von Antazida und H₂-Blockern Protonenpumpeninhibitoren eingesetzt oder es wurden sofort Protonenpumpeninhibitoren eingesetzt. PPIs haben in zahlreichen Studien gezeigt, dass sie H₂-Blockern und Prokinetika überlegen sind (7, 8). Heute wird sofort mit dem Einsatz von Protonenpumpeninhibitoren in der Standarddosierung begonnen und passt eine weitere Therapieeskalation und auch Deeskalation an die subjektiven Beschwerden des Patienten und den endoskopischen Befund an. Die initiale Behandlungsdauer beträgt 4 bis 8 Wochen. Nach Abschluss dieser Akuttherapie erfolgt eine individualisierte Therapie, die entweder ein Einnahmeschema nach Bedarf ist oder einer Erhaltungstherapie entspricht. Die Refluxkrankheit ist eine chronische Erkrankung. Nach Absetzen des PPI rezidiert sie häufig im gleichen Stadium. Bei einer erosiven Refluxkrankheit Stadium II – III sollte daher eine Dauertherapie mit PPI erfolgen. Insbesondere nach endoskopischer Bougierung (Stadium IV nach Savary und Miller) führt ein Absetzen des PPI zu einer Rezidivtenose. Nur bei Refluxkrankheit Stadium I oder II oder NERD ist eine PPI-Bedarfstherapie, sollte der Patient damit beschwerdefrei bleiben, zu empfehlen. Da unter Dauertherapie mit PPI sich

Abbildung 1



Therapieeskalation bei GERD

eine H. pylori Gastritis verschlechtern kann, wird vor PPI-Langzeittherapie eine H. pylori Eradikation empfohlen. Wir wissen aber heute, insbesondere durch die Ergebnisse der deutschen EXPO-Studie, dass nicht alle Patienten im gleichen Stadium rezidivieren. Aus einem niedrigem Stadium kann sich durchaus ein höheres Stadium der Erkrankung bis hin zum Auftreten einer Barrett-Metaplasie, entwickeln, auch sind spontane Besserungen möglich. Die Diskussion über die Festlegung der Intervalle einer Ösophagoskopie bleibt daher bestehen. Mit PPI können etwa 80 % der Patienten gut therapiert werden. Wenn Patienten unter der medikamentösen Therapie nicht beschwerdefrei werden, sollte zunächst innerhalb der Wirkstoffgruppe das Präparat gewechselt werden, da genetische Polymorphismen möglicherweise die Ursache für eine Beschwerdepersistenz sind (äußerst selten beschrieben). Bei nicht beherrschbarem nächtlichem Säuredurchbruch kann die zusätzliche Gabe eines H₂ Blockers versucht werden (9), eine in der Regel ineffiziente Maßnahme.

Patienten, die gar nicht auf eine Therapie mit PPI ansprechen, sind in der Regel auch keine guten Kandidaten für eine Fundoplikatio, da wahrscheinlich andere Pathomechanismen für die Beschwerden eine Rolle spielen. Insbesondere hinter der Gruppe der NERD-Patienten, bei denen endoskopisch-makroskopisch nichts gesehen wird, verbergen sich nicht selten Patienten, die gar keine Refluxerkrankung haben. Dies mag eine Erklärung sein, dass gerade in dieser Gruppe eine Dosiseskalation eines PPIs oft wirkungslos ist.

Die nächste Therapiestufe sind die invasiven Maßnahmen. Hier gilt die laparoskopisch durchgeführte Anti-Reflux-Chirurgie als Goldstandard.

Als mögliche Alternative wurden endoskopische Techniken erprobt, die zu einer Straffung des gastroösophagealen Übergangs führten. Keines dieser Verfahren hat sich bisher im Alltag durchgesetzt, so dass sie bis heute nur im Rahmen von Studien eingesetzt werden und somit nicht zur Standardtherapie gehören (10).

Insbesondere für junge Erwachsene, die die medikamentöse Dauertherapie ausdrücklich nicht wünschen oder tolerieren und weiterhin Beschwerden haben, ist die chirurgische Anti-Reflux-Chirurgie die Therapie der Wahl. Etabliert ist heute die laparoskopisch durchgeführte Fundoplikatio nach Nissen oder Toupet. In beiden Fällen wird eine 1,5 – 2 cm breite Fundusmanschette um den distalen Ösophagus geschlungen und so der Schließmechanismus unterstützt. Wir haben im Jahr 2001 75 Patienten nach laparoskopischer Fundoplikatio untersucht. Bei einer medianen Nachbeobachtungszeit von 41 Monaten zeigte sich eine Abnahme des prozentualen Anteils eines pH < 4 im Ösophagus von 10,4 % auf 3,2 %, eine Zunahme des Drucks im unteren Ösophagussphinkter von 8.1 auf 12.3 mmHg und eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität im standardisierten „Quality of Life Index“ Fragenbogen. Allerdings beklagen auch 8 der Patienten eine relevante Dysphagie, jedoch ist ihr Lebensqualitäts-Index signifikant höher als vor der Operation (11). Hierbei zeigt sich, dass die Patienten zur operativen Therapie sehr genau anamnestisch und klinisch evaluiert werden müssen und eine Ösophago-Gastro-Duodenoskopie, eine pH Metrie und Manometrie vor der Operation obligat sind. Des Weiteren bedarf es einer sehr ausführlichen Besprechung der Befunde und der

möglichen operativen Therapie mit ihren Vorteilen und Risiken. Hier sind insbesondere das „gas-bloat“ Syndrom und die Dysphagie zu nennen. Beide Begleiterscheinungen treten frühzeitig bei zu enger Manschettenwahl auf und können sich mit der Zeit verlieren. Die Reihenfolge der Therapieoptionen sollte stets eingehalten werden und weitere Schritte in einem interdisziplinären Team besprochen werden (Abbildung 1). Zusammenfassend handelt es sich bei der gastrointestinalen Reflux-

krankheit um eine benigne „Mansenerkrankung“, welche erhebliche Auswirkungen auf die persönliche Lebensqualität hat, eine wesentliche ökonomische Bedeutung besitzt und bisher nicht flächendeckend zu einer ausreichenden Patientenzufriedenheit therapiert wird. Auf Grund der Komplexität des klinischen Erscheinungsbildes, der Diagnostik und der Vielfalt der Therapiemöglichkeiten, behandeln wir am Universitätsklinikum Leipzig diese Erkrankung als Chirurgen und Gastroenterologen

interdisziplinär, um unseren Patienten alle Möglichkeiten der Therapie zu bieten.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

PD Dr. med. habil. Christian Möbius
Chirurgische Klinik & Poliklinik II, Visceral-,
Transplantations-, Thorax- und Gefäßchirurgie
Liebigstraße 20, 04103 Leipzig
Tel. 0341 97-19912

„Hexen sollen sterben“

Der mittelalterliche und frühneuzeitliche Hexenwahn und der heutige Hexenglaube

„Da gab ihr Gretel einen Stoß, dass sie weit hineinfuhr..., und die böse Hexe musste elendiglich verbrennen“ schreiben die Gebrüder Grimm in ihrem Märchen. Der althochdeutsche Begriff „hagizissa“ für Hexe bedeutet „sich auf Hecken und Zäunen aufhaltendes dämonisches Wesen“. Der deutsche Begriff Hexe ist seit Ende des 14. Jahrhunderts nachweisbar. Die mittelalterlichen Menschen stellten sich eine Hexe als buckliges, dürres Weib mit krummem Rücken und Hakennase vor, das sich auf eine Krücke stützt und nachts auf einem Besen in den Lüften umherschwebt (siehe Bild 1).

In der damaligen Vorstellung sind es zauberkundige Personen mit magischen, übersinnlichen Kräften, denen man einen Teufelspakt, Teufelsbuhlschaft, Tierverwandlung und Schadenszauber unterstellte. Besonders wirksam soll die Hexenkunst in der Walpurgis-, Oster- und Johannisnacht sein. Dürreperioden, Unwetter, Krankheiten, Fehlgeburten, Seuchen, Unfruchtbarkeit von Männern und Frauen, Läusebefall, Lähmungen, Totgeburten, Milchmangel der Kühe (Milchdiebin), Missernten, Tod von Menschen und anderes lastete man vermeintlichen Hexen als Sündenbö-



Bild 1: Brockenhexe Hexentanzplatz

Foto: Fege

cke an. Besonders oft wurden alte Frauen, Heimatlose, fremd anmutende Menschen und Hebammen als mögliche Konkurrenten von Ärzten durch Nachbarn als Hexen denunziert, da diese bei einer Verurteilung einen Teil des Vermögens der „Hexe“ erhielten. Als Zeichen des Hexendaseins galt zum Beispiel ein schmerzempfindliches Körpermal, Warzen, zusätzliche Brustwarzen, Untergewicht, Fehlen von Tränen und anderes. Als Relikt der Glaubensvorstellungen von Römern, Germanen, Kelten, Slaven war in der mittelalterlichen und frühneuzeitlichen Gesellschaft der Zauberglaube und damit verbundener Schaden fest verankert. Die vorchristlichen Germanen kannten bereits die Verbrennung von Schadenszauberern. Alttestamentlich wird im 2. Buch Moses (2. Mo, 22 V.17) eine strenge Bestrafung „der Zauberin“

formuliert. Die mittelalterliche Gerichtsbarkeit bestrafte eine „Hexe“ mit der Verbrennung auf dem Scheiterhaufen. Um 1150 wird die Verbrennung in Deutschland und Frankreich zur üblichen Strafe für sogenannte Ketzer. Das Vorgehen örtlicher weltlicher Gerichte in einem Hexenprozess ist in überlieferten Rechtsvorschriften wie dem bedeutenden „Sachsenspiegel“ (13. Jahrhundert) überliefert. Hier sind wirklichkeitsnah Regeln zu fast allen Gebieten des mittelalterlichen Rechts aufgezeichnet, die Vorbild für spätere Rechtsaufzeichnungen wurden. Die Zauberei wird als ketzerischer Straftatbestand festgeschrieben. Der „Malleus maleficarum“ (Hexenhammer 1487) der Dominikanermönche Jacob Spengler und Heinrich Institoris erschien bis 1669 in 26 Sprachen. Hier werden eine genaue



Bild 2: Daumenschraube

Foto: Fege

Beschreibung des Hexen- und Zauberdaseins gegeben sowie Strafen dafür festgelegt. Nach der päpstlichen Bulle „Summus desiderantes“ (Hexenbulle 1484) gegen Hexerei von Papst Innozenz VIII. setzte eine systematische Hexenverfolgung ein, die sich auf der Basis des „Hexenhammers“ zum Hexenwahn des 14. bis 17. Jahrhunderts steigerte. Zum Teil verband die katholische Kirche diese Entwicklung mit dem Vorgehen gegen Häretiker (Abweichler), die ab 1232 durch die Inquisition als Ketzer verfolgt wurden. Besonders während des 30-jährigen Krieges (1618 bis 1648), der mit Verwüstung, Seuchen, Hungersnot, Plünderungen einherging, wütete die Hexenhysterie in Mitteleuropa bis nach Skandinavien. Die der „Hexerei“ angeklagten Menschen wurden in Kellern und Türmen gefangengehalten, völlig entkleidet, rasiert und gefesselt. Es folgte die detaillierte „gütliche Befragung“, besonders nach einem Teufelsbund, Teufelsbuhlschaft, Mitschuldigen und bei fehlendem Geständnis die „peinliche Befragung“ unter Folter mit Peitschenhieben, Daumenschrauben, Beinschrauben, Streckbank, Vorset-

zen stark salziger Speisen, zwanghaftes Trinken von Weihwasser, Abhacken von Gliedern, Ausbrennen der Augen u.a. grauenhafte Dinge (siehe Bilder 2 und 3). Etliche Gerichte griffen auf „Hexenproben“ zurück, vor allem die Wasserprobe, die Wiegeprobe, seltener die Feuerprobe. Die Beschuldigten wurden an Händen und Füßen gefesselt und ins Wasser geworfen. Ein Schwimmen auf dem Wasser galt als „Hexenbeweis“, da Hexen als leichte fliegende Wesen angesehen wurden. In Sachsen wurde „die Probe auf dem kalten Wasser“ früh abgeschafft. Das so oft erpresste „Geständnis“ hatte die öffentliche lebendige Verbrennung auf einem angezündeten Reisighaufen zur Folge. Als Gnade galt die vorherige Enthauptung oder Erdrosselung.

Die Opferzahlen der Hexenverfolgung werden in Europa auf 40.000 bis 60.000, auf deutschem Boden auf 25.000 Menschen geschätzt. Angaben von einigen Millionen Opfern liegen sicherlich zu hoch. Allein in Süddeutschland wurden etwa 9.000 Menschen hingerichtet. In Thüringen, das sich seinerzeit zwischen Sangerhausen, Altenburg und Coburg erstreckte, sind 1.565 Hexenprozesse aktenkundig belegt. In Kursachsen sind etwa 900 nur zum Teil tödlich endende Hexenprozesse nachweisbar. Eine der letzten hingerichteten „Hexen“ war Anna Schnidenwind 1751 in Endingen am Kaiserstuhl. Die letzten Hinrichtungen von „Hexen“ auf deutschem Boden fanden 1756 in Landshut und 1793 in Posen statt, zu Goethes Zeiten. 1782 wurde Anna Göldin in der Schweiz als „Hexe“ verurteilt. Ab Ende des 16. und im 17. Jahrhundert erschienen zunehmend Schriften von Theologen, Ärzten und Juristen gegen die Hexenverfolgung und Verurteilung. Zunehmend wurden Verurteilungen von Protesten begleitet, die zum Teil zur Freilassung der Gefangenen führten. Als evangelischer Christ erschrickt man zunächst über die Befürwortung der Hexenverurteilung durch die Reformatoren Martin Luther (1483 bis 1546) und Johannes Calvin (1509 bis 1564) in der französischen Schweiz.

Doch diese glaubten, wie alle Menschen in der damaligen Zeit, fest an die Gegenständlichkeit des Bösen in Form von Zauberei und Hexerei. Diese Zeit hatte ihre eigene Gedankenwelt, eigenen Sitten, Essgewohnheiten, Kultur, geprägt von der damals möglichen Erkenntniswelt. Es war Alltag, dass einem Dieb die Hand abgeschlagen wurde, eine Ehebrecherin aufs Schafott kam und eine „Hexe“ verbrannt wurde. Dies können wir mit unseren heutigen Erfahrungen und Wissen nur schwierig nachvollziehen.

Noch heute werden in Afrika, Südostasien und Lateinamerika Menschen wegen Schadenszaubers getötet, zum Beispiel in Indien 2001 bis 2006 400 Menschen. In Osttimor wurden im Januar 2007 drei Frauen als „Hexen“ getötet und ihr Haus verbrannt.

Der Siegeszug der Aufklärung und Bildung hat es nicht grundlegend geändert, dass die Menschen Experten für Folter, Grausamkeit und Krieg geblieben sind, nur die Methoden sind andere geworden. Lasergesteuerte Raketen ersetzen den Kampf Mann gegen Mann und der Wasser-test heißt jetzt „Water Boarding“.

Der gegenwärtige „Neue Hexenkult“ wird vor allem durch die neuheidnische keltische „Wicca Bewegung“ repräsentiert. Es soll in Convents gebundene Wiccans (=Hexen) weltweit einige Zehntausend geben. Im Internet wirbt „Hexe online“, und es finden „Groops“ zum Thema „Hexerei und Hexen“ statt. Auf den TV-Kanälen lauschen die Zuschauer gläubig den Worten von Wahrsagern, Wunderheilern, Sterndeutern, Kartenlegern und ihrem Horoskop.

Am 1. Juli 1976 starb in Süddeutschland eine 23-jährige Studentin im Anschluss an einen Exorcismus. Und man liest 2008, dass ein Exorcist Bridney Spears den Teufel austreiben soll.

Trotz allen Wissens hält auch im Jahre 2008 der Glaube an „Hexerei“ und Zauberei die Menschen in seinem Bann.

Dr. med. Jürgen Fege
Facharzt für Orthopädie
Hauptstraße 33 A

09600 Weißenborn, OT Berthelsdorf



Bild 3: Beinschraube

Foto: Fege

Dr. med. habil. Wolfgang Kunze zum 70. Geburtstag



Am 24. Januar 2009 feierte Herr Dr. med. habil. Wolfgang Kunze seinen 70. Geburtstag.

Zeit, zurückzublicken und einem besonderen Menschen zu danken.

Geboren wurde Herr Dr. Kunze in Tetschen (Decin). Seine Jugend verbrachte er in Markneukirchen/Vogtland. Abitur 1957 in Klingenthal, Studium der Humanmedizin an der

Universität Leipzig, Promotion 1963, Assistenzarzt im Krankenhaus Delitzsch und im Klinikum St. Georg Leipzig, 1969 Facharzt für Kinderheilkunde, Aufbau der Kinderpoliklinik in Delitzsch, 1971 bis 1992 Chefarzt der Kinderabteilung im Krankenhaus Zwenkau, Subspezialisierung Pulmologie und Allergologie, Habilitation 1990, Tätigkeit an der Universität Leipzig, Chefarzt in der Sanitas-Klinik in Scheidegg/Allgäu.

1995 bis 2004 Chefarzt der Kinder- und Jugendabteilung im Krankenhaus Wurzen, Mitarbeit und Unterstützung dieser Abteilung bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt.

Herr Dr. Kunze ist ein von Kollegen und Patienten besonders geschätzter Arzt. Er war ein Chef, der sich durch außerordentliche fachliche und menschliche Kompetenz gegenüber seinen Patienten und Mitarbeitern auszeichnete.

Unter seiner Regie entstanden zahlreiche Dissertationen. Viele Kollegen wurden von ihm während seiner mehr als 30-jährigen chefarztlichen Tätigkeit in Zwenkau und Wurzen zum Facharzt geführt. Dabei setzte er sich unermüdlich für seine Assistenten und Mitarbeiter ein.

Neben seiner klinischen Tätigkeit entstand eine große Anzahl wissenschaftlicher Veröffentlichungen und Vorträge, vor allem zu infektiologischen Themen.

Der Initiative und dem Engagement von Herrn Dr. Kunze ist es zu verdanken, dass sich regelmäßige kinderärztliche Fortbildungsveranstaltungen mit namhaften Referenten für stationär und ambulant tätige Ärzte in der Region um Wurzen etablierten.

Trotz der gegenwärtig schwierigen Bedingungen der Gesundheitspolitik gelang es ihm, die Zusammenarbeit ambulanter und stationärer Kollegen zum Wohle der kleinen und großen Patienten zu verbessern.

Unserem ehemaligen Chefarzt wünschen wir weiterhin gute Gesundheit und Zeit, gemeinsam mit seiner Frau, Dr. med. Marie-Luise Kunze, seinen Kindern und Enkelkindern die schönen Seiten des Lebens zu genießen. Seine Familie, die Liebe zur klassischen Musik und seine Reiselust werden keine Langeweile aufkommen lassen.

Dr. med. Katrin Gröger
im Namen der Kinder- und Jugendabteilung
Muldentalkliniken, Krankenhaus Wurzen

Unsere Jubilare im März 2009 – wir gratulieren!

60 Jahre

- 01. 03 Acevedo, Micaela
76593 Staufenberg/Gernsbach
- 01. 03 Prof. Dr. med. Zwipp, Hans
01326 Dresden
- 04. 03 Weißbeck, Amalia
01640 Coswig
- 06. 03 Dipl.-Med. Jenatschek,
Kathrin-Luise
01900 Brettnig-Hauswalde
- 07. 03 Dipl.-Med. Heilmann, Silvia
04349 Leipzig
- 07. 03 Dr. med. Ruschke, Irene
09117 Chemnitz
- 11. 03 Dipl.-Med. Jäschke, Ulrike
04860 Süptitz
- 14. 03 Dr. med. Einenkel, Maria
04103 Leipzig
- 14. 03 Dr. med. Raff, Thomas
04448 Leipzig
- 16. 03 Dr. med. Gläser, Michael
09127 Chemnitz
- 28. 03 Dr. med. Fähndrich, Trutz Berndt
02782 Seiffhennersdorf
- 28. 03 Gotthardt, Evelyn
09235 Burkhardtsdorf

- 30. 03 Dr. med. Gottschalk, Hans-Christian
02826 Görlitz

65 Jahre

- 02. 03 Dr. med. Merkelbach, Karin
04463 Großpösna
- 02. 03 Dr. med. Rieske, Karin
04317 Leipzig
- 02. 03 Dr. med. Rose, Heiko
04416 Markkleeberg
- 03. 03 Dr. med. Danner, Wolfgang
02827 Görlitz
- 04. 03 Dr. med. Schulze, Lutz
01917 Kamenz
- 07. 03 Dr. med. Ernst, Peter
01159 Dresden
- 07. 03 Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Koban, Frank
01328 Dresden
- 08. 03 Dr. med. Kämpfer, Gottfried
09126 Chemnitz
- 08. 03 Dr. med. Klaus, Barbara
01689 Weinböhla
- 08. 03 Dr. med. Morgenstern, Annegret
04229 Leipzig
- 08. 03 Dr. med. Thiele, Frank
04539 Groitzsch
- 08. 03 Dr. med. Wagler, Steffi
04318 Leipzig
- 12. 03 Dr. med. Konzak, Klaus
08606 Tirpersdorf

- 12. 03 Dr. med. Teubner, Karin
01454 Radeberg
- 13. 03 Dr. med. Birke, Ingrid
01445 Radebeul
- 13. 03 Dr. med. Schreiner, Hans-Jürgen
04277 Leipzig
- 17. 03 Dr. med. Schäfer, Christiane
04159 Leipzig
- 17. 03 Dr. med. Spremberg, Eckehard
01217 Dresden
- 18. 03 Körner, Sieglinde
02791 Oderwitz
- 19. 03 Dr. med. Meyer, Annemarie
09217 Mohsdorf
- 19. 03 Dr. med. Tränkner, Friedemann
09376 Oelsnitz
- 20. 03 Schäfer, Charlotte
09113 Chemnitz
- 22. 03 Dr. med. Pansegrau, Heike
01069 Dresden
- 23. 03 Dr. med. Fischer, Rosemarie
08060 Zwickau
- 27. 03 Bormann, Albrecht
08058 Zwickau
- 28. 03 Dr. med. Pätzold, Götz
01689 Weinböhla
- 29. 03 Palm, Birgit
04849 Bad Dübau
- 29. 03 Dr. med. Porst, Karin
01326 Dresden
- 30. 03 Priv. Doz. Dr. med. habil.
Ullrich, Dieter, 06846 Dessau

- 70 Jahre**
01. 03 Prof. Dr. med. habil. Hellthaler, Günter
04416 Markkleeberg
01. 03 Dr. med. Hoffmeister, Johanna
04420 Markranstädt
01. 03 Prof. Dr. sc. med. Metzsig, Heinz
04564 Böhlen
01. 03 Dr. med. Nass, Johannes
09557 Flöha
02. 03 Dr. med. Böhmer, Reinhard
09127 Chemnitz
03. 03 Dr. med. Hüttner, Hans-Joachim
08523 Plauen
04. 03 Dr. med. Hausmann, Helga
08541 Neuensalz
04. 03 Hochmann, Rainer
01259 Dresden
04. 03 Dr. med. Köhler, Ingrid
01558 Großenhain
04. 03 König, Gertraude
04299 Leipzig
04. 03 Dr. med. Trausel, Wolfgang
01705 Pesterwitz
05. 03 Dr. med. Dahl, Christiane
01069 Dresden
07. 03 Dr. med. Allnoch, Gabriele
08412 Werdau
08. 03 Dr. med. Ehrenberg, Ursula
04463 Großpösna
09. 03 Dr. med. Bonitz, Eva
09119 Chemnitz
09. 03 Freier, Mathilde
01454 Radeberg
09. 03 Dr. med. Piekara, Anita
04277 Leipzig
12. 03 Dr. med. Zocher, Hannelore
04277 Leipzig
14. 03 Dr. med. Münch, Peter
09488 Thermalbad Wiesenbad
14. 03 Dr. med. Stein, Hans-Eberhardt
04129 Leipzig
15. 03 Dr. med. Jähn, Peter
08297 Zwönitz
15. 03 Schulz, Marie-Luise
02625 Bautzen
18. 03 Humann, Marianne
04668 Grimma
18. 03 Dr. med. Johné, Sigurd
02727 Neugersdorf
20. 03 Dr. med. habil. Aurich, Gerhard
08280 Aue
20. 03 Dr. med. Zeise, Heinz
09127 Chemnitz
21. 03 Förster, Brigitte
02747 Herrnhut
21. 03 Dr. med. Münch, Annerose
09488 Thermalbad Wiesenbad
21. 03 Dr. med. Windisch, Hans
08132 Mülsen
22. 03 Doz. Dr. med. habil. Keitel, Reinhard
04425 Taucha
22. 03 Dr. med. Otto, Heinz
01324 Dresden
24. 03 Dr. med. Goldmann, Annette
08115 Lichtentanne
25. 03 Dipl.-Med. Richter, Rolf
09127 Chemnitz
26. 03 Dr. med. Giese, Ute
01217 Dresden
26. 03 Dr. med. Kühnemann, Peter
04155 Leipzig
27. 03 Dr. med. Hans, Gisela
01468 Moritzburg
27. 03 Dr. med. Urban, Dietmar
02625 Bautzen
28. 03 Dr. med. Hums, Reiner
08315 Bernsbach
29. 03 Dr. med. Wiegleb, Christine
01109 Dresden
30. 03 Hunger, Hans
09306 Erlau
31. 03 Dr. med. Bader, Klaus
09241 Mühlau
31. 03 Dipl.-Med. Kuhn, Anneliese
04155 Leipzig
- 75 Jahre**
02. 03 Prof. Dr. med. habil. Raatzsch, Heinz
01328 Dresden
02. 03 Dr. med. Seeliger, Johannes
02625 Bautzen
03. 03 Dr. med. Schubert, Karin
01217 Dresden
04. 03 Dr. med. Buhr, Joachim
08468 Reichenbach
09. 03 Dr. med. Dietrich, Günther
01445 Radebeul
11. 03 Dr. med. Gerisch, Renate
01844 Neustadt
11. 03 Dr. med. Heymann, Roland
09122 Chemnitz
14. 03 Treichel, Richard
08228 Rodewisch
16. 03 Dr. med. Bochmann, Klaus
09603 Oberschöna
21. 03 Dr. med. Schmook, Brigitte
04279 Leipzig
21. 03 Dr. med. Schneider, Helga
09131 Chemnitz
22. 03 Dr. sc. med. Gallwas, Klaus
04668 Großbardau
22. 03 Dr. med. Schwerdtfeger, Renate
09599 Freiberg
23. 03 Dr. med. Weber, Horst
04849 Bad Düben
28. 03 Priebis, Hannelore
02739 Eibau
29. 03 Dr. med. Wolowski, Helmut
09600 Weißenborn
30. 03 Dr. med. Martin, Roswitha
09366 Stollberg
- 80 Jahre**
01. 03 Prof. Dr. med. habil. Weise, Klaus
04416 Markkleeberg
06. 03 Dr. med. Müller, Edith
01129 Dresden
07. 03 Dr. med. Rausch, Hans-Günther
04207 Leipzig
10. 03 Dr. med. Wintzer, Horst
09131 Chemnitz
14. 03 Dr. med. Schneider, Hans-Georg
04155 Leipzig
22. 03 Dr. med. Rotzsch, Rosemarie
04416 Markkleeberg
24. 03 Dr. med. Flex, Günter
04277 Leipzig
25. 03 Dr. med. Klein, Charlotte
04103 Leipzig
27. 03 Dr. med. Walther, Johanna
08209 Auerbach
29. 03 Hahn, Isolde
04129 Leipzig
- 81 Jahre**
02. 03 Hettwer, Elisabeth
01587 Riesa
24. 03 Dr. med. Tschartke, Gudrun
01069 Dresden
- 82 Jahre**
05. 03 Prof. Dr. med. habil. Graupner, Klaus
01157 Dresden
13. 03 Dr. med. Wildemann, Lucie
04158 Leipzig
18. 03 Dr. med. Patzelt, Friedrich
04318 Leipzig
18. 03 Dr. med. Philippson, Ursula
04299 Leipzig
19. 03 Steinmann, Erna
04328 Leipzig
25. 03 Dr. med. Steglich, Barbara
02625 Bautzen
29. 03 Dr. med. Braun, Günter
08359 Breitenbrunn
- 83 Jahre**
28. 03 Dr. med. Albert, Karl
08228 Rodewisch
- 84 Jahre**
15. 03 Dr. med. Dörfelt, Ilse
09394 Hohndorf
30. 03 Dr. med. Bergner, Hilda
01099 Dresden
- 85 Jahre**
09. 03 Dr. med. Liebert, Helga
04451 Borsdorf OT Panitzsch
17. 03 Dr. med. Dieke, Marianne
04107 Leipzig
18. 03 Dr. med. Nawka, Maria
02627 Radibor
19. 03 Dr. med. Steudtner, Gerd
01217 Dresden
24. 03 Prof. Dr. med. habil. Pfeiffer, Joachim
04155 Leipzig
27. 03 Eisner, Ingeborg
04103 Leipzig
- 86 Jahre**
08. 03 Dr. med. Viertel, Johanna
09484 Oberwiesenthal
- 87 Jahre**
03. 03 Dr. med. Eichfeld, Werner
04277 Leipzig
10. 03 Prof. Dr. med. habil. Rösner, Klaus
08058 Zwickau
18. 03 Dr. med. Kluppack, Harry
04229 Leipzig
- 88 Jahre**
02. 03 Prof. Dr. med. habil. Aresin, Lykke
04299 Leipzig
11. 03 Dr. med. Hansch, Ursula
04275 Leipzig
11. 03 Dr. med. Nartschik, Clemens
04157 Leipzig
18. 03 Dr. med. Kemmer, Carl-Heinz
02742 Neusalza-Spremberg
- 89 Jahre**
15. 03 Dr. med. Heil, Gerhard
08056 Zwickau
- 91 Jahre**
10. 03 Dr. med. PeiBker, Elisabeth
04277 Leipzig
15. 03 Prof. em. Dr. med. habil. Holtorff, Joachim
01326 Dresden
31. 03 Dr. sc. med. Cordes, Christoph
04651 Bad Lausick
- 93 Jahre**
27. 03 Dr. med. Topalow, Stefan
04105 Leipzig

Nachruf für Dr. med. Herbert Pastor



Am 16. Dezember 2008 vollendete sich das arbeitsreiche, erfüllte Leben des ältesten Arztes in Sachsen im Alter von über 99 Jahren.

Am 30. September 1909 wurde Herr Herbert Pastor in dem kleinen Dörfchen Gettengrün im Vogtland, in der Nähe von Bad Elster, geboren.

Nach dem Schulbesuch begann er sein Medizinstudium in Leipzig, welches er nach weiterem Studium in Wien und Würzburg wieder in Leipzig erfolgreich abschloss.

Erst vor drei Monaten haben wir uns zur Feier des 99. Geburtstags mit ihm getroffen. Trotz körperlicher Beeinträchtigung haben wir über die Vergangenheit gesprochen und Erinnerungen aufleben lassen. Er war nicht nur ein guter, verlässlicher und humorvoller Freund und Kollege. Er war für seine Patienten ein kluger, stets fürsorglicher Arzt, der seine volle Erfüllung als Hausarzt in seiner Wahlheimat Tharandt gefunden hat. Die Wertschätzung dafür wurde zu diesem hohen Fest durch die Stadt, die Bevölkerung und durch die Kollegenschaft in reichem Maße gewürdigt.

Herr Pastor begann seine ärztliche Tätigkeit im „Praktischen Jahr“ am Stadtkrankenhaus Plauen und an der Uni-Klinik Leipzig. Am 27. November promovierte er und am 1. Dezember 1936 wurde er approbiert. Er wusste von vornherein, dass er als praktischer Arzt tätig werden wollte. Durch den inzwischen begonnenen Krieg war eine eigene Niederlassung nicht

möglich. In vielen ärztliche Praxen wurde er als „Hilfscassenarzt“ durch Ärztekammer und Landräte dienstverpflichtet. Auch hier fand er seine Erfüllung und Berufung, er konnte mit Leib und Seele an der Basis der „ärztlichen Pyramide“ die Ideale seines Arztseins anwenden. Die Stationen seines so vorgeschriebenen Lebens waren Altenweddingen, Obermittels- ebersbach, Praxis Dr. Richter Radeburg, Dr. Schöfer Siebenlehn, Dr. Bamberg Lockwitz, Altenberg und Praxis Dr. Flach Glashütte.

Am 15. Oktober 1945 konnte endlich die Eröffnung der eigenen Praxis als praktischer Arzt und Geburtshelfer in der kleinen Stadt Tharandt erfolgen. Die Mühen, denen er sich gern unterzog, die in so einer Praxis nahe am gesunden und kranken Menschen zum Alltag gehörten, schildert er in seinen Erinnerungen „Aus dem Leben und Treiben eines Landarztes“ plastisch und eindringlich. Die Hausbesuche erfolgten zuerst zu Fuß, im Winter mit den Schiern, später mit dem Fahrrad, dann mit einem notdürftig aufgebauten Leichtmotorrad der Marke Quick, bis er schließlich nach Jahren ein neues Motorrad MZ 125 kaufen konnte.

Er war einer der vielen Kollegen, die unter den damals nicht einfachen Bedingungen der medizinischen Grundversorgung ihrem Berufsalltag nachgingen und es dabei als selbstverständlich ansahen, dass sie immer 24 Stunden am Tag und an allen Tagen des Jahres für ihre Patienten da waren, und die dabei auch noch Freude empfanden. Sein hohes Ethos basiert auf einer wenig spektakulären, tiefen Gläubigkeit und einem einfachen Verantwortungsbewusstsein für die ihm anvertrauten und ihm vertrauenden Menschen. Aber auch die Befriedigung, die er bei der Fürsorge für seine Patienten fand, spielte keine geringe Rolle bei seiner Einstellung zum Arztberuf.

Es war ihm völlig natürlich, dass er für viele Tätigkeiten in seinem „Sprengel“ in Anspruch genommen wurde. Er beteiligte sich beispielsweise an der Ausbildung von jungen Rot-Kreuz-Helfern, wurde in der Schwangerschaftsberatung tätig, hat mit Unbehagen auch am beratungs-

ärztlichen Dienst in der DDR-Zeit teilgenommen, nahm 1952 einen Lehrauftrag an der Fakultät für Forstwirtschaft der TH/TU Dresden wahr, stellte sich als Betriebsarzt für die Fakultät zur Verfügung und betreute als Schularzt die Jugend von Tharandt und Umgebung.

Auch als Kollege war er beliebt und anerkannt. Ich erinnere mich gern an seine Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus Freital, die sein großes Verantwortungsbewusstsein für seine Patienten erkennen ließen. Er suchte den telefonischen Kontakt, war dankbar für Rückäußerungen und nahm mit großem Interesse an den stationären Verläufen Anteil.

So war er bis zu seinem 70. Geburtstag eine bei der Bevölkerung, den Studenten und Professoren der Forststadt Tharandt und bei der Stadtverwaltung geachtete und beliebte Persönlichkeit. Durch seine humorvolle Art, seine Einstellung zur ständigen Bereitschaft für seine Kranken und seinen Fleiß, gepaart mit fachlicher Kompetenz, hatte er sich deren Vertrauen erworben und immer den richtigen Ton getroffen.

Er konnte am 30. September 1979 seine Tätigkeit beenden und einen erfüllten langen Lebensabend von über 20 Jahren erleben, seinen Neigungen folgen und unbeschwert die Entwicklung der Medizin, für die er sich weiter aktiv interessierte, verfolgen. Auch darüber hinaus waren seine Fragen und Meinungen zu den Problemen der modernen Medizin, die er besonders im Kontext mit der Philosophie und der Religion aufwarf, von einem lebhaften Anteilnehmen geprägt. Weiter waren ihm auch die Verbindungen der Medizin zur Literatur wichtig, besonders zu Goethe und seinen Werken. Ich erinnere mich gerne an interessante Gespräche, die wir bei seinen Besuchen im Krankenhaus Freital führten.

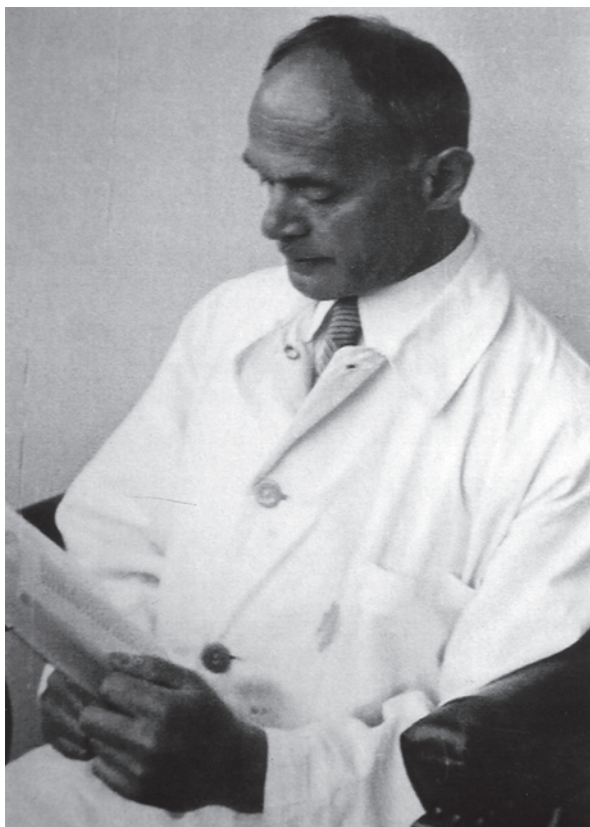
Wir sind dankbar, dass wir mit Herrn Dr. Herbert Pastor so lange leben, arbeiten und sprechen durften. Wir trauern mit seiner Frau und seinen drei Töchtern. Wir werden ihn nie vergessen.

Dr. med. Klaus Meinerzhagen
im Namen der Ärzte der Stadt Tharandt und
vieler Ärzte aus Freital und Umgebung

Ein Stolperstein zum Gedenken an Dr. med. Otto Michael

„Laß' im Leidenden stets mich nur den Menschen sehen. ...“

(Aus: des Maimonides' Morgengebet, bevor er seine Kranken besuchte)



Der Chirurg Dr. Otto Michael um 1935

Dieses Credo, das der berühmte Arzt und Philosoph Moses Maimonides zu einer seiner Handlungsgrundlagen als Mediziner machte, steht auch und gerade für einen Arzt, dessen Wirken 1901 begann und dem 1944 ein Ende gesetzt wurde: für Dr. Otto Michael, Chirurg und letzter Chefarzt des Israelitischen Krankenhauses zu Leipzig. Dieser Mediziner verkörperte bis zur letzten Minute seines Lebens ein Arztideal, das dem Arztstand bis heute zur Ehre gereicht. Für ihn war dieses Credo „nichts weiter“ als eine unverzichtbare Berufsauffassung.

Am 3. Juni 1876 erblickte Otto Michael als erster eines Zwillingspaares der Leipziger Kaufmannsfamilie David Michael das Licht der Welt.

Nach der Reifeprüfung am traditionsreichen König-Albert-Gymnasium begann Otto Michael 1895 an der Leipziger Alma mater ein Medizinstudium, erhielt im Mai 1900 die Approbation und verteidigte im Januar 1901 erfolgreich seine Promotion zu dem Thema „Zur Frage der Beteiligung des Blutgefäßsystems am Aufbau interstitieller Nervengeschwülste (Diffuses Cavernom des Nervus suralis“). Im gleichen Jahr bewarb sich Dr. Michael als Schiffsarzt und sammelte als solcher auf der Route Hamburg-Südamerika erste praktische Erfahrungen. Nach seiner Rückkehr nach Deutschland arbeitete der junge Arzt zunächst als Chirurg in Berlin, unter anderem am Berliner Krankenhaus im Friedrichshain, und kehrte 1910 – jung verheiratet – nach Leipzig zurück. Dr. Michael arbeitete nun intensiv am Aufbau einer eigenen Praxis. Die ökonomischen Grundlagen dafür legte er mit immensem Arbeitswillen, beruflichem Engagement und Erfolg, zuerst als Chirurg in der gynäkologischen Privat-Klinik von Prof. Dr. Felix Skutsch und dann in der Klinik von Dr. med. Gerhard Milner. 1912 und 1919 kamen seine beiden Söhne zur Welt. Nach den Jahren des Ersten Weltkrieges, in denen Dr. Otto Michael als Lazarett-Chirurg diente, konnte er sich endlich wieder seiner eigenen Praxis widmen. Seine knappe Freizeit gehörte der Familie, der Kunst, vor allem dem Theater und der Musik.

Das war bis 1933 die Lebensnormalität und niemand fragte da nach der Religion eines Patienten oder nach dem Glaubensbekenntnis eines Arztes. Das sollte sich ab dem 30. Januar 1933 radikal ändern!

Auch ein familiäres Unglück war zu überwinden: Am 31. Mai 1933 verstarb Dr. Otto Michaels Frau Liesel, die ihm in all den Jahre so hilfreich zur Seite gestanden hatte.

Vor allem nach 1935 wurde es auch für Dr. Michael zunehmend schwieriger, die Praxis zu halten, denn ihn trafen wie alle jüdischen Ärzte die auch auf dem Gebiet des Gesundheitswesens forciert durchgesetzten antijüdischen Restriktionen. Nach dem Entzug der Approbation im September 1938 durfte er, wie noch elf

weitere Leipziger jüdische Berufskollegen, mit der Befugnis des Gesundheitsamtes als „Krankenbehandler“ ausschließlich für seine Glaubensgenossen tätig sein. Seine Praxis und auch die Wohnung – beide in der Dresdner Straße 30, musste er aufgeben.

Im Zusammenhang mit der Pogromnacht gehörte Dr. Michael zu den Leipziger jüdischen Ärzten, die in das KZ Buchenwald verschleppt wurden. Im Januar 1939 wurde er entlassen und konnte nach Leipzig zurückkehren.

Das Jahr 1939 sollte für den Arzt einen weiteren schweren Lebensabschnitt einleiten. Mit besagter Sonderzulassung als „Krankenbehandler“ für Juden in Leipzig wurde er nunmehr von Stadt und Gestapo zum Chefarzt des Israelitischen Krankenhauses verpflichtet, das sich inzwischen im Haus D in der Heil- und Pflegeanstalt Dösen, auf Kosten der Israelitischen Gemeinde, neu einrichten musste. Seine Wohnung hatte der Mediziner inzwischen im Haus Lortzingstraße 14, einst seiner Familie gehörend, nun zu einem „Judenhaus“ bestimmt. Dort durfte er auch in geringem Umfang praktizieren, weil in Dösen die ambulante Behandlung von Juden verboten war.

Ab Juli 1942 war das Israelitische Krankenhaus in Dösen dann auch die Wohnadresse von Dr. Michael und die sollte seine letzte Leipziger Adresse sein.

Über vier Jahre hat Dr. Michael als Chefarzt unter unvorstellbaren Arbeits- und Lebensbedingungen ein Höchstmaß an ärztlichem Engagement bewiesen. Immer schärfere Restriktionen auf beruflichem Gebiet, immer neue, willkürlich angeordnete räumliche Veränderungen und Beschränkungen, persönlich diffamiert, gedemütigt und ausgegrenzt, selbst im Klinikareal, von nichtjüdischen Berufskollegen und dem Klinikpersonal, hinderten den Mediziner nicht daran, dieses täglich geforderte Höchstmaß an medizinischem Können und Verantwortung zu erbringen.

Er konnte sich dabei – bis zu deren eigener Deportation – auf die zuverlässige Unterstützung seiner wenigen Mitarbeiter verlassen. Können,



Der Stolperstein für Dr. Otto Michael vor dem Haus Dresdner Straße 30, Leipzig

Verlässlichkeit, Vertrauen waren also die unverzichtbare Basis für die von ihm geleistete Arbeit. Nicht zu vergessen: Dr. Michael war, als er 1939 die Pflicht und die Verantwortung der Leitung des Krankenhauses übernahm, fast 63 Jahre alt! Es reicht nicht, zu sagen, dass die Wirkungsbedingungen für den Chefarzt und seine Mitarbeiter von Anfang an „schwierig“ waren. Sie verlangten vielmehr täglich, unter politischen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Ausnahmenbedingungen, psychisch und physisch höchste Kraftanstrengungen.

Dr. Michael rettete unter diesen Bedingungen mit seinem Wissen und Können manchem unrettbar geglaub-

tem Kranken das Leben, milderte das Leid Schwerstkranker, wurde aber auch gezwungen, verzweifelte Deportationsopfer, die den Freitod vergeblich suchten, chirurgisch wieder herzustellen – für den nächsten Transport!

Seine Kräfte mussten in erster Linie für seine Patienten reichen, er brauchte sie aber auch für die täglichen Auseinandersetzungen mit den politisch Mächtigen der Stadt und in der Dösener Anstalt.

Im Juni 1943 war das Ende des ärztlichen Wirkens des letzten Chefarztes vom Israelitischen Krankenhaus gekommen. Am 15. Juni wurden Dr. Michael und zwei der verbliebenen Mitarbeiterinnen aus dem Haus D in

die Sammelstelle der 32. Volksschule Yorckstraße befohlen. Was das bedeutete, war jedem der Betroffenen klar. Mit dem „Transport 16/2“ kamen Dr. Otto Michael und noch 17 weitere Leipziger Leidensgefährten am 18. Juni 1943 in Theresienstadt an.

Über die Zeit des Leidens im Wortsinne schrieb der Arzt nichts in seinen wenigen schriftlichen Lebenszeichen aus Theresienstadt an seine beiden Söhne, die sich ins Ausland retten konnten. Genau ein Jahr, nachdem Dr. Michael die verhängnisvolle Aufforderung erhalten hatte, sich „für den Transport“ bereitzuhalten, am 15. Juni 1944, verstarb der Arzt, schwerstkrank, in der Geniekaserne, dem Spital von Theresienstadt.

„Laß' im Leidenden stets mich nur den Menschen sehen. Er ist ein Mensch!“ – Eine Haltung, die zu allen Zeiten allen Ärzten aufgetragen ist. Dass dieses Credo aber keine selbstverständliche Berufsauffassung ist, dass dies sich schon gar nicht als Handlungs-Automatismus für einen ganzen Berufsstand erwiesen hat, zeigt auch die Tatsache, dass wir das Andenken an diesen engagierten, dem humanistischen Leitbild seines Berufs auch unter den demütigendsten Bedingungen treu gebliebenen Arzt mit einem „Stolperstein der Erinnerung“ ehrten – auf das er nicht wieder vergessen werde.

Dr. Andrea Lorz
Berkaer Weg 10, 04207 Leipzig

Visite an Gräbern

Wenn man in München einen Ärztekongress besucht, kommt irgendwann das Bedürfnis, dem Medizinbetrieb zu entfliehen und den Kopf auszulüften. Da bietet sich geradezu ideal die älteste Grünfläche der Stadt an, der Alte Südfriedhof. In unmittelbarer Nähe des Sendlinger Tores, liegt er wie ein verwilderter Garten, der mit seinen großen Bäumen zum Schlendern einlädt. Wenn man sich die Zeit nimmt, entdeckt man zwischen den flügellosen Engeln, den herrschaftlichen Gruften und den überwachsenen Gräbern einige berühmte und auch unbekannte Medi-



Foto: Glauert



Foto: Glauert

ziner, die hier ihre letzte Ruhestätte gefunden haben.

Hugo von Ziemssen kam im Jahre 1874 nach München und wurde Direktor des berühmten städtischen Krankenhauses „Links der Isar“. Der „Königliche Geheime Rat“ mit dem eindrucksvollen Schnurrbart hatte sich durch die Erforschung von Kehlkopf- und Speiseröhrenerkrankungen sowie Leberleiden einen Namen gemacht. Seine eigentliche Faszination aber galt der „Electricität in der Medizin“, deren Geheimnis er in unermüdlichen Studien an gesunden und gelähmten Nerven zu ergründen suchte. Da verhalf ihm der Zufall zu seiner bahnbrechenden Entdeckung: im Jahre 1882 begegnete er einer Patientin namens Catharina Serafin, einer 46-jährigen Tagelöhnerin aus Oberschlesien. Man hatte ihr wegen eines Tumors die gesamte linke Thoraxwand entfernt, so dass ihr Herz nur noch von einer dünnen Hautschicht bedeckt war. Ohne zu zögern ergriff von Ziemssen die einmalige Gelegenheit und unternahm zahlreiche Elektrostimulationen am Herzen der Kranken. Dabei zeigte sich, dass die Stromstöße zu einer Verlangsamung oder aber Beschleunigung der Herzfrequenz führten, je nachdem, wie man den Strom applizierte. Erstmals wurde damit dokumentiert, dass die Ventrikelaktionen willkürlich über elektrische Impulse gesteuert werden konnten. Hugo von Ziemssen gehört damit zu den wichtigsten Pionieren der Elektrophysiologie des Herzens und ist letztlich der Großvater der heutigen implantierten Defibrillatoren. Er gründete einen

eigenen Lehrstuhl für Mechano- und Elektrotherapie und Physikalische Medizin an der Universität München und verfestigte seinen internationalen Ruf als Vorsitzender des Kongresses für Innere Medizin, der 1895 in München stattfand.

Johann Nepomuk von Nussbaum war einer der berühmtesten Chirurgen seiner Zeit. Er wirkte 30 Jahre lang als Chefarzt im Städtischen Allgemeinen Krankenhaus und Professor der Chirurgie in seiner Heimatstadt. Dass er hier begraben liegt, verdankt er der „Gnade der späten Geburt“. Fünfzig Jahre früher hätte er keine Chance gehabt, auf diesem gutbürgerlichen Friedhof beerdigt zu werden, denn Anfang des 19. Jahrhunderts herrschte in der deutschen Medizin noch das reinste Mittelalter. „Der Weg zur praktischen Chirurgie führte fast ausnahmslos durch die Barbierstube“, schildert der Historiker G. Fischer. „War in den niederen Ständen ein Junge zum Barbier be-

stimmt, so wurde er, nachdem er in der Volksschule kaum Deutsch lesen und schreiben gelernt hatte und eingesehnet war, bei einem Wundarzt in die Lehre gegeben“. Noch in der Mitte des Jahrhunderts hielt man die Ausübung der Chirurgie kaum für die Sache eines ehrlichen Mannes, der Wundarzt wurde im Dunstkreis der Ärzte nicht geduldet. Wollte ein Deutscher gründlich die Chirurgie erlernen, dann musste er nach Frankreich oder England gehen, wo es eine systematische und anerkannte Ausbildung in diesem Fache gab. Das galt offenbar auch noch in Nussbaums Zeit, denn seine Studien führten ihn nach Berlin, Paris und London. In der englischen Hauptstadt hatte er eine schicksalhafte Begegnung, die für seine Laufbahn, die deutsche Chirurgie und für das Leben zahlloser Patienten von unschätzbare Bedeutung war. Er traf auf Joseph Lister und war von dessen neuer Lehre der „Antisepsis“ tief beeindruckt. Lister räumte auf mit der Vorstellung giftiger Miasmen, Ausdünstungen oder Luftgiften, die den gefürchteten Hospitalbrand verursachten. Postoperative Wundinfektionen machten jeden chirurgischen Fortschritt zunichte und rafften noch 1874 im Münchener Stadtkrankenhaus 80 Prozent aller operierten Frakturen, Muskelzerreißen und Geschwüre dahin. Zunächst hatte Nussbaum wie jeder andere Chirurg seiner Zeit jede frische Sägefläche mit dem Glüheisen behandelt (das Chloroform war glücklicherweise bereits erfunden). Nachdem er aber begeistert und konsequent Listers



Foto: Glauert

Methode der antiseptischen Wundbehandlung mit Karbolsäure eingeführt hatte, konnte er auf dem Chirurgicalen Kongress 1875 stolz berichten, „daß Schwerverletzte, komplizierte Frakturen, stark eiternde Knochenhautentzündungen, große Muskelzerreißen usw., welche sonst alle wenige Tage nach ihrer Aufnahme pyämisch starben, jetzt ... am Leben erhalten werden. Mancher komplizierte Unterschenkelbruch, der früher am 8. bis 14. Tag gestorben wäre, ...verläßt das Spital lebend, geheilt und arbeitsfähig“. Die Chirurgie war damals nicht so stark in Einzeldisziplinen zersplittert wie heute. Nussbaum führte die in England erlernte Ovariotomie in Deutschland ein und widmete sich mit großer Hingabe einem eher ausgefallenen Problem: der Hornhauttrübung. Er entwickelte eine Technik, bei der ein zylindrisches Stück aus der Cornea herausgeschnitten wurde und an dieser Stelle ein gleich großes Stück geschliffenes Glas implantiert wurde. Die Versuche an Kaninchen verliefen erfolgreich, eine Anwendung am Menschen aber setzte sich dann doch nicht durch. Johann Nepomuk von Nussbaum führte in seiner Amtszeit mehr als 1.000 Operationen durch, erlangte internationalen Ruhm und wurde schließlich zum Dank sogar in den königlich bayerischen Adelsstand erhoben. Der so geehrte Professor Dr. Johann Nepomuk „Ritter von Nussbaum“ aber blieb auf dem Boden. Er lebte weiterhin in bescheidenen Verhältnissen und ging voll und ganz in seiner Arbeit auf, wie Zeitgenossen



Foto: Glauert

berichten. Er war nicht verheiratet und bekannt dafür, fast nie zu schlafen. Mittellose Kranke behandelte Nussbaum kostenlos und kümmerte sich selbst nach der Genesung noch um sie, wenn sie in Not waren.

Noch ein weiterer Arzt liegt hier begraben, der keine heldenhaften Operationen durchführte und keine sensationellen Entdeckungen machte, durch seine Arbeit aber wohl mehr Menschen rettete als alle seine Kollegen auf diesem Friedhof zusammen: Max Pettenkofer. Es war ein langer und turbulenter Weg vom Sohn eines verarmten Bauern bis zur geadelten „Exzellenz“, die eine eigene Wohnung in der königlichen Residenz bewohnte. Ein kinderloser Onkel holte den kleinen Max aus dem ländlichen Elend nach München, damit er in seiner Apotheke eine Lehre machen könnte. Die hoffnungsvolle Karriere wurde in dem Augenblick jäh unterbrochen, als der strenge Onkel ihm nach einem kleinen Fehler bei der Herstellung einer

Mixtur eine Ohrfeige verpasste. Gekränkt verließ Pettenkofer Haus und Stadt und tingelte als Schauspieler unter dem Namen „Tenkof“ über Land. Seine geliebte Kusine Helene, die er später heiratete, konnte ihn überreden, ins bürgerliche Leben zurückzukehren. Der angesehene Beruf des Apothekers freilich war ihm nun verschlossen, nach Ansicht des Onkels konnte er als Komödiant „höchstens noch Mediziner werden“. So studierte Pettenkofer Medizin und Pharmazie, schloss beide Studien mit Auszeichnung ab und ging zu Justus Liebig nach Gießen. Er entdeckte die Gallensäure und das Kreatinin im Muskel. Auch der weltberühmte „Liebig'sche Fleischextrakt“, unser heutiger Brühwürfel, soll von Pettenkofer erfunden worden sein. Pettenkofers Laufbahn blieb gezeichnet von Umwegen, Abstechern und Zufällen. Auf jedem Posten aber bewährte er sich als unkonventioneller Problemlöser. Auf dem Hauptmünzamt Bayerns entwickelte er eine neue Methode, um Silber und Gold zu trennen und setzte dabei beträchtliche Mengen Platin aus den geschmolzenen Münzen frei. Als Einziger gelang es ihm, die wundervolle Färbung und Leuchtkraft des roten Glases aus dem verschütteten Pompeji zu analysieren, wofür ihm der begeisterte und dankbare bayrische König die außerordentliche Professur für medizinische Chemie anbot. Pettenkofer blieb erdverbunden und löste zwei weitere praktische Probleme von enormer wirtschaftlicher Bedeutung: er entwickelte eine Methode, den bayrischen Zement ebenso hart und widerstandsfähig zu



Foto: Glauert



Foto: Glauert

brennen wie den teuren englischen und machte die Bauherren des Landes damit unabhängig und konkurrenzfähig. Zudem entwickelte er eine Methode, aus Holz Leuchtgas zu gewinnen für die moderne Stadtbeleuchtung Münchens und Basels.

Kein Wunder, dass sein Universitätskollege Johann Nepomuk von Nussbaum über ihn bemerkte: „Wenn wir gegenüber irgendeinem Problem nicht mehr weiter wissen, brauchen wir nur den Professor Pettenkofer zu rufen, der weiß bei allen Schwierigkeiten Rat!“ Der Wendepunkt in Pettenkofers Leben kam im Schreckensjahr 1854. Die Cholera brach in München aus und versetzte die Bevölkerung in Angst und Schrecken. Man hatte nicht geglaubt, dass die gefürchtete „morgenländische Brechruhr“ jemals aus dem fernen Indien ins kultivierte Europa finden würde. Entsprechend hilflos stand man ihr nun gegenüber, da es keine bekannte Therapie gab und nicht einmal die Ursache der Erkrankung klar war. In dieser Schreckstunde erinnerte man sich an den bewährten trouble-shooter und beauftragte Pettenkofer, das Problem zu lösen. Dieser war umso motivierter, als er selbst an der Cholera erkrankt war und auf dem Krankenbett geschworen hatte, die Seuche zu bekämpfen, sollte er sie überleben. Nun untersuchte er systematisch die Orte, an denen die Cholera ausbrach, entnahm Bodenproben, studierte den Lauf des Grundwassers, analysierte Trinkwasser, Abfallgruben und die Wohnbedingungen der Erkrankten. Seine Untersuchungen brachten ihn zu dem Schluss, dass die Cholera durch unhygienische Lebensverhältnisse und verunreinigtes Trinkwasser verursacht wurde. Konsequentermaßen veranlasste er die notwendigen Maßnahmen zu ihrer Bekämpfung: die Einrichtung einer Kanalisation und einer zentralen Trinkwasserversorgung. Diesen Maßnahmen war zu verdanken, dass die Cholera beherrscht werden konnte und München als sauberste Stadt Europas galt. Max Pettenkofer richtete den weltweit ersten Lehrstuhl für Hygiene ein, definierte dieses Fach erstmalig und füllte es mit Inhalt. In Anerkennung seiner Verdienste erhielt er ein eigenes Institut, wurde zum Ehrenbürger ernannt, in den Adelsstand erhoben, erhielt den Titel „Exzellenz“ und wohnte in der Residenz des Königs. In all dem Tri-

umph aber kränkte ihn tief, dass die medizinische Welt sich zunehmend von seiner „Bodentheorie“ abwandte und den „Kontagionisten“ zulief, die nicht die Lebensumstände als Ursache der Cholera ansahen, sondern die Übertragung durch einen spezifischen Krankheitskeim. Es war die Boomzeit einer neuen Wissenschaft, der Bakteriologie. Ein junger Arzt namens Robert Koch präsentierte gar das Bakterium, das die Cholera auslöste und stellte damit Pettenkofers Theorie in Frage. In einer Mischung aus wissenschaftlicher Eitelkeit, Altersstarrsinn und Heldenmut stürzte Pettenkofer sich am 7. Oktober 1892 in ein spektakuläres und halbschmerzhaftes Experiment, das in die Geschichte der Medizin eingegangen ist. Vor Zeugen und Studenten trank er eine frische Kultur mit Millionen von Choleravibrionen, die er direkt aus dem Koch'schen Institut bestellt hatte, um zu widerlegen, dass allein das Bakterium die Krankheit auslöse. Pettenkofer überlebte und kam mit einem heftigen Durchfall davon. Den Triumphzug der Bakteriologie konnte jedoch auch er nicht mehr aufhalten. Zu der beruflichen Enttäuschung kam erschwerend der Tod seines Sohnes und seiner Ehefrau hinzu, sodass Pettenkofer in den letzten Lebensjahren zunehmend einsam und verbittert lebte. Am 10. Februar 1901 machte er seinem Leben durch einen Pistolenschuss in die Schläfe ein Ende.

Die bescheidene Grabplatte liegt in den Boden eingelassen und ist leicht zu übersehen. Nur der Name, das Geburts- und Sterbejahr sind darauf verzeichnet. Frische Stiefmütterchen hat jemand daneben gepflanzt. Gegenüber erhebt sich das prunkvolle Grabmal des Bierbrauers, Joseph Pschorr, dessen Name den Bayern mit Sicherheit bekannter ist. Und doch können sie ihr „flüssiges Brot“ nur genießen, weil ein Herr Pettenkofer für sauberes Wasser in der Stadt gesorgt hat!



Foto: Glauert

Martin Glauert
Zwehrer Weg 44
34121 Kassel

Die Barmer hat den „Arzt“ offiziell abgeschafft

Was haben manche Ärzte nicht so alles erwartet nach dem Zusammenbruch der DDR 1989 und damit dem Zusammenbruch eines staatlichen Gesundheitssystems. Weniger Bürokratie, weniger Bevormundung durch den Staat, bessere diagnostische und therapeutische Möglichkeiten, eine leistungsgerechte Honorierung und Anerkennung ärztlicher Leistungen. Wie bitter müssen die Hoffnungen vieler enttäuscht sein, wenn sie jetzt erleben müssen, wie in diesem deutschen Gesundheitswesen mit den Ärzten, dem medizinischen Personal und auch mit den Patienten umgegangen wird. Das hätte sich keine Regierung der Bundesrepublik vor 1989 wagen können. Man hätte befürchten müssen, dass die Mauer vom Westen abgerissen wird.

Aber die deutsche Gesundheitsbürokratie hat wohl weltweit eine unerreichte Spitzenposition erreicht. Im deutschen Gesundheitswesen gibt es neben den verschiedensten Ärzteverbänden eine Ärztekammer, eine Kassenärztliche Vereinigung, die Bürokratie von über 300 Krankenkassen und natürlich ein Gesundheitsministerium mit zahllosen inkompetenten Mitarbeitern.

Da gibt es eine Bürokratisierung ärztlicher Leistungen, eine fachliche Bevormundung und wirtschaftliche Erpressung wie man sie sich kaum schlimmer vorstellen kann. Und da gibt es aktive politische Interessen, den Arzt am liebsten abzuschaffen, da er ja so wie so nur ein „Kostenverursacher“ in diesem Gesundheitswesen ist, der „unnötige“ Leistungen erbringt und viel zu teure Medikamente verschreibt, wofür man ihn letztlich kostenpflichtig machen muss. Also wäre eigentlich die beste Lösung, den Arzt abzuschaffen, was die BARMER jetzt auch öffentlich verbal ungetrübzt tut, indem sie in ihren Bonusheften zur Bestätigung ärztlicher Leistungen nicht mehr die „Unterschrift des Arztes“ verlangt, sondern die „Unterschrift des Leistungserbringers“.

Damit prescht die BARMER wieder einmal weit vor die anderen Kassen, die sich das in dieser Weise noch nicht gewagt haben, und zeigt damit klar und deutlich, was sie von den Ärzten halten und wofür die allein da sind. „Leistungserbringer“ sind sie, aber nicht etwa für die Patienten, damit sich hier niemand täuscht, sondern für die Krankenkassen. Die Ärzte haben nicht dafür zu sorgen, dass der Patient ordentlich behandelt wird, darum kümmert sich im Bedarfsfalle der Staatsanwalt, sondern dass der Finanzhaushalt der Kassen stimmt, was bedeutet, dass man die billigsten Medikamente, die billigste Therapie und Diagnostik zu verordnen hat. Behandlungsprogramme, die man als Qualitätskontrollen bezeichnet, dienen allein dazu, das Geld aus dem Risikostrukturausgleichsfond zwischen den Kassen zu verteilen. Und damit die Medikamente auch billig genug sind, werden sie jetzt schon von einigen Firmen aus Indien und China ins Land geholt.

Die Ärzte sind in diesem Lande zu den Geldeintreibern (Praxisgebühr), Geldverteilern und Geldverwaltern der gesetzlichen Krankenkassen degradiert worden, und da sollte sich niemand mehr wundern, wenn in diesem deutschen Gesundheitswesen kein deutscher Arzt mehr arbeiten will.

In den Jahren 2000 bis 2006 haben 12.600 (!) Ärzte Deutschland verlassen, um im Ausland zu arbeiten, in vielen Reha-Einrichtungen ist fast jeder zweite, in den Krankenhäusern jeder dritte Arzt ein Ausländer, die Krankenhäuser suchen schon händeringend Ärzte und besonders die hausärztlichen Praxen im ländlichen und kleinstädtischen Bereich werden nicht mehr übernommen, sodass die medizinische Versorgung hier schon zusammenbricht.

Und da man den Arzt in der Praxis auch schon abgeschafft hat, versucht man ihn in Sachsen durch die „Gemeindeschwester Agnes“ zu ersetzen.

Anstatt die 300 gesetzlichen Krankenkassen endlich zu einer gesetzlichen Krankenkasse zusammenzufassen, um endlich die Geld-Schiebereien zwischen diesen Kassen zu

beseitigen, die allein der Bereicherung der 300 Krankenkassen-Vorstände dient, schafft dieser Staat mit dem Gesundheitsfond ein neues Bürokratie-Monster.

Als ich meine Patientin, eine promovierte, kluge und erfahrene Frau darauf hinwies, dass in ihrem Bonusheft ja eigentlich gar nicht die „Unterschrift des Arztes“, sondern eines „Leistungserbringers“ erforderlich sei, hat sie nur mit dem Kopf geschüttelt und gesagt, dass sie „solchen Unsinn“ gar nicht lesen und gar keine Bedeutung beimessen würde. Das bedauerliche ist leider nur, dass die Kassen und die Politik „solchem Unsinn“ Bedeutung beimessen, und das könnte eines Tages sehr schlecht für die Patienten ausgehen.

Dr. med. Lothar Markus
Seeburgstr. 53, 04103 Leipzig
E-Mail: dr_lothar_markus@web.de

Ärztewoche Thüringen

3.4. bis 4.4.2009 in Weimar

Veranstalter: Landesärztekammer Thüringen, Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Verband der Leitenden Krankenhausärzte Thüringen

Themen: Plenarveranstaltung „Die Generation 50plus“ – Erkrankungen, Diagnostik, Therapie, Kurse (u.a. Reanimation, Gefäßultraschall, Palliativmedizin, Balint, Reisemedizin, Verkehrsmedizin, Datenschutz, neue Kooperationsformen), Veranstaltungen für Pflege- und Praxispersonal, Treffen einzelner Berufsverbände, Industrieausstellung).

Auskunft zum Programm/ Anmeldung:

Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Thüringen,
PF 10 07 40, 07707 Jena,
Tel.: 03641 614-142,
Fax: 03641 614-149,
E-Mail: kopp.akademie@laek-thueringen.de,
www.aerztewoche-thueringen.de

Dresden verpasst eine Chance ...

Fast 100 Dresdner Bürger versammelten sich am 28. Januar 2009 in der Sächsischen Landesärztekammer zum Thema „Kulturpalastumbau oder neues Konzerthaus“.

Obwohl die Initiatoren aus der Dresdner Bürgerschaft für ein neues Konzerthaus alle Bürgermeister der Stadt Dresden zu einer Diskussionsrunde eingeladen hatten, zogen diese es vor, fern zu bleiben. Verdienstvolle Bürger der Stadt, prominente Architekten des Berufsverbandes Deutscher Architekten und Musiker der Staatskapelle waren sich in einer zweistündigen Diskussion einig, dass der im Juli 2008 gefasste Beschluss zum Umbau des Kulturpalastes als Fehlentscheidung des Stadtrates klassifiziert werden muss. Die zahlreichen Diskutanten aus der Dresdner Bürgerschaft forderten die verantwortlichen Politiker auf, ihren weittragenden Beschluss vom Sommer 2008 zu revidieren und dem Neubau eines Konzerthauses ihre Zustimmung zu geben. Als Ergebnis der umfassenden Meinungsäußerung wurde eine Denkschrift verfasst, die wir zur Kenntnis geben möchten.

Prof. Dr. med. habil. Heinz Diettrich

Denkschrift

zum Bau eines neuen Konzerthauses in Dresden. Die Jahrhunderte währende Tradition auf dem Gebiet der Musik erhebt die Sächsische Landeshauptstadt Dresden in den Rang

einer führenden Musikmetropole Europas, deren Ausstrahlungskraft auch zukünftig erhalten werden muss. Sensationelle Erfolge der beiden weltberühmten Orchester – Sächsische Staatskapelle und Dresdner Philharmonie – bewirken seit mehr als hundert Jahren gleichsam als Botschafter Sächsischer Kultur Anerkennung und Bewunderung in vielen Ländern und Kontinenten. Leider entspricht das räumliche Angebot für beide Orchester nicht deren vortrefflichem Ruf.

Dass unsere Forderung, 20 Jahre nach der politischen Wende, endlich ein neues Konzerthaus in Dresden zu errichten, durch den Stadtratsbeschluss vom Sommer 2008 ignoriert wurde, und statt dessen der Umbau des Mehrzwecksaales im Kulturpalast zu einem Konzertsaal für die Dresdner Philharmonie vorbereitet wird, muss als eine folgenschwere Fehlentscheidung benannt werden.

Namhafte und international berühmte Dresdner Künstler, Architekten des Berufsverbandes Deutscher Architekten Sachsen und viele verdienstvolle Dresdner Bürger haben seit gut einem Jahr für den Neubau eines Konzerthauses als Alternative zum Umbau des Kulturpalastes ernsthaft plädiert, planerische Grundlagenarbeit geleistet und die verantwortlichen Bürgermeister davon in Kenntnis gesetzt.

Es wurde von Fachleuten ermittelt, dass die für den Umbau des Kulturpalastes und die damit verbundenen Folgeinvestitionen nahezu der gleiche Finanzaufwand erforderlich ist wie für den Neubau eines Konzerthauses.

Die Errichtung eines neuen Konzerthauses bietet die Chance, dass ein Gebäude geschaffen würde, das nur der klassischen Musik dient, und das neben einem großen Konzertsaal auch den unbedingt erforderlichen kleinen Kammermusiksaal erhielte. Der Kulturpalast könnte nach dem Bau eines neuen Konzerthauses mit einem bedeutend geringeren Kostenaufwand modernisiert werden und danach auch der Unterhaltungsmusik und anderen wichtigen Veranstaltungen im Sinne einer Stadthalle im Zentrum Dresdens wie bisher auch zukünftig genügen. Der von großen Teilen der Bevölkerung gewünschte Charakter des Kulturpalastes bliebe damit erhalten.

Für dieses bedeutende Bauvorhaben, das wohl als das wichtigste noch zu verwirklichende öffentliche Gebäude im Stadtzentrum zu betrachten ist, sollte der Freistaat Sachsen und die Stadt Dresden ein geeignetes Grundstück auf einem städtebaulich sehr exponierten Standort zur Verfügung stellen.

In Anbetracht der in unserer rastlosen Welt ständig zunehmenden Rivalität der Musikmetropolen untereinander kann die Stadt Dresden nur weiterhin einen oberen Rang einnehmen, wenn sie neben der künstlerischen Leistung ihrer Orchester auch über eine Spielstätte verfügt, die sich mit den imposanten bereits realisierten und im Bau befindlichen Konzerthäusern vergleichbarer deutscher und ausländischer Musikzentren messen kann. Durch eine Investition dieser Größenordnung muss die Stadt Dresden ein städtebauliches wie stadtentwicklerisches Zeichen setzen, das nicht zuletzt auch zur Belebung des drastisch zurückgegangenen Touristenstromes beiträgt.

Die Verfasser dieser Denkschrift sind der Meinung, dass eine derart dringliche, zukunftssträchtige Entscheidung von den zuständigen Politikern des Freistaates und der Landeshauptstadt – quasi als eine konzertierte Aktion – gemeinsam getroffen und mittelfristig in einem Zeitraum von fünf Jahren realisiert werden muss.



Blick zur Hofkirche und zum Schloss Dresden

Foto: Berthold, Dresden

Dresden, im Januar 2009
IG „Neues Konzerthaus Dresden“